

---

**Deutsche Referenzstelle  
für die Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht (DBDD)**



Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung

Eva Hoch, IFT Institut für Therapieforschung

Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

Guido Nöcker, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Marion David-Spickermann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## **Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001**

---

Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)  
und des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Stand: 1.12.2001

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

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

Eva Hoch (Dipl. Psych.)

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

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

Fax: +49 (0) 89 - 36080449

Email: [simon@ift.de](mailto:simon@ift.de) / [hoch@ift.de](mailto:hoch@ift.de)

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

Dr. phil. Guido Nöcker (Sozialwissenschaftler)

Marion David-Spickermann

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

Fax: +49 (0) 221-8992300

Email: [noecker@bzga.de](mailto:noecker@bzga.de) / [spahlinger@bzga.de](mailto:spahlinger@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](mailto:huellinghorst@dhs.de)

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Abkürzungen.....	VIII
Vorwort.....	IX
Zusammenfassung.....	XI
Summary.....	XIV

### **Teil I: Nationale Strategien. Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen**

<b>1 ENTWICKLUNGEN IN DER DROGEN- UND SUCHTPOLITIK</b>	<b>1</b>
1.1 POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	1
1.1.1 ZIELE UND SCHWERPUNKTE DER NATIONALEN DROGENPOLITIK.....	1
1.1.2 GRUNDLEGENDE ELEMENTE DER DROGENPOLITIK AUF NATIONALER, REGIONALER UND LOKALER EBENE.....	2
1.1.3 AUSGEWÄHLTE THEMENGEBIETE.....	3
1.1.3.1 Entwicklungen auf der Bundesebene.....	4
1.1.3.2 Entwicklungen auf der Ebene der Bundesländer.....	10
1.2 ENTWICKLUNGEN IM UMFELD VON DROGENPOLITIK UND GESETZGEBUNG.....	12
1.2.1 UMSETZUNG DER DROGENPOLITISCHEN STRATEGIEN.....	12
1.2.1.1 Nationale Strategien und föderale Struktur.....	12
1.2.1.2 <i>Die Umsetzung aktueller nationaler Ziele und Strategien</i> .....	12
1.2.2 DROGENGESETZE UND STRAFVERFOLGUNG.....	13
1.2.2.1 Die Rechtslage.....	13
1.2.2.2 Rechtswirklichkeit.....	15
1.2.3 ANDERE RELEVANTE GESETZE.....	16
1.3 ENTWICKLUNG DER ÖFFENTLICHEN MEINUNG UND WAHRNEHMUNG VON DROGENBEZOGENEN THEMEN.....	17
1.4 BUDGETS UND FINANZIELLE SITUATION.....	22

### **Teil II: Epidemiologische Situation**

<b>2 PRÄVALENZ, KONSUMMUSTER UND ENTWICKLUNGEN DES DROGENKONSUMS</b>	<b>25</b>
2.1 WESENTLICHE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS.....	25
2.1.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE WICHTIGSTEN CHARAKTERISTIKA UND ENTWICKLUNGEN DER DROGENSITUATION.....	25
2.1.2 KONSUMMUSTER UND KONSUMENTENGRUPPEN.....	26
2.2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG.....	29
2.2.1 CANNABIS.....	32

2.2.2	AMPHETAMINE .....	35
2.2.3	ECSTASY .....	36
2.2.4	KOKAIN .....	38
2.2.5	LSD .....	41
2.2.6	HEROIN UND ANDERE OPIATE (Z.B. CODEIN, OPIUM, MORPHIUM) .....	42
2.2.7	PSYLOCIBINHALTIGE PILZE .....	45
2.2.8	ERGÄNZENDE STUDIEN AUF EBENE EINZELNER LÄNDER .....	46
2.3	RISKANTER DROGENGEBRAUCH .....	47
2.3.1	NATIONALE UND LOKALE SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS .....	48
2.3.2	PROBLEMATISCHER DROGENGEBRAUCH AUF LOKALER EBENE .....	50
2.3.3	RISIKOVERHALTEN VON DROGENKONSUMENTEN .....	50
<b>3</b>	<b>GESUNDHEITLICHE FOLGEN</b> .....	<b>52</b>
3.1	BEHANDLUNGSNACHFRAGE .....	52
3.1.1	CHARAKTERISTIKA DER DROGENKONSUMENTEN .....	52
3.1.2	DIAGNOSEDATEN AUS AMBULANTEN BEHANDLUNGSBEREICH .....	55
3.1.3	DIAGNOSEDATEN AUS DEM STATIONÄREN BEHANDLUNGSBEREICH .....	56
3.2	DROGENTODESFÄLLE .....	57
3.3	INFEKTIONSKRANKHEITEN BEI DROGENABHÄNGIGEN .....	62
3.3.1	HIV UND AIDS .....	62
3.3.2	HEPATITIS B UND C .....	65
3.4	ANDERE KRANKHEITEN BEI DROGENABHÄNGIGEN .....	66
<b>4</b>	<b>SOZIALE UND RECHTLICHE KONSEQUENZEN</b> .....	<b>67</b>
4.1	SOZIALE PROBLEME .....	67
4.2	POLIZEILICHE UND JUSTIZIELLE PROBLEME .....	70
4.3	SOZIALE UND ÖKONOMISCHE KOSTEN DES DROGENKONSUMS .....	73
<b>5</b>	<b>DROGENMARKT</b> .....	<b>74</b>
5.1	VERFÜGBARKEIT UND BESCHAFFBARKEIT VON DROGEN .....	74
5.2	SICHERSTELLUNGEN VON BETÄUBUNGSMITTELN .....	74
5.3	PREISE UND REINHEIT .....	77
5.3.1	CANNABIS .....	78
5.3.2	AMPHETAMIN .....	79
5.3.3	AMPHETAMINDERIVATE .....	79
5.3.4	KOKAIN .....	80
5.3.5	HEROIN .....	81
<b>6</b>	<b>TRENDS</b> .....	<b>82</b>
6.1	CANNABIS .....	82
6.2	SYNTHETISCHE DROGEN (AMPHETAMINE, ECSTASY, LSD, ANDERE/NEUE DROGEN) .....	82
6.3	HEROIN/OPIATE .....	83
6.4	KOKAIN/CRACK .....	84
6.5	MEHRFACHGEBRAUCH (EINSCHLIEßLICH ALKOHOL, ARZNEIMITTEL, SCHNÜFFELSTOFFE) .....	84

<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>85</b>
7.1	KONSISTENZ ZWISCHEN DEN INDIKATOREN .....	85
7.2	IMPLIKATIONEN FÜR POLITIK UND INTERVENTION .....	85
7.3	METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN UND DATENQUALITÄT .....	85

### **Teil III: Massnahmen zur Reduzierung der Nachfrage**

<b>8</b>	<b>STRATEGIEN DER NACHFRAGEREDUZIERUNG AUF NATIONALER EBENE</b>	<b>87</b>
8.1	DIE WICHTIGSTEN STRATEGIEN UND AKTIVITÄTEN .....	87
8.1.1	STRATEGIEN UND AKTIVITÄTEN AUF DER EBENE DES BUNDES .....	87
8.1.2	STRATEGIEN UND AKTIVITÄTEN AUF EBENE DER LÄNDER UND KOMMUNEN .....	87
8.2	ANSÄTZE UND NEUE ENTWICKLUNGEN .....	88
8.2.1	ANSÄTZE UND NEUE ENTWICKLUNGEN AUF DER BUNDESEBENE .....	88
8.2.2	ANSÄTZE UND NEUE ENTWICKLUNGEN IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	92
8.2.3	NACHFRAGEREDUZIERUNG UND SOZIOKULTURELLER HINTERGRUND .....	93
8.2.4	SPEZIELLE EREIGNISSE IM BERICHTSZEITRAUM .....	94
8.2.5	INFORMATIONSVBREITUNG FÜR MITARBEITER IM BEREICH NACHFRAGEREDUZIERUNG (NETZWERKE, INTERNET ETC.) .....	94
<b>9</b>	<b>SPEZIELLE INTERVENTIONSBEREICHE</b>	<b>96</b>
9.1	PRÄVENTION .....	96
9.1.1	INTERVENTIONEN IN DER FRÜHEN KINDHEIT .....	96
9.1.2	SCHULE .....	97
9.1.3	AUßERSCHULISCHE JUGENDARBEIT .....	99
9.1.4	PRÄVENTIONSBEREICH GEMEINDE .....	103
9.1.5	TELEFONISCHE HILFSDIENSTE .....	103
9.1.6	MASSENMEDIALE KAMPAGNEN .....	104
9.1.7	INTERNET .....	105
9.2	HILFEN ZUR SCHADENSREDUZIERUNG .....	107
9.2.1	AUFSUCHENDE ARBEIT .....	107
9.2.2	NIEDRIGSCHWELIGE ANGEBOTE .....	108
9.2.3	PRÄVENTION VON INFektionsKRANKHEITEN .....	110
9.3	BEHANDLUNG .....	111
9.3.1	BEHANDLUNG UND GESUNDHEITSFÜRSORGE AUF NATIONALER EBENE .....	111
9.3.2	SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG .....	114
9.4	NACHSORGE UND REINTEGRATION .....	116
9.4.1	AUSBILDUNG UND TRAINING .....	117
9.4.2	BESCHÄFTIGUNG .....	117
9.4.3	WOHNEN .....	118
9.5	INTERVENTIONEN IM STRAFVOLLZUG .....	118

9.6	SPEZIFISCHE ZIELE UND SETTINGS .....	118
9.6.1	SELBSTHILFEGRUPPEN.....	118
9.6.2	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MAßNAHMEN.....	119
9.6.3	KINDER VON DROGENKONSUMENTEN .....	119
9.6.4	ELTERN VON DROGENKONSUMENTEN .....	120
9.6.5	ETHNISCHE MINDERHEITEN UND MIGRANTEN.....	120
<b>10</b>	<b>QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>122</b>
10.1	QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN.....	122
10.2	EVALUATION.....	125
10.3	FORSCHUNG .....	126
10.3.1	FORSCHUNG ZUR SITUATION .....	126
10.3.2	FORSCHUNG ZUR REDUZIERUNG DER NACHFRAGE .....	127
10.3.3	WEITERE FORSCHUNG .....	128
10.4	TRAINING .....	129
10.5	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN .....	131

## **Teil IV: Schlüsselthemen**

<b>11</b>	<b>POLYVALENTER DROGENKONSUM</b>	<b>133</b>
11.1	KONSUMMUSTER UND KONSUMENTENGRUPPEN .....	136
11.2	GESUNDHEITLICHE UND SOZIALE KONSEQUENZEN .....	141
11.3	SPEZIFISCHE INTERVENTIONSANSÄTZE .....	143
11.1	METHODISCHE ASPEKTE .....	143
<b>12</b>	<b>ERFOLGREICHE BEHANDLUNG: EFFEKTIVITÄT VON INTERVENTIONEN</b>	<b>144</b>
12.1	VERSCHIEDENE BEHANDLUNGSANSÄTZE UND IHRE ENTSPRECHENDEN KONZEPTE VON „BEHANDLUNGSERFOLG“ .....	144
12.2	EVALUATION DER BEHANDLUNGSANSÄTZE .....	146
12.2.1	Globale Erfolgskriterien in der Behandlungsevaluation .....	146
12.2.2	Beispiele für unterschiedliche Konzepte von „Erfolg“ in der Behandlungsevaluation .....	146
12.3	METHODISCHE PROBLEME .....	151
<b>13</b>	<b>DROGENKONSUM IM GEFÄNGNIS</b>	<b>152</b>
13.1	EPIDEMIOLOGISCHE SITUATION .....	152
13.1.1	DROGENKONSUM VOR UND IN HAFT .....	153
13.1.2	INFEKTIONSRELEVANTES RISIKOVERHALTEN.....	154
13.1.3	PRÄVALENZ DER HIV, HCV UND HBV-INFEKTIONEN .....	157
13.2	VERFÜGBARKEIT VON DROGEN IM GEFÄNGNIS .....	158
13.3	INFORMATIONEN ZUM KONTEXT: ORGANISATION UND STRUKTUREN IM GEFÄNGNIS .....	159
13.4	KONZEPTE ZUR NACHFRAGEREDUZIERUNG IM GEFÄNGNIS.....	160
13.5	EVALUATION VON BEHANDLUNGSANSÄTZEN IM GEFÄNGNIS.....	162
13.6	METHODISCHE PROBLEME .....	163

## **Anhang**

<b>14 LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>164</b>
14.1 BROSCHÜREN .....	164
14.2 LITERATUR ZUM BERICHT .....	164
14.3 WEBSITES ZUM BERICHT .....	171

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Drogenverständnis und Bewertung von Gefährlichkeit	21
Tabelle 2: Drogen- und Suchtbudgets in Deutschland 2000	23
Tabelle 3: Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)	30
Tabelle 4: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)	31
Tabelle 5: 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)	32
Tabelle 6: Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)	33
Tabelle 7: 12-Monats-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)	34
Tabelle 8: 30-Tage-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)	34
Tabelle 9: Lebenszeit-Prävalenz von Amphetaminen (2000/2001)	35
<b>Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz von Amphetaminen (2000/2001)</b>	<b>36</b>
Tabelle 11: Lebenszeit-Prävalenz von Ecstasy in Deutschland (2000/2001)	37
Tabelle 12: 12-Monats-Prävalenz von Ecstasy in Deutschland (2000/2001)	37
Tabelle 13: Lebenszeit-Prävalenz von Kokain in Deutschland (2000/2001)	38
Tabelle 14: 12-Monats-Prävalenz von Kokain in Deutschland (2000/2001)	39
Tabelle 15: Crack-Konsum in drei Frankfurter Studien	40
Tabelle 16: Polyvalenter Drogenkonsum bei Crack-Konsumenten	40
Tabelle 17: Lebenszeit-Prävalenz von LSD in Deutschland (2000/2001)	41
Tabelle 18: 12-Monats-Prävalenz von LSD in Deutschland (2000/2001)	42
Tabelle 19: Lebenszeit-Prävalenz von Heroin in Deutschland (2000/2001)	43
Tabelle 20: 12-Monats-Prävalenz von Heroin (2000)	43
Tabelle 21: Lebenszeit-Prävalenz von anderen Opiaten (2000/2001)	44
Tabelle 22: 12-Monats-Prävalenz von anderen Opiaten (2000/2001)	44
Tabelle 23: Lebenszeitprävalenz von Pilzen (2000)	45
Tabelle 24: 12-Monats-Prävalenz von Pilzen (2000)	46
Tabelle 25: Konsum illegaler Drogen in Hamburg (Altersgruppen 15-39 / 15-17 Jahre)	47
Tabelle 26: Vergleich der Ergebnisse aus verschiedenen Schätzverfahren	49
Tabelle 27: Vergleich von Ergebnissen aus verschiedenen Jahren	49
Tabelle 28: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten (EBIS 2000)	51
Tabelle 29: Die häufigsten Hauptdiagnosen (EBIS-A)	55
Tabelle 30: Die häufigsten Hauptdiagnosen (EBIS-S)	56
Tabelle 31: Drogentodesfälle 2000	60
Tabelle 32: Prävalenzdaten von Hepatitis B und C	66
Tabelle 33: Beschlagnahmungen (Menge) 1991 - 2000	75
Tabelle 34: Wirkstoffe in beschlagnahmten Amphetaminen	79
Tabelle 35: Beigebrauch zu Ecstasy	137
Tabelle 36: Cluster der Konsummuster	139
Tabelle 37: Cluster der Konsummuster nach Geschlecht	139
Tabelle 38: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Männern	140
Tabelle 39: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Frauen	141
Tabelle 40: Drogentodesfälle	142
Tabelle 41: Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen: Definition der Erfolgskriterien	147
Tabelle 42: Geburtsland von Inhaftierten i.v. Drogenkonsumenten (IDU) vs. nicht i.v. Drogenkonsumenten (Non-IDU)	152
Tabelle 43: Maßnahmen im Betreuungsverlauf von Klienten der Straffälligenhilfe in sieben Gefängnissen	162

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablehnung illegaler Drogen (1973 bis 2001).....	17
Abbildung 2: Probierbereitschaft illegaler Drogen bei 12-25Jährigen („ ... könnte man vielleicht einmal versuchen“) .....	18
Abbildung 3: Konsumbereitschaft bei Drogenangebot bei 18-39Jährigen.....	19
Abbildung 4: Ablehnung beim ersten Drogenangebot (12-25jährigen) .....	19
Abbildung 5: Gründe für die Ablehnung des ersten Angebotes illegaler Drogen .....	20
Abbildung 6: Altersverteilung der ambulant behandelten Klienten .....	53
Abbildung 7: Verteilung der Hauptdiagnosen bei deutschen Klienten .....	54
Abbildung 8: Verteilung der Hauptdiagnosen bei Klienten mit anderer Staatsbürgerschaft.....	54
Abbildung 9: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Geschlecht .....	58
Abbildung 10: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Altersgruppen.....	59
Abbildung 11: Drogentodesfälle 1999 (Spezielle Auswertung des Statistischen Bundesamtes) .....	61
Abbildung 12: Aids-Fälle in den Bundesländern (pro 1 Mio. Bevölkerung) (2000) .....	63
Abbildung 13: Anteil von intravenös Drogenabhängigen (IVDA) an Aids-Fällen (2000).....	64
Abbildung 14: Anteil der Klienten mit substanzinduzierter Störung ohne Partnerschaft.....	67
Abbildung 15: Wohnungssituation von Klienten mit substanzinduzierter Störung.....	68
Abbildung 16: Erwerbstätigkeit von ambulant behandelten Klienten .....	69
Abbildung 17: Weitere Problemfelder von ambulant behandelten Klienten.....	69
Abbildung 18: Rauschgiftdelikte, Verteilung nach Deliktgruppen .....	70
Abbildung 19: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Delikte seit 1988 .....	71
Abbildung 20: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Konsumdelikte seit 1982.....	72
Abbildung 21: Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit Drogen polizeiauffällig wurden .....	73
Abbildung 22: Handel, Schmuggel und Einfuhr nicht geringer Mengen (Fallzahlen) .....	75
Abbildung 23: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland .....	76
Abbildung 24: Preise pro Gramm Haschisch für Klein- und Großmengen .....	78
Abbildung 25: THC-Gehalt von Haschisch.....	78
Abbildung 26: Preise pro Gramm Kokain für Klein- und Großmengen .....	80
Abbildung 27: Kokain-Base Gehalt von Kokain .....	80
Abbildung 28: Preise pro Gramm Heroin für Klein- und Großmengen .....	81
Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung des Diacetylmorphingehaltes in Heroinproben.....	81
<b>Abbildung 30: Erfolgskriterien für die Evaluation von Behandlungskonzepten</b> .....	146
Abbildung 31: Anzahl der aufgrund einer richterlichen Anordnung (§64 StGB) in einer Entziehungs- anstalt Untergebrachten (ohne Alkoholismus) (2000) .....	153
Abbildung 32: Regelmäßiger Gebrauch psychotroper Substanzen sechs Monate vor Beginn der Haft bei Männern und Frauen .....	154
Abbildung 33: Drogenkonsumformen bei Gefängnisinsassen (JVAs Vechta und Lingen) .....	155
Abbildung 34: Sexualverhalten bei Inhaftierten .....	156
Abbildung 35: Anbringen eines Tattoos oder Piercings während der aktuellen Inhaftierung .....	157
Abbildung 36: HIV-Infektionen bei Gefangenen.....	158

## Abkürzungen

AMG	Arzneimittelgesetz
ANOMO	Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte
AUB-Richtlinien	Richtlinien für Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtM-ÄndV.	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMG-ÄndG	Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
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 Antiretrovirale 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
StGB	Strafgesetzbuch
THC	Tetrahydrocannabinol
UN	Vereinte Nationen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentrales Institut der Kassenärztlichen Versorgung

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

Mit dem vorliegenden REITOX Bericht 2001 erfüllt die DBDD zum einen ihren Auftrag als deutscher Knotenpunkt der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, die Situation für Deutschland umfassend und aktuell darzustellen. Die einheitliche Struktur dieser Berichte macht ihre Verwendung für die Europäische Berichterstattung durch die EBDD möglich. Gleichzeitig hat sich damit inzwischen ein Standard der nationalen Berichterstattung etabliert, der auch in Deutschland zunehmend positive Resonanz findet. So waren die 250 Exemplare des Berichts für das Jahr 2000, der erstmalig gedruckt wurde, bereits Ende Juli 2001 vergriffen. Auch der bilaterale Austausch mit anderen europäischen Ländern wird durch die parallel vorgelegte englische Fassung und die einheitliche Struktur unterstützt. Diese Wechselwirkung zwischen nationalen und europäischen Entwicklungen und Aktivitäten lässt sich auch in anderen Bereichen feststellen, wo sie zu einem fruchtbaren Austausch von Ideen und Konzepten geführt hat: bei der „Erfassung neuer Trends und Risiken“ unter dem Schlagwort Frühwarnsystem, bei der Entwicklung besonderer Angebote für Kinder von Abhängigen oder bei Verbesserungen der Datengrundlagen etwa im Bereich der Drogentodesfälle.

Die Knotenpunktaktivitäten in Deutschland wurden 1999 durch eine Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesländer unter dem Dach der DBDD zusammengeführt. Damit wird der eigenständige Auftrag des deutschen Knotenpunkts und seine nationale Rolle unterstrichen. Getragen wird die DBDD von den drei Partnerorganisationen, die diese Arbeiten von Anfang an durchgeführt haben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit einem Arbeitsschwerpunkt im Bereich Prävention, die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren im Bereich Behandlung und das IFT Institut für Therapieforschung im Bereich Epidemiologie arbeiten hier eng zusammen. Die Geschäftsführung der DBDD und die Koordination liegen beim IFT.

Besonderer Dank gilt all denen, welche die Erstellung dieses Berichts durch Informationen und Hinweise unterstützt haben. Wissenschaftler, Mitarbeiter aus Verbänden und zahlreichen Ministerien und anderen Ämtern haben dabei mitgewirkt. Die Bereitschaft, Informationen und Ergebnisse aus eigenen Studien, Forschungsaufträgen oder Gremien für die Arbeit der DBDD zur Verfügung zu stellen, hat in den letzten beiden Jahren deutlich zugenommen. Dies hilft uns, ein möglichst vollständiges Bild der deutschen Situation zu zeichnen. Gleichzeitig muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass bei der Vielzahl der Aktivitäten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene nur ein kleiner Ausschnitt beschrieben werden kann. Wir haben uns bemüht, im Rahmen der Anforderungen der EBDD

und der nationalen Partner vor allem neue, zukunftssträchtige oder intensiv diskutierte Aspekte der fachlichen Arbeit und der Drogenpolitik in den Vordergrund zu stellen. Die Weiterentwicklung dieses Bereichs ist letztlich das zentrale Thema der EBDD und ihrer nationalen Partner.

Roland Simon

Leiter der DBDD

## **Zusammenfassung**

Der vorliegende Bericht zur Drogensituation in Deutschland wurde für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellt, eine Agentur der Europäischen Union. Die Arbeiten wurden finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit und die EBDD gefördert und von der Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de) zum Herunterladen zur Verfügung.

### **Politische Strategien auf Bundes- und Landesebene**

Die Suchtpolitik in Deutschland bezog sich in den vergangenen Jahren überwiegend auf illegale Substanzen. Sie hat zum Ziel - je nach Situation des Einzelnen - den Beginn des Konsum illegaler Drogen zu verhindern, einen Ausstieg durch möglichst frühzeitige Interventionen zu ermöglichen, Überlebenshilfen anzubieten bzw. den Ausstieg aus einer Abhängigkeit mit allen dafür zur Verfügung stehenden Hilfen zu erreichen.

In den nächsten Jahren werden die Maßnahmen der Suchtpolitik der Bundesregierung wohl stärker als früher auch im Bereich der legalen psychotropen Substanzen liegen. So soll der Verkauf von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren gesetzlich verboten werden. Eine Arbeitsgruppe mit der Alkoholindustrie wurde eingerichtet, um „Vorschläge zum verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken“ zu entwickeln.

Mit Unterstützung der Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung ist geplant, einen neuen Sucht- und Drogenplan zu formulieren. Nach dem Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan aus dem Jahr 1990 soll damit ein neues Gesamtkonzept als Antwort auf die starken Veränderungen im Umgang und in der Bewertung von psychotropen legalen und illegalen Substanzen entstehen. Auch die europäische Dimension wird dabei eine wichtige Rolle spielen.

### **Epidemiologische Situation**

Der Konsum illegaler Drogen ist in Deutschland weit verbreitet. In der Altersgruppe 18 bis 39 haben 29,5% in den alten und 19% in den neuen Ländern Erfahrungen mit solchen Substanzen. Häufig handelt es sich dabei jedoch nur um experimentellen Konsum, der bald wieder eingestellt wird und sich ausschließlich auf Cannabis beschränkt.

Cannabis wird heute in ganz unterschiedlichen Gruppen gebraucht. Aktuelle Umfragen zeigen, dass mehr als 10 Millionen Menschen in Deutschland - die meisten im Alter unter 40 Jahre - Erfahrungen mit Cannabis haben, dies also zumindest einmal im Leben probiert haben. Etwa 3,4 Millionen haben die Droge in den letzten 12 Monaten konsumiert. Dieser Wert liegt bei einer Umfrage im Jahr 2000 um mehr als 1 Million höher als 3 Jahre vorher.

Die Verbreitung von Ecstasy und Amphetaminen ist im Vergleich dazu deutlich niedriger. Hochrechnungen auf der Basis von Umfragen ergeben rund 300.000 bzw. 400.000

Menschen, die in den letzten 12 Monaten Kontakt mit diesen Substanzen hatten. Diese Zahlen dürften jedoch eine deutliche Unterschätzung darstellen. Dabei zeigt Ecstasy in den letzten Jahren wenig Veränderung in der Verbreitung, während Amphetamine zuzunehmen scheinen. Die gesundheitlichen Risiken von Ecstasy wurden in verschiedenen Studien untersucht. Es liegen unter anderem Hinweise auf eine dauerhafte Beeinträchtigung der Hirnaktivität durch Ecstasykonsum vor.

Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten wird ebenfalls von rund 400.000 Personen berichtet. Viele Kokainkonsumenten sind gleichzeitig auch Heroinkonsumenten. Nur eine recht kleine - allerdings zunehmende Zahl - von Personen mit einem reinen Kokainkonsum kommen mit Drogenproblemen in Behandlung.

Problematischer Drogenkonsum ist häufig mit Heroinkonsum verbunden. Heroin - häufig in Kombination mit anderen Drogen - ist auch die wichtigste Ursache für den Drogentod. Eine Schätzung der Fallzahlen für problematische Heroin-/bzw. Opiatgebraucher an Hand des EBDD-Kernindikators für „problematischen Konsum“ zeigt für Deutschland einen Anstieg von 1995 nach 2000 um rund ein Viertel. Einzelne Quellen, etwa die Polizeizahlen aus den letzten beiden Jahren, sprechen für eine stabile Entwicklung seit 1999. Die Entwicklungen sind dabei offensichtlich auch regional unterschiedlich. So hat sich in einigen Bereichen in den neuen Ländern, die insgesamt bisher wenig Probleme mit Heroin hatten, eine entsprechende Drogenszene gebildet.

### **Massnahmen zur Reduzierung der Nachfrage**

Verschiedene Projekte auf Bundes- und Landesebene dienen der Prävention und Information. Im Modellprogramm FreD soll Jugendlichen, die erstmalig wegen Drogen polizeiauffällig werden, auf freiwilliger Basis fundierte Informationen über Drogenkonsum und seinen Risiken vermittelt und damit eine kritische Selbstreflexion angestoßen werden. Internetprojekte der BZgA ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) und auf Landesebene (z.B. [www.drugscout.de](http://www.drugscout.de) in Sachsen). Drogenpolitik ist in Deutschland auch immer Ländersache. Dies gilt für die gesundheitlichen Aspekte ebenso wie für die Strafverfolgung. Nationales Rechts (z.B. Betäubungsmittelgesetz) wird dabei teilweise unterschiedlich interpretiert und umgesetzt. Eine Reihe von Bundesländern haben eigene Landespläne zur Suchtvorbeugung aufgestellt.

Deutschland verfügt über ein sehr entwickeltes Hilfesystem im Bereich Sucht, das medizinische, soziale und psychotherapeutische Elemente verbindet. Spezialisierte ambulante und stationäre Einrichtungen bieten drogenfreie Betreuung, Entgiftung, Substitution, Rehabilitation, Maßnahmen zur Schadensminimierung etc. an. Allein 50.000 Personen mit einer Opiatabhängigkeit waren im Jahr 2000 nach Schätzungen in Substitutionsmaßnahmen.

In Anbetracht der Tatsache, dass trotz eines gut ausgebauten und stark differenzierten Hilfesystems manche Drogenabhängige kaum erreicht werden, diente ein Modellprojekt zum „case management“ dazu, Wege für eine bessere Erreichbarkeit und eine Optimierung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen zu untersuchen. Ergebnisse aus mehreren Jahren liegen inzwischen hierzu vor.

Ein Forschungsprojekt zur Verschreibung von heroinhaltigen Arzneimitteln für Opiatabhängige wurde in den letzten Jahren im Detail entwickelt. Nach Klärung einer Vielzahl von Problemen im Umfeld wird das eigentliche Projekt nun Anfang 2002 beginnen. Als Laufzeit sind 3 Jahre vorgesehen, 7 Städte sind daran beteiligt. Die zentrale Frage ist dabei, ob und unter welchen Bedingungen die Verschreibung von Heroin für eine besonders schwierige Gruppe von Opiatabhängigen, dazu beitragen kann, ihre Situation in den Bereichen Gesundheit, soziale und rechtliche Lage, Konsumverhalten etc. zu verbessern. Kern ist ein Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden (insbesondere der Medikation mit Heroin vs. Methadon) bei randomisierter Zuordnung der Probanden zu unterschiedlichen weiteren Maßnahmen.

### **Schlüsselthemen**

Der Mischkonsum unterschiedlicher Drogen zur gleichen Zeit ist bei der Gruppe der problematischen Konsumenten weit verbreitet. Die teilweise kaum vorhersagbare Gesamtwirkung dieser Substanzen ist auch die Ursache zahlreicher Todesfälle. Dies gilt insbesondere für Opiate, die häufig mit großen Mengen von Alkohol konsumiert werden. Aber auch akute Risiken von Ecstasy steigen erheblich, wenn dieses in Kombination mit anderen Substanzen gebraucht wird. Ein großer Teil der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Umfeld von Techno-Parties und Raves zielt deshalb darauf, die zusätzlichen Risiken durch Mischkonsum bewusst zu machen.

Drogenabhängigkeit spielt eine große Rolle in Justizvollzugsanstalten, wo nicht nur die Personen Drogenprobleme haben, die wegen einschlägiger Delikte im Gefängnis sind. Schätzungen zum Umfang dieser Gruppe reichen von 28% bis über 50% der Insassen, wobei die Werte für weibliche Insassen deutlich höher liegen als für Männer. Auf diesem Hintergrund sind Projekte zur Infektionsprophylaxe z.B. durch die Vergabe von Spritzen in Gefängnissen von besonderem Interesse. Aber auch verschiedene Projekte and Routineangebote, die sicher stellen, dass auch im Gefängnis Suchttherapie durch unabhängige Berater stattfinden kann, haben eine große Bedeutung.

## **Summary**

This report on the Drug Situation in Germany has been prepared on behalf of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, an agency of the European Community (EMCDDA). The work has been promoted financially by the Federal Ministry of Health and the EMCDDA and carried out by the German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The total report follows the structure and guidelines issued by the EMCDDA and is available for download beginning November 2001 under [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de).

### **Political Strategies on Federal and Laender level**

Addiction policy in Germany in former years has mainly targeted illegal substance. The aim is - depending on the individual situation - to prevent starting drug use, enable to stop is through intervention as early as possible, offer help to survive or obtaining exit from an addiction with all possible help available. In the coming years the measures of the addiction policy of the Federal government will touch more than before also legal psychoactive substances. For instance sale of tobacco to children and young people under 16 years shall be forbidden by law. A working-group with the alcohol industry was installed in order to develop propositions for a „responsible approach to alcoholic beverages“.

Supported by the Drug and Addiction Commission of the Federal Government it is planned, to formulate a new plan for addiction and drugs. After the „National Plan to Fight Narcotics“ from 1990 a new global conception should develop as an answer to the big changes which took place in relation to illegal and legal drugs and in their assessment. In this respect also the European dimension will be of great importance.

### **Epidemiological situation**

The use of illegal drugs is wide spread in Germany. From the age-group 18-39 years 29,5% in the old Laender (West) and 19% of the new Laender (East) of Germany having experiences with these substances. Frequently this is only an experimental use which is ceased again soon and is limited exclusively to cannabis.

Nowadays cannabis is used in very different groups of persons. Recent surveys show that more than 10 million people in Germany – most of them under 40 years old – have experiences with cannabis. About 3,4 million used this drug during the last 12 months. In a survey from the year 2000 this value has increased by more than 1 million compared to the value 3 years before.

In comparison to that, the spread of ecstasy and amphetamines is considerably lower. Projections based on surveys found out that about 300.000 respectively 400.000 people were in contact with these drugs during the last 12 months. However, these figures very likely are a considerable underestimation. During the last years the spread of ecstasy hardly changed whereas for amphetamines it seems to increase. The risks for health concerning

consumption of ecstasy have been examined in different studies. Among other effects there is some evidence for a lasting impairment of brain activity caused by consumption of ecstasy. About 400.000 persons consumed cocaine during the last 12 months. Many consumers of cocaine use heroin at the same time. Only a rather small, however increasing number of persons consuming exclusively cocaine are treated because of drug problems.

Problematic use of drugs is frequently linked to heroin use. Heroin – often combined with other drugs – is the most frequent cause of drug-related death. An estimation of the number of cases of problematic users of heroin respectively opiates according to the EMCDDA core indicator for „problematic drug use“ shows for Germany an increase from 1995 to 2000 by about one fourth. Some sources, for instance the figures issued by police offices, talk about a stable development since 1999. It seems that developments vary also from one region to another. For instance in some regions of the new Laender (East Germany) having so far only small problems with heroin, a corresponding drug scene developed.

### **Measures for reduction of demand**

Different projects on Federal and Laender level serve for prevention and information purposes. The demonstration programme FreD offers to young people getting into touch with police for the first time because of drugs, solid information about consumption of drugs and its risks. This should induce a critical self-reflection. Internet projects are done by the Federal Centre for Health Education ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) and on Laender level (i.e. [www.drugscout.de](http://www.drugscout.de) in Saxony).

In Germany drug policy is always also under responsibility of the Laender. This is true in relation to health aspects as well as for prosecution. National law (e.g. the narcotics law) in parts is interpreted and applied in a different way. A number of Federal Laender have developed their own Land plans for addiction prevention.

Germany disposes of a highly developed help system concerning drugs and addiction, combining medical, social and psychotherapeutic elements. Specialized outpatient and inpatient institutions offer drug-free care, detoxification, substitution, rehabilitation, harm reduction measures and so on. According to an estimation 50.000 persons with opiate addiction were in substitution treatment in 2000.

Due to the fact that in spite of a well-developed and strongly differentiated relief system some addicts can hardly be contacted, a model project for „case management“ should investigate possibilities of improved availability and optimised cooperation between different institutions. Results out of several years are available in the meantime.

A research project for the prescription of medical heroin for opiate addicts was developed in detail during the last years. After a number of associated problems could be clarified the real project will start now at the beginning of 2002. It will have a duration of 3 years and 7 cities will take part. The main question to be answered is if and under what condition prescription of heroin for an extremely difficult group of opiate addicts can contribute to improve their situation concerning health, social and legal aspects, consumption behaviour. Basis is a

comparison of different treatment methods (especially medication with heroin vs. methadone) under randomised referral of subjects to different other measures.

### **Key topics**

Mixed consumption of different drugs at same time can be found very often within the group of problematic drug users. The hardly predictable total effect of these substances is also the reason for numerous deaths. This applies especially to opiates which are very often consumed together with much alcohol. But also acute risks of ecstasy increase considerably, if it is used in combination with other substances. A big share of activities of self-help groups in the surrounding of Techno-Parties and Raves aims therefore at pointing out the additional risks of mixed consumption.

Addiction has a great distribution in prisons where not only persons sentenced because of those relevant offences have drug problems. Estimations concerning the share of this group vary from 28% to 50% of the inmates, whereas the value for female inmates is evidently higher than for males. Considering this background, projects aiming at prevention of infections, i.e. distributing injection needles in prisons, are of special interest. But also various projects and routine offers ensuring addiction therapy by independent consultants also in prisons, are of great importance.

# Teil I      **NATIONALE STRATEGIEN: INSTITUTIONELLE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN**

## **1    Entwicklungen in der Drogen- und Suchtpolitik**

### **1.1   Politische Rahmenbedingungen**

#### **1.1.1   Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogenpolitik**

Das Amt der Drogenbeauftragten gehört seit 1998 zum Gesundheitsministerium. Im Zuge einer Kabinettsumbildung wechselte das Gesundheitsministerium im Januar 2001 von einer bündnisgrünen Ministerin zu einer Ministerin aus der Sozialdemokratischen Partei. Die Drogenbeauftragte, Frau Nickels, wurde in der Folge dieser Umbesetzung durch Frau Caspers-Merk abgelöst. Frau Caspers-Merk ist Mitglied des Deutschen Bundestages. Sie ist zuständig für die Suchtpolitik des Bundesministeriums für Gesundheit und koordiniert die Sucht- und Drogenpolitik der gesamten Bundesregierung. Da die Vereinbarung, auf welcher die Politik der aktuellen Regierung basiert, durch diese Umbesetzung unverändert blieb, hat sich dadurch an der Drogenpolitik der Bundesregierung nichts grundsätzliches geändert. Allerdings wurden einige neue Schwerpunkte gesetzt.

Ende April 2001 stellte die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihren Sucht- und Drogenbericht vor. Die im Vergleich zu den Vorjahren geänderte Reihenfolge der Begriffe „Sucht“ und „Drogen“ im Titel dieser Veröffentlichung weist bereits auf den Ansatz hin, Prävention vor allem auch auf die legalen Suchtmitteln auszudehnen. So wurde unter Federführung des BMG mit den Ländern eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der Alkoholwirtschaft eingerichtet, die „Vorschläge zum verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken“ erarbeiten soll. Mit der Tabakindustrie wurden Gespräche über einen substantiellen finanziellen Beitrag zum Kinder- und Jugendschutz geführt. Dabei geht es darum, Kinder und Jugendliche vom Rauchen abzuhalten. Das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit soll um eine Vorschrift ergänzt werden, die den Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 verbietet.

In Bezug auf die Drogensituation macht der Bericht die folgenden Aussagen:

- Insgesamt wird ein leichter Rückgang der Suchtprobleme konstatiert, der jedoch nicht für alle Teilgruppen gilt. So finden sich zunehmend riskante Verhaltensweisen bei jungen Spätaussiedler, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Drogentoten ausmachen
- Es werden zunehmend riskante Konsummuster bei Alkohol (binge drinking) und Tabak festgestellt
- Der Heroinmissbrauch wird zwar zur Zeit als stabil bis rückläufig eingeschätzt, in einzelnen Regionen in den neuen Ländern (z.B. Halle/Saale, Leipzig) zeigt sich jedoch eine deutliche Zunahme gerade unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Drogenbezogene Todesfälle - fast immer im Umfeld von Opiaten - haben erneut zugenommen

- Der deutliche Anstieg der Verbreitung von Cannabis sowie die starke Zunahme von Behandlungsfällen mit einer primären Cannabisdiagnose sind besorgniserregend und sollten beobachtet werden
- Medikamentenmissbrauch wird als wenig sichtbar, aber dennoch problematisch eingeschätzt. Dies gilt insbesondere für Kinder. Die starke Zunahme der Medikation bei hyperaktiven Kindern wird kritisch kommentiert.

Drogenpolitik zielt je nach Situation des Einzelnen darauf,

- den Einstieg in den Konsum zu verhindern
- den Ausstieg aus dem Konsum durch möglichst frühzeitige Intervention zu schaffen
- Überlebenshilfen anzubieten
- den Ausstieg aus einer Abhängigkeit mit allen dafür zur Verfügung stehenden Hilfen zu erreichen.

Im Jahr 2000 lief das nationale Suchtforschungsprogramm aus, das seit 1994 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, um Grundlagen der Suchtbekämpfung zu erforschen und weiter zu entwickeln. Studien im Bereich der analytischen Epidemiologie zu Frühstadien der Suchtentwicklung, zu Personen, die Drogenmissbrauch in Eigeninitiative beenden sowie die neurobiologische Grundlagen der Entstehung, Prävention und Therapie von Drogenabhängigkeit waren Gegenstand dieses Programms. Das Gesamtvolumen betrug 24,1 Mio € für insgesamt 39 Projekte. Ein weiterer Förderschwerpunkt „Forschungsverbünde für die Suchtforschung“ soll nach aktueller Planung im Herbst 2001 starten. Damit soll die Forschung mit der Versorgung verbunden werden, der Transfer von Forschungsergebnissen beschleunigt und langfristige Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit entwickelt werden.

### **1.1.2 Grundlegende Elemente der Drogenpolitik auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene**

In Deutschland wird die Drogen- und Suchtpolitik entsprechend der föderalen Struktur sowohl auf Bundes- als auch auf der Länderebene definiert. Das Parlament und die Bundesregierung als Verordnungsgeber entscheiden, gegebenenfalls mit Zustimmung des Bundesrates, über die rechtlichen Grundlagen der Drogenpolitik. Die Bundesregierung ergreift Maßnahmen für Modellprojekte im Bereich der Suchtprävention und bei der Betreuung und Hilfe für Suchtkranke. Die internationale Kooperation gegen Drogenmissbrauch und -handel fällt ebenfalls in den Verantwortungsbereich der Bundesregierung. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Federführung für die internationale Zusammenarbeit im Drogenbereich sowie für die Ausarbeitung und Umsetzung der internationalen Suchtstoffübereinkommen, ferner für internationale Aktivitäten im Bereich Gesundheit und Prävention. Das Bundesministerium des Inneren ist für Initiativen im Bereich der öffentlichen Sicherheit verantwortlich.

Während für die Betäubungsmittelgesetzgebung vorrangig der Bund zuständig ist, liegt die Ausführung der Gesetze bei den 16 Bundesländern. Diese können ebenso wie die

Bundesregierung Gesetzesvorschläge einbringen, über die im Bundestag entschieden wird. Die Ausführung der Bundesgesetze durch die Länder umfasst insbesondere die Strafverfolgung und die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs, soweit nicht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zuständig ist. Die Abstimmung mit den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung ist Ländersache. Im Interesse einer koordinierten Drogenpolitik verfügen alle Länder über Drogen- bzw. Suchtbeauftragte. Diese bündeln Maßnahmen, die in verschiedenen Ressorts (Gesundheit-, Sozial-, Jugend-, Kultus-, Innen- und Justizressort) eines Bundeslandes ergriffen werden, beispielsweise durch interministerielle Arbeitsgruppen. Sie sorgen zusätzlich für eine Vernetzung von Drogenhilfe, allgemeinen gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten.

Weiterhin spielen die Kommunen eine wichtige Rolle im Bereich Drogen und Sucht. Sie sind die Träger der Sozialhilfe, die die grundlegenden finanziellen Bedürfnisse der Menschen abdeckt, die nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen anderer Systeme wie Renten-, Kranken- bzw. Arbeitslosenversicherung erfüllen. Die Kommunen beteiligen sich in erheblichem Maß an der Finanzierung von Beratungs- und Betreuungsangeboten, insbesondere im Rahmen ambulanter und niedrigschwelliger Arbeit. Kosten im Zusammenhang mit (sekundären) Krankheiten und körperlicher Entgiftung (Detoxifikation) werden in der Regel durch Krankenversicherungen, im Zusammenhang mit Rehabilitation durch Rentenversicherungen, getragen. Beide Systeme sind keine staatlichen Organisationen, sondern werden durch die Versicherten getragen. Aus den Beiträgen der Versicherten werden Akutbehandlungen, stationäre und teilweise auch ambulante Entwöhnungsbehandlungen und Nachsorgemaßnahmen finanziert. Der Gesetzgeber gibt der Arbeit dieser Gremien lediglich einen Rahmen, vor allem im Sozialgesetzbuch (SGB).

Zur Absprache und Koordination der drogenbezogenen Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene finden regelmäßig Sitzungen des „Ständigen Arbeitskreises der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder“ statt. Auch Vertreter anderer Ministerien und relevanter Nichtregierungsorganisationen sind in diesem Gremium vertreten. Damit ist ein Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Bund, Ländern und nicht-staatlichen Organisationen sichergestellt.

### **1.1.3 Ausgewählte Themengebiete**

Bei den Aktivitäten in den folgenden Kapiteln werden vor allem neue, ungewöhnliche und innovative Ansätze dargestellt. Die breite Masse der Routineaktivitäten in der Prävention, Behandlung und Strafverfolgung nimmt nur einen kleinen Teil der Darstellung ein, wodurch insgesamt kein völliges repräsentatives Abbild der Sucht- und Drogenpolitik und -hilfe entstehen kann.

### 1.1.3.1 Entwicklungen auf der Bundesebene

Im folgenden werden verschiedene aktuelle Einschätzungen und Maßnahmen der deutschen Bundesregierung sowie ihre Umsetzung auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene dargestellt. Dabei wurden vor allem Aspekte ausgewählt, die von strategischer Bedeutung bzw. aus Sicht der Drogenpolitik innovativ in Konzeption oder Implementierung sind.

#### Kinder und Sucht

Kinder mit suchtkranken Eltern(-teilen) tragen ein besonders großes Risiko, später selbst psychisch zu erkranken. Im Vorjahr hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Modellvorhaben des Guttempler Ordens im Umfeld von Selbsthilfeorganisationen hierzu gefördert. In 2000 sind dem einige Projekte auf Landesebene (siehe unten) gefolgt, etwa in Nordrhein-Westfalen und in Bayern. Besonders thematisiert hat die neue Drogenbeauftragte die zunehmende Verwendung von Medikamenten bei Kindern. Der - mögliche - Missbrauch wird dabei eher durch die Eltern als durch die Kinder selbst ausgelöst. Besonders kritisch wird die starke Zunahme bei der Verschreibung von Ritalin angemerkt. Während 1990 etwa 2.500 Kindern damit behandelt wurden, hat sich diese Zahl auf über 40.000 in 1999 vervielfacht (vgl. Schubert et al. 2001). Beim Aufbau des neuen Gesundheitsmonitorings für Kinder („Kindersurvey“) durch das Robert-Koch-Institut in Berlin soll der Aspekt des Medikamentkonsums deshalb besonders berücksichtigt werden.

#### Migranten und Sucht

Bekannt ist derzeit, dass insbesondere die Gruppe der Spätaussiedler relativ stark durch drogenbezogene Todesfälle betroffen ist. Sporadische Berichte über eine Häufung von Drogenproblemen in verschiedenen Gruppen von Migranten gibt es von verschiedenen Seiten. Es fehlen jedoch weitgehend quantitative und qualitative Informationen über Lebensumstände und Drogenprobleme. Dabei ist zu beachten, dass die Gruppe der Migranten sehr heterogen ist: neben Arbeitsimmigranten vor allem aus der Türkei stehen Spätaussiedler deutscher Nationalität aus der ehemaligen UdSSR, Flüchtlinge aus Ex-Jugoslawien und Asylanten bzw. Asylbewerber aus Schwarzafrika und Menschen ohne gültige Aufenthaltserlaubnis. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb eine Reihe von Expertisen zu Teilthemen aus diesem Komplex vergeben, deren Ergebnisse zur Zeit analysiert und bewertet werden. Als ein erster Schritt werden jetzt mit Förderung durch die Bundesregierung von der DHS Videos für diesen Personenkreis erstellt. Diese sollen diese Gruppe verständlich über Auftrag und Arbeitsweise der Behandlungseinrichtungen informieren und ihnen dadurch den Zugang zum Hilfesystem erleichtern.

### Frühintervention

Ein nicht ganz neuer Befund ist, dass Drogenkonsumenten bereits relativ früh bei Institutionen der Strafverfolgung auffällig werden. Die Neufassung des Betäubungsmittelgesetzes hat dazu geführt, dass die meisten Strafverfahren gegen diese Personen bereits von der Staatsanwaltschaft eingestellt werden. Es ergibt sich jedoch die Möglichkeit zur Frühintervention mit dem Ziel, einen dauerhaften oder problematischeren Konsum von Drogen zu vermeiden. Das Projekt "Frühintervention für erst auffällige Drogenkonsumenten" (FreD) versucht, fundierte Informationen über Drogenkonsum und seine Risiken auf freiwilliger Basis zu vermitteln und damit eine kritische Selbstreflexion bei den jungen, erstmalig polizeilich auffälligen Drogenkonsumenten anzustoßen. Das Projekt folgt ganz der Zielsetzung der aktuellen Drogenpolitik, frühzeitig den Ausstieg aus dem Drogenkonsum zu schaffen. Das Projekt wurde im Herbst 2000 in Kooperation mit einer Reihe von Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Berlin, Brandenburg, Sachsen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern) begonnen.

### Drogenkonsumräume

Ende Februar 2000 einigten sich Bundestag und Bundesrat auf ein Gesetz, das die rechtliche Situation der Drogenkonsumräume klärt. §10a des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) beinhaltet einen Katalog von Mindeststandards für räumliche Anforderungen, medizinische und soziale Betreuung, Dokumentation sowie Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch der mitgeführten Betäubungsmittel. Ziel ist es, zunächst die Risiken bei dem Konsum durch geeignete Rahmenbedingungen zu reduzieren und die Tätigkeit des Personals zu legitimieren. Diesem ist jede aktive Unterstützung des Drogenkonsums untersagt. Bei Inbetriebnahme von Konsumräumen müssen den Opiatabhängigen auch ausstiegsorientierte Beratungs- und Therapieangebote gemacht und auf Wunsch vermittelt werden. Die rechtliche Regelung erlaubt es jedem Bundesland, durch Erlass einer entsprechenden Verordnung mit den entsprechenden Rahmenbedingungen die Möglichkeit für die Einrichtung von Konsumräumen zu schaffen.

Die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen sowie die näheren Regelungen sind den einzelnen Landesregierungen freigestellt. Entsprechende Verordnungen wurden inzwischen in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland erlassen. Einige andere Bundesländer lehnen dies explizit ab oder arbeiten jedenfalls nicht an einer solchen Verordnung. Erfahrungen in 16 Drogenkonsumräumen in Frankfurt a.M., Hannover, Münster, Saarbrücken und Wuppertal liegen laut einer Mitteilung der Drogenbeauftragten vom 12. Juli 2001 für das Jahr 2000 vor. Es wird von zahlreichen Interventionen berichtet, davon 982 Fälle von Vermittlung in Behandlung. Hierbei handelt es sich in der Regel um Substitutionsbehandlungen. Bei 13 von 16 dieser Stellen gab es Beschwerden aus der Nachbarschaft, die tendenziell jedoch zurückgehen. Kein einziger der in 5 dieser Einrichtungen erfassten 1.417 Notfälle führte zum Tod des Drogenabhängigen. Die Evaluation dieser Angebote dauert noch an.

## **Substitution**

Die große Zahl durchgeführter Substitutionsmaßnahmen - zur Zeit sind schätzungsweise 50.000 Personen in Substitution - wird insgesamt als positiv beurteilt. Der Ausbau dieses Angebots hat nach allgemeiner Einschätzung wesentlich zu einer relativ niedrigen HIV-Rate bei i.v. Drogenkonsumenten beigetragen. Das Sterberisiko ist bei Drogenabhängigen in Substitution insgesamt deutlich niedriger als bei Abhängigen außerhalb dieser Maßnahme (Raschke, Püschel & Heinemann 2000).

1998 wurde die Substitution mit Codein und Dihydrocodein durch eine Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung nur noch in Einzelfällen erlaubt. Patienten, welche mit dieser Substanz substituiert wurden, müssen im Regelfall auf Methadon umgestellt werden. Nach einer Übergangsfrist von rund 2 Jahren ist dies weitgehend gelungen (vgl. Weber 2001). 72% werden nach der Umstellung unproblematisch mit Methadon betreut, 19% werden (wieder) mit Codein substituiert, 8% gemischt, wie eine Studie an N=165 Patienten zeigt (Kalke et al. 2001). Probleme treten vor allem bei Personen auf, die schon länger mit Codein substituiert wurden.

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMG-ÄndG) vom 28. Februar 2000 (vgl. „Drogenkonsumräume“) wurde zur Vermeidung von Mehrfachverschreibung von Substitutionsmitteln und den resultierenden Gesundheitsrisiken die Einrichtung eines „zentralen Substitutionsregisters“ beschlossen. Es wird beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Details sind hierzu noch zu regeln und die Einrichtung wird voraussichtlich bis 2003 erfolgen.

Substituierende Ärzte wurden mit dem gleichen Gesetz zum Erwerb einer Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ entsprechend dem Beschluss der Bundesärztekammer vom 11.09.98 verpflichtet.

## **Heroingestützte Behandlung**

Durch den intensiven Ausbau der niedrigschwelligen Angebote und insbesondere der Substitutionsangebote in den letzten 10 Jahren hat sich in Deutschland ein breit gefächertes qualifiziertes Drogenhilfesystem entwickelt. Dieses erreicht einen großen Teil der Drogenkonsumenten und kann ihnen in unterschiedlicher Weise helfen. Gleichwohl ist festzustellen, dass es eine Teilgruppe von Abhängigen nicht erreicht. Diese ist durch hohe Gesundheitsbelastungen bzw. -risiken, schwere Abhängigkeitsausprägung und geringe Behandlungsbereitschaft gekennzeichnet. Ähnliche Erfahrungen sind auch in anderen Ländern gemacht worden und haben dazu geführt, dass verstärkt über neue Hilfemethoden nachgedacht wird. Ein Ansatz war der Modellversuch mit einer ärztlich kontrollierten Heroinvergabe in der Schweiz. Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der schweizerischen und jetzt auch holländischen Studie wird in Deutschland ein Studiendesign für eine multizentrische, klinische Studie zur ambulanten heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger ausgearbeitet. Die Studie beinhaltet die klinische Prüfung heroinhaltiger Arzneimittel. Eine klinische Arzneimittelprüfung ist notwendig, um pharmakologische Effekte einer Substanz zu erforschen, die arzneimittelrechtlich noch nicht zugelassen ist.

Zusätzlich soll geklärt werden, inwiefern therapeutisch schwer zu erreichende Opiatabhängige durch eine heroingestützte Behandlung

- gesundheitlich, psychisch und sozial stabilisiert,
- verbindlich ins Hilfesystem integriert,
- im Hilfesystem gehalten und
- zur Aufnahme einer weiterführenden Therapie motiviert werden können.

Mit der Studie soll auch untersucht werden, ob und wie

- die heroingestützte Behandlung in das Therapieangebot Opiatabhängiger implementiert
- und das sicherheitsrelevante Risiko begrenzt werden kann.

Die Studie soll ferner die Entwicklung des Konsumverhaltens, Therapiemotivation, psychosoziale sowie ordnungs- und strafrechtliche Auswirkungen der heroingestützten Behandlung untersuchen.

Im Februar 1999 wurde unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Koordinierungsgruppe gebildet, die sich aus Vertretern interessierter Städte und Länder sowie einem Vertreter der Bundesärztekammer zusammensetzt. Diese Gruppe entwickelte eine Rahmenkonzeption, auf deren Grundlage die Erstellung eines Forschungsdesigns ausgeschrieben wurde. Von drei Forschungsinstituten, die hierzu im Januar 2001 eine Projektskizze einreichten, wurden zwei durch das Gutachtergremium aufgefordert, diese in überarbeiteter Form noch einmal einzureichen. Im September 2000 wählte die aus Vertretern von Bund, Ländern und Städten bestehende Lenkungsgruppe den Antrag von Prof. Krausz und Kollegen von der Universität Hamburg aus. Anfang Juni 2001 wurde das Projekt von der zuständigen Ethik-Kommission in Hamburg genehmigt. Die Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel, das für die Ausnahmegenehmigung in Bezug auf das Betäubungsmittelgesetz zuständig ist, läuft zur Zeit.

Der Projektbeginn ist nach aktueller Planung für Januar 2002 vorgesehen. Die Laufzeit des Projektes beträgt insgesamt drei Jahre. Teilnehmende Städte sind Bonn, Frankfurt am Main, Hannover, Hamburg, Karlsruhe, Köln und München. Die Kosten des Modellprojektes werden vom Bund, Ländern und Städten getragen. Während der Bund die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung sowie die Hälfte des case-management, d. h. der Mitarbeiter, die bei Bedarf zusätzliche Hilfe organisieren, übernimmt, übernehmen die Städte die Kosten vor Ort sowie anteilige Kosten bei dem case-management und den Prüfärzten.

### **Drogenbezogene Todesfälle**

Die Zahl Drogenbezogener Todesfälle hat im Jahr 2000 auf 2.023, (1999: 1.812) d.h. rund 2,5 Todesfälle pro 100.000 Einwohner erneut zugenommen. Die Ursachen hierfür sind komplex, wie verschiedene Studien etwa in Bayern und Baden-Württemberg (Kraus & Ladwig 2001, Kraus et al. 2001) zeigen. Die wichtigsten sind im folgenden genannt:

- Die Häufigkeit des Mischkonsums ist weiterhin sehr hoch, wodurch sich die Vorhersagbarkeit der Reaktion auf die Suchtmittel auch für erfahrene Konsumenten erheblich reduziert und die Risiken stark erhöhen.
- Notfälle werden oft schlecht oder zu spät erreicht, weil Helfer fehlen oder den Zustand der Patienten falsch einschätzen. In einigen Fällen unterbleibt der Notruf auch aus Angst vor der Polizei
- Es findet sich zunehmend Methadon auf dem illegalen Markt. Da dem Bundeskriminalamt keine Erkenntnisse über das professionelle illegale Herstellen und Inverkehrbringen von Methadon vorliegen, ist davon auszugehen, dass der illegale Handel mit Methadon vorwiegend unter Konsumenten stattfindet und überwiegend aus ärztlicher Verschreibung gespeist wird.

Folgende Aktivitäten wurden unternommen, um diese Situation zu verbessern:

- Bei der Durchführung der Substitution wurde durch die 15. BtmÄndVV zunehmend versucht, zusätzliche Qualitätsstandard einzuführen. Das betrifft die Qualifikation der behandelnden Ärzte ebenso wie die Kontrolle der Doppelverschreibung.
- Neben der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung soll auch deren Zugänglichkeit verbessert werden. Eine Studie, die im Auftrag des BMG durchgeführt wurde, zeigt neben einer insgesamt relativ guten Akzeptanz der rechtlichen Rahmenbedingungen der Methadonverschreibung eine Reihe von bürokratischen Hemmnissen auf, welche die formale Durchführung von Substitution erschweren. Es wird erwartet, dass aufgrund der Ergebnisse dieser Studie (Weber 2001) die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen überarbeitet werden. Die Handhabung der entsprechenden Vorschriften soll vereinfacht werden.

### **Cannabis-Arzneimittel**

Cannabis in Form von Haschisch oder Marihuana sowie der Hauptwirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) unterliegen den von Deutschland ratifizierten internationalen Suchtstoff-Übereinkommen und dem Betäubungsmittelgesetz. Die Bundesrepublik Deutschland ist nach dem Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe (Art. 4 Buchst. C) dazu verpflichtet, den Gebrauch von Cannabisprodukten auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken. Nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes (§1 AMG) müssen reproduzierbare Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels wissenschaftlich nachgewiesen werden, damit entsprechende Wirkstoffe in die Liste der verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel aufgenommen werden können. Bei illegal erworbenem Haschisch oder Marihuana können Wirkstoffgehalte variieren und schädliche Beimengungen auftreten. Da sie aus diesem Grund als Arzneimittel bedenklich und in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sein können, dürfen sie laut Arzneimittelgesetz nicht in Verkehr gebracht werden. Das Arzneimittelgesetz bietet jedoch die Möglichkeit über Apotheken für einzelne Patienten zugelassene Arzneimittel aus dem Ausland zu beschaffen. Derzeit werden zum Beispiel die Fertigarzneimittel Marinol und Nabilone in geringen Mengen

aus den USA bzw. Großbritannien importiert. Zur Zeit finden verschiedene Studien in Deutschland statt mit dem Ziel, Einsatzmöglichkeiten und Wirksamkeit dieser Medikamente wissenschaftlich zu überprüfen. Der Erwerb als Rezeptarzneimittel ist in Deutschland bereits jetzt möglich. Die Drogenbeauftragte hat explizit darauf hingewiesen, dass zwischen dem Einsatz von Cannabis als Grundlage für Arzneimittel und der Legalisierung der Substanz als „Freizeitdroge“, die in Deutschland nicht geplant ist, differenziert werden muss.

### **Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr**

Die von den Streitkräften geforderte Einsatzbereitschaft sowie die gesetzliche Pflicht zur Gesunderhaltung machen auch in der Bundeswehr Suchtprävention und Suchtbekämpfung zu wichtigen Themen. Die notwendige Neukonzeption der Suchtprävention auch in der Bundeswehr wurde vom Bundesministerium der Verteidigung unter dem Titel „Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und -bekämpfung für Soldaten“ am 08. Juli 1999 in Kraft gesetzt worden. In der Folge davon wurde nun eine „Koordinierungsgruppe Suchtprävention und Suchtbekämpfung des BMVg“ eingesetzt. Sie dient zum einen dem gegenseitigen Austausch über Maßnahmen und Programme aus dem jeweiligen eigenen Verantwortungsbereich. Andererseits soll sie Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen und Programmen zur Suchtprävention und –bekämpfung in den Streitkräften erarbeiten. Sie kooperiert mit der Arbeitsgruppe der Drogenbeauftragten aus Bund und Ländern. Als praktisches Ergebnis dieser Tätigkeit sind bisher Präventionsmaterialien für die Ausbildung erstellt worden (Videoreihe), ein computergesteuertes Lernprogramm für Offiziersanwärter sowie eine CD-ROM mit Ausbildungsmaterialien zu Drogen und AIDS für Ausbilder. Materialien der BZgA werden gesichtet und bei Eignung übernommen. Ein wichtiger Aspekt dieser Tätigkeit ist der Aufbau eines „Dokumentationszentrums für Suchtprävention und -bekämpfung“. Über die Schulung von Multiplikatoren und die Entwicklung von Netzwerken soll das Thema Suchtprävention an vielen Stellen in den Alltag bei der Bundeswehr Eingang finden.

### **1.1.3.2 Entwicklungen auf der Ebene der Bundesländer**

In den Bundesländern werden grundsätzlich die gleichen Strategien im Umgang mit dem Sucht- und Drogenproblem verfolgt wie auf der Bundesebene. Prävention zur Reduzierung der Nachfrage steht dabei im Vordergrund. Beratung und Therapie sind nach wie vor die grundlegenden Bausteine im bestehenden Suchthilfesystem der Länder, etabliert sind inzwischen auch die Überlebenshilfen und Maßnahmen zur Schadensbegrenzung. Die ersten Länder haben bereits Tagungen und Berichte mit einer kritischen Bewertung von 10 Jahren Substitution vorgelegt (z.B. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Saarland 2000a, 2000b). Strafverfolgung wird in allen Bundesländern als unverzichtbare Maßnahme zur Reduzierung des Angebotes und Bekämpfung des kriminellen Drogenhandels eingesetzt. In Abhängigkeit von der drogenpolitischen Ausrichtung der Landesregierungen - aber auch vom Umfang und Erscheinungsbild der Drogenproblematik vor Ort - gibt es jedoch Unterschiede in der Schwerpunktsetzung beim Einsatz dieser verschiedenen Maßnahmen. 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 im Bereich Drogen.

#### **Landespläne zur Suchtvorbeugung**

Die systematische Beobachtung der Situation auf Landesebene wird von vielen Ländern unter Nutzung regionaler und nationaler Datenquellen (Umfragen, Monitoringsysteme für Behandlung, div. Statistiken) betrieben. In Sachsen-Anhalt wurde eine Schulumfrage wiederholt, die qualitative Informationen über Art und Motivation des Konsums psychotroper Substanzen macht (FOKUS 2001). Im Jahr 2000 hat zum Beispiel Sachsen einen Suchtbericht in einer Auflage von 3000 Exemplaren vorgelegt, in Mecklenburg-Vorpommern wurden dem Landtag zentrale Informationen in einer Unterrichtung durch die Landesregierung vorgelegt. Ein Landesplan zur Suchtvorbeugung ist auf dieser Grundlage zum Beispiel in Sachsen und in Brandenburg in Arbeit.

Eine Reihe von Ländern hat eigene Landeskonzepte zur Suchtvorbeugung entwickelt und verabschiedet, die sich in der Regel auf legale und illegale Suchtmittel beziehen. Wesentliche Elemente in all diesen Aktivitäten ist die regelmäßige Information aller Beteiligten über neue Erkenntnisse und der Aufbau geeigneter Kooperationsstrukturen zwischen Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe sowie der allgemeinen Institutionen der sozialen und medizinischen Hilfe.

## **Kooperation**

Neben den nationalen Gremien zur Kooperation und Abstimmung im Bereich Drogen bestehen regionale Arbeitsgruppen, die in bestimmten Bereichen zusammenarbeiten. Dies gilt zum Beispiel für den Verbund der Suchtkoordinatoren der 5 norddeutschen Bundesländer und der brandenburgischen Koordinatoren.

Besonders hohes Interesse scheint bei den Ländern derzeit das Projekt FreD zu genießen. Die Hälfte aller Länder beteiligten sich an diesem Modell, das durch eine neuartige Kooperation zwischen Strafverfolgungsbehörden und Hilfesystem sekundärpräventiv arbeiten und frühzeitig intervenieren soll.

## **Forschung und Modellentwicklung**

Eine Reihe von Forschungsprojekten fanden auch 2000 mit Förderung durch die Bundesländer statt. So hat zum Beispiel Bayern und Baden-Württemberg spezielle Untersuchungen über regionale Ursachen von Drogenbezogenen Todesfällen finanziell unterstützt. Im Saarland wurde ein Modellprojekt durchgeführt, bei dem der oft beklagte Mangel an psychosozialer Betreuung in Ergänzung zur Substitutionsbehandlung durch spezielle, vom Land finanzierte Fachkräfte vor Ort in den Praxen der beteiligten Ärzte geleistet wurde. Eine Clearingstelle hilft bei der Steuerung des Personaleinsatzes. Eine Evaluation des Ansatzes ist ebenfalls vorgesehen.

## **Innovative Ansätze der Prävention und Behandlung**

Mit Landesmitteln werden ebenfalls Modellprojekte unterstützt, die neue Ansätze im Umgang mit der Drogenproblematik verfolgen. So wurde in Sachsen-Anhalt ein Projekt durchgeführt, in dem im Rahmen des Unterrichts in Fahrschulen die Problematik legaler und illegaler Drogen im Straßenverkehr angesprochen wird. Dabei werden Gleichaltrige eingesetzt, um kommunikative Barrieren zu vermeiden. In Sachsen werden zwei Projekte zur Suchtprävention mit Hilfe des Internets durchgeführt, die sich an Jugendliche und deren Betreuer („Ikarus“) bzw. an bereits Drogenerfahrene („Drug Scouts“) richten.

## **Information**

Ein Gegenstück zu der Europäischen Projektdatenbank EDDRA wird derzeit im Saarland entwickelt. Dabei sollen besonders innovative Präventionsprojekte in einer Datenbank allen interessierten Stellen zur Verfügung gestellt werden. Aktuell sind bereits 100 Einträge in dieser Datenbank zu finden. Durch etwas niedrigere Anforderungen an die methodischen Aspekte der einzutragenden Projekte konnte hier in kurzer Zeit schon eine recht große Zahl von Einträgen gemacht werden.

## 1.2 Entwicklungen im Umfeld von Drogenpolitik und Gesetzgebung

### 1.2.1 Umsetzung der drogenpolitischen Strategien

#### 1.2.1.1 Nationale Strategien und föderale Struktur

Die Bundesregierung verfügt im Rahmen des föderalen Struktur in Deutschland über mehrere Möglichkeiten, ihre drogenpolitische Ziele zu verfolgen und umzusetzen. Während die primäre Verantwortung für den Gesundheitsbereich bei den Bundesländern liegt, ist der Bund für die **Rahmengesetzgebung** und internationale Angelegenheiten zuständig. So wurde zum Beispiel das Rahmengesetz zur Einrichtung von Konsumräumen verabschiedet, um Gesundheitsrisiken - insbesondere Drogentodesfälle - zu reduzieren. Die Umsetzung ist dabei Sache der Länder, die auf dieser Grundlage durch den Erlass einer entsprechenden Verordnung die Möglichkeit zur Einrichtung von Konsumräumen in ihrem Land schaffen können.

Neue Substanzen können durch Verordnung des Gesundheitsministers befristet dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt werden. Eine dauerhafte Unterstellung benötigt die Zustimmung der Bundesländer im Gesetzgebungsverfahren.

Ein weiterer Weg, strategische Ziele umzusetzen, liegt in der Durchführung von **Modellprojekten**. Diese werden oft mit Kooperation und finanzieller Beteiligung der Länder durchgeführt, um neue Methoden und Organisationsformen zeitlich befristet zu erproben. Später sollen diese dann von den Ländern weitergeführt werden sollen. Das globale Ziel, Suchthilfe mit der allgemeinen Infrastruktur sozialer und medizinischer Hilfen stärker zu vernetzen, wurde zum Beispiel mit den Projekten „Aufsuchende Sozialarbeit“ und „Nachgehende Sozialarbeit/ Case Management“ umgesetzt. Ersteres diente der besseren Abstimmung vorhandener Hilfeangebote und ihrer optimalen Nutzung durch Drogenkonsumenten. Bei „FreD“ handelt es sich um ein neues Projekt, in dem Information und Kontakt zu Hilfeeinrichtungen im Umfeld früher Kontakte zwischen Drogenkonsumenten und Strafverfolgung eingesetzt werden.

**Prävention** wird insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine nachgeordnete Behörde des BMG in unterschiedlichsten Bereichen gefördert. So wurde das Internetprojekt drugcom ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) im Umfeld der Love Parade 2001 gestartet, in dem die Kommunikation mit Jugendlichen über dieses Medium genutzt wird. Es soll über Wirkungen, Risiken und Gefahren legaler und illegaler Drogen informieren und zur kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum anregen. Daneben werden Wettbewerbe durchführt, um besonders innovative Maßnahmen zu unterstützen und bekannt zu machen.

#### 1.2.1.2 Die Umsetzung aktueller nationaler Ziele und Strategien

Der Schwerpunkt liegt aus Sicht der Drogenbeauftragten des Bundes zur Zeit vor allem in der Optimierung und Ergänzung vorhandener Hilfeangebote und Ansätze.

Folgende Aktivitäten wurden gestartet, um die oben genannten Ziele und Strategien praktisch umzusetzen:

- Medikamentenmissbrauch bei Kindern soll als Teil des geplanten Gesundheitssurveys für Kinder durch das Robert-Koch-Institut beobachtet werden.
- Zur Risikoreduktion insbesondere beim i.v. Drogenkonsum wird den Ländern von der Bundesregierung empfohlen, das Angebot an Drogenkonsumräumen weiter auszubauen. Zusätzliche Anforderungen an die Qualifikation substituierender Ärzte sowie die Einrichtung eines Methadonregisters zur Vermeidung von Doppelverschreibungen dienen dem gleichen Zweck.
- Vorhandene Hilfeangebote der Drogenhilfe und der allgemeinen sozialen und medizinischen Hilfe sollen enger verknüpft werden, um Parallelarbeit zu vermeiden und den Drogenkonsumenten geeignete Unterstützung etwa bei der Ausbildung, Stellensuche etc. geben zu können. Case Management erwies sich in einem mehrjährigen Modellversuch als wichtiger Ansatz hierfür
- Auch zwischen Strafverfolgung (Polizei, Staatsanwaltschaft) und Hilfeeinrichtungen soll die Kooperation intensiviert werden. Im Zusammenhang mit der Einstellung von Strafverfahren sollen verstärkt sekundärpräventive Aktivitäten durch Hilfeeinrichtungen stattfinden. Die Bundesregierung fördert hierzu ein Projekt, das in einer Reihe von Bundesländern zur Frühintervention durchgeführt wird (FRED)
- Neue Ansätze zur Behandlung von schwer Abhängigen, die bisher kaum durch die Hilfeangebote erreicht werden, sollen in der Studie zu „heroingestützter Behandlung“ untersucht und evaluiert werden. Die Studie soll im Herbst 2001 mit rund 1.100 Patienten tatsächlich beginnen.
- Auch die internationale Kooperation wird erwähnt. Im Bereich Drogen wird der EU Drogenaktionsplan, die Konferenz der Gesundheitsminister im Rahmen der Pompidou-Gruppe sowie die Zusammenarbeit mit der EBDD angeführt

## **1.2.2 Drogengesetze und Strafverfolgung**

### **1.2.2.1 Die Rechtslage**

Als Reaktion auf die Zunahme des Drogengebrauchs in Deutschland wurde im Jahr 1971 ein neues Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verabschiedet. Die Grundlage hierfür waren die internationalen Übereinkommen über „Narcotic Drugs“ (1961) und „Psychotropic Substances“ (1971). Teilweise als Reaktion auf die nachfolgende Verschlechterung der Drogensituation wurde das Betäubungsmittelgesetz 1981 novelliert, um es zu vereinfachen. Gleichzeitig sollten negative gesundheitliche und soziale Folgen reduziert werden, während die Strafen für illegalen Handel verschärft wurden. Erstmals wurden Sondervorschriften für drogenabhängige Straftäter erlassen. „Therapie vor Strafe“ ermöglicht seitdem, Strafe zu erlassen oder zu reduzieren, um Therapie zu fördern. Zur Umsetzung des UN-

Übereinkommens von 1988 gegen den illegalen Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen wurden weitere Strafvorschriften ins BtMG eingefügt, u.a. ist die Abzweigung von Chemikalien für die unerlaubte Drogenherstellung unter Strafe gestellt worden. In einer weiteren Überarbeitung wurde 1992 die substitutionsgestützte Behandlung und Spritzenabgabe für Drogenabhängige ausdrücklich zugelassen. Daneben wurde die Möglichkeit geschaffen, dass die Staatsanwaltschaft bei konsumbezogenen Bagatelldelikten Strafverfahren auch ohne richterliche Zustimmung einstellen kann. „Therapie statt Strafe“ wurde weiter gefördert, indem die Anrechnungsmöglichkeiten von Therapiezeiten auf die Strafe bei zurückgestellter Strafvollstreckung verbessert und die Eingangsschwelle gesenkt wurde. Weitere Erhöhungen der Strafrahmen für schwere Delikte des illegalen Drogenhandels erfolgten 1992 und 1994.

Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt. Alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe sind hier enthalten. Betäubungsmittel der Anlagen I und II dürfen nicht verschrieben bzw. im Rahmen medizinischer Behandlung abgegeben werden.

- Anlage I: Nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel (z.B. Cannabis, 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. Amphetamin, Codein, Dihydrocodein, Cocain, 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. Diese werden auch für die Behandlung schwerer Schmerzen (u.a. bei Krebsbehandlungen) eingesetzt. Jeder legale Verkehr mit BtM ist nur entweder mit einer Erlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder im Rahmen einer medizinischen Behandlung zulässig. Eine Erlaubnis für die in der Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel kann das BfArM nur ausnahmsweise für wissenschaftliche und andere im öffentlichen Interesse liegende Zwecke erteilen (§3 Abs. 2). Der Verkehr mit den in den Anlagen 2 und 3 aufgeführten BtM ist nur zulässig, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für den speziellen Verkehr (z.B. Herstellung, Einfuhr oder Ausfuhr) eine Erlaubnis nach §3 Abs. 1 BtMG und für jede einzelne Transaktion außerdem eine Genehmigung nach §§11 ff BtMG erteilt hat.

Jeder nicht erlaubte Verkehr ist nach §29 ff BtMG strafbar, insbesondere Besitz, Herstellung und Anbau, Import, Export, Handel sowie die kostenlose Weitergabe von Drogen. Strafverschärfend (§29a, §30, §30a) wird berücksichtigt, wenn im Rahmen einer Straftat nach dem BtMG u.a. „nicht geringe“ Mengen von Drogen eine Rolle spielen, Personen über 21 Jahren Drogen an Personen unter 18 Jahren weitergeben, gewerbsmäßiger Drogenhandel betrieben wird, der Täter Mitglied einer kriminellen Bande ist oder Waffen verwendet

werden. Weiterhin zeigt sich sowohl im Rahmen von Novellierungen wie auch in der laufenden Rechtsprechung das Anliegen, zu einer differenzierteren rechtlichen Behandlung von Drogenkonsumenten einerseits und Drogenhändlern andererseits zu gelangen. Während die Strafen für Drogenhandel in den letzten Jahren verschärft wurden, ermöglichen andere Rechtsvorschriften Staatsanwaltschaften, von der Verfolgung, Richtern von Strafe abzusehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen, lediglich „geringe Mengen“ von Drogen für den Eigengebrauch im Spiel sind. Daneben darf kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung bestehen, insbesondere dürfen Dritte nicht gefährdet oder geschädigt worden sein.

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) regelt die praktischen Details des Umgangs mit diesen Substanzen. Durch diese Regulation wurde die Substitution mit Codein, abgesehen von medizinisch begründeten Ausnahmefällen, zum 1. Januar 2000 eingestellt. Studien (Weber 2001) zeigen, dass die Praxis diesen Vorgaben gefolgt ist und dass heute fast ausschließlich mit Methadon substituiert wird. Die Umstellung hat in der Mehrheit der Fälle keine Probleme bereitet (Kalke et al 2001). Am 6.6.2001 wurden durch die 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) 15 Stoffe neu in die Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes vorläufig aufgenommen und die Anlagen entsprechend den internationalen Nomenklaturen redaktionell überarbeitet. Von besonderer Bedeutung sind die im Zusammenhang mit Ziffer 2 vorgesehenen Änderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Damit soll für Ärzte, die Substitutionsmittel für Heroinabhängige verschreiben, eine von den Ärztekammern festzulegende suchttherapeutische Qualifikation und für das Verschreiben von Substitutionsmitteln ein Meldesystem (Substitutionsregister) verbindlich eingeführt werden. Gleichzeitig wird in der Verordnung auf Richtlinien der Bundesärztekammer verwiesen, die beim Verschreiben von Substitutionsmitteln zu beachten sind. Die Verordnung trat am 1. Juli 2001 in Kraft. Die Regelungen über die suchttherapeutische Qualifikation substituierender Ärzte und das Substitutionsregister sollen am 1. Juli 2002 in Kraft treten

### **1.2.2.2 Rechtswirklichkeit**

Ende Februar 2000 wurde das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMG-ÄndG) mit Zustimmung des Bundesrates verabschiedet. Das Gesetz legt Mindestanforderungen für den Betrieb von Konsumräumen fest und stellt den einzelnen Landesregierungen frei, durch eine entsprechende Rechtsverordnung die Voraussetzung für eine Erlaubnis zu schaffen. Entsprechende Verordnungen wurden in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland erlassen. Erste Erfahrungen in 16 Drogenkonsumräumen in Frankfurt a.M., Hannover, Münster, Saarbrücken und Wuppertal für das Jahr 2000 wurden von der Drogenbeauftragten am 12. Juli 2001 mitgeteilt. Es wird von zahlreichen Interventionen berichtet, davon 982 Fällen von Vermittlung in Behandlung. Hierbei handelt es sich in der Regel um Substitutionsbehandlungen. Bei 13 von 16 dieser Stellen gab es Beschwerden aus der Nachbarschaft, die tendenziell jedoch zurückgehen. Kein einziger der insgesamt 1.417 Notfälle, die in 5 dieser Einrichtungen registriert wurden, führte zum Tod der Patienten. Die Evaluation dieser Angebote dauert noch an.

Das Betäubungsmittelgesetz gibt in seiner aktuellen Form weitgehende Möglichkeiten, Strafverfahren bereits durch den Staatsanwalt einzustellen. Wie Aulinger bereits 1997 in einer Studie über die Rechtswirklichkeit in den verschiedenen Bundesländern zeigte, ist die Strafverfolgungspraxis in Bezug auf Cannabisbesitz für den Eigenkonsum recht einheitlich. Danach wurden rund 90% aller dieser Verfahren eingestellt. Die Handhabung im Bezug auf Drogen mit höherem Risikopotential unterschied sich jedoch zum Zeitpunkt dieser Studie regional erheblich. Eine aktuelle Schätzzahl liegt jedoch nicht vor.

### 1.2.3 Andere relevante Gesetze

Weitere wichtige Regelungen für die Drogenkontrolle enthalten insbesondere das Geldwäschegesetz (Money Laundering Act) sowie das Grundstoffüberwachungsgesetz (Precursor Control Act).

In mehrerer Hinsicht haben die allgemeinen Gesetze (StGB, StPO etc.) eine nicht unerhebliche Bedeutung im Bereich der Drogenkontrolle. So wird z. B. drogenbezogene Kriminalität auch im allgemeinen Strafgesetzbuch (StGB) berücksichtigt. Besondere Regelungen finden sich hier in verschiedenen Teilen, die sich auf die begrenzten Fähigkeiten der Abhängigen beziehen, ihr eigenes Verhalten zu kontrollieren. Für Drogenabhängige ebenso wie für Alkoholabhängige können etwa Strafen auf der Grundlage dieser verminderten Steuerungs-fähigkeit herabgesetzt werden. Auf der anderen Seite ist es möglich, Straftäter unter Aufsicht zu stellen, wenn diese den Hang haben, berauschende Mittel zu sich zu nehmen und die Gefahr besteht, dass sie infolge des Hangs weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen werden. Das gleiche gilt für nicht straffällige Personen, wenn diese sich dauerhaft als unfähig erwiesen haben, ihr Verhalten zu kontrollieren, und wenn hierdurch erhebliche Schäden für Leib und Leben zu befürchten sind (§63,64 StGB).

Besonders im Bereich der Suchtforschung, aber auch im Bereich der Behandlung von Drogenabhängigen kommt dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) eine bedeutende Rolle zu, da es die Zulässigkeit jeder Form der Daten- und Informationssammlung definiert. Personenbezogene Datenerhebungen sind nur soweit erlaubt, wie eine gesetzliche Grundlage vorhanden ist. Für den Bereich der Drogenabhängigen bedeutet dies, dass Daten, die für die Behandlung notwendig und direkt auf diese bezogen sind, zwar ohne Zustimmung des Patienten erhoben und gespeichert werden dürfen, in allen anderen Fällen (z.B. Behandlungsstatistiken etc.) jedoch eine Zustimmung erforderlich sowie eine eindeutige Zweckbestimmung der Datensammlung und -nutzung vorgeschrieben ist. Da es mehr als 50 verschiedene Datenschutzbeauftragte in Deutschland gibt, die für verschiedene Regionen und Organisationen verantwortlich sind, wird das Bundesdatenschutzgesetz in der Praxis unterschiedlich interpretiert.

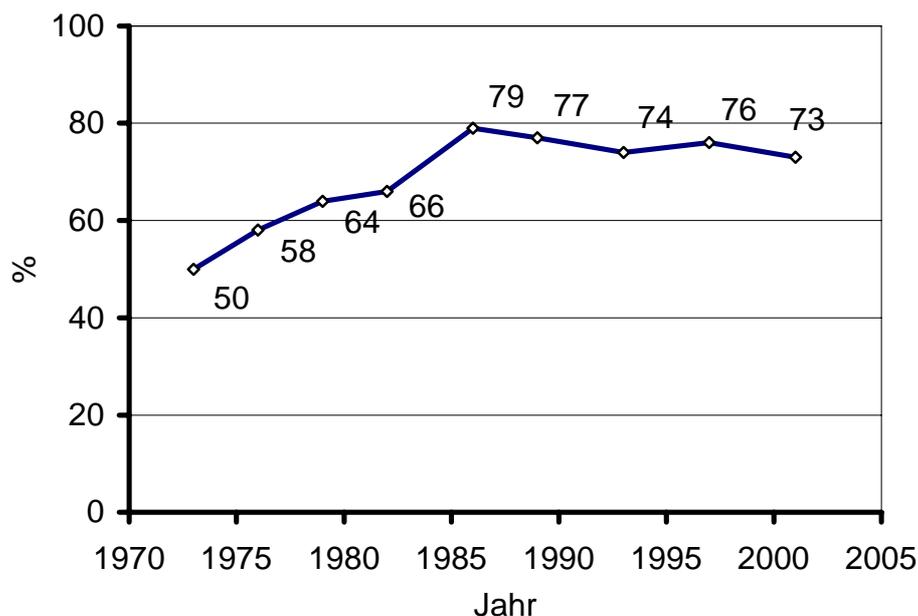
Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Behandlung. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind die Rentenversicherungsträger (SGB VI), Kostenträger des körperlichen Entzugs (Detoxifikation) sind die Gesetzlichen Krankenversicherungen (SGB V).

In den letzten Jahren wurden spezielle Gesetze verabschiedet, um illegale Geldwäsche zu bekämpfen. Diese gelten jedoch nicht nur für die drogenbezogene Kriminalität, sondern für alle Arten von profitorientierten schweren Straftaten.

### 1.3 Entwicklung der öffentlichen Meinung und Wahrnehmung von drogenbezogenen Themen

Informationen über Einstellungen und Meinungen zum Drogenkonsum und zu Drogen werden in repräsentativen Umfragen in regelmäßigen Abständen erhoben. In der Drogenaffinitätsstudie (DAS), die seit 1973 etwa alle 3 Jahre unter 12-25jährigen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wird, werden neben dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen auch Einstellungen und Motive erfragt, die den Substanzgebrauch Jugendlicher beeinflussen. Die jüngste Befragung aus dieser Serie aus dem Jahr 2000 (BZgA 2001b) zeigt, dass rund drei Viertel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12-25 Jahren Drogen generell ablehnen. Allerdings ist dieser Anteil seit 1986 leicht zurückgegangen (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Ablehnung illegaler Drogen (1973 bis 2001)**

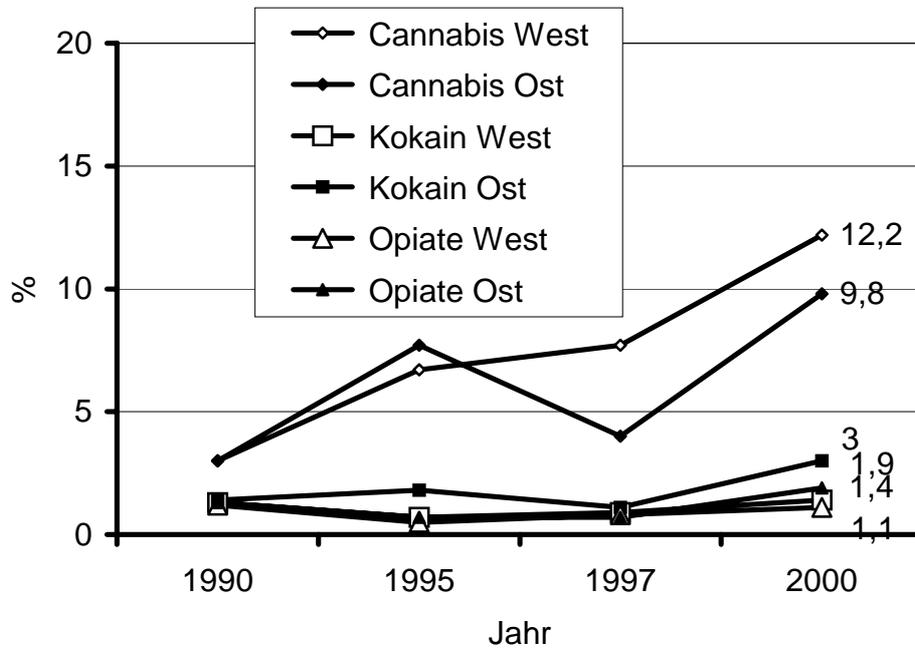


Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2000 (BZgA 2001b)

Parallel dazu hat sich die Probierbereitschaft in der gleichen Altersgruppe zumindest für Cannabis deutlich erhöht. Fast jede zweite befragte Person ohne bisherige Drogenerfahrungen meint, Cannabis „... könnte man einmal versuchen“. Probierkonsum von Kokain und Heroin wird jedoch weiterhin von weit über 90% dieser Gruppe abgelehnt (Abbildung 2). Seit 1980 wird als zweite Umfrage in Deutschland, die „Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“ bei Erwachsenen (aktuelle Altersgruppe: 18-59 Jahre) durchgeführt. Die Ergebnisse der Bundesstudie 2000 zeigt die gleichen Trends auch für diese Altersgruppe: einem deutlichen Anstieg in der Probierbereitschaft gegenüber Cannabis steht in Ost wie West nur geringfügige Veränderungen in der Einschätzung von Kokain und Heroin gegenüber. Wegen der deutlichen Unterschiede in

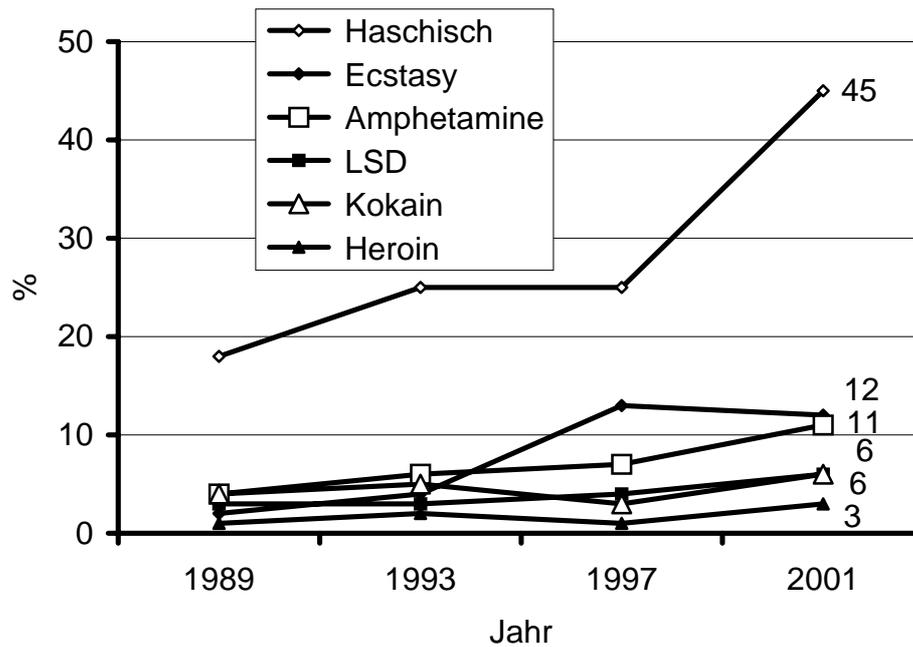
der Frageformulierung, die in der Bundesstudie einen viel engeren Bezug zum Realverhalten aufweist als bei der Drogenaffinitätsstudie, liegen die Prozentwerte in der erstgenannten insgesamt jedoch deutlich niedriger (Abbildung 3).

**Abbildung 2: Provierbereitschaft illegaler Drogen bei 12-25Jährigen („... könnte man vielleicht einmal versuchen“)**



Quelle: Drogenaffinitätsstudie 1989 - 2000 (BZgA 2001b)

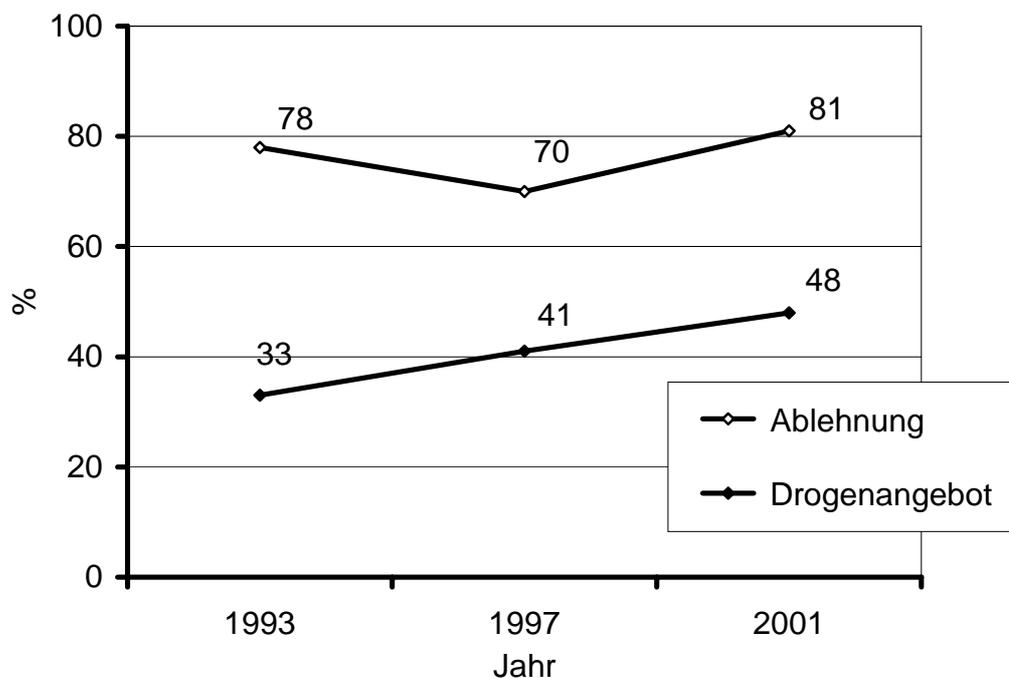
**Abbildung 3: Konsumbereitschaft bei Drogenangebot bei 18-39Jährigen**



Quelle: Bundesstudie 1990-2000 (Kraus & Augustin 2001)

Dem hohen Anteil von Ablehnung entspricht die Tatsache, dass im Jahr 2001 80% aller Personen zwischen 12 und 25 Jahren, die Drogen angeboten bekamen, berichten, dass sie diese beim ersten Mal abgelehnt haben. Allerdings hat sich der Anteil derjenigen, die schon einmal solch ein Angebot bekommen haben in den letzten 8 Jahren von 33 auf 48% deutlich erhöht. Dies weist auf eine höhere Verfügbarkeit zumindest einiger Drogen hin (Abbildung 4).

**Abbildung 4: Ablehnung beim ersten Drogenangebot (12-25jährigen)**

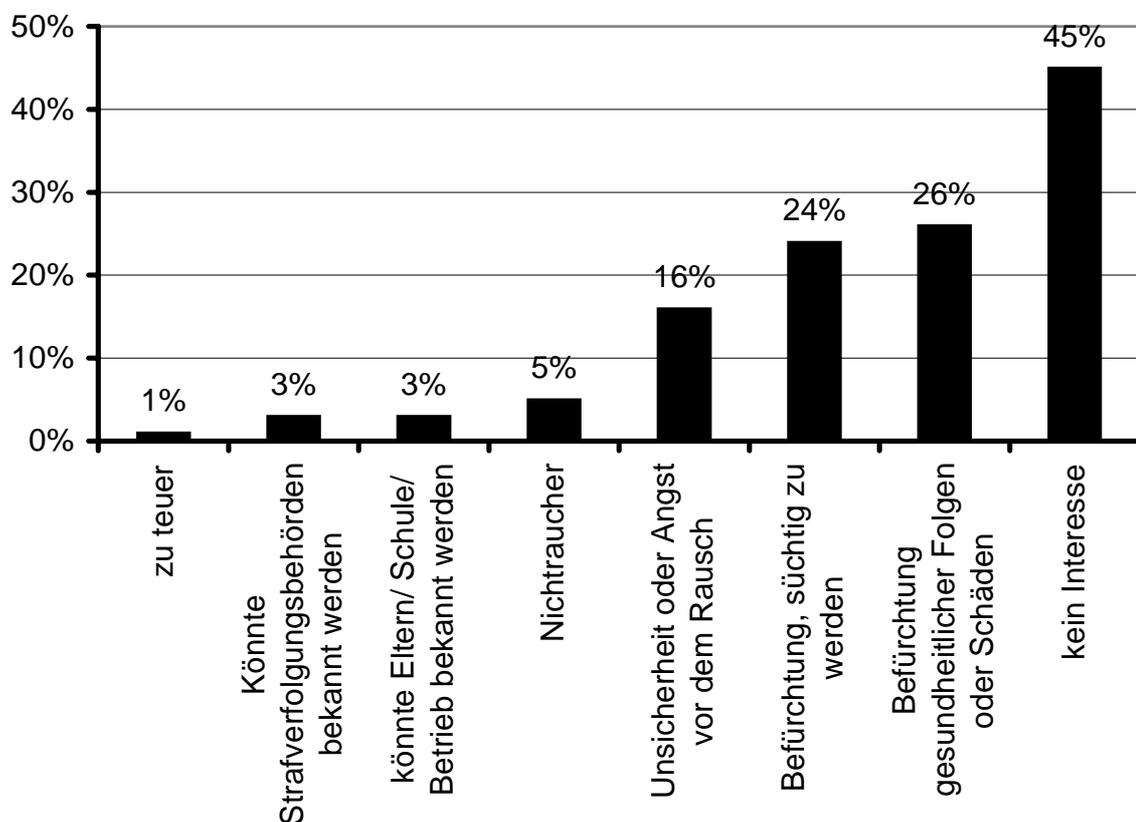


Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZgA 2001b)

Mehr Details zur Risikoeinschätzung und zum Risikoverhalten finden sich auch in einer regionalen Studie aus den neuen Ländern. In Sachsen-Anhalt wurde im Herbst 1998 die Studie zur Modernen Drogen- und Suchtprävention (MODRUS I) durchgeführt. Erfragt wurden die Einstellungen von 3.087 Schülerinnen und Schülern in den Klassen 6 bis 12 (Alter ca. 12-18 Jahre) und ca. 1000 Erwachsenen (Lehrer, Eltern) zum Themenbereich „Drogen und Sucht“ (FOKUS 1999). Eine Nachfolgestudie (MODRUS II) fand mit vergleichbarer Methodik im Jahr 2000 an einer Stichprobe von 4.091 Schülern statt.

Etwa die Hälfte der befragten ostdeutschen Kinder und Jugendlichen bekundet bereits bei der Erhebung 1998 stärkeres Interesse an der Thematik „Drogen und Sucht“, nur für 20% ist das Thema nicht so bedeutsam. Die wichtigsten Informationsquellen zum Thema „Drogen und Sucht“ sind dabei im Jahr 2000 das Fernsehen (80%) und Zeitschriften (68%), aber auch der Schulunterricht (56%) und der Freundeskreis (56%) spielt eine wichtige Rolle.

**Abbildung 5: Gründe für die Ablehnung des ersten Angebotes illegaler Drogen**



Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZgA 2001b)

Die Gründe für eine Ablehnung des erste Drogenangebots konzentrieren sich zum einen um die Risiken und Befürchtungen in Hinblick auf gesundheitliche Schäden (26%) und Sucht (24%). Bei weitem das wichtigste Motiv ist allerdings der Mangel an Interesse, der fast in der Hälfte der Fälle Grund für die Ablehnung war. Die Androhung sozialer Sanktionen oder strafrechtlicher Folgen spielt allerdings nach Einschätzung der Betroffenen selbst kaum eine Rolle (Abbildung 5)

Die Einschätzung verschiedener psychoaktiver Substanzen als „Droge“ und als „sehr gefährlich“ zeigt die unterschiedliche Bewertung legaler und illegaler Substanzen, aber auch die Unterschiede etwa zwischen Cannabis und Heroin. Heroin, Kokain, Ecstasy und Cannabis werden von ca. 90% als „Drogen“ eingeschätzt, Nikotin von 68% und Alkohol von 61%. Mehr als 80% schätzen Heroin, Kokain, LSD und Ecstasy als sehr gefährlich ein, Marihuana und Haschisch werden nur von der Hälfte so eingestuft, Alkohol und Nikotin nur von etwa einem Viertel. Während die Einschätzung der Gefährlichkeit von Heroin und Kokain zwischen der Erhebung 1998 und 2000 noch kritischer wurde, ging die Entwicklung für Cannabis geringfügig in die entgegengesetzte Richtung: von 54% auf 50% (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Drogenverständnis und Bewertung von Gefährlichkeit**

Substanz	1998		2000	
	ist Droge	ist gefährlich	ist Droge	ist gefährlich
Heroin	93%	89%	94%	89%
Kokain	93%	79%	94%	83%
Ecstasy	89%	74%	92%	84%
Cannabis	87%	54%	81%	50%
Nikotin	71%	25%	68%	24%
Alkohol	64%	28%	61%	26%

Quelle: FOKUS 2001

Bei repräsentativen telefonischen Umfragen in den Jahren 1994 - 1996 schätzen die Befragten das Drogenproblem in Deutschland als mindestens genau so groß (größer oder gleich groß) wie das Alkoholproblem ein. 1997 lagen die entsprechenden Zahlen bei 67% in den westlichen Bundesländern und 65% im Osten (Gesamt: 66,7%). Im Jahr 2000 hat sich diese Einschätzung jedoch auf 58% deutlich verringert. Hier zeigt sich eine gegenläufige Entwicklung zwischen Konsumhäufigkeit und Risikoeinschätzung zu einer Droge, die sich zum Beispiel auch in der amerikanischen Studie Monitoring the Future ([www.monitoringthefuture.org](http://www.monitoringthefuture.org)) über die letzten 10 Jahre zeigt.

## 1.4 Budgets und finanzielle Situation

Für Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs standen dem Bundesministerium für Gesundheit im Haushaltsjahr 2000 Mittel in Höhe von insgesamt 13,9 Mio. € (1999: 12,3) zur Verfügung. (Tabelle 2). Der Bereich schließt legale und illegale Substanzen mit ein. Finanzdaten allein zu illegalen Drogen liegen nicht vor. Die meisten Mittel wurden mit ca. 6,1 Mio. € für Präventionsmaßnahmen vorgesehen. Modellprojekte wurden mit 5 Mio. € aus Bundesmitteln gefördert. Sie werden teilweise gemeinsam mit Ländern, Kommunen oder Trägern finanziert (z.B. das Modellprojekt zur Heroinschreibung; siehe Kapitel 1.2). 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, Behandlungsnachfrage) wurden mit rund 0,8 Mio € gefördert. Weitere etwa 24,1 Mio. € wurden vom Bundesminister für Bildung und Forschung für Suchtforschung von 1996 bis 2000 zur Verfügung gestellt. Ein neues Forschungsprogramm schließt sich Ende 2001/ Anfang 2002 mit einer Laufzeit von zunächst 3 Jahren an.

Die Bundesländer haben im Bereich Drogen und Sucht verschiedene Aufgaben. Sie sind zuständig für die allgemeine Gesundheitsversorgung, für soziale Hilfen (nach dem Bundessozialhilfegesetz), für Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sowie für die Strafverfolgung. Das bedeutet, dass Suchtprävention, Beratung, Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität und teilweise auch die Behandlung von Drogenabhängigen zu einem großen Teil durch Mittel aus den öffentlichen Haushalten der Länder und Kommunen bezahlt werden. Für den Bereich „Drogen und Sucht“ wurden in den 16 Bundesländern Haushaltsmittel von rund 136 Mio € (1999: 127; 1998: 126) eingesetzt. Bei den Stadtstaaten sind dabei teilweise auch kommunale Mittel eingeschlossen, zum Beispiel Ausgaben für betreutes Wohnen und Notunterkünfte.

Während die Gesamtkosten der Strafverfolgung in Deutschland bekannt sind, liegt eine Auswertung für den Teilbereich der drogenbedingten Kosten bisher nicht vor. Eine Gesamtschätzung für 1992 (Hartwig, K.-H., & Pies, I, (1995). Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Tübingen: J.C.B. Mohr) geht von Folgekosten von mindestens 6,5 Mrd € für die Bereiche Drogenkriminalität u. Beschaffungskriminalität, Produktions- und Einkommensverluste durch Krankheit und Tod von Drogenabhängigen, Aufwendungen für Drogenhilfe sowie Kosten für Prävention, Forschung und Anbausubstitution aus. Auch hier ist allerdings die Berechnung der anteiligen Kosten im Bereich der Strafverfolgung methodisch unbefriedigend.

**Tabelle 2: Drogen- und Suchtbudgets in Deutschland 2000**

Institution	Aufgabenfeld	(in Mio. €)	
		Suchtmittel (nicht näher spezifiziert)	Drogen- und Mehrfach- Abhängigkeit <sup>1</sup>
Bundesministerium für Gesundheit <sup>2</sup>	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	6,1	
	Modellmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	5	
	Zuschüsse zu den Kosten für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	1	
	Zuschüsse für zentrale Einrichtungen und Verbände	1	
	Förderung der nationalen Informa- tionsknotenstelle im Bereich Sucht	0,8	
Bundesministerium für Bildung und Forschung	Förderung des Forschungsschwerpunkts „Sucht“ 1991 - 2001	24,1	
Bundesländer <sup>3</sup>	Maßnahmen im Bereich „Drogen und Sucht“	135,9	
Verband deutscher Renten- versicherungsträger (VDR) <sup>4</sup>	Stationäre Leistungen	694,9	159,9
	Ambulante Leistungen	24,2	5,6
	Übergangsgeld	136,9	31,5
	Sonstige ergänzende Leistungen	17,0	3,9

Kosten im Zusammenhang mit (sekundären) Erkrankungen und körperlicher Entgiftung werden in der Regel durch Krankenversicherungen getragen. Stationäre und ambulante Rehabilitation werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Im Jahre 2000 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) Leistungen für psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente und Drogen für insgesamt 2.662 Fälle bewilligt. Im Jahre 1999 betragen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) zur Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) insgesamt ca. 873 Mio. DM. Während der größte Teil der Kosten auf

<sup>1</sup> Umrechnungsfaktor berechnet aus dem Anteil der abgeschlossenen Entwöhnungen wegen Drogen- und Mehrfachabhängigkeit an allen abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen, die im Jahr 1997 durch die gesetzlichen Rentenversicherungen finanziert wurden (VDR-Statistik Rehabilitation 1997 und 1999 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1998, 1999))

<sup>2</sup> Quelle: Drogen- und Suchtbericht 2000 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (BMG 2001)

<sup>3</sup> Länderkurzberichte 2000 (Bundesministerium für Gesundheit 2001a)

<sup>4</sup> VDR-Statistik Rehabilitation 1999 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2000)

stationäre Leistungen (79%) und Übergangsgeld (16%) entfällt, spielen ambulante (3%) oder sonstige ergänzende Leistungen (2%) nur eine untergeordnete Rolle. Angaben der GRV über die Verteilung der Fälle nach alkohol-, medikament- und drogenbezogenen Problemen erlauben eine grobe Schätzung, dass Drogenabhängigkeit rund 23% dieser Gesamtkosten verursacht.

## 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 und Entwicklungen der Drogensituation

Etwa Ende der sechziger Jahre begann in Deutschland, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, der Gebrauch von Drogen wie Cannabis oder Heroin an Bedeutung zuzunehmen. Zwar wurden Opiate und Kokain in speziellen Gruppen schon zu einem früheren Zeitpunkt konsumiert - von einem verbreiteten Gebrauch konnte zu diesem Zeitpunkt jedoch noch keine Rede sein. In den späten sechziger Jahren gewannen vor allem Cannabis und LSD eine größere Bedeutung. 1972 wurde ein neues Betäubungsmittelgesetz als Reaktion auf die zunehmenden Drogenprobleme in der Gesellschaft verabschiedet. In der Folge nahm der für einige Jahre noch recht stabile Umfang des Cannabiskonsums ganz erheblich zu. Heute ist er regional über das ganze Land verbreitet und in unterschiedlichsten sozialen Gruppen zu finden. Die Bedeutung von LSD wurde Ende der siebziger Jahre deutlich geringer und blieb bis zur Mitte der achtziger Jahre ein vergleichsweise kleines Problem.

Der Konsum von Heroin begann in Deutschland im größeren Umfang Mitte der siebziger Jahre. Bis heute ist er vor allem in den großstädtischen Bereichen verbreitet, während die Prävalenzraten und Beschlagnahmungen im ländlichen Gebiet deutlich niedriger liegen. In den neuen Ländern ist der Heroingebrauch immer noch deutlich seltener zu finden. Allerdings haben sich in den letzten Jahren auch dort einzelne lokale Drogenszenen entwickelt. Obwohl die Gesamtzahl der Heroinkonsumenten in Deutschland immer sehr viel niedriger war als etwa die der Cannabiskonsumenden, sind eine Vielzahl sozialer und gesundheitlicher Probleme vor allem mit dem Heroinkonsum verbunden. Dies gilt besonders für die drogenbezogene Kriminalität, die Drogentodesfälle sowie HIV- und AIDS-Probleme. Methadonprogramme, Nadelaustausch- und „harm-reduction“ Programme wurden eingeführt, um das Infektionsrisiko für i.v. Drogenkonsumenten zu reduzieren. Die Wirkung dieser Programme wird heute insgesamt positiv bewertet, da die HIV-Ausbreitung in Deutschland sehr viel langsamer voranschritt, als zunächst befürchtet wurde. Der Anteil der HIV-positiven Personen unter den Heroinkonsumenten ist in den letzten Jahren konstant (Simon & Palazzetti 1999a; Türk & Welsch 2000a; Welsch 2001a; Welsch 2001b Robert Koch Institut 2001). Allerdings sind zahlreiche harm-reduction Ansätze kaum evaluiert.

Der Kokainkonsum begann etwa 1980 mit anfangs sehr niedrigen Prävalenzwerten. Seitdem hat er ständig an Bedeutung zugenommen. Während bis vor einigen Jahren Kokain fast ausschließlich bevorzugte Sekundärdroge von Heroinkonsumenten war, zeigt sich inzwischen auch eine Zunahme von primären Kokainkonsumenten. Ihre Zahl liegt heute höher als die Zahl der Heroinkonsumenten. Allerdings zeigen die Behandlungsstatistiken bei Personen,

die Kokain ohne den Gebrauch weiterer Drogen einnehmen, verglichen mit Heroinkonsumenten in geringerem Umfang problematische somatische oder soziale Folgen. Aber auch hier fehlt es an vertiefenden Untersuchungen. Kokainkonsum ist sehr viel stärker in städtischer oder großstädtischer Umgebung verbreitet. In den neuen Ländern ist der Gebrauch von Kokain noch selten. Berlin hat eine Sonderstellung, weil die Stadt einen West- und einen Ostteil hat. Diese beiden wachsen nach der Wiedervereinigung langsam zusammen. Während Amphetamine in Deutschland bereits in den achtziger Jahren konsumiert wurden, breitete sich der Konsum von MDMA und verwandten Substanzen erst zu Ende der achtziger Jahre aus.

Die Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen zeigt, dass Ecstasy in Ostdeutschland die am zweithäufigsten, in Westdeutschland die am dritthäufigsten konsumierte Droge ist. Aktuelle Studien weisen auf den gleichzeitigen Gebrauch von Amphetamin, Kokain und LSD auch in dieser Gruppe hin. Ecstasykonsum ist im Gegensatz zum Heroin- und Kokaingebrauch gleichermaßen in Städten und ländlichen Gebieten verbreitet. Auch zeigt sich zwischen den neuen und alten Ländern weniger Unterschied als bei den anderen Drogen. Zuwächse sind in letzter Zeit beim Cannabiskonsum zu beobachten, der heute auch im ländlichen Bereich relativ weit verbreitet ist.

### **2.1.2 Konsummuster und Konsumentengruppen**

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

Mit der Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ (Drogenaffinitätsstudie; DAS), durchgeführt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2001b), und der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000“ (BUND) durchgeführt durch das IFT Institut für Therapieforschung (Kraus & Augustin 2001) existieren zwei fortlaufende Erhebungen auf nationaler Ebene. Die Drogenaffinitätsstudie wird seit 1973, die Bundesstudie seit 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Beide schließen den Bereich der illegalen Drogen ein, erfassen aber auch legale Suchtmittel.

Die Drogenaffinitätsstudie ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen des Gebrauchs von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln. Eine repräsentative Stichprobe von Personen im Alter von 12 bis 25 Jahren wurde durch eine computergenerierte Zufallsauswahl von Telefonnummern gebildet. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden in 2000/2001 erstmals mit Hilfe von computergestützten Telefoninterviews (CATI) befragt. Die Stichprobengröße liegt in der neuesten Erhebung (November 2000 bis Januar 2001) bei insgesamt 3000 Jugendlichen (2000 aus den alten und 1000 aus den neuen Bundesländern). Die Studie wird seit 1973 im Abstand von drei bis vier Jahren mit weitgehend der gleichen Technik und den gleichen Fragen durchgeführt, so dass Vergleiche über die Jahre gut möglich sind. Allerdings wurde mit der Erhebung 2000 von „face to face“ Interviews auf Telefoninterviews umgestellt. Durch

die relativ kleine Stichprobengröße sind dabei nur wenige Konsumenten „harter“ Drogen unter den Befragten zu finden (BZgA 2001b).

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychotroper Substanzen und dessen 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 durchgeführt. Die relativ großen Stichproben (2000: 6.632 Personen in den alten, 1.430 in den neuen Ländern) erlauben es, zum Konsum von legalen Substanzen, von Cannabis und teilweise auch von Ecstasy verlässliche Angaben zu machen. Zu den „harten“ Drogen sind Trendanalysen möglich. Durch Veränderungen der Verwaltungspraxis der Kommunen und durch die Wiedervereinigung musste die Methode der Stichprobenziehung in den letzten Jahren umgestellt werden. Einige Teilbefragungen wurden im Rahmen von Methodenstudien als Telefoninterviews durchgeführt. Diese Ergebnisse sind hierbei aufgrund unterschiedlicher Stichprobeneffekte nicht völlig vergleichbar. Die Fragebogen selber sind in ihren wesentlichen Teilen seit 1980 identisch geblieben. In der Erhebung 2000 waren 45,5% der Befragten bereit, Auskunft über sich zu geben (Ausschöpfungsquote) (Kraus & Augustin 2001).

Im Auftrag der Bundesländer und Stadtstaaten werden in unregelmäßigen Abständen auch Prävalenzstudien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz, Gebrauchsmuster, Merkmale etc. einer bestimmten Klientel konzentrieren. In Berlin, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz (2000) sowie in Hamburg (1997) wurden lokale Erhebungen beispielsweise im Rahmen der Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ durchgeführt. Die regionale Stichprobe wird dabei durch Landesmittel erweitert. In Sachsen-Anhalt wurde bereits zum zweiten Mal die Studie zur Modernen Drogen- und Suchtprävention (MODRUS II) durchgeführt. Gefragt wurde nach Gebrauchsformen, Einstellungen etc. zu Drogen und Sucht (Böttcher, Chrapa, Chrapa, Teltscher & Voigtländer 1999).

Die aktuellen Zahlen zeigen folgendes Bild der unterschiedlichen Drogenprofile in Deutschland: Die zahlenmäßig stärkste Substanzgruppe bei den illegalen Drogen ist nach wie vor Cannabis (Kraus & Augustin 2001). Mehr als 10 Millionen Menschen - die meisten davon im Alter bis 39 Jahren - haben Erfahrung mit Cannabis, etwa 3,4 Millionen Menschen haben Cannabis in den letzten 12 Monaten gebraucht. Dieser Wert liegt um mehr als 1 Million höher als die Zahlen von 1997, als die letzten Umfragen zu diesem Thema stattgefunden haben.

Der Konsum anderer Drogen als Cannabis ist im Vergleich immer noch seltener. Das Ausmaß des Ecstasykonsums scheint sich in den letzten Jahren stabilisiert zu haben, während die Verbreitung von Amphetaminen stark gestiegen ist. Ecstasykonsum ist in den neuen Ländern häufiger zu finden als in den alten. Die Prävalenzraten des aktuellen Konsums (letzte 12 Monate) sind höher als bei der letzten Erhebung im Jahr 1997. Ecstasy und Amphetamine werden häufig von der gleichen Personengruppe konsumiert und spielen

eine wichtige Rolle im Umfeld der Party- und Technoszene. In dieser Konsumentengruppe spielen Alkohol, Cannabis und Kokain ebenfalls eine wichtige Rolle.

Verglichen mit den genannten Drogen vollzieht sich die Entwicklung bei Heroin und den übrigen Opiaten anders. Seit etwa 1992 zeigen die verschiedenen Umfragen, die in diesem Bereich allerdings nur ein unvollständiges Bild abgeben, dass die Problematik nur leicht zunimmt oder sich stabilisiert. Im Behandlungsbereich sind die Zahlen ebenfalls stabil. Hier wird allerdings deutlich, dass es innerhalb der Opiate in den vergangenen Jahren recht markante Verschiebungen gegeben hat, die sich vor allem aus den zunehmenden Substitutionszahlen erklären lassen. Man geht heute von mindestens 50.000 Personen aus, die aktuell in Methadonsubstitution sind. Exakte Zahlen werden ab Ende nächsten Jahres mit der Einführung eines Substitutionsregisters zur Verfügung stehen.

Kokain weist im Vergleich zu allen anderen hier diskutierten Drogen ein überaus stabiles und gleichförmiges Wachstum auf. Auch hier korrespondieren die Ergebnisse aus dem Behandlungsbereich mit denjenigen der Konsumerhebungen. Kokain ist nach wie vor eine der bevorzugten Beikonsum-Drogen für Opiatabhängige, das zeigt der zunehmende polyvalente Substanzgebrauch.

Relativ neu ist die zunehmende Verbreitung biogener Drogen - in Form von Pilzen oder Zubereitungen aus verschiedenen heimischen Pflanzen. Die Verbreitung insbesondere bei den jüngeren Erwachsenen ist nicht unerheblich. Mehr als 6% der 21- bis 24-Jährigen haben Erfahrungen mit psilocibinhaltigen Pilzen, knapp 3% dieser Altersgruppe haben sie in den letzten 12 Monaten gebraucht und eine erhebliche Zahl von Giftnotfällen hatten im letzten Jahr solche Substanzen als Ursache.

Die dargestellten Ergebnisse lassen - neben der Gruppe der experimentellen Drogenkonsumenten - die Beschreibung mehrerer Typen von Drogenkonsumenten zu, wenngleich die Gruppen nicht immer ganz klar voneinander zu trennen sind.

- Cannabiskonsumenten, die zumindest in einer gewissen Lebensphase diese Droge konsumieren. Häufig leben sie wenig auffällig und ohne größere Probleme und gebrauchen keine weitere illegale Droge.
- Junge Konsumentengruppen mit multiplem Drogenkonsum, die weniger festgelegt sind, was die Wahl der Droge angeht. Cannabis steht an erster Stelle, aber Ecstasy und Amphetamin wird 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 jedoch inzwischen ebenfalls Einzug in diese Szene gehalten. Insbesondere ist eine Zunahme von LSD und Kokain zu konstatieren.
- Die Gruppe mit den schwierigsten Rahmenbedingungen sind nach wie vor die Heroinabhängigen. Die Zahl dieser problematischen Fälle ist jedoch in den letzten Jahren relativ stabil. Neben Heroin ist der Beigebrauch von Kokain und Cannabis, selten auch von Crack. Abhängigkeit von Alkohol kommt häufig als Problem dazu.

- 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 unauffälliger. 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.

## 2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Die aktuelle Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen zeigt dass 19,8% der befragten 18- bis 59-Jährigen 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%. Dieser Unterschied ist in den neuen Ländern noch deutlicher ausgeprägt als in den alten: Hier liegt die Prävalenz für Männer mit 14,6% mehr als doppelt so hoch wie für Frauen mit 7,1%.

In der Gruppe der jüngeren Erwachsenen (18 - 39 Jahre) beträgt der Anteil von Personen mit Drogenerfahrungen in Westdeutschland sogar 29,5%. In den neuen Bundesländern liegt die Prävalenzrate in dieser Altersgruppe bei 19% (Tabelle 3). Auffällig sind in beiden Teilen Deutschlands die Steigerungsraten seit der letzten Erhebung im Jahr 1997. Im Westen stieg der Anteil der Drogenerfahrenen bei den 18- bis 59-Jährigen insgesamt um etwa 50 Prozent (Prävalenzraten 1997: 14,2%; 2000: 21,8%), im Osten um 130% (Prävalenzraten 1997: 4,8%, 2000: 11%). Dieser enorme Zuwachs ist in erster Linie auf stärkeren Cannabiskonsum (West: 21,4%; Ost: 10,8%) zurückzuführen (siehe 2.2.1). Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen als Cannabis weisen nur vergleichsweise wenige Erwachsene auf ( West: Amphetamine 2,4%, Ecstasy 1,5%, LSD 2,0%, Kokain 2,4%; Ost: Amphetamine 1,7%, Ecstasy 2,0%, LSD 1,1%, Kokain 1,6%). Im Westen wie auch im Osten liegen die Werte für Opiate und Crack unter 1%.

Mehr als ein Viertel der bundesdeutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12-25 Jahre) hat in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal Erfahrung mit illegalen Drogen gemacht. Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZgA 2001b) zeigen, dass sich die Drogenerfahrung der Jugendlichen in den alten und neuen Bundesländern mittlerweile kaum noch unterscheidet (Lifetime-Prävalenz 28% bzw. 24%). Cannabis ist die Droge, die dabei am häufigsten konsumiert wird (26%), gefolgt von Ecstasy (4%), Amphetaminen (3%), LSD (2%), Kokain (2%), Schnüffelstoffen (1%), Heroin (0,3%), Crack (0,2%) und anderen Drogen (3%).

**Tabelle 3: Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe <sup>1</sup>	Hochrechnung Gesamtbevölkerung <sup>2</sup>
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	17%	≈ 5 530 000	≈ 940 000
BUND '00	18-20	38,0%	34,5%	37,3%	≈ 2 800 000	≈ 1 044 000
BUND '00	21-24	38,3%	29,4%	36,5%	≈ 3 615 000	≈ 1 320 000
BUND '00	25-29	32,5%	27,6%	31,7%	≈ 5 220 000	≈ 1 655 000
BUND '00	30-39	24,5%	9,3%	21,8%	≈ 14 092 000	≈ 3 072 000
BUND '00	40-49	17,5%	3,0%	14,6%	≈ 11 875 000	≈ 1 734 000
BUND '00	50-59	7,0%	0,7%	5,8%	≈ 10 040 000	≈ 582 000
BUND '00 (Männer)	18-59	25,4%	14,6%	23,4%	≈ 24 280 000	≈ 5 682 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	18,1%	7,1%	16,0%	≈ 23 360 000	≈ 3 738 000
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

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

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

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

Drogenerfahrung bedeutet in sehr vielen Fällen einen einmaligen oder nur 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 12 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 12 Monate illegale Drogen konsumiert zu haben. Die Prävalenz hat sich seit der letzten Erhebung etwa verdoppelt (1997: 2,7%) und liegt 11 Jahre nach der Wiedervereinigung auf demselben Niveau wie in Westdeutschland (6,5%). Dies sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung rund 2,9 Millionen Personen. In beiden Landesteilen werden Drogen häufiger von Männern als von Frauen konsumiert (West: 1,7:1, Ost: 1,8:1). In der Gruppe der jüngeren Erwachsenen (zwischen 18 und 39 Jahren) sind die Prävalenzen mit 10,7% (Gesamtdeutschland) deutlich höher.

Der Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat sich zwischen 1997 und 2000 nur wenig verändert. So gaben insgesamt 13% der Befragten 12- bis 25-Jährigen in der Drogenaffinitätsstudie 2001 an, illegale Drogen konsumiert zu haben (BZgA 2001b). 1997 lag diese Zahl bei 15%. Allerdings sind mögliche Einflüsse durch den Wechsel der Befragungsmethode vom persönlichen Interview (bis 1997) zu Telefoninterviews (ab 2000) zu bedenken. Die beiden Verfahren könnten sich unterschiedlich auf die Bereitschaft der Befragten auswirken, an der Umfrage teilzunehmen und wahrheitsgemäße Angaben zu ihrem Drogenkonsum zu machen. Die größten Veränderungen fanden im Zeitraum von 1993 bis 1997 in Ostdeutschland statt (1993: 3%; 1997: 14%), vor allem bei den weiblichen Konsumenten (1993:1%; 1997: 14%) (Tabelle 4).

**Tabelle 4: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	11%	≈ 5 530 000	≈ 608 000
BUND '00	18-20	25,6%	25,3%	25,3%	≈ 2 800 000	≈ 708 000
BUND '00	21-24	20,4%	13,6%	18,1%	≈ 3 615 000	≈ 654 000
BUND '00	25-29	11,7%	14,0%	11,7%	≈ 5 220 000	≈ 611 000
BUND '00	30-39	5,8%	3,1%	5,0%	≈ 14 092 000	≈ 705 000
BUND '00	40-49	1,5%	0,8%	1,3%	≈ 11 875 000	≈ 154 000
BUND '00	50-59	0,4%	--	0,3%	≈ 10 040 000	≈ 30 000
BUND '00 (Männer)	18-59	8,2%	6,7%	7,6%	≈ 24 280 000	≈ 1 845 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	4,7%	3,7%	4,4%	≈ 23 360 000	≈ 1 028 000
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

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

Im Rahmen der Repräsentativerhebung gaben 3,6% der befragten erwachsenen Männer und Frauen 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). Auch in dieser Personengruppe wurde in erster Linie Cannabis konsumiert (West: 3,4%; Ost: 2,5%). Wie häufig andere Substanzen in den letzten 30 Tagen konsumiert wurden, ist im Anhang abgebildet. In der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001b) wurden keine 30-Tages-Prävalenzen erhoben (Tabelle 5).

**Tabelle 5: 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	13,8%	14,4%	13,9%	≈ 2 800 000	≈ 389 000
BUND '00	21-24	13,9%	8,1%	11,8%	≈ 3 615 000	≈ 427 000
BUND '00	25-29	5,7%	5,3%	5,5%	≈ 5 220 000	≈ 287 000
BUND '00	30-39	3,0%	1,5%	2,6%	≈ 14 092 000	≈ 366 000
BUND '00	40-49	1,0%	0,3%	0,8%	≈ 11 875 000	≈ 95 000
BUND '00	50-59	0,1%	0,0%	0,0%	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	4,9%	3,4%	4,6%	≈ 24 280 000	≈ 1 117 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	2,2%	1,7%	1,9%	≈ 23 360 000	≈ 444 000
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 2001b); Repräsentativerhebung 2000 (Kraus & Augustin 2001)

### 2.2.1 Cannabis

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. 21,4% aller befragten Westdeutschen und 10,8% aller Ostdeutschen (18-59 Jahre) haben in ihrem Leben mindestens einmal diese Droge konsumiert (Kraus & Augustin 2001). Dass Cannabisgebrauch in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen hat, wird durch die Prävalenzraten der 18- bis 24-Jährigen westdeutschen Konsumenten verdeutlicht. Die Lebenszeitprävalenzen sind in den alten Ländern von 14% (1980) bis auf etwa 25% (1997) angestiegen und haben im Jahr 2000 mit 38% ihren bisher höchsten Wert erreicht.

Am häufigsten wird Cannabis von 18- bis 29-jährigen westdeutschen Männern gebraucht (Lebenszeitprävalenz: 40,4%; 12-Monats-Prävalenz: 21,1% und 30-Tage-Prävalenz: 13%).

In Ostdeutschland ist von 1990 bis 1995 der Anteil der Cannabiskonsumenten unter den 18- bis 29-Jährigen von 2% auf 12% stark angestiegen. Die Prävalenz nahm in der Folge bis

zum Jahr 2000 auf 29% weiter zu und nähert sich damit dem westdeutschen Prävalenzwert an. Fast alle Jugendlichen (12-25 Jahre) haben ihre Drogenerfahrung mit Cannabis gemacht (BZgA 2001b). 27% der Befragten gaben an, jemals Drogen konsumiert zu haben, 26% der Befragten Cannabis. Die Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum ist in den letzten acht Jahren auch bei den Jugendlichen deutlich angestiegen (1993: 16%; 1997: 19%; 2001: 26%).

**Tabelle 6: Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	16,0%	≈ 5 530 000	≈ 885 000
BUND '00	18-20	38,0%	33,7%	37,1%	≈ 2 800 000	≈ 1 039 000
BUND '00	21-24	38,1%	27,8%	36,0%	≈ 3 615 000	≈ 1 301 000
BUND '00	25-29	31,8%	27,6%	31,0%	≈ 5 220 000	≈ 1 618 000
BUND '00	30-39	24,1%	8,8%	21,4%	≈ 14 092 000	≈ 3 016 000
BUND '00	40-49	16,9%	2,8%	14,1%	≈ 11 875 000	≈ 1 674 000
BUND '00	50-59	6,6%	0,7%	5,5%	≈ 10 040 000	≈ 552 000
BUND '00 (Männer)	18-59	24,8%	14,3%	22,8%	≈ 24 280 000	≈ 5 536 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	17,7%	6,6%	15,7%	≈ 23 360 000	≈ 3 668 000
BUND '00	18-39	29,1%	18,4%	27,6%	≈ 25 726 000	≈ 7 100 000
BUND '00	18-59	21,4%	10,8%	19,3%	≈ 47 640 000	≈ 9 195 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	19,0%	≈ 53 170 000	≈ 10 080 000

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

**Tabelle 7: 12-Monats-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	10%	≈ 5 530 000	≈ 553 000
BUND '00	18-20	25,3%	25,3%	25,3%	≈ 2 800 000	≈ 708 000
BUND '00	21-24	19,7%	11,6%	18,1%	≈ 3 615 000	≈ 654 000
BUND '00	25-29	11,3%	13,4%	11,7%	≈ 5 220 000	≈ 611 000
BUND '00	30-39	5,5%	3,1%	5,0%	≈ 14 092 000	≈ 705 000
BUND '00	40-49	1,5%	0,6%	1,3%	≈ 11 875 000	≈ 154 000
BUND '00	50-59	0,4%	--	0,3%	≈ 10 040 000	≈ 30 000
BUND '00 (Männer)	18-59	7,9%	6,2%	7,6%	≈ 24 280 000	≈ 1 845 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	4,5%	3,6%	4,4%	≈ 23 360 000	≈ 1 028 000
BUND '00	18-39	10,6%	9,0%	10,3%	≈ 25 726 000	≈ 2 650 000
BUND '00	18-59	6,2%	4,9%	6,0%	≈ 47 640 000	≈ 2 858 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	6,4%	≈ 53 170 000	≈ 3 411 000

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

**Tabelle 8: 30-Tage-Prävalenz von Cannabis in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	13,8%	14,4%	13,9%	≈ 2 800 000	≈ 389 000
BUND '00	21-24	12,8%	7,4%	11,8%	≈ 3 615 000	≈ 427 000
BUND '00	25-29	5,5%	5,3%	5,5%	≈ 5 220 000	≈ 287 000
BUND '00	30-39	2,9%	1,5%	2,6%	≈ 14 092 000	≈ 366 000
BUND '00	40-49	0,9%	0,3%	0,8%	≈ 11 875 000	≈ 95 000
BUND '00	50-59	0,1%	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	4,8%	3,4%	4,6%	≈ 24 280 000	≈ 1 117 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	2,0%	1,6%	1,9%	≈ 23 360 000	≈ 444 000
BUND '00	18-39	7,8%	3,4%	5,7%	≈ 25 726 000	≈ 1 466 000
BUND '00	18-59	3,4%	2,5%	3,3%	≈ 47 640 000	≈ 1 595 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

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

### 2.2.2 Amphetamine

Amphetamine spielen seit einigen Jahren auf dem deutschen Drogenmarkt zunehmend eine Rolle. Dies ist auch in Verbindung mit der Ausbreitung von Ecstasy zu sehen. Im Lebenszeitraum haben rund 3% der Personen im Alter von 18 bis 39 Jahre Amphetamine 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. Damit sind die Zahlen im Vergleich zur Erhebung von 1997 angestiegen (West: 2,4%; Ost: 1%). Aber auch die Prävalenzen der letzten 12 Monate weisen einen Anstieg auf, wenn man sie den Zahlen von 1990 gegenüber stellt. Im Jahr 2000 liegen sie bei 1,1% (West) bzw. 0,8% (Ost) während sie 1990 noch bei 0,5% (West) bzw. 0,0% (Ost) lagen.

Amphetaminkonsum 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 2001b).

**Tabelle 9: Lebenszeit-Prävalenz von Amphetaminen (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	1,0%	≈ 5 530 000	≈ 55 000
BUND '00	18-20	2,4%	2,2%	3,1%	≈ 2 800 000	≈ 87 000
BUND '00	21-24	3,4%	5,2%	5,6%	≈ 3 615 000	≈ 202 000
BUND '00	25-29	2,5%	5,8%	3,1%	≈ 5 220 000	≈ 162 000
BUND '00	30-39	2,5%	1,2%	2,3%	≈ 14 092 000	≈ 324 000
BUND '00	40-49	2,0%	0,6%	1,7%	≈ 11 875 000	≈ 202 000
BUND '00	50-59	1,1%	--	0,9%	≈ 10 040 000	≈ 90 000
BUND '00 (Männer)	18-59	2,8%	2,4%	2,7%	≈ 24 280 000	≈ 656 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	2,0%	0,9%	1,8%	≈ 23 360 000	≈ 421 000
BUND '00	18-39	3,1%	2,9%	3,0%	≈ 25 726 000	≈ 772 000
BUND '00	18-59	2,4%	1,7%	2,2%	≈ 47 640 000	≈ 1 048 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	2,1%	≈ 53 170 000	≈ 1 103 000

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

**Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz von Amphetaminen (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	1,0%	≈ 5 530 000	≈ 55 000
BUND '00	18-20	2,1%	2,2%	2,1%	≈ 2 800 000	≈ 59 000
BUND '00	21-24	3,3%	1,9%	3,0%	≈ 3 615 000	≈ 109 000
BUND '00	25-29	0,7%	0,6%	0,7%	≈ 5 220 000	≈ 37 000
BUND '00	30-39	0,5%	0,2%	0,4%	≈ 14 092 000	≈ 56 000
BUND '00	40-49	0,1%	0,3%	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	0
BUND '00 (Männer)	18-64	0,8%	0,6%	0,8%	≈ 24 280 000	≈ 194 000
BUND '00 (Frauen)	18-64	0,4%	0,4%	0,4%	≈ 23 360 000	≈ 93 000
BUND '00	18-39	1,1%	0,8%	1,0%	≈ 25 726 000	≈ 257 000
BUND '00	18-64	0,6%	0,5%	0,6%	≈ 47 640 000	≈ 286 000
DAS '01 BUND '00	12-64	k.A.	k.A.	0,6%	≈ 53 170 000	≈ 341 000

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

### 2.2.3 Ecstasy

Ecstasy ist die einzige Droge, deren Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzwerte der 18- bis 59-Jährigen im Osten im Jahr 2000 höher sind 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 12 Monaten konsumierten 1,9% der Befragten 18- bis 29-Jährigen in Westdeutschland und 2,8% in Ostdeutschland Ecstasy. Bei den Älteren sind dagegen so gut wie keine Ost-West-Unterschiede zu erkennen. Die Prävalenzen liegen bei den Männern generell etwas höher als bei den Frauen. Bei älteren Konsumenten ist Ecstasy wenig verbreitet (Tabelle 11). In der Drogenaffinitätsstudie gaben 4% der 12- bis 25-Jährigen (BZgA 2001b) an, jemals in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben. Der Konsum hat sich in dieser Altersgruppe seit 1997 nicht verändert (1997: 5%).

**Tabelle 11: Lebenszeit-Prävalenz von Ecstasy in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	2,0%	≈ 5 530 000	≈ 111 000
BUND '00	18-20	5,2%	3,1%	4,7%	≈ 2 800 000	≈ 132 000
BUND '00	21-24	5,7%	4,8%	5,5%	≈ 3 615 000	≈ 199 000
BUND '00	25-29	3,2%	9,9%	4,3%	≈ 5 220 000	≈ 225 000
BUND '00	30-39	1,1%	1,0%	1,0%	≈ 14 092 000	≈ 141 000
BUND '00	40-49	0,2%	0,3%	0,2%	≈ 11 875 000	≈ 24 000
BUND '00	50-59	0,1%	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	1,8%	2,8%	2,0%	≈ 24 280 000	≈ 486 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	1,1%	1,1%	1,1%	≈ 23 360 000	≈ 257 000
BUND '00	18-39	2,6%	3,6%	2,7%	≈ 25 726 000	≈ 695 000
BUND '00	18-59	1,5%	2,0%	1,6%	≈ 47 640 000	≈ 762 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	1,6%	≈ 53 170 000	≈ 873 000

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

**Tabelle 12: 12-Monats-Prävalenz von Ecstasy in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	1,0%	≈ 5 530 000	≈ 55 000
BUND '00	18-20	1,8%	3,1%	2,1%	≈ 2 800 000	≈ 59 000
BUND '00	21-24	3,7%	2,6%	3,5%	≈ 3 615 000	≈ 127 000
BUND '00	25-29	0,8%	2,9%	1,1%	≈ 5 220 000	≈ 57 000
BUND '00	30-39	0,5%	0,4%	0,5%	≈ 14 092 000	≈ 71 000
BUND '00	40-49	0,1%	0,0%	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	1,0%	1,1%	1,0%	≈ 24 280 000	≈ 243 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	0,3%	0,5%	0,3%	≈ 23 360 000	≈ 70 000
BUND '00	18-39	1,1%	1,5%	1,2%	≈ 25 726 000	≈ 309 000
BUND '00	18-59	0,6%	0,8%	0,7%	≈ 47 640 000	≈ 333 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,7%	≈ 53 170 000	≈ 389 000

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

### 2.2.4 Kokain

Der Kokainkonsum hat in den 90er Jahren deutlich zugenommen. Dies trifft für Kokainkonsum im Lebenszeitraum als auch den aktuellen Konsum zu. Die Lebenszeitprävalenzen der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre haben sich nach einem leichten Rückgang im Westen im Jahr 1997 in 2000 wieder erhöht (West: 2000:3,8%; 1997:2,2%; 1995:3,7%; 1990:1,5%; Ost: 2000:2,9%;1997:0,4%; 1995:0,3%; 1990:0,1% (Kraus & Augustin 2001).

Auch Konsum in den letzten 12 Monaten findet sich in dieser Altersgruppe heute häufiger - vor allem in den neuen Bundesländern (2000: 1,4%; 1997: 0,2; 1995: 0,3%). 2% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) hat jemals im Leben Kokain konsumiert (BZgA 2001b). Hier gab es in den 90er Jahre keine wesentlichen Konsumveränderungen (1997:2%; 1993:3%).

**Tabelle 13: Lebenszeit-Prävalenz von Kokain in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	2,6%	3,9%	2,9%	≈ 2 800 000	≈ 81 000
BUND '00	21-24	4,8%	1,9%	4,2%	≈ 3 615 000	≈ 152 000
BUND '00	25-29	4,7%	8,1%	5,2%	≈ 5 220 000	≈ 271 000
BUND '00	30-39	3,5%	1,0%	3,0%	≈ 14 092 000	≈ 423 000
BUND '00	40-49	1,2%	0,3%	1,0%	≈ 11 875 000	≈ 119 000
BUND '00	50-59	0,2%	--	0,2%	≈ 10 040 000	≈ 20 000
BUND '00 (Männer)	18-59	3,0%	2,4%	2,8%	≈ 24 280 000	≈ 680 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	1,9%	0,7%	1,7%	≈ 23 360 000	≈ 397 000
BUND '00	18-39	3,8%	2,9%	3,6%	≈ 25 726 000	≈ 926 000
BUND '00	18-59	2,4%	1,6%	2,3%	≈ 47 640 000	≈ 1 096 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

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

**Tabelle 14: 12-Monats-Prävalenz von Kokain in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	2,0%	3,1%	2,2%	≈ 2 800 000	≈ 62 000
BUND '00	21-24	2,7%	1,0%	2,3%	≈ 3 615 000	≈ 83 000
BUND '00	25-29	1,7%	3,5%	2%	≈ 5 220 000	≈ 104 000
BUND '00	30-39	1,0%	0,4%	0,9%	≈ 14 092 000	≈ 127 000
BUND '00	40-49	0,2%	--	0,2%	≈ 11 875 000	≈ 24 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-64	1,2%	1,0%	1,1%	≈ 24 280 000	≈ 267 000
BUND '00 (Frauen)	18-64	0,5%	0,5%	0,5%	≈ 23 360 000	≈ 117 000
BUND '00	18-39	1,5%	1,4%	1,5%	≈ 25 726 000	≈ 386 000
BUND '00	18-64	0,9%	0,7%	0,8%	≈ 47 640 000	≈ 381 000
DAS '01 BUND '00	12-64	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

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

In zwei aktuellen Arbeiten wurde die Gruppe der Crack-Konsumenten in den lokalen Drogenszenen 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 des Jahre 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 Befragten Crack-Konsumenten sind, beträgt der Anteil in Studie 2 28% bei den Männern und 47% bei den Frauen und in der JJ-Basisdokumentation 27% (Männer) bzw. 26% (Frauen) (Tabelle 15).

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 16).

**Tabelle 15: Crack-Konsum in drei Frankfurter Studien**

	Crack-Konsum		N
	Männer	Frauen	
Studie 1	100% (33)	100% (26)	59
Studie 2	28% (42)	47% (76)	312
JJ-Basisdokumentation	27% (454)	26% (137)	2160

Quelle: Vogt, Schmid und Roth (2000)

**Tabelle 16: Polyvalenter Drogenkonsum bei Crack-Konsumenten**

Drogenkonsum	Männer		Frauen	
	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 Befragten waren Männer (durchschnittlich 32 Jahre alt), 37% Frauen (durchschnittlich 29 Jahre alt). Auch in dieser Studie zeigte sich, dass Crack-Rauchen häufig polyvalentem Drogenkonsum einher geht. 83% nehmen 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.

Eine aktuelle Bestandsaufnahme zum Crack-Konsum im Deutschland (Stöver 2001) bestätigt, dass Crack in bestimmten Szenen der Metropolen Frankfurt und Hamburg verbreitet ist. Von einer bundesweiten Crack-Welle könne gegenwärtig jedoch nicht gesprochen werden, so die Ergebnisse der Expertise. Zu untersuchen und beobachten bleibt, ob Crack ein Phänomen spezifischer Großstadtszenen („offene Drogenszenen“, Verfügbarkeit der Drogen durch Nähe zu See- oder Flughäfen) ist und bleibt.

### 2.2.5 LSD

LSD, die am häufigsten konsumierte Droge aus der Gruppe der Halluzinogene, war Anfang der 70er Jahre „Kultdroge“. Ab Mitte der 80er Jahre bis heute spielte sie jedoch nur noch eine geringe Rolle in der deutschen Drogenszene, wurde aber im Zusammenhang mit der Diskussion um Ecstasy „wiederentdeckt“. 2% der westdeutschen Erwachsenen und 1,1 der ostdeutschen haben jemals in ihrem Leben LSD konsumiert. In den letzten 12 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. Dies hat sich seit Anfang der 90er Jahren bis heute nicht verändert (Lebenszeitprävalenz 1993: 2%; 1997: 2%, 2001: 2%) (BZgA 2001b).

**Tabelle 17: Lebenszeit-Prävalenz von LSD in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	1%	≈ 5 530 000	≈ 55 000
BUND '00	18-20	2,4%	3,5%	2,6%	≈ 2 800 000	≈ 73 000
BUND '00	21-24	3,6%	1,9%	3,2%	≈ 3 615 000	≈ 116 000
BUND '00	25-29	2,3%	4,1%	2,6%	≈ 5 220 000	≈ 136 000
BUND '00	30-39	2,1%	0,4%	1,8%	≈ 14 092 000	≈ 254 000
BUND '00	40-49	2,2%	0,6%	1,9%	≈ 11 875 000	≈ 226 000
BUND '00	50-59	0,9%	--	0,8%	≈ 10 040 000	≈ 80 000
BUND '00 (Männer)	18-59	2,6%	1,8%	2,5%	≈ 24 280 000	≈ 607 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	1,4%	0,2%	1,2%	≈ 23 360 000	≈ 280 000
BUND '00	18-39	2,4%	1,7%	2,3%	≈ 25 726 000	≈ 592 000
BUND '00	18-59	2,0%	1,1%	1,8%	≈ 47 640 000	≈ 858 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	1,7%	≈ 53 170 000	≈ 931 000

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

**Tabelle 18: 12-Monats-Prävalenz von LSD in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	≈ 0
BUND '00	18-20	1,5%	2,2%	1,6%	≈ 2 800 000	≈ 45 000
BUND '00	21-24	0,5%	1,0%	0,6%	≈ 3 615 000	≈ 22 000
BUND '00	25-29	0,1%	--	0,1%	≈ 5 220 000	≈ 5 000
BUND '00	30-39	0,1%	--	0,1%	≈ 14 092 000	≈ 14 000
BUND '00	40-49	0,1%	--	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	0,2%	0,3%	0,2%	≈ 24 280 000	≈ 49 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	--	0,1%	0,1%	≈ 23 360 000	≈ 23 000
BUND '00	18-39	0,3%	0,4%	0,3%	≈ 25 726 000	≈ 77 000
BUND '00	18-59	0,2%	0,2%	0,2%	≈ 47 640 000	≈ 95 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,2%	≈ 53 170 000	≈ 95 000

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

### 2.2.6 Heroin und andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)

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 12 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 2001b).

In der Repräsentativerhebung liegt die Lebenszeitprävalenz bei 18- bis 39-Jährigen für andere Opiaten (z.B. Codein, Opium oder Morphinum) 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. Entsprechend ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen. Der Wert der Hochrechnung kann im Vergleich zu anderen Drogen eine Größenordnung des Opiatproblems vermitteln, aber keine Annäherung der exakten Zahl bieten. Bereits die Zahl der Substituierten (2001 auf 50.000-55.000 geschätzt) macht deutlich, dass die echte Zahl aktuell Heroinabhängiger deutlich höher liegen dürfte (vgl. Kapitel 2.3).

**Tabelle 19: Lebenszeit-Prävalenz von Heroin in Deutschland (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	≈ 0
BUND '00	18-20	0,4%	0,9%	0,5%	≈ 2 800 000	≈ 14 000
BUND '00	21-24	0,5%	1,0%	0,6%	≈ 3 615 000	≈ 22 000
BUND '00	25-29	0,7%	2,3%	1%	≈ 5 220 000	≈ 52 000
BUND '00	30-39	0,5%	--	0,4%	≈ 14 092 000	≈ 56 000
BUND '00	40-49	0,3%	--	0,2%	≈ 11 875 000	≈ 24 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	0,5%	0,6%	0,5%	≈ 24 280 000	≈ 121 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	2%	0,1%	0,2%	≈ 23 360 000	≈ 47 000
BUND '00	18-39	0,5%	0,7%	0,6%	≈ 25 726 000	≈ 154 000
BUND '00	18-59	0,4%	0,4%	0,4%	≈ 47 640 000	≈ 191 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,4%	≈ 53 170 000	≈ 191 000

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

**Tabelle 20: 12- Monats-Prävalenz von Heroin (2000)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	≈ 0
BUND '00	18-20	0,4%	0,9%	0,5%	≈ 2 800 000	≈ 14 000
BUND '00	21-24	0,3%	1,0%	0,4%	≈ 3 615 000	≈ 15 000
BUND '00	25-29	0,5%	--	0,4%	≈ 5 220 000	≈ 21 000
BUND '00	30-39	--	--	--	≈ 14 092 000	≈ 0
BUND '00	40-49	0,1%	--	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	--	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	0,2%	0,2	0,2%	≈ 24 280 000	≈ 49 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	--	0,1%	--	≈ 23 360 000	0
BUND '00	18-39	0,2%	0,3%	0,2%	≈ 25 726 000	≈ 52 000
BUND '00	18-59	0,1%	0,1%	0,1%	≈ 47 640 000	≈ 48 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,1%	≈ 53 170 000	≈ 48 000

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

**Tabelle 21: Lebenszeit-Prävalenz von anderen Opiaten (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	≈ 0
BUND '00	18-20	1,1%	--	0,8%	≈ 2 800 000	≈ 22 000
BUND '00	21-24	1,0%	1,9%	1,2%	≈ 3 615 000	≈ 43 000
BUND '00	25-29	1,0%	1,1%	1,1%	≈ 5 220 000	≈ 57 000
BUND '00	30-39	1,1%	0,7%	1%	≈ 14 092 000	≈ 141 000
BUND '00	40-49	0,8%	0,3%	0,7%	≈ 11 875 000	≈ 83 000
BUND '00	50-59	0,1%	--	0,1%	≈ 10 040 000	≈ 10 000
BUND '00 (Männer)	18-59	1,1%	0,7%	1%	≈ 24 280 000	≈ 243 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	0,5%	0,4%	0,5%	≈ 23 360 000	≈ 117 000
BUND '00	18-39	1,1%	0,9%	1%	≈ 25 726 000	≈ 257 000
BUND '00	18-59	0,8%	0,6%	0,7%	≈ 47 640 000	≈ 334 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,6%	≈ 53 170 000	≈ 334 000

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

**Tabelle 22: 12-Monats-Prävalenz von anderen Opiaten (2000/2001)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	≈ 0
BUND '00	18-20	--	--	0%	≈ 2 800 000	≈ 0
BUND '00	21-24	0,5%	1,0%	0,6%	≈ 3 615 000	≈ 22 000
BUND '00	25-29	0,3%	--	0,3%	≈ 5 220 000	≈ 16 000
BUND '00	30-39	0,2%	--	0,1%	≈ 14 092 000	≈ 14 000
BUND '00	40-49	0,1%	--	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	0%	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	0,2%	0,2%	0,2%	≈ 24 280 000	≈ 49 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	0,1%	--	0,1%	≈ 23 360 000	≈ 23 000
BUND '00	18-39	0,2%	0,2%	0,2%	≈ 25 726 000	≈ 52 000
BUND '00	18-59	0,1%	0,1%	0,1%	≈ 47 640 000	≈ 48 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	0,1%	≈ 53 170 000	≈ 48 000

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

### 2.2.7 Psylocibinhaltige Pilze

Seit dem 1. Februar 1998 fallen in Deutschland psylocibinhaltige Pilze unter das Betäubungsmittelgesetz. Diese psychotropen Substanzen sind in den letzten Jahren neben anderen biogenen Drogen häufiger aufgetreten als früher. 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.

Aktuellen Konsum in den letzten 12 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.

**Tabelle 23: Lebenszeitprävalenz von Pilzen (2000)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	3,4%	3,9%	3,5%	≈ 2 800 000	≈ 98 000
BUND '00	21-24	7,1%	3,6%	6,4%	≈ 3 615 000	≈ 231 000
BUND '00	25-29	2,6%	5,2%	3%	≈ 5 220 000	≈ 157 000
BUND '00	30-39	2,1%	--	1,7%	≈ 14 092 000	≈ 240 000
BUND '00	40-49	1,3%	0,6%	1,1%	≈ 11 875 000	≈ 131 000
BUND '00	50-59	0,1%	--	0%	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	2,5%	2,1%	2,4%	≈ 24 280 000	≈ 583 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	1,5%	0,2%	1,2%	≈ 23 360 000	≈ 280 000
BUND '00	18-39	3,0%	2,0%	2,9%	≈ 25 726 000	≈ 746 000
BUND '00	18-59	2,0%	1,2%	1,8%	≈ 47 640 000	≈ 858 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

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

**Tabelle 24: 12-Monats-Prävalenz von Pilzen (2000)**

Quelle	Altersgruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Hochrechnung Gesamtbevölkerung
DAS '01	12-18	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 5 530 000	k.A.
BUND '00	18-20	2,5%	3,9%	2,8%	≈ 2 800 000	≈ 78 000
BUND '00	21-24	3,2%	1,6%	2,8%	≈ 3 615 000	≈ 101 000
BUND '00	25-29	0,8%	1,1%	0,8%	≈ 5 220 000	≈ 42 000
BUND '00	30-39	0,1%	--	0,1%	≈ 14 092 000	≈ 14 000
BUND '00	40-49	0,1%	--	0,1%	≈ 11 875 000	≈ 12 000
BUND '00	50-59	--	--	0%	≈ 10 040 000	≈ 0
BUND '00 (Männer)	18-59	0,7%	0,9%	0,7%	≈ 24 280 000	≈ 170 000
BUND '00 (Frauen)	18-59	0,3%	0,1%	0,3%	≈ 23 360 000	≈ 70 000
BUND '00	18-39	0,9%	0,9%	0,9%	≈ 25 726 000	≈ 232 000
BUND '00	18-59	0,5%	0,5%	0,5%	≈ 47 640 000	≈ 238 000
DAS '01 BUND '00	12-59	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

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

### 2.2.8 Ergänzende Studien auf Ebene einzelner Länder

Auch auf Ebene einzelner Bundesländer bzw. lokaler Ebene werden repräsentative Erhebungen zum Gebrauch von Drogen durchgeführt. Im Rahmen der Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ wurden in den letzten Jahren mehrere lokale Erhebungen zum Konsum von legalen und illegalen Drogen durchgeführt. Diese Querschnitterhebungen bilden weitgehend Konsumverhalten in der Allgemeinbevölkerung ab. Es jedoch ist davon auszugehen, dass Randgruppen, Konsumenten harter Drogen und Angaben zu sozial eher unerwünschten Verhaltensweisen eher unterrepräsentiert sind.

1997 wurde im Auftrag der Hansestadt Hamburg eine lokale Erhebung im Rahmen der Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ durchgeführt (Kraus, Scherer & Bauernfeind 1998). Da hier bereits im Jahre 1990 eine Regionalauswertung durchgeführt wurde, lassen sich dabei Trends über die 90er Jahre beobachten. Wie Tabelle 25 zeigt, bleibt die Lebenszeitprävalenz von Cannabis in Hamburg zwischen 1990 und 1997 nahezu unverändert. 1990 haben insgesamt 27,9% und 1997 26,5% der 15- bis 39-Jährigen Cannabis konsumiert. Auch die Lebenszeitprävalenz der anderen Substanzen hat sich in dieser Altersgruppe kaum verändert.

Während Anfang der 90er Jahre noch keiner der Jugendlichen LSD in den letzten 12 Monaten gebraucht hat, sind dies 1997 bereits 1,4%. Darüber hinaus zeigt sich in dieser Erhebung, dass Amphetamine mittlerweile nach Cannabis die am weitesten verbreiteten Drogen der Jugendlichen sind. Auffallend hoch ist mit 3,8% auch die 12-Monats-Prävalenz von Ecstasy in dieser Altersgruppe. Diese Substanz wurde 1990 wegen der damals noch geringen Bedeutung nicht erhoben.

**Tabelle 25: Konsum illegaler Drogen in Hamburg (Altersgruppen 15-39 / 15-17 Jahre)**

	1990		1997	
	Lebenszeit	12-Monate	Lebenszeit	12-Monate
<b>15-39 Jahre</b>				
Cannabis	27,9%	9,3%	26,5%	9,8%
Amphetamine	6,9%	0,3%	5,2%	2,1%
LSD	3,9%	0,3%	4,1%	2,3%
Opiate <sup>1</sup>	3,6%	0,3%	3,4%	2,7%
Kokain / Crack <sup>2</sup>	3,3%	1,2%	4,1%	2,7%
<b>15-17 Jahre</b>				
Cannabis	9,2%	8,4%	21,2%	17,9%
Amphetamine	0,0%	0,0%	5,2%	3,8%
LSD	0,0%	0,0%	1,4%	0,9%
Opiate <sup>1</sup>	0,8%	0,8%	2,4%	1,9%
Kokain / Crack <sup>2</sup>	0,8%	0,8%	1,4%	1,4%

Quelle: Repräsentativerhebung 1997 (Kraus, Scherer & Bauernfeind 1998)

<sup>1</sup> Heroin, Methadon oder andere Opiate

<sup>2</sup> Kokain 1990 ohne Crack

### 2.3 Riskanter Drogengebrauch

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten bestehender Erhebungssysteme oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen für die Gesamtverbreitung problematischen oder schädlichen Konsums zulassen. Für illegale Drogen stellt sich die Frage nach einer Grenzziehung für „problematischen“ Konsum zunächst scheinbar einfacher. Ihr Konsum wird quasi per Gesetz zum Problem erklärt. Betrachtet man jedoch die Rechtswirklichkeit und den Alltag in Deutschland Ende der neunziger Jahre, so stellt man fest, dass relativ viele junge Menschen Cannabis oder Ecstasy konsumieren, ohne dass zunächst für sie selbst oder für andere ein offensichtlicher Schaden entsteht. Auch die Strafverfolgung von Cannabisbesitz für den Eigenkonsum ist in vielen Teilen Deutschlands erheblich reduziert worden. Andererseits gibt eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen mit psychotischen Symptomen, bei deren Entstehung exzessiver Cannabiskonsum möglicherweise eine Rolle gespielt hat. Im Zusammenhang mit anderen Substanzen stehen schwere gesundheitliche Schäden und Todesfälle. Auch hier ist also eine Grenzziehung nötig, wenn „problematischer“ Konsum nicht allein an der formal-juristischen Beurteilung festgemacht werden soll.

Grundsätzlich wird Konsum immer dann problematisch, wenn

- der Konsument ihn selbst so empfindet,
- negative körperliche Folgen auftreten oder drohen,
- schwere psychische Probleme entstehen und / oder
- sich insbesondere eine Abhängigkeit entwickelt.
- Dritte geschädigt werden

Neben den inhaltlichen und generellen methodischen Schwierigkeiten bei der Bestimmung des problematischen Konsums existieren eine Reihe spezifischer 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 von z.B. Heroin verneinen oder die Konsumhäufigkeit und Dosierung nach unten korrigieren. Bedenkt man, dass Befragungen über den Konsum psychotroper Substanzen Verhaltensweisen erfragen, die unter Umständen strafrechtlich verfolgt werden, verwundern diese Effekte nicht. Sie zeigen zugleich, welche Validitätsprobleme Untersuchungen dieser Art haben.

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 usw. sind, desto schwieriger dürfte es auf Grund der hohen 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, Bauernfeind & Bühringer (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, die die Inanspruchnahme medizinischer oder sozialer Einrichtungen hinsichtlich Substanzabhängigkeit oder -missbrauch beschreiben. Gleichzeitig handelt es sich hierbei um Daten, die eine recht genaue Einschätzung der Qualität der Suchtproblematik erlauben.

### **2.3.1 Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums**

Polizeidaten sowie Zahlen aus dem Bereich Behandlung und Drogentote führen zu Schätzungen der Zahl problematischer Konsumenten von Opiaten für Deutschland zwischen 150.000 und 210.000. Die demographische Methode und eine Hochrechnung auf der Grundlage der HIV Fälle ergeben mit Werten zwischen 90.000 und 160.000 niedrigere Schätzwerte. Begrenzt man den Wertebereich auf die Ränder, die jeweils von mindestens der Hälfte der Verfahren eingeschlossen werden, so ergibt sich ein Range 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 Wertebereichs. Wenngleich die

neuen Länder bisher noch deutlich niedrigere Prävalenzen aufweisen, sind sie doch nicht mehr zu vernachlässigen für eine Gesamtschätzung. Unter Berücksichtigung der Schätzungen aus den Quellen mit der breitesten Zahlenbasis - Polizei und Behandlung - wird deshalb von einem Range von 150.000 - 175.000 Fällen problematischer Konsumenten von Opiaten in Deutschland ausgegangen.

**Tabelle 26: Vergleich der Ergebnisse aus verschiedenen Schätzverfahren**

Demographische Methode	Polizei	Multivariater Indicator <sup>1</sup>	Mortalität	Behandlung	Extrapolation der HIV Fälle
128,000-160,000	150,000-190,000	160,000	170,000	175,000-210,000	90,000-158,000

<sup>1)</sup> nur alte Länder

Berücksichtigt man allein die drei Methoden, zu denen für den Zeitraum 1995/97 sowie 2000 Schätzungen vorliegen, so weisen diese auf eine deutliche Zunahme der Prävalenz problematischen Opiatkonsums zwischen 1995 und 2000 hin. 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 das Schätzverfahren für Polizeidaten relativ stabil geblieben ist. Damit ist insgesamt mit einem Anstieg der Fallzahlen um rund ein Viertel auszugehen.

**Tabelle 27: Vergleich von Ergebnissen aus verschiedenen Jahren**

Methode	Schätzung auf der Basis von Daten aus den Jahren 1995-97	Schätzung auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2000
Polizei	141,000-165,000 (1996)	150,000-190,000
Mortalität	80,000-112,000 (1995)	170,000
Behandlung	94,000-141,000 (1997)	175,000-210,000

Die Qualität der Schätzung hat sich dabei 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 Substitutionsangebots angesehen werden kann, haben Einfluss auf diese Ergebnisse.

### 2.3.2 Problematischer Drogengebrauch auf lokaler Ebene

Befragungen zu problematischem Drogengebrauch 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.

In Hamburg wurden 1999 64 Crack-Raucher der offenen Drogenszene befragt (Thane & Thel 2000). 63% der Befragten 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% nehmen 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.

Eine aktuelle Bestandsaufnahme zum Crack-Konsum in Deutschland (Stöver 2001) bestätigt, dass Crack in bestimmten Szenen der Metropolen Frankfurt und Hamburg verbreitet ist. Von einer bundesweiten Crack-Welle könne gegenwärtig jedoch nicht gesprochen werden, so die Ergebnisse der Expertise. Zu untersuchen und beobachten bleibt, ob Crack ein Phänomen spezifischer Großstadtszenen („offene Drogenszenen“, Verfügbarkeit der Drogen durch Nähe zu See- oder Flughäfen) ist und bleibt.

### 2.3.3 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 Hamburg wurden 1997 264 Drogenkonsumenten der „offenen Drogenszene“ u.a. zu ihren aktuellen Drogenapplikationsformen befragt (Homann, Paul, Thiel & Wams 2000). Insgesamt 89% der Befragten gaben intravenösen Drogenkonsum an: 78% berichteten intravenösen Heroinkonsum, 70% intravenösen Kokainkonsum, 17% intravenösen Benzodiazepinkonsum (Mehrfachantworten möglich). Auf die Frage „Welche Drogen sniefst du?“ berichteten 30% den nasalen Konsum von Heroin und / oder Kokain. Ausschließlich nasaler Heroinkonsum war bei 23%, nasaler Kokainkonsum bei 20% verbreitet (Mehrfachantworten möglich). Das Rauchen von Drogen war besonders bei jungen Drogenkonsumenten verbreitet. 49% der bis zu 20-Jährigen

rauchten Heroin, jedoch nur 20% der älteren Befragten. Kokain wurde von 33% der jüngsten Drogenkonsumenten geraucht und nur von 12% der älteren. Die Studie zeigt, dass risikoreiche Applikationsformen besonders ausgeprägt sind.

Auch im Behandlungsdokumentationssystem EBIS (einrichtungsbezogenes Informationssystem für ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe) wird seit dem Jahr 2000 die Drogenapplikationsform von ambulant behandelten Klienten (N = 74.700) erfasst. Dabei wird zwischen Injektion, Rauchen, Essen, Schnüffeln und anderen Konsumformen unterschieden. Heroin ist die Droge, die am häufigsten intravenös appliziert wird (69,5% der Behandelten), gefolgt von Kokain (32,8%) und anderen Opiaten (11%) (Strobl et al.2001). Geraucht werden am häufigsten Cannabinoide (98%) und Crack (78%). Alle anderen Substanzen werden eher oral konsumiert, mit Ausnahme von flüchtigen Lösungsmitteln (60%), Kokain (31%), Amphetaminen (29%) und anderen Stimulantien (15%), die geschnupft werden. Nicht erfasst wird in EBIS die Konsumart von Drogenkombinationen (z.B. Heroin-Kokain-Cocktails) (Tabelle 28).

**Tabelle 28: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten (EBIS 2000)**

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Essen	Schnüffeln	Andere	
Heroin	69,5%	21,0%	0,7%	8,2%	0,6%	5236
Methadon	2,9%	2,0%	94,6%	0,1%	0,4%	2571
Codein	1,2%	2,0%	95,6%		1,2%	505
and. opiathaltige Mittel	11,0%	24,5%	60,3%	1,7%	2,5%	237
Cannabinoide	0,3%	97,6%	1,8%	0,2%	0,1%	8297
Barbiturate	3,7%	1,7%	90,4%	0,2%	4,1%	592
Benzodiazepine	3,4%	0,9%	93,2%	0,2%	2,3%	1773
and. Sedativa/ Hypnotika	3,0%	2,6%	86,2%		8,2%	268
Kokain	32,8%	26,8%	1,9%	31,3%	7,2%	2775
Crack	6,3%	77,7%	7,3%	8,3%	0,5%	206
Amphetamine	4,5%	7,0%	50,7%	28,5%	9,3%	1393
MDMA	0,3%	2,0%	93,0%	1,6%	3,1%	1767
and. Stimulantien	0,5%	11,5%	62,3%	15,2%	10,5%	191
LSD	0,3%	4,6%	88,4%	1,3%	5,3%	905
Mescaline		13,0%	75,9%		11,1%	54
and. Halluzinogene	0,9%	19,5%	70,1%	1,4%	8,1%	221
Flüchtige Lösungsmittel		38,7%	1,6%	59,7%		62
and. psychotrope Substanzen	2,6%	6,1%	67,8%	6,1%	17,4%	115

Quelle: EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

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.

## 3 Gesundheitliche Folgen

### 3.1 Behandlungsnachfrage

In diesem Jahr liegt erstmals eine systemübergreifende Dokumentation der Suchtkrankenhilfe in Deutschland vor. Die Auswertung bezieht sich nicht mehr nur auf die Software von EBIS<sup>5</sup> (Einrichtungsbezogenes Informationssystem für ambulante Einrichtungen), sondern integriert in systematischer Form auch die Daten der Softwareprogramme Horizont und Patfak.

Die Jahresstatistik 2000 basiert auf Daten von insgesamt 135.105 Personen aus 401 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, von denen 22 die Auswertungssoftware von Horizont benutzten, 179 das EBIS-A Programm. Im stationären Behandlungsbereich liegen Daten von 12.183 Personen vor. 89 Einrichtungen verwendeten EBIS-S, 18 Patfak und 2 Horizont. Neben den bundesweit eingesetzten Behandlungsmonitoringsystemen existieren eine Reihe kleinerer regionaler Erfassungssysteme, z. B. in Hamburg und in Schleswig-Holstein. Die vorliegende Jahresauswertung 2000 deckt mit 401 Einrichtungen rund 40% aller 944<sup>6</sup> deutschen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen ab. Gemessen an den durch Rentenversicherungsträger finanzierten Entwöhnungsbehandlungen ergibt sich eine Deckungsquote von rund 66% im stationären Bereich<sup>7</sup>. 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, genau Konsumenten „harter“ Drogen mit einzubeziehen, die sich den Repräsentativbefragungen erkennbar entzieht und dort zu verzerrten Ergebnissen führt. Demgegenüber müssen besonders bei Daten von Behandlungsmonitoringsystemen Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität in Kauf genommen werden.

#### 3.1.1 Charakteristika der Drogenkonsumenten

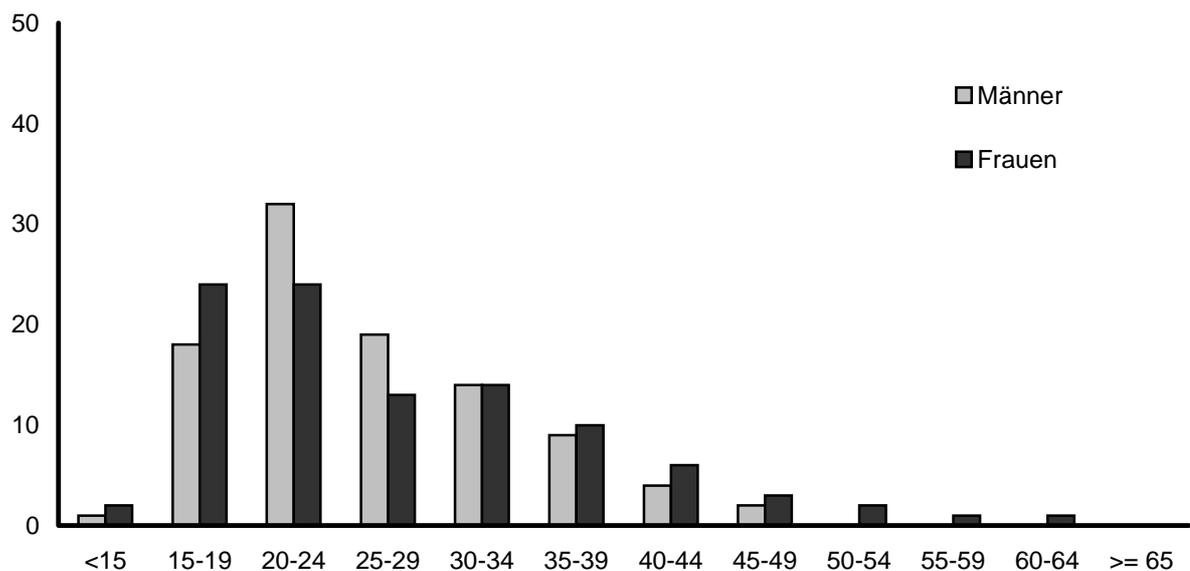
Daten der in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen betreuten Klienten zeigen, dass diese keineswegs eine homogene Gruppe darstellen. Im Jahr 200 waren nahezu 80% aller 14.906 ambulant behandelten Klienten Männer. Über 80% aller männlichen und 75% aller weiblichen Klienten sind zwischen 15 und 34 Jahre alt .

---

<sup>5</sup> In der EBIS/SEDOS-AG sind die Spitzenverbände der Einrichtungen und das durchführende Institut vertreten. Das sind der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) e.V., der Deutsche Caritasverband (DCV) e.V., die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V., der Deutsche Orden KdÖR –Suchthilfe, der Fachverband Sucht e.V. und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands (GVS), IFT Institut für Therapieforschung

<sup>6</sup> Länderkurzbericht 2000 (BMG 2001)

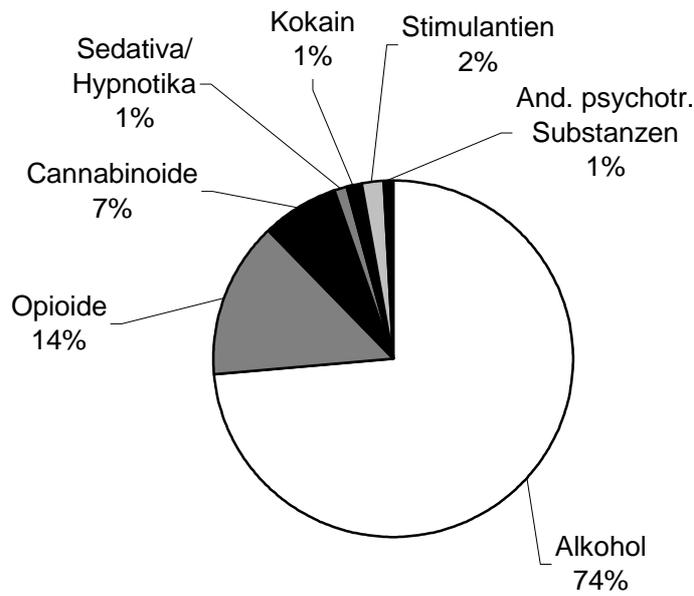
<sup>7</sup> VDR-Statistik Rehabilitation 2000, Tabelle 55M (VDR 2001)

**Abbildung 6: Altersverteilung der ambulant behandelten Klienten**

Quelle: EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

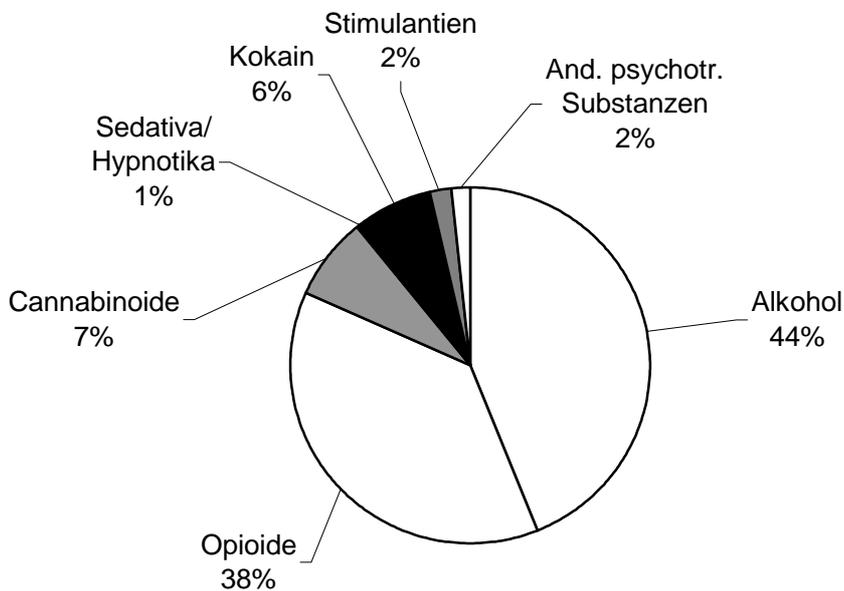
95% der Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen sind Deutsche (Strobl et al.2001). 1,4% (N = 607) stammen aus den Europäischen Nachbarländern, 3,7% (N = 1622) aus Nicht EU-Mitgliedsländern, wie Ex-Jugoslawien, der Türkei oder aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Abbildungen 7 und 8 zeigen, dass die Suchtproblematik bei deutschen und ausländischen Klienten unterschiedlich ist. In beiden Klientengruppen ist Alkohol allerdings der deutlich vorrangige Suchtstoff. Bei den deutschen Klienten liegt der Anteil bei 74%, bei den ausländischen Klienten (EU-Bürger und Nicht-EU-Bürger) ist der Prozentsatz mit 44% deutlich niedriger. In der Gruppe der ausländischen Klienten beträgt der Anteil der Personen, die sich wegen Opioiden in Behandlung begeben 38% bei den deutschen Klienten 14%. Cannabis spielt in beiden Gruppen eine bedeutsame Rolle, jeweils 7% der Klienten gaben diese Substanz als Hauptbehandlungsgrund an.

**Abbildung 7: Verteilung der Hauptdiagnosen bei deutschen Klienten**



Quelle: EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

**Abbildung 8: Verteilung der Hauptdiagnosen bei Klienten mit anderer Staatsbürgerschaft**



Quelle: EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

### 3.1.2 Diagnosedaten aus ambulanten Behandlungsbereich

Für das Jahr 2000 liegen in EBIS (einrichtungsbezogenes Informationssystem) Daten über Hauptdiagnosen von insgesamt 14.906 Personen vor (alte Bundesländer 12.338; neue Bundesländer 2.568), die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe eine Betreuung oder Behandlung begonnen haben. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien aus dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO (ICD10) für die Klassifikation von Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit).

**Tabelle 29: Die häufigsten Hauptdiagnosen (EBIS-A)**

Hauptdiagnose	Gesamtdeutschland			Ost	West
	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt	Gesamt
	11.637	3.269	14.096	2.568	12.338
Opiate	55,2%	56,0%	55,4%	29,4%	60,8%
Cannabis	25,8%	19,2%	24,3%	37,3%	21,6%
Kokain	7,0%	3,7%	6,2%	7,6%	6,0%
Hypnotika und Sedativa	1,9%	9,2%	3,5%	5,9%	3,2%
Halluzinogene	0,9%	0,6%	0,8%	2,2%	0,5%
Stimulantien	6,4%	8,7%	6,9%	14,8%	5,2%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Andere psychotr. Substanzen	2,9%	2,5%	2,8%	3,7%	2,6%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: EBIS-A 2000 (Strobl et al.2001)

Im Jahr 2000 haben sich 55% aller Klientinnen und Klienten wegen opiathaltigen Drogen in ambulante Beratung oder Behandlung begeben. In den alten Bundesländern machten Opiate einen deutlich größeren Anteil beim problematischen Gebrauch illegaler Drogen aus (61%) als in den neuen Bundesländern (29%). Dort führt die Substanz Cannabis am häufigsten zur Aufnahme einer Suchtbehandlung (37%). Am dritthäufigsten liegen Hauptdiagnosen für aufputschende Substanzen, wie z.B. Kokain (6%) und Stimulantien (7%). Der Anstieg bei den Stimulantien liegt vermutlich daran, dass MDMA und verwandte Substanzen (Ecstasy) in 2000 erstmals eindeutig dieser Kategorie zugeordnet werden konnten. Die Hauptdiagnose Stimulantien ist damit insgesamt etwas häufiger geworden als die Hauptdiagnose Kokain. Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Hypnotika und Sedativa ist besonders bei Frauen verbreitet (ca. 9% aller Hauptdiagnosen).

Viele Klienten haben jedoch nicht nur Probleme mit einer einzigen Substanz. Häufig werden mehrere Substanzen gleichzeitig oder nacheinander konsumiert. In einem Spezialteil dieses Berichtes (Kapitel 11) wird ausführlich über polyvalente Konsummuster und Konsumentengruppen sowie gesundheitliche und soziale Folgen eingegangen.

### 3.1.3 Diagnosedaten aus dem stationären Behandlungsbereich

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 1.757 Personen (1.365 Männer und 392 Frauen) in stationären Entwöhnungseinrichtungen wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen (inklusive Medikamenten) behandelt und hatten diese Behandlung beendet (Strobl et al.2001). Insgesamt 178 waren das erste mal in stationärer Suchtbehandlung. 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 (aktuelle Fassung: ICD10) für die Klassifikation von Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit).

**Tabelle 30: Die häufigsten Hauptdiagnosen (EBIS-S)**

Hauptdiagnosen	Männer	Frauen	Gesamt
	1.365	392	1.757
Opiate (gesamt)	46,4%	39,5%	44,8%
Kokain	5,5%	0,8%	4,1%
Stimulantien	4,3%	1,0%	3,6%
Sedativa / Hypnotika	1,6%	9,9%	3,5%
Halluzinogene	0,6%	0,0%	0,5%
Cannabis	7,0%	2,0%	5,9%
Andere psychotr. Substanzen	34,9%	46,7%	37,6%
Flüchtige Lösungsmittel	0,1%	0,0%	0,1%

Quelle: EBIS-S 2000 (Strobl et al.2001)

Neben Opiaten (45 % aller Hauptdiagnosen) spielen im stationären Behandlungsbereich im Auswertungsjahr 2000 insbesondere andere psychotrope Substanzen eine große Rolle (38%). Mit einem Anteil von zusammen genommen fast 82% der Hauptdiagnosen bilden sie hier wie im Vorjahr sehr deutlich den Schwerpunkt beim problematischen Drogengebrauch.

### 3.2 Drogentodesfälle

Drogentodesfälle werden in Deutschland durch zwei bundesweite Dokumentationssysteme erfasst: Die „Falldatei Rauschgift“ der Bundeskriminalamtes (BKA) und das allgemeine Todesfallregister des Statistischen Bundesamtes (StBA). Beide Systeme sind entsprechend der föderalen Struktur Deutschlands aufgebaut. Rauschgifttodesfälle werden in den einzelnen Bundesländern durch die Landeskriminalämter bzw. die Statistischen Landesämter erfasst und anschließend zur Aggregation und Auswertung an die Ämter auf Bundesebene weitergeleitet. Bei den Daten der Polizei gibt es zwischen einzelnen Bundesländern Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von Rauschgifttodesfällen. Toxikologische Gutachten spielen eine wichtige Rolle bei der Feststellung der Todesursache, denn durch sie erhält man genügend Information über den Drogenkonsum zum Todeszeitpunkt. Der Anteil obduzierter Drogentoter variierte jedoch im vergangenen Jahr zwischen 25% (Bremen) und bis zu 100% (Berlin, Sachsen-Anhalt, Saarland). Die durchschnittliche Obduktionsrate betrug 70% und hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert (1999: 62%). Im Vergleich zu anderen Europäischen Ländern in denen bislang nur Überdosierungen bestimmter Substanzen gezählt wurden, wird von der Polizei in Deutschland eine breitere Definition für Rauschgifttodesfälle verwendet. Direkte (d.h. akute Intoxikationen) und indirekte Todesfälle werden gleichermaßen erfasst. Folgende Kategorien für Drogentodesfälle liegen vor (Bundeskriminalamt 2001):

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge Gesundheitsschädigung (körperlichen 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, depressiven Verstimmungen),
- tödliche Unfälle unter Drogeneinfluss stehender Personen.

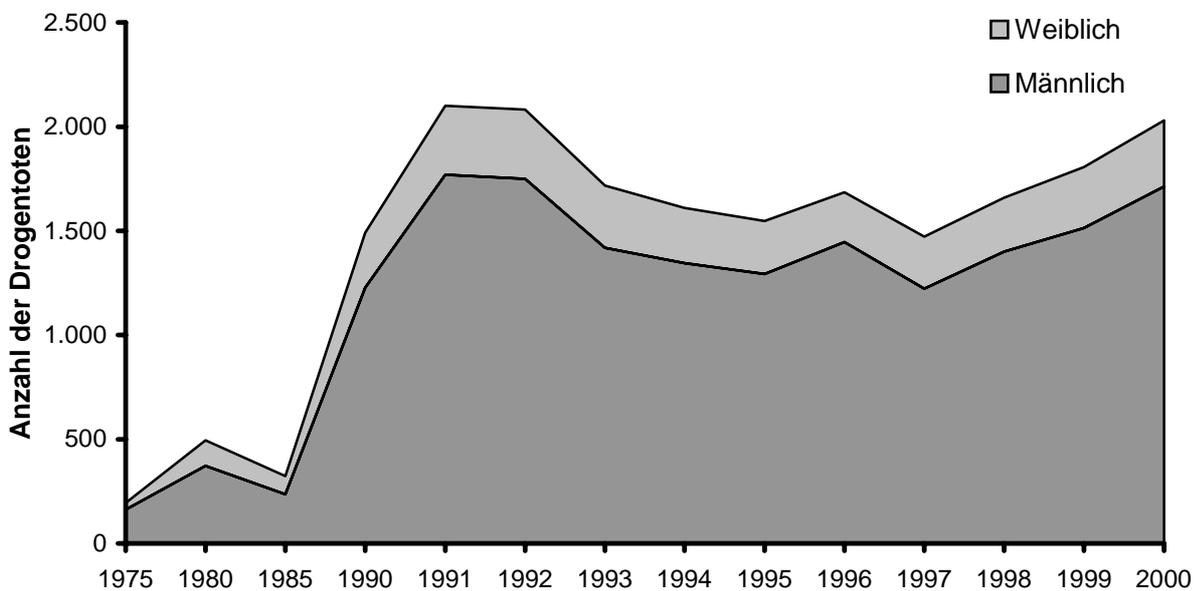
Um die Erfassung von Rauschgifttodesfällen zu erleichtern und Fehler zu reduzieren wurden diese Definitionen vom BKA in einem Merkblatt ausformuliert. Da Drogentodesfälle einer von fünf Indikatoren der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sind, wurde 1999 eine nationale Expertengruppe gebildet. Ihr Ziel ist es, die deutsche Datenerfassung an europäische Standards anzupassen, um die Zahlen in der Zukunft besser vergleichbar zu machen.

In Deutschland ist die Anzahl der Drogentodesfälle im Jahr 2000 erneut angestiegen. Es wurden insgesamt 2.030 Rauschgifttote registriert, im Vergleich zum Vorjahr sind dies 218 Fälle (12%) mehr. Mitte der achtziger bis Anfang der neunziger Jahre nahm die jährliche Anzahl der Drogentoten erstmals drastisch zu und kam 1991 zu einem Höchststand von 2.125 Todesfällen. In den Folgejahren hat sich die Zahl wieder verringert und erreichte 1997 mit 1.501 Rauschgifttodesfällen den niedrigsten Stand seit 1990. In den letzten vier Jahren zeichnet sich ein erneuter Anstieg ab. Bei den Städten über 100.000 Einwohner weist

Bremen momentan mit 10,4 Todesfällen pro 100.000 Einwohner (Land Bremen 11,5) die bundesweit höchste Quote auf, gefolgt von den Großstädten Mannheim (9,1%), München (7,1) und Nürnberg (7). Düsseldorf liegt mit 3 Rauschgifttodesfällen am unteren Ende der Skala, im Vergleich zum Vorjahr (1999: 1,8) ist jedoch deren Anzahl deutlich angestiegen. In den neuen Bundesländern ist die Anzahl der Rauschgifttodesfälle nach wie vor sehr niedrig und liegt zwischen 0,2 und 0,4 Fällen.

Männer sterben deutlich häufiger an Drogenkonsum und dessen Folgen. Hier spiegelt sich die höhere Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in der männlichen Bevölkerung wider, eventuell aber auch eine größere Bereitschaft, Beratungs- und Therapieangebote in Anspruch zu nehmen. (BKA 2001). Das Durchschnittsalter der Rauschgifttoten lag im Jahr 2000 bei 33 Jahren und ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen, mehr als ein Drittel ist jedoch unter 30 Jahren (Abbildung 9).

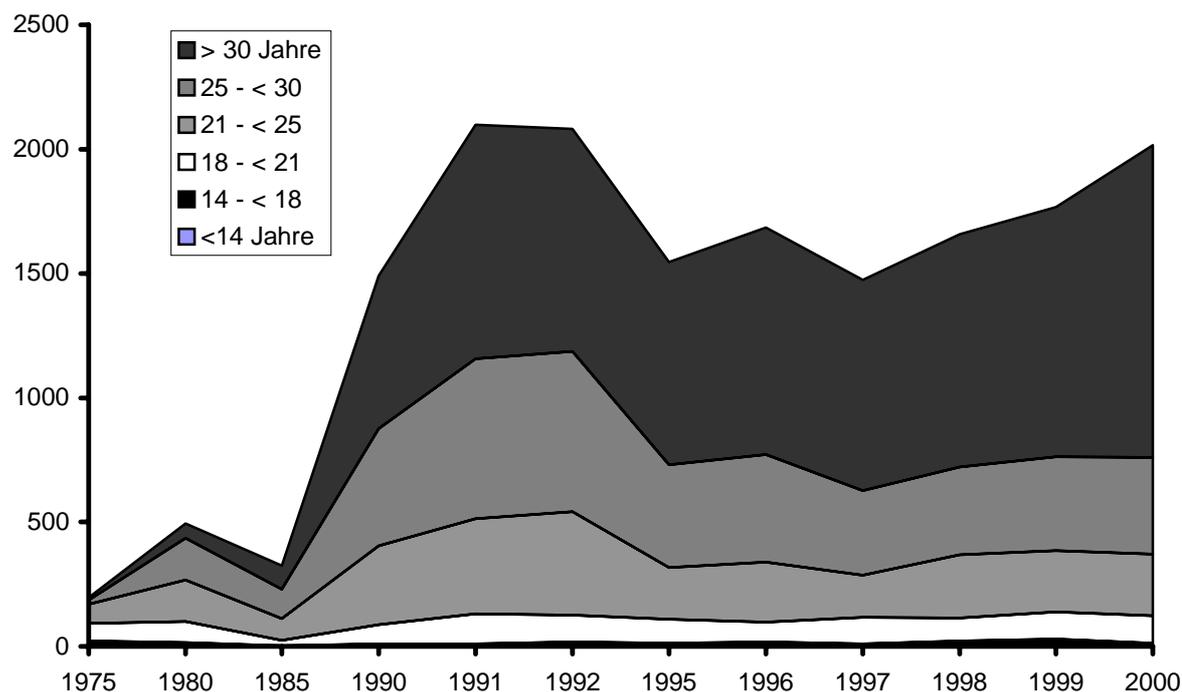
**Abbildung 9: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Geschlecht**



Drogentote	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Männlich	162	373	235	1.227	1.770	1.750	1.293	1.447	1.223	1.401	1.513	1.712
Weiblich	33	121	89	264	329	332	254	238	250	258	294	318
K.A.	1	0	0	0	26	17	18	27	28	15	5	-
Gesamt	196	494	324	1.491	2.125	2.099	1.565	1.712	1.501	1.674	1.812	2.030

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

**Abbildung 10: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Altersgruppen**



Alter	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Bis 14 Jahre	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14 - < 18	19	14	2	9	9	18	13	18	9	21	29	12
18 - < 21	70	86	23	78	121	108	97	79	106	93	110	111
21 - < 25	79	167	86	317	383	415	208	241	171	253	247	247
25 - < 30	17	169	119	472	645	646	414	435	341	354	376	388
Über 30 Jahre	8	58	94	615	941	895	815	912	846	938	1.004	1.257

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

Häufigste Todesursache stellte die Überdosierung von Heroin (26%) und Mischintoxikationen infolge polytoxikomanen BtM-Missbrauchs (23%). Todesfälle aufgrund von Heroinkonsum in Verbindung mit anderen Drogen liegen in 21% der Fälle vor und sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen (1999: 11%). Der Anteil, der im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln / Medikamenten verstorbenen ist, beträgt 2000 3%. Nach Angabe der Bundeskriminalamtes kamen im letzten Jahr insgesamt 43 Menschen im Zusammenhang mit Ecstasykonsum ums Leben. 11 Menschen starben aufgrund von Ecstasy, in weiteren 22 Fällen wurden neben Ecstasy noch weitere Substanzen festgestellt. In mehreren Fällen lagen Suizid und Unfälle als Todesursache vor.

**Tabelle 31: Drogentodesfälle 2000**

Todesursachen	Prozent	Anzahl der Nennungen <sup>1</sup>
1. Überdosis von:		
Heroin	26%	683
Heroin in Verbindung mit anderen Drogen	21%	545
Kokain	2%	40
Kokain in Verbindung mit anderen Drogen	5%	130
Amphetamine	0%	4
Amphetamine in Verbindung mit anderen Drogen	1%	38
Ecstasy in Verbindung mit anderen Drogen	1%	23
Medikamente / Substitutionsmittel	3%	49
Betäubungsmittel in Verbindung mit Alkohol / Substitutionsmittel	23%	605
Sonstige Betäubungsmittel / unbekannt	6%	151
2. Suizid	6%	148
3. Langzeitschäden	7%	170
4. Unfall / Sonstige	2%	49
5. Gesamt	100%	2.635

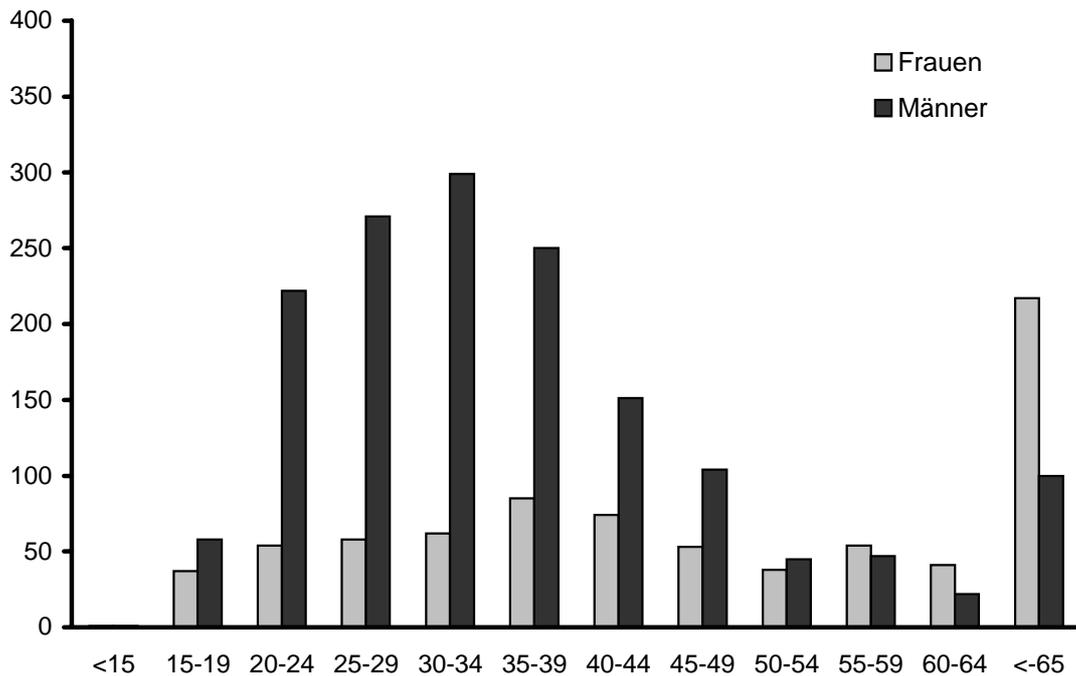
Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

1) Die Summe der genannten Todesursachen liegt aufgrund von Mehrfachnennungen über der Gesamtzahl von 2.030 Drogentoten

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, sind von 1999. Hier sind insgesamt 774 Frauen und 1.570 Männer registriert, die im Zusammenhang mit Rauschgift verstorben sind. Die Gesamtzahl von 2.344 Drogentoten liegt somit über der entsprechenden Zahl des Bundeskriminalamtes (1999: 1.812). Es wurden jeweils die vermutete zugrundeliegende Störung (ICD10-Codes F11-F19,) oder die vermuteten Todesursachen (ICD10-Codes X, T, und Y) als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten verwendet.

Um das Phänomen der Drogentodesfälle und deren regionale und zeitliche Verteilung zu analysieren, wurden zwei Studien durchgeführt (Kraus & Ladwig 2001; Kraus et al. 2001). Eine Trendanalyse aller Drogentodesfällen wurde in ausgewählten Städten und Regionen in Bayern sowie in den vergleichbaren Flächenstaaten Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen über den Zeitraum 1988 bis 2000 vorgenommen. Ebenfalls wurde für eine zeitlich aktuelle Gruppe von Drogentoten alle verfügbaren Daten aus dem therapeutischen, polizeilichen und justiziellen Bereich zusammengetragen und analysiert.

**Abbildung 11: Drogentodesfälle 1999 (Spezielle Auswertung des Statistischen Bundesamtes)**



In den Ergebnissen zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Im Durchschnitt wurden die Drogentoten über die Jahre in allen Bundesländern älter. In Baden-Württemberg und in Bayern sind sie im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aber jünger. Am häufigsten wurden die Substanzen Morphin, Benzodiazepine und Alkohol nachgewiesen. Eine genauere Untersuchung der 1999 und 1. Halbjahr 2000 in Baden-Württemberg Verstorbenen (N = 88) zeigte, dass 60% in den letzten 12 Monaten vor Drogentod Kontakt zum Hilfesystem hatten. In den letzten drei Monaten vor dem Tod befanden sich etwas mehr als die Hälfte der Verstorbenen in einer Behandlung. In der Untersuchung gab es keine Hinweise auf eine Häufung von "broken-home" Verhältnissen oder sozialer Isolation. Der Anteil an Personen mit suizidaler Vorbelastung (28%), psychischen Störungen (34%) oder kritischen Lebensereignisse (z.B. Rückfall, Abbruch oder Haftentlassung) in den letzten drei Monaten vor dem Tod (78%) war jedoch relativ hoch. 40% der Drogentoten hatte bereits mindestens einen Drogennotfall überlebt. Bei einem Drittel fanden sich Abstinenzphasen in den letzten drei Monaten vor dem Tod (35%). Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich bei den in München, Nürnberg und Augsburg verstorbenen Drogenkonsumenten.

### 3.3 Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen

Nadel- und Spritzenaustausch, das gemeinsame Benutzen von Löffeln und Filtern oder Flüssigkeiten zum Reinigen der Utensilien gelten als Haupttransmissionswege für Viren und Bakterien (Kapitel 2.3.3). Drogenabhängige mit intravenösen Applikationsformen haben deshalb ein besonders großes Risiko an Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B oder C zu erkranken. Verschiedene Indikatoren können Hinweise auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten in der Gruppe der Drogenkonsumenten geben: Ergebnisse von Laboruntersuchungen, Daten aus dem ambulanten Behandlungssetting, Studien über inhaftierte Drogenabhängige und Obduktionen von Drogentodesfällen durch forensische Institute.

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 von i.v. (Opiat)-Konsumenten 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, 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 Internet abrufbar ([http://www.rki.de/INFEKT/AIDS\\_STD/AZ.HTM](http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM)).

Informationen über Wege der Infektionsübertragung für Hepatitis B und C müssen in der Zukunft ebenfalls von Laboren und niedergelassenen Ärzten an das Robert-Koch Institut gemeldet werden. Dies sieht ein neues Infektionsschutzgesetz vor.

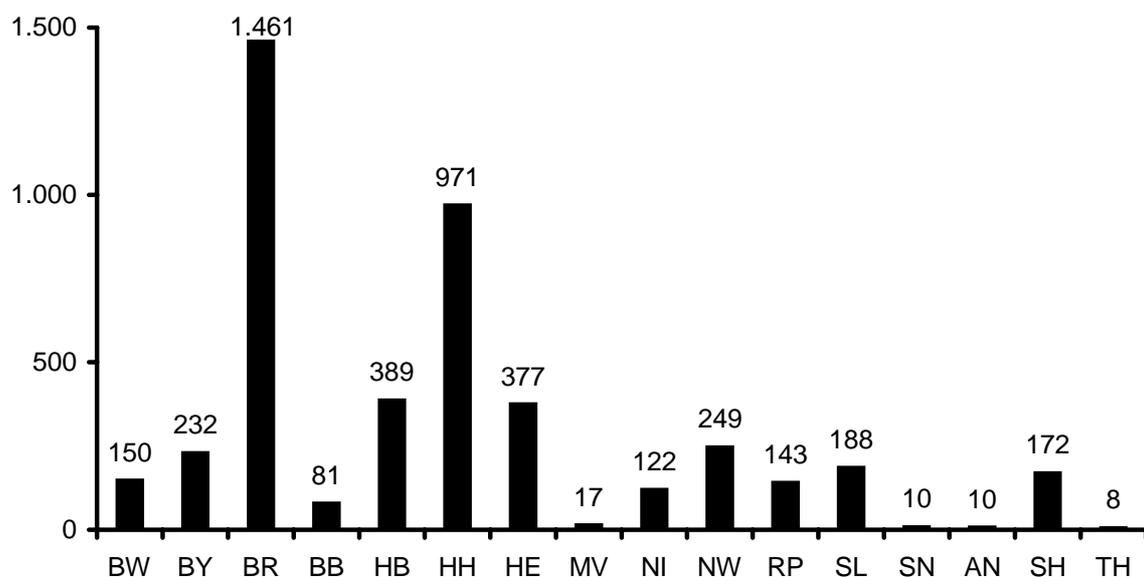
Zu methodischen Problemen bei der Erfassung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten führen oft uneinheitliche Fachbegriffe und unklare Falldefinitionen, da sie zu unterschiedlichen Interpretationen von Daten führen. Da aus Datenschutzgründen personenbezogenen Daten nach drei Jahren von den Gesundheitsämtern gelöscht werden müssen und dem Robert Koch Institut nur Informationen in anonymisierter Form vorliegen, können Mehrfachmeldungen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Verlaufsanalysen, die auf individuellen Daten basieren, sind nicht möglich.

#### 3.3.1 HIV und AIDS

Die Gruppe der Drogenkonsumenten ist, nach der Gruppe der 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 immer noch wenige Menschen an AIDS erkrankt sind, ist deren Zahl in den Stadtstaaten Berlin (1.461 Fälle) und Hamburg (971 Fälle) am höchsten. Nach Angaben des Aidszentrums im Robert Koch Institut (<http://hiv.rki.de>) beträgt Ende des Jahres 2000 der

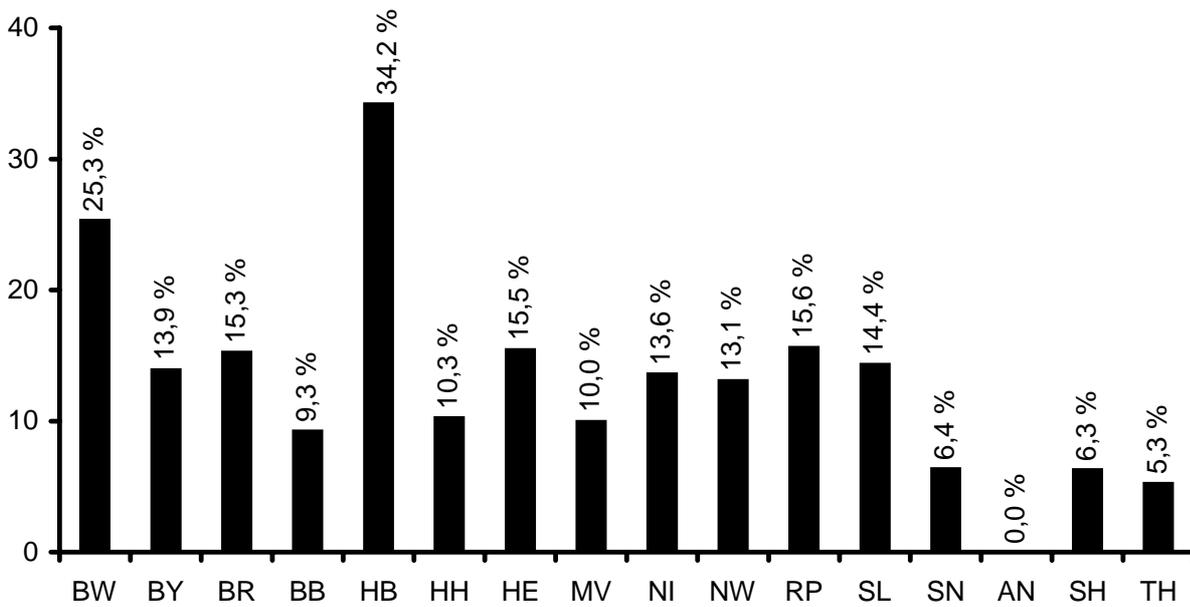
Anteil der i.v. Drogenabhängigen an der Zahl der neu gemeldeten Aids-Fälle in Deutschland 12,4%, in Hamburg und Baden-Württemberg ist der Anteil mit 34,2% bzw. 25,3% bundesweit am höchsten (Abbildung 12). Bezogen auf die kumulierte Gesamtzahl von 19.199 Aidsfällen im Register beträgt der Anteil 14,9%. 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 Sprizentauschprogramme haben hier offensichtlich gewirkt. Durch die Einführung neuer antiretroviraler Substanzen und der quantitativen Bestimmung der HIV-RNA ist eine wirksamere der HIV-Therapie möglich. Drogenkonsumenten können diese Behandlung bei spezialisierten Allgemeinärzten und in Krankenhäusern in Anspruch nehmen, Kostenträger der Behandlung sind die Krankenkassen. Schätzungsweise 15-20% der HAART-Patienten (Highly Activating Antiretrovirale Treatment) sind Abhängige mit intravenösem Drogengebrauch.

**Abbildung 12: Aids-Fälle in den Bundesländern (pro 1 Mio. Bevölkerung) (2000)**



Quelle: Robert Koch Institut (2001)

**Abbildung 13: Anteil von intravenös Drogenabhängigen (IVDA) an Aids-Fällen (2000)**



Quelle: Robert Koch Institut (2001)

ur Abkürzung der Bundesländer:

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		

Aus dem ambulanten Beratungs- und Behandlungsbereich liegen durch EBIS ebenfalls Daten zu HIV bei drogenabhängigen Klienten vor. Im Jahr 2000 liegen für ganz Deutschland Informationen über den HIV-Status und Testung von insgesamt 596 Klienten vor. Rund 22% der Klienten haben sich bisher keinem HIV-Test unterzogen. Bei 52% war das Testergebnis negativ, bei 2% positiv. 3% der Klienten wurden zwar getestet, das Ergebnis ist jedoch nicht bekannt. Bei 21% war der HIV-Status unbekannt. 2,8% aller Männer und Frauen, die sich wegen illegalen Drogen in ambulante Beratung oder Behandlung begeben haben und bei denen ein bekanntes Testergebnis vorliegt, sind HIV-positiv. Da in EBIS die Angaben über Infektionskrankheiten auf freiwilligen Aussagen der Klienten basieren und nicht auf Testergebnissen, liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine Unterschätzung des tatsächlichen Ausmaßes der Erkrankung vor (underreporting). Da Informationen zu Infektionen in EBIS optional angegeben werden können, ist die Zahl der Einrichtungen, die hierzu Daten geliefert haben, im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gesunken. Da keine Angaben über Art der berichtenden Einrichtung und deren Klientel vorliegen, muss von einem Bias ausgegangen werden, der keine Repräsentativität der Zahlen erlaubt.

In den letzten Jahren sind mehrere Studien zu HIV/AIDS und Hepatitis Infektionen in Gefängnissen durchgeführt worden. 1998 wurden beispielsweise die Ergebnisse einer multizentrischen europäischen Studie veröffentlicht (Weilandt & Rotily 1998). Im Rahmen dieser Erhebung, die in Frankreich, Deutschland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und Belgien durchgeführt wurde, wurden durch Speicheltests HIV und HCV Prävalenzen bestimmt. Die Prävalenz von HIV lag bei den i.v. drogenkonsumierenden Haftinsassen der deutschen Justizvollzugsanstalt bei 1,4% (N = 143), bei den nicht i.v. Drogenkonsumenten bei 0,4% (N = 284). Die Prävalenz von Hepatitis C betrug bei i.v. Drogenkonsumierenden 14,4%, jedoch nur 0,4% unter der nicht i.v. Drogenkonsumenten. Die Prävalenzen in den deutschen Gefängnissen waren jedoch deutlich niedriger als in anderen europäischen Gefängnissen (mit HIV-Prävalenzen bis zu 28% und HCV-Prävalenzen bis zu 64% bei i.v. Drogenkonsumenten). Die Prävalenz der Infektionserkrankungen HIV, Hepatitis B und C im Hamburger Justizvollzug wurde in einer prospektiven Längsschnitterhebung von Püschel & Heinemann (1999) von 1991 bis 1997 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 IDUs. Da der Strafvollzug im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Bundeslandes liegt, gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung der infektionsrelevanten Testpraxis von Gefangenen (Kapitel 13.1.3). In den meisten Ländern wird eine HIV-Testung auf freiwilliger Basis bei der Eingangsuntersuchung durchgeführt. In einigen Bundesländern wird in den Justizvollzugsanstalten ein AIDS-Test routinemäßig im Rahmen der medizinischen Eingangsuntersuchung durchgeführt, soweit der Häftling sein Einverständnis dazu gibt. In anderen Ländern wird nur auf Wunsch des Gefangenen eine Testung vorgenommen. Hepatitistestungen sind eher selten, werden jedoch auf lokaler Ebene vorgenommen. Hamburger Gefängnisse haben beispielsweise Testraten von 80-90%. Die Daten stehen allerdings für statistische Zwecke bisher nicht zur Verfügung.

Daten über Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten liefern auch Obduktionen der gerichtsmedizinischen Institute vor. In einigen Regionen, beispielsweise in Hamburg, Frankfurt und München, werden HIV-Test im Rahmen einer Autopsie routinemäßig durchgeführt, Hepatitis B jedoch nur in Hamburg. Die Obduktionsrate schwankt in den einzelnen Bundesländern zwischen 25% und 100% (BKA 2000a). Nach Angaben des Bundeskriminalamtes lag 2000 bei 68 der 2.030 Drogentodesfällen eine HIV-Infektion vor (BKA 2001). In Nordrhein-Westfalen, Berlin und Sachsen werden jedoch keine Daten zu HIV-Erkrankungen erhoben.

### **3.3.2 Hepatitis B und C**

Bundesweite Studien, die Aussagen über die Verbreitung von Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen machen können, liegen bisher noch nicht vor. Das neue Infektionsschutzgesetz sieht jedoch vor, dass künftig auch Informationen über die Übertragung von Hepatitis B und C von Ärzten und Labors an die Gesundheitsämter gemeldet werden müssen. Die Informationen sollen anschließend vom Robert-Koch-Institut

aggregiert und ausgewertet werden. Lokale Studien (qualifizierte Entzugsbehandlung, Haftanstalt, Substitution) zeigen sehr hohe Hepatitis B und C Prävalenz bei Opiatabhängigen in unterschiedlichen Settings. In München führten Backmund, Meyer & Zielonka (2001) von 1997 bis 1999 bei 492 stationär entwöhnten Opiat- oder mehrfachabhängigen Patienten Bluttest durch. Von 1997 bis 1999 ist der Anteil der Patienten mit Hepatitis B kontinuierlich gestiegen.

**Tabelle 32: Prävalenzdaten von Hepatitis B und C**

	1997 N = 181	1998 N = 171	1999 N = 140 <sup>1</sup>
%Anti-HBc	36%	45%	52%
%HBs-Antigen	2%	2%	2%
%Anti-HBs positiv	35%	42%	63%
%Anti-HCV positiv	62%	67%	66%
% HCV-RNA positiv	39%	45%	45%

Quelle: Backmund, Meyer & Zielonka (2001)

In einer Studie von Holbach, Frösner, Donnerbauer, Dittmeier & Holbach (1998) wurden 120 stationär behandelte, i.v. Drogen konsumierende Patienten, serologisch auf Hepatitismarker der Typen A, B und C untersucht. Bei 66% waren Antikörper gegen Hepatitis C verbreitet, bei 48% Hepatitis B und bei 28% Hepatitis A. Generell ist die Datenlage bezüglich Hepatitis-erkrankungen bei i.v. Drogenabhängigen weiterhin durch Einzelergebnisse gekennzeichnet. Eine umfassende Statistik fehlt.

### 3.4 Andere Krankheiten bei Drogenabhängigen

Der Gesundheitszustand von 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.

Thomasius untersuchte an 107 Konsumenten von Ecstasy im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (N=52) ohne Drogenkonsum bzw. ohne Konsum von Methamphetaminderivaten. Die Untersuchungsgruppe wurde auf Techno-Veranstaltungen und in Diskotheken gewonnen und unterliegt einer unklaren Selbstselektion. Es fanden sich bei mehr als einem Viertel der Fälle psychotische Störungen (Halluzinationen), in der Hälfte der Fälle mit multiplem Drogenkonsum verbunden waren. Dauerkonsumenten von Ecstasy sind davon deutlich stärker betroffen als Gelegenheitsgebraucher. Weitere Probleme: Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und mittelfristige Nachwirkungen des Konsums auf Affekt, Verhalten und Kognition. Neurologische Untersuchungen fanden Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Hirnaktivität.

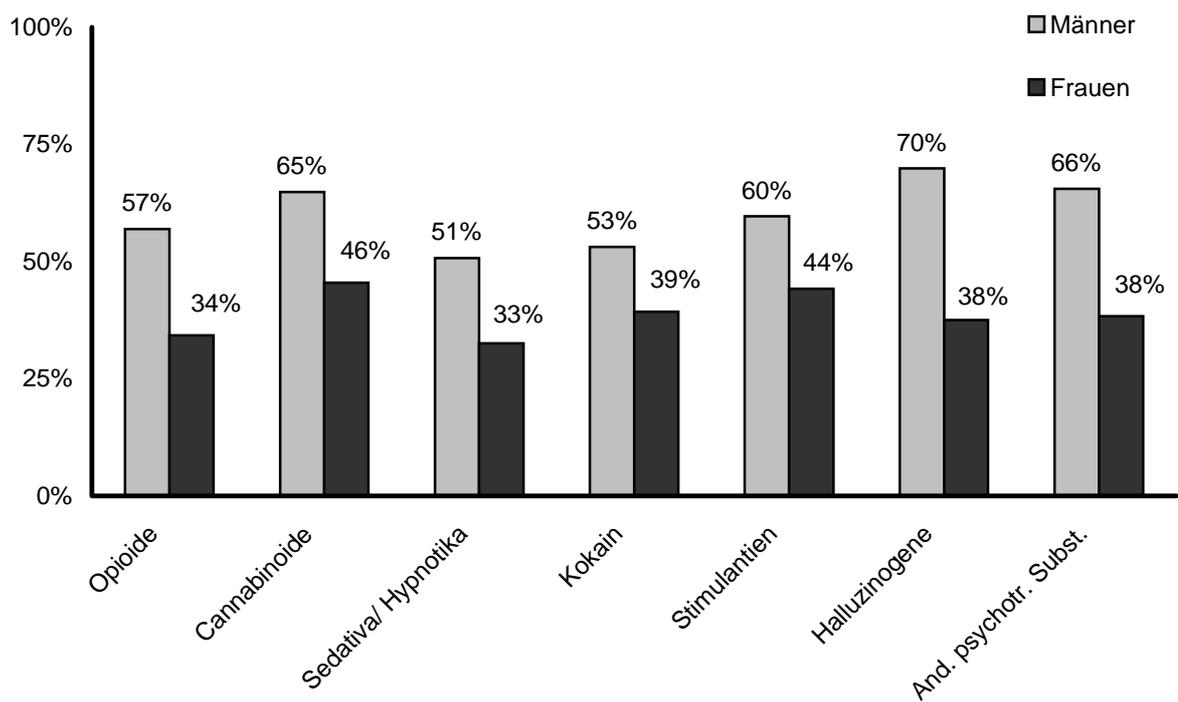
## 4 Soziale und rechtliche Konsequenzen

### 4.1 Soziale Probleme

Soziale Probleme wie schlechte Ausbildung, Arbeitslosigkeit oder Schulden gelten als Risikofaktoren bei der Ätiologie einer substanzinduzierten Störung. Vielfach sind sie jedoch auch die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung. Die Ergebnisse des Behandlungsdokumentationssystems EBIS-A (2000) lassen darauf schließen, dass ein großer Teil des im vergangenen Jahr behandelten Klientel sozial relativ gut integriert ist, allerdings gibt es eine beachtliche Gruppe, für die das nicht gilt.

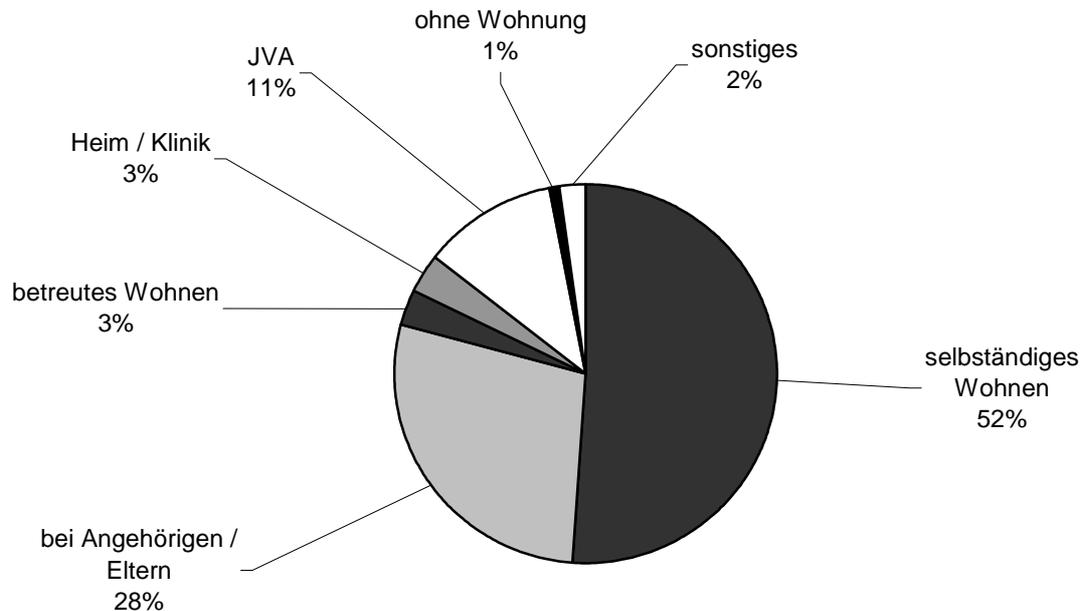
Mehr als die Hälfte der wegen illegalen Substanzen behandelten Klienten sind alleinstehend (54%), 34% leben in fester Partnerbeziehung, 12% zeitweilig in Beziehungen. Männer sind deutlich häufiger ohne Beziehung als Frauen (Abbildung 14). Da Partnerschaft als wichtiges Element für soziale Einbindung gilt, das zum Behandlungserfolg beiträgt, sind diese Zahl als kritisch einzuschätzen.

**Abbildung 14: Anteil der Klienten mit substanzinduzierter Störung ohne Partnerschaft**



Quelle: EBIS-A 2000 (Strobl et al.2001)

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten, die sich 2000 in ambulanter Beratung- oder Behandlung befanden (EBIS-A 2000), leben entweder selbständig in einer Wohnung bzw. mit ihren Eltern oder anderen Angehörigen zusammen (80%). 11% 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.

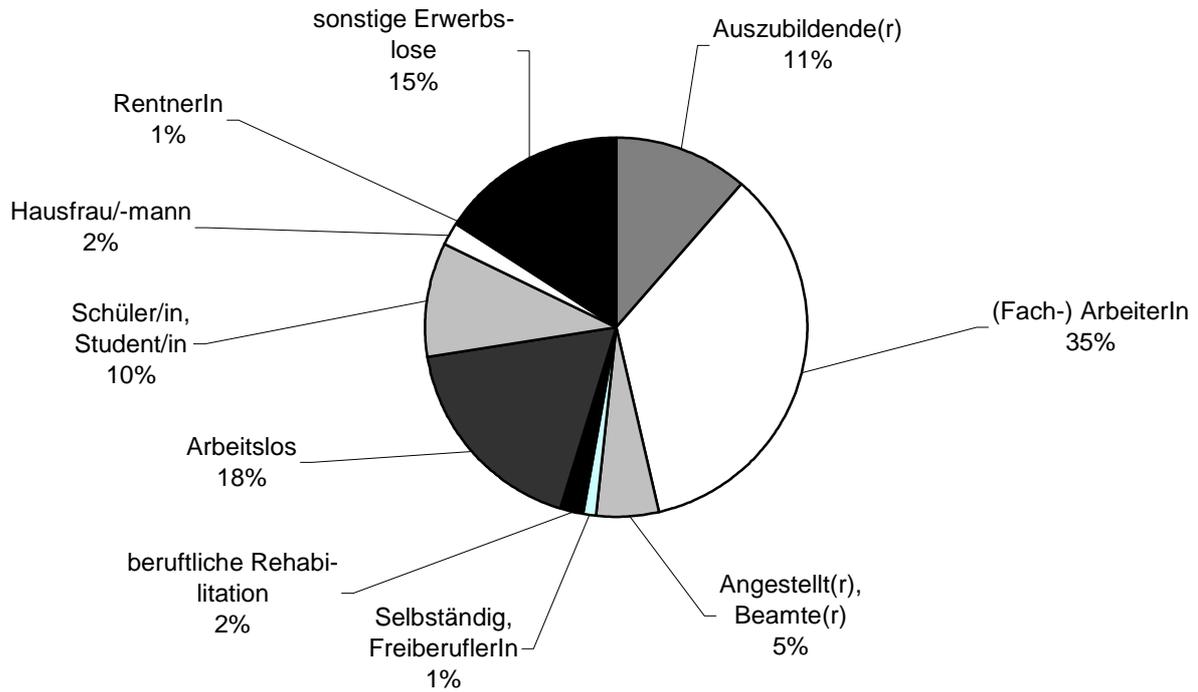
**Abbildung 15: Wohnungssituation von Klienten mit substanzinduzierter Störung**

Quelle: EBIS-A 2000 (Strobl et al.2001)

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit fällt auf, dass ein Drittel der Klienten arbeits- bzw. erwerbslos ist (33%), ca. 40% befinden sich in einem Beschäftigtenverhältnis, 22% sind in schulischer oder beruflicher Ausbildung (EBIS-A) (Abbildung 16).

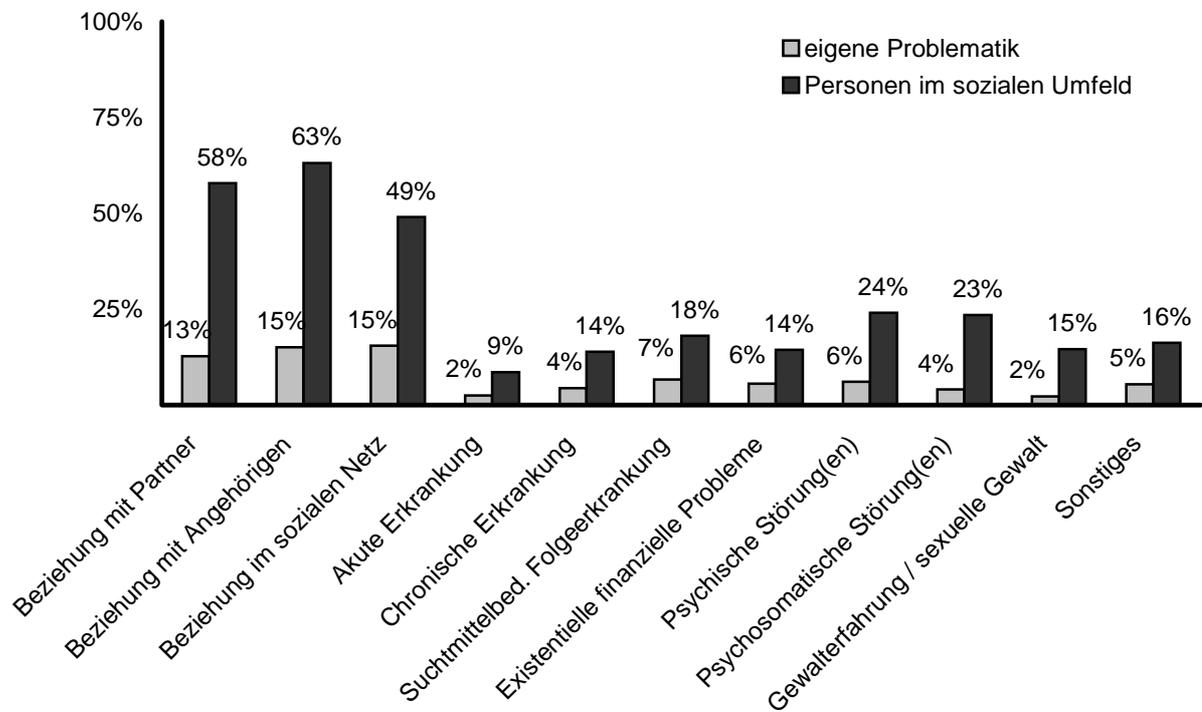
Wie stark das Suchtproblem das soziale Netzwerk beeinträchtigt, spiegelt sich auch in der Frage nach Problemfeldern im Leben von Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörigen wider. In EBIS werden ebenfalls Daten von Personen (Partnern, Eltern, Kindern, Geschwistern, Großeltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen) erfasst, die wegen des Suchtproblems ihres Angehörigen Beratung suchen. Probleme mit dem Partner (58%), Angehörigen (63%) oder generell Beziehungen im sozialen Netz (49%) werden von dieser Personengruppe häufig als Grund der Beratung genannt. Auch bei Personen mit eigener Suchtproblematik stehen diese interpersonellen Konflikte im Vordergrund, wenn auch nicht so deutlich (Beziehung mit Partner 13%, zu Angehörigen 15%, im sozialen Netz 15%). Zur Kenntnis genommen werden sollte, dass 15% aller Angehörigen von suchtkranken Menschen über problematische Gewalterfahrungen bzw. sexuelle Gewalt berichten, während dies nur 2% aller Personen mit eigener Suchtproblematik tun (Abbildung 17).

**Abbildung 16: Erwerbstätigkeit von ambulant behandelten Klienten**



Quelle: EBIS-A 2000 (Strobl et al.2001)

**Abbildung 17: Weitere Problemfelder von ambulant behandelten Klienten**



Quelle: EBIS-A 2000 (Strobl et al.2001)

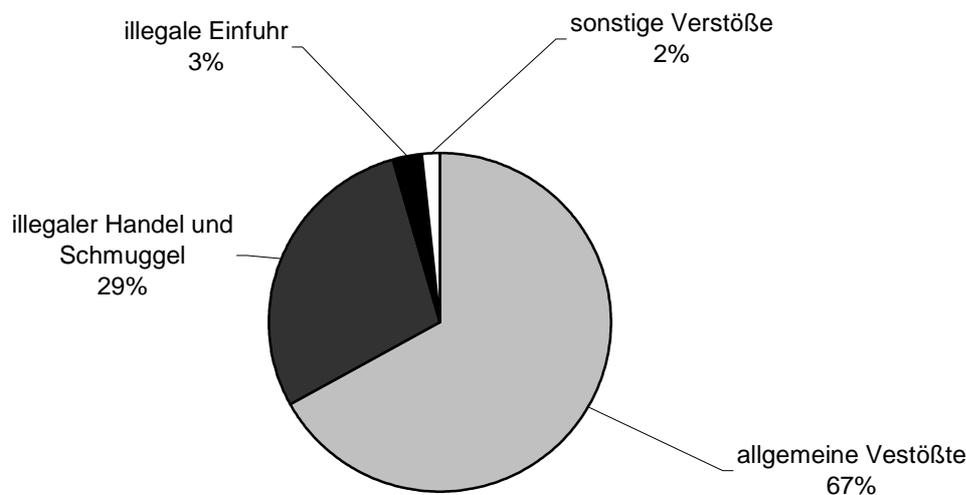
## 4.2 Polizeiliche und justizielle Probleme

Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität. Erstere werden durch vier unterschiedliche Deliktgruppen erfasst (Abbildung 18):

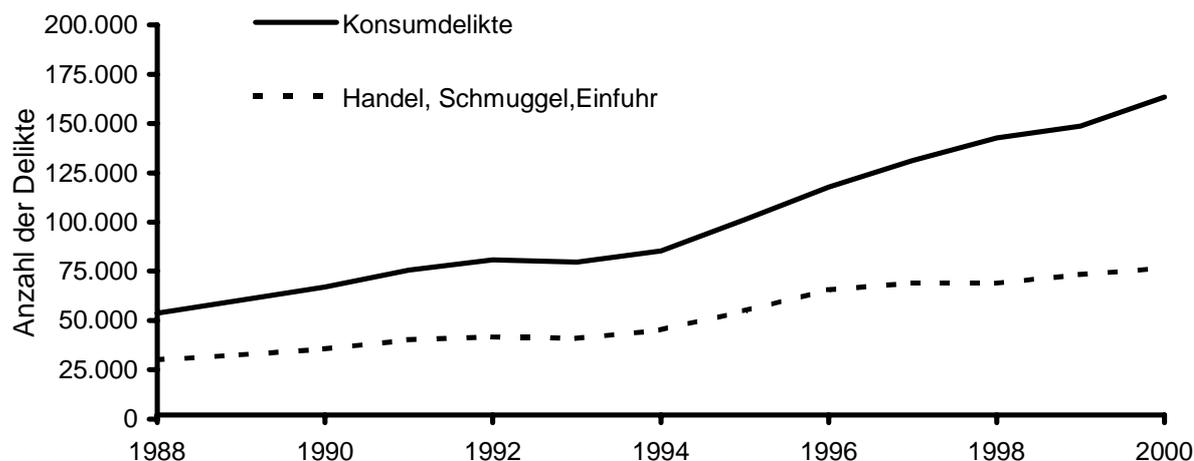
- Allgemeine Verstöße nach §29 BtMG (v.a. Besitz und Erwerb),
- illegaler Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften nach §29 BtMG,
- illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge nach § 30 BtMG
- sonstige Verstöße gegen das BtMG („Konsumdelikte“).

2000 wurden insgesamt 244.336 Rauschgiftdelikte registriert. Wie Abbildung 18 zeigt, stellen die 163.541 allgemeinen Verstöße (v.a. Konsumdelikte) mit 67% den größten Teil der Delikte dar. In 70.256 Fällen (29%) wurden Delikte wegen illegalem Handel und Schmuggel begangen. Illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringen Mengen lagen 2000 in 6.338 Fällen vor (3%), sonstige Verstöße gegen das BtMG in 4.201 Fällen (1,7%).

**Abbildung 18: Rauschgiftdelikte, Verteilung nach Deliktgruppen**



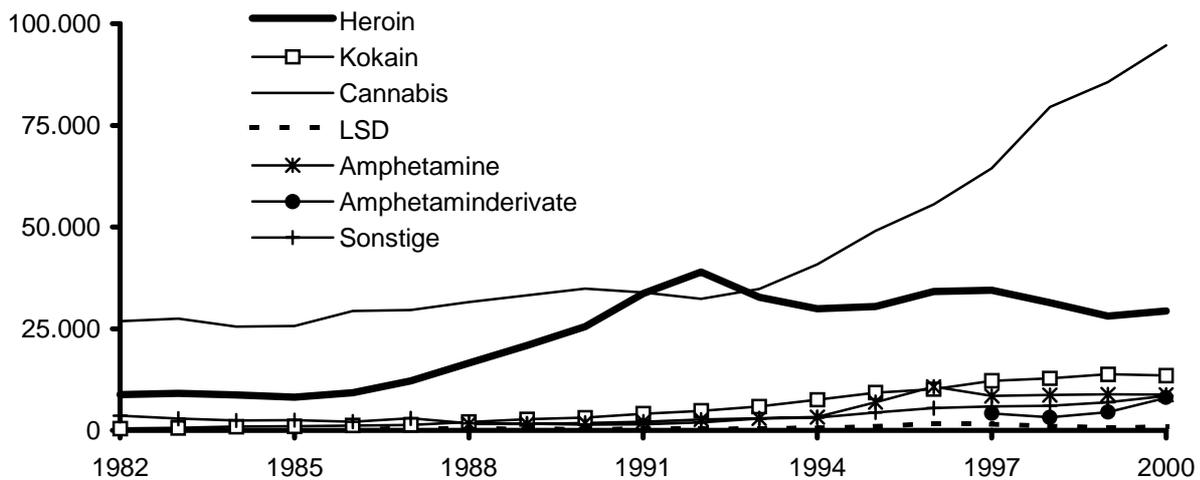
Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

**Abbildung 19: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Delikte seit 1988**

	1988	1991	1994	1995	1997	1998	1999	2000
Konsumdelikte	53.854	75.631	85.234	101.230	131.208	142.740	148.650	163.541
Handel, Schmuggel Einfuhr	30.035	40.286	45.088	54.889	69.093	68.994	73.271	76.594

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

Unter direkter Beschaffungskriminalität werden alle Straftaten zusammengefasst, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen wurden. Im Berichtsjahr wurden 2.581 Fälle der direkten Beschaffungskriminalität registriert, über die Hälfte hiervon waren Rezeptfälschungen (55,6%). Unter den Konsumdelikten spielen vor allem Cannabis und Heroin eine überragende Rolle). Die Bedeutung von Cannabis wird in dieser Statistik allerdings systematisch unterschätzt, da bei verschiedenen Erhebungsverfahren des Bundeskriminalamtes das sogenannte hierarchische Prinzip gilt: Um Fälle nicht mehrfach zu zählen wird nur die jeweils risikoreichste Droge zugeordnet. Cannabis, das in dieser Hierarchie an letzter Stelle liegt, wird demzufolge nur dann erfasst, wenn bei den Konsumdelikten keine andere Substanz wie Heroin, Kokain oder LSD beteiligt ist. Abbildung 20 zeigt, dass Konsumdelikte vor allem im Zusammenhang mit Cannabis (2000: 94.633; 1999: 85.668; 1998: 79.495) in den letzten Jahren erheblich angestiegen sind und in 2000 den Höchststand seit ihrer Erfassung erreicht haben. Kokainkonsumdelikte hatten in den Vorjahren ebenfalls zugenommen, im Berichtsjahr ist jedoch ein leichter Rückgang zu bemerken (2000: 13.488; 1999: 13.810; 1998: 12.835). Nahezu verdoppelt hat sich im letzten Jahr die Anzahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminderivaten (2000: 8.010; 1999: 4.497; 1998: 3.197). 16.766 Amphetamin- und Amphetaminderivat-Konsumdelikte liegen im Jahr 2000 vor, eine vergleichbare Größenordnung der Delikte wegen Kokainkonsum.

**Abbildung 20: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Konsumdelikte seit 1982**

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

Neben den Delikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken über die Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit Drogen polizeiauffällig wurden<sup>8</sup>. Auch diese Zahl hat sich seit Mitte der achtziger Jahre deutlich vergrößert. Die Entwicklung der einzelnen Rauschgiftarten verläuft jedoch derzeit unterschiedlich (Abbildung 21). Heroinerstauffällige stellen 2000 mit 7.914 Personen (30,4%) nach wie vor den größten prozentualen Anteil aller erstauffälligen Konsumenten harter Drogen dar (1999: 7.877; 1998: 8.659 Erstkonsumenten).

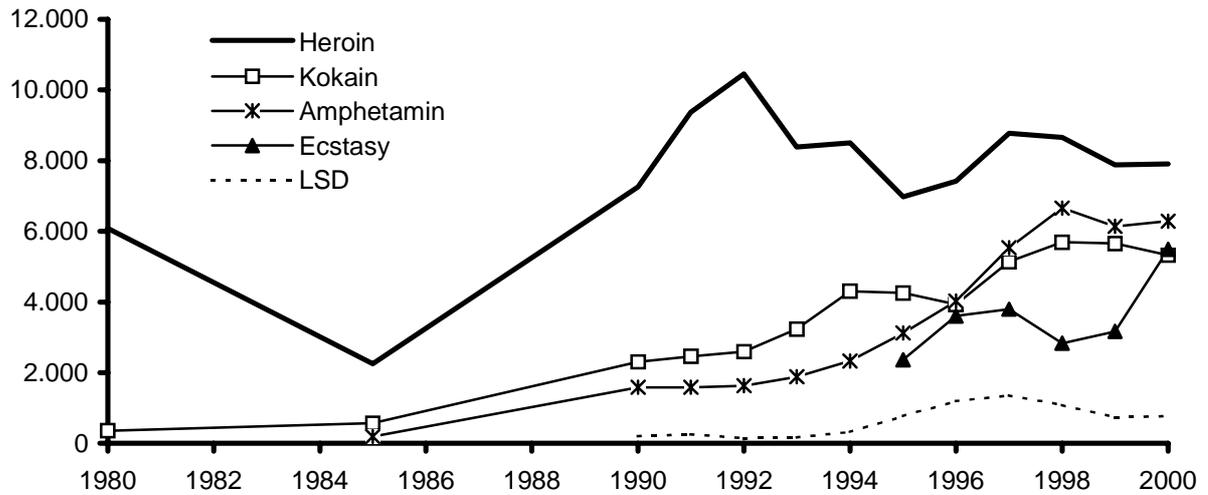
Bei Kokain (2000: 5.327; 1999: 5.662; 1998: 5.691 Erstkonsumenten) waren die Zahlen im vergangenen Jahr leicht rückläufig. Seit 1990 rasch angewachsen sind die jährlichen Fallzahlen von Ecstasy, LSD und Amphetaminen. Während bei Ecstasy im letzten Jahr erneut ein deutlicher Zuwachs zu beobachten war (2000: 5.495; 1999: 3.170; 1998: 2.830 Erstkonsumenten), nahm die Zahl der LSD-Erstkonsumenten (2000: 770; 1999: 738; 1998: 1.090 Erstkonsumenten;) und Amphetamin-Erstkonsumenten (2000: 6.288; 1999: 6.143; 1998: 6.654 Erstkonsumenten) nur geringfügig zu.

In den neuen Bundesländern ist mit 40% erneut ein deutlicher Zuwachs der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen zu erkennen.

Weitere Informationen über justizielle Probleme im Zusammenhang mit Drogen und Sucht liegen im Spezialkapitel 13 (Teil 4 dieses Berichtes) vor.

<sup>8</sup> Im Frühjahr 1997 änderte das BKA die Erfassungsvoraussetzungen: Personen, die konsumgeeignete Mengen bei sich führen, werden auch als Erstauffällige Konsumenten harter Drogen erfasst und nicht ausschließlich als Händler.

**Abbildung 21: Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit Drogen polizeiauffällig wurden**



Personen	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Heroin	6.091	2.254	7.252	8.501	6.970	7.421	8.771	8.659	7.877	7.914
Kokain	364	567	2.308	4.307	4.251	3.930	5.144	5.691	5.662	5.327
Amphetamine		194	1.586	2.333	3.119	4.026	5.535	6.654	6.143	6.288
Ecstasy					2.371	3.609	3.799	2.830	3.170	5.495
LSD			200	321	772	1.191	1.356	1.090	738	770

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

### 4.3 Soziale und ökonomische Kosten des Drogenkonsums

Bisher bestehen keine umfassenden Studien, die für Deutschland die sozialen und ökonomischen Kosten des Drogenkonsums zusammenstellen würden.

## 5 Drogenmarkt

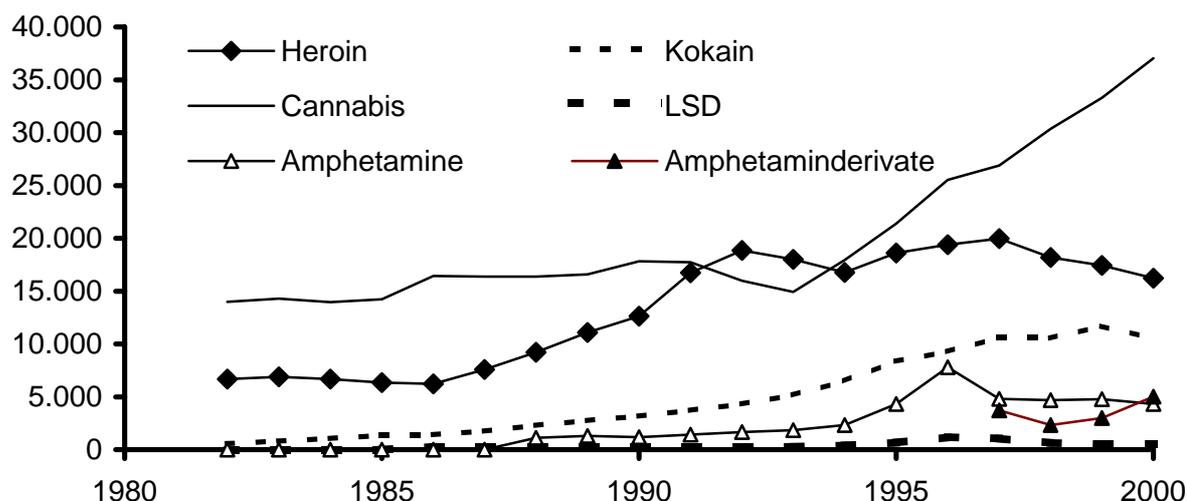
### 5.1 Verfügbarkeit und Beschaffbarkeit von Drogen

Im Jahr 2000 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. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaat ermittelt (Bundeskriminalamt 2000a). Südostasien (v.a. Afghanistan) stellte weiterhin die wichtigste Herkunftsquelle für Heroin dar, die Türkei und die Balkonroute war dabei wichtiger Zufahrtsweg. Daneben wird der Weg über die über die zentralasiatischen Staaten (Usbekistan, Turkmenistan, Tadschikistan, Kirgisistan und Kasachstan) in Richtung Europa zunehmend wichtig. Kleinmengen kommen aus den Niederlanden nach Deutschland. Kokain wird größtenteils direkt aus Kolumbien oder über die Niederlande geschmuggelt. Deutschland diente in vielen Fällen nicht nur als Ziel- sondern auch als Transitstaat, 2000 waren 42% der gesamten Sicherstellungsmenge nicht für den Verbleib in Deutschland bestimmt, sondern sollten nach Spanien, Italien, die Niederlande, die Schweiz sowie afrikanische Staaten weitergeleitet werden. Bei synthetischen Drogen (Amphetamin, Amphetaminderivate und LSD) und Cannabisprodukten waren die Niederlande Hauptherkunftsland. Mehr als 80% der Sicherstellungen mit bekannter Herkunft stammten von dort. Relativ kleine, aber deutlich steigende Mengen von Methamphetamin („Crystal“) gelangen aus der Tschechischen Republik insbesondere in die Bundesländer Bayern und Sachsen.

### 5.2 Sicherstellungen von Betäubungsmitteln

In Deutschland wurden 2000 rund 76.600 Delikte im Zusammenhang mit illegalem Handel und Schmuggel sowie Einfuhr nicht geringer Mengen von illegalen Betäubungsmitteln registriert. Am häufigsten wurden dabei erneut Delikte im Zusammenhang mit Cannabis (2000: 37.030; 1999: 33.305; 1998: 30.368) festgestellt. Heroin (2000:16216 ;1999: 17.421, 1998: 18.192), Kokain (2000:10.488; 1999: 11.689, 1998: 10.556), Amphetamine bzw. Amphetaminderivate (2000: 9352; 1999: 7.770; 1998: 7.008), LSD (2000:479; 1999: 526; 1998: 632) sowie sonstige Substanzen (2000: 3030; 1999: 2.560; 1998: 2.238) machen den Rest der einschlägigen Delikte aus (Abb. 22).

Von Mitte der achtziger Jahre bis 1992 haben sich bei Heroin die Deliktzahlen mehr als verdreifacht, gehen aber seit 1997 langsam zurück. Bei Cannabisdelikten ist insbesondere seit 1995 ein kontinuierlich steigender Trend zu beobachten, der sich auch im Berichtsjahr fortgesetzt hat. Die entsprechenden Zahlen für Kokain haben sich seit den achtziger Jahren versechsfacht. Sie sind im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben. Delikte, die den Handel, Schmuggel oder die Einfuhr nicht geringer Mengen von Amphetaminderivaten betreffen, sind im Berichtsjahr wieder angestiegen. Delikte im Zusammenhang mit Amphetamin und LSD sind in diesem Jahr zurückgegangen.

**Abbildung 22: Handel, Schmuggel und Einfuhr nicht geringer Mengen (Fallzahlen)**

2000 ist die Gesamtmenge der sichergestellten harten Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamin, Ecstasy und LSD) im Vergleich zum Vorjahr etwa gleichgeblieben. Bei Amphetaminderivaten und LSD finden sich Zunahmen, bei den übrigen Substanzen Abnahmen. Die Beschlagnahmungsmengen von Cannabis schwanken stark. Während sich im Vergleich zu 1999 die Menge des beschlagnahmten Marihuanas von 15.022 kg auf 5.871 kg stark verringert hat, wurde mit 8.525 kg gegenüber 4.885 kg fast doppelt soviel Cannabisharz wie im Vorjahr beschlagnahmt.

**Tabelle 33: Beschlagnahmungen (Menge) 1991 - 2000**

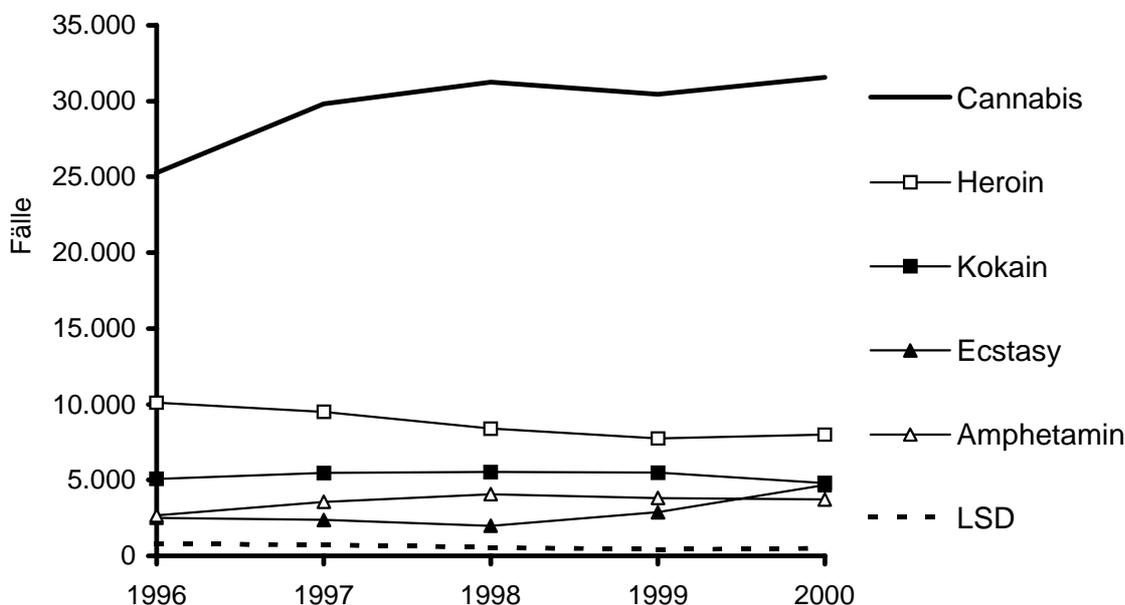
	Heroin (kg)	Kokain (kg)	Cannabis (Harz + Kraut) (kg)	LSD (Trips)	Ampheta- mine (kg)	Ecstasy (Konsum- einheiten zu 0,3g)
1991	1.595	964	12.344	13.887	88	
1992	1.438	1.332	12.166	29.571	105	
1993	1.095	1.051	11.353	23.442	117	77.922
1994	1.590	767	25.693	29.627	120	239.051
1995	933	1.846	14.245	71.069	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

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000(BKA 2001a)

Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle hat sich im letzten Jahr kaum verändert. Rund 65% aller Rauschgiftsicherstellungsfälle waren Cannabisprodukte- bzw. pflanzen. Die Fallzahlen im Zusammenhang mit Cannabisprodukten waren in den letzten Jahren relativ stabil (2000: 31.564; 1999: 30.433; 1998: 31241). Abbildung 23 zeigt - mit gewissen Schwankungen - eine ähnliche Situation auch bei Heroin (2000: 8.014; 1999: 7.748; 1998: 8.387), Amphetaminen (2000: 3.726; 1999: 3.811; 1998: 4079) und LSD (2000: 510; 1999: 434; 1998: 561). Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain ist leicht zurück gegangen (2000: 4.814; 1999: 5.491; 1998: 5.532). Eine Zunahme um mehr als 60% gegenüber 1999 findet sich allerdings für Ecstasy (2000: 4.681; 1999: 2.883; 1998: 1.986).

Die Angebotssituation illegaler Drogen kommt auch in den Trends zur Beschaffbarkeit von Drogen zum Ausdruck. Die Repräsentativerhebung erhebt seit 1990, ob sich die Befragten in der Lage sehen, innerhalb von 24 Stunden bestimmte Drogen leicht zu beschaffen. Bei den Personen ohne Drogenerfahrung zeigt sich im Vergleich zu 1990 ein deutlicher Anstieg der Beschaffbarkeit für alle Drogen, wobei die Zahlen im Westen nach einem Höchstwert in der Erhebung 1997 im Jahr 2000 wieder auf den Wert von 1995 zurückgefallen sind. In den alten Ländern können nach ihrer Einschätzung 21,5% Cannabis, 10,0% Kokain and 6,7% Heroin leicht beschaffen. Die entsprechenden Zahlen für die neuen Bundesländer liegen bei 13,5%, 8,2% und 5,8%. Allerdings ist von 1997 nach 2000 der Anteil der Drogenerfahrenen unter den Befragten der Vergleichsgruppe von 14,2% auf 20,2% gewachsen. Diese Gruppe wurde in dem genannten Wert nicht berücksichtigt (Kraus & Augustin 2001).

**Abbildung 23: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland**



Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000(BKA 2001a)

### 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 Kosten 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 2000 vor.

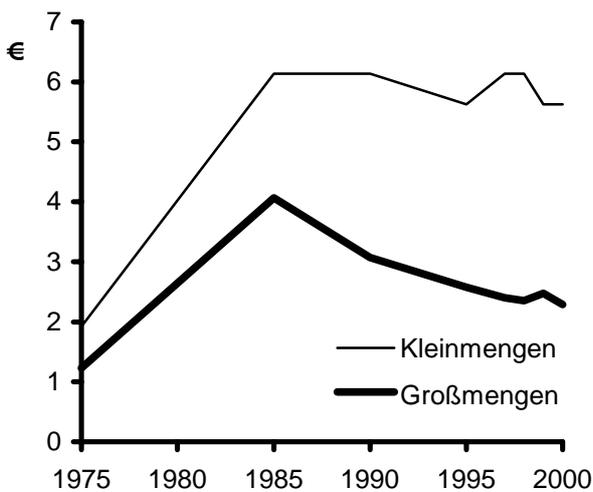
Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt seit einiger Zeit die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalte dienten 2000 17.891 Datensätze, die aus Drogenbeschlagnahmungen resultieren. Unter anderem wegen der besseren Vergleichbarkeit 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 Kapitel basieren auf dem Rauschgiftjahresbericht 2000 des BKA (BKA 2000c) bzw. Mitteilungen der Zollverwaltung.

### 5.3.1 Cannabis

Der Preis, der 1984 bei einem Höchststand von 9,20 Euro) pro Gramm lag, betrug im Jahr 2000 im Straßenhandel in den einzelnen Bundesländern im Mittel bei 5,60€ (1999: 5,60 €). Von 3.944 quantifizierten Proben von Cannabisharz wiesen 61 % einen Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) von 5 bis 10 % auf. 17 % der untersuchten Proben wiesen einen Gehalt von mehr als 12% auf, der höchste festgestellte Wert lag bei 34 %. Es stehen offensichtlich zwei Typen von Haschisch auf dem Markt zur Verfügung, die sich in ihrer Potenz deutlich unterscheiden. Im Vergleich über die letzten 4 Jahre zeigt sich eine deutliche Zunahme der Probleme mit hohem Gehalt. Allerdings ist der Anteil dieser Proben gegenüber dem Vorjahr 2000 nur wenig verändert.

Bei Marihuana wies mehr als die Hälfte der 2.931 gemeldeten Proben einen THC-Gehalt bis 6 % auf. 8 % der Pflanzenproben hatten einen Wirkstoffgehalt über 14 %. Der höchste Wirkstoffgehalt für Cannabiskraut wurde mit 30 % ermittelt.

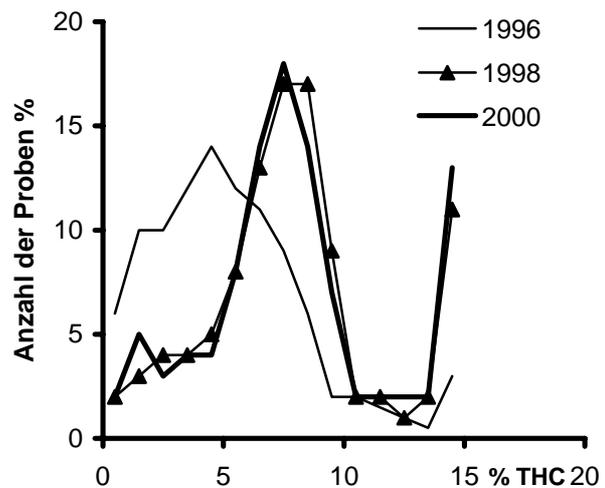
**Abbildung 24: Preise pro Gramm Haschisch für Klein- und Großmengen**



€	1975	1985	1990	1995	1999	2000
Klein	1,90	6,10	6,10	5,60	5,60	5,60
Groß	1,20	4,10	3,10	2,60	2,50	2,30

Quelle: BKA 2001

**Abbildung 25: 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	7,5%	13%	43%	20%	16,5
2000	10%	16%	46%	11%	17%

Quelle: BKA 2001

### 5.3.2 Amphetamin

Von 1.168 untersuchten Zubereitungen hatten 86 % (1999: 89%) einen Amphetamin-Gehalt von weniger als 10 %. Die restlichen Proben verteilten sich relativ gleichmäßig auf die Qualitätsstufen von 10 bis 90 %. Als Zusatzstoff dominiert Coffein (89 %). Bei den Verschnittstoffen wurde am häufigsten Lactose (69 %) festgestellt. Daneben wurden u.a. folgende Stoffe gemeldet: Glucose, Mannit, Saccharose, Talkum und Kreatin.

### 5.3.3 Amphetaminderivate

Für insgesamt 935.186 Tabletten und Kapseln liegt der Wirkstoffgehalt vor. 93 % enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate), die übrigen zwei und drei Suchtstoffe. Von den Monopräparaten enthielten 98,4 % MDMA, 1,2 % Amphetamin und die verbleibenden 0,4 % Methamphetamin, MDE, DOB, 2C-T-7 und MDA.

Für die einzelnen Stoffe sind die Wirkstoffmengen in der nachfolgenden Übersicht aufgeführt

**Tabelle 34: Wirkstoffe in beschlagnahmten Amphetaminen**

Wirkstoff	Menge (in mg pro KE)*	mittlerer Gehalt (mg pro KE)*
MDMA	1 - 316	64
Amphetamin	0,4 - 266	34
Methamphetamin	---	29
MDE	1 - 86	40
DOB	0,4 - 2	1
2C-t-7 <sup>9</sup>	---	20
MDA	22 - 34	28

\* berechnet als Base

MDMA wurde in Kombinationen mit MDE, MDA, Methamphetamin und Amphetamin gefunden. Weitere festgestellte Kombinationen waren MDA/Amphetamin und MDMA/MDA /Amphetamin. Sowohl in den Mono- als auch in den Kombinationspräparaten wurde als Beimengung am häufigsten Lactose nachgewiesen.

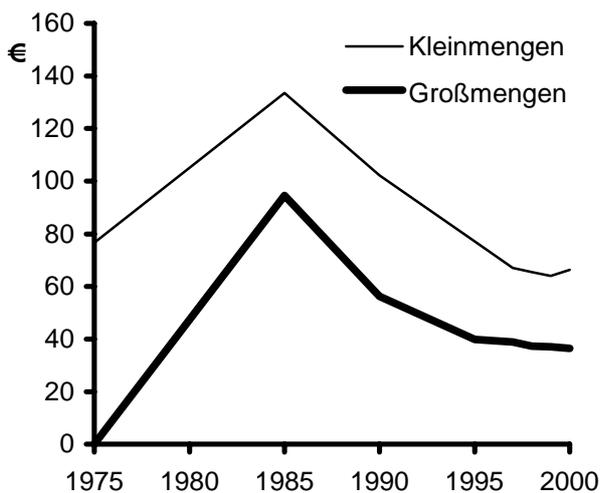
<sup>9</sup> Es wurde nur ein quantitativer Wert gemeldet.

### 5.3.4 Kokain

Auch für Kokain haben sich die Preise von 1985 bis 1995 deutlich verringert. Seitdem sind sie in etwa stabil geblieben. Pro Gramm wurden im Jahr 1999 durchschnittlich etwa 64 Euro gezahlt, im Jahr 2000 lag dieser Betrag im Straßenhandel im Mittel bei 66 €. Die Preise für Mengen über ein Kilo, die in der Regel bei Händlern beschlagnahmt werden, liegen mit 37 € etwa halb so hoch.

63 % (1999: 62%) der 2.055 untersuchten Proben wiesen einen Kokain-Gehalt zwischen 20 und 70 % auf. Fast ein Fünftel der untersuchten Zubereitungen enthielt mehr als 70 % des Wirkstoffes. Bei den „Verschnittstoffen“ der 2.055 ausgewerteten Proben dominierten Lactose (66 %) und Mannit (34 %). Von den Zusätzen waren Lidocain (32 %), Coffein (12 %), Procain (2,5 %) und Phenacetin (1,8 %) am häufigsten enthalten.

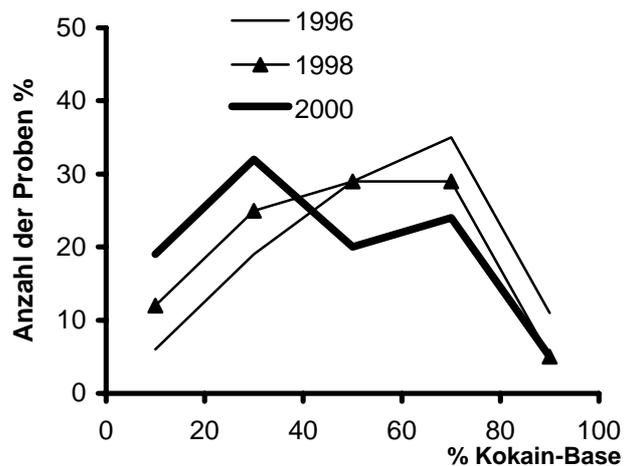
**Abbildung 26: Preise pro Gramm Kokain für Klein- und Großmengen**



€	1975	1985	1990	1995	1999	2000
Klein	77	133	102	77	64	66
Gross	0	95	56	40	37	37

Quelle: BKA 2001

**Abbildung 27: Kokain-Base Gehalt von Kokain**



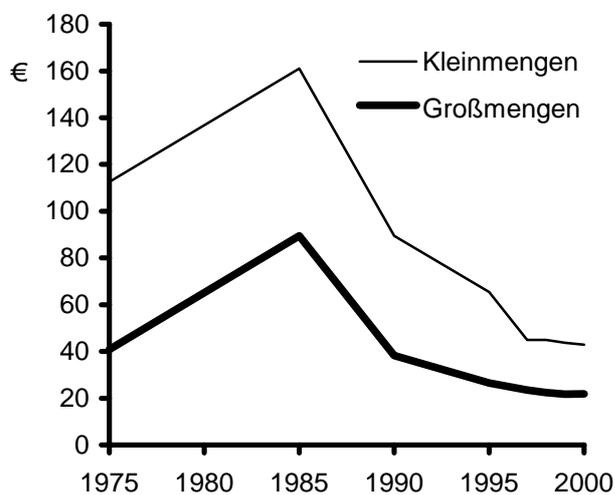
% der Proben	<20%	20-40%	40-60%	60-80%	>80%
1997	5%	20%	28%	31%	16%
1998	12%	25%	29%	29%	5%
1999	5,8%	18%	24%	46%	6,2%
2000	19%	32%	20%	24%	5%

Quelle: BKA 2001

### 5.3.5 Heroin

Der Heroinpreis war seit 1975 relativ starken Schwankungen unterworfen. Nach einem Durchschnittspreis von rund 160 Euro) pro Gramm (1985) bei Mengen unter einem Kilogramm hat sich der Preis bis Mitte der achtziger Jahre deutlich erhöht. Dies ging mit einer Periode stabiler oder sogar sinkender Zahlen von Drogenabhängigen einher. Der rasche Rückgang der Heroinpreise danach bis 1990, der zu Grammpreisen bis unter 77 Euro) geführt hat, vollzog sich zeitgleich mit einem sehr starken Anstieg der Konsumentenzahlen und der Drogentoten. Der weitere - etwas verlangsamte - Rückgang der Preise von 1990 bis 1999 (43,70 Euro) steht allerdings eher stabilen bis rückläufigen Konsumentenzahlen gegenüber. Im Jahr 2000 lag der Preis im Straßenhandel im Mittel bei etwa 43 €. Der mittlere Gehalt an Diacetylmorphin gibt die Reinheit der Heroinproben und den Wirkstoffgehalt der Substanz auf dem Markt wider. Von 4.975 untersuchten Proben wiesen 63 % einen Gehalt an Diacetylmorphin von weniger als 20 % auf. 37 % der Heroinzubereitungen hatten einen Reinheitsgehalt zwischen 20 und 90 %. Im Vergleich über die letzten 4 Jahre hat sich er Anteil der potenteren Proben erhöht. Allerdings ist der mittlere Wirkstoffgehalt von 1999 nach 2000 nach Aussage des BKA rückläufig. Unter den Zusätzen wurde Coffein (98 %) und Paracetamol (98 %), bei den Streckmitteln Glycerin (5 %) und Lactose (3 %) am häufigsten gefunden.

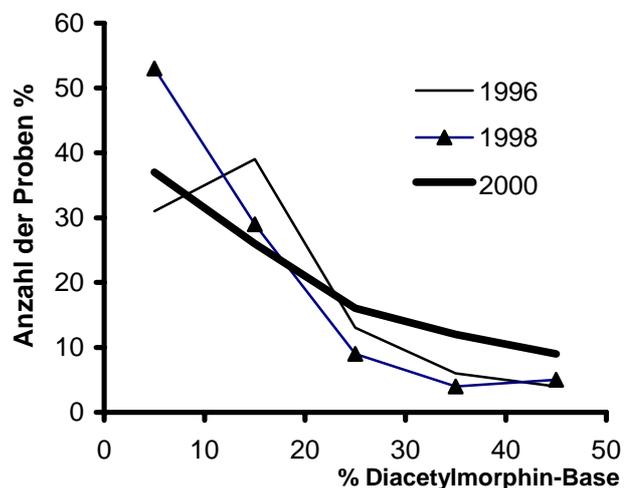
**Abbildung 28: Preise pro Gramm Heroin für Klein- und Großmengen**



€	1975	1985	1990	1995	1999	2000
Klein	112	161	90	65	44	43
Groß	41	89	38	27	22	22

Quelle: BKA (2001)

**Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung des Diacetylmorphingehaltes in Heroinproben**



% der Proben	>10%	10-20%	20-30%	30-40%	>40%
1997	51%	34%	8%	3%	4%
1998	53%	29%	9%	4%	5%
1999	49%	27%	11%	7%	6%
2000	37%	26%	16%	12%	9%

Quelle: BKA (2001)

## 6 Trends

### 6.1 Cannabis

Cannabis ist derzeit die am häufigsten von Erwachsenen und Jugendlichen konsumierte illegale Droge. Dies zeigen zwei aktuell durchgeführte Bevölkerungsumfragen, die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ (Kraus & Augustin 2001) und die Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ (BZgA 2001b). In den letzten 12 Monaten haben 6,2% der 18- bis 59-jährigen Erwachsenen im Westen bzw. 4,9% im Osten Deutschlands Cannabis konsumiert (Kraus & Augustin 2001). Bei Jugendlichen und in der Gruppe der jungen Erwachsenen sind Prävalenzen größer: 10% der 12- bis 18-Jährigen konsumierten in den 12 Monaten vor der Befragung Cannabis (BZgA 2001b), von den 21- bis 24-Jährigen taten dies im Westen 19,7% und im Osten 11,6%. Cannabis ist eine Droge, die nicht nur häufig gebraucht wird, sondern die auch nach Opiaten am häufigsten der Anlass für eine ambulante Beratung oder Behandlung ist (EBIS-A 2000, Strobl et al.2001) Im Jahr 2000 war Cannabiskonsum bei 24,3% der ambulant Behandelten der wichtigste Anlass der Betreuung oder Behandlung (EBIS-A 2000, Strobl et al.2001). Im stationären Behandlungsbereich ist der Anteil der hauptsächlich wegen Problemen mit Cannabis Behandelten mit 5,9% deutlich geringer (EBIS-S, Strobl et al.2001b). Auch im Bereich der Strafverfolgung spielt Cannabis eine große Rolle: Über die Hälfte aller Rauschgiftdelikte werden im Zusammenhang mit Cannabis begangen (2000: 55%). Bei Betrachtung der vorwiegenden Art der Verstöße lässt sich feststellen, dass sogenannte Konsumdelikte rund 67% aller einschlägigen Rauschgiftdelikte ausmachen (BKA 2001).

### 6.2 Synthetische Drogen (Amphetamine, 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 Amphetamine konsumiert, in den letzten 12 Monaten 1,1% bzw. 0,8% (Kraus & Augustin 2001). Die Anzahl der Amphetamin- und Amphetaminsderivat-Sicherstellungsfälle ist im letzten Jahr deutlich angestiegen (2000: 9.352; 1999: 7.770; 1998: 7008) (BKA 2001). Ebenfalls leicht angestiegen ist die Anzahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen (2000: 6.288; 1999: 6.143; 1998: 6.654) (BKA 2001). Die Menge des beschlagnahmten Amphetamins/Methamphetamins ist im letzten Jahr jedoch zurückgegangen (2000: 271,2 kg; 1999: 360 kg) (BKA 2001).

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 2001b; Kraus & Augustin 2001). In der erwachsenen Allgemeinbevölkerung wird Ecstasy am häufigsten von 21- bis 24-Jährigen konsumiert (Lebenszeitprävalenz: 5,5%; 12-Monats-Prävalenz 3,5%) (Kraus & Augustin 2001). 2% der 12- bis 18-Jährigen Jugendlichen haben in ihrem bisherigen Leben Erfahrungen mit Ecstasy gesammelt, in den letzten 12 Monaten

war dies 1% der Jugendlichen (BZgA 2001b). Die Fallzahlen im polizeilichen Bereich weisen nach einem Rückgang im Vorjahr einen sprunghaften Anstieg für Ecstasy auf: Die Anzahl der Sicherstellungen ist im letzten Jahr deutlich angestiegen (2000: 4.681; 1999: 2.883; 1998: 1.986), wie auch die Zahl der Ecstasykonsumenten, die wegen ihres Drogenkonsums erstmals polizeilich auffällig wurde (2000: 5.495; 1999: 3.710; 1998: 2.830) (BKA 2001). 6,9% aller Klienten, die sich im Jahr 2000 in ambulante Beratung oder Behandlung begeben haben, taten dies in erster Linie wegen Ecstasy und ähnlichen Substanzen (EBIS-A 2000, Strobl et al.2001). „Stimulantien“ wurde im Berichtsjahr als dritthäufigste Hauptdiagnose bei den illegalen Substanzen vergeben.

Psylocibinhaltige Pilze und LSD sind die in Deutschland am häufigsten konsumierten halluzinogenen Drogen (Kraus & Augustin 2001). Andere Substanzen, wie z.B. Mescaline, fallen zahlenmäßig kaum ins Gewicht. Während LSD in den 70er Jahren als „Kultdroge“ galt, spielt es heute zahlenmäßig nur noch eine geringe Rolle. 0,3% der 18- bis 39-Jährigen gaben an, in den letzten 12 Monaten LSD konsumiert zu haben (Kraus & Augustin 2001). Die polizeilichen Sicherstellungsfälle von LSD sind jedoch 2000 seit Jahren erstmals wieder angestiegen (2000: 510; 1999: 434; 1998: 561; 1997: 727; 1996: 822) (BKA 2001).

### 6.3 Heroin/Opiate

Heroin und andere Opiate, wie Methadon, Codein, Opium und Morphin werden in den allgemeinen Bevölkerung nur in geringem Ausmaß konsumiert. Etwa 0,5% der 18- bis 39-Jährigen Bevölkerung im Westen und 0,7% im Osten haben jemals im Laufe ihres Lebens Erfahrung mit Heroin gemacht (Kraus & Augustin 2001). Die Werte bezüglich des aktuellen Konsums sind deutlich kleiner: 0,2% im Westen und 0,3% im Osten. Methadon wurde von im Lebenszeitraum von 0,2%, in den letzten 12 Monaten von 0,1% aller 18- bis 39-jährigen konsumiert. 1,0% aller West- und Ostdeutschen dieser Altersgruppe haben in ihrem Leben andere Opiate wie Codein, Opium oder Morphin zu sich genommen Die statistischen Angaben aus den Bevölkerungsumfragen dürfen aufgrund der schweren Erreichbarkeit dieser Konsumentengruppe jedoch nur als grobe Anhaltspunkte verstanden werden. Obwohl der Konsum von Opiaten in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung sehr wenig verbreitet ist, sind sie nach wie vor die Hauptursache für Behandlung. 55,4% aller Hauptdiagnosen wurden im Jahr 2000 für diese Substanzgruppe gestellt. Riskante Konsumformen sind unter den Opiatkonsumenten stark verbreitet. Fast 70% der behandelten Heroinkonsumenten injiziert die Droge (EBIS-A 2000, Strobl et al.2001). Bei den 2000 polizeilich registrierten Todesfällen stellt in ca. 26% der Nennungen Überdosierung mit Heroin und in weiteren ca. 21% der Fälle Heroin in Verbindung mit anderen Drogen die Todesursache dar (BKA 2001). Die Zahl der polizeilichen Sicherstellungen von Heroin war in Deutschland in den vergangenen Jahren rückläufig ist jedoch aktuell wieder angestiegen (Fälle 2000: 8.014; 1999: 7.748; 1998: 8.387). Heroinkonsumenten stellten 2000 mit 7.914 Personen allerdings nach wie vor den größten prozentualen Anteil aller Konsumenten harter Drogen dar, die der Polizei oder dem Zoll erstmalig in Verbindung mit dem Missbrauch harter Drogen bekannt wurden (33,4%).

## 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). Die Anzahl der Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert haben, ist von 1997 (2,2%) nach 2000 (3,6%) deutlich angestiegen (Altersgruppe 18-39) (Kraus & Augustin 2001). In den neuen Bundesländern liegen Konsumerfahrungen mit Kokain noch etwas seltener vor (West: 2,4%; Ost: 1,6%; Altersgruppe 18-59). 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% (EBIS-A 2000, Strobl et al.2001), in der stationären Suchtbehandlung bei 4% (EBIS-S 2000, Strobl et al.2001). Kokain wird von Klienten auch häufig 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 ist 2000 im Vergleich zu Vorjahr ein rückläufiger Trend zu beobachten (2000: 4.814; 1999: 5.491; 1998: 5.532). Auch die Anzahl der Erstauffälligen Konsumenten von Kokain nahm leicht ab (2000: 5.327; 1999: 5.491; 1998: 5.691).

## 6.5 Mehrfachgebrauch (einschließlich Alkohol, Arzneimittel, Schnüffelstoffe)

In einem Spezialkapitel dieses Berichtes (Teil 4) wird ausführlich auf die Problematik des Mehrfachgebrauches verschiedener Substanzen eingegangen.

## 7 Schlussfolgerungen

### 7.1 Konsistenz zwischen den Indikatoren

Die meisten Indikatoren weisen seit vielen Jahren in die gleiche Richtung. Insbesondere die erstmalig polizeiauffälligen Personen und Daten aus dem Behandlungsbereich zeigen sehr ähnliche Trends. Die stärkere Zunahme der Opiatklienten im Bereich Behandlung verglichen mit den Polizeidaten in den letzten 2 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 Probierebereitschaft als auch die Prävalenzen des Heroinkonsums.
- Der erkennbare Anstieg des oralen Heroinkonsums gegenüber dem Injizieren könnte durch den niedrigen Preis erklärt sein.

### 7.2 Implikationen für Politik und Intervention

Insbesondere die Zunahme des Ecstasy Konsums hat erhebliche öffentliche Debatten und Sorgen ausgelöst. Spezielle präventive Projekte wurden für die Besucher von Rave-Parties und Techno-Musikfans gestartet. Die Daten, die zur Zeit gesammelt werden, können dazu beitragen, mehr Einblick in den Umfang des Problems und spezielle Konsummotive zu erhalten sowie mögliche Optionen zur Verfeinerung präventiver Aktivitäten zu gewinnen. Methadonsubstitution, die sehr intensiv diskutiert wurde, bevor sie in Deutschland eingeführt wurde, ist inzwischen ein normaler Bestandteil des gesamten Behandlungsspektrums geworden. Im Rahmen der geplanten Heroinstudien werden auch die Effekte auf den Drogenmarkt und die regionale Kriminalitätsbelastung untersucht.

### 7.3 Methodische Einschränkungen und Datenqualität

Während die Zahlen zum Konsum „weicher“ Drogen in der Normalbevölkerung relativ valide und statistisch verlässlich auch für Teilgruppen 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.



## **Teil III    MASSNAHMEN ZUR REDUZIERUNG DER NACHFRAGE**

### **8   Strategien der Nachfragereduzierung auf nationaler Ebene**

#### **8.1   Die wichtigsten Strategien und Aktivitäten**

##### **8.1.1   Strategien und Aktivitäten auf der Ebene des Bundes**

Der Themenbereich „Nachfragereduzierung“ fällt in die Zuständigkeit verschiedener Politik- und Verwaltungsbereiche. Auf der Ebene des Bundes befassen sich hiermit primär das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die in ihrem Geschäftsbereich wirkende Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie ergreifen Initiativen in diesem Feld und koordinieren präventionsbezogene Aktivitäten in Deutschland. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium des Inneren (BMI) und das Bundesjustizministerium (BMJ) gestalten im Einvernehmen mit den Bundesländern gesetzliche Rahmenbedingungen, die auch für die Prävention bedeutsam sind. Das dem Innenministerium nachgeordnete Bundeskriminalamt (BKA) führt neben repressiven Maßnahmen gegen Rauschgiftdelikte auch Aufklärungsmaßnahmen und Präventionsprojekte durch. Ein Fachbereich „Kriminalprävention und Öffentlichkeitsarbeit“ wurde geschaffen, um die Präventionsaktivitäten der Polizeien der Länder verstärkt unterstützen zu können, wobei die Auffassungen über Schwerpunkte polizeilicher Prävention in den einzelnen Ländern stark differieren.

##### **8.1.2   Strategien und Aktivitäten auf Ebene der Länder und Kommunen**

Entscheidende Impulse erhalten Maßnahmen und Aktivitäten zur Nachfragereduzierung auch durch die Bundesländer. Eine wichtige Rolle spielen die Drogenbeauftragten und die Präventionsbeauftragten der Bundesländer. Sie stellen in verschiedenen Gremien den Informationsaustausch zwischen Bund und Ländern sicher. In fast allen Bundesländern bilden „Präventionsarbeitskreise“ oder „Präventionsausschüsse“ fachliche Zusammenschlüsse und den institutionellen Rahmen für Absprachen und Planungen unter der Beteiligung behördlicher Vertreter. Viele Länder haben innerhalb dieser Koordinationsausschüsse Landesprogramme oder Gesamtkonzepte zur Suchtprophylaxe und Prävention erarbeitet, die als Handlungsgrundlage für die Arbeit mit den beteiligten Verbänden, Projekten, Institutionen und Trägern von Präventionsmaßnahmen bei dem Ausbau suchtpreventiver Arbeit dienen. Zur besseren Abstimmung der Maßnahmen auf Landesebene existieren innerhalb der Bundesländer zudem interministerielle Arbeitsgruppen, denen in der Regel das Sozialministerium, das Innenministerium einschließlich dem Landeskriminalamt, sowie die Ministerien für Kultus und Sport und das Justizministerium angehören.

Präventionsmaßnahmen sind in der Mehrzahl auf kommunaler oder lokaler Ebene angesiedelt. In diesen Projekten werden Kinder und Jugendliche über Multiplikatoren

unmittelbar vor Ort angesprochen. Letztere kommen häufig aus den Ressorts Gesundheit und Soziales, Bildung, Jugendhilfe und Inneres und von den Freien Trägern. Insgesamt ist das Bemühen um die Entwicklung einheitlicher Leitlinien und Qualitätskriterien für die Arbeit spürbar größer geworden. Dies findet seinen Niederschlag darin, dass sowohl auf kommunaler wie auf Länderebene zunehmend auf eine stärkere Koordinierung der Akteure untereinander geachtet wird und dass Qualitätssicherung, Evaluation und Weiterentwicklung von Konzepten einen hohen Stellenwert aufweisen.

## **8.2 Ansätze und neue Entwicklungen**

Drogenabhängigkeit wird in Deutschland versicherungsrechtlich als Krankheit verstanden, die verschiedenste psychische, soziale und körperliche Faktoren aufweist. Dies entspricht dem Konzept einer Störung, wie es im Internationalen Klassifikationsschema der WHO (ICD10) beschrieben ist. Im Rahmen von Beratung und Behandlung wird in Deutschland ein breites, auf die individuellen Bedürfnisse des suchtkranken Menschen abgestimmtes Suchthilfesystem gefördert. Die Erweiterung und Differenzierung der Behandlungsangebote begann Anfang der 90er Jahre als Folge der HIV Epidemie. Neben dem stationären drogenfreien Behandlungssystem entwickelten sich im ambulanten Bereich der Drogenhilfe niedrigschwellige soziale und gesundheitsbezogene Angebote. Überlebenshilfen und schadensmindernde Maßnahmen werden auch weiterhin als notwendig erachtet, um die erneut gestiegene Anzahl von Drogentodesfällen zu verringern und den schlechten gesundheitlichen Zustand vieler Drogenabhängigen (z.B. durch Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder Tuberkulose und komorbide psychische Störungen) zu verbessern.

### **8.2.1 Ansätze und neue Entwicklungen auf der Bundesebene**

Ende April 2001 stellte die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihren „Sucht- und Drogenbericht“ vor. Bereits die im Vergleich zu den Vorjahren geänderte Reihenfolge der Begriffe „Sucht“ und „Drogen“ im Titel dieser Veröffentlichung weist auf den Ansatz hin, Prävention vor allem auf die legalen Suchtmittel auszudehnen. So wurde unter Federführung des BMG mit den Ländern eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der Alkoholwirtschaft eingerichtet, die „Vorschläge zum verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken“ erarbeiten soll. Mit der Tabakindustrie wurden Gespräche über einen substantieller finanziellen Beitrag zum Kinder- und Jugendschutz geführt mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche vom Rauchen abzuhalten. Das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit soll um eine Vorschrift ergänzt werden, die den Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 verbietet.

Drogenpolitik zielt je nach Situation des Einzelnen darauf,

- den Einstieg in den Konsum zu verhindern
- den Ausstieg aus dem Konsum durch möglichst frühzeitige Intervention zu schaffen
- Überlebenshilfen anzubieten
- den Ausstieg aus einer Abhängigkeit mit allen dafür zur Verfügung stehenden Hilfen zu erreichen.

Im Bereich der Nachfragereduzierung stehen auf Bundesebene derzeit vermehrt Ansätze im Vordergrund, die versprechen, Drogenkonsumenten zu erreichen, die zu einer drogenfreien Behandlung oder einer Substitutionsgestützten Behandlung (derzeit) nicht bereit oder in der Lage sind. Das Augenmerk wird im gesundheitspolitischen Bereich vor allem auf den wissenschaftlich begleiteten Modellversuch zur heroingestützten Behandlung gelenkt (s.S.90). Das Projekt FreD dient der Intervention in einer Personengruppe, die zwar erste Kontakte mit Drogen hat, aber in der Regel noch wenig Probleme in diesem Zusammenhang entwickelt hat (siehe unten „Frühintervention“).

Eine neue nationale Initiative zur Förderung von Forschungsverbänden wurde vom BMBF im Bereich biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und –abhängigkeit gestartet. Hierbei ist insbesondere die Vernetzung und Kooperation zwischen Forschung und Praxiseinrichtungen sowie die praxisnahe Evaluation von Maßnahmen von Interesse. Eine Reihe von Projekten wurden bereits ausgewählt. Die Projekte sollen Ende 2001/ Anfang 2002 beginnen.

### **Drogen- und Suchtkommission**

Die Drogen- und Suchtkommission wurde 1999 vom Bundesministerium für Gesundheit einberufen. Sie umfasst 13 Experten aus den Bereichen Medizin, Pharmakologie, Sozialwesen, Psychologie, Soziologie, Recht und Selbsthilfe. Anfang Juni 2001 führte die Kommission gemeinsam mit der Drogenbeauftragten ein internationales Expertenhearing zur Praxis der modernen Suchtprävention durch. Die Empfehlungen der Kommission sollen dazu beitragen, einen neuen Sucht- und Drogenplan zu entwickeln.

### **Frühintervention**

Ein nicht ganz neuer Befund ist, dass Drogenkonsumenten bereits relativ früh bei Institutionen der Strafverfolgung auffällig werden. Das Betäubungsmittelgesetz in seiner aktuellen Form hat dazu geführt, dass die meisten Strafverfahren wegen Drogenbesitz zum Eigenkonsum bereits von der Staatsanwaltschaft eingestellt werden. Wie Aulinger bereits 1997 in einer Studie über die Rechtswirklichkeit in den verschiedenen Bundesländern zeigte, ist die Strafverfolgungspraxis in Bezug auf Cannabisbesitz für den Eigenkonsum recht einheitlich. Danach wurden rund 90% aller dieser Verfahren eingestellt. Es ergibt sich jedoch die Möglichkeit zur Frühintervention mit dem Ziel, einen dauerhaften oder problematischeren Konsum von Drogen zu vermeiden. Das Projekt „Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten“ (FreD) versucht, auf freiwilliger Basis fundierte

Informationen über Drogenkonsum und seine Risiken zu vermitteln und damit eine kritische Selbstreflexion bei den jungen Drogenkonsumenten anzustoßen. Das Projekt folgt ganz der Zielsetzung der aktuellen Drogenpolitik, frühzeitig den Einstieg aus dem Drogenkonsum zu schaffen. Das Projekt wurde im Herbst 2000 in Kooperation mit einer Reihe von Bundesländern begonnen.

Im Zusammenhang mit der Love Parade in Berlin 2001 hat die BZgA eine Internet-Kampagne gestartet ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)). Dabei soll über das Medium Internet, das viele gerade der Jugendlichen erreicht, über Wirkungen, Risiken und Gefahren legaler und illegaler Drogen informiert und zur kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum angeregt werden. Mit professioneller Hilfe soll dieses Medium auch in Zukunft intensiver genutzt werden, um Informationen zu Risiken von Drogen sowie zu Hilfsangeboten an Personen im Umfeld von Technomusik zu geben. Eine Reihe von Studien hat einen relativ hohen Konsum unterschiedlicher Drogen in dieser Gruppe nachgewiesen. Mit diesem Ansatz sollen Personengruppen erreicht werden, bei denen sich riskanter Konsumformen besonders häufig finden.

### **Verschreibung von Heroin für Opiatabhängige**

Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der schweizerischen und jetzt auch holländischen Studien wurde in Deutschland ein Studiendesign für eine multizentrische, klinische Studie zur ambulanten heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger erstellt. Die Studie beinhaltet die klinische Prüfung heroinhaltiger Arzneimittel. Eine klinische Arzneimittelprüfung ist notwendig, um pharmakologische und andere Effekte heroinhaltiger Arzneimittel zu erforschen, die arzneimittelrechtlich noch nicht für den Verkehr zugelassen sind. Mit der Studie soll auch untersucht werden, ob und wie die heroingestützte Behandlung in das Therapieangebot Opiatabhängiger implementiert und das sicherheitsrelevante Risiko begrenzt werden kann. Die Studie soll ferner die Entwicklung des Konsumverhaltens, Therapiemotivation, psycho-soziale sowie ordnungs- und strafrechtliche Auswirkungen der heroingestützten Behandlung untersuchen.

Im Februar 1999 wurde unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Koordinierungsgruppe gebildet, die sich aus Vertretern interessierter Städte und Länder sowie einem Vertreter der Bundesärztekammer zusammensetzt. Diese Gruppe entwickelte eine Rahmenkonzeption, auf deren Grundlage die Erstellung eines Forschungsdesigns ausgeschrieben wurde. Von drei Forschungsinstituten, die hierzu im Januar 2001 eine Projektskizze einreichten, wurden zwei durch das Gutachtergremium aufgefordert, diese in überarbeiteter Form noch einmal einzureichen. Im September 2000 wählte die aus Vertretern von Bund, Ländern und Städten bestehende Lenkungsgruppe den Antrag von Prof. Krausz und Kollegen von der Universität Hamburg aus. Anfang Juni 2001 wurde das Projekt von der zuständigen Ethik-Kommission in Hamburg genehmigt. Die Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel, das für die Ausnahmegenehmigung in Bezug auf das Betäubungsmittelgesetz zuständig ist, läuft zur Zeit.

Der Projektbeginn ist nach aktueller Planung für Anfang 2002 vorgesehen. Die Laufzeit des Projektes beträgt insgesamt drei Jahre. Teilnehmende Städte sind Bonn, Frankfurt am Main,

Hannover, Hamburg, Karlsruhe, Köln und München. Die Kosten des Modellprojektes werden vom Bund, Ländern und Städten getragen. Während der Bund die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung sowie die Hälfte des case-management, d. h. der Mitarbeiter, die bei Bedarf zusätzliche Hilfe organisieren, übernimmt, übernehmen die Städte die Kosten vor Ort sowie anteilige Kosten bei dem case-management und den Prüfärzten.

### **Kooperation und Koordination**

Kooperation, Koordination und Vernetzung sind zur Zeit zentrale Themen für die Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage. Durch eine Optimierung der Arbeitsteilung soll Doppelarbeit vermieden und insgesamt die Effizienz erhöht werden. Während bis vor einigen Jahren die Drogenhilfe versuchte, ergänzende spezielle Hilfeangebote etwa im Bereich Arbeit, medizinische Versorgung etc. selbst zu entwickeln, ist zur Zeit zu beobachten, dass zunehmend die Unterstützung des normalen Hilfesystems genutzt wird.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit fand am 28. und 29. Mai in Berlin ein Expertengespräch zwischen Fachleuten aus dem Bereich der Jugend- und der Suchthilfe statt. Auf dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen geht es hier um Arbeitsteilung, Frühintervention und Kooperation an Stelle einer paralleler Aktivitäten der beiden Bereiche. Die Einbeziehung von Fragen des Medikamentenmissbrauchs bei Kindern in den Aufbau des Kindergesundheitssurveys am Robert-Koch-Institut in Berlin ist ein anderes Beispiel für Bereichs übergreifende Kooperation.

Ein Modellprojekt zum „Case Management“ wurde mit Förderung durch das BMG in einer Vielzahl von Einrichtungen mit dem Ziel durchgeführt, Mehrfachabhängigen die passenden Hilfeangebote zu eröffnen und zu vermitteln. Institutionell wurde dieses Projekt begleitet durch den Versuch, eine bessere Vernetzung der regionalen Angebote zu erreichen (Details siehe 10.1).

### **Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr**

Die von den Streitkräften geforderte Einsatzbereitschaft sowie die gesetzliche Pflicht zur Gesunderhaltung machen auch in der Bundeswehr Suchtprävention und Suchtbekämpfung zu wichtigen Themen. Die notwendige Neukonzeption der Suchtprävention auch in der Bundeswehr wurde vom Bundesministerium der Verteidigung unter dem Titel „Richtlinien zur Koordinierung und Steuerung von Maßnahmen der Suchtprävention und -bekämpfung für Soldaten“ am 08. Juli 1999 in Kraft gesetzt worden.

In der Folge davon wurde nun eine „Koordinierungsgruppe Suchtprävention und Suchtbekämpfung des BMVg“ eingesetzt. Sie dient zum einen dem Austausch über Maßnahmen und Programme aus dem jeweiligen Verantwortungsbereich. Andererseits soll sie Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen und Programmen zur Suchtprävention und -bekämpfung in den Streitkräften erarbeiten. Sie arbeitet mit dem Arbeitskreis der Drogenbeauftragten aus Bund und Ländern zusammen. Als praktisches Ergebnis dieser Tätigkeit sind bisher Präventionsmaterialien für die Ausbildung erstellt worden (Videoreihe), ein

Computer gesteuertes Lernprogramm für Offiziersanwärter sowie eine CD-ROM mit Ausbildungsmaterialien zu „Drogen und AIDS“ für Ausbilder. Materialien der BZgA werden gesichtet und bei Eignung übernommen. Ein wichtiger Aspekt dieser Tätigkeit ist der Aufbau eines Dokumentationszentrums für Suchtprävention und -bekämpfung. Über die Schulung von Multiplikatoren und die Entwicklung von Netzwerken soll das Thema Suchtprävention an vielen Stellen in den Alltag bei der Bundeswehr Eingang finden.

### **8.2.2 Ansätze und neue Entwicklungen in den Bundesländern**

Um einen Überblick über Ansätze zur Reduzierung der Nachfrage in den 16 Bundesländern geben zu können, wurden die Drogenbeauftragten der Länder von der DBDD befragt. Eine Reihe von Ländern sind intensiv in einer Reihe von Bundesprojekten eingebunden. Die Projekte „FreD“, Heroinverschreibung und andere werden von ihnen personell, ideell und finanziell unterstützt. Ergebnisse aus früheren Modellen etwa zum case-management werden nach Abschluss der Bundesprojekte soweit wie möglich mit Landesmitteln im Behandlungssystem implementiert. Aus den Angaben der Länder werden im folgenden einige Maßnahmen exemplarisch vorgestellt werden, die von strategischer Bedeutung bzw. Ergebnis neuer Ansätze sind.

#### **Landespläne zur Suchtvorbeugung**

Die systematische Beobachtung der Situation auf Landesebene wird von vielen Ländern unter Nutzung regionaler und nationaler Datenquellen (Umfragen, Monitoringsysteme für Behandlung, div. Statistiken) betrieben. In Sachsen-Anhalt wurde eine Schulumfrage wiederholt, die qualitative Informationen über Art und Motivation des Konsums psychotroper Substanzen macht (FOKUS 2001). Im Jahr 2000 hat zum Beispiel Sachsen einen Suchtbericht in einer Auflage von 3000 Exemplaren vorgelegt, in Mecklenburg-Vorpommern wurden dem Landtag zentrale Informationen in einer Unterrichtung durch die Landesregierung vorgelegt. Eine Reihe von Ländern hat eigene Landeskonzepte zur Suchtvorbeugung entwickelt und verabschiedet, die sich in der Regel auf legale und illegale Suchtmittel beziehen. Wesentliche Elemente in all diesen Aktivitäten ist die regelmäßige Information aller Beteiligten über neue Erkenntnisse und der Aufbau geeigneter Kooperationsstrukturen zwischen Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe sowie der allgemeinen Institutionen der sozialen und medizinischen Hilfe. Ein Landesplan zur Suchtvorbeugung ist auf dieser Grundlage zum Beispiel in Sachsen und in Brandenburg in Arbeit.

#### **Aktivitäten im Bereich legaler psychotroper Substanzen**

Eine Reihe von Bundesländern hat - ebenso wie der Bund - seine präventiven Aktivitäten im Umfeld von Tabak und Alkohol deutlich ausgeweitet. So hat Bayern eine Plakataktion zur Nüchternheit in Risikosituationen (Verkehr, Arbeitsplatz, Schwangerschaft, Medikation) gestartet, die auch von Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen und Hessen übernommen wurde. Diverse Projekte - teilweise in Verbindung mit EU Programmen gehen in Richtung Primärprävention. Sie nutzen die unterschiedlichsten Medien: Wettbewerbe („Be hard, drink soft“, mit EU Unterstützung: „Be smart, don't start“), Erlebnisspiele oder Ausstellungen.

### **Einrichtung von Drogenkonsumräumen**

Das BtMG-ÄndG vom 1. April 2000 hat den Länder die rechtliche Möglichkeit gegeben, die Erlaubnis zur Einrichtung sogenannter „Drogenkonsumräume“ zu erteilen. Entsprechende Verordnungen wurden inzwischen in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland erlassen. Einige andere Bundesländer lehnen dies explizit ab oder arbeiten jedenfalls nicht an einer solchen Verordnung. Erfahrungen in 16 Drogenkonsumräume in Frankfurt a.M., Hannover, Münster, Saarbrücken und Wuppertal liegen laut einer Mitteilung der Drogenbeauftragten vom 12. Juli 2001 vor. Es wird in einer Auswertung für das Jahr 2000 von zahlreichen Interventionen berichtet, davon 982 Fälle von Vermittlung in Behandlung. Hierbei handelt es sich in der Regel um Substitutionsbehandlungen. Bei 13 von 16 dieser Stellen gab es Beschwerden aus der Nachbarschaft, die tendenziell jedoch zurückgehen. Kein einziger der in 5 dieser Einrichtungen erfassten 1.417 Notfälle führte zum Tod des Drogenabhängigen. Die Evaluation dieser Angebote dauert noch an.

### **Weitere Ansätze und Aktivitäten**

Berlin kooperiert mit einer Reihe von Europäischen Städten in einem EU Projekt „Zur Entwicklung von Konzepten zur Sekundärprävention des Drogenmissbrauchs“.

Brandenburg hat 6 überregionale Fachstellen zur Suchtprävention geschaffen, die präventive Aktivitäten in den Kommunen direkt unterstützen und eine bessere Verbindung zur Landeszentrale für Suchtprävention schaffen.

Das Saarland hat im Rahmen von Landesprogrammen Methadon seit inzwischen mehr als 10 Jahren zur Substitution eingesetzt. Auf einer Fachtagung (Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes 2000a, 2000b) wurden die Ergebnisse hierzu berichtet. Der häufig diskutierte Mangel an psycho-sozialer Betreuung neben der medizinischen Substitution hat das Land nun veranlasst, ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt durchzuführen, das sich mit diesen Defiziten beschäftigt. Es geht darum, den Klienten direkt in der Praxis der substituierenden Ärzte Beratung und Betreuung durch Projektmitarbeiter anzubieten. Wichtige Aufgabenbereiche sind dabei: Selbstorganisation, berufliche Integration und Krisenintervention. Der Einsatz der Mitarbeiter wird zentral gesteuert und koordiniert.

In Sachsen laufen zwei Projekte zur Suchtprävention mit Hilfe des Internets, die sich an Jugendliche und deren Betreuer („Ikarus“) bzw. an bereits Drogenerfahrene („Drug Scouts“) richten.

In Sachsen-Anhalt wurde ein Projekt gestartet, bei dem junge Erwachsene im Rahmen des theoretischen Unterrichts zum Führerschein Gesprächsrunden zum Thema „Alkohol und Drogen am Steuer“ von Gleichaltrigen durchgeführt werden.

### **8.2.3 Nachfragereduzierung und soziokultureller Hintergrund**

Bekannt ist derzeit, dass insbesondere die Gruppe der Spätaussiedler relativ stark durch drogenbezogene Todesfälle betroffen ist. Anekdotische Berichte über eine Häufung von Drogenproblemen in verschiedenen Gruppen von Migranten gibt es von verschiedenen Seiten.

Es fehlen jedoch weitgehend qualitative Informationen über Lebensumstände und Drogenprobleme. Dabei ist zu beachten, dass die Gruppe der Migranten sehr heterogen ist: neben Arbeitsimmigranten vor allem aus der Türkei stehen Spätaussiedler deutscher Nationalität aus der ehemaligen UdSSR, Flüchtlinge aus Ex-Jugoslawien, Asylanten bzw. Asylbewerber aus Schwarzafrika und Menschen ohne gültige Aufenthaltserlaubnis. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb eine Reihe von Expertisen zu Teilthemen aus diesem Komplex vergeben, deren Ergebnisse zur Zeit analysiert und bewertet werden. Als ein erster Schritt werden zur Zeit mit Förderung durch die Bundesregierung von der DHS Videos für diesen Personenkreis erstellt. Diese sollen diese Gruppe verständlich über Auftrag und Arbeitsweise der Behandlungseinrichtungen informieren und ihnen dadurch den Zugang zum Hilfesystem erleichtern.

#### **8.2.4 Spezielle Ereignisse im Berichtszeitraum**

Neben den großen Fachtagungen und Kongressen zum Thema Sucht, die von unterschiedlichen Veranstaltern (z.B. akzept, DHS, FVS, FDR) - häufig mit Unterstützung durch öffentliche Mittel - durchgeführt werden, fanden mit Unterstützung durch das BMG in den letzten Monaten einige spezielle Veranstaltungen statt, die dem Austausch und der gemeinsamen Weiterentwicklung einzelner drogenbezogener Themen dienten. Hier seien nur einige Beispiele genannt: Im Dezember 2000 fand - durchgeführt vom BKA - eine Tagung zur Epidemiologie des Kokainmissbrauchs statt. In der DBDD wurde im gleichen Monat ein Workshop zum Thema „Frühwarnsysteme“ durchgeführt. Das IFT veranstaltete im Auftrag des BMG im Februar eine Fachtagung „Prävention von Drogentodesfällen“.

Das ISS richtete zusammen mit dem IfS Hamburg im März eine Tagung mit dem Thema „Behandlungsmonitoring“ aus. All diese Treffen brachten Fachleute an einen Tisch, die sich an unterschiedlichen Stellen und in verschiedenen Kontexten mit einem gemeinsamen Thema auseinander setzen. Neben dem fachlichen Austausch sind diese Fachtagungen auch bei der Entwicklung gemeinsamer Standards zwischen Bund und Ländern hilfreich.

#### **8.2.5 Informationsverbreitung für Mitarbeiter im Bereich Nachfragereduzierung (Netzwerke, Internet etc.)**

Regelmäßig erscheinende „Newsletter“ sind ein geeignetes Mittel, um Informationen an Experten und Institutionen der Bereiche Prävention, Behandlung, Forschung, Politik und Statistik effizient und weitreichend zu verbreiten. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) ist der Dachverband von 22 vorwiegend nicht-staatlichen Mitgliedsorganisationen. In deren Trägerschaft befinden sich mehr als 1.000 Beratungsstellen und 4.500 Selbsthilfegruppen sowie über 160 Fachkliniken, alle psychiatrischen Krankenhäuser und andere Institutionen, die im Bereich der Drogenbehandlung und -prävention arbeiten. In einem quartalsmäßig erscheinenden Newsletter informiert die DHS über aktuelle Aktivitäten ihrer Ausschüsse und Arbeitskreise. Neue Projekte im Bereich der Nachfragereduzierung werden bekannt gemacht, die Ergebnisse von Seminaren, Tagungen und Konferenzen zusammenfassend dargestellt. Auch aktuelle Artikel und Buchpublikationen werden vorgestellt.

Die Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) informiert ihre Kooperationspartner ebenfalls durch einen regelmäßig erscheinenden Newsletter über Knotenpunktaktivitäten und neue Entwicklungen auf nationaler und internationaler Ebene. Die Website ([www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)) ist als Plattform zur Information über epidemiologischen Daten, neuere Entwicklungen und die Arbeit der DBDD angelegt. Viele relevanten Institutionen im Bereich Politik, Forschung, Prävention und Therapie sind per Hyperlink verbunden.

Ein Gegenstück zu der Europäischen Projektdatenbank EDDRA wird derzeit im Saarland entwickelt. Dabei sollen besonders innovative Präventionsprojekte in einer Datenbank allen interessierten Stellen im Land zur Verfügung gestellt werden. Aktuell sind bereits 100 Einträge in dieser Datenbank zu finden. Durch etwas niedriger Anforderungen an die methodischen Aspekte der einzutragenden Projekte konnte hier in kurzer Zeit schon eine recht große Zahl von Einträgen erreicht werden.

Auch im Rahmen der Präventionsaktivitäten der Bundeswehr ist der Aufbau eines „Dokumentationszentrums für Suchtprävention und -bekämpfung“ ein wichtiges Thema. Durch dieses Instrument, durch Schulung von Multiplikatoren und die Entwicklung von Netzwerken soll das Thema Suchtprävention an vielen Stellen in den Alltag bei der Bundeswehr Eingang finden.

## 9 Spezielle Interventionsbereiche

### 9.1 Prävention

#### 9.1.1 Interventionen in der frühen Kindheit

Unter einer primärpräventiven Zielsetzung der Suchtvorbeugung rücken verständlicherweise vor allem Kinder - bereits im Vorschulalter - in den Mittelpunkt der Maßnahmeplanungen. Die inhaltliche Ausrichtung solcher Maßnahmen ist dabei der Altersgruppe entsprechend noch nicht auf suchtmittelspezifische Information bzw. Aufklärung über Drogen gerichtet, sondern auf das Lernen allgemein gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und die Entfaltung psychischer „Stärke“. Projekte, die vor allem im Kindergarten und der Grundschule realisiert werden, gehören mittlerweile zum Standardangebot in der Prävention (Kammerer 1996). Ein Beispiel zur Suchtprävention im Vorschulalter ist das Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ (Seifert 1999), das inzwischen über die Landesgrenzen hinaus bekannt und in der Evaluation als erfolgreich bewertet wurde. In diesem Konzept wird durch einen vorübergehenden Verzicht auf Spielzeug versucht, die Situation im Kindergarten unmittelbarer, kreativer und kommunikativer zu gestalten, da Spielzeug häufig als Ersatzbefriedigung oder dem Frustrationsabbau dient. Eine Begleituntersuchung zeigte, dass mit diesem Konzept die sprachliche Kompetenz gestärkt wurde und die Beziehungsfähigkeit und Frustrationstoleranz sowie das Selbstvertrauen und die Spielfähigkeit verbessert werden.

#### Familie

Bei dem Versuch, Kindern eine Lebensweise beizubringen, die ihre psychische und körperliche Gesundheit fördert, kommt der Familie eine zentrale Bedeutung zu. Obwohl Einigkeit über diese überragende Rolle der Familie bei der Ausbildung bestimmter Verhaltensweisen der Kinder besteht, gab es bis Anfang der 90er Jahre nur wenige dokumentierte Aktivitäten für den Bereich der suchtvorbeugenden Familienerziehung in Deutschland (Denis u.a. 1993). Dies hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend geändert. Ein Schwerpunkt von primärpräventiven Aktivitäten in der Familie ist auf Bundesebene und in allen Bundesländern zu finden. Stellvertretend wird hier auf die Elternbroschürenreihe zum Thema „Wir können viel dagegen tun, dass Kinder süchtig werden“ der BZgA verwiesen, die seit 1994 aufgelegt wird. Die Elternbroschüre geht dabei auf die Situation von Kindern in der frühen Kindheit bis zur Pubertät ein (Teil 1), beschäftigt sich eingehend mit der Phase der Kinder während der Pubertät (Teil 2) und bietet übergreifende Hilfen und Hinweise für den Bereich der Familie an (Teil 3). 1997 wurde diese Reihe um ein weiteres Heft ergänzt, das den Titel „Über Drogen reden“ trägt. Darin wird insbesondere auf drogenpolitische Fragen eingegangen und Eltern werden aktuelle Informationen sowie Empfehlungen zur Gesprächsführung mit Heranwachsenden gegeben.

### **Frauen-Tische**

Ein personalkommunikatives Projekt, das gezielt Frauen als Multiplikatoren in der Familie vor allem in ländlichen Regionen anspricht, ist unter dem Namen „Femmes Tische“ in Schleswig-Holstein erprobt worden. Die Idee dazu ist von einem Schweizer Präventionsprojekt übernommen worden, bei dem die Marketing Strategie von „tupperware parties“ erfolgreich auf die Prävention angewandt wurde. Femmes Tische werden als „Frauen-Stammtische“ gegründet und tragen so zu einer Vernetzung von Frauen in ländlichen Regionen bei. Thematisch werden von einzelnen Initiatorinnen, die zu den Femmes Tischen einladen, Gespräche z.B. um Kindererziehung, Sucht und Drogen etc. moderiert.

### **Familienbildung**

Auch im Bereich der Familien- und Erwachsenenbildung sind in den letzten Jahren suchtpräventive Maßnahmen, die sich an Familien als Zielgruppe richten, erprobt worden. So wurde 1999 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Dokumentation über ein mehrjähriges Gemeinschaftsprojekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Katholischer Familienbildungsstätten und anderer Träger von Familien- und Erwachsenenbildungseinrichtungen veröffentlicht. Bei diesem Projekt wurden in unterschiedlichen Veranstaltungssettings Modelle von Elternarbeit zum Thema Suchtvorbeugung entwickelt.

#### **9.1.2 Schule**

Schulische Suchtprävention ist eine Aufgabe, die aufgrund der Länderhoheit in jedem Land gesondert geregelt ist. Entsprechend unterschiedlich sind die Ausführungsbestimmungen und die Erlasslage in Deutschland.

### **Unterricht**

Die Mehrzahl aller Aktivitäten entfällt dabei auf die Behandlung der Themen Drogen, Sucht etc. im Unterricht. Solche Themen sind inzwischen als Inhalte in die verschiedenen Curricula aller Schultypen aufgenommen worden. Länderübergreifend hat die BZgA in den vergangenen Jahren dazu Unterrichtshilfen für die verschiedenen Jahrgangsstufen herausgegeben, die mit den Kultusministern der Länder abgestimmt sind.

### **Projektwochen**

Als besondere Organisationsform des Unterrichts stellen Projektwochen für Schüler eine weitere Lern- und Erfahrungsmöglichkeit dar. Auch die Beteiligung außerschulischer Einrichtungen, wie Drogenberatung, Polizei, Krankenkassen und Ärzte wird dadurch erleichtert.

## **Schulprogramme**

Die Durchführung von sogenannten Präventionsprogrammen bestimmt dagegen noch nicht so sehr den schulischen Präventionsalltag, wenngleich in den letzten Jahren verschiedene Modelle entwickelt wurden. Dabei haben die Programme zur Förderung des Nichtrauchens bereits eine längere Tradition. Das Programm Klasse 2000 beispielsweise wurde bereits im Schuljahr 1991/1992 vom Institut für Präventive Pneumologie Klinikum Nürnberg entwickelt. Es richtet sich an Schüler ab der ersten Grundschulklasse. Ziel ist die Stärkung all jener Faktoren bei Kindern, die eine positive Einstellung zur Gesundheit fördern und einem gesundheitsschädlichen Verhalten vorbeugen (z.B. Selbstwertgefühl, soziale Kompetenzen, kritischer Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen, etc.). Inzwischen wird das Programm bundesweit durchgeführt. Im Schuljahr 1999/2000 nahmen 2.718 Klassen mit 69.268 Schülern teil. Neuere Programme, wie das Lions-Quest-Programm für Schüler und das modifizierte Questprogramm „Erwachsen werden“ (Lions Club 1997) sowie das vom IFT München entwickelte ALF Programm (Kröger u.a. 1999) thematisieren dagegen verschiedene Suchtmittel und setzen einen Schwerpunkt in der Kompetenzvermittlung. Obwohl die Wirksamkeit dieser Programme positiv evaluiert wurde, finden sie bislang keine breite Anwendung und kommen häufig nur durch ein besonderes Engagement einzelner Lehrer zustande.

## **Früherkennung**

Eines der seltenen Instrumente zur Früherkennung und somit Sekundärprävention ist das Interventionsprogramm „Step by Step“. Dieses Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung umfasst Studienmaterial für Lehrer auf einer CD-ROM sowie ein dazugehöriges Handbuch. Die Materialien dienen als Orientierungshilfen im Umgang mit auffälligen Schülern und sollen planvolles Handeln in der Früherkennung unterstützen. Auf der Basis dieses Modells setzen die Koordinationsstellen für Suchtprävention der Länder sowie einige Institute für Lehrerfortbildung in den Ländern das Programm seit einigen Jahre in der Fortbildung ein.

## **Lehrerfortbildung**

Als weitere Elemente schulischer Suchtprävention sind vor allem die Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote der ländereigenen Lehrerfortbildungseinrichtungen zu sehen. Einzelne Bundesländer haben hierzu umfangreiche Konzeptionen und Arbeitsmanuale entwickelt. Weiterhin werden neben Arbeitskreisen für schulische Drogenbeauftragte bzw. Drogenberatungslehrer auch schulbezogene Beratungs- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, die sich auf eine Veränderung des gesamten Schulklimas richten können. Neben diesen von den Schulbehörden initiierten Angeboten werden auch von anderen Organisationen, insbesondere über die Fachkräfte für Suchtvorbeugung Workshops, Seminare oder Tagungen für Lehrer veranstaltet.

In Berlin wird in diesem Jahr beispielsweise vom Institut für betriebliche Suchtprävention und dem Büro für Suchtprophylaxe eine Modellveranstaltung zum Thema „Suchtprävention für Schulleiter“ unter dem Aspekt ihrer Führungsaufgaben durchgeführt.

### **Peer-education**

Präventionsaktivitäten, die von Schülern selbst ausgehen, stellen noch immer eine Ausnahme dar. Obwohl der Ansatz der „peer-education“ auch in der Suchtprävention an Bedeutung gewonnen hat, sind Veranstaltungen im schulischen Raum selten.

### **Vernetzung der Aktivitäten an Schulen**

Gemäß des Dreifaktorenmodells (Umwelt, Person, Droge), welches zur Erklärung der Suchtentstehung herangezogen wird, bemühen sich die Prophylaxefachkräfte in den Städten und Gemeinden, einzelne Aktivitäten, welche sich auf die drei Faktoren beziehen, an den Schulen zu verknüpfen. Gleichzeitig werden die Eltern der Schüler an Elternabenden über Projekte informiert und miteinbezogen. So bleiben suchtpreventive Maßnahmen nicht unzusammenhängend stehen, sondern erhalten mehr Durchsetzungskraft indem neben dem Lebenskompetenztraining und der Information über Suchtstoffe zusätzlich große Teile des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen miteinbezogen werden.

#### **9.1.3 Außerschulische Jugendarbeit**

Eine Vielzahl außerschulischer Jugendprogramme finden in kommunalen oder kirchlichen Jugendeinrichtungen, Jugendzentren oder Vereinen statt. Häufig sind auch Beratungsstellen unterschiedlicher Träger und Vereine sowie Informations- und Koordinierungsstellen, Initiatoren derartiger Programme. Die außerschulischen Jugendprogramme sind, im Gegensatz zur Schule, freizeitorientiert. Die Aktivitäten reichen von einfachen Freizeitaktivitäten, Diskussionsveranstaltungen und kulturellen Ereignissen bis hin zu ausgearbeiteten erlebnispädagogischen Konzepten.

### **Neue Medien / Ausstellungen**

Als Trend ist die Verwendung von PC und Internet in der Jugendarbeit zu beobachten. Sie werden nicht nur zur Informationsbeschaffung eingesetzt, sondern durch die Einrichtung von Chatrooms und Newsgroups zu einem interaktiven Diskussions- und Informationsforum unter Peers gestaltet (Hahn 1999). Wie oben schon beschrieben hat auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmalig 2001 ein Internetportal für Jugendliche eingerichtet ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), das sich direkt an die Zielgruppe wendet.

In mehreren Bundesländern werden Ausstellungen durchgeführt, die vor allem durch ihre interaktive Ausrichtung die Jugendlichen zur Auseinandersetzung mit Themen aus dem Bereich „Sucht“ anregen sollen, so zum Beispiel die „Extra Tour Sucht“ (Bayern) oder die Ausstellung „Gratwanderung“ des Landeskriminalamtes in Brandenburg. Angesprochen werden sollen aber bei den meisten Veranstaltungen nicht nur die Jugendlichen, sondern auch Multiplikatoren, wie bei der Aktion „Meinungsbilder“ aus Berlin, die Meinungen Jugendlicher zum Thema Drogen dokumentiert und sich explizit an Lehrer, Erzieher und andere Personen aus dem pädagogischen Bereich wendet. Die Ausstellung „SehnSucht“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird in diesem Jahr in vier Bundesländern durchgeführt.

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen verbindet das Thema „Ausstellungen“ auf innovative Weise mit dem Bereich „Neue Medien“: In diesem Jahr wird die interaktive Ausstellung „Sucht hat immer eine Geschichte“ als CD-ROM veröffentlicht. Alle Komponenten der „realen“ Ausstellung sind hier dreidimensional umgesetzt worden.

### **Geschlechtsbezogene Projektarbeit**

Wesentliche Aspekte der präventiven Jugendarbeit sind ihre ganzheitliche Ausrichtung, „Lernen durch Tun“ und ihre unmittelbare Vermittlung von Erfahrungen (Hallmann 1989). Formal lassen sich regelmäßige, alltägliche Begegnungen (z. B. Gruppenabende) und besondere Aktivitäten außerhalb der gewöhnlichen Erfahrungsmöglichkeiten (z. B. Projektarbeit) unterscheiden. Im Zuge einer stärkeren Beachtung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Suchtvorbeugung sind in den letzten Jahren verstärkt jungen- und Mädchenspezifische Projekte aufgegriffen worden. Die meisten dieser Initiativen verfolgen primärpräventive Ziele und orientieren sich am Konzept der Lebenskompetenzförderung.

### **Sportvereine**

Als weiteres Feld präventiver Jugendarbeit ist in den vergangenen Jahren der Sportverein in den Blickpunkt gerückt. Ausgehend von einer Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde nach langjährigen Kooperationen mit einzelnen Sportverbänden zur Förderung des Nichtrauchens eine umfassende Kooperation gestartet, an der sich inzwischen die Mehrzahl aller deutschen Sportverbände beteiligt. Die Aktion bezieht sich auf Qualifizierungsmaßnahmen von Jugendtrainern und Übungsleitern in Sportvereinen, die damit in ihrer Funktion als Multiplikatoren für den Problembereich Sucht und Drogen sensibilisiert werden, um suchtvorbeugendes Verhalten im Umfeld der Sportvereine gezielt zu fördern. Im Jahr 2001 wurden dabei in ca. 60 Seminaren in 15 Bundesländern etwa 1500 neue Multiplikatoren in der Kinder- und Jugendarbeit dieser Verbände angesprochen. Gestützt wird diese Fortbildungsinitiative durch eine Beteiligung an Events und Wettkampfanstaltungen sowie eine breite Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

In diesem Jahr werden die Ergebnisse einer im Mai 2000 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführten Evaluationsstudie zur Wirkung dieser Fortbildungsseminare veröffentlicht. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Mehrheit der

befragten Trainer, Betreuer und Übungsleiter durch das Fortbildungsangebot persönlich angesprochen fühlt. Die Wissensvermittlung spielt dabei die wichtigste Rolle vor der Sensibilisierung für das Thema und der eigenen Handlungsebene. Die persönliche Reflexion der Seminarteilnehmer über das Thema ‚Sucht‘ wird durch die Fortbildung nachweislich angeregt und die Vorbildfunktion verstärkt wahrgenommen. Die Studie wurde von einem Forschungsteam der Universität Stuttgart unter Leitung von Professor Dr. Klaus-Peter Brinkhoff durchgeführt.

Der Deutsche Sportbund (DSB) plant, die Inhalte der ‚Kinder Stark Machen‘ - Seminare in seine Jugend- und Übungsleiterausbildung aufzunehmen. Im Rahmen der „Kinder Stark Machen“ - Tour werden Sport-, Spiel und Wettkampfveranstaltungen genutzt, um Jugend- und Übungsleiter, aber auch Eltern anzusprechen. Im Jahre 2001 werden voraussichtlich bei 31 Veranstaltungen ca. 1.000.000 Besucherinnen und Besucher erreicht werden. Die Tour ist zudem ein wichtiges Instrument der Öffentlichkeitsarbeit. So wurde im vergangenen Jahr in über 2000 Presseberichten über die Kampagne bzw. damit zusammenhängende Veranstaltungen berichtet. Durch den Vereinsservice von ‚Kinder stark machen‘ werden Sportvereine dabei direkt unterstützt: Für Aktionstage, Vereinsfeste oder Turniere erhalten sie eine persönliche Beratung und ein Materialpaket, mit denen Aktionen im Verein zur Suchtvorbeugung unterstützt werden. Einen guten Überblick über den derzeitigen Entwicklungsstand liefert die Dokumentation einer bundesweiten Fachtagung, die im September 2000 unter Beteiligung der großen Sportfachverbände in Potsdam von der Bundeszentrale mit mehr als 200 Teilnehmern ausgerichtet wurde (BZgA 2001a).

Eine neuere Studie an rund 600 Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren (Brettschneider 2001) über Anspruch und Wirklichkeit von Jugendarbeit in Sportvereinen weist allerdings darauf hin, dass zwischen jugendlichen Vereinsmitgliedern und Nichtmitgliedern der gleichen Altersgruppe in Bezug auf Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen im Mittel kein Unterschied zu finden ist. Die Konsumraten bei Zigaretten liegen im Verein deutlich niedriger, wobei deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Sportarten festzustellen sind. Die Autoren empfehlen, „allzu optimistische Annahmen von positiven Wirkungen der Sportvereine auf die jugendliche Entwicklung zu relativieren“.

## Partyprojekte

Im Zusammenhang mit der anhaltenden Verbreitung von Drogen in der Techno-Party-Szene, insbesondere von Ecstasy und anderen Designerdrogen, sind spezifische Präventionsprojekte entstanden, die sich vor allem um eine Verbreitung von Informationen zur Risikominderung (harm reduction) und safer use Regeln bemühen. Diese Projekte, von denen derzeit ca. 30 als Vereine oder Selbsthilfeinitiativen bekannt sind, versuchen mit unterschiedlichen Angeboten ihre Klientel vorzugsweise im Rahmen von Parties und Tanzveranstaltungen anzusprechen. Die Angebote reichen von Aufklärungsbroschüren und Info Cards mit detaillierten Informationen zu Substanzen und „safer use“ über Diskussionsforen im Internet mit aktuellen Berichten über neue und gefährliche Substanzen, bis hin zu Angeboten des drug checking. Für letztere fehlt allerdings in Deutschland weiterhin eine gesetzliche Grundlage.

Den in der Partyszene häufig praktizierten Mischkonsum unterschiedlichster Drogen thematisiert die Kampagne „Gewagt kombiniert“ des Büro für Suchtprävention in Hamburg. (siehe unten). Im Herbst 2001 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Expertentagung "Drogenkonsum in der Party-Szene" in Köln mit circa 100 Fachleuten aus der Praxis der Suchtprävention, Politik, Wissenschaft und Verwaltung durch. Die Veranstaltung knüpft an die Erfahrungen und Ergebnisse des BZgA - Statusseminars (1997) an und soll neue Entwicklungen aus Praxis und Forschung aufnehmen und bewerten. Dabei wird auch der Frage des Einsatzes von drug checking als Strategie in der Prävention einer kritischen Prüfung unterzogen ( vgl. zum Beispiel eine aktuelle kritische Publikation zu Qualität und Effektivität dieses Konzepts von Winstock, Wolff & Ramsy 2001). Ziel der Tagung ist der nationale Informationsaustausch, die Meinungsbildung sowie Ansatzpunkte zur Fortschreibung der Leitlinien zur Ecstasy - Prävention zu erarbeiten. Ein Schwerpunkt liegt auf der Einbindung von szenenahen Projekten. Im Rahmen einer Projektmesse stellen sich Selbsthilfegruppen, Projekte und Organisationen vor, die in der Prävention des Drogenkonsums von Partydrogen in Deutschland arbeiten.

In einigen Bundesländern wurden Kampagnen für Jugendliche entwickelt, die den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol thematisieren. Es entstand eine Vielzahl regionaler Projekte in Sportvereinen, im Bereich der Jugendkultur, in Fahrschulen, in Betrieben und vielen anderen Bereichen. Beispielhaft sind hier das Theaterprojekt „Such(t)erfahrungen“ (Sachsen-Anhalt) oder die Kampagne „Be Hard, Drink Soft“ (Baden-Württemberg“) zu nennen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützt dabei die Länderinitiativen mit ihrer Dachkampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenzen“. Anlässlich der Ministerkonferenz der WHO Region Europa im Februar 2001 hat die BZgA verschiedene Präventionsprojekte in einer deutsch-englischen Dokumentation zusammengefasst.

Ein großer Teil der Jugendlichen macht mit Erreichen der Altersgrenze von 18 Jahren den Führerschein. In Sachsen-Anhalt wird diese Gelegenheit in einem Modellprojekt genutzt, um im Rahmen des Unterrichts in den Fahrschulen die Problematik legaler und illegaler Drogen im Straßenverkehr anzusprechen.

#### **9.1.4 Präventionsbereich Gemeinde**

Interventionen in diesem Bereich lassen sich phänomenologisch in zwei Gruppen aufteilen (Künzel-Böhmer et al. 1993): 1. Programme mit dem spezifischen Ziel der Suchtprävention und 2. umfassende gesundheitsfördernde Programme, die die Förderung einer gesunden Lebensweise und Umwelt zum Ziel haben und damit (unspezifische) positive Effekte auch hinsichtlich der Vermeidung von Suchtmittelgebrauch anstreben. Auch die oben aufgeführten schulischen und außerschulischen Jugendprogramme gehören zu den gemeindenahen Präventionsaktivitäten. Aktivitäten mit spezifischem Bezug zu Suchtmitteln in der Gemeinde sind in Deutschland z.B. zahlreiche (Groß-)Veranstaltungen mit einem drogenfreien Motto („Anti-Drogen-Discos“, Rave-Veranstaltungen unter dem Motto „No Drugs“). In fast jeder deutschen Großstadt gibt es Einrichtungen wie drogenfreie Cafés und ähnliche Freizeitangebote. Auf kommunaler Ebene gibt es vereinzelte Versuche, durch Herabsetzung der Getränkepreise für nicht-alkoholische Getränke in Gaststätten positive Effekte auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen zu erzielen. Es besteht eine rechtliche Verpflichtung, ein alkoholfreies Getränk nicht teurer abzugeben als das billigste alkoholhaltige Getränk in gleicher Menge (BGBL I S. 3486). Einen nicht zu unterschätzenden Beitrag auf dieser Ebene leistet auch die Polizei. Dölling (1996) zeigt in seiner umfangreichen Bestandsaufnahme über die Aktivitäten der deutschen Polizei im Bereich der Drogenprävention, dass zahlreiche Polizeidienststellen Drogenprävention betreiben, in der Regel im Zusammenhang mit der Vermittlung von Informationen über illegale Drogen und Drogendelinquenz, der Durchführung von Anti-Sucht-Tagen oder -Wochen, und der Veranstaltung von Anti-Drogen-Discos. Zielgruppen sind in erster Linie jüngere Menschen, insbesondere Schüler, aber auch Eltern, Lehrer und andere Multiplikatoren. Neuere Aktivitäten im Bereich der Kriminalprävention, etwa mit erstmalig auffälligen Kindern und Jugendlichen („Kids in Action“) oder bei Jugendlichen und jugendlichen Spätaussiedlern in sozialen Brennpunkten wurden im Jahr 2000 dokumentiert (BKA 2000c).

#### **9.1.5 Telefonische Hilfsdienste**

Eine bundesweite Rufnummer für Fragen zum Drogenproblem steht als „Informationstelefon zur Suchtvorbeugung“ bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um ein themenübergreifendes Angebot, das über eine überregionale Telefonnummer erreicht werden kann. Auf der 2.Europäischen Konferenz der „Drug Helplines“ in Berlin im März 2001 teilte die BZgA mit, dass sich rund 7000 Anfragen pro Jahr auf das Thema „Sucht“ bezogen, hiervon wieder rund 1000 auf Drogen (BZgA 2001a).

Ergänzend dazu ist versucht worden, eine bundeseinheitliche Rufnummer für Drogenberatungsstellen zu organisieren, an der rund um die Uhr Beratung im Sinne von Sekundärprävention angeboten werden soll. Die Rufnummer „19237“ ist aber nur in Berlin und in Nürnberg geschaltet. Eine großräumige Verbreitung scheiterte bisher daran, dass die Mehrzahl der Drogenberatungsstellen in Deutschland den geforderten Standard einer Erreichbarkeit von mindestens zwölf Stunden täglich, nicht gewährleisten können. Einheitliche Telefonnotrufe auf regionaler Ebene haben sich bundesweit in einzelnen Städten etabliert, so z.B. in München, Köln, Düsseldorf, Frankfurt, Berlin und Bremen. Jede Drogen-

beratungsstelle in Deutschland ist natürlich auch telefonisch erreichbar und Kontakte werden häufig über Anrufe aufgebaut. Statistische Daten zu den Telefonnotrufen liegen auf nationaler Ebene nicht vor.

### 9.1.6 Massenmediale Kampagnen

Die oben beschriebenen Einzelmaßnahmen in den verschiedenen Arbeitsfeldern sind zum Teil Aktivitäten, die im Rahmen einer größeren Kampagne durchgeführt werden. Unter einer massenmedialen Kampagne wird dabei ein Set von Einzelmaßnahmen verstanden, die sich in ihrer spezifischen Zusammenstellung gegenseitig verstärken. Charakteristisch für Kampagnen der Suchtprävention ist, dass sie einen Mix unterschiedlichster Medien (Print/Film/Event etc.) nutzen, um verschiedene Zielgruppen angemessen anzusprechen. Sie enthalten massen- und personalkommunikative Elemente, die aufeinander bezogen sind.

Schwerpunkt der massenmedialen Kampagnen in Deutschland ist weiterhin eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte multimediale Kampagne zur Sucht- und Drogenprävention, die sich insbesondere an Erwachsene und Multiplikatoren richtet. Die wichtigsten Kommunikationselemente dieser Kampagne „Kinder stark machen“ sind verschiedene Anzeigenmotive, TV- und Kinospots, diverse Broschüren und Fortbildungsmaterialien für Multiplikatoren und Endzielgruppen sowie eine Wanderausstellung. Die Kampagne versteht sich als kommunikatives Dach zahlreicher, insbesondere personalkommunikativer Teilmaßnahmen (z.B. Kooperation mit den Sportverbänden) und hat inzwischen einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht. Teil dieser Kampagne ist eine Plakataktion mit dem Deutschen Sport-Bund (DSB) bei der durch den Fachverband für Außenwerbung (FAW) bundesweit unentgeltlich Werbeflächen zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2001 werden bundesweit 24.500 Großflächenplakate und 14.200 Citylights eingesetzt.

Zum Thema „Alkohol“ hat die BZgA eine Kampagne mit dem Titel „Alkohol-Verantwortung setzt die Grenze“ entwickelt. Zentrale Elemente der Kampagne sind eine Broschüre mit Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, verschiedene Plakate sowie unterstützendes Material für Ärzte zur Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen.

Auch auf Länderebene gibt es weiterhin regionale Schwerpunktaktionen mit Kampagnencharakter. So wird beispielsweise in NRW seit mehreren Jahren unter dem Slogan „Sucht hat immer eine Geschichte“ eine Landeskampagne mit regional organisierten Suchttagen durchgeführt. In diesem Jahr wurde eine CD-ROM veröffentlicht, die die interaktive Ausstellung zu „Sucht hat immer eine Geschichte“ mit allen Komponenten dreidimensional erlebbar macht. In der umfangreichen Bibliothek finden sich neben einem Suchtlexikon, Fragebögen und Texten aus der Ausstellung auch Tipps und Anregungen zur Anwendung der CD-ROM im Unterricht mit Kinder- und Jugendgruppen. Andere Länder wie Schleswig Holstein („Irgendwann wird's zuviel“), Hamburg („Wir handeln, bevor Sucht entsteht“) oder Baden-Württemberg beteiligen sich mit Plakaten, TV- Spots oder Anzeigen an einer Thematisierung der Suchtprävention. Mit der Botschaft „Verantwortung setzt die Grenze“ ist ein solches gemeinsames kommunikatives Dach inzwischen formuliert worden.

Eine breite Beteiligung der Bundesländer steht allerdings noch aus. In Rheinland-Pfalz hat die dortige Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit der Präventionsfachkräfte Materialien mit Handlungsanleitungen zur Pressearbeit herausgegeben.

### **9.1.7 Internet**

#### **Zugang zum Internet**

Einer Hamburger Studie zufolge verfügten 45,7 Prozent der Bundesbürger über einen Internetzugang; ca. 30 Prozent nutzt diese Möglichkeit (vgl. Gruner und Jahr Media- Service: On Screen Band I, Hamburg 2000). Die aktuelle JIM-Studie (Jugend, Information und Multimedia), vom medienpädagogischen Forschungsverbund Südwest, zeigt, dass 81 Prozent der 12- bis 19-Jährigen Computererfahrung haben und 57 Prozent – nimmt man zumindest seltene Nutzung als Maßstab- Internetuser sind. 50 Prozent dieser Nutzer sind zumindest mehrmals pro Woche im Netz. Außerdem zeigte sich eine ausgesprochen positive Einstellung der Jugendlichen zum Internet. Damit wird das Internet zu einem bedeutsamen Zugangsinstrument für jugendliche Zielgruppen in der Prävention.

Eine systematische Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten und des Nutzungsverhaltens wird in Deutschland durch ein Programm der Kultusminister und der Industrie unter dem Namen „Schulen ans Netz“ angestrebt. Inzwischen konnten bereits 13.000 Schulen ans Internet angeschlossen werden. Bis Ende 2001 sollen alle Schulen in Deutschland einen Anschluss erhalten haben. Weitere Initiativen, z.B. Kooperationen mit der Wirtschaft, zielen auf die Versorgung der Schulen mit der nötigen Hardware ab.

Mit der zunehmenden Verbreitung und Veränderung alltäglicher Kommunikationsformen durch sogenannte neue Medien - insbesondere PC, E-Mail, Handy und Internet- sind auch die Möglichkeiten der Gestaltung sowie Vermittlung nachfragereduzierender Maßnahmen gewachsen und einer qualitativen Veränderung unterworfen.

#### **Internet in der Suchthilfe**

Sowohl im Bereich der Suchthilfe, insbesondere den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen wie auch den Institutionen der Prävention wird vermehrt auf den Einsatz elektronischer Medien gesetzt. In diesem Zusammenhang ist auch ein verstärkter Trend zur zunehmenden Vernetzung verschiedener Institutionen und der Bündelung von Informationen, z.B. durch die Einrichtung von Portalen, festzustellen. So sind beispielsweise in Nordrhein-Westfalen zur Zeit 43 Fachstellen für Suchtvorbeugung über ein zentrales Internetportal ([www.suchtvorbeugung.de](http://www.suchtvorbeugung.de)) zu erreichen, welches gleichzeitig mit dem Informationsserver der dortigen Landeskoordinierungsstelle und dem nordrhein-westfälischen Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit vernetzt ist. Auch in anderen Bundesländern, wie zum Beispiel in Hamburg, gibt es entsprechende Tendenzen. Aber es kommt auch zu länderübergreifenden Aktivitäten in diesem Bereich. So haben die fünf norddeutschen Länder in Verbund mit Brandenburg ein Portal mit 20 Fachforen zu Themen der Suchtprävention eingerichtet ([www.open-spacesuchtpraevention.de](http://www.open-spacesuchtpraevention.de)), welches

seit Anfang 2001 allen Fachkräften der Suchtprävention zum Informationsaustausch und zur Fachdiskussion zur Verfügung steht. Die Nutzung dieser Medien ist allerdings noch recht begrenzt.

Über die Zugangsmöglichkeiten der Institutionen, Verbände und Einrichtungen des Hilfesystems zum Internet und zu E-Mail liegen auch 2001 keine quantifizierbaren Ergebnisse vor. Im Alltag zeigt sich, dass Verbände und Organisationen in der Regel über die entsprechenden Zugänge verfügen. Bei Behandlungseinrichtungen ist dies eher noch die Ausnahme.

Auch lokale Beratungseinrichtungen (z.B. in Frankfurt) erproben eine persönliche Beratung über das Internet. Ein Beispiel für ein Peer-to-Peer-Projekt im Internet ist das multimediale Beratungsangebot „JugendLine“ des Landratsamtes Hohenlohekreis, in dessen Rahmen Jugendliche am Telefon, im Internet per Email und Chat, per Fax und per traditioneller Post andere Gleichaltrige zu allen Fragen, die der Alltag und die Lebenswelt der Jugendlichen mit sich bringt, beraten. Das Angebot wird entsprechend der Bedürfnisse von Jugendlichen ständig erweitert bzw. angepasst.

Seit 2000 gibt es auch eine Website der DBDD, des deutschen Knotenpunktes der EBDD. Vorrangiges Ziel ist dabei nicht die Selbstdarstellung der DBDD, sondern die Nutzung der Site als Informationszentrale und Schnittstelle für möglichst viele Personen aus dem Bereich der Nachfragereduzierung. In diesem Jahr wird außerdem eine Verknüpfung und Optimierung der unterschiedlichen Informationsquellen der im deutschen Knotenpunkt zusammenarbeitenden Institutionen (IFT/DHS/BZgA) vorbereitet. Zunächst soll eine Bestandsaufnahme und Analyse der vorhandenen Daten- und Informationsquellen erfolgen sowie eine Auswertung des Nutzerverhaltens. Die Ergebnisse sollen im Folgejahr zu einer Optimierung und Anpassung der DBDD-Homepage genutzt werden.

### **Einzelne Projekte im Zusammenhang mit dem Internet**

Das Internet bietet allen Anbietern die Möglichkeit mit selbstgewählten Inhalten und Themen in die Öffentlichkeit zu treten. Während eine Vielzahl von Organisationen das Medium wie einen elektronischen Jahresbericht zur Selbstdarstellung der eigenen Angebote, Projekte und Dienstleistungen versteht, nutzen andere die kommunikativen Möglichkeiten im Sinne einer neuen Form der personalen Kommunikation mit Endzielgruppen. Dabei richten sich auch einige Angebote der Drogenaufklärung an Jugendliche, für die das Medium Internet besonders attraktiv ist. So ist am 21.07. diesen Jahres das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiierte und in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH (Delphi) in Berlin entwickelte Internetprojekt „[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)“ gestartet. Hier sollen vor allem drogenaffine Jugendliche direkt über das Internet angesprochen werden. drugcom.de hat vier Hauptbereiche: druginfo, drugworks, drugtalk und freestyle.

„druginfo“ versucht auf spielerische und interaktive Weise dazu zu animieren, sich selbst mit dem Thema Drogen und mit dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen. Für unterschiedliche Drogen stehen derzeit vier Selbsttests zur Verfügung. Am Ende der Tests

erfolgt eine persönliche Auswertung und Kommentierung der Ergebnisse. Zusätzlich steht in diesem Bereich ein Drogenlexikon zur Verfügung.

„drugworks“ möchte auch eine Plattform für die Veröffentlichung und Gestaltung eigener Ideen und Meinungen zum Themenkomplex Sucht und Drogen sein. Schulen, Jugendfreizeitheime und andere gesellschaftliche Institutionen der Jugendförderung sind eingeladen, Arbeiten zu spezifischen Themen der Suchtprävention mit Jugendlichen zu gestalten und hier vorzustellen. Das können eigene Internetseiten, Filme, Fotostories, Comics oder auch Texte sein. Die gesammelten Arbeiten bilden einen Ideenpool, der wiederum Anknüpfungspunkte und Inspirationen für neue Aktivitäten und Ideen bietet.

Mit dem Bereich „drugtalk“ bietet auch drugcom.de die Möglichkeit zum ausgiebigen Chatten – vor allem über die Themen Sucht und Drogen, aber auch alles andere, was Jugendliche betrifft. Im Schutz der Anonymität können die User hier auf einer persönlichen Ebene ihre Erfahrungen austauschen. Geleitet werden die Chats von Moderatoren, die erfahren genug sind, um auch kompetente Beratung zu bieten. Bei besonderen Problemen besteht ebenfalls die Möglichkeit der privaten Beratung: Hierfür steht eine Beraterin/ein Berater zur Verfügung, mit der/dem sich der Besucher in eine Beratungs-Area zurückziehen kann, die für andere unzugänglich ist.

Zu einer erfolgreichen Suchtprävention gehört es auch, positive Alternativen zu zeigen und darzustellen, dass Spaß jenseits von Drogenkonsum möglich ist. Auch wer Fun und Action sucht, wird deshalb bei drugcom fündig. Im Bereich „freestyle“ gibt es eine Fülle von Angeboten aus jugendnahen Bereichen wie Musik- und Clubszene, Games, Kino, Trendsport oder Mode.

In Sachsen laufen zwei Landesprojekte zur Suchtprävention mit Hilfe des Internets, die sich an Jugendliche und deren Betreuer („Ikarus“) bzw. an bereits Drogenerfahrene („Drug Scouts“) richten.

## **9.2 Hilfen zur Schadensreduzierung**

### **9.2.1 Aufsuchende Arbeit**

Aufsuchende Drogenarbeit ist ausgerichtet auf eine proaktive, niedrighschwellig angelegte begleitende Stützung von Menschen, ohne dass Suchtberatung oder Suchttherapie im Vordergrund stehen. Über diesen Ansatz wird das System der Drogenhilfe mit der Lebenswelt der Drogenkonsumenten verbunden. Aufsuchende Arbeit ist überwiegend Streetwork und trägt die Problemlagen der Drogenszene in das System der Drogenhilfe. Sie steigert damit auch die Akzeptanz von professionellen Hilfeangeboten bei den Drogenkonsumenten. Ziele aufsuchender Arbeit sind die Erweiterung und Verbesserung der Kontakte zu Personen mit schädlichem oder abhängigen Drogenkonsum und die Intensivierung von Unterstützungs- und Veränderungsprozessen bei dieser Klientel. Aufsuchende Arbeit richtet sich an Personen, 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. Hinzu

kommt ein ordnungspolitischer Ansatz, offene Drogenszenen möglichst aufzulösen und Betroffene an entsprechende Hilfeinrichtungen zu verweisen. Wesentliche Aufgaben der aufsuchenden Arbeit sind die Kontaktaufnahme und der Aufbau tragfähiger Beziehungen, begleitende soziale Unterstützung im Sinne von Notfallhilfe, Krisenintervention und Sozialberatung sowie Arbeit im institutionellen Umfeld durch Anbindung an Hilfeinrichtungen und nicht zuletzt Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit. Aufsuchende Arbeit ist auch Teil des Forschungsprojekts zur heroingestützten Behandlung.

Spezifische Ausbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der aufsuchenden Arbeit gibt z.B. in Nürnberg. Dort wird alle zwei bis drei Jahre ein berufsbegleitender Weiterbildungslehrgang „akzeptierende Drogenarbeit“ aufgelegt. Zwei weitere Träger bieten berufsbegleitende Qualifizierung mit dem Ziel „Suchtberatung“ bzw. „Sozialtherapie“ auch für Fachkräfte in der aufsuchenden Arbeit an.

### **9.2.2 Niedrigschwellige Angebote**

Zielgruppen der niedrigschwelligen Hilfen sind zum einen aktuelle Drogenkonsumenten mit einer massiven Drogenproblematik. Oft fehlen bei ihnen soziale Kontakte und es bestehen Defizite in den Bereichen Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Einkommen sowie körperliche, soziale und seelische Folgeschäden des langjährigen bzw. intensiven missbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Suchtmitteln. Dabei stehen im Vordergrund die Ziele der Sicherung des Überlebens, die Verhinderung von körperlichen Folgeschäden, die Sicherung der sozialen Struktur der Betroffenen und die Erhaltung und Verbesserung von körperlicher und psychischer Gesundheit.

Daneben werden durch solche Angebote auch Personen mit vergleichsweise wenig relativ problematischem Drogenkonsum - etwa im Zusammenhang mit Ecstasy - erreicht. In diesen Fällen ist das Ziel vor allem, einen Umstieg zu riskanteren Konsumformen zu vermeiden und möglichst frühzeitig die Verbindung zu Beratung und sachgerechter Information sicher zu stellen. Die begriffliche Abgrenzung von „niedrigschwelligen“ Angeboten von den übrigen Maßnahmen im Umfeld von Drogenproblemen ist in der Praxis oft schwierig.

#### **Angebote für Drogenkonsumenten mit weniger problematischem Drogenkonsum**

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Drogenkonsumenten bereits relativ früh bei Institutionen der Strafverfolgung auffällig werden. Die Neufassung des Betäubungsmittelgesetzes hat dazu geführt, dass die meisten Strafverfahren gegen diese Personen bereits von der Staatsanwaltschaft eingestellt werden. Es ergibt sich jedoch die Möglichkeit zur Frühintervention mit dem Ziel, einen dauerhaften oder problematischeren Konsum von Drogen zu vermeiden. Das Projekt „Frühintervention für erst auffällige Drogenkonsumenten“ (FreD) versucht, fundierte Informationen über Drogenkonsum und seinen Risiken zu vermitteln und damit eine kritische Selbstreflexion bei den jungen Drogenkonsumenten anzustoßen. Das Projekt wurde im Herbst 2000 in Kooperation mit einer Reihe von Bundesländern ( u.a. Berlin, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern) begonnen.

Ein Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung im Bundesland Nordrhein-Westfalen diente der Evaluation von Informationsmaterial über Risiken bestimmter Drogen und den Umgang damit im Rahmen von Techno- und Raveveranstaltungen (Schroers & Schneider 1998). Die Befragung (N=385) ergab bei den Besuchern eine starke Verbreitung diverser Drogen: 1/3 nahm Cannabis täglich, 1/3 Ecstasy und Amphetamine „häufig einmal pro Woche“. Mehrfachkonsum war verbreitet. Die Materialien und das Vorgehen wurden positiv und als hilfreich bewertet.

In Sachsen laufen zwei Landesprojekte zur Suchtprävention mit Hilfe des Internets, die sich an Jugendliche und deren Betreuer („Ikarus“) bzw. an bereits Drogenerfahrene („Drug Scouts“) richten.

### **Angebote für Drogenkonsumenten mit massiven Drogenproblemen**

Niedrigschwellige Angebote sind auf Schadensminimierung zielende Maßnahmen, die in den letzten zehn Jahren in Deutschland für Konsumenten illegaler Drogen eingeführt wurden. Sie sind entweder bei Drogenberatungsstellen angesiedelt oder als eigenständige Einrichtungen etabliert. Dazu gehören Kontaktläden, die Lebensmittel, Körperpflege, Kleiderkammern, Spritzenaustausch, problembegleitende Beratung und Vermittlung in weiterführende medizinische und psycho-soziale Hilfen anbieten. Für obdachlose Drogenabhängige werden in einigen Großstädten auch Notschlafeinrichtungen vorgehalten. Häufig gibt es medizinische Betreuung. Niedrigschwellige Angebote werden nahezu ausschließlich von Einrichtungen gemeinnütziger Träger, die in einigen Großstädten (Berlin, Frankfurt, Hamburg, München) in diesem Bereich auch Kooperationen miteinander eingegangen sind. Es wird in Deutschland zunehmend wichtig, auch muttersprachliche Angebote für ausländische und deutsche Drogenabhängige mit unzureichenden Deutschkenntnissen zu machen. Durch die Einstellung von Fachkräften z.B. mit türkischen oder russischen Sprachkenntnissen können weitere wichtige Zielgruppen der Drogenhilfe auch im Bereich niedrigschwelliger Hilfen erreicht werden.

Ebenso notwendig können niedrigschwellige Angebote für Eltern oder Elternteile mit Kindern sein. Bisher hat sich allerdings nur in Hamburg eine derartige Einrichtung etablieren können. Die Situation der Kinder Drogenabhängiger auf der offenen Szene wird aber bei den Fachdiensten zunehmend problematisiert.

Seit einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ist es möglich, dass unter Einhaltung bestimmter Standards und auf der Basis von Richtlinien der Landesbehörden Drogenkonsumräume eingerichtet werden können, in denen Abhängige ihre Drogen unter hygienischen Bedingungen konsumieren können. Insgesamt liegen bisher kaum Forschungsergebnisse zu diesem Themenbereich vor. Da in den entsprechenden Kommunen in der Regel eine Reihe von Veränderungen im Umgang mit der Drogenproblematik gleichzeitig getroffen wurden, sind die Effekte der einzelnen Maßnahmen nur schwer zu bewerten.

Auf der Grundlage der Zahlen des Jahres 2000 kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland rund 75 – 100 Einrichtungen niedrighschwellige Angebote machen und etwa 15 Einrichtungen Notschlafstellen für Drogenabhängige bereit halten.

### 9.2.3 Prävention von Infektionskrankheiten

Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B und C oder Tuberkulose werden in Deutschland vor allem durch niedrighschwellige Kontakt- und Kriseninterventionsstellen angeboten. Auch Projekte oder Einrichtungen, deren Zielgruppe drogengefährdete Personen oder mit Drogen experimentierende Gruppen sind, verfügen häufig über Angebote zur Prävention von Infektionskrankheiten. Zu den regelmäßigen Angeboten zählen Spritzentausch, die kostenlose Vergabe von Kondomen und Beratung.

Sterile Spritzen können in Apotheken zu günstigen Preisen gekauft werden. Wenn seitens des Drogenabhängigen kein Geld vorhanden ist, sind die Apotheken zur kostenlosen Abgabe steriler Spritzen verpflichtet. Sie können aber auch an Spritzenautomaten oder Spritzentauschstellen der AIDS- und Drogenhilfen kostenlos erhalten oder getauscht werden. In einigen deutschen Großstädten gibt es darüber hinaus mobile Spritzentauschangebote für i.v.-Drogenkonsumenten. Auch zur Prävention von Hepatitiden werden in Deutschland infektionsprophylaktische Maßnahmen für Suchtgefährdete und Drogenabhängige angeboten. In Berlin wird seit 1996 vom Verein Mobilfix/Fixpunkt e.V. Hepatitis-Aufklärung und -impfung für Drogenkonsumenten durchgeführt. Ein „Hepatitis mobil“ befindet sich an einem szenenahen Treffpunkt. Zielgruppe der Hepatitis A und B Impfungen und Beratungen sind i.v. Drogenkonsumenten und Klienten, bei denen eine hochgradige Gefährdung zum Einstieg in den i.v. Drogenkonsum vorliegt (z.B. Sniefer, Raucher von Heroin oder Kokain). Die deutsche AIDS-Hilfe klärt im Rahmen von „safer use“ auf ihrer Homepage [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) <http://www.aidshilfe.de/html/service/drogen/spritzen.htm> über Risiken im Umfeld von Drogen, insbesondere in Hinblick auf den i.v. Konsum hin. i.v. Konsum und besonders riskante Applikationsformen sind vor allem in den Gefängnissen zu finden. Projekte zur Spritzenvergabe zeigen Möglichkeiten, hier aktiv zu werden (Details siehe Kapitel 13).

Kondome zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten sind für die Gruppe der Drogenabhängigen relativ leicht erhältlich. Auf lokaler Ebene werden sie im Rahmen von niedrighschwelliger Drogenarbeit häufig kostenlos verteilt. Für geringe Beträge sind sie auch in Apotheken oder Supermärkten oder an Automaten in Bars oder Diskotheken erhältlich. Anonymes AIDS-Testen wurde lange Zeit vom Bundesgesundheitsministerium gefördert. In vielen deutschen Gesundheitsämtern ist eine kostenlose HIV-Testung mit anschließender Beratung möglich. Während das Erbmaterial von HIV durch den „PCR“-Test bereits nach zwei bis drei Tagen nachweisbar ist, können HIV-Antikörper erst nach ca. drei Monaten nachgewiesen werden. Als erstes Verfahren wird der „ELISA“-Test eingesetzt. Bei positivem Ergebnis wird ein weiterer Antikörpertest eingesetzt, der sogenannte „Western-Blot“. Antikörper gegen HIV-1, HIV-2 und ihre Untertypen können hierdurch nachgewiesen werden. 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.

Neben diesen Angeboten gibt es spezielle Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten. INDRO e.V. bietet beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Stadt Münster spezielle „Safer Use“ Materialien in russischer Sprache für Migranten an. In einem zweijährigen Modellprojekt wurden in zwei Niedersächsischen Strafvollzugsanstalten Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe etabliert (vgl. Meyenberg et al 1999). In Hamburg wurde 2000 der erste Drogenkonsumraum speziell für weibliche Konsumenten eröffnet.

## 9.3 Behandlung

### 9.3.1 Behandlung und Gesundheitsfürsorge auf nationaler Ebene

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:

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

#### Die Behandlungsphasen

Die Behandlung ist entsprechend dem o.a. Phasenmodell strukturiert, wobei das Ziel der Kontaktphase die Erlangung, der Erhalt und die Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung ist.

In der **Entgiftungs- oder Entzugsphase** werden im Rahmen des „qualifizierten Entzugs“ in multiprofessionellen Teams die verschiedensten Aspekte der Abhängigkeit bereits während der Entzugsphase bearbeitet. Bestandteil sind auch gruppentherapeutische Informations- und Motivationseinheiten, mit denen die Motivationsarbeit der Kontaktphase auch während der Entgiftung fortgesetzt wird. Die Dauer der Entgiftungs- und Entzugsphase kann je nach Einzelfall zwei bis sechs Wochen betragen. Sie wird in Deutschland bisher überwiegend stationär durchgeführt.

In der Entwöhnungsphase soll die durch die Entgiftung erreichte Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig beendet werden. Entwöhnungsbehandlungen können ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Für Drogenabhängige ist eine Regelzeit von sechs Monaten vorgesehen. Stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in der Regel in Fachkliniken, therapeutischen Gemeinschaften oder spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser durchgeführt. Besondere stationäre Angebote bestehen für Frauen, Eltern mit Kindern, Minderjährige oder abhängige Migranten. Im Mittelpunkt der

Behandlung stehen einzel- und gruppentherapeutische Angebote, Arbeitstherapie, Sport und kreative Angebote.

Die **Integrations- und Nachsorgephase** ist neben den im Abschnitt 9.5 dargestellten Angeboten bei der Behandlung Drogenabhängiger überwiegend auf die „Adaptionsphase“ bezogen. In dieser Phase werden die individuellen therapeutischen Anwendungen zu Gunsten der Außenorientierung in Hinblick auf eine Integration und Arbeit und Gesellschaft zurückgenommen. Dabei unterstützen die Fachdienste der Arbeitsverwaltung sowie der Rentenversicherungsträger die Klienten bei ihrem Bemühen zur Integration in die Gesellschaft.

Für die Behandlung sollte ein Hilfeplan entwickelt werden. An seinem Beginn steht eine Beratung, die medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Anamnese umfasst. Dabei steht im Mittelpunkt eine Vereinbarung zwischen Fachkräften und Klienten über den Hilfeprozess. Im Hilfeplan sollen alle regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung und Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden, um die individuell am besten geeigneten Maßnahmen zu wählen. Ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit hat gezeigt, dass für den Prozess der Hilfeplanung das „Case-Management“ große Bedeutung hat.

Die Dauer insbesondere der stationären Entwöhnungsbehandlung ist aufgrund von Kosteneinsparungen der Leistungsträger in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Eine Übersichtsarbeit von Sonntag & Künzel (2000) zieht den Schluss, dass Therapie von alkohol- und drogenabhängigen Patienten ohne Qualitätsverluste bis auf eine Dauer von 3 bis 4 Monate gekürzt werden kann, wenn bestimmte Bedingungen vorliegen: keine überdurchschnittliche Ausprägung der Störung, Anpassung des Therapiekonzepts an die verkürzte Behandlungszeit. u.U. Intensivere Behandlung in der verbleibenden Zeit.

In einer Studie zum antagonist-induzierten narkosegestützten Opiatentzug (Tretter et al 2001) („Turbo-Entzug“) wurde Verlauf und Ergebnis dieser Entzugsbehandlung bis zu 12 Monate nach Behandlungsende untersucht. Dabei wurden überwiegend mit Methadon substituierte Personen unter Narkose mit Hilfe von Naltrexon entzogen. Die Behandlung war mit im Mittel 6,3 Tagen sehr kurz. Allerdings wies 50% der Patienten im ersten Monat danach ein (sehr)schlechtes Allgemeinbefinden auf. Die Abstinenzrate von harten Drogen nach 6 Monaten lag bei 33%. Die Patienten waren durchschnittlich zufrieden mit der Behandlung.

### **Die Durchführung von Behandlung**

Die Behandlung hat im gegliederten System der Sozialversicherung in Deutschland unterschiedliche Organisationsformen entwickelt. Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug überwiegend in sogenannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen vorgenommen. 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. In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen.

Alle diese Angebote verfolgen das Ziel der Stabilisierung der Drogenabstinenz. Nicht drogenfreie Behandlungsangebote gibt es lediglich im Bereich der Substitution (siehe dort), mit der allerdings wesentlich mehr Drogenabhängige erreicht werden. Bisher ist es noch nicht zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung in Deutschland und das Spezialexsystem der Drogenhilfe zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser.

Zu den wesentlichen Standards der Behandlung der Drogenabhängigkeit gehört die Mitarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus den Bereichen der Sozialarbeit/ Pädagogik, Psychologie und Medizin. 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.

### **Finanzierung und Trägerschaft**

Drogenhilfe erreicht in Deutschland einen hohen Prozentsatz von Abhängigen, wobei der Schwerpunkt der Hilfen auf der Substitution liegt. Schätzungen aus dem Jahr 2000 gehen davon aus, dass zu jedem Stichtag im Jahr rund 50.000 Personen in Substitutionsbehandlung sind. Es gibt etwa 300 spezialisierte Drogenberatungsstellen und weitere rund 700 Suchtberatungsstellen, die Drogen neben anderen psychotropen Substanzen bearbeiten. Mehr als 1.500 Entzugsplätze für Drogenabhängige und etwa 5.000 Plätze finden sich in der Drogenentwöhnung. Weitere Suchtberatungsstellen stehen für Drogen- und andere Problemfälle offen. Im Jahr 1999 wurden von den Rentenversicherungsträgern insgesamt 564 ambulante Entwöhnungsbehandlungen und 7.164 stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige bewilligt. Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und kommerzielle Träger tätig.

Ausstiegshilfen und Therapie werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird etwa ein Drittel der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Gemeinden finanziert. Ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht nicht. Ebenso müssen sich Einrichtungen auf eine jährliche Finanzierung einstellen. Bei der Entgiftungs- und Entzugsphase liegt die Federführung in Händen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Entwöhnungsbehandlung ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, die diese Behandlung als medizinische Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen ihrer Leistungen finanziert. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf

wesentliche Ausnahmen keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier auf individuelle Finanzierungsmodelle angewiesen.

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig sein. Für die Rehabilitation hat dazu hat der Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) als Zusammenschluss aller Rentenversicherer in Deutschland Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, nach denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine ‚Empfehlung zur Anerkennung‘ erhalten können.

### 9.3.2 Substitutionsgestützte Behandlung

Bis zu Beginn der 80er Jahre war der Einsatz von Substitutionsmitteln bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland nur in Einzelfällen möglich. Niedergelassene Ärzte waren an der Behandlung der Drogenabhängigkeit abgesehen von Notfällen, Folgeerkrankungen und dem gelegentlichen Verschreiben von Ersatzstoffen nicht beteiligt. Seit etwa 1985 wurden diese aber zunächst mit der Verschreibung legaler opiathaltiger Ersatzstoffe (wie z.B. Codein und Dihydrocodein) und seit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Anpassung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) von 1992 mit der Substitution durch Methadon stark in die Abhängigkeitsbehandlung einbezogen. Eine Zusammenfassung für das Land Hessen zeigt, dass mehr als 80% aller im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Substitution zugelassenen Ärzte Allgemeinärzte sind. Psychiater und Substitutionsambulanten spielen zahlenmäßig nur eine geringe Rolle (Hessisches Sozialministerium 2001).

Seit Ende 1999 ist die substitutionsgestützte Behandlung von Drogenabhängigen mit Codein/ Dihydrocodein nur noch in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig. Kalke et al. (2001). untersuchten an 165 Personen in Substitution, ob durch die gesetzlich angeordnete Umstellung der Substitution von Codein auf Methadon als Standardpräparat Probleme verursacht wurden. Er stellt fest, dass bei 73% der Fälle keine Probleme auftraten und die Mehrzahl der Patienten ihre Situation mit der neuen Medikation als besser beurteilen. In 19% musste wieder auf Codein zurückgegriffen werden - vor allem bei Personen, die schon deutlich länger mit dieser Substanz substituier worden waren.

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMG-ÄndG) vom 28. Februar 2000 kann nun durch Verordnungen die Praxis der Substitution genauer geregelt werden. Ab 1. Juli 2002 sind auf dieser Grundlage entsprechend den Vorgaben der 15. BtMÄndVV alle substituierenden Ärzte verpflichtet, eine spezielle Qualifikation zu erwerben. Details werden durch die Ärztekammern definiert. Häufig bieten diese bereits Kurse in „suchtmedizinischer Grundversorgung“ an. Ausgenommen von dieser Regelung sind Ärzte, die bis zu drei Personen zur gleichen Zeit substituieren: hier kann die Behandlung in Zusammenarbeit mit einem entsprechend qualifizierten Kollegen auch ohne eigene Zusatzqualifikation stattfinden („Konsiliarisregelung“).

Im gleichen Gesetz ist ein Register für substituierte Patienten verankert, das mit dem 15. BtMÄndV ausgestaltet wurde. Damit soll die Mehrfachverschreibung durch den Besuch

mehrerer Ärzte ebenso wie die steigende Verfügbarkeit von Substitutionsmitteln auf dem Schwarzmarkt bekämpft werden. Das Substitutionsregister wird zentral beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Ab 1. Juli 2002 müssen alle Ärzte, die ein Substitutionsmittel für einen Patienten verschreiben, dies in anonymisierter Form bei diesem Register mitteilen. Ist der Patient zur gleichen Zeit in einer anderen Substitutionsbehandlung, stellt diese Stelle den Kontakt zwischen den beiden Ärzten mit dem Ziel der Absprache her. Die Meldungen werden ebenfalls in Hinblick auf die verschreibenden Ärzte überprüft, um deren Berechtigung zur Durchführung des Substitutionsverfahrens festzustellen.

Die Verschreibung von Substitutionsmitteln darf nach den Vorgaben der BtmVV entsprechend der 15. BtmÄndV nur erfolgen, wenn diese bestimmungsgemäß verwendet werden und kein riskanter Beikonsum anderer Substanzen vorliegt. Dazu muss der Patient zunächst Substitutionsmittel täglich beim Arzt einnehmen. Eine Menge von bis zu 7 Tagesdosen kann dem Patienten zu einem späteren Zeitpunkt mitgegeben werden, wenn kein riskanter oder missbräuchlicher Beikonsum anderer Stoffe vorliegt („take-home“ Verschreibung). Bei Auslandsaufenthalten (z.B. Urlaub) kann auch eine größere Menge bis zu maximal 30 Tagesdosen pro Jahr verordnet werden.

Da es sich bei der Substitution grundsätzlich um eine Leistung der Krankenversicherungen handelt, stellen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur „Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V“ die Voraussetzungen für eine Finanzierung der Substitutionen dar. Da die Kosten der psycho-sozialen Begleitung von den Kostenträgern der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht als Regelleistung anerkannt sind, erfolgt die Behandlung faktisch oft auch ohne eine psychosoziale Begleitung der Klienten. Im Saarland werden im Rahmen eines Modellprojekts psycho-soziale Behandlungselemente durch öffentliche Mittel finanziert und direkt in der Arztpraxis angeboten (**Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes 2000a, 2000b**). Kern der Richtlinien des Bundesausschusses ist eine differenzierte Indikationsbestimmung, so dass eine Abrechnung mit der Krankenkasse nur bei Vorliegen einer Begleiterkrankung möglich ist. Wird Substitution über Landesprogramme oder Privatrezepte niedergelassener Ärzte bezahlt, so finden diese Richtlinien keine Anwendung. Neben den niedergelassenen Ärzten gibt es in Deutschland vor allem in den Großstädten (z.B. Berlin, Frankfurt, Hannover, Köln) einige Substitutionsambulanzen und vergleichbare spezialisierte Einrichtungen. Im Unterschied zu vielen Arztpraxen ist die psycho-soziale Betreuung hier einfacher zu gewährleisten.

Die Behandlung soll gesundheitlich und psycho-sozial stabilisieren, aber auch zur Annahme weiterführender Hilfen im Sinne einer mittel- bzw. langfristigen Loslösung aus der Drogenszene und Drogenbindung führen. Sie verbessert die Erreichbarkeit von Klientengruppen, die bisher keinen Kontakt mit dem Hilfesystem hatten oder den Kontakt seit längerem abgebrochen haben und erhöht damit die Überlebenschance in Phasen der akuten Drogenabhängigkeit. Einher geht die Stabilisierung des gesundheitlichen Status von langjährig Abhängigen und die Verhinderung von körperlichen Folgeschäden des Heroingebrauchs. Als wesentliches Ziel werden ferner die Sicherung der sozialen Umgebung der Betroffenen

durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, ggf. der Arbeit und die Unterstützung der Familienstrukturen sowie die einhergehenden Bemühungen zur Verhinderung sozialer Desintegration angesehen. Da Substitution auch längere Abstinenzphasen ermöglicht, vermag sie zu einer Einsicht in die Grunderkrankung und der Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs des Drogenabhängigen, dem ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfeinterventionen folgen sollten, beizutragen.

Die Zahl der substituierten Patienten in Deutschland sowie die damit erzielten Erfolge sind durch das Fehlen geeigneter Dokumentationssysteme für diesen Bereich nicht direkt ermittelbar. Schätzungen gehen von etwa 60.000 Personen in Substitution für das Jahr 2000 aus. Exakte Klientenzahlen sind ab dem Jahr 2002 auf der Basis der Meldungen an das Zentralregister zu erwarten.

#### **9.4 Nachsorge und Reintegration**

Nachsorge und Reintegration werden in Deutschland nur zu einem geringen Teil durch Zuschüsse von Ländern und Gemeinden oder Sozialversicherungsträgern finanziert. Eine sozialgesetzliche Finanzierungsgrundlage besteht nicht. Das hat dazu geführt, dass neben den Trägern stationärer Einrichtungen rund 150 überwiegend frei-gemeinnützige Träger eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote zur Nachsorge und Integration machen, die abhängig von regionalen Notwendigkeiten und Gegebenheiten sind.

Integrationsangebote der Drogenhilfe haben sich in den letzten Jahren umfassend entwickelt. Sie sind nicht mehr letztes Glied in einer Behandlungskette, sondern müssen ein Angebot in jeder Phase des Hilfeprozesses sein. Das heißt, dass diese Angebote sowohl für Suchtmittel konsumierende Menschen, für substituierte Personen, während und nach medizinischer Rehabilitation, aber auch nach der Kontaktpphase vorgehalten werden und erreichbar sein müssen

Bis zu 80% der Drogenabhängigen sind arbeitslos, etwa 50% verfügen nicht über eine Ausbildung, etwa 60 bis 70% haben keinen ausreichenden Schulabschluss und etwa 20% leben in einer instabilen Wohnsituation. Dadurch ergeben sich für Nachsorge und Integration vielfältige Aufgabenfelder. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Entwicklung der Drogenabhängigkeit häufig einher ging mit einem Versagen in Schule und Beruf. Zur Behandlung der Drogenabhängigkeit gehört deshalb eine Qualifizierung in diesem Bereich untrennbar dazu. Angesichts von rund 60.000 Substituierten in Deutschland pro Jahr müssten für mindestens 30.000 Personen Angebote im Bereich der Integration zur Verfügung stehen. Tatsächlich erreichen die bestehenden Hilfen im Bereich Arbeit/Qualifizierung etwa 1.500 Personen, im Bereich Bildung etwa 300 Personen, im Bereich Wohnen etwa 2.000 Personen und Kultur (Theater, Musik, Kunst etc.) bestenfalls 200 Personen.

### 9.4.1 Ausbildung und Training

Angesichts der Defizite von Drogenabhängigen in den beruflichen Situationen sowie ihrer langen Fehlzeiten innerhalb der Berufsverläufe, angesichts mangelhafter Schulbildung und Berufsausbildung sind Ausbildung und Training wesentliche Faktoren der Integration.

Dazu gibt es an einigen Orten Schulprojekte, in denen Haupt- und Realschulabschlüsse nachgeholt werden können. Weiter verbreitet sind Projekte, in denen eine Berufsausbildung begonnen werden kann, wobei hier durch enge Kooperation mit Handwerk und Industrie vielfach keine Spezialeinrichtungen der Suchthilfe notwendig sind. Trainingsmaßnahmen werden angeboten, um Schlüsselqualifikationen wie z.B. Durchhaltevermögen, Konzentrationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Kritikfähigkeit usw. (neu oder wieder) zu erlernen. Dazu gehören schulische und berufliche Maßnahmen, die den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechen, z.B. Bewerbungstraining, Qualifikationsmaßnahmen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte und Praktika/Hospitationen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Eine Quantifizierung dieser Maßnahmen ist nicht möglich.

Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen haben tagesstrukturierende Maßnahmen durch Arbeit und sinnvolle Beschäftigung besondere Bedeutung. Die Konfrontation mit Alltagsrealitäten erhöht die soziale Kompetenz, stellt soziale Beziehungen her und führt zu einer selbständigen und von Hilfe unabhängigen Lebensweise. Maßnahmen der Tagesstrukturierung sind z.B. Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie und Arbeits- und Beschäftigungsprojekte.

### 9.4.2 Beschäftigung

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte sind Teil des Verbundsystems der Drogenhilfe. Sie bieten vielfältige Möglichkeiten der allmählichen Gewöhnung an Arbeitstätigkeiten und an Arbeitsabläufe - bis hin zur Vollzeitarbeit - an. Nach Ablauf der Projektzeit sind die Chancen zur Wiedereingliederung der betroffenen Personen in den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. zur Vermittlung in weiterführende Maßnahmen der Fortbildung und Umschulung realistischer. Da die Aufgaben von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten nicht von den klassischen Angeboten der Drogenhilfe mit übernommen werden können, sind sie zu eigenständig arbeitenden Fachbereichen des Hilfesystems geworden. Dazu hält Drogenhilfe ein breites Spektrum von Betrieben und Maßnahmen bereit.

Ein Modellprojekt, das in Bayern und anderen Bundesländern im ländlichen Raum durchgeführt wurde, kombiniert Therapie im Rahmen von ambulanten Beratungsstellen mit der Mitarbeit in kleinen bäuerlichen Betrieben. Der Abhängige wohnt während dieser Zeit auch in diesen Bauernhöfen. Die Ergebnisse des Modellprojekts sind trotz deutlich niedrigerer Kosten insgesamt besser als die Ergebnisse der üblichen stationären Behandlungen. Ein ähnliches Projekt fand in Schleswig-Holstein statt, wo Drogenabhängige in kleinen Handwerksbetrieben arbeiteten. Allerdings zeigt sich, dass diese Art von Behandlung nicht für jeden Klienten geeignet ist (**Küfner et al. 2000**).

### **9.4.3 Wohnen**

Bei den sozialen Wiedereingliederungsmaßnahmen steht das betreute Wohnen an erster Stelle. Dieses ist ein übergeordneter Begriff für unterschiedliche Formen der Wohnbetreuung in der Drogenhilfe. 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. Im betreuten Wohnen leben Menschen, die der regelmäßigen jedoch nicht ständigen Betreuung durch Fachkräfte bedürfen.

## **9.5 Interventionen im Strafvollzug**

Informationen zu diesem Thema finden sich im Spezialkapitel 13.

## **9.6 Spezifische Ziele und Settings**

### **9.6.1 Selbsthilfegruppen**

Gerade durch gemeinsame Projekte und regelmäßige Auseinandersetzungen entsteht in der Selbsthilfe eine Identifikation, die konstruktiv genutzt werden kann. Sie wird durch alltägliche Anforderungen erhalten, die sich sowohl im Dienst an der Gemeinschaft als auch der eigenen Sache ausdrückt. So entdeckt die/der Einzelne seine Ressourcen neu, kann sie nutzen und einsetzen, lernt dazu und leistet etwas. Emotionen und Wünsche werden deutlich und können angesprochen und bearbeitet werden. Untersuchungen (z.B. Fredersdorf 1997) belegen, dass dieser Effekt über die Grenzen spezifischer Abhängigkeiten hinaus gilt. In Deutschland sind Selbsthilfegruppen im Bereich der illegalen Drogen selten. Es gibt eine Reihe lokaler Gruppen der ‚narcotic anonymous‘ sowie Gruppen der Selbsthilfeorganisation „JES“ (Junkies, Exuser, Substituierte). Dennoch haben sich einige sehr erfolgreiche Nachsorgeprojekte aus dem Prinzip der Selbsthilfe entwickelt. Selbsthilfeprojekte überschreiten beziehen dabei immer auch professionellen Hilfe mit ein, deren Anteil weniger stark ausgeprägt sein kann (z.B. Synanon) oder stark in den Vordergrund tritt (z.B. Selbsthilfe im Taunus).

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von 1999 bis 2001 eine Studie, die sich mit der Situation der ambulanten Drogenselbsthilfe beschäftigt (Fredersdorf 2001). Darunter werden Selbsthilfegruppen verstanden, deren Mitglieder vorwiegend illegale psychoaktive Substanzen einnahmen oder einnahmen und außerhalb von therapeutischen Institutionen leben und sich dort treffen, um ihre drogenspezifischen Probleme zu bearbeiten. Workshops mit JES (Junkies, ExUser und Substituierte) and Narcotics Anonymous wurden zu Selbstverständnis und Aktivitäten befragt. Daten aus der Dokumentation stationärer Hilfen wurden dem gegenübergestellt. Insgesamt 265 Initiativen wurden gefunden, die sich den Themen „Leben mit Drogen“, Drogenpolitik und Hilfe für ihre Mitglieder widmen. Von diesen beteiligten sich 73 (27,5%) an einer Umfrage, von den verschiedenen Gruppentypen nahmen zwischen 25% und 80% der Mitglieder teil. Die Gruppen tendieren von den

Teilnehmerzahlen nach oben, Kooperation mit dem medizinischen System und der professionellen Suchthilfe findet mehr Akzeptanz als häufig vermutet. Die Effekte der Gruppe verbessern nach Aussage der Teilnehmer ihre Situation in folgenden Bereichen: Sozial, Wohnen, Finanzen. Der Konsum psychotroper Substanzen - vor allem Heroin, Kokain, Amphetamine und Alkohol - nimmt mit zunehmender Dauer der Mitgliedschaft immer mehr ab.

### **9.6.2 Geschlechtsspezifische Maßnahmen**

Viele der zuvor beschriebenen Programme, Maßnahmen oder Einrichtungen berücksichtigen in ihrer Ausrichtung nicht in wünschenswertem Umfang geschlechtsbezogene Aspekte. Aus diesem Grund haben sich in Deutschland etwa 15 spezielle Einrichtungen gebildet, die Hilfsangebote ausschließlich für Frauen machen und weitgehend auf feministischer Grundlage arbeiten. Ein wichtiger Ausgangspunkt für diese Einrichtungen besteht unter anderem auch darin, dass sich Frauen in gemischten Einrichtungen, in denen sie fast immer deutlich unterrepräsentiert sind, nicht ausreichend mit ihren spezifischen Erfahrungen auseinandersetzen können. Im Bereich stationärer Entwöhnungseinrichtungen finden sich ebenfalls speziell auf Frauen ausgerichtete Angebote. Nahezu jede Großstadt verfügt darüber hinaus über spezielle Beratungsangebote für suchtgefährdete und abhängige Mädchen. Daneben existieren spezifische Angebote für drogenabhängige weibliche Prostituierte. Neben zahlreichen psycho-sozialen Angeboten und lebenspraktischen Basishilfen (Spritzentausch, Kondomvergabe usw.) tragen diese Stellen z.B. mit der Konzeption spezieller Übernachtungsprojekte der Tatsache Rechnung, dass die meisten Prostituierten bis in die Morgenstunden arbeiten und damit andere Schlafenszeiten benötigen als sie von normalen Notunterkünften angeboten werden. Sogenannte „Hurenprojekte“ existieren beispielsweise in Berlin (Hydra e.V.) und in Bochum (Madonna e.V.).

Zahlreiche der genannten Fachstellen sind neben der psycho-sozialen Beratungstätigkeit auch im Rahmen der Multiplikatorenarbeit tätig und beraten und unterstützen Erzieher, Lehrer und Sozialpädagogen in ihrer Arbeit mit suchtgefährdeten oder abhängigen Frauen und Mädchen. Auch im Bereich der Prävention berücksichtigen viele der zuvor beschriebenen Programme, Maßnahmen und Aktivitäten geschlechtsbezogene Aspekte.

### **9.6.3 Kinder von Drogenkonsumenten**

Ein nicht unerheblicher Teil von Suchtkranken hat sowohl in der Phase des aktiven Drogenkonsums, als auch nach Beendigung der Behandlung eigene Kinder zu betreuen und zu versorgen. Diese Kinder haben es häufig schwer, kindgerecht aufzuwachsen. Es fehlt an elementaren Voraussetzungen des Alltagslebens und der notwendigen Stabilität der materiellen und emotionalen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus können sie in ihrem Umfeld verstärkt Stigmatisierungen und Benachteiligungen ausgesetzt sein. Häufig droht zudem die Fremdunterbringung der Kinder außerhalb der eigenen Familie. Bundesweit gibt es im ambulanten Bereich sehr wenige spezifische Hilfen für solche Kinder und ihre Eltern. Im stationären Bereich gibt es etwa 20 Therapieeinrichtungen, die Kinder drogenabhängiger Eltern mit aufnehmen. Einige davon, z. B. in Ingenheim (Therapiezentrum Villa Maria), Lüneburg (Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch) oder Obersulm (Therapiezentrum

Friedrichshof) haben spezielle Kindereinrichtungen entwickelt, die zum Teil mit Anerkennung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz die begleitende Unterstützung der Kinder in den Regelsystemen (Kindergarten, Schule) sicherstellen. Die Finanzierung des Aufenthaltes der Kinder ist dabei bisher unzureichend gelöst.

#### **9.6.4 Eltern von Drogenkonsumenten**

Die Beratung und Hilfe für Eltern von Drogenkonsumenten ist vorwiegend Aufgabe der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Etwa jede zehnte Intervention dieser Einrichtung richtet sich an Angehörige. Im „Bundesverband der Elternkreise“ (BVEK) und in den „Elternkreisen für akzeptierende Drogenarbeit“ haben sich Selbsthilfegruppen von Eltern (Elternkreise) zusammengefunden. Diese werden häufig von professionellen Einrichtungen unterstützt. Schwerpunkte dieser Selbsthilfegruppen bestehen vor allem in dem Erfahrungsaustausch und der Unterstützung beim Umgang mit der Drogenabhängigkeit der Kinder. In einigen Fällen erwachsen aus den Selbsthilfeinitiativen auch formaler organisierte Angehörigengruppen (z. B. eingetragene Vereine), die sich durch eigene Angebote von Einzelberatungen, Gruppenangeboten, Krisenintervention und Öffentlichkeitsarbeit und Information auch nach außen wenden bzw. Einfluss auf die Drogenpolitik nehmen wollen.

#### **9.6.5 Ethnische Minderheiten und Migranten**

Die Drogen- und Suchtproblematik von ausländischen Mitbürgern wird in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend thematisiert. Dabei muss zwischen verschiedenen Gruppen von Einwanderern unterschieden werden. Die sogenannten „Gastarbeiter“ kommen seit den 50er Jahren aus überwiegend südeuropäischen Ländern nach Deutschland. Manche Familien leben hier bereits in der dritten Generation, die jüngeren Familienmitglieder sind in Deutschland geboren und aufgewachsen. Andere Gastarbeiterkinder sind in ihrer Heimat aufgewachsen und im Zuge der Familienzusammenführung gekommen. Von Mitte der 50er Jahre bis Mitte der 90er Jahre wurden nach Schätzungen der DHS ca. 3,7 Mio. Aussiedler aus Osten und Südosten Europas aufgenommen. Heute stammen die meisten der Spätaussiedler aus den Republiken der ehemaligen Sowjetunion. Darüber hinaus gibt es die Gruppe der Kriegsflüchtlinge (z.B. aus dem ehemaligen Jugoslawien) und der Asylbewerber (z.B. aus Afrika oder Kurden aus der Türkei).

In Nürnberg wird „mudra“, einem Sozial- und Rehabilitationsdienst für Drogenabhängige, eine spezielle Therapieeinrichtung für Klienten aus dem orientalischen Kulturkreis angeboten. Mitarbeiter mit türkischer und deutscher Muttersprache haben ein Therapieverständnis, das diesen besonderen kulturellen Hintergrund würdigt: Der Speiseplan orientiert sich an der orientalischen Küche, es werden islamische Feste gefeiert und türkische Tageszeitungen sind vorhanden. In den letzten Jahren lässt sich eine Zunahme von russlanddeutschen Drogenkonsumenten beobachten. Die zum Teil sehr jungen Aussiedler bilden häufig Subgruppen außerhalb der öffentlichen Drogenszene und sind durch bisherige Hilfsangebote schlecht erreichbar. Im Auftrag des BMG wurden eine Reihe von Expertisen im Umfeld von Migration und Sucht erstellt, deren Ergebnisse für die Veröffentlichung vorbereitet werden.

In Münster wurde 1999 das zweijährige Modellprojekt „Aufsuchende, stadtteilorientierte, psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsumenten“ gestartet. Es wird mit Mitteln der Stadt Münster gefördert und von Indro e.V. durchgeführt. Ziel der Projektes ist es, einen Zugang zu russlanddeutschen Drogenkonsumenten zu erhalten, ihre psychosoziale und gesundheitliche Situation zu verbessern und sie besser in das bestehende Hilfesystem einzubinden. Als Maßnahmen hierzu wurde beispielsweise Informationsmaterial zu Safer-Use-Maßnahmen in russischer Sprache verfasst und verteilt. Russisch sprechende Mitarbeiter bieten psychosoziale Unterstützung an und helfen bei Vermittlungen in Entgiftung, Substitution und Therapie.

Das Projekt „Race - Drugs - Europe“, das sich mit der Verhinderung der Ausgrenzung von sogenannten „sichtbaren Minderheiten“ in der Drogenhilfe und Drogenpolitik befasst wurde in Belgien, Deutschland und Italien durchgeführt. Diese drei Länder wurden deshalb ausgewählt, weil hier relativ große sichtbare Minderheitengruppen leben. Schwerpunkt in Deutschland für dieses Projekt war Frankfurt als Kommune mit einem sehr hohen Ausländeranteil. Mit Hilfe von Interviews mit Mitarbeitern von Drogenhilfeeinrichtungen und Klienten wurden sowohl Profile von Einrichtungen als auch des Bedarfs der Klienten ermittelt. Sogenannte „Action Points for Change“ wurden entwickelt, um Einrichtungen der Drogenhilfe dabei zu helfen, neue integrative Angebote konzipieren und zu testen, ob damit das Hilfeangebot für diese Minoritätengruppe verbessert werden kann.

Im Rahmen eines weiteren Projektes zur sozialen Ausgrenzung von Minderheiten werden im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht derzeit Informationen zur sozialen Ausgrenzung von ethnischen Minderheiten im Drogenbereich in den 15 europäischen Mitgliedsstaaten gesammelt und evaluiert. Die Ergebnisse wurden im Jahr 2000 vorgelegt.

## 10 Qualitätssicherung

### 10.1 Qualitätssicherungsverfahren

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 zwei Qualitätssicherungssysteme Anwendung, die auch in der Drogenhilfe genutzt werden: ISO 9000ff. und das System der Selbstevaluation der European Foundation of Quality Management (EFQM). Im Bereich der Drogenhilfe wird vorwiegend letzteres verwendet.

Maßnahmen der Qualitätssicherung sind in den verschiedenen Einrichtungen der Drogenhilfe unterschiedlich weit verbreitet. In den stationären Einrichtungen, insbesondere denen der medizinischen Rehabilitation ist, die systematische Qualitätssicherung vom Leistungsträger vorgeschrieben und durchweg umgesetzt. In den ambulanten und teilstationären Einrichtungen ist diese Diskussion unter dem Eindruck der geänderten Sozialhilfegesetzgebung erst am Anfang.

Die Qualität der Drogenhilfe ist jedoch nicht nur als Merkmal einzelner Leistungssegmente oder -angebote zu bestimmen sondern betrifft auch das Gesamtversorgungsangebot und dessen Vernetzung. Strukturqualität auf dieser Ebene bedeutet, ein breit gefächertes Hilfeangebot unterschiedlicher Einrichtungen vorzuhalten.

Qualitätsentwicklung hat bei allen Dienstleistern in der Drogenhilfe durch die Polarität von Kostenorientierung/Quantität einerseits und von Fachlichkeit/Qualität andererseits eine Dynamik erfahren, der sich weder die Träger noch die Fachkräfte der Drogenhilfe entziehen können. Zentral für die Diskussion über „Qualität“ ist die Entwicklung von Kriterien, anhand derer abgesicherte Verfahren verbindlich definiert werden können.

#### Im Bereich 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 Beschreibung der Qualität ist eine entsprechende Dokumentation. Auf Bundesebene sorgen Dokumentationssysteme mehrerer Träger auf Grundlage der von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren verabschiedeten Kerndatensätze für einheitliche Variablen der Datenerhebung. Anfang des Jahres wurde ein Manual zum Deutschen Kerndatensatz veröffentlicht (DHS 2001). Dieses enthält eine Beschreibung des Protokolls, das auch den TDI beinhaltet, sowie Kerntabellensätze für die Weitergabe der Daten zu einer nationalen Auswertung. Das Problem, diese gewonnenen Daten zusammenzuführen, ist jedoch noch nicht vollständig gelöst, da es keine Dokumentationspflicht gibt. Systeme mit einer breiten Anwenderbasis in diesem Bereich sind bisher EBIS und Horizont. Bisher hat sich die Dokumentation auf statische Datenerhebung beschränkt. Verlaufsdokumentationen, die Hilfeprozesse darstellen und wesentlich differenziertere Aussagen ermöglichen, sind in der Entwicklung und werden punktuell angewendet. Gleiches gilt für katamnestische Daten. Von daher bleibt die Datensituation im Bereich der Drogenhilfe nach wie vor unbefriedigend.

In den Jahren 1995 bis 2000 fand mit Förderung durch das BMG ein Modellprojekt statt, das die Versorgung chronisch Kranker mit einer Mehrfachabhängigkeit verbessern sollte (BMG 2001b). Sogenannte Case Manager wurden eingesetzt, um Kontakt zu diesen Personen aufzubauen, sie zu Veränderung zu motivieren und hierfür die geeignetsten Hilfen zu vermitteln. Nicht Behandlung sondern deren Koordination war die Aufgabe der 46 Helfer, die in jedem Bundesland in 2 Modellregionen tätig wurden. Die Case Manager erreichten 3.068 Personen aus der Zielgruppe durch direkte Ansprache. Von diesen wurden 1.660 intensiv betreut. Ein Drittel dieser Personen waren Drogenabhängige, von diesen wiederum wurde die Hälfte substituiert - meist mit erheblichem Beigebrauch anderer Drogen. Alter (Mx:38 Jahre) und Dauer der Abhängigkeit (14 Jahre) weisen auf ein extrem schwieriges Klientel hin. Unsichere Wohnsituation (33%), somatische und psychische Probleme (62%) waren häufig. Viele Klienten - insbesondere Frauen - konnten vor allem dadurch in Betreuung gehalten werden, dass sie aktiv aufgesucht wurden. Die Hilfen mussten dabei sehr individuell gestaltet werden, die reine Vermittlung reichte häufig nicht aus und bindende Absprachen zwischen Klient, anderen Hilfeeinrichtungen und Case . Die Gesamtsituation der Klienten besserte sich jedoch bei fast der Hälfte , ein weiteres Fünftel stabilisierte sich zumindest. Die Suchtproblematik konnte bei rund 60% zumindest gebessert werden. Insgesamt wird gefordert, die Hilfen auf die Person zentriert zu erbringen statt sie auf die Einrichtungen zu beziehen.

### **Im Bereich 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 derzeit noch nicht gesprochen werden. Es gibt eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten, die in den einzelnen Bundesländern und Kommunen zur Anwendung kommen. Allerdings sind hier sehr große Unterschiede bzgl. der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stützt sich bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Effektivität und Effizienz ihrer Arbeit auf die Ergebnisse von repräsentativen Wiederholungsbefragungen, Forschungsprojekten zu ausgewählten Einzelthemen und Evaluationsstudien. Grundlage ihres Selbstverständnisses von Qualitätssicherung ist das Konzept der kontinuierlichen Verbesserung von Arbeitsprozessen und -ergebnissen und damit der Effektivität und Effizienz der Suchtprävention. In diesem Konzept spielt die Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung eine große Rolle (siehe Fachheft 8: "Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung"). Ausgangspunkt des Qualitätssicherungsprozesses ist die Planung neuer oder Überprüfung und Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen und Kampagnen auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes. Dieser wird z.B. durch Literatur-Expertisen, Fachgespräche und repräsentative Befragungen erarbeitet. Neben einer in regelmäßigen Abständen durchgeführten „Drogenaffinitätsstudie“ bei Jugendlichen (BZgA 2001b) sind weitere epidemiologische Quellen von Bedeutung wie die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ (Kraus & Augustin 2001) und die Ergebnisse der EDSP Studien (z.B. Lieb et al. 2000). Darüber hinaus findet regelmäßig eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit wichtigen Fragestellungen der Suchtprävention im Rahmen der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ der BZgA statt, z.B. „Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern“ (Band 11, 2000) oder Ecstasy – ‚Einbahnstraße‘ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderungen im Längsschnitt (Band 14, 2001).

Resultat dieser Planungsphase ist eine Konzeption, in der dargelegt ist, welche Ziele mit welchen Instrumenten bzw. Maßnahmen bei welchen Zielgruppen wie erreicht werden sollen. Diese Konzeption ist die zentrale Grundlage für die Planung der Evaluation. Der nächste Schritt ist die Prüfung, welche geeigneten Instrumente bereits vorliegen. Durch Marktübersichten wird ein Überblick über bestehende Medien und Aktivitäten (z.B. "Printmedien über illegale Drogen") gewonnen und es kann geprüft werden, ob diese Instrumente übernommen werden können.

Zentrale und neue Medien sollten vor ihrem Einsatz im Rahmen von Pretests evaluiert werden, da nur so festgestellt werden kann, ob sie gemäß der Konzeption wirksam werden können. Hier entwickelt die BZgA derzeit weitgehend standardisierte Instrumente, um auch systematische Vergleiche zwischen Medien (z.B. Anzeigen, Fernseh- und Kinospots) zu ermöglichen ("Benchmarking"). Um herauszufinden, ob die Zielgruppen der Suchtprävention tatsächlich mit den Maßnahmen erreicht werden, d.h. ob Voraussetzungen für präventive Effekte gegeben sind, ob sie diese nutzen und ob unterschiedliche Effekte entstehen, sind weitere Evaluationsstudien nötig. Je nach Interventionsstrategie und Setting sind hier unterschiedliche Evaluationsstrategien erforderlich. Die BZgA nutzt zum einen regelmäßige und repräsentative Befragungen, um Indikatoren zur Bewertung von Interventionseffekten zu beobachten. Es werden aber auch Setting bezogene Evaluationsstudien durchgeführt (z.B. über Fortbildungsmaßnahmen zum Thema "Suchtprävention" für Jugend- und Übungsleiter von Sportvereinen). Die Ergebnisse von Evaluationsstudien werden zum einen an politische

Entscheidungsträger, Kooperationspartner und die Öffentlichkeit vermittelt. Von besonderer Relevanz ist allerdings die möglichst schnelle Ergebnissrückkoppelung an die Planer und Durchführenden der Suchtprävention. Dadurch ist es möglich, die Ergebnisse im Prozess der Suchtprävention zu nutzen (s. "kontinuierlicher Verbesserungsprozess").

### **In anderen Bereichen**

Die Verlässlichkeit der statistischen Angaben von Polizeiseite hängt von der einheitlichen Vorgabe der Landeskriminalämter für die statistische Erfassung von Delikten sowie von Drogentodesfällen ab. Das BKA hat zu diesem Zweck ein „Merkblatt zur Bearbeitung von Rauschgifttodesfällen in der Bundesrepublik Deutschland“ veröffentlicht und in einer Auflage von mehr als 10.000 Exemplaren verteilt (BKA 1999)

## **10.2 Evaluation**

### **Im Bereich Prävention**

Anfang der 90er Jahre (vgl. Künzel-Böhmer et al. 1993, Denis et al. 1994) hat die Zahl der evaluierten Präventionsmaßnahmen in Deutschland deutlich zugenommen. So werden zum Beispiel die Schulprogramme des Sonderforschungsbereiches 227 („Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“, Hurrelmann) und ähnlicher Projekte in der Universität Leipzig (Petermann) und vom IFT durch umfangreiche Prozessevaluationen wissenschaftlich begleitet. Das Projekt ALF, welches insbesondere die Vermittlung von Lebenskompetenzen anstrebt, wurde ebenfalls vom IFT evaluiert. Auch über die Wirksamkeit von einzelnen Kindergartenprogrammen (s. auch Projekt HAGE) liegen einige empirisch fundierte Ergebnisse vor. 1998 wurde vom Institut für Therapieforschung (IFT) im Auftrag der EBDD ein „Handbuch für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention“ entwickelt. Außerdem wurden im Berichtszeitraum mehrere Fachtagungen und Workshops zum Thema Evaluation oder Qualitätssicherung und -management durchgeführt.

### **Im Bereich Behandlung**

Behandlung wird im Rahmen der normalen Verfahren des Qualitätsmanagements kontinuierlich von den Leistungsträgern evaluiert, in deren Verantwortung das Angebot liegt. Daneben gibt es auch Evaluationsstudien zu allen Bereichen der Behandlung, die eher unsystematisch und individuell durchgeführt werden. Regelmäßige katamnestische Untersuchungen gibt es nur in einzelnen Kliniken, im ambulanten Bereich werden sie bisher kaum durchgeführt. Aus diesem Grunde liegen die meisten Daten im Bereich der Rentenversicherungsträger vor, auf die die Fachöffentlichkeit in der Regel aber keinen Zugriff hat, da es sich um personenbezogene Daten handelt.

### **Dokumentation in der Qualitätssicherung**

Was die Dokumentation von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage betrifft, ist die Lage als uneinheitlich zu bezeichnen. Im Bereich der Suchtkrankenhilfe werden mit den einrichtungsbezogenen Dokumentationssystemen EBIS (ambulante Suchtberatungsstellen)

und SEDOS (stationäre Einrichtungen) im Bereich der Suchtkrankenhilfe zwei standardisierte Erhebungsinstrumente bereits seit Jahren eingesetzt. In beiden Systemen werden Daten zur jeweiligen Einrichtung wie z.B. Art und Angebote, Mitarbeiterstruktur sowie Daten zur Klientel in den Bereichen Anamnese, Soziodemographie, Behandlungsverlauf und Diagnosen erfasst. Weitere regionale Systeme werden auf der Basis des EDV-Programms Horizont z.B. in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen eingesetzt. Inhaltlich ist der gemeinsame Kern durch den „Deutschen Kerndatensatz“ definiert.

Im Bereich der Prävention werden derzeit von unterschiedlichen Stellen Dokumentationsysteme entwickelt bzw. bereits eingesetzt. Entsprechend der föderalen Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland findet diese Entwicklung unter anderem auf der Ebene der einzelnen Bundesländer statt ( z.B. in BW, NRW, NS). Das Bundeskriminalamt führt eine Projektdatenbank für den Bereich der Kriminalprävention („Infopool Prävention“), in der unter anderem der Themenbereich „Drogen/Sucht“ integriert ist.

Der Prozess, die Praxis der Prävention stärker zu dokumentieren und einer qualitätssichernden Bewertung zu unterziehen, wird auf nationaler Ebene unterstützt durch die Einführung des von der BZgA betreuten EDDRA-Programms im deutschen Knotenpunkt. Insgesamt hat sich die Situation präventiver Interventionsforschung verbessert, wenngleich weiterer Förderungsbedarf besteht. Die BZgA sieht in der Evaluation, wie bereits dargestellt, primär ein Instrument zur Qualitätssicherung mit dem Ziel, Effektivität und Effizienz der Suchtprävention zu steigern.

### **10.3 Forschung**

Im Jahr 2000 lief das nationale Suchtforschungsprogramm aus, das seit 1994 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, um Grundlagen der Suchtbekämpfung zu erforschen und weiter zu entwickeln. Studien im Bereich der analytischen Epidemiologie zu Frühstadien der Suchtentwicklung, zu Personen, die Drogenmissbrauch in Eigeninitiative beenden sowie die neurobiologische Grundlagen der Entstehung, Prävention und Therapie von Drogenabhängigkeit waren Gegenstand dieses Programms. Das Gesamtvolumen betrug 24,1 Mio € für insgesamt 39 Projekte. Ein weiterer Förderschwerpunkt „Forschungsverbünde für die Suchtforschung“ soll nach aktueller Planung im Herbst 2001 starten. Damit soll die Forschung mit der Versorgung verbunden werden, der Transfer von Forschungsergebnissen beschleunigt und langfristige Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit entwickelt werden.

#### **10.3.1 Forschung zur Situation**

Eine internationale Studie zum Drogengebrauch in der Technoszene (Tossmann, Boldt, Tensil 2000) in einer Gesamtstichprobe von 3.503 Besuchern von Technoparties in Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien und Zürich beschreibt den „polydrug occasional user“ als typischen Vertreter eines weit verbreiteten Konsums von Cannabis, Ecstasy, Amphetaminen und Kokain in dieser Gruppe. Die Klientel ist sehr gut über Konsumrisiken informiert, so dass klassische Sekundärprävention in Zukunft qualitativ und

quantitativ zu ergänzen ist, um möglicherweise entstehende Drogenprobleme im Ansatz zu verhindern.

Neue Umfragen liegen für die Gesamtbevölkerung (Kraus & Augustin 2001) sowie für die Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener (BZgA 2001b) vor. Es zeigt sich in der jüngeren Gruppe ein leichter Rückgang im Konsum von Alkohol und Zigaretten und eher stabile Werte bei Cannabis, während in der Gesamtbevölkerung ein starker Anstieg insbesondere des Cannabiskonsums zu beobachten ist.

Speziell zur Verbreitung von Crack/Freebase wurde 2001 eine Studie von Stöver (Stöver 2001) veröffentlicht, die neben einer Re-Analyse vorhandener Quellen und Literatur eine Befragung von Schlüsselpersonen in zwei Städten (Hamburg und Frankfurt) beinhaltet, wo Probleme mit Crack auffällig geworden sind. Daneben wurden weitere Experten zu ihrer Einschätzung befragt. Es wird im Ergebnis festgestellt, dass Crack sich in Frankfurt, Hamburg und Hannover in den letzten etwa 5 Jahren etabliert hat. Die Zunahme ist in der Summe nicht epidemisch und betrifft vor allem stark verelendete Gruppen mit polyvalentem Drogenkonsum. An die Versorgung, insbesondere an die niedrighschwelligeren Einrichtungen werden veränderte Anforderungen auch durch das höhere Maß an Aggression dieser Klientel gestellt. Daneben wird darauf hingewiesen, dass die Bewertung des Crack-Rauchens durch jüngere Konsumenten als ein im Vergleich zu i.v. nicht „wirklich gefährlicher“ Konsum Probleme aufwirft. Hier könnte Sekundärprävention notwendig sein. Im Anhang des Textes werden von H.-J. Lange Erfahrungen in der Behandlung dieser Klientel in verschiedenen Einrichtungen beschrieben.

Kraus & Ladwig (2001) haben für das Bundesland Baden-Württemberg und Kraus, Shaw, Augustin & Ritz (2001) für Bayern die Drogentodesfälle des letzten Jahre analysiert und nach Erklärungen für die teilweise stark schwankenden Zahlen gesucht. Es fand sich kein einzelner zentraler Faktor, sondern eine Vielzahl von Einflussgrößen, die vor allem die Substanz (Reinheit, Verunreinigungen), die Person (Toleranz, Erfahrung, Comorbidität) bzw. die Notfallhilfe (Verfügbarkeit, Tempo, Erreichbarkeit) betrafen.

### **10.3.2 Forschung zur Reduzierung der Nachfrage**

Im Umfeld von Drogen und Abhängigkeit laufen seit einigen Jahren Studien zum Craving, die einerseits in Tiermodellen, andererseits im Einsatz von Anticravingmedikamenten Möglichkeiten zur Verbesserung von Therapiemöglichkeiten suchen. Weitere Schwerpunkte wissenschaftlichen Interesses waren Sucht und Kinder bzw. Sucht und Schwangerschaft. Die genannten Studien sind nur eine kleine Auswahl aus den laufenden Studien, die von besonderem Interesse in unserem Bereich erscheinen.

In einer Studie zum antagonist-induzierten narkosegestützten Opiatentzug (Tretter et al 2001) („Turbo-Entzug“) wurde Verlauf und Ergebnis dieser Entzugsbehandlung bis zu 12 Monate nach Behandlungsende untersucht. Dabei wurden überwiegend mit Methadon substituierte Personen unter Narkose mit Hilfe von Naltrexon entzogen. Die Behandlung war mit im Mittel 6,3 Tagen sehr kurz. Allerdings wiesen 50% der Patienten im ersten Monat danach ein (sehr) schlechtes Allgemeinbefinden auf. Die Abstinenzrate von harten Drogen

nach 6 Monaten lag bei 33%. Die Patienten waren durchschnittlich zufrieden mit der Behandlung.

Kalke et al. (2001). untersuchten an 165 Personen in Substitution, ob durch die gesetzlich angeordnete Umstellung der Substitution von Codein auf Methadon als Standardpräparat Probleme verursacht wurden. Er stellt fest, dass bei 73% der Fälle keine Probleme auftraten und die Mehrzahl der Patienten ihre Situation mit der neuen Medikation als besser beurteilen. In 19% musste wieder auf Codein zurückgegriffen werden - vor allem bei Personen, die schon deutlich länger mit dieser Substanz substituier worden waren.

Ein Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung im Bundesland Nordrhein-Westfalen diente der Evaluation von Informationsmaterial über Risiken bestimmter Drogen und den Umgang damit im Rahmen von Techno- und Raveveranstaltungen (Schroers & Schneider 1998). Die Befragung (N=385) ergab bei den Besuchern eine starke Verbreitung diverser Drogen: 1/3 nahm Cannabis täglich, 1/3 Ecstasy und Amphetamine „häufig einmal pro Woche“. Mehrfachkonsum war verbreitet. Die Materialien und das Vorgehen wurden positiv und als hilfreich bewertet.

Eine neuere Studie an rund 600 Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren (Brettschneider 2001) über Anspruch und Wirklichkeit von Jugendarbeit in Sportvereinen weist allerdings darauf hin, dass zwischen jugendlichen Vereinsmitgliedern und Nichtmitgliedern der gleichen Altersgruppe in Bezug auf Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen im Mittel kein Unterschied zu finden ist. Die Konsumraten bei Zigaretten liegen allerdings im Verein deutlich niedriger, wobei deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Sportarten festzustellen sind. Die Wissenschaftler empfehlen, „allzu optimistische Annahmen von positiven Wirkungen der Sportvereine auf die jugendliche Entwicklung zu relativieren“.

Ein großes Projekt zur Heroinverschreibung wird Anfang 2002 beginnen. Es wird vom Bund gefördert und in mehreren Großstädten Deutschlands durchgeführt (Details siehe Kapitel 1.1.3.).

### 10.3.3 Weitere Forschung

Am Europäischen Institut für onkologische und immunologische Forschung (<http://www.eifoi.de>) in Berlin wird seit vier Jahren eine multizentrische Studie zur appetitanregenden Wirkung von Cannabisextrakten bei Anorexie/Kachexie im fortgeschrittenen Tumorstadium durchgeführt. Die Studie läuft seit November 1999 an neun Universitätskliniken (Bonn, Berlin, Bern, Halle, Darmstadt, Regensburg und St. Gallen). An insgesamt 30 Zentren (u.a. auch in Österreich und den Niederlanden) sollen in einer 18monatigen Rekrutierungsphase 445 Patienten aufgenommen werden. Das Studiendesign ist placebokontrolliert, doppelblind und randomisiert. Die Patienten erhalten 12 Wochen lang zwei mal täglich 2,5 mg Delta-9-Tetrahydrocannabinol, ein standardisiertes Cannabis Naturextrakt bzw. Placebos. Da die Cannabinoide unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, erteilt die Bundesopiumstelle für jeden einzelnen Patienten eine Ausnahmegenehmigung. Appetit, Übelkeit, Körpergewicht, Stimmungslage, immunologische Parameter sowie

Nebenwirkungen werden in regelmäßigen Abständen untersucht. Eine abschließende Auswertung wird voraussichtlich Ende 2001 vorliegen.

An der Universitätsklinik Würzburg wird derzeit der klinische Einsatz von Haschisch-wirkstoffen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erprobt. Das Forschungsprojekt wird von der deutschen Forschungsgesellschaft gefördert.

Die Gruppe der European Cities on Drug Policy hat als Ergebnis verschiedener Workshops, die unter Beteiligung von Vertretern aus Politik Verwaltung, Hilfesystem aus einer Reihe von Städten stattfanden, einen Bericht über die Praxis der Kooperation in der lokalen Drogenpolitik erstellt. Insbesondere geht es dabei darum, einen Ansatz in der jeweiligen Kommune zu entwickeln, der eine Vielzahl von Einrichtungen mit einbezieht und dabei den Anforderungen der Realität gerecht wird (Schardt 2001).

Ein Modellprojekt zum Case Management und zur Verbesserung der Kooperation und Koordination im Bereich von Behandlung wird in Kapitel 10.1 des Berichts näher beschrieben.

## **10.4 Training**

### **Im Bereich Behandlung**

Die Behandlung Drogenabhängiger liegt in Deutschland in den Händen von Fachkräften der sozialen Arbeit, der Psychologie und der Medizin. Im psychosozialen Bereich sind vor allem die Sozialarbeiter und -pädagogen deutlich in der Mehrheit sind. Für sie werden unterschiedliche Angebote zur Weiterbildung nach der eigentlichen Berufsausbildung gemacht. Diese werden überwiegend von im Arbeitsfeld tätigen, frei-gemeinnützigen Trägern von Weiterbildungseinrichtungen angeboten. Für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger gelten die Kriterien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, mit denen eine Anerkennung als „Einzel- und Gruppentherapeut im Arbeitsfeld Sucht“ möglich ist. Sie schreiben eine berufsbegleitende Weiterbildung in einer definierten Methode vor, die in einem bestimmten Umfang durch festgelegte Berufsgruppen gemacht werden kann. Diese Weiterbildungen haben ausschließlich die medizinische Rehabilitation Suchtkranker zum Inhalt und sind Voraussetzung zur Anerkennung der Fachkraft durch die Leistungsträger.

Im Bereich der medizinischen Ausbildung wurden in den letzten Jahren auch einige suchtspezifische Elemente in das Curriculum der normalen Ausbildung eingefügt. Darüber hinaus gibt es erste Studiengänge zur Suchthilfe an Universitäten und Weiterbildungsangebote für Ärzte im Bereich der Länder.

Das Betäubungsmittelgesetz enthält seit seiner 10. Änderung klarere Aussagen zur notwendigen Qualifikation von Personen im Bereich der Substitution, die in der 15. BtMÄndVV spezifiziert wurden. Ab 1. Juli 2002 sind auf dieser Grundlage alle substituierenden Ärzte verpflichtet, eine spezielle Qualifikation zu erwerben. Details werden durch die Ärztekammern definiert. Häufig bieten diese bereits Kurse in „suchtmedizinischer Grundversorgung“ an. Ausgenommen von dieser Regelung sind Ärzte, die bis zu drei

Personen zur gleichen Zeit substituieren: hier kann die Behandlung in Zusammenarbeit („Konsiliarregelung“) mit einem entsprechend qualifizierten Kollegen auch ohne eigene Zusatzqualifikation stattfinden.

Daneben existiert ein großer Weiterbildungsmarkt für Fachtagungen, Seminare und Schulungen, der auf unterschiedliche Arbeitsfelder und Methoden abzielt. Bisher ist es allerdings noch nicht gelungen, Weiterbildungskriterien für Fachkräfte der Suchthilfe verbindlich zu definieren.

### **Im Bereich Prävention**

Durch die zunehmende Bedeutung von Qualitätssicherung bzw. -förderung auf dem Gebiet der nachfragereduzierenden Maßnahmen, steigt der Bedarf an entsprechend ausgebildeten Mitarbeitern. Die bestehenden Lehr- und Fortbildungsangebote zu diesem Themenkomplex unterscheiden sich dabei vor allem in der Spezifität der vermittelten Inhalte (branchenbezogen vs. universell) und in den angesprochenen Zielgruppen. So bieten beispielsweise Unternehmensberatungen Fortbildungsveranstaltungen und Ausbildungsgänge zu allgemeinen Prinzipien von Qualitätsförderungen, die sich sowohl auf den Wirtschafts- als auch auf den Non-Profit-Sektor beziehen. Ein wichtiger Referenzpunkt bei den meisten dieser Schulungen ist die weltweite Norm ISO 9000 f. Im universitären Bereich finden sich verschiedene Ausbildungsgänge (Psychologie, Sozialwissenschaft, Betriebswirtschaftslehre) mit Lehrangeboten zum Thema „Qualitätssicherung“.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veranstaltet eine Fortbildung mit dem Titel „Einführung in den Themenkomplex Qualitätsförderung“, die sich an in der Gesundheitsförderung und Prävention Tätige richtet. Neben einem Überblick über angewandte Strategien der Qualitätsförderung soll hier vor allem der Bezug des Themas zur eigenen Arbeit vermittelt werden. Im Rahmen eines von der BZgA geförderten bundesweiten Modellprojekts wurde ein in der ambulanten ärztlichen Versorgung bewährtes Qualitätszirkel-Konzept in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung unter Praxisbedingungen erprobt. Das Ziel dabei war, Voraussetzungen für eine breite Einführung des Konzepts zu entwickeln.

Mit der Einführung des Programms EDDRA in Deutschland soll auch eine Qualifizierung von Projektträgern von Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage im Bereich Dokumentation und Qualitätssicherung erreicht werden. Neben einer Beratung bei der Eingabe der Daten in den EDDRA-Fragebogen bietet die BZgA, die für das Projekt im deutschen Knotenpunkt verantwortlich ist, Informationsveranstaltungen zum Thema „Projektdokumentation und Qualitätssicherung am Beispiel des europäischen Informationssystems EDDRA“ an.

Insgesamt ergibt sich im Bereich Training ein heterogenes Bild. Allen Angeboten gemeinsam ist jedoch der Grundgedanke einer ständigen Verbesserung von Qualität (von Arbeitsstrukturen, -inhalten und/ oder -prozessen) durch die Prinzipien „Rückmeldung“ und „Veränderung“ bzw. „Anpassung“.

## **10.5 Schlussfolgerungen und künftige Entwicklungen**

Der wesentliche Ansatz, mit Drogenproblemen umzugehen, hat sich nicht verändert. Durch eine Kombination aus präventiven, therapeutischen und repressiven Maßnahmen soll der Drogenkonsum soweit als möglich vermieden, seine Folgen minimiert werden. Der Fokus liegt auf Hilfe und Unterstützung, Strafverfolgung insbesondere des Handels ist jedoch weiterhin wichtig. Die Schwerpunktsetzung in den politischen Aktivitäten weist darauf hin, dass vorhandene Hilfeangebote - etwa in Richtung Heroinverschreibung an bestimmte Teilgruppen - ergänzt werden sollen. Zum effizienteren Einsatz öffentlicher Mittel wird die Zusammenarbeit zwischen Drogenbereich und Standardsystemen öffentlicher Hilfe (z.B. Jugendhilfe, Arbeitslosenhilfe) entwickelt und gefördert. Für alle psychoaktiven Substanzen tritt zunehmend eine Betrachtungsweise in den Mittelpunkt, die rational und auf der Basis medizinischer und epidemiologischer Funde zwischen Risiken und Nutzen der einzelnen Mittel abwägt.



## Teil IV Schlüsselthemen

### 11 Polyvalenter Drogenkonsum

Neben dem Monokonsum einer bestimmten Droge werden Substanzen häufig auch gleichzeitig oder nacheinander konsumiert (polyvalenter Konsum). Sie können dabei völlig unterschiedliche, aber auch additive, potenzierende oder entgegengesetzte Wirkungen haben. Der Gesamteffekt verschiedener Drogen wird auch durch den zeitlichen Verlauf der Wirkung (Beginn, Verlauf, Ende) der einzelnen Substanzen beeinflusst.

Drogenwirkungen sind jedoch nicht nur substanzabhängig, sondern sie werden durch die körperliche Konstitution des Konsumenten stark beeinflusst. Daneben spielen auch psychische Faktoren eine wichtige Rolle: die aktuelle emotionale Verfassung, Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen und das Wissen über die Drogen (drug set).

Kapitel 11.1 gibt einen Überblick über polyvalente Konsummuster verschiedener psychotroper Substanzen. In Kapitel 11.2 werden empirisch festgestellte Gebrauchsmuster in verschiedenen Konsumentengruppen in ihren spezifischen Settings dargestellt. Kapitel 11.3 stellt die möglichen Folgen dar und Kapitel 11.4 beschäftigt sich mit den therapeutischen Ansätzen in diesem Bereich.

Mehrer Ursachen können dazu führen, dass Drogenkonsumenten gleichzeitig oder zeitlich kurz aufeinander folgend nicht nur eine, sondern mehrere Drogen verwenden:

- Wegen begrenzter Verfügbarkeit einer Droge werden verschiedene Drogen gleichzeitig kombiniert, bei denen ähnliche Effekte erwartet werden.
- Verschiedene Drogen werden zur gleichen Zeit verwendet, um die Gesamteffekte zu potenzieren oder zu moderieren.
- Häufig ist der abwechselnde Einsatz von Drogen zum Aktivieren bzw. zum Beruhigen. Je nach Situation und persönlichen Bedürfnissen werden unterschiedliche Drogen dazu eingesetzt, einen bestimmten körperlichen und/oder psychischen Zustand zu erreichen. Die entgegengesetzten Effekte euphorisierender und dämpfender Drogen – z.B. Kokain und Heroin – sollen durch die Kombination dabei helfen, den gerade gewünschten Zustand zu erreichen.

Die Wirkung bestimmter psychotroper Substanzen kann aus wissenschaftlicher Sicht (z.B. Parnefjord 2000) dargestellt werden. Zu den Effekten von polyvalentem Konsum finden sich aber bei den Konsumenten selbst bzw. bei Selbsthilfeorganisationen wie Eve & Rave oft detailliertere Informationen. Die erheblichen Risiken beim Gebrauch mehrerer Substanzen zur gleichen Zeit sind ein wichtiger Grund dafür, dass solche Versuche im wissenschaftlichen Bereich nur in Ausnahmefällen stattfinden. Auf der Basis dieser beiden Informationsquellen werden im folgenden die wichtigsten Wirkungen verschiedener Drogen schlagwortartig und in der Übersicht beschrieben. Die Darstellung möglicher Komplikationen und Risiken ist in keinem Falle vollständig, sondern gibt nur eine Zusammenfassung berichteter Konsummuster und erfasster riskanter Folgen. Da die Effektbeschreibung zum Großteil auf

Berichten der Konsumenten beruhen, sind sie einerseits sehr authentisch, andererseits nicht im Sinne wissenschaftlich abgesicherter Wirkungszusammenhänge zu verstehen:

Alkohol: anregend, enthemmend, stark betäubend, reduziert die Sehleistung, Hör- und Konzentrationsfähigkeit sowie Fähigkeit zu Selbstkritik. Die Bewegungskoordination wird mit Erhöhung der Dosis schlechter, die Reaktionszeit verlängert. Alkohol wird häufig vor, mit oder zu anderen Substanzen wie z.B. Cannabis, Opiaten, Ecstasy, Medikamenten etc. konsumiert. Dabei kann es zu gefährlichen und nicht abzuschätzenden Wechselwirkungen kommen.

Heroin: Das Opiat Heroin wirkt in hohem Maße euphorisierend, dämpft die geistige Aktivität und beeinflusst die Stimmungslage (angstlösend, Gelassenheit). Mit zunehmender Konsumfrequenz nimmt die Wirkungsintensität kontinuierlich ab und es kommt zu Toleranzentwicklung. Heroin wird häufig in Kombination mit angstlösend und entspannend wirkenden Benzodiazepinen konsumiert. Alkohol und Kokain werden zur Anregung und Aktivierung konsumiert. Der Mischkonsum von Heroin und zusätzlichen Substanzen kann unkalkulierbare und besonders gefährliche Risiken zur Folge haben (vgl. Kapitel 11.2).

Methadon: Die Wirkung von Methadon ist ähnlich wie die von anderen Opiaten, führt jedoch in oraler Applikation nicht zu einem euphorisierenden Effekt. Kurzzeitig können Nebenwirkungen wie Mattheit, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Schwitzen etc. auftreten. Zusätzlich zu Methadon findet häufig ein Beigebrauch von antriebssteigernden Substanzen wie Kokain und Stimulantien statt. Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis werden ebenfalls zusätzlich konsumiert. Die gleichzeitige Anwendung von Zentralnervensystem dämpfenden Substanzen (Barbiturate, Benzodiazepine, Alkohol, Antidepressiva) verstärkt die atemdepressive Wirkung von Methadon. Sie können zu Atemlähmungen und damit zum Tod führen. Mit Buprenorphin ist zwischenzeitlich ein weiteres Substitutionsmittel zugelassen worden, das sich durch größere therapeutische Breite und weniger Nebenwirkungen als Methadon auszeichnet.

Cannabis: Die Wirkung von Cannabis hängt stark von den Erwartungen des Konsumenten ab. Entspannung, gehobene Stimmung, Wohlbefinden in sozialer Umgebung, intensivere Wahrnehmung, aber auch Antriebsverminderung, Angstzustände, Panikattacken, Halluzinationen und depressive Zustände können auftreten. Cannabis wird häufig neben anderen Substanzen gebraucht, deren pharmakologischen Eigenschaften oder Applikationsformen oft riskanter sind. Jeder vierte Klient in ambulanter suchtspezifischer Betreuung mit einem primären Cannabisproblem hat zusätzlich eine alkoholbezogene Diagnose; Kokain und LSD spielen bei jedem fünften eine Rolle. Zusätzlicher Ecstasykonsum kann sowohl additive als auch antagonistische Effekte erzeugen. Er dämpft und verringert die Wirkung, kann aber auch die Rauschwirkung verstärken.

Ecstasy: Pillen, die als Ecstasy auf dem Markt sind, sind Mono- oder Kombinationspräparate mit den Wirkstoffen MDMA, MDA, MDE oder anderen (BKA 2000). Beimengungen (z.B. Coffein, Speed) und Verschnittstoffe (z.B. Lactose oder Saccharose) können ebenfalls enthalten sein. Antriebssteigerung, milde Euphorie und Halluzinationen, innere Verbundenheit mit anderen (entaktogene Wirkung) etc. können je nach Zustand des

Konsumenten als positive Effekte der Substanz in Erscheinung treten. Negative Effekte können sein: Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz, motorische Unruhe, Schweißneigung, in der Folge können Erschöpfungszustände, Appetitminderung, Angst- und Panikerkrankungen, Verfolgungswahn oder Depressivität auftreten (Tossmann, Bold & Tensil 2000). Studien (z.B. Schroers & Schneider 1998) zeigen, dass häufig Gebrauch von antriebssteigernden und euphorisierenden Substanzen gemacht wird. Opiate, Cannabis, Amphetamine und Alkohol führen zu antagonistischer Wirkung von Ecstasy: Sie reduzieren die Effekte und bringen den Konsumenten seinem Normalzustand wieder näher. Ecstasy in Kombination mit Alkohol belastet Leber und Nieren sehr stark und führt zu Austrocknungseffekten. Eine Kombination mit Kokain birgt erhöhte Risiken eines Kreislaufkollapses.

Kokain: Kokain wirkt kurzzeitig stimulierend und euphorisierend. Ermüdungserscheinungen, Schlafbedürfnis und Hungergefühl werden unterdrückt, Kritik- und Urteilsfähigkeit des Konsumenten sinken. Es können auch (Pseudo-)Halluzinationen auftreten und in der Folge Unruhe, Denkstörungen, Erleben von Unsicherheit und Angst oder aggressives Verhalten. Am Ende des Rausches kann der Konsument ein Stadium von gesteigerter Aggressivität, Reizbarkeit, Angst- und Wahnvorstellungen, Depressionen sowie körperliche und psychische Erschöpfung erleben. Auch Schockreaktionen sind bekannt. Wechselwirkungen mit anderen Substanzen können sehr gefährlich werden: Kokain und Nikotinkonsum können zu einer starken Gefäßverengung und in der Folge zu einem Schlaganfall führen. Mischkonsum mit LSD, Ecstasy oder Alkohol kann zu völligem Kontrollverlust und Kollaps führen, da unterschiedliche Drogenwirkungen den Herzkreislauf stark belasten. Alkohol zeigt aufgrund antagonistischer Effekte im Erleben des Kokain-Berauschten nicht die übliche Wirkung, und wird deshalb unter Umständen in Übermaßen getrunken. Bei dem Kokainderivat Crack sind die Effekte durch einen extrem schnell auftretenden intensiven Rausch und ein ebenso schnelles Abfluten der Effekte gekennzeichnet, der oft gefolgt wird von tiefer Depression.

LSD: Das Halluzinogen führt zu stark wechselnden Effekten. Entscheidend scheint die jeweilige Ausgangssituation (drug set). Die ausgeprägten Halluzinationen können durch euphorische Erlebnisse mit gesteigerten Phantasien geprägt sein, aber auch durch sogenannte „Horror-Trips“ mit starken Angstzuständen, Psychosen, Gefühl von Todesangst, Grauen und Unruhe. Bei gleichzeitigem Gebrauch von Amphetaminen und Methamphetaminen liegen Informationen von bis zu 70stündigen Horrortrips vor.

Amphetamine/ Methamphetamine: Ermüdungshemmung, Leistungs- und Antriebssteigerung sind häufig die wichtigsten Einnahmegründe der Stimulantien. Psychosen und affektive Störungen können bei mehrfacher oder chronischer Einnahme auftreten. Obwohl sich die Wirkung von Amphetamin und Ecstasy zum Teil gegenseitig aufheben, werden die Substanzen kombiniert: Bei Konsumenten wurde ein zunehmender Amphetaminkonsum beobachtet, der mit abnehmendem Ecstasygebrauch einhergeht. Ursache hierfür kann eine länger anhaltende Ecstasy-Toleranz nach häufigem, hochdosiertem Ecstasykonsum sein, die mit veränderter Ecstasy-Wirkung (z.B. Desorientierung) einhergeht. Ein kombinierter Gebrauch von Amphetaminen, Haschisch und Methamphetamine kann zu extremen

Kreislaufbelastungen führen. Amphetamine/ Methamphetamine und LSD kann mehrtägige Horrortrips auslösen.

**Benzodiazepine:** Benzodiazepine sind Medikamentenwirkstoffe, die in Psychopharmaka und Tranquilizern enthalten sind. Ihr Effekt ist angstlösend, beruhigend, muskelentspannend und schlaffördernd. Es können jedoch auch paradoxe Wirkungen auftreten, d.h. Aktivierung, Euphorisierung, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Krampfanfälle und Halluzinationen. Die Gefahr der gegenseitigen Wirkungsverstärkung besteht bei Mischkonsum von Benzodiazepinen und Schlafmitteln und/oder Heroin, Methadon und Alkohol. Besonders in Verbindung mit Alkohol besteht die Gefahr einer Überdosierung. Die atemdepressive Wirkung des Alkohols kann verstärkt werden, so dass Erstickungsgefahr droht. Bei einer Mischung von Benzodiazepinen und Heroin kann ein schmerzunempfindlicher Tiefschlaf folgen. Gefahren der Umwelt (z.B. Erfrierungen, Verbrennungen) werden nicht mehr wahrgenommen und können in diesem Stadium zu erheblichen Gesundheitsrisiken führen.

### **11.1 Konsummuster und Konsumentengruppen**

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

In einer Studie zu Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting von Schroers & Schneider (1998) wurden u.a. Drogengebrauchsmuster und Mischkonsumerhalten erfragt (N = 385). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Mehrfachkonsum von Drogen weit verbreitet ist. Annähernd die Hälfte der Partybesucher hat mit zwei bis drei Drogen Erfahrung gemacht, nur jeder 13. Befragte war Monokonsument. Die häufigsten Mehrfachgebrauchsmuster waren „Ecstasy und Speed“, gefolgt von „Ecstasy und LSD“ sowie „Speed und LSD“. Cannabis und auch Alkohol wurden ebenfalls häufig mit anderen Drogen konsumiert. Konsumkontext dieser Drogen ist meist der Techno-Club bzw. das Techno-Event.

Häufigkeit und Muster des Mehrfachkonsums bei Ecstasykonsumenten (N = 527) waren ebenfalls Themen, die Flüsmeier & Rakete (1999) untersuchten. Insbesondere wurde untersucht, welche Drogen innerhalb des letzten Jahres als Beikonsum (unmittelbar vor, während oder nach dem Konsum von Ecstasy) bzw. Ersatzkonsum (nicht unmittelbar zusammen) gebraucht wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass folgende Substanzen am häufigsten in Kombination mit Ecstasy genommen wurden: Cannabis (Beikonsum 76%, Ersatzkonsum 85%), Nikotin (Beikonsum 79%, Ersatzkonsum 81%), und Alkohol (Beikonsum 69%, Ersatzkonsum 83%). Zwischen 36% und 59% haben Kokain, LSD und Amphetamine gebraucht. Kokain, Cannabis und LSD werden dabei hochsignifikant häufiger als Ersatzdrogen genommen. Insgesamt zeigte sich eine Steigerungsdynamik: mit zunehmender Dauer des Ecstasykonsums nimmt der Gebrauch anderer psychotroper Substanzen zu. Besonders bei riskanteren Konsummustern wird Alkohol signifikant häufiger als Beikonsum getrunken. LSD, Kokain und Amphetamine werden sowohl als Beikonsum als auch als Ersatzsubstanzen zunehmend gebraucht.

In einer Studie in den europäischen Metropolen Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien und Zürich zeigt sich ebenfalls häufiger Mischkonsum in der Techno-Party-Szene (Tossmann, Bold & Tensil 2000). Mehr als 71% der befragten Ecstasykonsumenten hatten innerhalb eines definierten Zeitraumes (sechs Stunden vor bzw. nach dem Konsum von Ecstasy) zusätzlich Cannabis konsumiert und mehr als 66% konsumierten Alkohol. Amphetamin, Kokain und Halluzinogene werden ebenfalls häufig zusätzlich konsumiert, Opiate jedoch nur selten (Tabelle 35).

**Tabelle 35: Beigebrauch zu Ecstasy**

	6 Stunden vor und / oder nach dem Konsum von Ecstasy	6 Stunden vor dem Konsum von Ecstasy	6 Stunden nach dem Konsum von Ecstasy
Cannabis	71%	56%	56%
Alkohol	66%	57%	42%
Speed	29%	19%	20%
Kokain	25%	16%	18%
Halluzinogene	12%	7%	9%
Opiate	3%	1%	2%

Quelle: Tossmann, Bold & Tensil (2000)

Konsummuster und Beikonsum einer deutlich weniger sozial integrierten Klientel analysierte Prinzleve (2001). 84 obdachlosen Drogenabhängigen der offenen Hamburger Drogenszene wurden mit Hilfe eines semistrukturierten Interviews (EuropASI), zum Konsum von Heroin, Kokain, Cannabinoiden, Benzodiazepinen, Methadon/ Polamidon und Alkohol in den letzten 30 Tagen befragt. Die Stichprobe besteht aus 23% Frauen und 77% Männern, das Durchschnittsalter lag bei 27 Jahren (Frauen) bzw. 32 Jahren (Männer). 31% der Befragten wurden aktuell substituiert. In der Stichprobe war multipler intravenöser Konsum vorherrschend, 77% waren gemäß ICD 10 (Dilling et al. 1993) polyvalent abhängig. Sie konsumierten mehr als eine Substanz täglich oder mehrfach täglich. Heroin und Kokain wurden in knapp 90%, Benzodiazepine in über 40% der Fälle intravenös konsumiert. Mittels Clusteranalyse ließen sich insgesamt vier verschiedene Konsummuster unterscheiden:

- Cluster 1 stellt mit 57% die größte Gruppe dar, bestehend aus Heroinabhängigen mit ausgeprägtem Kokainkonsum sowie geringem Konsum von Benzodiazepin
- In Cluster 2 gibt es keinen regelmäßigen Heroinkonsum, sondern überwiegend Kokain- und Methadon/Polamidonkonsum sowie leichtem Alkoholkonsum.
- Cluster 3 umfasst Obdachlose außerhalb von Substitutionsmaßnahmen mit häufigem Gebrauch von Heroin, Cannabis und Alkohol
- Cluster 4 ist die Teilgruppe mit besonders problematischem Konsum konsumiert von Benzodiazepinen, Opiaten, Kokain und Cannabis.

Ähnliche Konsummuster finden sich auch bei der sozial insgesamt besser integrierten Klientel im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem. Aus den Daten der Basisdokumentation wurden mittels Clusteranalyse verschiedene Kliententypen herausgearbeitet

(Schmid, Simmedinger & Vogt 1999). Von den erfassten Klienten, die 1999 in 28 Einrichtungen betreut wurden, befanden sich mehr als die Hälfte zu diesem Zeitpunkt in Substitution. Sechs Cluster ließen sich aus dieser Patientengruppe bei der Analyse herausfiltern (Tabelle 36) :

- Cluster 1: Heroinkonsumenten mit Kokainbeigebrauch
- Cluster 2: mehrheitlich Methadonsubstituierte (71%), die teilweise auch Cannabis (37%) und Alkohol (19%) konsumieren.
- Cluster 3: Methadonsubstituierte, die häufig auch Kokain/Crack (42%) gebrauchen
- Cluster 4: Kokain/Crackkonsumenten, von denen rund jeweils ein Viertel auch Methadon (29%) bzw. Cannabis (26%) gebraucht
- Cluster 5: Heroinkonsumenten mit nur geringem Cannabis- Alkohol-, und Benzodiazepinbeigebrauch.
- Cluster 6: Klienten mit stark polyvalentem Konsum. Hier finden sich mehrheitliche Substituierte (88%).

Mit 30% aller erwachsenen Klienten ist Cluster 3 in dieser Altersgruppe am größten (Tabelle 37).

**Tabelle 36: Cluster der Konsummuster**

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6	Signif.- niveau p> 0,001
	Heroin Kokain	Methadon Cannabis	Methadon Heroin, Kokain	Kokain Methadon Cannabis	Heroin kein Methadon	Alle Substanzen	
							<b>Cramers V</b>
Heroin	100%	-	100%	-	100%	71%	0,948
Kokain/ Crack	100%	-	42%	100%	-	70%	0,821
Alkohol	6%	19%	13%	19%	15%	89%	0,567
Cannabis	7%	37%	14%	26%	17%	92%	0,545
Benzo- dazepine	4%	8%	10%	6%	6%	55%	0,466
Methadon	-	71%	100%	29%	-	88%	0,806
	528	1.111	1.013	550	825	544	

Quelle: BADO 2000 (Schmid, Simmedinger &amp; Vogt 1999)

**Tabelle 37: Cluster der Konsummuster nach Geschlecht**

	Männer	Frauen	Gesamt	Bis 21 Jahre		Über 21 Jahre	
				Männer	Frauen	Männer	Frauen
<b>Cluster 1</b> Heroin - Kokain	12%	11%	12%	12%	17%	12%	11%
<b>Cluster 2</b> Methadon, Cannabis	24%	27%	24%	41%	21%	21%	24%
<b>Cluster 3</b> Methadon, Heroin, Kokain	21%	26%	22%	9%	10%	22%	30%
<b>Cluster 4</b> Kokain, Methadon, Cannabis	12%	11%	12%	13%	15%	12%	10%
<b>Cluster 5</b> Heroin, kein Methadon	19%	16%	18%	15%	29%	19%	12%
<b>Cluster 6</b> Alle Substanzen	12%	10%	12%	10%	10%	12%	11%
N	3.343	1.201	4.544	183	144	3.021	990

Quelle: BADO 2000 (Schmid, Simmedinger &amp; Vogt 1999)

Ganz ähnlich stellt sich die Situation insgesamt für die Klientel ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland dar. Die Ergebnisse des Behandlungsdokumentationssystems EBIS (Welsch 2001a,2001b) zeigen für das Jahr 2000 für ambulant behandelte Personen, dass vor allem bei Opiat- und Kokainhauptdiagnose (schädlichen Konsum oder Abhängigkeitssyndrom nach den Definitionen von ICD10) in erheblichen Ausmaß polyvalente Konsummuster zu beobachten sind (Tabelle 38 und 39). So haben Klienten, die sich hauptsächlich wegen Opiatkonsum in Behandlung begeben, häufig zusätzlich eine Diagnose in Bezug auf Cannabis (Frauen 44%, Männer 68%), Kokain (Frauen 36%, Männer 48%), oder Alkohol (Frauen 37%, Männer 31%). Diese Zahlen müssen besonders kritisch hinsichtlich der Praxis von Substitutionsbehandlungen in Deutschland betrachtet werden.

**Tabelle 38: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Männern**

Einzeldiagnose	Hauptdiagnose						
	Alkohol	Opiode	Cannabis	Sedativa / Hypnotika	Kokain	Andere Stimulan- tien	Halluzi- nogene
Alkohol	-	44%	28%	80%	40%	33%	31%
Heroin	2%	-	7%	21%	27%	12%	14%
Methadon	0%	-	1%	4%	3%	1%	1%
Codein	0%	-	1%	10%	3%	2%	1%
andere opiathaltige Mittel	0%	-	1%	4%	2%	2%	2%
Cannabinoide	4%	68%	-	36%	65%	88%	82%
Barbiturate	1%	10%	2%	-	4%	3%	7%
Benzodiazepine	1%	24%	3%	-	8%	5%	4%
andere Sedativa/ Hypnotika	0%	2%	0%	-	1%	2%	2%
Kokain	1%	48%	15%	17%	-	39%	42%
Crack	0%	2%	1%	1%	-	1%	1%
Amphetamine	1%	14%	16%	14%	24%	-	40%
MDMA	1%	13%	23%	13%	26	-	41%
andere Stimulantien	0%	1%	2%	1%	4%	-	8%
LSD	1%	16%	14%	12%	24%	38%	-
Mescaline	0%	1%	1%	1%	1%	2%	-
andere Halluzinogene	0%	3%	4%	3%	6%	7%	-

EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

**Tabelle 39: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Frauen**

Einzeldiagnose	Hauptdiagnose						
	Alkohol	Opioide	Cannabis	Sedativa / Hypnotika	Kokain	Andere Stimulan- tien	Hallu- zinogene
Alkohol	-	31%	22%	28%	27%	16%	17%
Heroin	1%	-	6%	3%	29%	8%	0%
Methadon	0%	-	2%	0%	4%	0%	0%
Codein	0%	-	1%	2%	3%	1%	0%
andere opiathaltige Mittel	0%	-	1%	1%	1%	1%	6%
Cannabinoide	2%	47%	-	9%	53%	52%	56%
Barbiturate	1%	8%	2%	-	2%	2%	0%
Benzodiazepine	2%	21%	3%	-	11%	3%	0%
andere Sedativa/ Hypnotika	0%	1%	1%	-	0%	2%	0%
Kokain	1%	36%	12%	2%	-	19%	6%
Crack	0%	2%	1%	0%	-	1%	0%
Amphetamine	0%	9%	13%	2%	17%	-	22%
MDMA	0%	9%	22%	2%	12%	-	28%
andere Stimulantien	0%	1%	2%	0%	1%	-	6%
LSD	0%	9%	10%	2%	11%	20%	-
Mescaline	0%	1%	1%	1%	2%	1%	-
andere Halluzinogene	0%	1%	3%	1%	4%	2%	-

8BIS 2000 (Strobl et al.2001)

## 11.2 Gesundheitliche und soziale Konsequenzen

Drogentodesfälle in Folge von Drogenmono- oder Mehrfachkonsum, werden kontinuierlich durch die Landeskriminalämter erfasst und anschließend in der Falldatei Rauschgift des Bundeskriminalamtes gesammelt und ausgewertet. Die Zahlen aus dem Jahr 2000 (BKA 2001) verdeutlichen, dass das Risiko von Mischkonsum insbesondere bei Klienten mit überwiegendem Opiatkonsum beträchtlich ist. Hauptursache bei den registrierten Todesfällen ist seit langer Zeit die Überdosierung mit Heroin allein (2000: 34%) bzw. von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen (2000: 27%). Eine deutliche Zunahme zeigt sich in den letzten Jahren bei der Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Mischintoxikationen von Betäubungsmitteln, mit Alkohol und/oder Substitutionsmitteln (2000: 30%; 1999: 21%; 1998: 12%; 1997: 9%) (Tabelle 40).

**Tabelle 40: Drogentodesfälle**

Todesursachen	Prozent	Anzahl der Nennungen
1. Überdosis von:		
Heroin	34%	683
Heroin in Verbindung mit anderen Drogen	27%	545
Kokain	2%	40
Kokain in Verbindung mit anderen Drogen	6%	130
Amphetamine	0%	4
Amphetamine in Verbindung mit anderen Drogen	2%	38
Ecstasy in Verbindung mit anderen Drogen	1%	23
Medikamente / Substitutionsmittel	2%	49
Betäubungsmittel in Verbindung mit Alkohol / Substitutionsmittel	30%	605
sonstige Betäubungsmittel/ unbekannte	7%	151
2. Suizid	7%	148
3. Langzeitschäden	8%	170
4. Unfall / Sonstige	2%	49
5. Gesamt	100%	2.030

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

Wie gefährlich Wechselwirkungen von polyvalent konsumierten Substanzen sind, zeigen auch die Ergebnisse einer Studie zur Analyse von Drogentodesfällen in Baden-Württemberg (Kraus & Ladwig 2001) und Bayern (Kraus et al. 2001). In den Projekten wurden in den Jahren 1999 und 2000 unter anderem chemisch-toxikologische Analysen bei Drogentoten mit akzidenteller Überdosierung durchgeführt. Sowohl in Baden-Württemberg als auch in Bayern befand sich der größte Anteil an Drogentoten in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen. Das durchschnittliche Sterbealter betrug 31 Jahre. Die Ergebnisse zeigten, dass die meisten Drogentoten einer Wechselwirkung mehrerer Substanzgruppen ausgesetzt waren und nur sehr selten hohe bzw. latente Drogen-Blutspiegel einzelner Substanzen vorzufinden waren. Es wurden in erster Linie Morphin (Bayern 61%, Baden-Württemberg 64%), Benzodiazepine (Bayern 86%, Baden-Württemberg 60%) und Alkohol (Bayern 62%; Baden-Württemberg 20%) nachgewiesen. In beiden Bundesländern fanden sich bei fast allen weiblichen Toten Benzodiazepine. Methadon konnte bei ca. einem Drittel der Verstorbenen festgestellt werden, Dihydrocodein (DHC) in deutlich weniger Fällen (Bayern 22%; Baden-Württemberg 12%).

### 11.3 Spezifische Interventionsansätze

Zwischen Forschern und Praktiker besteht Konsens darüber, dass sich polyvalenter Konsum und politoxikomane Abhängigkeitsformen in den letzten Jahren deutlich vermehrt haben. Auch die seit 1995 wieder zunehmende Zahl an Drogentodesfällen, mehrheitlich durch akzidentelle Überdosierung und Mehrfachkonsum verursacht, hat bundesweit zu großer Besorgnis geführt. Es gibt jedoch bislang keine globale Lösung für die Bewältigung der Risiken von Mehrfachkonsum. Stattdessen wird mit den beiden größten Teilgruppen in diesem Bereich - den Heroinabhängigen und der Ecstasy-Szene - mit den üblichen Methoden gearbeitet. Dabei wird versucht, möglichst viele der Risikofaktoren zu minimieren. Das schließt Warnmitteilungen über hochreine Heroinlieferungen auf dem Markt (vgl. Meldung der Polizei und der Drogenhilfe in Augsburg am Ende Juli 2001) ein. Wichtig ist daneben die umfangreiche Aufklärung über (Wechsel-)wirkungen von psychotropen Substanzen im Rahmen zielgruppenspezifischer Prävention, wie sie beispielsweise im Rahmen des Projektes 3CP in Hamburg betrieben wurde. Niedrigschwellige Einrichtungen informieren ebenfalls über die Gefahr von Mehrfachgebrauch und geben neben „Safer-use“ Tipps auch Informationen über Verhalten in Drogennotfallsituationen. Während Substitution zur Reduktion des Heroinkonsums auf breiter Ebene eingesetzt wird, bleibt die Frage, wie mit der großen Zahl anderer konsumierter Stoffe umgegangen werden soll. Die Entwicklung von spezifischen Programmen in Hinblick auf bestimmte empirisch gefundene Konsumentengruppen könnte dabei ein sinnvoller Ansatz sein.

### 11.4 Methodische Aspekte

Die meisten problematischen Drogenkonsumenten sind heute gleichzeitig aus Mehrfachkonsumenten. Trotz dieser Tatsache können die Konsummuster in Bezug auf Risiken und schädliche Folgen stark variieren. Es handelt sich also nicht um eine homogene, leicht zu beschreibende Gruppe. So unterscheiden sich etwa Heroinabhängige, mit einem Beikonsum von Kokain und Cannabis als Gruppe deutlich von Leuten, die Rave Parties besuchen und eine Mischung aus Cannabis, Ecstasy und - zu einem gewissen Maße - auch Kokain gebrauchen.

## 12 Erfolgreiche Behandlung: Effektivität von Interventionen

### 12.1 Verschiedene Behandlungsansätze und ihre entsprechenden Konzepte von „Behandlungserfolg“

Drogenabhängigkeit wird in Deutschland sowohl gesundheitspolitisch als auch versicherungsrechtlich als Krankheit verstanden und mit dem internationalen Klassifikationsschemata (ICD) der WHO (Dilling 1993) als solche diagnostiziert. In den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde vor allem abstinenzorientierte Beratung und Behandlung angeboten, die einen suchtmittelfreien Lebensstil als Lösung zur Bewältigung dieser Erkrankung verstanden. Mitte der 80er Jahre stieg die Anzahl der Drogentodesfälle stark an und das HI-Virus verbreitete sich rasch unter den i.v. konsumierenden Abhängigen. Gleichzeitig wuchs die Drogenkriminalität. Unter diesem Druck wurde zunehmend über alternative Angebote der „Schadensminimierung“ nachgedacht. In der Folge hat eine Differenzierung, Spezialisierung und Professionalisierung des Suchthilfesystems stattgefunden. Um das drogenpolitische Leitbild zu veranschaulichen, spricht die neue Bundesdrogenbeauftragte, die seit Februar 2001 im Amt ist, von „einem Mosaik von bestmöglich aufeinander Bausteinen von Prävention, sozialer und therapeutischer Unterstützung und Hilfe - einschließlich Schadensminimierung und Überlebenshilfe“ (Caspers-Merck 2001). Suchtbehandlung dient zwar nach wie vor dem Ziel der Drogenfreiheit, dabei ist jedoch eine Zielhierarchie entstanden, die unterschiedliche Schritte auf diesem Weg zulässt. Das bedeutet, dass je nach Schwere der Sucht und Motivationslage eines Einzelnen Zwischenschritte auf dem Weg zur Bewältigung der Sucht eingeplant werden müssen – denen wiederum unterschiedliche Interventionen, Zielsetzungen und Erfolgskriterien zugeordnet sind. Möchte man nun einen Überblick über die Erfolgskriterien der verschiedenen Ansätze geben, dann eröffnet sich ein ebenso breites Spektrum verschiedenster Ansätze, Beteiligten und Perspektiven.

Positive Therapieergebnisse bilden die Grundlage einer evidenz-basierten Suchttherapie. Sie sind die Voraussetzung für die Anerkennung und Finanzierung von Behandlungsmaßnahmen durch den Leistungsträger. Dementsprechend haben im Bereich der Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Kostenträger die Federführung bei Qualitätssicherung und fachlicher Überwachung der Behandlung. Für die gesetzlichen Rentenversicherungsträger ist nach ihren Regularien eine Behandlung dann erfolgreich, wenn der gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte nicht aus dem Erwerbsleben ausscheidet und stattdessen möglichst dauerhaft in Beruf und Gesellschaft eingegliedert werden kann. Für Krankenkassen ist die Behandlung dann erfolgreich, wenn einer drohenden Behinderung/Pflegebedürftigkeit vorgebeugt, diese beseitigt oder gebessert oder eine Verschlechterung gestoppt werden kann. Die Sozialhilfeträger wiederum verfolgen das Ziel, eine drohende Behinderung zu vermeiden oder zu mildern und den Klienten in die Gesellschaft einzugliedern.

Wenn der „Erfolg“ einer Intervention gemessen werden soll, dann ist es wichtig, Ausgangslage und Zielsetzung klar zu definieren und die Maßstäbe, an denen Erfolg

gemessen werden soll, so zu operationalisieren, dass sie objektiv und verlässlich messbar und überprüfbar sind - also wissenschaftlichen Ansprüchen standhalten. In der individuellen Behandlung eines Klienten werden Kriterien für „Erfolg“ implizit festgelegt. Zielkriterien aus therapeutischer Sicht können sich zum einen an den Maßstäben eines Mitarbeiters orientieren (geprägt durch Aufgabenbereich, Profession, theoretischen Ansatz und individuelle Überzeugungen) oder aber auch stark durch entsprechende Einrichtungsträger, die Ländern und Gemeinden geprägt sein. Überindividuelle, allgemein gültige Erfolgskriterien werden aus wissenschaftlicher Sicht beispielsweise in den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) zusammenfassend dargestellt. Neben Drogenkonsum werden in den Bereichen Arbeitssituation, soziale Beziehungen, körperliche Situation und psychische Situation spezifische Erfolgskriterien formuliert.

Der Deutsche Kerndatensatz, an dem sich mittlerweile ca. 80% der deutschen ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Bereich Dokumentation orientieren, bietet eine Grundlage um Veränderungen und Erfolge innerhalb einer Behandlung zu erfassen. Mit entsprechenden Behandlungsdokumentationssystemen (z.B. Horizont, EBIS Systemfamilie) können Berater und Behandler von ambulanten und stationären Einrichtungen des Drogenhilfesystems Lebenssituation, Wohnungssituation, Erwerbssituation sowie das Beschäftigungsverhältnis eines Klienten zu Beginn und zum Ende einer Betreuung erfassen und vergleichen. Mit der „Hilfeplanung“ als Teil der Klientendokumentation können sie Dringlichkeit, Veränderungsmotivation, Problembelastung eines Lebensbereiches (Suchtmittelkonsum, Partnersituation, Familiensituation, soziale Beziehungen, Wohnsituation etc.) beurteilen und dokumentieren und unterschiedliche, als notwendig erachtete Veränderungsziele festlegen. In einem „Nachfragebogen“ können die Klienten katamnestisch zum Erfolg ihrer ambulanten oder stationären Behandlung befragt werden.

Für den niedrighschwelligeren Bereich sind Ziele und damit auch Erfolgsmaßstäbe jedoch ganz anderes zu definieren. Der Wechsel von einer risikoreichen zu einer weniger risikoreichen Drogenapplikationsform, Verringerung der Konsumtage in einem gewissen Zeitraum oder Besuch von Drogenkonsumräumen können beispielsweise als Erfolg einer Maßnahme bezeichnet werden und sind individuell und sozial wichtige (Zwischen-)schritte. Maßnahmen wie die Einrichtung von Drogenkonsumräumen haben zudem auch eine Evaluationsebene, die über den einzelnen Klienten hinaus geht und die Wirkungen für die Kommune oder den jeweiligen Stadtteil betrachtet (vgl. Jacob, Rottman & Stöver 1999).

Konkrete Zielsetzungen und Kriterien für Erfolgsmessung als Elemente einer übergreifenden Gesamtstrategie im Umgang mit Suchtmitteln fordert die Bundesdrogenbeauftragte in ihrem Sucht- und Drogenbericht 2001 (Capers-Merck 2001). Es soll ein neuer deutscher Sucht- und Drogenplan ausgearbeitet werden, der entsprechende Zielsetzungen des Europäischen Drogenaktionsplanes aufgreift und den 1990 verabschiedeten „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ ersetzt. Hieraus können Impulse für eine Diskussion um Kriterien und Standards für „Erfolg“ entstehen, an der sich alle im Suchthilfesystem beteiligen

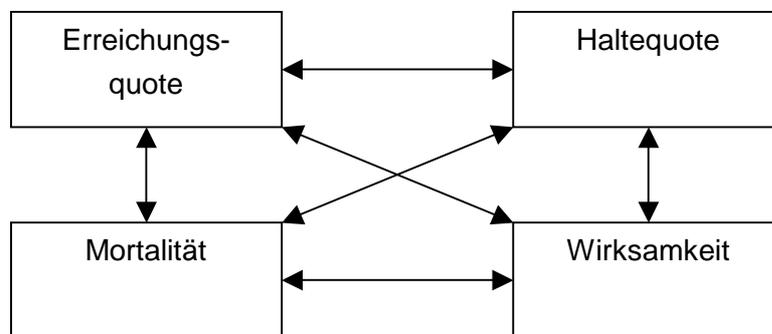
sollten: Klienten, Behandelnde, Einrichtungsträger, Verbände, Kranken- und Rentenversicherungen, aber auch die Länder und Gemeinden.

## 12.2 Evaluation der Behandlungsansätze

### 12.2.1 Globale Erfolgskriterien in der Behandlungsevaluation

Für einen umfassenden Vergleich von verschiedenen Behandlungen, deren Ansätze und Erfolgskonzepte ist die Entwicklung von Vergleichskriterien erforderlich. Erreichungsquote (Selektion), Haltequote (Abbruchquote), Erfolgsquote (z.B. Abstinenzquote) und Überlebensrate (Mortalitätsrate) bilden nach Kufner (2001) zentrale Erfolgskriterien für die Evaluation von Behandlungskonzepten (Abbildung 30).

**Abbildung 30: Erfolgskriterien für die Evaluation von Behandlungskonzepten**



Quelle: Kufner (2001)

Die Bestimmung der Erreichungsquote erfordert eine Definition der Zielpopulation und setzt voraus, dass alle Klienten einer Region die Möglichkeit erhalten, dieses Therapieangebot wahrzunehmen. Unter „Wirksamkeit“ kann unterschiedliches verstanden werden: Reduktion des Drogenkonsums, Drogenfreiheit, Beikonsumfreiheit, Reduktion von „harten“ oder „weichen“ Drogen, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit etc. Die globalen Erfolgskriterien können in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. So kann sich eine Quote verbessern und gleichzeitig ein anderes Kriterium verschlechtern. Wenn beispielsweise mit einer niedrighwelligen Therapieform viele Klienten einer definierten Gesamtpopulation erreicht werden können, dann ist mit einer geringeren Haltequote bzw. ungünstigeren Behandlungsergebnissen zu rechnen.

### 12.2.2 Beispiele für unterschiedliche Konzepte von „Erfolg“ in der Behandlungsevaluation

Für einen umfassenden Vergleich von verschiedenen Behandlungsformen, ihren Ansätzen und Konzepten ist die Entwicklung von Kriterien erforderlich, die den Erfolg oder Misserfolg in nachvollziehbarer Weise definieren. In einer Metaanalyse untersuchten Sonntag & Künzel (2000) zum Beispiel den Zusammenhang von Therapiezeit und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten in Europa. In den einbezogenen Studien wurde „Therapieerfolg“ durch unterschiedliche Konstrukte (sogenannte Outcome-Variablen) festgelegt: Haltequote, Konsumverhalten im Katamnesezeitraum (definiert auf einer Skala

von absoluter Abstinenz bis zu unterschiedlichen Formen geringen Konsums), Auftreten von Entzugssymptomen, soziale und gesundheitliche Situation, berufliche bzw. Ausbildungssituation, Legalsituation, Nähe zur Drogenszene. Bei der Gesamtheit der ausgewerteten Studien zeigt sich, dass zwar in der Regel eine Auswahl aus den gleichen Outcome-Variablen verwendet werden. Die dazugehörigen Erfolgsdefinitionen variieren jedoch deutlich. Verlässliche Aussagen über die Erfolgsquoten konnten in dieser Studie nur für den Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung gemacht werden, da zu den übrigen Behandlungsbereichen zu wenige Untersuchungen vorlagen.

**Tabelle 41: Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen: Definition der Erfolgskriterien**

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung
Konsumverhalten	• Drogenfreiheit	keine weitere Operationalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Katamnesezeitpunkt</li> <li>• 1 Jahr vor Katamnesezeitpunkt</li> <li>• für 2 Jahre nach Therapieende (Abstinenz von Heroin)</li> </ul>
	• Drogenfreiheit (im weiteren Sinne)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seit mind. 6 Monaten</li> <li>• Alkoholkonsum &lt;= 40g/Tag</li> <li>• keine anderen Abhängigkeiten</li> <li>• kein Konsum von harten Drogen</li> <li>• gelegentlicher Konsum von harten Drogen</li> <li>• 3,6 Monate nach Therapieende</li> <li>• mit Gelegenheitskonsum (keine Opiate o.ä.)</li> <li>• mit evtl. Monatskonsum (Cannabis o.ä.)</li> </ul>
		<p>Letzte 12 Monate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geringer Konsum (kein Konsum oder Konsum von 1 Substanz, max. 2-3x/Jahr)</li> <li>• moderater Konsum (einige wenige Male/Monat od. weniger od. einige Male/Woche Konsum v. Cannabis od. Alkohol)</li> <li>• max. 20% des Katamnesezeitraums rückfällig</li> <li>• zum Katamnesezeitpunkt mind. 6 Monate drogenfrei</li> <li>• erneute Behandlungen</li> <li>• Haftzeiten sind Rückfallzeiten</li> <li>• kein exzessiver Beikonsum zum Katamnesezeitpunkt</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Katamnesezeitpunkt wenn in den le. 6 Monaten keine Opiate, Kokain, Amphetamine i.v. konsumiert wurden bzw. nach Rückfall keine dieser Drogen wieder konsumiert wurden</li> <li>• in letzten 3 Monaten weder einmal noch gelegentlich Cannabis, Psychopharmaka noch Alkohol bis Rausch konsumiert</li> </ul>
Berufliche-/Ausbildungssituation		<ul style="list-style-type: none"> <li>• erwerbstätig</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• in fester Beschäftigung/selbständig mit legaler</li> </ul>

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erwerbstätigkeit/Hausfrau/-mann</li> <li>in Ausbildung/Schule/Studium</li> <li>nicht mehr als 8 Wochen oder mit absehbarem Ende arbeitslos und damit nicht unzufrieden u. nicht ohne Aussicht auf Alternativen</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>zum Befragungszeitpunkt in Vollzeit-/Teilzeitanstellung oder Ausbildung</li> <li>im Katamnesejahr 7 oder mehr Monate in einem Angestelltenverhältnis</li> </ul>
Soziale Situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>soziale Integration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>in letzten 6 Monaten in fester oder zeitweilige Partnerbeziehung mit nicht abhängigem Partner u. damit nicht unzufrieden</li> <li>oder ausreichend drogenfreie Freunde u. Bekannte</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Einkommen aus Arbeit/Ausbildung</li> <li>angemessene Wohnung</li> <li>Arbeit/Beschäftigung</li> <li>keine Zwangsbehandlung</li> </ul>
		Wert auf Rating-Skala : <ul style="list-style-type: none"> <li>eig. Whg./wohnen bei Eltern</li> <li>erwerbstätig</li> <li>eig. Verdienst/Krankengeld</li> <li>keine weitere Behandlung</li> <li>kein Kontakt zur Drogenszene</li> </ul>
Finanzielle Situation		<ul style="list-style-type: none"> <li>kein Bedarf an staatlicher Unterstützung</li> </ul>
Legalsituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kriminalität</li> <li>Justizfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine</li> <li>Weder Maßnahme, Verurteilung oder Gefängnisaufenthalt</li> </ul>
Gesundheit (Körperl. + psych.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychische Probleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine schweren</li> </ul>
Erneute Behandlungen		<61 Tage
Nähe zur Drogenszene		<ul style="list-style-type: none"> <li>ausschließlich drogenfreie Kontakte</li> <li>überwiegend drogenfreie Kontakte</li> </ul>

Quelle: Sonntag & Künzel (2000)

Im Folgenden sollen als Beispiel für die große Variabilität von Evaluationsstudien zu Behandlung zwei Behandlungsansätze dargestellt werden, die im Rahmen von Modellprojekten wissenschaftlich begleitet und vom Bundesministerium für Gesundheit bzw. dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit finanziell gefördert wurden. Besonderes Augenmerk soll auf die Zielsetzungen der Behandlungsansätze und ihre Kriterien für Behandlungserfolg gelegt werden.

### **Entgiftungsbehandlung unter besonderen Bedingungen**

Seit 1995 werden in der Bezirksklinik Haar (bei München) Entzugsbehandlung mit Opiatantagonisten unter Narkose durchgeführt (Küfner et al. 2000). Nach einer Vorüberprüfung und einem Eingangsinterview auf der Suchtstation erhalten die Klienten dabei zur Verhinderung von Entzugssymptomen und zur Vorbereitung des Entzugs Methadon. In der Intensivstation wird Narkose der Entzug durch Naltrexon initiiert. Nach sechs bis acht Stunden Narkose und einer Überwachungsphase von ca. 14 Stunden kommen die Klienten für weitere drei bis fünf Tage auf die Intensivstation. Bis 1998 wurden 108 opiatabhängige Patienten auf diese Weise behandelt. In einer wissenschaftlichen Begleitung wurden katamnestische Ergebnisse untersucht. 33% der untersuchten Stichprobe sind weiblich, das Durchschnittsalter beträgt 34 Jahre. Bei allen Klienten lag bei Aufnahme eine Opiatabhängigkeit vor, bei 61% ein weiterer, multipler Substanzmissbrauch. Die überwiegende Mehrheit war in Substitution, 68% hatten mindestens einen stationären Entzug hinter sich (durchschnittlich 3,2 Entzüge).

Am ersten Tag nach der Narkose kam es zu einem deutlichen Anstieg der Entzugssymptome (Schlafstörungen, Diarrhöe, psychomotorische Unruhe, Schmerzen, Erbrechen etc.), die Patienten selbst gaben jedoch mehr Entzugssymptome an als Pflegepersonal oder Ärzte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 6 Tage (3 - 15 Tage), 40% beendeten die Behandlung vorzeitig. In den ersten 30 Tagen nach dem Narkoseentzug gaben 49% der Patienten an, frei vom Cannabis gewesen zu sein und 45% frei von „harten“ Drogen - die andere Hälfte nimmt wieder Drogen. 17% waren im ersten Jahr frei von Drogen. Mehr als die Hälfte der Patienten fand die Dauer des Entzuges angemessen, 23% fand ihn zu lang.

Durchschnittlich wurde der Narkoseentzug als „eher belastend“ für die Bewältigung des Suchtproblems eingeschätzt. 62% würde sich selbst dem Entzug z.T. nur unter bestimmten Bedingungen wieder unterziehen, 38% unter keinen Umständen mehr. Im Vergleich zu üblichen Entzugsbehandlungen ist die Verweildauer der Patienten mit Narkose-Entzug höchstens halb so lang. Die relativ kurze Dauer, geringere Entzugssymptome und der bessere psychische Allgemeinzustand wurden als positiv erlebt, körperlicher Allgemeinzustand, Häufigkeit von Nebenwirkungen und Betreuung als negativ. Der Suchtmittelkonsum in den ersten sechs Monaten der Katamnesezeit ist vergleichbar mit den Ergebnissen stationärer Therapie - wo allerdings deutlich positivere Veränderungen in der Arbeitssituation der Patienten auftreten.

## **Entwöhnung in einem besonderen therapeutischen Setting: Betreuung auf dem Bauernhof**

Von 1996 bis 1999 wurde in mehreren Bundesländern das Modellprogramm „Drogenabhängige auf dem Bauernhof“ (Küfner et. al 1999) durchgeführt. Das Behandlungskonzept sah vor, dass drogenabhängige Klienten für ca. 12 Monate auf einem Bauernhof mit aktiver Bewirtschaftung leben, in die Familie und den Arbeitsprozess eingebunden und von externen Drogenberatungsstellen regelmäßig betreut werden. Drogenabhängige sollten die Möglichkeit erhalten, den unmittelbaren Sinn der Arbeit zu erfahren und neue Kontakte außerhalb der Drogenszene aufbauen. Eine intensive psychotherapeutische Behandlung war nicht vorgesehen. Ziel war es, die Voraussetzung für eine selbständige Lebensgestaltung der Klienten zu schaffen. Abstinenz wurde hierfür als Voraussetzung und Ergebnis gesehen. Folgende Teilaspekte sollten im Idealfall erreicht werden:

- Entwicklung einer positiven Identität und Sinnfindung für das eigenen Leben,
- Aufbau sozialer Fertigkeiten,
- Bewältigung von Problemen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes,
- Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit.

Methodisch kann der Untersuchungsansatz der Begleituntersuchung als eine prospektive naturalistische Evaluationsstudie beschrieben werden. 62% der Klienten waren Männer 56 (90%) Männer und 6 (19%) Frauen. Das mittlere Alter betrug 30 Jahre, 86% waren opiatabhängig, 6,5% wiesen schädlichen Gebrauch von Opiaten auf. Tabak- und Cannabisabhängigkeit waren häufige Zweitdiagnosen. Ein Großteil der Klienten war jedoch gegenwärtig abstinent.

Nach zwei Monaten wurden Verlaufsinterviews hinsichtlich Arbeit, Freizeit, Klima in der Familie, soziale Beziehungen etc. durchgeführt. Bei 81% der Klienten wurden Urinuntersuchungen durchgeführt: 12% hatten positive Urinbefunde. 22% fühlten sich durch das Regelsystem eingeengt, fast die Hälfte hatte Abbruchgedanken. 91% hatte ein Mal in der Woche ein Beratungsgespräch.

Insgesamt 44% haben die Betreuung regulär abgeschlossen, bei einem Drittel war es aber zu einem Rückfall mit Drogen gekommen. Die Tage mit Drogenproblemen sind jedoch im Verlauf weitgehend auf Null zurückgegangen. Beratungsbedarf wegen Drogen sahen jedoch immer noch 35%. Während sich der Anteil der Klienten mit familiären Belastungen, psychischen Problemen, Problemen im Freizeitbereich deutlich reduzierte, kam es zu einer subjektiv größeren Belastung der Klienten durch Arbeitsprobleme. 6 Monate nach Beendigung der Behandlung waren 43% gegenüber allen Drogen abstinent (Selbstaussagen), 57% von „harten“ bzw. „weichen“ Drogen, 39% standen in einem Arbeitsverhältnis, 43% finanzierten ihren Lebensunterhalt überwiegend selbst. Der Anteil von Klienten mit überwiegenden Kontakten zu anderen Personen mit Suchtproblemen fiel von 31% (Aufnahme) auf 17% (Katamnese).

### 12.3 Methodische Probleme

Die beiden dargestellten Projekte beziehen sich auf unterschiedliche Behandlungsphasen: Entzug und Reintegration. Ein Kriterium für Behandlungserfolg, das beiden Behandlungsansätzen unterliegt ist die Konsumfreiheit bzw. Beikonsumfreiheit während der Behandlung bzw. in der Katamnese („harten“, „weichen“, illegalen Drogen oder Alkohol). Bei der Entzugsbehandlung sind Durchführbarkeit des Entzugs, begleitende Entzugssymptome sowie die Beurteilung des Entzugs durch die Klienten Evaluationskriterien. Die Reintegrationsstudie geht darüber hinaus und bezieht psychosoziale Elemente wie Erwerbsfähigkeit, stabiles soziales Umfeld und Persönlichkeitsentwicklung (Aufbau sozialer Fertigkeiten, positiver Identität und Sinnfindung) ein.

Die Evaluation von Behandlungsergebnissen bei Drogenabhängigen scheint in Deutschland insgesamt als ausbaufähig. Nur wenige Übersichtsarbeiten über Behandlungsansätze und ihre entsprechenden Kriterien für Behandlungserfolg liegen bisher vor, meta-analysiertes Datenmaterial und veröffentlichte Arbeiten zur Kriterien von Behandlungserfolg sind nur in begrenztem Ausmaß verfügbar. Allerdings ist die Frage nach dem „Erfolg“ – betrachtet man sich den Stand der Diskussion im Bereich der Psychotherapieforschung insgesamt – eher irreführend. Entscheidend ist vielmehr, welche Therapie für welchen Klienten in welcher Situation durch wen angewandt welche Ergebnisse bringt. Die Vielzahl der aufgeführten Parameter macht jedoch gleichzeitig die Komplexität der Fragestellung klar.

## 13 Drogenkonsum im Gefängnis

### 13.1 Epidemiologische Situation

Seit 1961 wird bundeseinheitlich an allen Gefängnissen eine Strafvollzugsstatistik durchgeführt, die vom Statistischen Bundesamt ausgewertet und veröffentlicht wird. Eine Stichtagserhebung liefert soziodemographische Daten über Strafgefangene im Freiheits- oder Jugendstrafvollzug sowie deren Straftat bzw. der Art und Dauer des Vollzuges. Eine Jahresstatistik enthält u.a. Informationen über Zu- und Abgänge innerhalb eines Berichtsjahres. Laut aktueller Strafvollzugsstatistik (Stand 1999) sind in den 217 deutschen Gefängnissen derzeit rund 60.800 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte inhaftiert, 96% davon sind Männer (Statistisches Bundesamt 2001a). Die Zahl der Einsitzenden steigt seit 1991 deutlich an und hat im Jahr 2000 bisher ihren höchsten Wert erlangt. Der prozentuale Anteil der verurteilten Ausländer lag 1999 bei 26%, der Anteil der wegen Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilten Ausländer liegt mit 26% in etwa auf gleicher Höhe (Statistisches Bundesamt 2001b).

In einer internationalen, multizentrischen Studie zu HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention in Gefängnissen zeigten Rotily und Weiland (1998), dass mehr als die Hälfte aller befragten Inhaftierten einer Kölner Justizvollzugsanstalt in Deutschland geboren wurden (57%). 22% stammten aus europäischen Nachbarländern, 9% aus Ländern des mittleren Ostens und 11% aus Nordafrika, Amerika und anderen Ländern. Bei intravenös applizierenden Drogenabhängigen war der Anteil der in Deutschland geborenen deutlich höher (87%) als bei nicht i.v. Drogenkonsumenten (43%) (Tabelle 42).

**Tabelle 42: Geburtsland von Inhaftierten i.v. Drogenkonsumenten (IDU) vs. nicht i.v. Drogenkonsumenten (Non-IDU)**

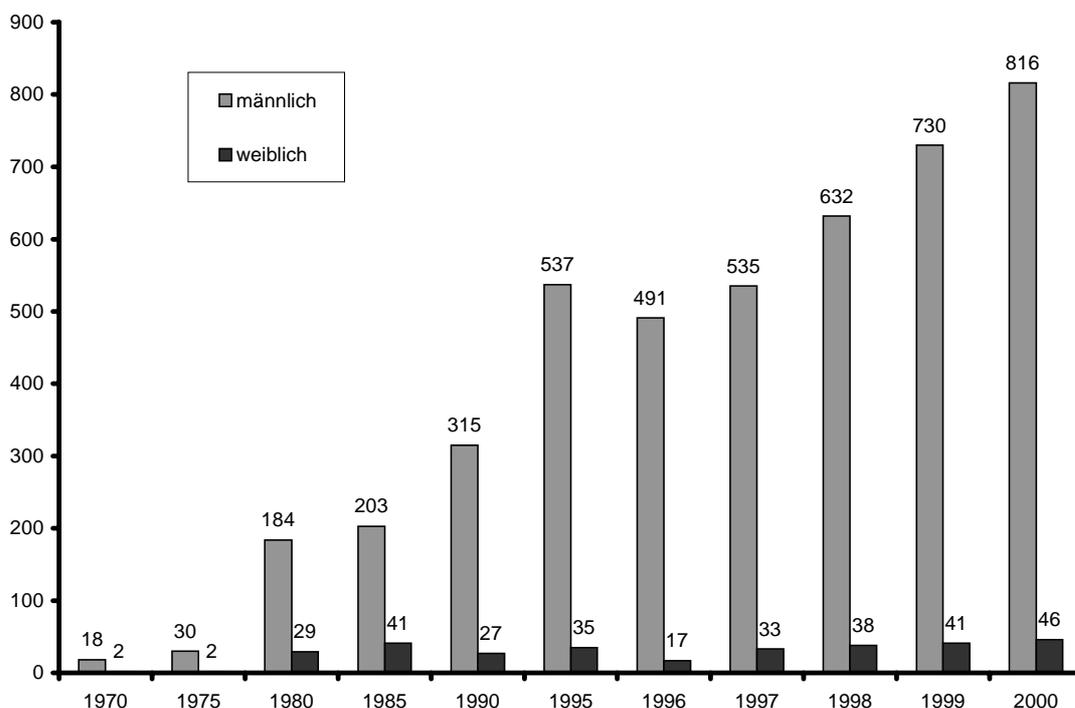
Geburtsland	IDU	Non-IDU
BRD	87%	43%
andere europäische Länder	8%	29%
Nordafrika / Mittlerer Osten	3%	18%
sonstige / unbekannt	2%	10%
Gesamt	100%	100%

Quelle: Rotily & Weiland (1998)

### 13.1.1 Drogenkonsum vor und in Haft

Epidemiologische Daten über Drogenkonsum und Drogenkonsumenten im Justizvollzug sind in Deutschland nach wie vor relativ selten. Im Rahmen seines Strafvollzugsmonitoring erhebt das Statistische Bundesamt jedoch jährlich die Anzahl der straffälligen Menschen, die sich aufgrund einer richterlichen Anordnung einer Entziehungskur unterziehen (müssen). Insgesamt 862 Männer und Frauen waren im Jahr 2000 aufgrund einer richterlichen Anordnung gemäß §64 Strafgesetzbuch (StGB) wegen berauschenden Mitteln (ohne Alkohol) in einer Entziehungsanstalt untergebracht (Abbildung 31) (Statistisches Bundesamt 20001a). Ihre Anzahl ist seit 1970 drastisch angestiegen und verdeutlicht, dass in der deutschen Rechtsprechung auch mit dem §64 zunehmend auf das Prinzip „Therapie statt Strafe“ zurückgegriffen wird. Die Tatsache, dass entsprechende Therapieplätze nur begrenzt verfügbar sind, sollte in diesem Zusammenhang jedoch berücksichtigt werden.

**Abbildung 31: Anzahl der aufgrund einer richterlichen Anordnung (§64 StGB) in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten (ohne Alkoholismus) (2000)**



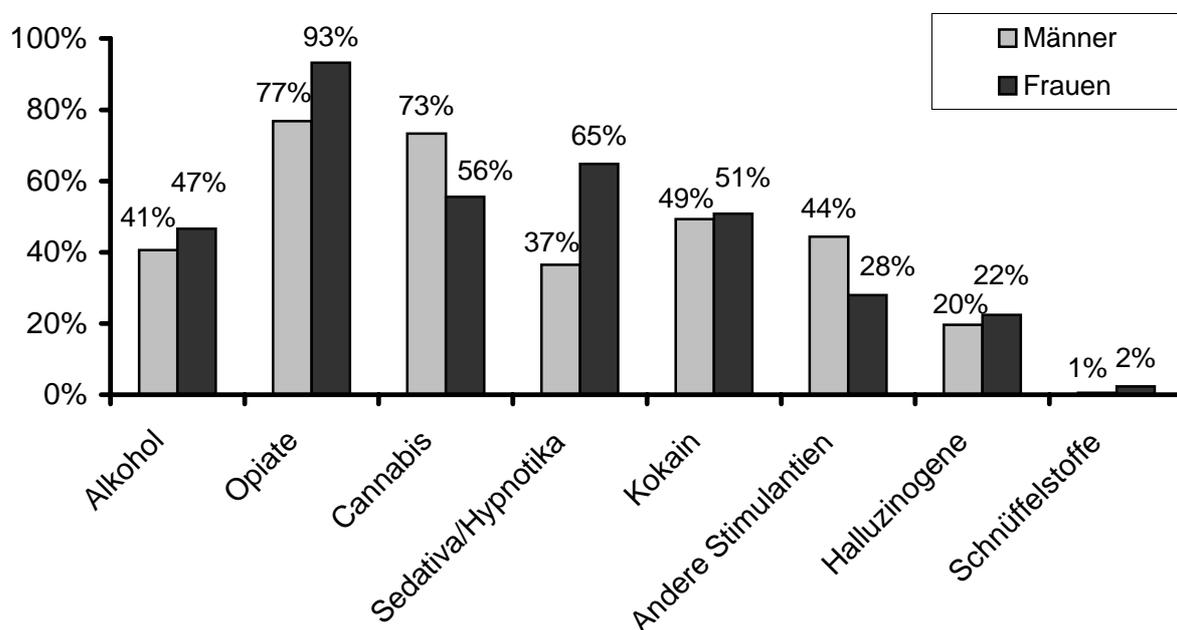
Quelle Statistisches Bundesamt (2001a)

Ein regelmäßiges bundesweites Monitoring der Drogensituation in Haftanstalten existiert nicht. In den letzten Jahren wurden einzelne empirische Studien zum Drogengebrauch im Justizvollzug durchgeführt. Fragestellung, Methodik und Stichproben variierten jedoch erheblich. Schätzungen über das Ausmaß der Drogenabhängigkeit in Haftanstalten variieren beträchtlich und reichen von ca. 30% [Einschätzung einer „Suchtmittelproblematik mit illegalen Drogen“ durch JVA-Angestellte (Küfner, Beloch, Scharfenberg, Türk 1999; Dolde 1995)] bis zu mindestens 50%, im Frauenvollzug sogar 70 - 80% (Dolde 1995; Meyenberg, Stöver, Jacob, Pospeschill 1999). Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation aller Inhaftierten wären das 17.200 bis 29.200 männliche und 700 bis 1.900 weibliche (ehemalige) Drogen

Konsumierende. Das Ministerium für Justiz in Rheinland-Pfalz berichtet für das Jahr 2000 auf der Basis von N = 3.851 Gefangenen, dass 14% (N = 538) von ihnen von legalen und 28% (N = 1.085) von illegalen Drogen abhängig sind.

Ein großer Teil der Inhaftierten mit Drogenproblemen konsumierte bereits vor dem Gefängnisaufenthalt psychoaktive Substanzen. In einer Studie von Kufner et al. (1999) konsumierten 77% (N = 370) der Männer mit Drogenproblemen in den sechs Monaten vor Beginn der Haft regelmäßig Opiate, 73% (N = 349) Cannabis, 49% (N = 220) Kokain und 44% (N = 174) Aufputzmittel. Frauen mit Drogenproblemen konsumieren am häufigsten Opiate (93%, N = 69), Sedativa und Hypnotika (65%; N = 35) und Kokain (51%; N = 30).

**Abbildung 32: Regelmäßiger Gebrauch psychotroper Substanzen sechs Monate vor Beginn der Haft bei Männern und Frauen**



Quelle: Kufner et al. (1999)

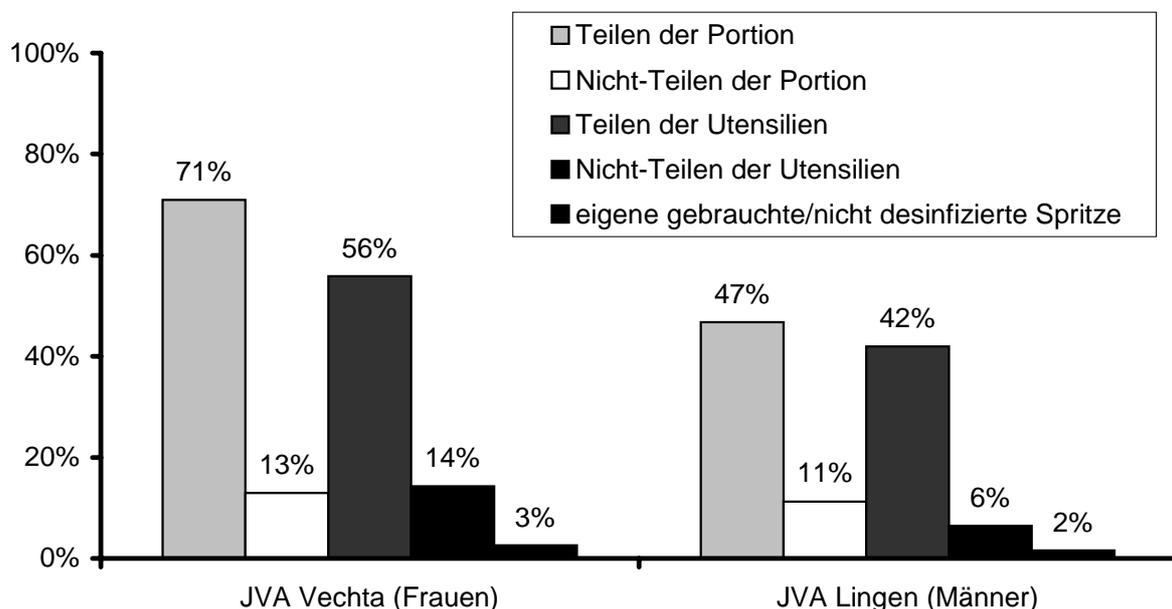
In einer Studie zum Einsatz von Spritzenautomaten (Heinemann & Gross 2001) fanden sich bei 2998 Männer und 21 Frauen die folgenden Zahlen: 47% konsumierten harte Drogen, meist Heroin und Kokain, 41% intravenös.

### 13.1.2 Infektionsrelevantes Risikoverhalten

Hepatitis B, C und HIV sind Infektionskrankheiten, die bei Drogenkonsumenten häufig in der Folge von intravenöser Substanzapplikation auftritt. Gemeinsames Benutzen von Nadeln und Spritzen ("needle sharing") oder das Aufteilen von Drogen mit Hilfe einer Spritze ("Drug sharing") bergen ein erhebliches Risiko, Viren und Bakterien über Bluteiweißreste an der Nadel zu übertragen. Auch unhygienische Bedingungen beim Injizieren, beispielsweise durch verunreinigte Löffel, gebrauchte Filter oder abgestandenes Wasser, sind gleichermaßen Quellen für Krankheitserreger. Das Anbringen von Tätowierungen und Piercings sind bei einem Teil der Drogenabhängigen üblich. Unsaubere, nicht sterile Werkzeuge sind weitere Risiken zur Übertragung von Infektionen.

In beiden Justizvollzugsanstalten, in denen das Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe durchgeführt wurde (Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill 1999) waren Heroin (Frauen = 86%, Männer = 95%) und Kokain (Frauen = 64%, Männer 62%) die Substanzen, die am häufigsten intravenös appliziert wurden. In der multizentrischen Studie „European Network on HIV / AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons“ (Rotily & Weiland 1999) gaben insgesamt 33% (N = 143) der befragten Insassen (N = 437) einer Kölner Justizvollzugsanstalt intravenösen Drogenkonsum vor Haftantritt an. Die risikoreiche Konsumform war bei männlichen und weiblichen Insassen ähnlich häufig. Fast alle von ihnen (92%) gaben an, innerhalb der letzten vier Wochen vor der Inhaftierung Drogen injiziert zu haben. Hochfrequenter Konsum, d.h. mehr als 20 Injektionen in vier Wochen, wurde besonders häufig genannt (61%). Von den Befragten mit i.v. Drogenkonsum vor Haftantritt gab insgesamt ein Drittel (36%) intravenösen Drogenkonsum in Haft an, Injektionsutensilien mit anderen geteilt zu haben gaben insgesamt 27% an. Die Prävalenzen von Drug- und Needle-Sharing sind in dieser Studie deutlich niedriger als im Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999). Hier wurde das Teilen von Drogen und Injektionsutensilien von den Befragten von 47% der 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%).

**Abbildung 33: Drogenkonsumformen bei Gefängnisinsassen  
(JVAs Vechta und Lingen)**

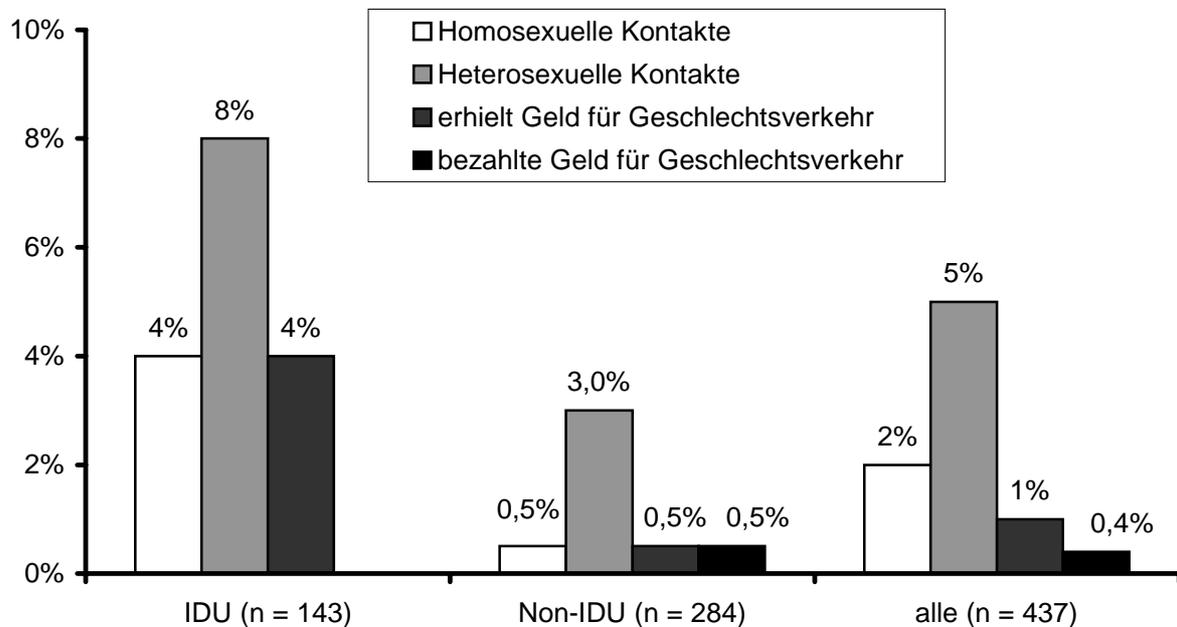


Quelle: Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill (1999)

Das Sexualverhalten der Haftinsassen wurde in der multizentrischen Netzwerkstudie (Rotily & Weiland 1999) ebenfalls erfragt. Mehr als die Hälfte der i.v. Drogenkonsumenten gab an, in den 12 Monaten vor der Inhaftierung die Sexualpartner mehrmals gewechselt zu haben (55%). 73% erklärten, dass ihre Partner ebenfalls intravenös Drogen applizierten, 13% hatten in diesem Zeitraum einen oder mehrere HIV-positive Sexualpartner. Nur 26% der Befragten gaben an, in den 12 Monaten vor der Inhaftierung Kondome benutzt zu haben. Im Vergleich zu anderen

europäischen Justizvollzugsanstalten hatten nur wenigen Insassen der Kölner Justizvollzugsanstalt sexuelle Kontakte in Haft, i.v. Drogenkonsumenten (IDU) relativ gesehen etwas häufiger: Heterosexueller Geschlechtsverkehr wurde von 8% der i.v. Konsumenten und 3% der Non-i.v. Konsumenten (Non-IDU), homosexuelle Kontakte von 4% vs. 0,5% angegeben. Die Anstalt verfügte jedoch nicht über spezielle „Besuchsräume“ für Haftinsassen.

**Abbildung 34: Sexualverhalten bei Inhaftierten**

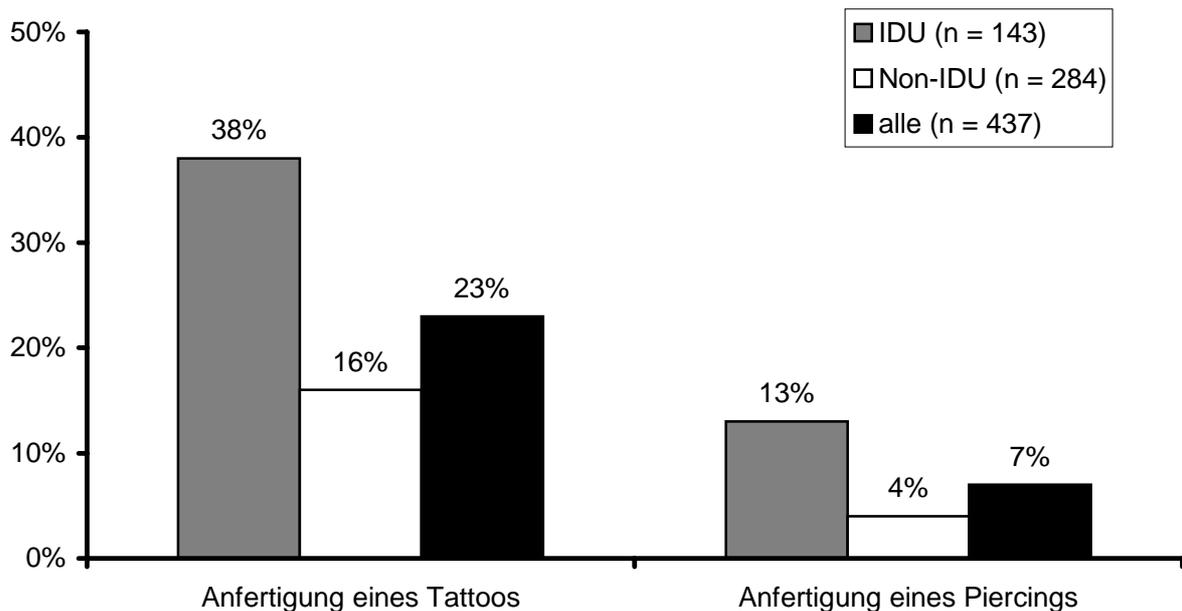


Quelle: Rotily & Weiland (1998)

15% der männlichen Häftlinge und 26% der männlichen i.v. Konsumenten gaben an, sich in den 12 Monaten vor der Inhaftierung prostituiert zu haben. Bei den Frauen waren dies deutlich mehr: 28% aller weiblichen Häftlinge und 44% der weiblichen i.v. Konsumenten. Im Gefängnis geben von den i.v. Konsumenten nur 4% an, sich prostituiert zu haben (Abbildung 34).

Das Anbringen von Tätowierungen und Piercings in Haft ist häufig. Unsaubere, nicht sterile Werkzeuge bergen ebenfalls das Risiko der Übertragung von Infektionen. 38% der IDUs und 16% der Non-IDUs gaben an, dass sie sich während der aktuellen Inhaftierung eine Tätowierung anbringen ließen. 13% der IDUs ließen sich piercen, bei den Non-IDUs waren dies nur 4% (Rotily & Weiland 1998) (Abbildung 35).

**Abbildung 35: Anbringen eines Tattoos oder Piercings während der aktuellen Inhaftierung**



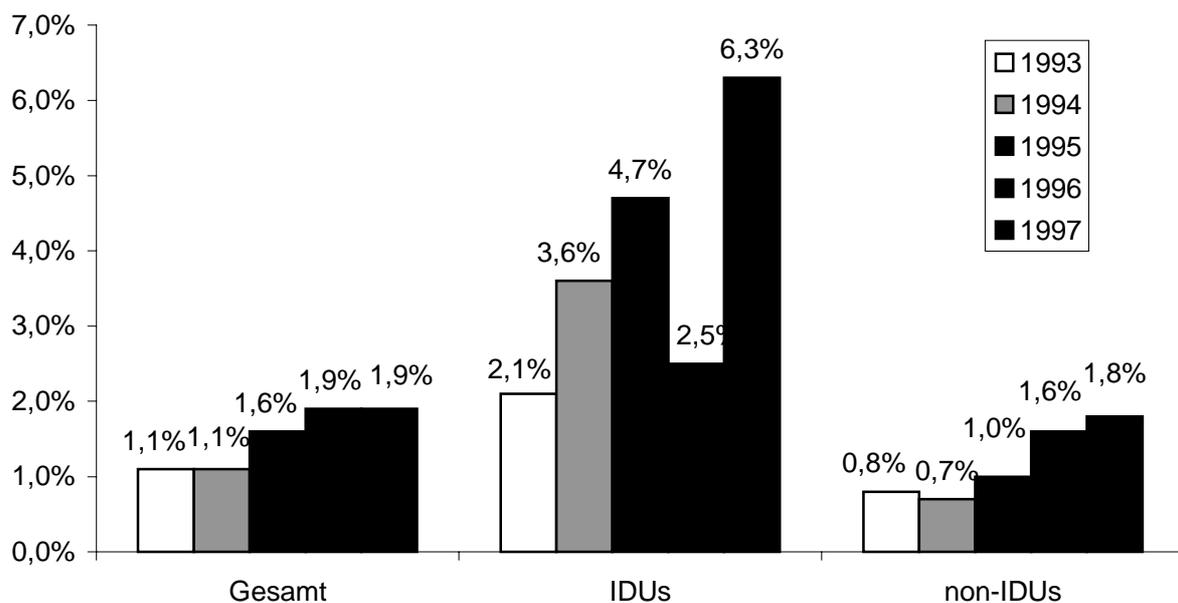
Quelle: Rotily & Weiland (1998)

### 13.1.3 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. Im Rahmen der multizentrischen europäischen Studie (Weilandt & Rotily 1998) wurden die Haftinsassen nach bisherigen HIV und HCV Tests gefragt. Der Anteil der Getesteten war bei den IDUs (N = 143) besonders hoch (87%), etwas die Hälfte der Non-IDUs (N = 284) waren ebenfalls mindestens einmal in ihrem Leben getestet worden (49%). Insgesamt 2% der IDUs (N = 124) und 3% der Non-IDUs (N = 133) gaben an, HIV-positiv zu sein, 68% der IDUS (N = 111) und 8% der Non-IDUs (N = 51) bestätigten ein positives HCV-Testergebnis. In der Studie wurden auch Speicheltests durchgeführt, durch die HIV und HCV Prävalenzen bestimmt werden sollten. Der Anteil der HIV positiven i.v. drogenkonsumierenden Haftinsassen (N = 143) lag in der Kölner Justizvollzugsanstalt bei 1,4%, bei den Non-IDUs (N = 284) bei 0,4%. Die Prävalenz von Hepatitis C lag bei den IDUs bei 14%, jedoch nur bei 0,4% unter den Non-IDUs. Die Prävalenzen in den deutschen Gefängnissen waren jedoch deutlich niedriger als in anderen europäischen Gefängnissen (mit HIV-Prävalenzen bis zu 28% und HCV-Prävalenzen bis zu 64% bei i.v. Drogenkonsumenten). Insgesamt 27% der Befragten waren gegen Hepatitis B geimpft: Von den IDUs hatten 13% alle Impfungen, 14% nicht alle Impfungen, bei den Non-IDUs waren 21 % komplett gegen Hepatitis B geimpft und 6% hatten nicht alle Injektionen.

Die Prävalenz der Infektionserkrankungen HIV, Hepatitis B und C im Hamburger Justizvollzug wurde in einer prospektiven Längsschnitterhebung von (Heinemann & Püschel 1999) von 1991 bis 1997 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 IDUs. 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 etwa doppelt so lange Drogen, wie HIV-negative (bei gleichem Einstiegsalter).

**Abbildung 36: HIV-Infektionen bei Gefangenen**



Quelle: Heinemann & Püschel (1999)

Die Prävalenz der Hepatitiden vom Typ B (Hepatitis Bc-Antikörper positiv) lag 1997 im gesamten Hamburger Strafvollzug (N = 6202 Untersuchungen) bei IDUs bei 59,6% und bei Non-IDUs bei 36,2%. Die Prävalenz von Hepatitis C positiven IDUs lag bei 77% und die der Non-IDUs bei 18% (Heinemann, persönliche Mitteilung 2001). Aktuellere Zahlen aus Hamburg werden demnächst vorliegen. Personen mit ausschließlichem i.v. Konsum in Haft wiesen in einer Studie von Heinemann & Gross (2001) in 4 % HIV, in 84% Hepatitis B, in 12% akut vorher persistierend und in 100% Hepatitis C auf.

### 13.2 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. Insgesamt 14% (8.772) aller im Jahr 2000 Inhaftierten wurde wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verurteilt. In qualitativen Befragungen (vertiefte Interviews) wurden Teilnehmer des

Modellprojektes zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999) zur Organisation des Drogenkonsums befragt.

Die Haftinsassen berichten von starken Schwankungen der Stoffqualität, -kontinuität und -preisen aufgrund von Kontrollen und Sicherheitsmaßnahmen. Drogen werden durch ein aufwendig organisiertes Tauschgeschäft beschafft und finanziert. Der intramurale Drogenmarkt wird als „Kleinhandel“ beschrieben, der auf viele Gefangene verteilt wird und als „Zufallsgeschäft“ über mehrere Kanäle und nicht zentral organisiert betrieben wird. 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 unzureichenden Desinfektionstechniken kommt es zu hochriskanten Konsumpraktiken. Der Umgang mit Regelverstößen in Justizvollzugsanstalten scheint ein sensibler Bereich zu sein, über den Kufner et al. (2000) bei einer Befragung der Anstaltsbediensteten keine klar erkennbaren Regeln ableiten konnten. Sanktionen bei kleineren Verstößen werden eher individuell gehandhabt. Bei größeren Regelverstößen, wie z.B. dem Besitz von Betäubungsmitteln, kommt es jedoch zu einer Strafanzeige, die nicht mehr im Verantwortungsbereich der JVA liegt.

### **13.3 Informationen zum Kontext: Organisation und Strukturen im Gefängnis**

Der Justizvollzug liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Die Organisation des Vollzugs, Mitwirkung bei der Gesetzgebung, finanzielle und personelle Ressourcen, Sicherheits- und Bauangelegenheiten, die Beschäftigung der Gefangenen obliegt den entsprechenden Ressorts der Justizministerien. Bei den Haftstrafen wird in Deutschland zwischen Untersuchungshaft vor und Strafhaft nach einem entsprechenden Urteil unterschieden. Jugendstrafe betrifft Personen bis 18, unter gewissen Umständen bis 21 Jahre.. Abschiebehaft, Ordnungs-, Sicherungs-, Zwangs- und Erziehungshaft sowie der Ersatzfreiheitsstrafe unterscheiden sich nach gesetzlicher Grundlage und Zweck. Des weiteren wird zwischen geschlossenem und offenem Vollzug unterschieden. Spezialisierte Einrichtungen sind sogenannte Mutter-Kind-Einrichtungen für straffällige Mütter, Justizvollzugskrankenhäuser und sozialtherapeutische Abteilungen. In vielen Anstalten wird - meist um die Haftkapazität zu erhöhen - ein Wohngruppenvollzug praktiziert. Neben Einzelzellen gibt es Zweier- bis Viererzellen. Häufig wird in den Anstalten der „Umschluss“ praktiziert, d.h. alle Räume werden sofort wieder von einem Justizvollzugsangestellten verschlossen, zum Teil gibt es aber auch Räume, die tagsüber frei zugänglich sind und abends verschlossen werden. In speziellen Aufenthaltsräumen können sich Häftlinge mehrmals im Monat mit Angehörigen treffen.

Eine wichtige Maßnahme für die resozialisierungsförderliche Gestaltung des Justizvollzugs ist die Gefangenen- und Mitarbeiterausbildung. Bei vielen Gefangenen ist, nach Angaben des Baden-Württembergischen Justizministeriums ein deutlicher Bildungsrückstand gegenüber Nichtstraffälligen festzustellen (<http://www.justiz.baden-wuerttemberg.de/>). Gesellschaft, Familie, Arbeitswelt und Freizeit entwickeln sich rasch weiter. Damit v.a. unausgebildete straffällige Jugendliche nicht weiter „auf der Strecke“ bleiben und sich kriminellen Verhaltensweisen verfestigen, werden unterschiedliche Bildungsangebote gemacht. Im Sinne eines Differenzierungskonzeptes werden neben Förder-, Elementar- und

Hauptschulkurse (Schwerpunkte: Lesen, Rechnen und Schreiben in Alltagssituationen) auch Realschulkurse und Berufsschulunterricht (theoretische und praktische Ausbildungseinheiten) angeboten. Für ausländische Gefangene werden z.T. Weiterbildungsangebote möglichst in der jeweiligen Landessprache durchgeführt. Bildungskurse in der Freizeit informieren beispielsweise über Alkohol und Drogen. Erste Hilfe, Sprach- und Schreibmaschinenkurse und EDV-Grundausbildung werden ebenfalls angeboten. Von 1998 bis 2000 wurde in den Ländern Brandenburg, Bremen und Niedersachsen wurde ein Telekooperationsnetzwerk (TELiS) für das computergestützte Lernen im Strafvollzug aufgebaut und derzeit in ein Europäisches Netzwerk mit spanischen, portugiesischen, französischen und englischen Gefängnissen eingebunden ([www.telis.uni-bremen.de](http://www.telis.uni-bremen.de)).

Durch soziales Training sollen Wissen, neue Verhaltensweisen und Einstellungen bei Problemen mit Mitmenschen in Familie, Beruf, Behörde oder Freizeit vermittelt und eingeübt werden. Sportliche Aktivitäten müssen, nach dem Strafvollzugsgesetz, dem Jugendgerichtsgesetz und der Untersuchungshaftvollzugsordnung den Häftlingen angeboten werden. Die meisten größeren Vollzugsanstalten verfügen über entsprechende Sporthallen oder -plätze. Neben externen Sportlern werden oft auch Vollzugsbedienstete zum Übungsleiter ausgebildet. Die häufigsten regelmäßigen Freizeitangebote sind in den JVs (N = 33) Fernsehen (100%), sportliche Aktivitäten (96,8%), Spiele (75%), kreative Tätigkeiten (67,9), Fortbildung (61,5%) und Kochkurse (38,1) (Küfner et al. 2000).

### **13.4 Konzepte zur Nachfragereduzierung im Gefängnis**

Repression ist und war für lange Zeit 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. Externe Suchtberatung an JVs existiert seit Mitte der 80er Jahre und scheint sich langsam zu etablieren. 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. Neben repressiven Maßnahmen wird mittlerweile die Notwendigkeit von externen und internen Beratungsangeboten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen nicht mehr bestritten. Angebote für Konsumenten illegaler Drogen können sein:

- Schonräume für abstinente und nicht-abhängige Haftinsassen (drogenfreie Stationen),
- 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.

Insgesamt können Qualität und Quantität der Maßnahmen sehr variieren. Drogenberatung kann intern durch festangestellte sozialpädagogische oder psychologische Fachkräften 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 JVA's erprobt. Safer-use Maßnahmen wie Spritzentausch-Programme und die Vergabe von Utensilien zur Spritzenreinigung wurden eingeführt, infektionsprophylaktische Weiterbildung von Gefangenen und Bediensteten wurde durchgeführt (vgl. Meyenberg et al. 1999, Herrmann, Stöver & Knorr 2001). 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%).

Im Rahmen eines Modellprojektes zur Evaluation der JVA-Suchtberatung in Bayern wurden externe 46 Suchtberater im Rahmen eines semi-standardisierten Interviews zu ihren Arbeitsbedingungen und Beratungskonzepten befragt (Küfner et al. 2000). Fast alle Berater hatten ein Sozialpädagogikstudium absolviert, nur ein Viertel der Berater hatte für seine Tätigkeit in der JVA eine spezielle Fortbildung. 79% gaben an, ein eigenes Büro in der JVA zur Verfügung haben. Durchschnittlich kommen 237 Insassen auf einen Berater. Die Information über das JVA-Suchtberatungsangebot wird meist mündlich über den JVA-Sozialdienst (98%) oder JVA-Mitarbeiter (83%) vermittelt.

Durch das Dokumentationssystem EBIS-B werden psychosoziale und therapeutische Maßnahmen von ambulanten und stationärer Einrichtungen der Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe in Deutschland dokumentiert (vgl. Welsch & Sonntag 2000). Insgesamt wurden dabei im Jahr 1999 Betreuungen von 914 Klienten im Rahmen der Straffälligenhilfe dokumentiert; 94% davon waren Männer und 6% waren Frauen. Es liegen allerdings nur von 142 Klienten aus sieben Einrichtungen Angaben zu den erfolgten Maßnahmen vor, dies entspricht 16% der Ausgangsstichprobe. Eine Generalisierung der dargestellten Ergebnisse ist daher nicht möglich. Der Großteil der Klienten (52%), die im Rahmen der Straffälligenhilfe betreut werden, erhält soziale Trainingskurse. Weitere 38 Klienten (27%) verrichten eine gemeinnützige Arbeit statt einer Ersatzfreiheitsstrafe. Maßnahmen wie Arbeitszuweisung, Betreuungszuweisung, Täter-Opfer-Ausgleich, Jugendgerichtshilfe oder Haftentscheidungshilfe bzw. -vermeidung spielen in den Einrichtungen eine untergeordnete Rolle .

**Tabelle 43: Maßnahmen im Betreuungsverlauf von Klienten der Straffälligenhilfe in sieben Gefängnissen**

Maßnahmen im Betreuungsverlauf	Fälle	Prozent
Arbeitsweisung	3	2%
Betreuungsweisung	2	1%
soziale Trainingskurse	74	52%
Täter-Opfer-Ausgleich	1	1%
Jugendgerichtshilfe	1	1%
Haftentscheidungshilfe/Haftvermeidung	5	4%
Gemeinnützige Arbeit statt Ersatzfreiheitsstrafe	38	27%
Sonstige	12	9%
<b>Gesamt</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>

\* Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Welsch & Sonntag (2000)

### 13.5 Evaluation von Behandlungsansätzen im Gefängnis

Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit wurde von Juni 1997 bis September 1998 ein Modellprojekt durchgeführt, das zum Ziel hatte, durch bessere Vernetzung an allen bayerischen Justizvollzugsanstalten (Untersuchungs- oder Strafhaft) Suchtberatung anzubieten. Art und Umfang der Beratung sowie ihr Einfluss auf Häftlinge und Anstalt sollte dokumentiert und qualitativ verbessert werden, Leitlinien für eine optimale externe Suchtberatung erarbeitet werden. Das Modellprojekt, an dem 33 von 37 JVAs und insgesamt mehr als 4000 Klienten teilnahmen, wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Küfner et al. 2000). Die externe Suchtberatung wird von den Klienten als positiv bewertet. Aber auch von den JVAs wird sie als wichtiger Bestandteil der Betreuung von Häftlingen gesehen, zumal sie den JVA internen Sozialdienst und Vollzugsbeamte entlastet. Insgesamt wurde die Betreuung von weiblichen Klienten als hilfreicher und erfolgreicher von den Beratern eingeschätzt. Zu Beginn der Beratung nannten die Insassen folgende Beratungsziele (Mehrfachantworten möglich):

- Umgang mit Suchtproblemen (80%)
- Therapievorbereitung (78%)
- Therapievermittlung statt Strafe (74%)
- Therapiemotivation (71%)

Die männlichen Klienten waren v.a. bei den ersten drei genannten Themen der Überzeugung, dass hierzu die Beratung sehr hilfreich sei. Des weiteren erhofften sie sich einen positiven Einfluss auf die Verkürzung der Haftzeit.

Die weiblichen Insassen nannten als Beratungsziele am häufigsten (Mehrfachantworten möglich):

- Therapievorbereitung (72%)
- Umgang mit Suchtproblemen (72%)
- Therapiemotivation (71%)
- Hafterleichterung (68%)

Die allgemeine Annahme, dass Frauen für Beratung und Psychotherapie aufgeschlossener als Männer sind, konnte nicht bestätigt werden. Hinsichtlich Beratungsverlauf und Veränderungen zeigten sich folgende Ergebnisse:

- Drogenklienten werden im Strafvollzug länger und intensiver beraten als bspw. Alkoholklienten. Das liegt z.T. an den rechtlichen Möglichkeiten, die das BtMG für Drogenabhängige bietet, z.T. aber auch daran, dass die Angebote besser auf Drogenklienten ausgerichtet sind.
- Die Haltequote der männlichen Klienten beträgt 69% (nach Abzug der Verschiebungen in andere JVAs) und ist damit deutlich höher als im stationären und ambulanten Behandlungssetting.
- Bezüglich der Veränderung der Gesamtsymptomatik als Globalbeurteilung am Ende der Beratung gaben 2% der männlichen Klienten an, abstinent zu sein, 49% beurteilten ihre Symptomatik als gebessert, 46% als unverändert und 2% als verschlechtert. Von den weiblichen Klienten gaben 1% an, abstinent zu sein, 57% beurteilten ihre Symptomatik als gebessert, 40% als unverändert und 2% als verschlechtert.

### **13.6 Methodische Probleme**

Die Erfassung von Drogenkonsum im Gefängnis zielt auf sanktioniertes, verbotenes Verhalten von Gefängnisinsassen. Die Durchführung solcher Studien bedarf immer der Zustimmung der Gefängnisleitung und der Unterstützung durch das Personal der JVAs. Der zeitweise Entzug der Freiheitsrechte der Gefangenen durch die Freiheitsstrafe macht es besonders schwierig, die Anonymität der Befragungsergebnisse zu gewährleisten. Auf der anderen Seite mag das Misstrauen der Befragten hier besonders groß sein. Urlaubsregelungen und eine Verkürzung von Haftzeiten hängen von der Einschätzung des Verhaltens des Gefangenen direkt ab – das Eingeständnis von Drogenkonsum im Gefängnis ist hierzu ein negativer Beitrag. Der Umfang der Leugnung und das Graufeld ist deshalb bei Studien im Gefängnis besonders groß einzuschätzen.

## Anhang

### 14 Literaturverzeichnis

#### 14.1 Broschüren

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (1998) *Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung* (Fachheftreihe: „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 4); Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (1998) *Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen* (Fachheftreihe: „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 2); Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (1998) *Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen* (Fachheftreihe: „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 5); Köln.

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

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2000) *„Modellprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“*; Göttingen.

#### 14.2 Literatur zum Bericht

Aktion Jugendschutz Bayern (Hrsg.) (1996a). *Mädchenorientierte Suchtprävention*.

Aktion Jugendschutz Bayern (Hrsg.) (1996b). *Jungenorientierte Suchtprävention*.

Arnold, T., Korndörfer, G., (O.J.), *Modellprogramm aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Drogenabhängige, Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 15. Baden-Baden: Nomos.

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

Babl, S. & Bässmann, J. (1998). *Infopool Prävention. Kriminalprävention in Deutschland und Europa - Akteure, Modelle und Projekte*. Wiesbaden: BKA.

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

**Barth, J., Bengel, J. (1999). Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 4). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.**

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.

**Brettschneider, W.-D. (2001)**, Sport und Erziehung. Jugendarbeit in Sportvereinen - Anspruch und Wirklichkeit. <http://hrz.upb.de/sportwissenschaft/NRW-Projekt.htm>, 11.9.2001

Bühringer, G. & Künzel, J. (1997). Geschichte der Methadonsubstitution in Deutschland, aktuelle Probleme und Lösungsvorschläge. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *10 Jahre Methadon Substitution in NRW - Bestandsaufnahme und Ausblick. Dokumentation der Fachtagung vom 5. - 6.6.1997 in Düsseldorf* (S. 35 -79). Düsseldorf: MAGS.

Bühringer, G., Adelsberger, F., Heinemann, A., Kirschner, J., Knauß, I., Kraus, L., Püschel, K. & Simon, R. (1997). *Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. Sucht, 43* (Sonderheft 2).

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

**Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2000a)**. Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 1999. **Wiesbaden: BKA.**

**Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2000b)**. Polizeiliche Kriminalstatistik PKS 1999. **Wiesbaden: BKA.**

**Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2000c)**. Kriminalprävention in Deutschland. Länder-Bund-Projektsammlung.. **Neuwied: Luchterhand.**

**Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2000d)**. Inländische Rauschgiftpreise. **Persönliche Mitteilung.**

**Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2001)**. Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2000. **Wiesbaden: BKA.**

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000)**. Länderkurzbericht 1999. **Berlin/ Bonn: BMG.**

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001a)**. Länderkurzbericht 2000. **Berlin/ Bonn: BMG.**

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

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001a)**. 0221-892031 Die Telefonberatung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. **Pressemitteilung vom 8. März 2001.**

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

**Caspers-Merck (2001)**. Sucht- und Drogenbericht 2000. **Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.**

**Christiansen, G. (2000)**. Evaluation- ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung (**Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 8**). **Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.**

Christiansen, G. & Töppich, J. (1994). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Wiederholungsbefragung 1993/1994*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Christiansen, G. & Töppich, J. (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Wiederholungsbefragung 1997*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Christiansen, G. & Töppich, J. (2000). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999 - Kurzfassung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Denis, A., Heynen, S. & Kröger, C. (1993). *Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. (IFT-Berichte, Band 72). München: Institut für Therapieforschung

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

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1998). *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (2000a). *Jahrbuch Sucht 2001*. Geesthacht: Neuland Verlag.

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (2000b)**. Situationen und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. **Hamm**

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

Dölling, D., (1996). *Drogenprävention und Polizei*, Wiesbaden Bundeskriminalamt

**Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) (Hrsg.) (1997)**. Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. **Geesthacht: Neuland Verlag.**

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.). (2000). *Manual: Angebote und Leistungen der Suchthilfe im Arbeitsfeld „Integration“*, Manuskript vom 15.08.2000, zur Veröffentlichung vorgesehen

**Flüßmeier, U. & Rakete, G. (1999)**. Konsummuster und psychosoziale Effekte des Konsums. In R. Thomasius *Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen*. **Stuttgart: Enke Verlag.**

**FOKUS (1999)**. Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS I). **Sozialologisch-empirische Studie der Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V. Halle, erarbeitet im Auftrag der Interministeriellen Arbeitsgruppe Sucht des Landes Sachsen-Anhalt.**

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

Franzkowiak, P., Helfferich, C. & Weise, E. (1996). (Hrsg.). *Praxisansätze und Theorieentwicklung der geschlechtsbezogenen Suchtprävention in der Jugendphase*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Franzkowiak, P., Helfferich, C., Weise, Eva (1998). *Geschlechtsbezogene Suchtprävention: Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definition*. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 2) Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

**Franzkowiak, P. & Sabo, P. (1999)**. Von der Drogenprävention zur Entwicklungsförderung und Risikobegleitung. *Prävention* 3 (22), 90 - 94.

**Fredersdorf, F. (1997)**. Sucht, Selbsthilfe und soziale Netzwerke. **Katamnese der selbstverwalteten Suchthilfe Synanon unter Berücksichtigung der Bildung sozialer Netzwerke in Deutschland**. **Geesthacht: Neuland.**

**Fredersdorf, F. (2001)**. Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland. **Manuskript.**

Fromm, A., Proissel, E. (1996). *Laut-stark und hoch-hinaus. Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention*. München: Aktion Jugendschutz, Landesstelle Bayern

Gruner und Jahr Media-Service (2000). *On Screen* Band I, Hamburg 2000.

Hahn, S. (1999). Jugendgerechte Suchtprävention durch den Einsatz und die Nutzung des Internets. In *AJS Forum* (1), 4-6

Hallmann, H.-J. (1989). *Konzepte und Erfahrungen zur Suchtvorbeugung aus der Jugendarbeit*. In R. Knapp, (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 207-236). Berlin: Springer.

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

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

Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2001). *Erster Suchtbericht für das Land Hessen 1998-2000*. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

Holbach, M., Frösner, G., Donnerbauer, E., Dittmeier, E. & Holbach, B (1998). Prävalenz von Hepatitismarkern der Typen A, B, C und assoziiertes Risikoverhalten unter Patienten nach intravenösem Drogenkonsum. *Sucht*, 44 (6), 390-398.

Homann, B., Paul, B., Thiel, G. & Wams, M. (2000). Drogenkonsum und Gesundheitsraumbedarf in der Hamburger "offenen Drogenszene". *Sucht*, 46 (2), 129-398.

Hüllinghorst, R. (1998). Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '98* (S. 123-141). Geesthacht: Neuland.

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (1999). *Gesamtjahresbericht 1998 des Therapieverbundes*. Frankfurt: JJ.

**Kalke, J., Vertheim, U., Farnbacher, G., Schmidt, V & Degkwitz, P. (2001). Funktioniert die Umstellung von Codein auf Methadon bei Opiatabhängigen? - Ergebnisse einer patientenbezogenen Untersuchung. [The Change From Codeine to Methadone Maintenance Treatment - Results of a Patient-based Investigation]. *Sucht*, 47 (1), 49-56.**

Kammerer, B. (1996). *Expertise zur Sichtung vorhandener Materialien zur Suchtprävention im Vorschulalter*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

**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. & Bauernfeind, R. (1998a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1).

Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 1995/94*. (IFT-Berichte Bd. 90). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

**Kraus, L., Augustin, R. & Simon, R. (2001). National Prevalence Estimate. Country Report: Germany. München: IFT Institut für Therapieforschung.**

Kraus, L., Bauernfeind, R., Bühringer, G. (1998). *Epidemiologie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 - 1996*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 107). Baden-Baden: Nomos.

Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, R. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997*. (IFT-Berichte Bd. 97). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

Kröger, C., & Reese, A. (2000). Schulische Suchtprävention nach dem Lebenskompetenzkonzept - Ergebnisse einer vierjährigen Interventionsstudie. *Sucht*, 46(3), 209-217.

Kröger, Ch., Künzel, J., Bühringer, G., Tauscher, M. & Walden, K. (1997). *Evaluation des Präventionsprojektes Mind Zone.* (IFT-Berichte Bd. 95.) München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kröger, Ch., Winter H., Shaw, R. (1998). *Handbuch für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention – ein Leitfaden für Projektplaner und Evaluationsforscher* (im Auftrag der EBDD) München: IFT Institut für Therapieforschung.

Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999a). *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999b). **Ambulante medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution. Katamnese nach 12 Monaten – Modellprojekt zur Vorbereitung und Einleitung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangsweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon.** (IFT-Berichte Bd. 107). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

**Küfner, H., Kümmler, P., Vogt, M. & Trunkò S. (2000).** Modellprogramm Betreuung von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof. **(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 130).** Baden-Baden: Nomos.

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

Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden-Württemberg (Hrsg.) (1997). *Sucht und Migration.* Stuttgart: Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden-Württemberg Eigenverlag

**Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., Wittchen, H.-U. (2001).** Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46(1), 18-31.

**Lions Clubs International und Quest International: (1997)** Erwachsen werden- Persönlichkeitsentfaltung von Jugendlichen, **Bochum.**

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

**Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2000a).** Internationale Fachtagung 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland. **Dokumentation einer Veranstaltung des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Mitwirkung des Stadtverbandes Saarbrücken.** Saarbrücken: MFAGS.

**Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2000b).** 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland. **Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung.** Saarbrücken: MFAGS.

Nickels, Ch. (Hrsg.) (2000). *Drogen und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.* Berlin/Bonn: BMG.

**Parnefjord, R. (2000).** *Das Drogentaschenbuch.* Stuttgart: Thieme.

Perkonig, A., Lieb, R., Wittchen, H.-U. (1998). Prevalence of Use, Abuse and Dependence of Illicit Drugs among Adolescents and Young Adults in a Community Sample. *European Addiction Research* (4), 1-2, 58-66.

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

**Prinzleve, M. (2001). Konsummuster, Substitution und Beikonsum von obdachlosen Drogenabhängigen. Sucht 47 (1), 22-24.**

**Rakete, G. & Flüsmeier, U. (1997). Der Konsum von Ecstasy - Empirische Studie zu Mustern und psychosozialen Effekten des Ecstasy-Konsums. Forschungsbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hamburg, Köln.**

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

**Robert Koch Institut (Hrsg.) (2001).** Aktuelle epidemiologische Daten (<http://www.rki.de>). Berlin: RKI.

**Schardt, S. (Hrsg.) (2001).** Co-operation and Community Consensus - The Multi-Agency Approach to Effective Local Drug Policies. **Frankfurt: European Cities on Drug Policy.**

**Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (1999).** Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998 zur Basisdokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. **Frankfurt a.M.: ISS-Eigenverlag.**

**Schroers, A. & Schneider, W. (1998).** Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting. **Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Band 20. Berlin: WVB.**

Schubert, E. & Strick, R. (1994). *Spielzeugfreier Kindergarten. Ein Projekt zur Suchtprävention für Kinder und mit Kindern.* München: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

**Schubert, I., Lehmkuhl, G., Spengler, A., Döpfner, M., Ferber, L., von Schubert, I. et. al. (2001)** Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. **Verordnungen in den 90er Jahren. Deutsches Ärzteblatt, 9, 2. März 2001.**

**Schwoon, D.R. (1992). Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In Wienberg, G. (Hrsg.), Die vergessene Mehrheit (S. 170-182). Bonn: Psychiatrie-Verlag.**

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

Simon, R. & Palazzetti, M. (1998). Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1997.

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 Suchtkrankenilfe in der Bundesrepublik Deutschland. (SEDOS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998). Sucht, 45 (Sonderheft 2).

Simon, R., Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). *Suchtbericht Deutschland 1999.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

**Sonntag, D. & Künzel (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46 (Sonderheft 2).**

Statistisches Bundesamt (2000b). *Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2000c). *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten (1998)*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

**Statistisches Bundesamt (2001a)**. Rechtspflege Fachserie 10, Reihe 4.1. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.3.2000. **Stuttgart: Metzler & Poeschel.**

**Statistisches Bundesamt (2001b)**. Rechtspflege Fachserie 10, Reihe 4.2. Strafvollzug - Anstalten, Bestand und Bewegung der Gefangenen. **Stuttgart: Metzler & Poeschel.**

**Statistisches Bundesamt (2001c)**. Strafverfolgung (1999). Vollständiger Nachweis der einzelnen Straftaten. **Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.**

Stimmer, F.(2000). Suchtlexikon. München-Wien: R. Oldenburg Verlag.

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

**Strobl, M., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, (2001):** **Erweiterte Jahresstatistik 2000 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.2000-31.12.2000. EBIS-Berichte. Hamm: EBIS-AG.**

**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 psychosozialen Folgen des Missbrauchs. **Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.**

Tossmann, H.P. Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2000). Drug affinity amongst youths within the Techno party scene in European metropolises. Final report. Luxembourg: European Commission.

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

**Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001)**. Katamnese nach antagonistien-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug *Sucht*, **47 (3), 189-200.**

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).

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2001). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000*. 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, 2. annual report. Marseille/Bonn: O.R.S. / WIAD.

**Welsch, K. (2001a).** Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 48, Sonderheft 3.

**Welsch, K. (2001b).** Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 48, 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).

Wittchen, U., Perkonig, A., Lachner, G. & Nelson, C.B. (1998). Early Developmental Stages of Psychopathology Study (ECDP): Objectives and Design, *European Addiction Research* (4), 1-2, 18-27.

### 14.3 Websites zum Bericht

Website	Inhalt
<a href="http://www.aidshilfe.de">www.aidshilfe.de</a>	Deutsche AIDS-Hilfe
<a href="http://www.bmggesundheits.de">www.bmggesundheits.de</a>	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
<a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
<a href="http://www.dbdd.de">www.dbdd.de</a>	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
<a href="http://www.dhs.de">www.dhs.de</a>	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)
<a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a>	Informationen der BZgA für Jugendliche und Partygänger
<a href="http://www.ginko.de">www.ginko.de</a>	Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung Nordrhein-Westfalen (GINKO)
<a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>	Robert Koch Institut
<a href="http://www.ift.de">www.ift.de</a>	Institut für Therapieforschung (IFT)

