



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



**DEUTSCHLAND**  
Bericht 2016 des nationalen  
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD  
(Datenjahr 2015/2016)

**Drogen**

*Workbook Drugs*

Tim Pfeiffer-Gerschel, Krystallia Karachaliou, Loretta Schulte & Esther Dammer,  
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG (T0)</b> .....	<b>7</b>
0.1	Zusammenfassung des Workbook Drogen (T0.1) .....	7
0.1.1	Illegale Drogen mit der größten Bedeutung und polyvalenter Konsum (T0.1.1).....	8
0.1.2	Konsum von illegalen Drogen in Kombination mit Alkohol, Tabak oder verschreibungspflichtigen Medikamenten (T0.1.2) .....	19
	<b>ABSCHNITT A. CANNABIS</b> .....	<b>21</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1)</b> .....	<b>21</b>
1.1	Prävalenz und Trends (T1.1).....	21
1.1.1	Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.1) .....	21
1.1.2	Cannabiskonsum in der Schule und in weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.2) .....	27
1.1.3	Kommentar zum Cannabiskonsum (T1.1.3) .....	32
1.2	Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2) .....	34
1.2.1	Aktuelle Befragungen / Studien zum Cannabiskonsum (T1.2.1).....	34
1.2.2	Reduzierung der Nachfrage nach Cannabis (T1.2.2) .....	35
1.2.3	Riskanter Cannabiskonsum (T1.2.3).....	35
1.2.4	Synthetische Cannabinoide (T1.2.4) .....	37
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)</b> .....	<b>38</b>
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Cannabiskonsums (T3.1) .....	38
<b>3</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4)</b> .....	<b>38</b>
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	38
3.2	Weitere Aspekte des Cannabisgebrauchs (T.4.2) .....	39
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6)</b> .....	<b>39</b>
	<b>ABSCHNITT B. STIMULANZIEN</b> .....	<b>41</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1)</b> .....	<b>41</b>
1.1	Prävalenz und Trends (T1.1).....	41

1.1.1	Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzen (T1.1.1) .....	41
1.1.2	Konsum von Stimulanzen in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.2) .....	41
1.1.3	Konsum von Stimulanzen in der Schule und weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.3) .....	43
1.1.4	Kommentar zum Konsum von Stimulanzen (T1.1.4) .....	44
1.1.5	Wechselwirkungen des Konsums verschiedener Stimulanzen (T1.1.5) .....	44
1.2	Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2) .....	44
1.2.1	Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1) .....	44
1.2.2	Infektionskrankheiten (T1.2.2) .....	44
1.2.3	Konsummuster (T1.2.3) .....	44
1.2.4	Behandlung: Stimulanzen (T1.2.4) .....	44
1.2.5	Riskanter Konsum von Stimulanzen (T1.2.5) .....	45
1.2.6	Synthetische Cathinone (T1.2.6) .....	46
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3) .....</b>	<b>46</b>
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Stimulanzen (T3.1) .....	46
<b>3</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4) .....</b>	<b>46</b>
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1) .....	46
3.2	Weitere Aspekte des Stimulanzengebrauchs (T.4.2) .....	47
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5) .....</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6) .....</b>	<b>48</b>
<b>ABSCHNITT C. HEROIN UND ANDERE OPIOIDE .....</b>		<b>49</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1) .....</b>	<b>49</b>
1.1	Prävalenz und Trends (T1.1) .....	49
1.1.1	Die relative Bedeutung verschiedener Opiode (T1.1.1) .....	49
1.1.2	Schätzungen zum Opioidkonsum (T1.1.2) .....	49
1.1.3	Kommentar zum Opioidkonsum (T1.1.3) .....	51
1.2	Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2) .....	51
1.2.1	Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1) .....	51

1.2.2	Infektionskrankheiten (T1.2.2).....	52
1.2.3	Konsummuster (T1.2.3) .....	52
1.2.4	Behandlung: Heroin und andere Opioide (T1.2.4).....	52
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3).....</b>	<b>54</b>
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Heroin und anderen Opioiden (T3.1) .....	54
<b>3</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4).....</b>	<b>54</b>
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	54
3.2	Weitere Aspekte des Gebrauchs von Heroin und Opioiden (T.4.2) .....	54
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5) .....</b>	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6).....</b>	<b>54</b>
<b>ABSCHNITT D. NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN (NPS) UND WEITERE DROGEN.....</b>		<b>55</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1) .....</b>	<b>55</b>
1.1	NPS, andere neue oder neuartige Drogen, und Drogen mit geringer Verbreitung (T1.1) .....	55
1.1.1	Konsum von NPS: Prävalenz und Trends (T1.1.1).....	55
1.1.2	Gesundheitliche Begleiterscheinungen beim Konsum von NPS (T1.1.2).....	57
1.1.3	Konsum anderer Drogen: Prävalenz, Trends und gesundheitliche Begleiterscheinungen (T1.1.3) .....	57
1.1.4	Missbrauch von Medikamenten.....	58
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3).....</b>	<b>58</b>
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von NPS und anderen Drogen (T3.1).58	
<b>3</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4).....</b>	<b>58</b>
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	58
3.2	Weitere Aspekte des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen (T.4.2).....	59

<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)</b> .....	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6)</b> .....	<b>59</b>
	<b>ABSCHNITT E. QUELLEN UND METHODIK</b> .....	<b>61</b>
<b>1</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6)</b> .....	<b>61</b>
1.1	Quellen (T6.1) .....	61
1.2	Methodik (T6.2) .....	65
	<b>ABSCHNITT F. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>69</b>
<b>1</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>69</b>
<b>2</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>73</b>
<b>3</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>74</b>

## 0 Zusammenfassung (T0)

### 0.1 Zusammenfassung des Workbook Drogen (T0.1)

#### **Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung unter Erwachsenen und Jugendlichen**

Mehr als ein Viertel (28,2 %) der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands hat Erfahrungen mit illegalen Drogen, 7,1 % der Erwachsenen haben in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert und 3,4 % in den letzten 30 Tagen (Piontek et al. 2016a).

Cannabis ist sowohl unter Erwachsenen als auch unter Jugendlichen nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2015 gab deutlich mehr als jeder vierte Erwachsene (27,2 %) an, Cannabis wenigstens einmal im Leben konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), 6,1 % hatten innerhalb des letzten Jahres konsumiert (12-Monats-Prävalenz) (Gomes de Matos et al. 2016).

7,3 % der 12- bis 17-Jährigen haben innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal Cannabis konsumiert (Drogenaffinitätsstudie, DAS; Orth 2016). 1,2 % der 12- bis 17-Jährigen und etwa jeder fünfundzwanzigste junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren (3,9 %) berichten von regelmäßigem Konsum, d. h. mehr als zehn Mal in den letzten zwölf Monaten.

Die Daten regionaler Monitoringsysteme aus Frankfurt und Hamburg, die Ergebnisse des ESA 2015 sowie die Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weisen insgesamt auf eine Stagnation des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Der ESA 2015 berichtet steigende Konsumprävalenzen insbesondere für Cannabis unter 18- bis 24-Jährigen, die aktuellen Daten der BZgA (DAS) zeigen zwar leicht rückläufige, aber im Trend auf relativ hohem Niveau stagnierende Prävalenzen auf.

Nennenswerte Prävalenzwerte für den Konsum illegaler Substanzen in der Erwachsenenbevölkerung im ESA 2015 erreichen neben Cannabis nur noch in absteigender Reihenfolge Amphetamine (erstmal vor Kokain), Kokain und Ecstasy (jeweils bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz). Allerdings schwankt die Bedeutung dieser einzelnen Stimulanzien je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen erheblich.

Der Konsum von Heroin, LSD, psychoaktiven Pilzen und Crack ist offensichtlich nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt. Höher als in der Vergangenheit, aber nach wie vor relativ niedrig, liegt sowohl in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (2,8 %) als auch unter 18- bis 25-Jährigen (2,2 %) die Lebenszeitprävalenz für so genannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), bei den Jugendlichen (bezogen auf die Allgemeinbevölkerung) ist der Konsum dieser Substanzen nach wie vor offensichtlich kaum verbreitet. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS liegt unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter einem Prozent.

In diesem Workbook werden auch Ergebnisse der aktuellen Schülerbefragungen des Frankfurter MoSyD dargestellt sowie die aktuellen Ergebnisse der SCHULBUS-Erhebung, die erstmals auch in weiteren Bundesländern außer Hamburg durchgeführt wurde. Aus Bayern liegen darüber hinaus Daten vor, die im Rahmen der ESPAD-Studie erhoben wurden. Des Weiteren werden Ergebnisse verschiedener Einzelstudien und zu einzelnen Aspekten (zielgruppen- und substanzspezifisch) des Drogenkonsums in der Bevölkerung berichtet.

### **Riskanter Drogenkonsum**

Berechnungen des Umfangs riskanten Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten (so genannte Multiplier-Methode) führen zu einer Schätzung von 56.000 bis 174.000 Personen, die riskante Konsummuster aufweisen. Dies entspricht einer Rate von 1 bis 3,3 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Schätzung anhand des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist zwischen 2007 und 2011 angestiegen und geht 2012 und 2013 zurück. Beim Multiplikator „Polizeikontakte“, der sich aus den Daten der letzten 8-10 Jahre errechnet, sind die Werte weiterhin rückläufig, während die Schätzung für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ im letzten Jahr erstmals wieder anstieg und damit der Entwicklung der Zahl der Drogentodesfälle folgt.

Problematischer Konsum<sup>1</sup> von Cannabis wurde im ESA 2015 mit 1,2 % bei den 18- bis 64-jährigen Befragten (erwachsene Allgemeinbevölkerung) angegeben; bei Männern (1,4 %) etwas häufiger als bei Frauen (1,0 %). Jeweils 0,2 % der Befragten wiesen einen problematischen Kokainkonsum sowie einen problematischen Konsum von Amphetaminen/Methamphetaminen auf. Problematischer Gebrauch von Medikamenten lag bei Frauen mit 6,0 % etwas höher als bei Männern mit 4,5 %.

#### **0.1.1 Illegale Drogen mit der größten Bedeutung und polyvalenter Konsum (T0.1.1)**

##### **Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen**

In Tabelle 1 ist eine Minimalschätzung zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland basierend auf den Ergebnissen der letzten Erhebungen im Rahmen des ESA (2015) und der DAS (2015) dargestellt.

Die in den 12 Monaten vor der Befragung am häufigsten konsumierte illegale Droge unter Erwachsenen war mit 6,1 % Cannabis, was 3,11 Mio. Personen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung entspricht. Männer konsumierten diese Substanz häufiger als Frauen.

---

<sup>1</sup> „Problematischer Gebrauch“ wurde im ESA 2015 wie folgt definiert: Abhängigkeit von Cannabis, Kokain und Amphetaminen bzw. Methamphetaminen in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS, Gossop et al. 1995). Ab einem Schwellenwert von 2 Punkten bei Cannabis (Steiner et al. 2008), 3 Punkten bei Kokain (Kaye & Darke 2002) und 4 Punkten bei Amphetaminen/Methamphetaminen (Topp & Mattick 1997) wird von problematischem Konsum ausgegangen.



Amphetamine konsumierten insgesamt 1,0 % der Befragten; der Konsum von Methamphetamin wurde von 0,2 % der Personen angegeben. Die Konsumprävalenz der übrigen Substanzen lag unter 1,0 %. Von den erfragten Medikamenten wurden in den 30 Tagen vor der Befragung am häufigsten Schmerzmittel eingenommen (47,1 %), gefolgt von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln (5,2 %) und Antidepressiva (4,9 %). Frauen berichteten den Gebrauch dieser Arzneimittel häufiger als Männer. Unter Konsumenten der jeweiligen Medikamentengruppe wurden Schmerzmittel mit 8,6 % am seltensten täglich eingenommen. Der tägliche Gebrauch war unter Konsumenten von Neuroleptika (91,3 %) und Antidepressiva (87,5 %) am weitesten verbreitet (Gomes de Matos et al. 2016).

In Bezug auf illegale Drogen lag ein problematischer Konsum (gemessen mit der Severity of Dependence Scale (SDS) bezogen auf die letzten 12 Monate (Gossop et al. 1995)) am häufigsten in Bezug auf Cannabis vor (1,4 bzw. 1,0 % für Männer bzw. Frauen). Die Prävalenzen für problematischen Konsum von Kokain und Amphetaminen/Methamphetaminen lagen für beide Geschlechter unter 0,5 %. Einen problematischen Gebrauch von Medikamenten wiesen mehr weibliche (6,0 %) als männliche (4,5 %) Befragte auf.

Tabelle 1 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland

	Studie	Alter	Prävalenz <sup>1)</sup>	Absolut <sup>2)</sup>
Lebenszeit	ESA 2015	18-64	28,2 %	14.381.000
	DAS 2015	12-17	10,2 %	479.000
	DAS 2015	18-25	34,8 %	2.526.000
12 Monate	ESA 2015	18-64	7,1 %	3.621.000
	DAS 2015	12-17	7,5 %	352.000
	DAS 2015	18-25	15,8 %	1.147.000
30 Tage	ESA 2015	18-64	3,4 %	1.734.000
	DAS 2015	12-17	2,5 %	117.000
	DAS 2015	18-25	7,0 %	508.000

1) ESA: Die dargestellten Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen basieren auf einer Querschnittsanalyse des Jahres 2015; die Zahlen können nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends mit Daten früherer ESA Erhebungen verglichen werden, da die Daten des ESA 2015 - im Unterschied zu früheren ESA Erhebungen - auch im Hinblick auf die Bildungsstruktur der Bevölkerung gewichtet wurden. Die Werte umfassen die Substanzen: Cannabis, Amphetamin/Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, Pilze, NPS.

DAS: Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Dual-Frame Stichprobe mit Bildungsgewichtung. Die Werte umfassen die Substanzen: Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetamin, Methamphetamin (Crystal Meth), Kokain, Crack, Heroin, NPS, Schnüffelstoffe und Psychoaktive Pflanzen.

2) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen 12-17 Jahre: 4.693.587; 18-25 Jahre: 7.258.510; 18-64 Jahre: 50.996.806 (Statistisches Bundesamt, Stichtag 31.12.2014).

Orth 2016; Piontek et al. 2016a.

## Konsum einzelner Drogen im Vergleich

### Bundesweite Daten

Die aktuellen wichtigsten Ergebnisse aus den zwei nationalen, repräsentativen Umfragen zur Prävalenz des Konsums einzelner Drogen sind in Tabelle 2 gemeinsam aufgeführt.

Die dominierende illegale Droge in Deutschland ist weiterhin Cannabis. Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, Crack, Ecstasy) sind nach Cannabis die gebräuchlichsten illegalen Substanzen. Die weiteren erfragten illegalen Drogen sind mit einer 12-Monats-Prävalenz von weniger als 0,5 % gering verbreitet. Ausnahmen bilden nur die Pilze bei den 18- bis 25-Jährigen (1,4%) und die NPS bei den 18- bis 64-Jährigen (0,9%).

Tabelle 2 Prävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen im Jahr 2015

Substanz <sup>1)</sup>	DAS 2015 (%)				ESA 2015 (%)		
	12-17 Jahre		18-25 Jahre		18-64 Jahre		
	LZ <sup>2)</sup>	12 M <sup>2)</sup>	LZ	12 M	LZ	12 M	30 T <sup>2)</sup>
Cannabis	9,7	7,3	34,5	15,3	27,2	6,1	3,1
Amphetamine	0,3	0,3	4,0	2,0	3,3	1,0	0,5
Methamph./Crystal Meth	0,0	0,0	0,6	0,4	0,6	0,2	0,1
Ecstasy	0,6	0,5	4,0	2,2	3,3	0,6	0,2
Kokain	0,5	0,3	2,9	1,2	3,8 <sup>3)</sup>	0,6 <sup>3)</sup>	0,2 <sup>3)</sup>
Crack	0,0	0,0	0,2	0,0	s.o. <sup>3)</sup>	s.o. <sup>3)</sup>	s.o. <sup>3)</sup>
LSD	0,2	0,2	1,9	0,9	2,6	0,3	0,0
Heroin	0,1	0,0	0,5	0,0	1,4 <sup>4)</sup>	0,3 <sup>4)</sup>	0,2 <sup>4)</sup>
Pilze	0,2 <sup>5)</sup>	0,2 <sup>5)</sup>	3,6 <sup>5)</sup>	1,4 <sup>5)</sup>	3,1	0,4	0,0
Schnüffelstoffe/Inhalanz.	0,3	0,0	1,3	0,5	1,3	0,1	0,1
NPS	0,1	0,0	2,2	0,3	2,8	0,9	0,0
<b>Irgendeine Droge</b>	<b>10,2</b>	<b>7,5</b>	<b>34,8</b>	<b>15,8</b>	<b>28,2</b>	<b>7,1</b>	<b>3,4</b>

1) Aufgrund zu geringer Zellbesetzungen werden für einige Zellen keine Prozentwerte angegeben. Werte im niedrigen Prozentbereich sind mit großer Vorsicht zu interpretieren, da von einer erheblichen Unschärfe bei der Extrapolation der Messwerte auszugehen ist.

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

3) Kokain/Crack.

4) Heroin und andere Opiate.

5) Psychoaktive Pflanzen.

Orth 2016; Piontek et al. 2016a.

Auch für Jugendliche und junge Erwachsene liegen Daten aus unterschiedlichen Studien vor. Tabelle 3 fasst die wichtigsten Ergebnisse jüngerer Studien zum Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen. An dieser Stelle werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur noch aktuelle Ergebnisse dieser – zum Teil bereits häufig

erwähnten – Studien berichtet. Für ältere Ergebnisse wird auf die REITOX-Berichte bis 2014 bzw. das Workbook Drogen in der Fassung von 2015 verwiesen.

Tabelle 3 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schüler/innen und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

Studie <sup>1)</sup>	Jahr	Altersgruppe	Region	Prävalenz (%)		
				30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
DAS	2015	12-17	National	0,5	1,2	1,8
DAS	2015	18-25	National	1,7	3,5	7,7
ESPAD	2015	15-16	Bayern			11,1
ESPAD	2011	15-16	5 Länder			8,9
MoSyD	2015	15-18	Frankfurt	4	8	11
SCHULBUS	2015	14-17	Hamburg	1,8		5,5
			Bayern	1,8		5,7
			Sachsen	1,5		4,3
			Nordrhein-Westfalen	1,6		4,5

1) Dargestellt sind im Falle wiederholter Erhebungen nur die aktuellsten Ergebnisse, ältere Daten können früheren REITOX-Berichten (bis 2015) entnommen werden.

BZgA: Entweder Ecstasy, LSD, Amphetamine, Crystal Meth, Kokain, Crack, Heroin, Neue Psychoaktive Substanzen, Schnüffelstoffe oder psychoaktive Pflanzen bzw. eine Kombination dieser Stoffe.

ESPAD: Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin, GHB, Drogenpilze oder neue psychoaktive Substanzen, z. B. in Form von Kräutermischungen. ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt.

MoSyD: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB/GBL.

SCHULBUS: Ecstasy, Pilze, LSD, Amphetamine, Methamphetamine und Kokain.

Beim Vergleich der Daten verschiedener Studien<sup>2</sup> zum Drogenkonsum ist Folgendes zu beachten:

- Die befragten Altersgruppen der einzelnen Studien sind nicht identisch.
- Einige Studien wurden nur in einigen Bundesländern oder Regionen durchgeführt.
- Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen könnte auf unterschiedliche Methoden (telefonische vs. klassengestützte Fragebogenerhebung) oder Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.
- Regional existieren zum Teil erhebliche Unterschiede im Konsumverhalten und in den Charakteristika der Märkte (z. B. Verfügbarkeit, Preis und/oder Reinheitsgehalt für verschiedene Substanzen).

<sup>2</sup> Details zu Jugendumfragen sind in Standardtabelle 30 enthalten.

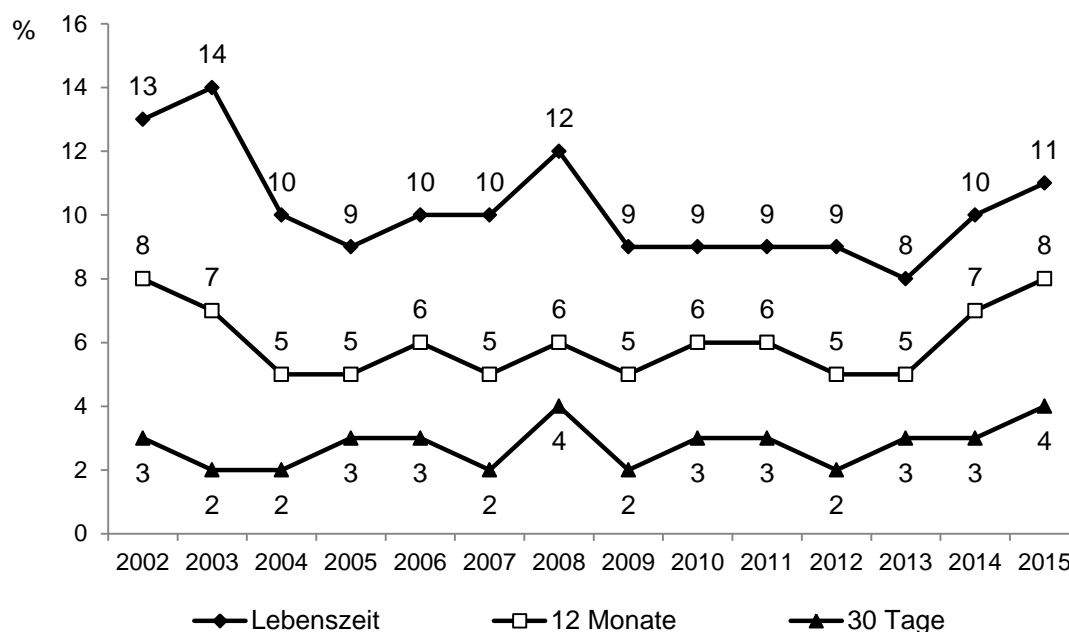
Darüber hinaus rücken immer wieder einzelne Substanzen oder Substanzgruppen (z. B. GHB/GBL, Methamphetamin, biogene Drogen, Tilidin), häufig in Verbindung mit einer intensiven Berichterstattung in den Medien, in den Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass nicht für alle diese Substanzen flächendeckend Monitoring-Systeme zur Verfügung stehen (Ausnahme: Frankfurt). Darüber hinaus handelt es sich z. T. auch um passagere Phänomene, die nicht zwangsläufig auf nachhaltige Veränderungen der Konsummuster hindeuten.

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

### **Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen**

#### ***Frankfurt (MoSyD)***

Zwischen 2009 und 2013 sind die für alle illegalen Drogen außer Cannabis (sog. „harte Drogen“) zusammengefassten Prävalenzen (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz sowie 30-Tage-Prävalenz) trotz einiger Schwankungen recht stabil geblieben (siehe Abbildung 1). Seit 2013 ist jedoch ein kontinuierlicher leichter Anstieg zu beobachten, wobei erst zukünftige Erhebungen zeigen werden, ob dies der Beginn einer Trendwende oder nur eine kurzzeitige Abweichung ist. Detaillierte Übersichten zu den Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen des Konsums einzelner Substanzen sind in Tabelle 4 dargestellt.



Werse et al. 2016.

Abbildung 1 Prävalenz des Konsums "harter Drogen" (außer Cannabis) unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD)

Tabelle 4 Prävalenz diverser Substanzen in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (2002 und 2011-2015) (MoSyD)

	2002 2011 2012 2013 2014 2015						2002 2011 2012 2013 2014 2015					
	Lebenszeitprävalenz (%)						12-Monats-Prävalenz (%)					
Schnüffelstoffe	17	14	10	15	11	15	7	8	5	8	5	6
Speed	5	6	5	5	4	6	3	4	3	3	3	4
Lachgas	5	5	5	8	6	7	2	2	2	2	2	3
Kokain	4	3	4	4	3	4	3	2	2	3	2	3
Psychoakt. Pilze	8	4	4	3	3	4	4	3	2	2	1	3
Ecstasy	5	3	4	3	5	6	3	2	2	2	4	5
Hormonpräparate	<sup>a</sup>	3	1	2	2	1	<sup>a</sup>	1	1	2	2	<1
LSD	3	3	3	1	2	3	1	1	1	1	1	2
Crack	1	1	1	1	<1	1	1	<1	<1	<1	<1	<1
Crystal	<sup>a</sup>	1	1	1	<1	<1	<sup>a</sup>	1	<1	1	0	<1
GHB/GBL	<1	<1	2	1	1	1	<1	<1	<1	1	<1	1
Heroin	1	<1	<1	1	1	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1

<sup>a</sup> Nicht erhoben.

Werse et al. 2016.

## **Sonstige aktuelle Aspekte des Konsums illegaler Drogen in Deutschland**

Montag und Kollegen (2105) haben vor kurzem eine Untersuchung zur Verbreitung des Substanzkonsums unter Auszubildenden an beruflichen Schulen veröffentlicht. Dazu wurden 5.688 Auszubildende im ersten Lehrjahr in einer Querschnittserhebung befragt. Erfasst wurden neben soziodemografischen Merkmalen die Häufigkeit des Konsums von Tabak, Alkohol, Cannabis, anderen illegalen Drogen und Medikamenten. Zusätzlich wurden Screenings auf problematischen Alkohol- und Cannabiskonsum vorgenommen. Die Fragebogenerhebung wurde durch geschulte Datenerheberinnen und -erheber von September bis Dezember 2012 in sieben Bundesländern durchgeführt.

Für Cannabis und andere illegale Drogen lagen die 30-Tage-Prävalenzen bei 7,5 % bzw. 2,6 %, eine Einnahme von Medikamenten im letzten Monat bestätigten 20,7 % der Befragten. Zum Vergleich: Die Hälfte der befragten Lehrlinge (49,9 %) hatte in den vergangenen 30 Tagen Tabak konsumiert, für Alkohol lag die 30-Tage-Prävalenz bei 68,9 %, problematischer Alkoholkonsum fand sich bei 45,0 % der Stichprobe. Die bedeutsamsten Korrelate des Substanzkonsums waren das Geschlecht und der bisher erreichte Schulabschluss. Unterschiede in einzelnen Berufsclustern zeigten sich ebenfalls, mit insgesamt höheren Konsumquoten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen oder in gewerblich-technischen Berufen. Diese Unterschiede konnten jedoch größtenteils auf die unterschiedliche soziodemografische Zusammensetzung der einzelnen Berufscluster zurückgeführt werden. Die Ergebnisse bestätigen, dass der Konsum psychotroper Substanzen bei Auszubildenden weit verbreitet und häufiger als in der Gesamtpopulation dieses Alters ist. Das Geschlecht und der Bildungsgrad erklärten die meiste Varianz.

Auch aus der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS) liegen aktuelle Daten zur Rolle des Schultyps bzw. Bildungsstandes vor. Innerhalb der Sekundarstufe I unterscheiden sich die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Abhängigkeit des besuchten Schultyps statistisch nicht signifikant. Die Anteile der Schülerinnen und Schüler, die schon einmal den Konsum einer illegalen Droge ausprobiert haben oder die in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge konsumiert haben, liegen in Gymnasien, Gesamt-, Real und Hauptschulen auf vergleichbarem Niveau. Im Fall der älteren Befragten außerhalb der Sekundarstufe I zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit ihrer sozialen Merkmale. Unter den Erwerbstätigen ist der Anteil derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge konsumiert haben, vergleichsweise gering. Auch von den Auszubildenden haben entsprechend der Ergebnisse der DAS in den letzten zwölf Monaten eine relativ geringe Zahl illegale Drogen genommen. Dieses letzte Ergebnis ist zunächst nicht in Übereinstimmung mit den von Montag und Kollegen (2105) weiter oben berichteten Daten zu bringen. Die 12-Monats-Prävalenz der Auszubildenden beträgt 14,4 %, die der Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (Sekundarstufe II) 21,9 %. Die Arbeitslosen kommen in der Lebenszeit- und der 12-Monats-Prävalenz auf die höchsten Werte – allerdings unterscheiden sich diese im Vergleich zur Referenzgruppe im Gymnasium statistisch nicht signifikant.

In einer aktuellen Arbeit haben Henkel und Schröder (2016) untersucht, ob sich die Hartz-IV-beziehenden Patienten in medizinischer Versorgung in ihren Suchtdiagnoseraten von den

ALG-I-beziehenden arbeitslosen und den sozialversicherungspflichtigen erwerbstätigen Patienten unterscheiden. Dazu wurden die Leistungsdaten aller AOK-Versicherten analysiert, die in den Jahren 2007-2012 durchgängig AOK-versichert und in ambulanter oder stationärer medizinischer Behandlung waren. Ausgewertet wurden alle suchtbetragenden ICD-10-GM-Diagnosen. Differenziert wurde anhand des Geschlechts sowie zwischen drei Altersklassen (18–29, 30–49 und 50–64 Jahre). Als Auswertungseinheit wurde das Quartal gewählt, um die größtmögliche zeitliche Koinzidenz zwischen dem Sozial- bzw. Erwerbsstatus und der Suchtdiagnose zu gewährleisten. Die Daten basieren bei der Hartz-IV-Gruppe auf 28 Millionen und insgesamt auf 173 Millionen Quartalsfällen in den Jahren 2007-2012. Als Suchtdiagnoserate wurde der Prozentanteil der Untersuchungsquartale mit ärztlich kodierter ICD-Diagnose berechnet, getrennt für die 3 Untersuchungsgruppen. Bei 10,2 % aller Hartz-IV-Quartalsfälle wurde mindestens eine Suchtdiagnose gestellt. Bei den ALG-I-Arbeitslosen betrug diese Diagnoserate 6,3 % und bei den Erwerbstätigen 3,7 %. Ein solch markantes Gefälle in den Diagnoseraten gab es für F10 (Alkohol), F11 (Opioide), F12 (Cannabinoide), F13 (Sedativa/Hypnotika), F17 (Tabak), F19 (multipler Substanzgebrauch) und F50 (Essstörungen) sowohl bei den Männern und Frauen als auch in allen drei Altersklassen. Die Diagnosen F14 (Kokain), F15 (andere Stimulantien), F16 (Halluzinogene), F18 (flüchtige Lösungsmittel) und F63.0 (pathologisches Spielen) wurden insgesamt kaum bzw. gar nicht kodiert. Die Ergebnisse weisen nach Einschätzung der Autoren zum einen darauf hin, dass Hartz-IV-Beziehende von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in der primärmedizinischen Versorgung besonders profitieren würden und zum anderen, dass die nach § 16a SGB II mögliche Suchtberatung in den Jobcentern mit Blick auf die derzeitigen Fallzahlen bei weitem nicht bedarfsgerecht erfolgt und entsprechend ausgebaut werden sollte.

Been und Kollegen (2016) haben eine Untersuchung zu geographischen Unterschieden hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen vorgestellt (Been et al. 2016). Die Ergebnisse der Studie beruhen auf einer Kombination aus Abwasserdaten, weiteren epidemiologischen Daten und Daten der Strafverfolgungsbehörden. Abwasserproben wurden in fünf Städten in Deutschland (Berlin, Dortmund, Dresden, Dülmen und München) und 14 Städten in der Schweiz und Liechtenstein erhoben. Während die Gesamtergebnisse bezogen auf den Konsum von Cannabis und Amphetaminen auf eine gute Übereinstimmung der Abwasserdaten mit den anderen Datenquellen hindeuten, war dies für Kokain nicht der Fall. Für Deutschland ergaben sich wichtige Unterschiede zwischen den Städten Berlin, Dortmund und München, in denen der Kokain- und insbesondere Amphetaminkonsum häufiger war, und Dresden, wo der Konsum von Methamphetamin eindeutig dominierte. Die Autoren kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Kombination verschiedener Datenquellen zu einem besseren Verständnis geographischer Unterschiede bezüglich der Konsumprävalenzen sowie Art und Menge der konsumierten Substanzen führen kann. Diese Aussage trifft vor allem für die Substanzen Cannabis und Amphetamine zu, während für Kokain und Heroin zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Datenquellen zu beobachten waren. Die Autoren bewerten den Ansatz, verschiedene Datenquellen unter Einbeziehung von Abwasserdaten zur Analyse der Drogensituation zu

kombinieren, als Mehrwert, um die Komplexität der Drogensituation auch auf nationaler Ebene besser zu verstehen.

### **Gesamtbetrachtung und Trends**

Basierend auf Daten der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA hat insgesamt weniger als ein Viertel (23,5 %) der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland schon einmal eine illegale Droge angeboten bekommen. Der Anteil Jugendlicher, die eine illegale Droge auch schon einmal probiert haben, fällt mit einer Lebenszeitprävalenz von 10,2 % deutlich geringer aus. Das bedeutet, weniger als die Hälfte derjenigen, die jemals ein Drogenangebot erhielten, hat dieses akzeptiert. Insgesamt 7,5 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren konsumierten auch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine illegale Droge (12-Monats-Prävalenz), von denen wiederum ein Drittel (2,5 %) berichtet, dass dieser Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt (30-Tage-Prävalenz). Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen (d. h. mehr als zehn Mal im zurückliegenden Jahr) ist bei etwa jedem hundertsten Jugendlichen festzustellen. Insgesamt 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen geben an, in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge mehr als zehnmal genommen zu haben.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Erfahrung mit und der Konsum von illegalen Drogen weiter verbreitet als bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen haben knapp zwei Drittel der Befragten (63,3 %) schon erlebt, dass ihnen eine illegale Droge angeboten wurde. Basierend auf den Angaben zur 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz kommt man aber zu dem Ergebnis, dass bei über der Hälfte der 18- bis 25-Jährigen mit Konsumerfahrung der letzte Drogengebrauch länger als ein Jahr zurückliegt.

Die zeitlichen Trends in der DAS unter 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen, dass der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis eine deutlich geringere Rolle spielt. Dieser Befund ist über die Jahre stabil. Auf niedrigerem Niveau unterliegt in den letzten gut zwei Jahrzehnten aber auch die Verbreitung des Konsums anderer illegaler Substanzen als Cannabis unter jungen Menschen Veränderungen. In beiden Geschlechtergruppen und allen vier Konsummerkmalen (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie regelmäßiger Konsum) sind die Werte 1997 in der DAS am höchsten. Seitdem ist der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis zurückgegangen. Alle aktuellen Werte der Befragung 2015 fallen statistisch signifikant geringer aus als die des Jahres 1997. So ist zum Beispiel die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei männlichen Jugendlichen von 4,8 % (1997) auf 0,9 % (2015) und bei weiblichen Jugendlichen von 5,5 % (1997) auf 0,8 % (2015) zurückgegangen.

Dieser Effekt beruht in weiten Teilen auf einem Rückgang des Konsums von Ecstasy – dabei bleibt abzuwarten, wie sich dieser Konsum zukünftig entwickelt, da aktuelle Daten auf einen erneut wachsenden Konsum dieser Substanz hinweisen. Wie bei den Jugendlichen ist auch bei jungen Männern und Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren der Konsum von anderen illegalen Drogen als Cannabis im Jahr 1997 am weitesten verbreitet. Auch in dieser



Altersgruppe zeigt sich das in allen vier Konsummerkmalen. Im Fall der jungen Männer sind alle aktuellen Werte des Jahres 2015 statistisch signifikant geringer als 1997. Ihr Konsum ist zurückgegangen. In der Gruppe der jungen Frauen dagegen hat sich die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis nicht signifikant verändert. Im Jahr 1997 geben 8,7 % der jungen Frauen an, schon einmal eine solche Substanz ausprobiert zu haben, 2015 sind es 6,6 %. In der 12-Monats- bzw. 30-Tage-Prävalenz sowie dem regelmäßigen Konsum einer anderen illegalen Droge als Cannabis liegen die aktuellen Werte zwar auf signifikant geringerer Höhe als 1997. Seit der letzten Erhebung im Jahr 2011 aber sind in der 12-Monats- und der 30-Tage-Prävalenz wieder leichte und statistisch signifikante Anstiege zu beobachten (Orth 2016).

Aktuelle Ergebnisse aus der in Bayern durchgeführten ESPAD-Studie kommen zu dem Ergebnis, dass mehr als jeder zehnte Jugendliche (11,1 %) in der Altersgruppe 15-16 Jahre schon einmal eine illegale Droge außer Cannabis, also Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin, GHB, Drogenpilze oder NPS konsumiert hat. Die Gruppe der NPS wurde am häufigsten konsumiert (7,8 %). Die niedrigsten Prävalenzen fanden sich mit 0,5 % für Methamphetamin (Crystal) und 0,6 % für Heroin und Crack. Alle Substanzen außer Heroin wurden von Mädchen seltener konsumiert als von Jungen. Wenn überhaupt eine Substanz probiert wurde (Lebenszeitprävalenz), blieb es fast immer bei einem ein- bis maximal fünfmaligem Gebrauch (Probierkonsum). Die Anteile dieses Probierverhaltens betrugen zwischen 0,2 % für Methamphetamin oder Crack und 2,2 % bei Drogenpilzen. Die Trendentwicklung des Lebenszeitkonsums anderer illegaler Drogen außer Cannabis zeigte einen bedeutsamen Rückgang. Im Besonderen ist die Lebenszeitprävalenz bei Jungen von 2011 auf 2015 von 12,5 % auf 8,1 % gesunken. Auch in allen Schulformen war ein bedeutsamer Rückgang zu finden (Kraus et al. 2016a).

Insgesamt und unter Berücksichtigung der verschiedenen vorliegenden Daten sind Alkohol und Nikotin unverändert die am weitesten verbreiteten psychoaktiven Substanzen in Deutschland, unter den illegalen Drogen rangiert Cannabis weiterhin an erster Stelle.

Insbesondere die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen weisen seit Jahren auf eine relative Stabilität des Drogenkonsums in Deutschland hin. Jenseits dieser bundesweiten Betrachtung gibt es regionale Entwicklungen, die z. T. deutliche Spezifika aufweisen. Seit einigen Jahren wird dies deutlich insbesondere anhand der erheblichen Problemlast aufgrund des Konsums von Methamphetamin in den Bundesländern im Südosten Deutschlands – während dieses Phänomen nach wie vor in anderen Regionen so nicht beobachtet wird.

Der Konsum illegaler Drogen ist – abgesehen von wenigen Spitzen z. B. anlässlich der jährlichen Vorstellung der Zahlen zu drogeninduzierten Todesfällen oder spektakulären Berichten im Zusammenhang mit dem Konsum von Methamphetamin – seit mehreren Jahren kein beherrschender Gegenstand öffentlicher Diskussion mehr. In jüngster Zeit wird zunehmend über den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) berichtet, verlässliche bundesweite epidemiologische Daten zum Konsum und der Verbreitung fehlen jedoch nach wie vor. Dort, wo Daten zum Konsum von NPS erhoben werden (z. B. MoSyD, ESA, seit

Neuestem: DAS) weisen die Informationen eher auf eine geringe Verbreitung dieser Substanzen hin – dies steht jedoch im Gegensatz zu den z. T. erheblichen Mengen der durch die Strafverfolgungsbehörden sichergestellten Substanzen, so dass sich insgesamt ein uneinheitliches Bild bietet. In einem aktuellen Beitrag zum Thema betont Werse (2016) den Widerspruch zwischen der Tatsache, dass NPS ein wiederkehrender Gegenstand drogenpolitischer und medialer Diskussionen sind (vgl. dazu auch das Workbook Drogenpolitik und die Aktivitäten z. B. zur Verabschiedung eines spezifischen Gesetzes zum Umgang mit NPS) und *„gleichzeitig (...) das Interesse daran, wie stark diese Substanzen tatsächlich verbreitet sind, offenbar eher gering“* ist. Aus wissenschaftlicher Sicht bleibt festzuhalten, dass die beiden regelmäßig durchgeführten bundesweiten Repräsentativbefragungen (ESA und DAS) nur unzureichend Auskunft über den tatsächlichen Konsum geben – was neben methodischen Problemen bei der Erfassung des spezifischen Phänomens („wie fragt man nach NPS?“) auch an der Tatsache liegt, dass es sich um ein statistisch „seltenes“ Ereignis bezogen auf die Gesamtbevölkerung handelt, das sich mit repräsentativen Erhebungen nur unzureichend in seinem Ausmaß erfassen lässt.

Werse (ebd.) führt weiter aus, dass *„andere Erhebungen zum Thema (...) darauf hin[deuten], dass zwar ein gewisser Anteil junger Menschen solche Stoffe probiert, den Konsum aber überwiegend bald wieder einstellt. Ohnehin macht der Anteil der NPS-Probierer/innen jeweils nur einen kleinen Anteil aller Drogenerfahrenen aus; in der Frankfurter Befragung z. B. weniger als ein Fünftel.“*

Auch wenn verfügbare Daten darauf hinweisen, dass das Phänomen NPS insgesamt quantitativ eher gering einzuschätzen ist und während der letzten Jahre keine Hinweise auf rapide anwachsende Zahlen von Konsumentinnen und Konsumenten in einschlägigen Untersuchungen zu beobachten waren, so erscheint es doch angemessen, sich weiterhin mit dem Phänomen zu befassen. Dafür spricht zum einen, dass sich NPS als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen etabliert zu haben scheinen. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten wird auch zukünftig aufgrund der Heterogenität der Substanzen und des Wissensstandes der Konsumentinnen und Konsumenten mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Erschwerend kommt hinzu, dass es neben dem durch mangelndes Wissen verursachten „Underreporting“ auch systematische Effekte gibt, die darauf beruhen, dass die Konsumierenden den Konsum verschweigen, weil sie Veränderungen des Rechtsstatus der Substanzen befürchten. Inwieweit diese Substanzen in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen eine Rolle spielen, ist nach wie vor schwierig zu erheben, da sich viele verfügbare Daten bislang an der Klassifikation der ICD-10 orientieren, die keine hinreichende Differenzierung der im Einzelfall beteiligten Substanzen erlaubt. Allerdings wird der neue „Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“, der voraussichtlich 2017 eingeführt werden wird, auch die Kodierung des Konsums von NPS erlauben, so dass ab 2018 mit ersten Daten aus den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu rechnen ist, die das Gesamtbild zum Konsum dieser Substanzgruppe bereichern können.

Inwieweit der Konsum von Methamphetamin (Crystal) bezogen auf die Gesamtbevölkerung ansteigt, bleibt nach wie vor fraglich. In den überregionalen Daten aus ESA und DAS spiegelt sich weiterhin kein nennenswerter Anstieg wider. Andere Datenquellen (Polizeidaten, Daten aus Beratungs-/Behandlungseinrichtungen bestimmter Regionen) weisen allerdings eindeutig auf eine große und zum Teil unverändert wachsende Problemlast mit einem klaren regionalen Schwerpunkt in Grenznähe zu Tschechien hin.

Die Daten regionaler Monitoringsysteme (Frankfurt und Hamburg) deuten bereits seit einigen Jahren darauf hin, dass der Konsum von Cannabis insbesondere unter Jugendlichen seit mehreren Jahren nicht mehr rückläufig ist. 2014 kam eine von der BZgA veröffentlichte Studie ebenfalls zu dem Schluss, dass *„(...) es verkehrt sein könnte, von einem weiteren Rückgang des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen in Deutschland auszugehen“* (BZgA 2014). Auch wenn die jüngsten Daten zur 12-Monats-Prävalenz der DAS im Vergleich zur Erhebung 2014 (im Rahmen des Alkoholsurveys) leicht rückläufig sind, liegen die Konsumprävalenzen in den von der BZgA durchgeführten repräsentativen Studien in den letzten fünf Jahren sowohl für Jugendliche als auch junge Erwachsene über den Vergleichswerten von 2011. Und auch der aktuelle ESA weist für alle Altersgruppen – insbesondere für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen – einen Anstieg der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen aus.

Darüber hinaus gelingt es offensichtlich trotz der zahlreichen Präventions- und Interventionsprogramme nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten (so unterschiedlich sie in den einzelnen Studien auch definiert werden) von Cannabis ausreichend zu erreichen, während es Hinweise darauf gibt, dass die etablierten Präventionsprogramme und -angebote das Alter des Erstkonsums erfolgreich weiter erhöhen konnten.

Einige Hintergrundinformationen zum Drogenkonsum in spezifischen Gruppen (z. B. unter Migranten) wurden zuletzt im REITOX-Bericht 2014 berichtet und finden sich z. T. im Workbook Behandlung.

Im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes PharMon-NPS (Piontek, D. et al. 2016b) werden seit 2015 von verschiedenen Projektpartnern (Justizvollzugsanstalten, Partyprojekte, Giftinformationszentren, Beratungsstellen) Daten zum Auftauchen neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) in Deutschland erhoben. Besonders häufig wurden von Partygängerinnen und Partygängern aber auch Insassen von Justizvollzugsanstalten Räuchermischungen (synthetische Cannabinoide) genannt, insbesondere in der Partyszene kursieren aber auch 2C-Verbindungen (Phenethylamine) und die Giftinformationszentren berichten über Anfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Designer Benzodiazepinen.

### **0.1.2 Konsum von illegalen Drogen in Kombination mit Alkohol, Tabak oder verschreibungspflichtigen Medikamenten (T0.1.2)**

In der Frankfurter Szenestudie 2014 (Werse & Egger 2015) wird berichtet, dass sich der bereits in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg des Alkoholkonsums in der offenen

Drogenszene auch 2014 fortgesetzt hat: Die 24-Stunden-Prävalenz von Alkohol liegt im Jahr 2014 erstmals über 50 %.

Insgesamt liegen nur wenige aktuelle Informationen zur Kombination von verschreibungspflichtigen Medikamenten und der Einnahme illegaler Drogen vor; sie werden ggf. im Workbook Behandlung berichtet. Die Daten der repräsentativen Studien erlauben Auswertungen über den kombinierten Konsum verschiedener Substanzen innerhalb eines definierten Zeitfensters (z. B. ob innerhalb der letzten 12 Monate sowohl Alkohol als auch illegale Drogen konsumiert wurden), wohingegen der parallele, d. h. zeitgleiche Konsum, der Aufschluss über Konsummuster geben könnte, weder im ESA noch in der DAS gesondert erhoben wird.

## ABSCHNITT A. CANNABIS

### 1 Nationales Profil (T1)

#### 1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)

##### 1.1.1 Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.1)

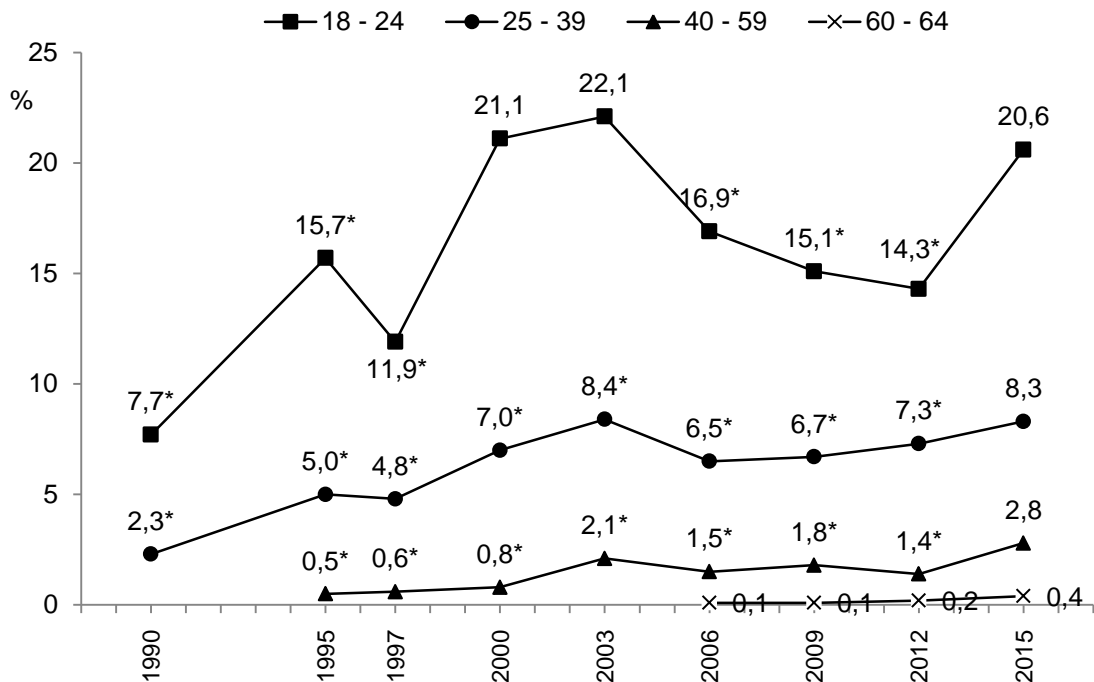
Tabelle 5 Prävalenz des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Alter (ESA 2015)

Prävalenz	Geschlecht			Altersgruppen						
	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Lebenszeit	27,2	31,8	22,6	28,9	36,9	42,3	39,5	26,0	15,9	11,6
12 Monate	6,1	7,4	4,9	20,5	18,9	11,1	6,2	4,0	1,7	0,4
30 Tage	3,1	4,0	2,3	10,4	8,7	5,5	3,4	1,8	1,3	0,4

Piontek et al. 2016a.

#### Der Cannabiskonsum Erwachsener in Deutschland: Trends im ESA 1990-2015

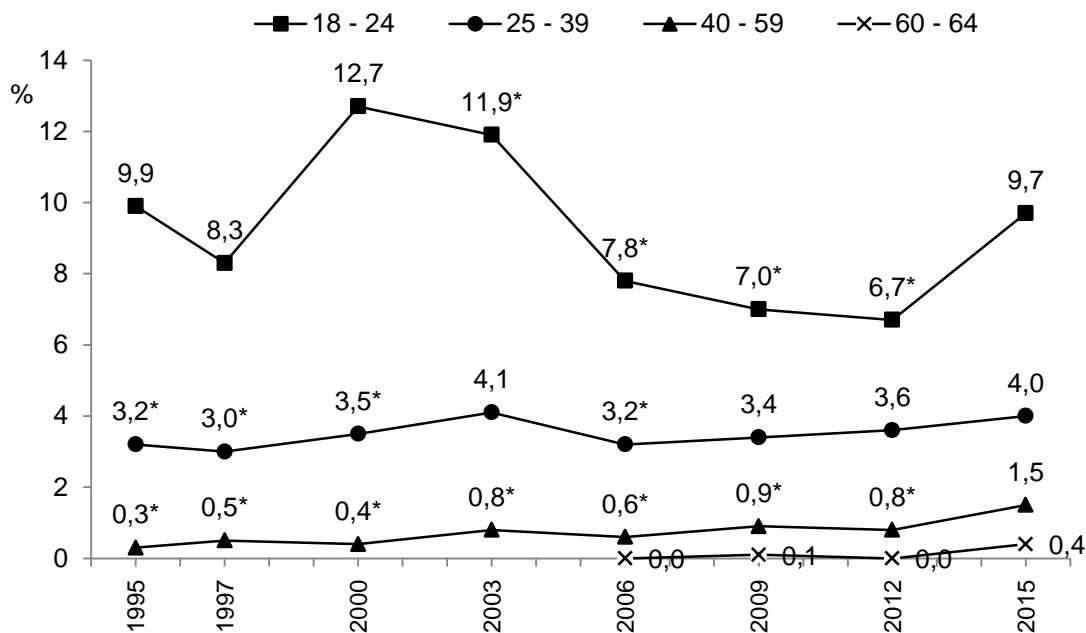
Seit vielen Jahren ist Cannabis die meistkonsumierte illegale Droge in Deutschland. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ging bei den 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen nach einem Anstieg bis Anfang der 2000er Jahre bis 2012 deutlich zurück (Kraus et al. 2014), um in der jüngsten Erhebung deutlich anzusteigen und fast den Maximalwert des Jahres 2003 zu erreichen (Kraus et al. 2016b), siehe Abbildung 2. Der Maximalwert lag für Männer wie Frauen fast viermal höher als im Jahr 1980. Eine ähnliche Entwicklung war bei den 25- bis 39-Jährigen zu beobachten, wobei die Prävalenz weit niedriger war als die der jungen Erwachsenen und der Rückgang nach dem Maximum geringer ausfiel. In dieser Altersgruppe steigt die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bereits seit 2006 kontinuierlich und hat ebenfalls nahezu das Niveau von 2003 erreicht. Ein deutlich geringeres Prävalenzniveau und ein flacherer Verlauf der Kurven sind bei den 40- bis 59-Jährigen und bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten. Ähnliche Verläufe sind ebenfalls für die 30-Tage-Prävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten. Auch bezogen auf diesen Indikator ist insbesondere der Anstieg in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen im Vergleich zu 2012 bedeutsam (Abbildung 3). Unterschiede zwischen Männern und Frauen betreffen insgesamt in erster Linie die geringeren Anteile von weiblichen Cannabiskonsumenten in allen Altersgruppen.



\* p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2015. Logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Referenz: 2015), Alter, Geschlecht, Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellbesetzungen (n ≤ 5) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

Kraus et al. 2016b.

Abbildung 2 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Alter, Trends 1990-2015 (ESA)



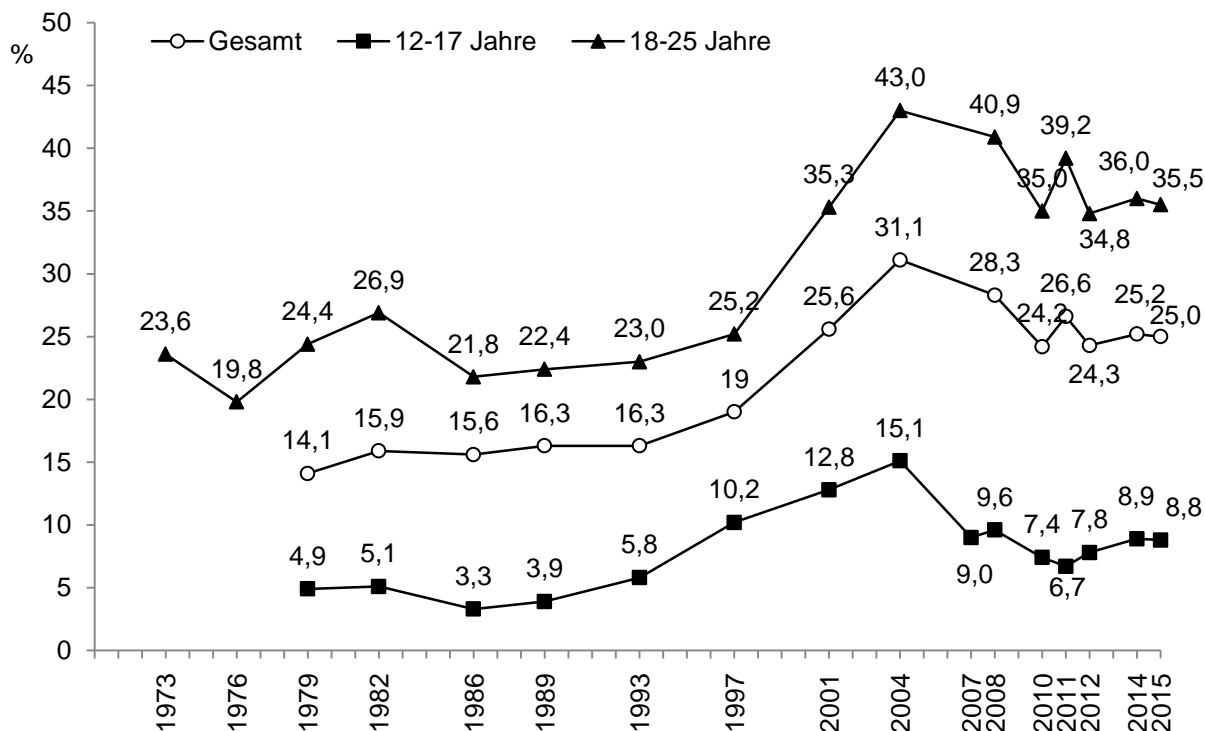
\* S. Fußnote Abbildung 2.

Kraus et al. 2016b.

Abbildung 3 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Alter, Trends 1995-2015 (ESA)

## Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland in der DAS 2015<sup>3</sup>

Die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums werden schon seit der ersten Drogenaffinitätsstudie, die im Jahr 1973 durchgeführt wurde, erfasst. Die von der BZgA in ihre Langzeitanalysen einbezogenen Daten beruhen im Einzelnen auf Daten der Drogenaffinitätsstudien 1973 bis 2015 sowie der „rauchfrei“-Jugendstudie 2007 und den Alkoholsurveys 2010, 2012 und 2014, in denen der Cannabiskonsum auch Befragungsthema war.



\* Alter der Befragten in den verschiedenen Studien: 1973 und 1976 14 bis 25 Jahre; 2007 12 bis 19 Jahre; sonstige Studien 12 bis 25 Jahre. Für die Studien 1973, 1976 und 2007 entfallen deshalb Ergebnisse für manche Altersgruppen.  
2014 und 2015: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

Orth 2016.

Abbildung 4 Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1973-2015 (DAS)

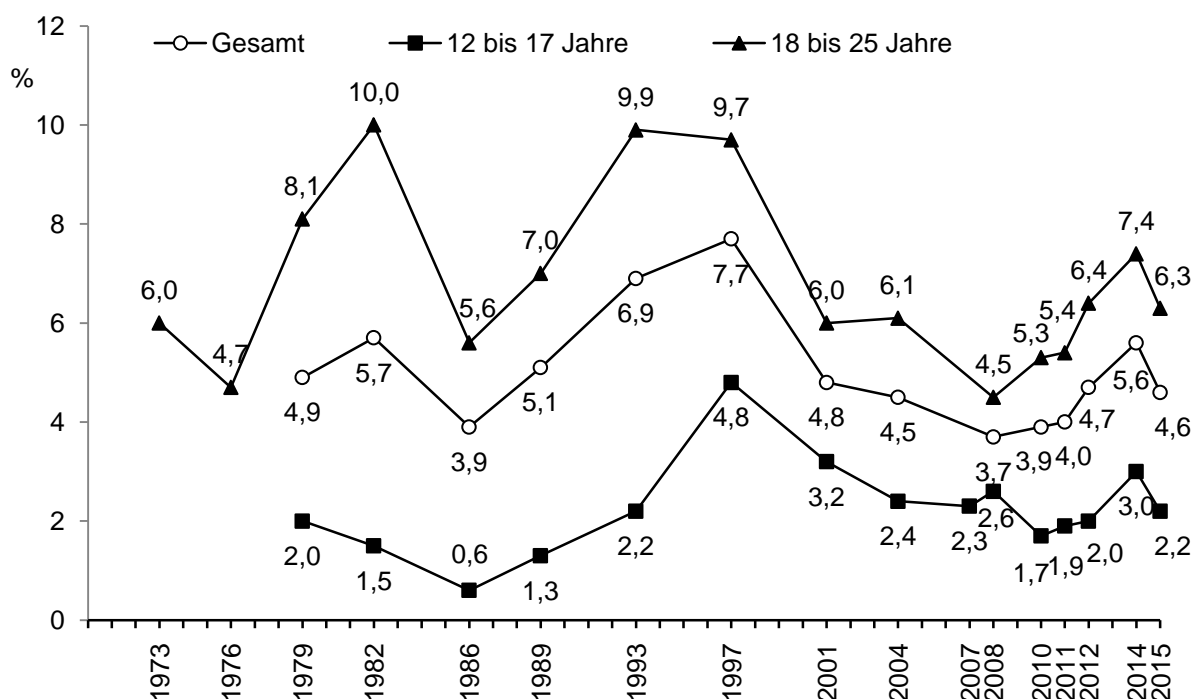
Die Konsumerfahrung Jugendlicher und junger Erwachsener, gemessen am Anteil derjenigen, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, unterliegt in Deutschland einem langfristigen Wandel. Nach anfänglicher Stagnation und leichtem Rückgang der Lebenszeitprävalenz im Zeitraum 1979 bis 1986 steigt bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen der Anteil derjenigen, die Cannabis im Leben zumindest einmal probiert haben, von 3,3 % (1986) kontinuierlich auf 15,1 % im Jahr 2004 an (Abbildung 4). In diesem Zeitraum ist auch bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen ein Anstieg zu verzeichnen, der zwischen 1997 (25,2 %) und 2004 (43,0 %) besonders steil verläuft. Im

<sup>3</sup> Die Texte zu den Daten der DAS sind weitgehend dem Abschlussbericht der BZgA entnommen (Orth 2016).

Jahr 2004 erreicht die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in beiden Altersgruppen ihren Höhepunkt.

Bei den Jugendlichen verringert sie sich in den Folgejahren deutlich und beträgt 2011 nur noch 6,7 %. Danach nimmt der Anteil Jugendlicher, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, wieder zu und die Lebenszeitprävalenz dieser Altersgruppe steigt statistisch signifikant auf 8,8 % im Jahr 2015.

Auch bei den jungen Erwachsenen sinkt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums ab dem Jahr 2004. Der aktuelle Wert aus dem Jahr 2015 (35,5 %) ist statistisch signifikant geringer als die Werte der Jahre 2004, 2008 und 2011. Trotz dieses Rückgangs liegt die Lebenszeitprävalenz junger Erwachsener im Jahr 2015 auf einem deutlich höheren Niveau als noch im Zeitraum von 1973 bis 1997.



\* S. Fußnote Abbildung 4.

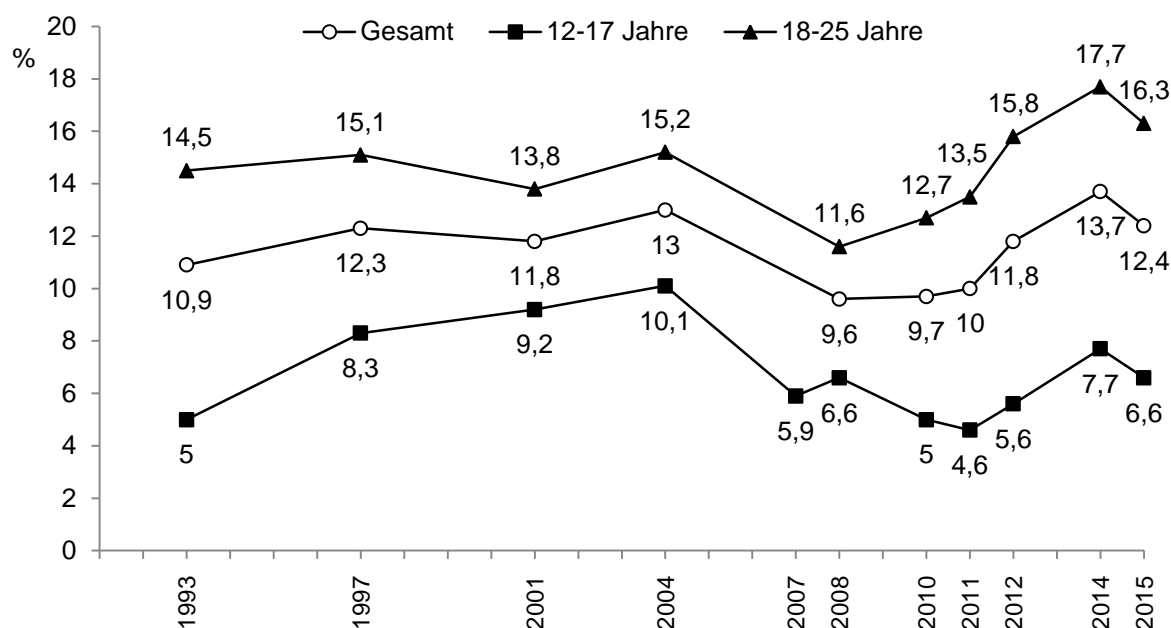
Orth 2016.

Abbildung 5 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1973-2015 (DAS)

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, sinkt in den Jahren 1979 bis 1986 zunächst leicht (Abbildung 5). In den folgenden dreizehn Jahren kommt es wieder zu einem Anstieg und einem Höhepunkt im Jahr 1997 (4,8 %). Danach geht die 30-Tage-Prävalenz wieder zurück. Der aktuelle Wert aus dem Jahr 2015 (2,2 %) ist statistisch signifikant geringer als der Wert des Jahres 1997. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums 18- bis 25-jähriger Erwachsener erreicht im Jahr 1982 mit 10,0 % ihren ersten Höhepunkt. Nach einem



Rückgang im Zeitraum von 1982 bis 1986 steigt sie wieder an und erreicht in den Jahren 1993 und 1997 ein Niveau von zehn Prozent. Es folgt ein erneuter Rückgang, der bis ins Jahr 2008 reicht (4,5 %). In der jüngeren Vergangenheit ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums ist im Jahr 2015 mit 6,3 % um knapp zwei Prozentpunkte größer als im Jahr 2008. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.



\* S. Fußnote Abbildung 4.

Orth 2016.

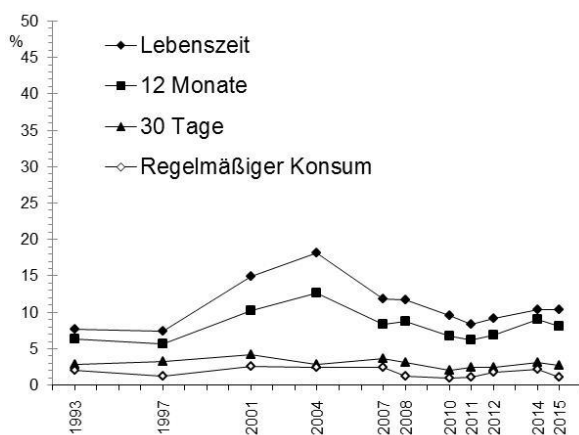
Abbildung 6 12-Monats -Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1993-2015 (DAS)

Seit 1993 werden in der DAS zusätzlich zur Lebenszeit- und 30-Tageprävalenz auch die 12-Monats-Prävalenz und die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums erhoben. Bei den männlichen Jugendlichen erhöht sich die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 7,4 % im Jahr 1997 auf 18,2 % im Jahr 2004. Gleichzeitig nimmt auch die 12-Monats-Prävalenz zu (Abbildung 6, Abbildung 7). Im weiteren Verlauf gehen Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz zunächst zurück. Seit 2011 steigen die Werte etwas an. Die aktuellen Werte (2015) unterscheiden sich allerdings statistisch nicht signifikant von denen des Jahres 2011.

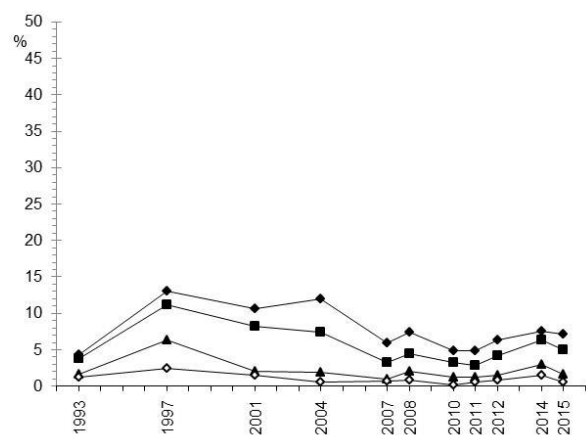
Die 30-Tage-Prävalenz verändert sich bei den männlichen 12- bis 17-Jährigen im Zeitraum von 1993 bis 2015 nur wenig. Sie schwankt zwischen zwei und vier Prozent. Zwischen dem aktuellen Wert des Jahres 2015 und denen der Jahre 1993 bis 2014 gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Der regelmäßige Cannabiskonsum ist unter männlichen Jugendlichen aktuell mit rund einem Prozent (2015: 1,1 %) wieder so gering verbreitet wie in den Jahren 2010 und 2011 und im Vergleich zum Vorjahr (2014: 2,2 %) statistisch signifikant zurückgegangen. Bei den

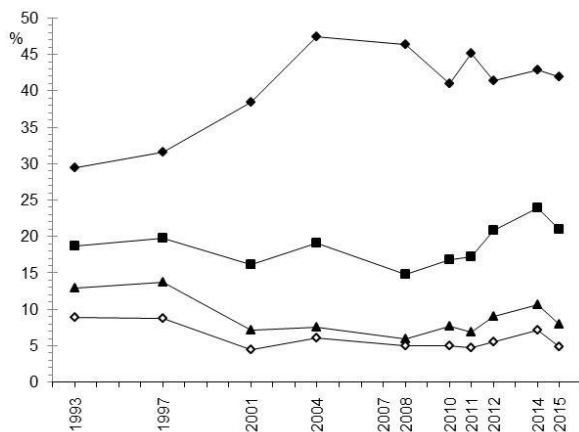
weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen setzen die Veränderungen früher ein als bei den männlichen 12- bis 17-Jährigen. Die Verbreitung des Cannabiskonsums steigt schon in den Jahren 1993 bis 1997. Die Lebenszeitprävalenz erhöht sich von 4,3 % in 1993 auf 13,1 % in 1997. Die 12-Monats-Prävalenz nimmt in diesem Zeitraum von 3,8 % auf 11,2 % zu. Auch die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Konsum erhöhen sich. Während die Lebenszeitprävalenz bis 2004 ihr hohes Niveau zunächst noch hält, beginnt in den anderen drei Merkmalen des Cannabiskonsums der Rückgang schon nach 1997. In den Jahren 2010 bzw. 2012 wird dann in allen vier Merkmalen wieder eine vergleichsweise geringe Verbreitung erreicht. Aktuell zeichnet sich eine erneute Anstiegsphase ab. Die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz sind bei weiblichen Jugendlichen im Jahr 2015 statistisch signifikant höher als in den Jahren 2010 und 2011.



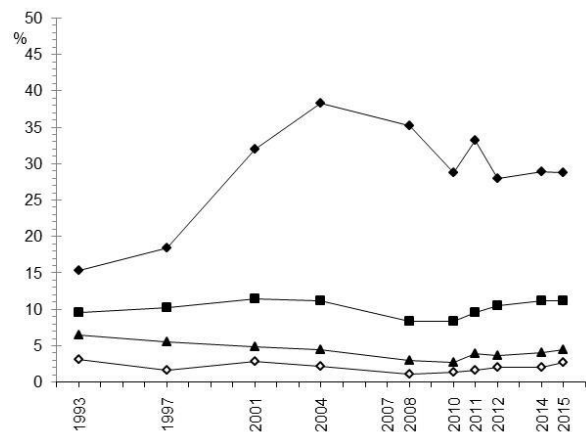
Männliche Jugendliche (12-17 Jahre)



Weibliche Jugendliche (12-17 Jahre)



Männliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)



Weibliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)

\* S. Fußnote Abbildung 4.

Orth 2016.

Abbildung 7 Cannabiskonsum 12- bis 17-jähriger Jugendlicher sowie 18- bis 25-jähriger junger Erwachsener von 1993 bis 2015 nach Geschlecht (DAS)

In der Gruppe der jungen Männer zwischen 18 und 25 Jahren erhöht sich die Lebenszeitprävalenz zunächst von 29,4 % (1993) auf 47,4 % (2004). Im Jahr 2004 gibt somit

fast die Hälfte der 18- bis 25-jährigen Männer an, Cannabis zumindest einmal ausprobiert zu haben. Im Jahr 2015 beträgt die Lebenszeitprävalenz der jungen Männer 41,9 % und ist im Vergleich zu 2004 statistisch signifikant zurückgegangen. In der 12-Monats-Prävalenz zeigt sich in den letzten sieben Jahren ein Anstieg. Aktuell liegt sie mit 21,0 % (2015) auf einem signifikant höheren Niveau als 2008 (14,8 %). Der Rückgang gegenüber 2014 (23,9 %) ist nicht signifikant. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums hat sich gegenüber der Befragung 2014 von 10,6 % auf 7,9 % (2015) signifikant reduziert und liegt wieder auf dem Niveau der Jahre 2001 bis 2011. Der regelmäßige Konsum ist im Jahr 2015 geringer verbreitet als 1993 und 1997 und unterscheidet sich von den Jahren 2001 bis 2014 statistisch nicht signifikant. Der Cannabiskonsum entwickelt sich bei jungen Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren ähnlich wie bei den 18- bis 25-jährigen Männern. Die Veränderungen finden aber auf niedrigerem Niveau statt, weil weniger Frauen als Männer Cannabis konsumieren. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums junger Frauen steigt von 15,4 % in 1993 auf 38,3 % im Jahr 2004 an. Wie bei den jungen Männern liegt sie im Jahr 2015 wieder statistisch signifikant unter dem Niveau von 2004 und hat sich um rund zehn Prozentpunkte auf 28,7 % reduziert. Die 12-Monats-Prävalenz erhöht sich bei den jungen Frauen von 2010 (8,4 %) bis 2015 (11,2 %) signifikant um etwa drei Prozentpunkte. Auch die 30-Tage-Prävalenz (2010: 2,7 %; 2015: 4,5 %) und der regelmäßige Konsum (2010: 1,4 %; 2015: 2,7 %) sind innerhalb der letzten vier Jahre etwas angestiegen. Ein ähnlicher Trend ist auch im ESA seit 2011 zu beobachten.

### **1.1.2 Cannabiskonsum in der Schule und in weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.2)**

#### **Bundesweite Daten und internationale Studien**

##### ***ESPAD***

Deutschland hat 2011 nach den Jahren 2003 und 2007 zum dritten Mal an der ESPAD-Studie teilgenommen (Studienbeschreibung siehe Quellen und Methodik (T6)). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich vorgestellt. Insgesamt sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den befragten Jugendlichen zwischen 2003 und 2011, der Anteil cannabiserfahrener Mädchen ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten. Die zeitliche Entwicklung des problematischen Cannabiskonsums (erhoben über den Cannabis Abuse Screening Test; CAST) kann nur für den Zeitraum 2007-2011 betrachtet werden, da die entsprechenden Indikatoren 2003 nicht erhoben wurden. Demnach hat es sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe keine signifikante Veränderung des Anteils riskanten Konsums gegeben. Auch in der geschlechtsspezifischen Analyse finden sich keine statistisch bedeutsamen Effekte.

An der ESPAD-Erhebung 2015 (Kraus et al. 2016a) hat sich nur noch das Bundesland Bayern beteiligt (für Informationen zur Stichprobe siehe Quellen und Methodik (T6)). Insgesamt gaben 25,2 % der Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufen an, in ihrem Leben bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate waren dies 21,6 % und 30 Tage vor der Befragung 10,4 % der

Jugendlichen. Cannabiskonsum war bei Jungen deutlich weiter verbreitet als bei Mädchen. So gaben 27,9 % der Schüler einen Konsum im vergangenen Jahr an, bei den Schülerinnen waren dies dagegen nur 15,4 %. Auch im Hinblick auf verschiedene Schulformen zeigen sich Unterschiede. Die Prävalenzen waren an Mittelschulen (früher: Hauptschulen) deutlich höher als an Realschulen und Gymnasien, die beide auf vergleichbarem Niveau liegen. Die meisten Jugendlichen (75,1 %) gaben an, noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Weitere 13,1 % haben ein- bis fünfmal probiert und 4,9 % können als gelegentliche Konsumenten mit einer maximalen Konsumhäufigkeit von 19 Mal bezeichnet werden. Einen häufigen Konsum von mindestens 20 Mal im Leben berichteten 6,9 % der Stichprobe. Geschlechtsunterschiede zeigen sich dahingehend, dass ein häufiger Konsum von Cannabis bei Jungen weiter verbreitet ist als bei Mädchen. Mit 11,0 % gaben deutlich mehr Jungen als Mädchen (2,9 %) an, mindestens 20 Mal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Unterschiede sind auch in Bezug auf die Schulformen sichtbar. Der Anteil häufiger Konsumenten ( $\geq 20$  Mal) war an Mittelschulen (13,8 %) höher als an Gymnasien (4,7 %) und Realschulen (5,2 %).

Betrachtet man die Konsumfrequenzen nur für diejenigen Personen, die bereits einmal Cannabis konsumiert haben, so fällt auf, dass es bei etwas mehr als der Hälfte (52,7 %) aller Jugendlichen bei einem Probierkonsum von maximal fünf Gelegenheiten im Leben geblieben ist. Weitere 19,7 % haben bis zu 19 Mal konsumiert und 27,6 % können als häufige Konsumenten ( $\geq 20$  Mal) bezeichnet werden. Mädchen waren zu einem größeren Teil Probierkonsumenten, ebenso wie Gymnasiasten und Realschüler. Den höchsten Anteil häufiger Konsumenten findet man bei Jungen (34,6 %) sowie Schülern an Mittelschulen (47,3 %).

Das durchschnittliche Alter des ersten Cannabiskonsums lag bei 14,8 Jahren. Geschlechtsunterschiede oder Unterschiede zwischen den Schulformen sind nicht zu beobachten. Die kumulativen Inzidenzraten des Alters ersten Cannabiskonsums zeigen, dass der Anteil Jugendlicher, die bis zu einem bestimmten Alter erste Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben, ab dem 13. Lebensjahr kontinuierlich zunimmt. Der Anstieg der Inzidenzraten ist bei Jungen deutlich steiler als bei Mädchen.

Im aktuellen Erhebungsjahr sind die Cannabis Gebrauchsprävalenzen (Lebenszeit, 12 Monate und 30 Tage) im Vergleich zu 2011 signifikant angestiegen. Sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe gab es keine signifikante Veränderung des Anteils problematischer Cannabiskonsumern.

### ***Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS)***

Aktuelle Daten sowie Trendentwicklungen aus der DAS der BZgA wurden bereits unter A1.1.1 berichtet, so dass auf eine Wiederholung an dieser Stelle verzichtet wird. Darüber hinaus handelt es sich bei der DAS nicht um eine klassische „Schülerbefragung“.

### ***HBSC-Studie***

Die Ergebnisse für Deutschland aus der aktuellen HBSC-Studie zeigen, dass 15,6 % der 15-jährigen Mädchen und 17,8 % der Jungen mindestens einmal Cannabis, Haschisch oder

Marihuana konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz). Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Mehrheit (82,6 %) der 15-Jährigen noch nie Cannabis konsumiert hat.

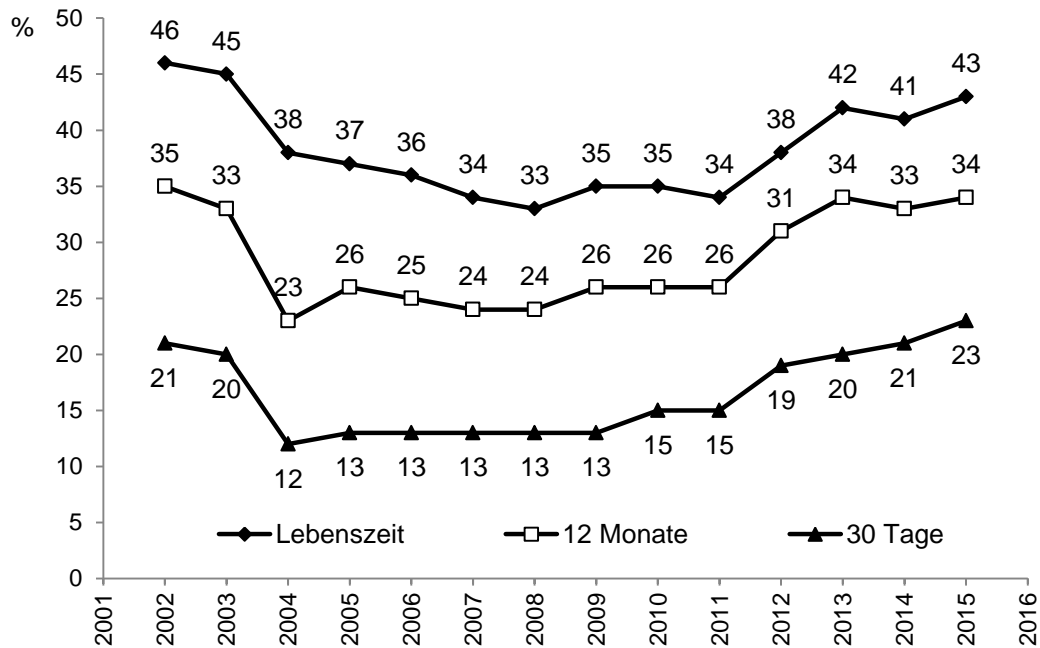
Der Erstkontakt zu Cannabis findet entsprechend der Ergebnisse der HBSC mit 14 bzw. 15 Jahren statt. Beim Konsum dieser Drogen in den letzten 30 Tagen bleibt der Unterschied von den Jungen (9,6 %) zu den Mädchen (7,0 %) nahezu unverändert zu dem Unterschied in der Lebenszeitprävalenz. Nur geringfügige Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des familiären Wohlstands und des Drogenkonsums (Lebenszeitprävalenz). Mädchen aus Familien mit niedrigem und Jungen aus Familien mit hohem Wohlstand konsumieren am häufigsten mindestens ein Mal in ihrem Leben Cannabis, Haschisch oder Marihuana (Mädchen: 16,8 %, Jungen: 21,9 %). Für die Prävalenzraten der letzten 30 Tage zeigen sich ebenfalls nur geringfügige Unterschiede nach familiärem Wohlstand. Der größte Anteil im Drogenkonsum zeigt sich bei Mädchen mit hohem familiären Wohlstand (8,6 %) und bei Jungen mit niedrigem familiären Wohlstand (11,5 %). Keine signifikanten Unterschiede sind in Bezug auf Erfahrungen mit Cannabis nach Migrationshintergrund festzustellen (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015a; Moor et al. 2016).

### **Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen**

#### ***Frankfurt (MoSyD)***

Nach dem leichten Rückgang der Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern in der Erhebung 2014 ist der Wert 2015 erneut angestiegen. Gleiches gilt für die 12-Monats-Prävalenz. Die 30-Tage-Prävalenz hingegen steigt konstant seit 2011 (Abbildung 8).

Der Wert für „häufigen Konsum“ (mindestens 10 Mal im Vormonat) ist von 9 % (2014) auf 8 % (2015) gesunken. Der Anteil täglich Konsumierender ist mit 4 % konstant geblieben, ebenso wie das durchschnittliche Einstiegsalter von 15 Jahren (Werse et al. 2016).



Werse et al. 2016.

Abbildung 8 Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD)

### Schulbus-Studie

2015 fand in Hamburg unter dem Namen „Hamburger SCHULBUS“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum sechsten Mal eine Erhebung zur Prävalenz des Umgangs mit Suchtmitteln bei 14- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen statt. Parallel wurde die Befragung auch in den Grenzregionen Bayerns und Sachsens zur Tschechischen Republik sowie in einem grenznahen Landkreis von Nordrhein-Westfalen zu den Niederlanden durchgeführt (siehe dazu auch Quellen und Methodik (T6)). Der regionalspezifische Vergleich der Daten zur Verbreitung des jugendlichen Cannabiskonsums ergibt, dass dieser – erwartungsgemäß – in der Metropole Hamburg am höchsten ausfällt. Mit rund 13 % liegt der Anteil der aktuell Konsumierenden hier signifikant über den entsprechenden Werten, die für die Jugendlichen in den übrigen Beobachtungsgebieten ermittelt wurden.

Bemerkenswert erscheinen die Daten der nordrhein-westfälischen Jugendlichen in der Grenzregion zu den Niederlanden, für die keine erhöhten Prävalenzwerte in Bezug auf den Cannabiskonsum feststellbar sind, was die These, dass die Grenznähe zu dem im Umgang mit Haschisch und Marihuana liberaleren Nachbarland einen konsumfördernden Effekt haben könnte, nicht untermauert.

Der Blick auf die für Hamburg längsschnittlich erhobenen und analysierten Daten zur 30-Tage-Prävalenz von Cannabisprodukten ergibt, dass der Anteil der aktuellen Konsumentinnen und Konsumenten nach einem „Zwischenhoch“ im Jahr 2012 wieder rückläufig ist. Die stärksten Rückgänge lassen sich unter den männlichen Jugendlichen

sowie unter den eher jüngeren Befragten ausmachen. Die Prävalenzzahlen des aktuellen Cannabiskonsums unter den 14- bis 17-Jährigen liegen 2015 in etwa wieder auf dem Niveau des Jahres 2009 (männlich: 2009: 17 %, 2012: 22 %, 2015: 15 %; weiblich: 2009: 6 %, 2012: 12 %, 2015: 8 %).

Der in den zurückliegenden Jahren bis 2012 in Hamburg zu beobachtende Trend des immer späteren Einstiegs der Jugendlichen in den Cannabiskonsum setzt sich 2015 nicht mehr fort (männlich: 14,5; weiblich: 14,8). Für beide Geschlechter ergibt sich, dass diese aktuell wieder 0,2 Jahre früher mit Haschisch und/oder Marihuana in Berührung kommen als 2012 (ohne statistische Signifikanz). Die deutlichsten Rückgänge lassen sich in der Alterskohorte der 14- bis 15-Jährigen ausmachen. Das bedeutet, dass die Attraktivität des generellen Einstiegs in den Umgang mit psychoaktiv wirkenden Substanzen weiterhin abgenommen hat (Baumgärtner & Hiller 2016).

Tabelle 6 bietet einen Überblick über die in verschiedenen Studien unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland erhobene Daten zum Cannabiskonsum.

Tabelle 6 Prävalenz des Cannabiskonsums bei Schüler/innen, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen deutschen Studien

Studie <sup>1)</sup>	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage <sup>2)</sup>	12 Monate	Lebenszeit
HBSC <sup>3)</sup>	2013/14	15	National		9,6/7,0	17,8/15,6
KiGGS <sup>3)</sup>	2003/06	11-17	National		9,2/6,2	
DAS	2015	12-17	National	2,2 (1,2)	7,3	9,7
DAS	2015	18-25	National	6,7 (3,9)	15,3	34,5
Alkoholsurvey <sup>4)</sup>	2014	12-17	National	3,7 (2,2)	8,3	10,0
Alkoholsurvey <sup>4)</sup>	2014	18-25	National	7,7 (5,1)	17,6	37,2
ESPAD <sup>5)</sup>	2015	15-16	Bayern	10,4	21,6	25,2
ESPAD <sup>5)</sup>	2011	15-16	5 Länder	8,1	17,4	22,2
MoSyD	2015	15-18	Frankfurt	23	34	43
SCHULBUS	2015	14-17	Hamburg	11,8 (6,2)		23,3
	2015	14-17	Bayern	8,5 (6,4)		15,8
	2015	14-17	Sachsen	9,1 (5,3)		20,2
	2015	14-17	Nordrhein-Westfalen	7,8 (6,1)		17,3

1) Dargestellt sind im Falle wiederholter Erhebungen nur die aktuellsten Ergebnisse.

2) In Klammern: BZgA (DAS/Alkoholsurvey) regelmäßiger Konsum (> 10 Mal im letzten Jahr); SCHULBUS problematischer Konsum (≥2 Punkte auf der SDS).

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

4) Die Daten zum Cannabiskonsum aus dem Alkoholsurvey 2014 der BZgA werden im Text nicht gesondert berichtet, da sie in den Beschreibungen der Trends der DAS berücksichtigt wurden.

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

### 1.1.3 Kommentar zum Cannabiskonsum (T1.1.3)

Betrachtet man den Trend des Cannabiskonsums in den Befragungen der letzten 10 bis 15 Jahre, so zeigt sich nach dem übereinstimmend berichteten Anstieg des passageren Konsums in den 1990er Jahren zunächst ein Rückgang seit etwa 2005. Dieser Rückgang schien in den letzten Jahren bei Jugendlichen sowie (jungen) Erwachsenen seit etwa 2010 zu stagnieren, einzelne Studienergebnisse deuteten auf erneut steigende Prävalenzdaten hin. Die jüngsten Ergebnisse des ESA 2015, der einen signifikanten Anstieg der 12-Monats- als auch der 30-Tage-Prävalenz unter den 18- bis 24-Jährigen verzeichnet, kommt – wenn man langfristige Trends beobachtet – aktuell zu relativ ähnlichen Ergebnissen wie die jüngste DAS für die Gruppe der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen. Eine vorsichtige Beschreibung der Situation lässt sich möglicherweise am besten dahingehend vornehmen, dass seit einigen Jahren keine gravierenden Veränderungen zu beobachten sind (die DAS kommt 2015 sogar zu niedrigeren Ergebnissen als 2012), der Konsum unter jungen



Menschen bundesweit aber auf nach wie vor relativ hohem Niveau stagniert. Lokale Ergebnisse z. B. aus Frankfurt erreichen im Gegensatz dazu nach mehreren Jahren mit kontinuierlichen Anstiegen der Konsumprävalenzen nahezu wieder das Niveau der hohen Werte von 2002.

Anlass zur Sorge bereitet die Tatsache, dass sich die Verbreitung des regelmäßigen Konsums insbesondere unter jungen Erwachsenen über die Jahre praktisch kaum verändert hat. Diese Beobachtungen unterstützen die Vermutung, dass Veränderungen im Probiertkonsum der Allgemeinbevölkerung keinen Rückschluss auf die Konsumgewohnheiten der erfahrenen Konsumenten erlauben und diese auch von den zahlreichen Maßnahmen nach wie vor nur ungenügend erreicht werden. Die Zahl der wegen Problemen im Umgang mit Cannabis in Behandlung befindlichen Personen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, was einerseits ein Beleg für die Akzeptanz der angebotenen Interventionen ist. Andererseits verdeutlicht diese Entwicklung auch, dass intensiver Cannabiskonsum zu schwerwiegenden Folgen führen bzw. in Kombination mit anderen Faktoren auftreten kann, die eine insgesamt erhebliche Problemlast für das Individuum ausmachen und professioneller Unterstützung bedürfen.

Basierend auf ESPAD-Daten aus drei Erhebungswellen (2003, 2007, 2011) der 9. und 10. Klassen in fünf Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) wurde von Gomes de Matos und Kollegen (2014) untersucht, ob auf Bundesebene und im Zeitverlauf Unterschiede im Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum Jugendlicher bestehen. Länderübergreifend zeigen sich für alle drei Substanzen sinkende Konsumwerte über die Zeit. Cannabiskonsum ist also nicht als isoliertes Phänomen zu betrachten. Für den Cannabiskonsum ist der rückläufige Trend nur bis 2007 zu beobachten. Der Urbanisierungseffekt – höherer Konsum in größeren Städten – wird auf die erhöhte Verfügbarkeit zurückgeführt (Tretter & Kraus 2004). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen Baumgärtner und Hiller (2016) basierend auf Daten der SCHULBUS-Erhebung und weisen darauf hin, dass die erhöhte Verfügbarkeit von Cannabisprodukten im großstädtischen Milieu nicht nur zu einer stärkeren Konsumverbreitung dieser Rauschmittel führt, sondern vermutlich auch der Grund für einen früheren Einstieg der Jugendlichen in den Konsum im Vergleich zu ländlichen Regionen ist. Ähnliche Konsumprofile in den untersuchten Bundesländern deuten darauf hin, dass Substanzkonsum in Deutschland innerhalb eines gemeinsamen kulturellen Rahmens stattfindet. So kann man davon ausgehen, dass sich Personen in allen deutschen Bundesländern grundlegende Normen und Einstellungen zum Substanzkonsum teilen und bundesweiten Regulierungen gleichermaßen unterliegen.

Schneider (2016) hat typische Konsummuster und -folgen von Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten untersucht, die ambulante Beratungsstellen aufsuchen, um deren spezifische Behandlungsbedarfe besser identifizieren zu können. Mithilfe eines Fragebogens wurden soziodemographische, suchtanamnestische und belastungsspezifische Informationen von 194 Personen erhoben. Als ein wichtiges Ergebnis stellt der Autor heraus, dass Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten, die ambulante Suchtberatungsstellen

aufsuchen, nicht nur hinsichtlich ihrer psychosozialen Verfassung hoch belastet, sondern auch in sozialer und rechtlicher Hinsicht auffällig sind. Unterschiede bestehen innerhalb der Stichprobe sowohl zwischen Stadt und Landkreisen als auch zwischen Hochbelasteten und Geringbelasteten. Insgesamt erfordern die in dieser Studie dargelegten psychosozialen Belastungen der untersuchten Personen nach Einschätzung des Autors die Etablierung und systematische Ausgestaltung spezifischer Angebote für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten. Insbesondere die unterschiedlichen Konsummuster und -folgen sowie Beratungswünsche zwischen höher und geringer Belasteten sind bei der Bereitstellung der unterschiedlich intensiven und individuell abgestimmten Behandlungsangebote zu berücksichtigen (zu Charakteristika der in ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland betreuten Personen siehe auch das Workbook Behandlung).

Eine Studie von Legleye und Kollegen (2014) analysiert die Dynamik der Verbreitung des experimentellen Cannabiskonsums in den Ländern Frankreich, Deutschland und USA anhand nationaler Bevölkerungssurveys aus den Jahren 2009 und 2010 (vgl. dazu auch das Workbook Drogen aus dem Jahr 2015). Die Ergebnisse für Deutschland zeigen, dass die Entwicklung in Deutschland für beide Geschlechter etwa parallel verläuft. Obwohl die Prävalenzen für Frauen nach wie vor niedriger sind, beobachten die Autoren eine langsame Annäherung der Geschlechterverhältnisse. Insgesamt steigt die Prävalenz des experimentellen Konsums über die Altersgruppen hinweg deutlich an.

Seit 2004 nimmt die Lebenszeitprävalenz von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Drogen unter den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Hamburg spürbar ab und folgt damit im Wesentlichen dem Trend, der sich auch auf Bundesebene beobachten lässt (Baumgärtner & Hiller 2016).

## **1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)**

### **1.2.1 Aktuelle Befragungen / Studien zum Cannabiskonsum (T1.2.1)**

#### **Cannabiskonsum unter Partygängern**

Auch bei Partygängern bestätigt sich die große Akzeptanz von Cannabis. Aktuelle Ergebnisse aus dem Projekt Phar-Mon zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene zeigen, dass unter den Partygängerinnen und Partygängern in den vergangenen 12 Monaten am häufigsten Cannabis (Männer: 79,1 %, Frauen: 66,7 %) konsumiert wurde. Dabei wurde (innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung) Cannabis häufig in Kombination mit Ecstasy (Männer: 39,8 %; Frauen: 31,8 %), Speed (Männer: 28,3 %; Frauen: 23,8 %) oder psychoaktiven Pilzen (Männer: 11,5 %; Frauen: 8,0 %) kombiniert (Piontek & Hannemann 2015)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Online unter: [http://ift.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/2015-08-27\\_Bericht\\_Partyprojekte.pdf](http://ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/2015-08-27_Bericht_Partyprojekte.pdf) (Letzter Zugriff: 17.10.2016).

### **1.2.2 Reduzierung der Nachfrage nach Cannabis (T1.2.2)**

Die fachliche Beratung und die Behandlung cannabisbezogener Folgeschäden erfolgt in Deutschland größtenteils ambulant. Eine stationäre Aufnahme und Behandlung ist nur bei schweren gesundheitlichen Störungen oder bei einem hohen Rückfallrisiko vorgesehen (Hoch et al. 2015). In Deutschland erhalten gemäß einer Studie der EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: EMCDDA) ca. 10 % der behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumenten (täglicher oder fast täglicher Konsum) eine Behandlung. Im gesamteuropäischen Vergleich gehört Deutschland zusammen mit Norwegen zu den Ländern mit der höchsten Abdeckungsrate (Schettino et al. 2015).

Ausgewählte, spezielle Angebote für Cannabiskonsumenten werden im Workbook Behandlung 2016, Kapitel T1.1.1 aufgeführt. Weiterführende Informationen zu Cannabisprogrammen finden sich ebenfalls im Workbook Behandlung 2016.

Die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys zeigen, dass der Anteil spezifischer Angebote zur Senkung des Cannabiskonsums nach wie vor wächst (siehe Workbook Prävention).

### **1.2.3 Riskanter Cannabiskonsum (T1.2.3)**

#### **Schätzungen zum riskanten Konsum in der Allgemeinbevölkerung**

Entsprechend der Ergebnisse des ESA 2015<sup>5</sup> lag in Bezug auf illegale Drogen ein problematischer Konsum am häufigsten bei Cannabis vor (Gesamt: 1,2 [1,0; 1,5]; 1,4 [1,1; 1,9] bzw. 1,0 % [1,1; 1,9] für Männer bzw. Frauen). Dies entspricht in etwa einer Gesamtzahl von 612.000 erwachsenen Personen (siehe dazu auch Standardtabelle 07/8).

#### **Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen**

Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist bemerkenswert, dass sich relativ große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis und Nikotin beobachtet (im Vergleich zu Alkohol). Die Altersstufen 15–18 sind nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008). Behrendt und Kollegen (2009) konnten neben Cannabis auch für Alkohol und Nikotin zeigen, dass ein früherer Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz im Vergleich zu einem späteren Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit verbunden ist. Dabei ist der Konsum von Cannabis kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit

---

<sup>5</sup> Basierend auf der Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al. 1995) und einem substanzspezifischen Schwellenwert von zwei Punkten für Cannabis.

erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum häufig bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bestehen. Auch Alkoholabhängigkeit und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für die Stabilität des Cannabiskonsums bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt (Perkonigg et al. 2008).

In der aktuellen ESPAD-Studie in Bayern (Kraus et al. 2016a) wurden sechs cannabisbezogene Probleme unter den 12-Monats-Konsumenten auf Basis des Cannabis Abuse Screening Test (CAST) erfasst. Zwischen 61,2 % (vormittags geraucht) und 89,1 % (erfolgreiche Reduktion) der jugendlichen Konsumenten gaben an, die entsprechenden Probleme nie erlebt zu haben. Die Anteile der Schülerinnen und Schüler, die berichteten, die Symptome ziemlich oft oder sehr oft erlebt zu haben, variierten zwischen insgesamt 1,6 % (Probleme) und 8,2 % (Rat von Familie/Freunde).

Ab einem Summenwert von vier und mehr Punkten in den sechs Items gehen die Autoren des CAST von einem erhöhten Risiko problematischen Cannabiskonsums aus. Bezogen auf die Gesamtstichprobe lag bei 1,6 % der Schülerinnen und Schüler ein problematischer Cannabiskonsum vor. Jungen (1,9 %) waren häufiger betroffen als Mädchen (1,3 %). Der Anteil problematischer Nutzer war an Mittelschulen am höchsten. Betrachtet man die Stichprobe der 12-Monats-Konsumenten, so sind die Prävalenzraten wesentlich höher. Ein problematischer Cannabiskonsum lag bei 7,6 % der jugendlichen Konsumenten vor. Dieser Anteil war unter den männlichen Konsumenten mit 7,1 % niedriger als unter den weiblichen mit 8,5 %. An Mittelschulen lag die Prävalenz mit 13,5 % höher als an Realschulen und Gymnasien. Der regelmäßige Konsum von Cannabis (d. h. mehr als zehn Mal im Jahr vor der Erhebung) junger Männer (18 bis 25 Jahre alt) ist im Jahr 2015 geringer verbreitet als 1993 und 1997 und unterscheidet sich von den Jahren 2001 bis 2014 statistisch nicht signifikant (2001: 4,4 %; 2015: 4,8 %). Der regelmäßige Konsum unter jungen Frauen ist innerhalb der letzten vier Jahre etwas angestiegen (2010: 1,4 %; 2015: 2,7 %). Von den 12- bis 17-Jährigen haben 2015 im Jahr vor der Erhebung weniger als 1 % (0,8 %) entsprechend dieser Definition regelmäßig Cannabis konsumiert. Dieser Wert liegt statistisch signifikant unterhalb des Vergleichswertes von 2014 (1,9 %) und ist identisch mit den Ergebnissen von 2011 (2012: 1,3 %). Auch unter den Jugendlichen ist 2015 der regelmäßige Konsum unter Jungen häufiger verbreitet als unter den Mädchen (Jungen: 1,1 %; Mädchen: 0,5 %) (Orth 2016).

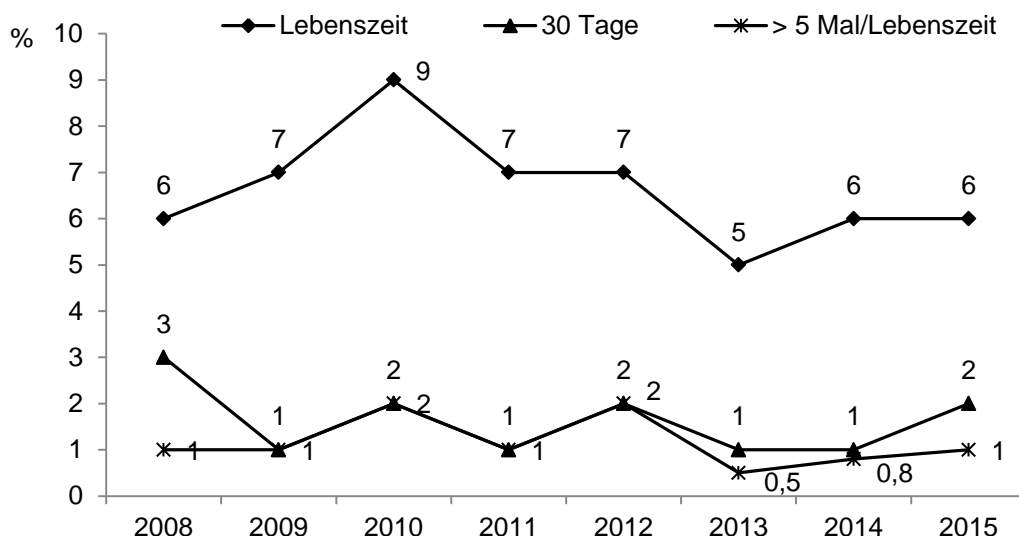
Seit 2007 wird in der SCHULBUS-Studie die Severity of Dependence Scale (SDS) eingesetzt, um Aussagen über den problematischen Cannabiskonsum treffen zu können. Bezogen auf alle in 2015 in den Regionen befragten Jugendlichen, gelten etwa 6 % unter ihnen als cannabisabhängig, wenn man hierfür das Erreichen bzw. Überschreiten des Schwellenwertes von 2 Punkten auf der SDS zugrunde legt. Nahezu analog zum Cannabiskonsum in den verschiedenen Subgruppen ist der problematische Konsum verstärkt bei männlichen Jugendlichen und bei älteren Befragten anzutreffen. Der Blick auf die Hamburger Daten der 14- bis 17-Jährigen ergibt in diesem Zusammenhang, dass der Anteil der Betroffenen seit 2007 geschlechts- und altersunabhängig leicht angestiegen ist

(2007: männlich 6 %, weiblich 3 %; 2015: männlich 8 %, weiblich 5 %) (Baumgärtner & Hiller 2016).

Bei einer insgesamt hohen Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen muss sorgfältig zwischen alterstypischem Probierkonsum und regelmäßigem bzw. problematischem Cannabiskonsum unterschieden werden. Der unmittelbare Vergleich der sehr unterschiedlichen Angaben zum „problematischen oder klinisch relevanten Konsum“ ist schwierig, weil sich Altersgruppen und Erhebungsinstrumente der einzelnen Studien praktisch in keinem Fall unmittelbar decken. Insgesamt erscheint aber die Aussage begründbar, dass es einen substantiellen Teil der Konsumentinnen und Konsumenten gibt, die spätestens als junge Erwachsene Probleme in einem Umfang entwickeln, die eine klinische oder andere fachlich begründete Intervention erfordern. Nachdem in den meisten Studien – unabhängig von der Operationalisierung des Konsums im Einzelfall – nur wenige Veränderungen der Ergebnisse in den letzten Jahren zu beobachten sind, erscheint die Aussage gerechtfertigt, dass es bislang nicht gelungen ist, den Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten, die klinisch relevante Probleme entwickeln, substantiell zu reduzieren, wohingegen die Verbreitung des passageren Konsums bzw. Probierkonsums insbesondere unter jungen Menschen langfristigen Veränderungen unterliegt, die aktuell auf eine Stabilisierung auf einem relativ hohen Niveau hindeuten.

**1.2.4 Synthetische Cannabinoide (T1.2.4)**

Die Frankfurter Schülerbefragung zielt seit 2008 auch auf den Konsum sogenannter Räuchermischungen. In der aktuellen Erhebung (s. Abbildung 9) bleibt die Lebenszeit-Prävalenz bei Räuchermischungen im Vergleich zum Vorjahr unverändert, während in der 30-Tage-Prävalenz und auch beim mehr als fünfmaligen Konsum ein leichter Anstieg zu beobachten ist (Werse et al. 2016).



„Räuchermischungen“; 2008: nur „Spice“.

Werse et al. 2016.

Abbildung 9 Prävalenz des Konsums von „Räuchermischungen“ unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD)

11,0 % der befragten Jugendlichen in der ESPAD Bayern gaben an, jemals eine illegale Droge außer Cannabis (Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin, GHB, Drogenpilze oder neue psychoaktive Substanzen) konsumiert zu haben. Dabei wurde die Gruppe der neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) mit 7,8 % am häufigsten genannt (Lebenszeitprävalenz) – erneut sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Erhebung der Konsumprävalenzen von NPS aus methodischer Sicht mit erheblichen Schwierigkeiten und Unschärfen behaftet ist. Dabei liegt der Wert bei Jungen mit 9,1 % deutlich höher als bei Mädchen (6,5 %). Innerhalb der Gruppe der NPS werden Räuchermischungen – die häufig vor allem synthetische Cannabinoide enthalten – am häufigsten genannt (5,9 %). Fast jeder zehnte Mittelschüler konsumierte Räuchermischungen im vergangenen Jahr, im Vergleich zu 3,1 % der Gymnasiasten und 6,7 % der Realschüler (Kraus et al. 2016a).

Spezielle Angebote für NPS Konsumenten sind im Abschnitt D3 aufgeführt.

## **2 Neue Entwicklungen (T3)**

### **2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Cannabiskonsums (T3.1)**

Die aktuelle bundesweite Lage sowie aktuelle Studien werden weiter oben berichtet (siehe A1.1 und A1.2). Es liegen keine weiteren Informationen zu neuen Entwicklungen des Cannabiskonsums vor.

## **3 Zusatzinformationen (T4)**

### **3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Das von der Europäischen Kommission DG JUST geförderte Projekt „SPICE-profiling“, das auf den bereits abgeschlossenen Projekten „SPICE“ und „SPICE II Plus“ aufbaut, hat sich zum Ziel gesetzt, integrierte und innovative Ansätze zum Umgang mit NPS zu entwickeln. Während die Vorgängerprojekte stärker auf Gesundheitsrisiken und Präventionsaspekte ausgerichtet waren, widmet sich SPICE-profiling stärker der analytischen Charakterisierung von Substanzen, die auf Informationen aus Testkäufen, kontrollierten Laborsynthesen und Informationen aus Beschlagnahmungen von Polizei und Zoll beruhen. Die Zielsetzungen des Projektes wurden erstmalig im Rahmen vergleichender Analysen von „Spice“-Produkten angewendet und konnten einen gemeinsamen aktiven Bestandteil dieser verschiedenen Produkte identifizieren. Dieses Ergebnis betrachten Pütz und Kollegen (2015) als Beleg für die Notwendigkeit, zeitgemäße und komplexe Analyseverfahren zur Anwendung zu bringen, um den Marketingstrategien der Händler bei der Einführung verschiedener Endprodukte begegnen zu können. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den am Projekt beteiligten Institutionen haben eine ganze Reihe aktueller Beiträge zur Substanzanalytik und zu technischen Verfahren vorgelegt, die in internationalen Zeitschriften und bei Fachkonferenzen präsentiert und damit der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wurden.

### **3.2 Weitere Aspekte des Cannabisgebrauchs (T.4.2)**

Es liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Cannabisgebrauchs vor.

## **4 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

Es liegen zurzeit keine Anmerkungen und Anfragen vor.

## **5 Quellen und Methodik (T6)**

Die wichtigsten Surveys, Studien und Quellen sind in Abschnitt E 1.1 aufgeführt.





## **ABSCHNITT B. STIMULANZIEN**

### **1 Nationales Profil (T1)**

#### **1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)**

##### **1.1.1 Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzien (T1.1.1)**

Deutschlandweit werden ähnlich hohe Prävalenzen des Konsums für Amphetamine (12-Monats-Prävalenz 1,0 %) und Kokain (0,6 %) unter Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren berichtet (siehe Tabelle 7). Ecstasy wird insgesamt seltener konsumiert (0,6 %). Allerdings schwankt die Bedeutung einzelner Stimulanzien je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen erheblich. Die Bedeutung von Amphetamin und Methamphetamin scheint in den letzten Jahren zu steigen, insbesondere bei den Indikatoren der Strafverfolgungsbehörden (erstauffällige Konsumenten, einschlägige Delikte, Sicherstellungen) sind in den letzten Jahren zum Teil erhebliche Zuwachsraten im Zusammenhang mit Amphetamin zu beobachten (cave: Kontrolldelikte – es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Strafverfolgung ist). Im Beratungs-/Behandlungsbereich sind z. B. in ambulanten Beratungsstellen und Fachambulanzen in den letzten Jahren ebenfalls deutliche steigende Nachfragen nach Unterstützung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin/Methamphetamin zu verzeichnen. In den bundesweiten Erhebungen der Konsumprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung zeichnen sich diese deutlichen Anstiege nicht in vergleichbarer Weise ab – auch wenn der Vergleichswert der 12-Monats-Prävalenz im ESA 2012 für die erwachsene Bevölkerung bis 64 Jahre mit 0,7 % unter dem Ergebnis des aktuellen ESA liegt.

Ein grundsätzliches Problem besteht insbesondere bei Daten aus dem Gesundheitsbereich darin, dass auf Grund der Kodierungen nach ICD-10 häufig keine Differenzierung zwischen Amphetamin und Methamphetamin möglich ist. Während sich Belastungen im Zusammenhang mit Methamphetamin in einigen Regionen Deutschlands übereinstimmend im Beratungs-/Behandlungsbereich und bei Strafverfolgungsbehörden abzeichnen, spielt diese Substanz bislang in anderen Regionen keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Variablen wie Verfügbarkeit und regionale Präferenzen kommt auch beim Konsum von Stimulanzien eine offensichtlich wichtige Bedeutung zu.

##### **1.1.2 Konsum von Stimulanzien in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.2)**

Die ESA Befragung 2015 ergab, dass Kokain in Deutschland nach wie vor das Stimulans ist, das die höchsten Werte bei der Lebenszeitprävalenz (3,8 %) unter den Erwachsenen aufweist. Die Tatsache, dass Amphetamin mit einer 12-Monats-Prävalenz von 1,0 % Kokain (0,6 %) mittlerweile überholt hat, liegt maßgeblich an der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen, in der der Amphetaminkonsum mit Werten von 2,3–2,6 % relativ häufig vorkommt. Insgesamt unterstreichen diese Ergebnisse auch in Verbindung mit den Angaben zur 30-

Tage-Prävalenz den Eindruck einer wachsenden Bedeutung dieser Substanz (siehe Tabelle 7). Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum von Ecstasy liegt gleichauf mit den Angaben für Amphetamin (3,3 %), bei der 12-Monats-Prävalenz sind die Angaben vergleichbar mit denen für Kokain/Crack. Bei Kokain, Amphetamin und Ecstasy unterscheiden sich die Lebenszeitprävalenzen nach wie vor sehr deutlich von den 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen, was auf einen mehrheitlichen Probiertkonsum hinweist. Bei allen Stoffen sind die angegebenen Prävalenzwerte für Männer deutlich höher als für Frauen. Die höchsten Werte des Konsums in den letzten 12 Monaten geben (für alle Substanzen) die 21- bis 24-Jährigen an, noch in der Erhebung 2012 war die Altersgruppe mit den höchsten Werten für die 12-Monats-Prävalenzen die der 25- bis 29-Jährigen, bezogen auf Kokain sogar die der 30- bis 39-Jährigen.

Tabelle 7 Prävalenz des Konsums von Stimulanzien nach Geschlecht und Alter (ESA 2015)

Lebenszeitprävalenz	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Amph./Methamph.	3,4	4,3	2,5	3,1	5,4	6,9	6,4	2,6	0,9	0,8
Amphetamin	3,3	4,2	2,5	3,0	5,0	6,7	6,4	2,6	0,9	0,8
Methamphetamin	0,6	0,7	0,5	0,5	1,5	1,2	0,8	0,6	0,2	0,0
Ecstasy	3,3	3,7	2,9	3,4	3,8	4,7	8,4	2,4	0,7	0,3
Kokain/Crack	3,8	5,0	2,5	1,6	3,9	5,9	6,9	4,0	1,9	0,8
<b>12-Monats-Prävalenz</b>										
Amph./Methamph.	1,1	1,3	0,8	2,5	2,6	1,6	1,6	1,0	0,1	0,0
Amphetamin	1,0	1,3	0,8	2,3	2,6	1,6	1,6	1,0	0,1	0,0
Methamphetamin	0,2	0,2	0,2	0,5	0,7	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0
Ecstasy	0,6	0,7	0,6	2,5	1,8	0,9	0,5	0,7	0,1	0,0
Kokain/Crack	0,6	0,8	0,5	1,2	1,7	1,1	0,6	0,8	0,1	0,0
<b>30-Tage-Prävalenz</b>										
Amph./Methamph.	0,6	0,6	0,5	1,0	1,0	0,7	1,0	0,7	0,1	0,0
Amphetamin	0,5	0,6	0,5	1,0	1,0	0,8	1,1	0,5	0,1	0,0
Methamphetamin	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,2	0,2	1,0	0,8	0,3	0,1	0,3	0,0	0,0
Kokain/Crack	0,2	0,2	0,2	0,6	0,8	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0

Piontek et al. 2016a.

Ergebnisse der DAS-Befragung 2015 in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen finden sich in Tabelle 2. Bei dieser jüngeren Altersgruppe ist der Konsum von Amphetaminen am weitesten verbreitet (12-Monats-Prävalenz 0,3 % bei den 12- bis 17-Jährigen; 2,0 % bei den 18- bis 25-Jährigen). Damit liegt der Vergleichswert für die Jugendlichen etwas unter den Angaben von 2011 (0,4 %), wohingegen die 12-Monats-Prävalenz unter den 18- bis 25-

Jährigen von 1,6 % auf 2,0 % gestiegen ist. Gewachsen ist die Bedeutung von Ecstasy (2015: 0,5 % bzw. 2,2 %; 2011: 0,2 % bzw. 1,0 %) und auch bei Kokain gibt es Hinweise auf eine steigende Tendenz (2015: 0,3 % bzw. 1,2 %; 2011: 0,2 % bzw. 0,9 %) Der Konsum von Crack wird weiterhin praktisch nicht berichtet (0,0 % für beide Altersgruppen).

### 1.1.3 Konsum von Stimulanzien in der Schule und weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.3)

Bei der Frankfurter Schülerbefragung wurde ein Anstieg bei der Erfahrung mit Speed- und Ecstasy-Konsum sowohl in der Lebenszeit- als auch in der 12-Monats-Prävalenz beobachtet.

Ergebnisse der ESPAD-Studie, die in Bayern durchgeführt wurde (eines der Bundesländer, aus denen regional erhebliche Belastungen aufgrund des Konsums von Methamphetamin berichtet werden), weisen eine 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetamin in Höhe von 2,1 % aus, der Wert für Methamphetamin liegt in dieser Altersgruppe deutlich unterhalb von einem Prozent (Tabelle 8). Die höchsten Prävalenzen des Konsums aller Stimulanzien werden von Schülern der Mittelschule berichtet.

Tabelle 8 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Stimulanzien bei 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in Bayern (ESPAD 2015)

	Gesamt	Geschlecht		Schulform		
		Jungen	Mädchen	Mittelschule	Realschule	Gymnasium
Amphetamin	2,1	2,7	1,6	4,2	1,6	1,5
Methamphetamin	0,4	0,5	0,3	0,8	0,3	0,3
Ecstasy	1,9	2,7	1,1	3,2	1,6	1,5
Kokain	1,4	1,4	1,4	2,7	1,5	0,5
Crack	0,4	0,7	0,1	0,8	0,3	0,3

Kraus et al. 2016a.

Aus der SCHULBUS-Studie gibt es bisher keine belastbaren Daten zur tatsächlichen Konsumverbreitung von Methamphetamin (Crystal Meth) in der (jugendlichen) Allgemeinbevölkerung der deutsch-tschechischen Grenzregion von Bayern und Sachsen. Anders als vielfach befürchtet, ergibt die Auswertung der Befragung zur Konsumverbreitung von Methamphetamin unter den Jugendlichen in den Regionen, dass dieses Suchtmittel in der untersuchten Alterskohorte der 14- bis 17-Jährigen epidemiologisch (noch) keine große Rolle spielt. Lediglich in der bayrischen Grenzregion zur Tschechischen Republik geben geringfügig mehr als ein Prozent der Befragten an, schon einmal Crystal Meth probiert zu haben. Nimmt man diese wenigen konsumerfahrenen Jugendlichen unter altersgruppen- und genderspezifischen Aspekten näher in den Blick, so lassen sich hier keine systematischen Unterschiede bzw. Auffälligkeiten ausmachen. Jedoch könnten sich nach Eigenangaben immerhin mehr als ein Drittel (37 %) der Hamburger und jeweils gut zwei Fünftel (41 %) der bayrischen und sächsischen Schülerinnen und Schüler diese Droge innerhalb von 24 Stunden besorgen. Die Lebenszeitprävalenz des Methamphetaminkonsums wird von den

Lehrkräften in allen Regionen weitaus höher geschätzt, als es die gemessenen Ergebnisse der Befragung tatsächlich zeigen. Daran wird deutlich, dass die subjektive Wahrnehmung des relativ neuen Phänomens Crystal Meth auch bei den Lehrkräften offensichtlich nicht unberührt von der medialen Berichterstattung bleibt (Baumgärtner & Hiller 2016).

#### **1.1.4 Kommentar zum Konsum von Stimulanzen (T1.1.4)**

Aus verschiedenen Datenquellen werden seit einigen Jahren Zuwächse bezogen auf den Konsum von Stimulanzen berichtet, während sich dies in anderen Quellen nicht in vergleichbarem Maß abzeichnet. Insgesamt ist unstrittig, dass insbesondere der Konsum von Methamphetamin in einigen Regionen Deutschlands eine erhebliche Problembelastung (z. B. im Gesundheitssektor) zur Folge hat. Hierauf deuten beispielsweise die Daten aus Beratungseinrichtungen hin (siehe dazu das Workbook Behandlung). Die Bedeutung des Konsums von Stimulanzen variiert regional zum Teil ganz erheblich. Während belastbare regionale epidemiologische Daten nach wie vor weitgehend fehlen, spiegelt sich eine wachsende Relevanz dieser Substanzgruppe im Beratungs-/Behandlungssegment sowie in den Datenquellen, die auf Indikatoren der Strafverfolgungsbehörden beruhen (siehe B1.1.1 für eine umfassende Beschreibung der Konsumdaten).

#### **1.1.5 Wechselwirkungen des Konsums verschiedener Stimulanzen (T1.1.5)**

Zu diesem Themenbereich liegen aktuell keine Informationen vor.

### **1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)**

#### **1.2.1 Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)**

Informationen zu Applikationsformen finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinung und Schadensminderung.

#### **1.2.2 Infektionskrankheiten (T1.2.2)**

Informationen zu Infektionskrankheiten finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinung und Schadensminderung.

#### **1.2.3 Konsummuster (T1.2.3)**

Informationen zu riskanten Konsummustern finden sich in B1.2.5.

#### **1.2.4 Behandlung: Stimulanzen (T1.2.4)**

Unter den Stimulanzen gewinnt kristallines Methamphetamin (Crystal Meth) in den letzten Jahren in der Suchtprävention aufgrund seiner Verbreitung vor allem in grenznahen Regionen (zu Tschechien) an Bedeutung. So berichtet beispielweise das Bundesland Sachsen-Anhalt seit 2010 über eine erhebliche Zunahme bei Beratungsanfragen bzgl. Crystal Meth (SLS 2015). Eine ähnliche Tendenz wird in Bayern beobachtet: In einigen spezialisierten stationären Einrichtungen der Suchthilfe belegen Crystal-Meth-Patientinnen und -Patienten bis zu 90 % der Plätze. In den Justizvollzugsanstalten ist die Zahl der

Inhaftierten, die Crystal Meth konsumieren, deutlich angestiegen (Freie Wohlfahrtspflege Bayern 2015, persönliche Mitteilung).

Die Untersuchung von Konsummotiven bei Konsumentinnen und Konsumenten von (Meth-) Amphetaminen (145 Patienten stationär und ambulant, 247 Personen über das Internet mit Amphetamin- und/oder Methamphetaminkonsum) ergab, dass sowohl freizeit- als auch genussbezogene Motive bei allen Befragten eine große Rolle spielten. Bei den Methamphetaminkonsumierenden wird deutlich häufiger von weiteren Motiven berichtet, wie z. B. zur Tagesstrukturierung (39,0 %), zur Selbstbehandlung von Störungen (36,9 %) und um Sexualität überhaupt möglich zu machen (18,7 %) (Milin et al. 2016). Im Rahmen desselben Forschungsprojektes wurde 2016 durch Fördermittel des BMG ein Modellprojekt zur Online-basierten Suchtselbsthilfe für Menschen mit methamphetaminbezogenen Störungen initiiert.<sup>6</sup> Weitere Informationen finden sich auch in den Workbooks Behandlung und Prävention.

### 1.2.5 Riskanter Konsum von Stimulanzien (T1.2.5)

Anhand des verfeinerten Schätzverfahrens auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2014 (für eine Darstellung des Schätzverfahrens siehe Abschnitt E1.2) wurden Schätzungen ausschließlich für die Zielgruppe der Klienten mit Kokain- und Stimulanzienproblemen (F14 und F15 nach ICD-10) berechnet.<sup>7</sup> Diese ergeben eine Schätzung von 82.000-97.000 (2013: 71.000-84.000). Die Schätzungen liegen bei 1,5-1,8 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15- bis 64-Jährigen<sup>8</sup>. Zwischen 2005 und 2014 stieg dieser Wert insgesamt deutlich an, Ausnahmen stellten die Jahre 2007 und 2009, da in denen ein geringfügiger Rückgang im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr verzeichnet wurde. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für diese Zielgruppe wegen der im Abschnitt E1.2 genannten Probleme nicht vorgenommen.

Für den Raum Berlin liegt eine Schätzung (basierend auf der so genannten Capture-Recapture-Methode) aus fünf verschiedenen Datenquellen<sup>9</sup> aus den Jahren 2010 und 2011 zu substanzbezogenen Störungen bei den 15- bis 64-jährigen vor. Differenziert wurde hierbei in opioid-, kokain- und stimulanzenbezogene Störungen. In Berlin ergab die Schätzung 5.300-9.500 Personen mit einer kokainbezogenen Störung bzw. eine Rate von 2-4 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner. Das Vorkommen stimulanzenbezogener Störungen wurde auf 6.500-9.400 bzw. 3-4 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner geschätzt (Kraus et al. 2015).

---

<sup>6</sup> <https://breaking-meth.de/> (Letzter Zugriff: 17.10.2016).

<sup>7</sup> In den Vorjahren (bis 2012) wurden Klienten mit opioid-, kokain- und amphetaminbezogener Störungen berücksichtigt.

<sup>8</sup> Zu beachten ist, dass keine Möglichkeit besteht, den intravenösen oder hochfrequenten Konsum in den vorliegenden Datenquellen zu verifizieren. Damit würde eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Daraus folgt möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

<sup>9</sup> (1) Krankenhausstatistik, (2) Kriminalitätsstatistik, (3) Suchthilfe ambulant, (4) Suchthilfe stationär und (5) Drogentodesstatistik.

## **Schätzungen in der Allgemeinbevölkerung**

Die letzte ESA-Befragung 2015 ergab Hinweise auf einen klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen und/oder Methamphetamin für 0,2 % [0,1; 0,5] der Befragten (ca. 102.000 Personen; Männer: 0,2 % [0,1; 0,6]; Frauen: 0,3 % [0,1; 0,6]). Die Schätzwerte für den klinisch relevanten Konsum von Kokain liegen in vergleichbarer Größenordnung (ca. 102.000 Personen; Gesamt: 0,2 % [0,1; 0,4]; Männer: 0,2 % [0,1; 0,6]; Frauen: 0,1 % [0,1; 0,05]) (siehe dazu auch Standardtabelle 07/8).

## **Gebrauchsformen außerhalb der HRDU-Definition der EMCDDA**

Die Szenestudie Frankfurt aus dem Jahr 2015 zeigt für verschiedene Substanzen den Prozentsatz derjenigen Befragten in der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main, die in den letzten 30 Tagen „intensiv“, d. h. täglich oder nahezu täglich, konsumiert haben. Der höchste Anteil an Intensivkonsumenten ist in der Szenestudie Frankfurt mit aktuell 75 % erstmalig bei Crack und nicht wie bei den vorherigen Untersuchungen bei Heroin festzustellen, was die derzeitige Dominanz von Crack in der Straßenszene verdeutlicht. Für Kokain ist hingegen eine gegenläufige Entwicklung im intensiven Konsum festzustellen; zwischen 1995 und 2002 sind die Zahlen für intensiven Konsum massiv gesunken, gefolgt von einem leichten Anstieg hin zum Jahr 2003. Seit 2003 ist der intensive Konsum von Kokain mit Schwankungen etwa stabil geblieben (Werse & Egger 2015). Für weitere Informationen zur Studie siehe Workbook Drogen 2015.

### **1.2.6 Synthetische Cathinone (T1.2.6)**

Den Ergebnissen einer Online-Befragung zum Konsum von „Legal Highs“ zufolge (siehe dazu Workbook Drogen 2015, Abschnitt D1.1.1) hat sich der Konsum von NPS-Produkten ohne genaue Deklaration hin zu „Research Chemicals“ mit Bezeichnung der Wirksubstanz verlagert (Werse & Morgenstern 2015).

## **2 Neue Entwicklungen (T3)**

### **2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Stimulanzien (T3.1)**

Aktuelle Daten zum Stimulanzienkonsum sowie die Entwicklung der letzten Jahre werden unter B1.1.1 erläutert.

## **3 Zusatzinformationen (T4)**

### **3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Das FreD-Programm (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument/innen) der Koordinationsstelle Sucht des LWL erfährt im aktuellen vom BMG geförderten Projekt „FreD-ATS“ eine Erweiterung des Ansatzes auf Stimulanzien vom (Meth)-Amphetamintyp. Das Projekt begann im Mai 2015 und hat eine Laufzeit von 20 Monaten. Aufgrund der besonderen Betroffenheit der Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen wird das Projekt vor allem in diesen Regionen (neben Nordrhein-Westfalen) durchgeführt. Das Projekt

hat das Ziel, eine ATS Ergänzung zum FreD-Manual zu entwickeln, anschließend in der Praxis zu erproben und zu evaluieren. Auf Grund der mehrfach positiv evaluierten Herangehensweise von FreD wurde die Ursprungsintervention im Kern nicht verändert, aber um spezifische Elemente angepasst und ergänzt. Zurzeit befindet sich das Projekt in der Anwendungs- und Aufbauphase. Neue Standorte werden gegründet, erste FreD-ATS-Kurse werden durchgeführt und evaluiert. Neben den neugegründeten Standorten werden auch bestehende und bereits zertifizierte FreD-Standorte gebeten sich bei der Erprobung der Manualergänzung zu beteiligen ([www.lwl-fred.de](http://www.lwl-fred.de)).

Klein (2015) hat auf der Basis der in den letzten Jahren zu verzeichnenden steigenden Fallzahlen von Methamphetaminabhängigen und der gleichzeitig immer noch defizitären Datenlage speziell zu den mitbetroffenen Kindern eine Analyse der Falldokumentationen in vier Schwerpunktberatungsstellen in Sachsen durchgeführt. Ziel war zum einen die systematische Erfassung der Erfahrungen der Beratungsstellen im Umgang mit der neuen Klientel, ebenso wie eine ausführliche Analyse der familiären Situation der abhängigen Personen, mit spezifischem Fokus auf der Lebensumwelt der mitbetroffenen Kinder und den relevanten Aspekten des Kinderschutzes. Anhand eines eigens für das Projekt entwickelten Analysebogens fand in vier sächsischen Suchtberatungsstellen (Zwickau, Chemnitz, Leipzig, Vogtland) eine systematische Analyse der Fallakten aus den Jahren 2013 und 2014 statt. In der quantifizierenden Analyse wurde, neben der Erfassung von Beratungsverläufen und substanz- und konsumbezogenen Daten, ein spezifischer Akzent auf die familiäre Situation der Metamphetaminabhängigen gelegt. Der Hauptakzent der Studie lag auf der Betrachtung der Elternschaft und der Lebenssituation der leiblichen Kinder und den daraus resultierenden Handlungsbedarfen. Basierend auf Aktenanalysen von insgesamt knapp 300 Fällen zeigt sich insbesondere die Instabilität der familiären Situation der Methamphetaminabhängigen. Mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder waren bzw. sind fremduntergebracht. Die Ergebnisse unterstreichen nach Einschätzung der Autoren die zentrale Rolle des präventiven Kinderschutzes und der Jugendhilfe für die betroffenen Familien.

Bereits im Workbook Drogen des Jahres 2015 wurden Ergebnisse aus Abwasseranalysen berichtet, die im Rahmen einer europäischen Studie in den Jahren 2012 und 2013 durchgeführt wurden und die die großen regionalen Unterschiede zwischen europäischen Großstädten bestätigten (Ort et al. 2014). Weitere umfangreiche Informationen zu diesem Themenkomplex und Daten aus den Abwasseruntersuchungen sind auf der Homepage der EBDD<sup>10</sup> zu finden.

### **3.2 Weitere Aspekte des Stimulanziengebrauchs (T.4.2)**

Es liegen zurzeit keine weiteren Informationen zum Stimulanziengebrauch vor.

---

<sup>10</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Letzter Zugriff: 25.08.2016).

#### **4 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

Es liegen zurzeit keine Anmerkungen und Anfragen vor.

#### **5 Quellen und Methodik (T6)**

Die wichtigsten Surveys, Studien und Quellen sind in Abschnitt E 1.1 aufgeführt.



## **ABSCHNITT C. HEROIN UND ANDERE OPIOIDE**

### **1 Nationales Profil (T1)**

#### **1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)**

##### **1.1.1 Die relative Bedeutung verschiedener Opioiden (T1.1.1)**

Im Kontext illegaler Drogen ist der Konsum von Opioiden in Deutschland zum weit überwiegenden Teil identisch mit dem Konsum von Heroin oder ggf. Substanzen, die im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Verwendung finden (Polamidon, Methadon, Buprenorphin). Eine regionale Besonderheit scheint in der Verwendung des synthetischen Opioids „Fentanyl“ zu liegen, das offensichtlich überwiegend (bzw. nahezu ausschließlich) von drogenabhängigen Personen im süddeutschen, v. a. bayerischen, Raum konsumiert wird. Hier werden auch nennenswerte Zahlen von drogeninduzierten Todesfällen im Zusammenhang mit Fentanyl berichtet.

Das Beratungs- und Behandlungssystem Deutschlands – im Kontext illegaler Drogen – bietet ein umfangreiches Angebot an Beratung, Behandlung, schadensminimierenden Angeboten (Spritzentausch, Konsumräume in einigen Bundesländern) und sozialen Angeboten (sanitäre und Übernachtungsangebote). Insgesamt weisen die verfügbaren Indikatoren auf eine alternde Population Opioid konsumierender Personen hin. Erstmalige Nachfragen nach Beratung/Behandlung, die Zahl erstauffälliger Konsumenten und die Zahl von Verstößen gegen das BtMG aufgrund des Konsums von Heroin und anderen Opioiden sind seit Jahren rückläufig. Im Gegensatz dazu gibt es immer wieder Berichte über lokal nachwachsende Szenen und auch 2015 erneut keinen weiteren Rückgang bei der Zahl der drogeninduzierten Todesfälle (siehe dazu das Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminimierung). Ein erhebliches Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden liegt in der Verbreitung übertragbarer Erkrankungen unter den Betroffenen (auch zu diesem Aspekt siehe das Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung). Zum Missbrauch opioidhaltiger Arzneimittel liegen nur wenige Informationen vor.

##### **1.1.2 Schätzungen zum Opioidkonsum (T1.1.2)**

###### **Ergebnisse der Prävalenzschätzungen**

Berechnungen auf der Basis dreier Multiplikatoren (Drogentodesfälle, Anzahl der ambulanten Einrichtungen laut DSHS zzgl. Schätzung der verdeckten Teilnehmer (Behandlung), Polizeikontakte) führen zu einer Schätzung der Zahl riskanter Konsumenten von Heroin zwischen 56.000 und 174.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2014 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1 bis 3,3 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (siehe Tabelle 9). Detaillierte

Ausführungen zu dem Schätzverfahren auf der Basis der Multiplikatoren sind in Abschnitt E1.2 zu finden.

Tabelle 9 Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2007 bis 2015 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr									Prävalenz pro 1.000
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Behandlung <sup>1)</sup>	110- 130	164- 195	163- 194	167- 198	171- 203	153- 182	143- 169	147- 174	2) 2)	2,7-3,3
Polizeikontakte	108- 149	99- 137	89- 127	81- 117	79- 106	74- 95	68- 90	61- 84	56- 77	1-1,4
Drogentodesfälle	99- 113	117- 178	91- 119	82- 137	63- 91	62- 65	57- 59	56- 75	64- 108	1,2-2

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

2) S. Abschnitt E 1.2 „EBDD-Schätzverfahren“ zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2015.

DBDD 2016, spezielle Berechnung.

Die Schätzung anhand des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist zwischen 2007 und 2011 angestiegen und geht 2012 und 2013 zurück. Der leichte Anstieg von 2013 auf 2014 ist hauptsächlich auf den Anstieg der in Krankenhäusern stationär behandelten Klienten mit einer primären Opioid-Problematik zurückzuführen – ohne, dass sich eine systematische Erklärung für diesen Anstieg anbietet.

Die Zahl der polizeilich erst auffälligen Konsumenten von Heroin war bis 2014 durchgehend rückläufig. 2015 ist erstmalig wieder ein Anstieg zu beobachten (2000: 7.914; 2014: 1.648; 2015: 1.888). Auch der Anteil Drogentoter derer, die zuvor als erst auffällige Konsumenten registriert wurden, war 2014 erstmals seit 2003 deutlich gestiegen (von 33 auf 43) – ist 2015 aber (trotz insgesamt steigender Zahlen drogeninduzierter Todesfälle) wieder gefallen (n = 35). Gleichwohl sind die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“, die sich aus den Daten der letzten 8–10 Jahre errechnen, weiterhin rückläufig.

Die Schätzungen des Multiplikators „Drogentodesfälle“ basieren auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten und auf der Zahl der Drogentodesfälle. Erstere ist in den letzten zwei Jahren – bei einer gleichzeitigen Vergrößerung des Schätzintervalls – leicht angestiegen (2012: 1,4-1,5 %; 2014: 1,4-1,8 %; 2015: 1,1-1,9 %). Bei der Zahl der Drogentodesfälle hat sich die steigende Tendenz seit 2012 weiter fortgesetzt (2010: 1.237; 2015: 1.226). Die Schätzwerte für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ stiegen im letzten Jahr erstmals wieder an und folgen damit der Entwicklung der Zahl der Drogentodesfälle.

Bereits 2015 wurde eine Schätzung für substanzbezogene Störungen in Berlin berichtet, derzufolge die Zahl für Personen mit opioidbezogenen Störungen bei 11.300-16.700 Personen bzw. bei einer Quote von 5-7 von 1.000 Personen und damit im europäischen Vergleich im mittleren bis unteren Bereich liegt (Kraus et al. 2015).

### **1.1.3 Kommentar zum Opioidkonsum (T1.1.3)**

Insgesamt hat die Bedeutung des Konsums von Heroin und anderen Opioiden laut verschiedener Datenquellen, die Informationen zum Drogenkonsum in Deutschland liefern, in den letzten Jahren abgenommen. Insbesondere für jüngere Menschen scheint der Konsum von Opioiden nicht mehr attraktiv zu sein (im Gegensatz z. B. zum Konsum von Stimulanzien), so dass die in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Erscheinung tretende Klientel eine alternde Kohorte repräsentiert. Dazu passen auch Indikatoren wie das seit Jahren steigende Durchschnittsalter unter den Opfern drogeninduzierter Todesfälle (vgl. dazu das Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung) und auch die aus den Strafverfolgungsstatistiken vorliegenden Daten weisen auf eine nachlassende Bedeutung des Konsums und Handels mit Heroin hin. Die Gesamtzahl der Betroffenen scheint sich aber insgesamt in den letzten Jahren nicht dramatisch verändert zu haben, da aufgrund der guten Versorgungslage für die Betroffenen das Überleben über größere Zeiträume als früher gewährleistet werden kann. Anlass zur Sorge bereitet die stagnierende bzw. sinkende Zahl von Ärzten, die eine ambulante substitions-gestützte Behandlung anbieten, hier bestehen in einigen ländlichen Regionen Deutschlands bereits Versorgungsprobleme. Auch die stagnierenden bzw. steigenden Zahlen drogeninduzierter Todesfälle müssen beobachtet werden. Diese können sicherlich zum Teil mit dem wachsenden Alter der Kohorte und deren spezifischen Versorgungsbedarfen erklärt werden, die möglicherweise nicht überall ausreichend bedient werden können – auch wenn mittlerweile eine erste Modelleinrichtung für „alte“ Heroinabhängige in Unna existiert.

## **1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)**

### **1.2.1 Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)**

In der Szenestudie 2014 des Frankfurter MoSyD finden sich Informationen zu Konsummustern in der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main (Werse & Egger 2015). Hervorzuheben ist der klare Rückgang beim ausschließlich intravenösen Konsum von Heroin von 74 % in 2012 auf 58 % in 2014. Auch der i.v.-Konsum zu Hause ist zurückgegangen; der Anteil derjenigen, die vor allem auf der Straße (im Bahnhofsviertel) injizieren, hat sich im Vergleich zu den letzten Jahren verdreifacht und liegt bei 18 %. Informationen zu in Drogenkonsumräumen vorherrschenden Applikationsformen werden im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung im Abschnitt 1.5.3 „Maßnahmen zur Schadensminderung“ berichtet.

Den Daten aus den ambulanten Beratungs-/Behandlungseinrichtungen entsprechend gibt fast die Hälfte (44,5 %) der Personen, die wegen primärer Probleme aufgrund des Konsums von Opiaten 2015 eine Betreuung begonnen hat, an, „nie“ intravenös konsumiert zu haben. Etwas mehr als ein Drittel (35,9 %) berichtet, „jemals intravenös“ konsumiert zu haben „aber nicht in den letzten 30 Tagen“ und etwa jeder fünfte dieser Klientinnen oder Klienten gibt auch aktuellen (innerhalb der letzten 30 Tage) intravenösen Konsum an. Basierend auf den Angaben von allen Personen, die 2015 eine neue Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen und Fachambulanzen begonnen haben, von denen entsprechende

Angaben vorliegen und die Heroin (z. B. auch als zusätzliche Substanz bei einer anderen primären Problematik) konsumiert haben, wird Heroin in über der Hälfte der Fälle intravenös konsumiert (54,3 %), in etwas weniger als einem Drittel der Fälle geraucht oder inhaliert (31,7 %) und etwa jede zehnte Person berichtet, Heroin zu schnupfen (12,2 %) (siehe für die Gesamtangaben aus dem Beratungs-/Behandlungssektor auch TDI Tabellen 19.1.x und 22.1.x; darüber hinaus auch Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminimierung, Abschnitt 1.3.4).

### **1.2.2 Infektionskrankheiten (T1.2.2)**

Informationen zu Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.

### **1.2.3 Konsummuster (T1.2.3)**

In der bereits im Workbook 2015 berichteten Szenestudie des Frankfurter MoSyD zeigt sich, dass Heroin (zusammen mit Crack) nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte Droge in der Straßen-Drogenszene ist – obwohl der Heroinkonsum in der Frankfurter Szene aktuell leicht zurückgegangen ist. Durchschnittlich hatten die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,4 und in den letzten 24 Stunden 2,7 verschiedene Drogen zu sich genommen. Nicht nur die Anzahl der konsumierten Drogen, sondern auch die Konsumintensität hat sich Ergebnissen des MoSyD zufolge tendenziell erhöht (Werse & Egger 2015).

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) liegen Daten zu weiteren suchtbezogenen Diagnosen unter Klientinnen und Klienten vor, die 2015 eine Betreuung wegen einer primären Problematik aufgrund des Konsums von Opiaten begonnen haben. Demnach wird in ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und Fachambulanzen bei etwa jeder fünften Person (20,5 %) mit einer primären Opiatdiagnose auch eine klinisch relevante alkohol- oder kokainbezogene (17,6 %) Störung diagnostiziert, bei etwa einem Drittel (31,6 %) eine Störung aufgrund des Konsums von Cannabis und bei fast jeder zehnten wegen Benzodiazepinen (9,1 %). Auch wenn diese Angaben sich auf Personen beziehen, die bereits mit ambulanten Facheinrichtungen in Kontakt stehen, geben diese Daten Hinweise über den Konsum von Opiaten hinausgehende Konsumgewohnheiten der Klientel. In einem aktuellen Beitrag weist Soyka (2015) erneut darauf hin, dass etwa ein Drittel der substituierten Opiatabhängigen auch alkoholabhängig ist. Dies hat gravierende Folgen, da der Alkoholkonsum die Compliance sowie die Prognose verschlechtert. Aus Sicht des Autors sind insbesondere die adäquate Dosierung des Substitutionsmittels und psychosoziale Interventionen wichtig in der Versorgungspraxis, während Anti-craving-Medikamente kontraindiziert bzw. nicht evidenzbasiert sind

### **1.2.4 Behandlung: Heroin und andere Opiode (T1.2.4)**

Die substitutionsgestützte Behandlung ist – nach der Entgiftung – die am häufigsten angewandte Intervention bei Heroin- bzw. Opioidabhängigkeit. Darüber hinaus existieren insbesondere im stationären Kontext unmittelbar abstinentorientierte Rehabilitations-

angebote. Informationen zur Behandlung von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten finden sich im Workbook Behandlung.

Deimel und Stöver (2015a) weisen in einem aktuellen Beitrag darauf hin, dass die psychosoziale Behandlung unverändert ein festgeschriebener und integraler Bestandteil der Substitution Opiatabhängiger ist. Pin (2015) betont in diesem Zusammenhang, dass dies auch z. B. während einer stationären Entzugsbehandlung der Fall ist.

Deimel (2015) hat dazu kürzlich die Ergebnisse einer quasiexperimentellen Untersuchung vorgelegt, in deren Rahmen 100 substituierte Opiatabhängige hinsichtlich ihrer psychischen und psychosozialen Situation sowie ihres chronischen Stress- und Inkonsistenzniveaus, ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie ihrer Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung befragt wurden. Darüber hinaus wurden suchtanamnestiche und biografische Daten der Klienten erhoben. Die klinische Stichprobe differenzierte sich anhand der beiden Behandlungssettings „integrierte psychosoziale und medizinische Versorgung“ sowie „getrennte psychosoziale und medizinische Behandlung“. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Klientinnen und Klienten in hochkomplexen psychischen, sozialen und körperlichen Belastungssituationen befanden. Die psychosoziale Behandlung wurde aus Sicht der betreuten Personen überwiegend als gut bis sehr gut bewertet. Dennoch betont der Autor, dass eine konzeptionelle Weiterentwicklung und Flexibilisierung der bestehenden Behandlungsangebote auf der Grundlage der Lebenssituation und Bedarfe spezifischer Klientengruppen (ältere Klienten, Frauen, etc.) dringend angezeigt ist. Deimel und Stöver (2015a) weisen ergänzend dazu darauf hin, dass sich in der Praxis mehrere Konfliktlinien in der Trias Sozial- und Gesundheitspolitik, Suchtforschung und Suchtkrankenhilfe identifizieren lassen, die die psychosoziale Versorgung und Behandlung der Patienten erschweren. Die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen würde nach Einschätzung der Autoren zu einer Optimierung der Behandlungspraxis führen. Sie betonen, dass bis heute keine verbindlichen Standards für dieses Behandlungssegment existieren und psychosoziale Betreuungen nicht gut evaluiert sind (Deimel & Stöver 2015b).

Um die grundsätzliche Frage zu beantworten, was die Ziele einer psychosozialen Betreuung sind und welchen Nutzen sie für die Betroffenen und das Versorgungssystem haben, haben die Autoren zur theoretischen Verortung der psychosozialen Betreuung eine Analyse mehrerer internationaler Cochrane Reviews sowie mehrerer nationaler Studien vorgenommen. Es zeigt sich, dass die analysierten psychosozialen internationalen Interventionen keine Verbreitung in Deutschland haben und die verwendeten Outcome-Kriterien in diesen Studien sich überwiegend auf somatische, psychische und versorgungsspezifische Faktoren beziehen. Aus diesem Ergebnis leiten die Autoren den Bedarf für eine umfassende Diskussion über die Zielsetzung psychosozialer Maßnahmen sowie die Entwicklung entsprechender Outcome-Kriterien ab (Deimel & Stöver 2015a).

## **2 Neue Entwicklungen (T3)**

### **2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Heroin und anderen Opioiden (T3.1)**

Über die bereits oben beschriebene Lage hinaus sind keine nennenswerten aktuellen Entwicklungen bekannt.

## **3 Zusatzinformationen (T4)**

### **3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Wichtige Quellen werden oben erläutert. Weitere Quellen zu Themen wie Injektionsverhalten, Infektionskrankheiten und Schadensminderung bei Opioidkonsumierenden finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.

### **3.2 Weitere Aspekte des Gebrauchs von Heroin und Opioiden (T.4.2)**

Zurzeit liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Gebrauchs von Heroin und Opioiden vor.

## **4 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

Zurzeit liegen keine Anmerkungen und Anfragen vor.

## **5 Quellen und Methodik (T6)**

Die wichtigsten Surveys, Studien und Quellen sind in Abschnitt E1.1 aufgeführt.

## **ABSCHNITT D. NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN (NPS) UND WEITERE DROGEN**

### **1 Nationales Profil (T1)**

#### **1.1 NPS, andere neue oder neuartige Drogen und Drogen mit geringer Verbreitung (T1.1)**

##### **1.1.1 Konsum von NPS: Prävalenz und Trends (T1.1.1)**

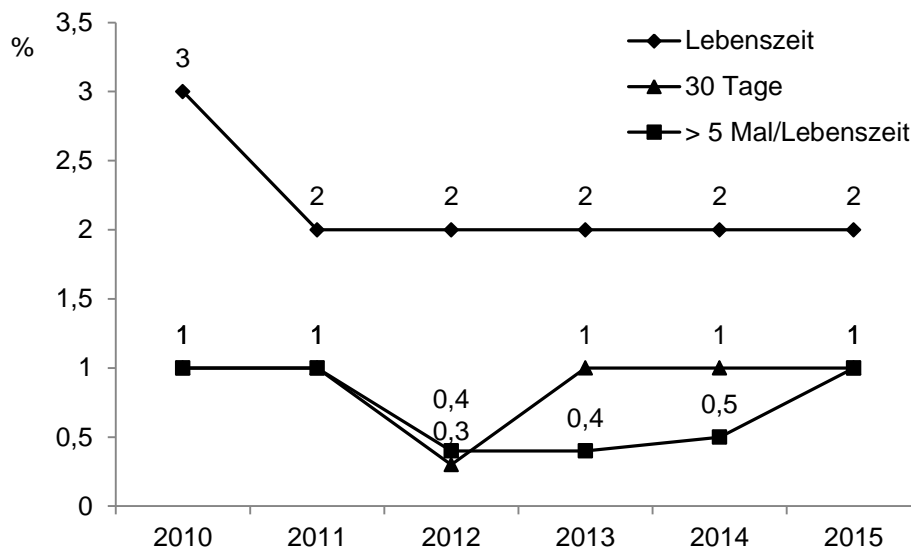
Ein aktuelles Phänomen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen stellen die so genannten „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS) dar, zu denen auch die „Research Chemicals“ (RC) und „Legal Highs“ gehören (zu den aktuellen Entwicklungen zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit NPS siehe die Workbooks Drogenpolitik und Rechtliche Rahmenbedingungen). Mit „Research Chemicals“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z. B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabinomimetische Substanzen) – häufig in Reinsubstanz – bezeichnet, die (noch) nicht gesetzlich unterstellt sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere, dem BtMG bereits unterstellte Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Solche Substanzen werden einerseits (zumindest vorgeblich) als Reinsubstanz unter ihren tatsächlichen chemischen Namen über Online-Shops vertrieben. Andererseits sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe), verschleiern als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o. Ä. aufgemacht, über Onlinehändler und zum Teil auch noch über immobile Headshops erhältlich.

Die Datenlage zur Verbreitung des Konsums sogenannter „Legal Highs“ und verwandter Produkte ist weiterhin unbefriedigend. Insgesamt deuten die (wenigen) verfügbaren Daten darauf hin, dass der Konsum in der Allgemeinbevölkerung unverändert relativ niedrig zu sein scheint. Dennoch scheinen sie sich als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen zu etablieren. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten in diesem Segment ist mit nicht unerheblichen methodischen Schwierigkeiten verbunden.

2015 kamen Werse und Kollegen basierend auf der aktuellen Befragung des Experten-Panel des Frankfurter MoSyd zu dem Ergebnis, dass NPS weiterhin eine untergeordnete Rolle im Konsumgeschehen spielten, wohl u. a. auch deswegen, weil der Konsum aufgrund der unklaren gesundheitlichen Folgen stark risikobehaftet ist (Werse et al. 2015).

Seit 2008 werden Schülerinnen und Schüler in der Frankfurter Schülerbefragung nach dem Konsum sogenannter Räuchermischungen, seit 2010 auch nach dem Konsum anderer

„Legal Highs“<sup>11</sup> befragt. Die Ergebnisse zu den Räuschemischungen wurden bereits im Abschnitt A1.2.4 berichtet. Den Konsum anderer sogenannter „Legal Highs“ außer Räuschemischungen berichten stabil seit 2011 nur 2 % der Frankfurter Schülerinnen und Schüler. Auch die 30-Tage-Prävalenz ist stabil, mit großer Vorsicht aufgrund der niedrigen Werte ist – wenn überhaupt – ein minimaler Anstieg nur bei der Zahl derjenigen Schülerinnen und Schüler festzustellen, die über einen mehr als fünfmaligen Konsum berichten (Werse et al. 2016).



„Legal Highs“/„Research Chemicals“.

Werse et al. 2016.

Abbildung 10 Prävalenz des Konsums von „Legal Highs“ unter Frankfurter Schüler/innen, 2010-2015 (MoSyD)

Das Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität hat 2013/2014 im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ bereits zum zweiten Mal eine Online-Befragung unter Konsumenten von NPS durchgeführt, deren Ergebnisse im Workbook Drogen des Jahres 2015 berichtet wurden. Demnach wurde schon 2014 ein im Vergleich zu 2011 gesunkener Konsum von NPS berichtet. Angesichts der geringeren Werte für aktuellen Konsum vermuteten die Autoren, dass das NPS-Phänomen seinen Höhepunkt zum Zeitpunkt der Erhebung bereits überschritten hatte. Der Konsum konzentriert sich stärker auf eine kleine, vermutlich zumeist gut informierte Gruppe sowie auf Regionen mit aus Sicht der Autoren eher repressiven drogenpolitischen Ansätzen (Werse & Morgenstern 2015).

Im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes PharMon-NPS werden seit 2015 von verschiedenen Projektpartnern (Justizvollzugsanstalten, Partyprojekte, Giftinformationszentren, Beratungsstellen) Daten zum Auftauchen neuer psychoaktiver Substanzen in

<sup>11</sup> Die Werte für „andere Legal Highs oder RCs“ sind nach wie vor eher als Maximalwerte zu betrachten, da nicht wenige Schülerinnen und Schüler diese Frage bejahen, obwohl sie eigentlich andere Substanzen konsumiert haben als die hier Gemeinten.



Deutschland erhoben. Basierend auf Daten, die von Partyprojekten erhoben wurden, konnten bisher Daten von 342 Partygängern auf neun Veranstaltungen ausgewertet werden. Die Teilnehmer waren zu 55 % männlich und im Durchschnitt 23 Jahre alt. Auf die Frage, welche neuen psychoaktiven Substanzen bei der letzten Gelegenheit eingenommen wurden, haben 37 Personen mindestens eine solche Substanz genannt. Am häufigsten wurden Räuchermischungen (synthetische Cannabinoide) und 2C-Verbindungen (Phenethylamine) genannt. Über alle NPS hinweg war Neugierde der mit Abstand am häufigsten genannte Einnahmegrund (27 Nennungen). Weitere Gründe waren die fehlende Nachweisbarkeit (9 Nennungen), Legalität und Rausch (je 6 Nennungen), der Preis (5 Nennungen) und die Verfügbarkeit (4 Nennungen). Aus Justizvollzugsanstalten (JVA) liegen dem Projekt bisher Daten von 51 Personen vor. Es handelt sich fast ausschließlich um Männer (96 %) mit einem durchschnittlichen Alter von 28 Jahren. Insgesamt 25 Personen nannten NPS, die sie konsumiert hatten. Mit großem Abstand am häufigsten wurden Spice und andere Räuchermischungen genannt. Die vorherrschenden Einnahmegründe waren Neugierde (13 Nennungen) und Rausch (10 Nennungen). Darüber hinaus wurden die Verfügbarkeit (7 Nennungen), der Preis (6 Nennungen), Legalität und fehlende Nachweisbarkeit (je 5 Nennungen) genannt. Jeweils 2 Nennungen entfielen auf Gruppendruck und versehentliche Einnahme. Aus der Giftinformationszentrale (GIZ) liegen derzeit Daten von 21 Personen vor. Diese waren zum Großteil männlich (86 %) und im Durchschnitt 28 Jahre alt. Die in diesem Setting genannten Substanzen lassen sich in die beiden Gruppen synthetische Cannabinoide und Designer-Benzodiazepine einteilen. Aus den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen liegen dem Projekt bisher 64 Nennungen eines missbräuchlichen Medikamentenkonsums vor. Diese Nennungen stammen von 28 Klienten, die im Durchschnitt 44 Jahre alt waren; 66 % waren Männer. Die Mehrheit der Nennungen entfiel auf Klienten mit einer alkoholbezogenen Störungen (23 Nennungen), gefolgt von Klienten mit einer Problematik in Bezug auf Stimulanzien (18 Nennungen). Die Medikamentengruppen mit den häufigsten Nennungen waren Sedativa/Hypnotika, Analgetika und Antidepressiva. Dabei wurden die Wirkstoffe Diazepam (7 Nennungen) und Tilidin (6 Nennungen) am häufigsten genannt. In einem ausführlichen Newsletter, der z. B. auch einen eigenen Beitrag zu „Designer Benzodiazepinen“ enthält, hat das Projekt im Frühsommer 2016 sein Netzwerk zusammenfassend über die erhobenen Daten informiert (Piontek et al. 2016b).

### **1.1.2 Gesundheitliche Begleiterscheinungen beim Konsum von NPS (T1.1.2)**

Die häufigsten Nebenwirkungen von NPS wurden im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ erhoben (siehe dazu Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung des Jahres 2015, Abschnitt 1.4).

### **1.1.3 Konsum anderer Drogen: Prävalenz, Trends und gesundheitliche Begleiterscheinungen (T1.1.3)**

Das Trendscout-Panel des MoSyD (Werse et al. 2015) liefert auch Information zu einigen Drogen, die kürzlich in Frankfurt aufgefallen sind. Die Ergebnisse der letzten Trendscout-Erhebung wurden im Workbook Drogen aus dem Jahr 2015 berichtet.

### **1.1.4 Missbrauch von Medikamenten**

Im Rahmen des ESA 2015 (Gomes de Matos et al. 2016) wurden die Gebrauchsprävalenzen von Schmerzmitteln, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva und Neuroleptika sowie die Prävalenz des täglichen Gebrauchs unter Konsumentinnen und Konsumenten in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Erhebung erfasst. Ob in den letzten 12 Monaten ein problematischer Gebrauch vorlag, wurde anhand des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) erhoben. Skalenwerte von 4 oder mehr Punkten weisen auf einen problematischen Gebrauch hin (Watzl et al. 1991). Von den erfragten Medikamenten wurden in den 30 Tagen vor der Befragung am häufigsten Schmerzmittel eingenommen (47,1 %, alle Analgetika – nicht nur Opioide), gefolgt von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln (5,2 %) und Antidepressiva (4,9 %). Frauen berichteten den Gebrauch dieser Arzneimittel häufiger als Männer. Unter Konsumentinnen und Konsumenten der jeweiligen Medikamentengruppe wurden Schmerzmittel mit 8,6 % am seltensten täglich eingenommen. Der tägliche Gebrauch war unter Konsumentinnen und Konsumenten von Neuroleptika (91,3 %) und Antidepressiva (87,5 %) am weitesten verbreitet. Einen problematischen Gebrauch von Medikamenten wiesen mehr weibliche (6,0 %) als männliche (4,5 %) Befragte auf. Die Hochrechnung für die Gesamtzahl der erwachsenen Personen mit klinisch relevanten Gebrauchsmustern in Deutschland beträgt beruhend auf diesen Daten 2,65 Millionen.

Die Schätzungen des Deutschen Epidemiologischen Gesundheitssurveys ergaben hingegen lediglich eine 12-Monats-Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit (Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel) von 0,5 % (Jacobi et al. 2014), dies entspricht 0,3 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Aufgrund deutlicher Unterschiede in der methodischen Herangehensweise, den Einschlusskriterien und erfassten Medikamenten lassen sich die Ergebnisse der beiden Studien aber nicht miteinander vergleichen.

## **2 Neue Entwicklungen (T3)**

### **2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von NPS und anderen Drogen (T3.1)**

Über die oben berichteten Daten hinaus liegen keine weiteren Informationen vor.

## **3 Zusatzinformationen (T4)**

### **3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Im Rahmen des EU-Projekts Spice II Plus wurde vom gemeinnützigen Verein Basis e.V., Frankfurt, das Onlineportal [www.legal-high-inhaltsstoffe.de](http://www.legal-high-inhaltsstoffe.de)<sup>12</sup> entwickelt, auf dem Ergebnisse des Projektes veröffentlicht und Onlineberatung zu sogenannten „Legal Highs“ angeboten werden. Das Portal bietet Informationen, Beratung und Analyseergebnisse zu den gängigen

---

<sup>12</sup> Letzter Zugriff: 17.10.2016.

NPS an und berichtet über aktuelle rechtliche und politische Hintergründe und Veränderungen (siehe dazu auch das Workbook Drogen 2015). Im selben Onlineportal ist das deutschlandweite Informationssystem zum Missbrauch von NPS und Medikamenten PharMon-NPS integriert, das vom BMG gefördert wird. Basis ist ein interdisziplinäres Netzwerk, welches auf nationaler Ebene eine zügige und reliable Identifikation neuer Entwicklungen sowie ein Monitoring und eine Berichterstattung in Bezug auf den Konsum dieser Substanzen ermöglicht.

### **3.2 Weitere Aspekte des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen (T.4.2)**

Aktuell liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen vor.

## **4 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

Zurzeit liegen keine Anmerkungen und Anfragen vor.

## **5 Quellen und Methodik (T6)**

Die wichtigsten Surveys, Studien und Quellen sind in Abschnitt E1.1 aufgeführt.



## ABSCHNITT E. QUELLEN UND METHODIK

### 1 Quellen und Methodik (T6)

#### 1.1 Quellen (T6.1)

##### **Wichtigste Datenquellen**

Epidemiologische Daten zum Drogenkonsum und zu den Konsumenten liegen in Deutschland vor allem auf Grundlage von regelmäßigen nationalen, repräsentativen Umfragen und Prävalenzstudien vor. Diese werden durch meist regionale quantitative und qualitative Studien ergänzt, in deren Fokus häufig einzelne Substanzen und/oder spezielle Konsumentengruppen stehen. Außerdem werden im Folgenden auch internationale Studien beschrieben, an denen sich einzelne Bundesländer oder Regionen beteiligen.

##### ***Bundesweite Datenquellen***

- Der Epidemiologische Suchtsurvey (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey of Substance Abuse: ESA) ist eine kombinierte schriftliche, telefonische und online-Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 alle drei bis vier Jahre auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung statt<sup>13</sup> und wird mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1990 durch das IFT Institut für Therapieforschung München durchgeführt. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Länderauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen. Die Stichprobenziehung der ESA 2015 erfolgte anhand eines zweistufigen, zufälligen Auswahlverfahrens. Insgesamt umfasste die bereinigte Stichprobe 9.204 Personen, was einer Nettoausschöpfungsquote von 52,2 % entspricht (Gomes de Matos et al. 2016; Piontek et al. 2016c).
- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen des Gebrauchs von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle drei bis vier Jahre statt. In der Studie des Jahres 2015 wurde eine repräsentative Stichprobe von 7.004 Probanden mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) befragt. Gegenüber der letzten DAS sind in der aktuellen Studie zwei methodische Neuerungen vorgenommen worden: zum einen fand bei der Gewichtung der Daten auch die Bildung der Befragten Berücksichtigung, zum anderen

---

<sup>13</sup> Die Zielgruppe änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012, 2015).

wurde die Befragung erstmals nicht nur über Festnetz- sondern auch über Mobiltelefone durchgeführt (Dual-Frame-Ansatz). Die Ausschöpfungsquote der Festnetzstichprobe betrug 48,7 %, die der Mobiltelefonstichprobe 32,0 %. Als neue Substanzen wurden Crystal Meth und NPS 2015 in die DAS aufgenommen (Orth 2016).

- Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA in den Jahren 2007, 2010, 2012 (BZgA 2007; 2011; 2014) und 2014 repräsentative Umfragen zum Cannabiskonsum unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren bzw. 12 bis 25 Jahren durchgeführt.<sup>14</sup> Die Erhebungen ab 2010 fanden im Rahmen des Alkoholsurveys statt. In der Studie des Jahres 2014 wurde eine repräsentative Stichprobe von 7.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (erstmals auch über Mobiltelefon) befragt. Die Ausschöpfungsquote der Festnetzstichprobe betrug 40,3 %, die der Mobiltelefonstichprobe 30,2 % (Orth & Töppich 2015).
- Die "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) und derzeit als kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie realisiert (Lampert et al. 2014). 2007 wurden die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebungen 2003–2006 publiziert (Lampert & Thamm 2007). Diese beruhen auf bundesweiten repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Für die Analysen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum wurde auf Informationen aus der Befragung der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sowie deren Eltern zurückgegriffen.<sup>15</sup> Mit der ersten Folgebefragung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 1, 2009–2012) wurden die Ergebnisse der Basiserhebung fortgeschrieben, jedoch nur in Bezug auf Tabak und Alkoholkonsum (Lampert et al. 2014).
- Aufgrund der insbesondere in der Suchtberatung und -behandlung steigenden Relevanz von (Meth-)Amphetamin, gab das BMG 2013 eine Studie in Auftrag, um mehr über die Konsumentinnen und Konsumenten zu erfahren. Durchgeführt vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) mit einer Laufzeit von einem Jahr, war es das Ziel der Untersuchung, relevante Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum von (Meth-)Amphetamin zu identifizieren und als Grundlage für mögliche zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen, Informationen zu deren Konsumbiographien, -motiven und -mustern zu gewinnen. Überprüft werden sollte, ob sich internationale Forschungsergebnisse zu Konsumentengruppen von (Meth-)Amphetamin sowie Präventions- und Therapieansätze auf Deutschland übertragen lassen. Das Projekt war in drei Module gegliedert, wobei neben dem Hauptpunkt der empirischen Befragung von Konsumenten auch Internetforen ausgewertet und Personen, die ihren (Meth-)Amphetaminkonsum eingestellt hatten, untersucht wurden. Mit Hilfe

---

<sup>14</sup> Die Ergebnisse wurden in den REITOX-Berichten 2007, 2011 und 2014 ausführlich vorgestellt.

<sup>15</sup> Die wichtigsten Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung wurden in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 vorgestellt.

eines online einsetzbaren Instruments nach dem Mixed-Methods-Ansatz (mit aufeinander abgestimmten quantitativen und qualitativen Elementen), konnten 392 Konsumenten aus unterschiedlichen Feldzugängen befragt werden (Milin et al. 2014)<sup>16</sup>. Ergebnisse einer aktuellen Analyse der Konsummotive von Meth-Amphetaminkonsumierenden werden im Abschnitt B1.2.4 dargestellt.

### **Internationale Studien**

- Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs; ESPAD<sup>17</sup>) wird bereits seit 1995 in zahlreichen europäischen Ländern alle vier Jahre durchgeführt. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte und von CAN (Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm) koordinierte Umfrage verwendet für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Deutschland beteiligt sich seit 2003 auf Bundesebene an der ESPAD-Studie. Bayern nahm mit einer Reihe anderer Bundesländer an den Folgeerhebungen in den Jahren 2007 und 2011<sup>18</sup> teil (Kraus et al. 2012), war aber das einzige Bundesland, in dem auch 2015 Daten erhoben wurden. Bei der Datenerhebung werden Schülerinnen und Schüler des Geburtsjahrgangs befragt, die im jeweiligen Erhebungsjahr das 16. Lebensjahr erreichen (in Deutschland Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe in Regelschulen). Für Deutschland ermöglicht dies Datenanalysen nach Geburtskohorten sowie nach Schuljahrgängen. Die Datenerhebung in Bayern erfolgte im April 2015 als schriftliche Befragung im Klassenverband. In der Erhebung 2015 lag die bereinigte Stichprobengröße in Bayern bei 2.034 Schülerinnen und Schülern aus 95 Klassen, was einer Ausschöpfungsquote von 54,6 % nach der Datenbereinigung entspricht (Kraus et al. 2016a).
- Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützte Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC) hat das Ziel, die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten von Heranwachsenden international vergleichend zu erfassen und wird in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 44 Ländern in Europa und Nordamerika durchgeführt. Deutschland beteiligte sich erstmals 1993/94 mit seinem einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen. In der aktuellen Befragungswelle 2013/14 konnten erstmals Daten in allen 16 Bundesländern erhoben werden. Die HBSC-Studie ist als Querschnittsstudie angelegt. Richtlinien zur Durchführung und Auswertung der HBSC-Studie sind im internationalen Studienprotokoll detailliert und für alle teilnehmenden Länder verbindlich festgehalten. Zielpopulation der Befragung sind Schülerinnen und Schüler der 5., 7. und 9. Jahrgangsstufe aller bundeslandspezifischen Schulformen. Die Stichprobe 2013/14 belief sich auf 5.961 11- bis 15-jährige Jungen und Mädchen aus 188 allgemeinbildenden und 8 Förderschulen; in jeder Altersgruppe (11, 13

---

<sup>16</sup> Die Studie (Milin et al. 2014) ist im Kapitel 2.5 des REITOX-Berichtes 2014 beschrieben.

<sup>17</sup> [www.espad.org](http://www.espad.org) (Letzter Zugriff: 18.10.2016).

<sup>18</sup> An der Erhebung 2011 beteiligten sich die folgenden Bundesländer: Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Die bereinigte Stichprobengröße lag bei 6.192 Schülern aus 352 Klassen (Kraus et al. 2012).

und 15 Jahre) wurde eine Stichprobengröße von mindestens 1.500 Fällen realisiert. Die Responserate der Schulen lag bei 24,4 %, der Schülerinnen und Schüler bei 77,2 %. Fragen zum Drogenkonsum wurden nur den 15-Jährigen gestellt (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015b).

### ***Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen***

- In Sachsen-Anhalt sind 2009 die Ergebnisse der Studie „Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV)“ vorgestellt worden.<sup>19</sup>
- Informationen zum Substanzkonsum bei Jugendlichen gewinnt Brandenburg aus einer Schülerbefragung in den 10. Klassen, die inzwischen dreimal im Abstand von 4 Jahren und zuletzt 2012/2013 durchgeführt wurde. An der aktuellen Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)“ nahmen insgesamt 9.994 Schülerinnen und Schüler aus 13 Landkreisen und kreisfreien Städten teil und somit etwa 55 % aller Zehntklässler im Land Brandenburg. Das durchschnittliche Alter liegt bei den befragten Jugendlichen bei 16 Jahren und ist im zeitlichen Verlauf der Befragungen etwa gleich geblieben (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg 2014).<sup>20</sup>
- Eine Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, ist das Monitoringsystem Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten: eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel<sup>21</sup>, eine Szenebefragung<sup>22</sup> und eine Expertenbefragung. Eine wesentliche methodische Änderung im Vergleich zu den Vorjahren ist der Umstand, dass die Schülerbefragung seit 2013 mithilfe von Tablet-PCs durchgeführt wurde. Im Erhebungszeitraum (November 2015 bis März 2016) gingen im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD 1.491 Fragebögen in die Analyse ein (bezogen auf alle Befragten aus den 10. bis 12. Klassen bzw. im 1. bis 3. Ausbildungsjahr), 1.091 Befragte (gewichtete Stichprobe) waren zwischen 15 und 18 Jahren (Werse et al. 2016).
- 2015 fand in Hamburg unter dem Namen „Hamburger SCHULBUS“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum sechsten Mal eine Erhebung zur Prävalenz des

<sup>19</sup> Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

<sup>20</sup> Ergebnisse der Erhebung wurden im Workbook Drogen 2015 berichtet.

<sup>21</sup> Das Trendscout-Panel des MoSyD ist ein teilstandardisiertes Erhebungsinstrument mit qualitativ-ethnografischem Charakter. Primäres Ziel dieses Modells ist das Aufspüren neuer Trends und Veränderungen hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen in Frankfurt am Main. Dazu werden Freizeit-Szenen, vor allem aus dem Bereich der Jugendkulturen, ausgewählt. Die Auswahl der unterschiedlichen Bereiche ist auf jene Szenen fokussiert, für die eine relativ hohe Konsumverbreitung illegaler Drogen angenommen werden kann. Die Trendscout-Befragung ist als Panelerhebung konzipiert – ein möglichst gleichbleibender Stamm von Informanten wird in einem regelmäßigen Turnus (seit 2006 zweimal pro Jahr) befragt. Die Erhebung erfolgt mittels eines halboffenen leitfadengestützten Interviews.

<sup>22</sup> 2015 wurde mit der „Szenestudie 2014“ der letzte umfangreiche Bericht des MoSyD zur offenen Drogenszene in Frankfurt am Main vorgelegt (Werse & Egger 2015), dessen Ergebnisse im Workbook Drogen 2015 vorgestellt wurden.



Umgangs mit Suchtmitteln bei 14- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen statt. Dabei lag unter den illegalen Drogen ein Hauptaugenmerk auf den verschiedenen Aspekten des Methamphetaminkonsums. Parallel wurde die Befragung aufgrund vermehrter Hinweise, dass die Verbreitung von Methamphetamin in diesen Regionen deutlich angestiegen ist, auch in den Grenzregionen Bayerns und Sachsen zur Tschechischen Republik sowie in einem grenznahen Landkreis von Nordrhein-Westfalen zu den Niederlanden durchgeführt. In die Erhebung 2015 konnten insgesamt 4.226 14- bis 17-jährige Schülerinnen und Schüler eingeschlossen werden (entspricht der gewichteten Stichprobe; ungewichtete Stichprobe:  $n = 7.297$ ).<sup>23</sup> Die SCHULBUS-Erhebung ist nicht als repräsentative Erhebung angelegt, sondern berücksichtigt sowohl in der Erhebung der Daten als auch in deren Analyse die regionalspezifischen Besonderheiten, um den kommunalpolitisch verantwortlichen Entscheidungsträgern, den lokal agierenden Suchtpräventionsfachkräften und vor allem Lehrkräften eine Datengrundlage für Handlungsstrategien an die Hand geben zu können (Baumgärtner & Hiller 2016).

Neben diesen zum größten Teil regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden im Auftrag einiger Bundesländer und Kommunen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich unter anderem auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz und auf Gebrauchsmuster oder Merkmale einer bestimmten Konsumentengruppe konzentrieren. Zum Teil beruhen diese Studien auf Einzelauswertungen, die im Kontext größerer Studien, die auf Bundesebene durchgeführt werden, in Auftrag gegeben werden und bereits unter den bundesweiten Datenquellen erwähnt wurden (z. B. regionale Auswertungen von KiGGS, HBSC oder ESPAD).

Auf Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum unter Schülerinnen und Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird aufgrund der Zielsetzung des REITOX-Berichtes nicht näher eingegangen. Eine Übersicht über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen und einige ausgewählte bundesweite Ergebnisse finden sich jeweils in Kapitel 2 der bis 2014 vorgelegten REITOX-Berichte.

## 1.2 Methodik (T6.2)

### Grundlegende Begriffe

Drogenerfahrung bedeutet in vielen Fällen einen einmaligen oder seltenen Konsum von Substanzen. Nachdem die Droge probiert wurde, wird der Konsum häufig im Lauf der Zeit wieder eingestellt. Der Konsum im *Lebenszeitraum* (*Lebenszeitprävalenz*) ist deshalb nur ein grober Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums in der Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt, der durchaus auch 20 oder 30 Jahre zurückliegen kann. Die

---

<sup>23</sup> Verteilung der Stichprobe auf die Regionen ungewichteter/gewichteter: Hamburg 1.613/1.091, Nordrhein-Westfalen 1.196/507, Sachsen 2.091/1.731, Bayern 2.397/897.

Lebenszeitprävalenz ist dementsprechend nicht als Indikator für aktuelle Veränderungen geeignet, da sie keinen Aufschluss über das aktuelle Konsumverhalten der Befragten gibt.

Der Drogenkonsum in den *letzten zwölf Monaten (12-Monats-Prävalenz)* vor der Befragung ist ein geeigneter Indikator, um Anhaltspunkte über die aktuellen Konsumentenzahlen zu gewinnen und wird in der Literatur häufig als Referenzgröße herangezogen. Die 12-Monats-Prävalenz ist auf ein hinreichend überschaubares Zeitfenster des zurückliegenden Konsums begrenzt und liefert interpretierbare Prävalenzwerte. Die *30-Tage-Prävalenz* des Konsums illegaler Drogen mit Ausnahme von Cannabis weist häufig nur ausgesprochen niedrige Werte auf, die kaum noch interpretierbar sind. Der deutliche Unterschied in der Gesamtbevölkerung in Deutschland zwischen den Prävalenzen im Lebenszeitraum, in den letzten 12 Monaten sowie in den letzten 30 Tagen, identifiziert den experimentellen bzw. kurzzeitigen Konsum als das häufigste Gebrauchsmuster.

Als „riskanter Drogenkonsum“ (High Risk Drug Use, HRDU) wird von der EBDD Drogenkonsum bezeichnet, der folgende Merkmale erfüllt:

- Es wird wiederholt konsumiert;
- Es entstehen Schäden (negative Konsequenzen) für die Person (z. B. Abhängigkeit, aber auch gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) oder
- Es steigt die Wahrscheinlichkeit/das Risiko des Konsumenten, solche Schäden zu erleiden.

In den berichteten Daten wird entsprechend als „riskanter Drogenkonsum“ der Konsum psychoaktiver Substanzen (ausgenommen Alkohol, Tabak und Koffein) nach hochriskanten Konsummustern (z. B. intensiv bezogen auf die Frequenz) und/oder mit hochriskanten Applikationsformen (z. B. intravenöser Konsum) innerhalb der vergangenen zwölf Monate gewertet.

Unabhängig davon kann Konsum auch dann riskant sein, wenn nur der Konsument ihn selbst so empfindet und sich beispielsweise selbst als abhängig einschätzt, ohne dass eine objektive Klassifikation dies bestätigen würde (Kleiber & Soellner 1998). Die an verschiedenen Stellen verwendeten Arbeitsdefinitionen umfassen jeweils unterschiedliche Teilmengen der beschriebenen Gesamtgruppe. Nur die Begriffe, die auf klinischen Klassifikationssystemen basieren, sind eindeutig definiert.

In verschiedenen Erhebungen ist das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums (u. a. von Cannabis) untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstrukts von Studie zu Studie, so dass die Vergleichbarkeit der Informationen nur sehr eingeschränkt gegeben ist. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis erscheint es aufgrund der heute vorliegenden Informationen zu den möglichen langfristigen Folgen intensiven Cannabiskonsums erforderlich, dieses Konsumverhalten bei der Betrachtung problematischer oder riskanter Konsummuster auch zu berücksichtigen. In einigen deutschen Studien findet die „Severity of Dependence Scale“ (SDS, Gossop et al. 1995)

bezogen auf die letzten 12 Monate Verwendung (z. B. ESA, SCHULBUS), um Hinweise auf klinisch relevante Konsummuster zu erhalten.

Eine detaillierte Darstellung der Methoden zur Messung und Schätzung riskanten Konsums findet sich im Kapitel 4.1 des REITOX-Berichtes 2014 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014).

### **Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von riskantem Drogenkonsum**

Die EBDD hat eine Reihe von Verfahren zur Schätzung der Prävalenz riskanten Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition riskanten Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von Opioiden, Kokain oder Amphetaminen“ (Kraus et al. 2003).

Da bei den deutschen Zahlen aus dem Polizeibereich Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden sind und valide Schätzungen der Mortalität nur für Opioidkonsumenten vorliegen, wird die Prävalenzschätzung anhand der drei unten beschriebenen Multiplikatoren für Deutschland auf die Zielgruppe der Opioidkonsumenten beschränkt.

In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist diese Konsumform von erheblichem Interesse, wenn es um die Minimierung von Folgeschäden geht. Nach wie vor ist in Deutschland der intravenöse Konsum primär mit Heroin verknüpft, auch wenn seit einigen Jahren ein leicht sinkender Anteil intravenösen Konsums unter den Klienten in Suchthilfeeinrichtungen zu beobachten ist. Die unterschiedlichen Konsumentengruppen werden bei der Prävalenzschätzung ebenso wie bei der Beschreibung der behandelten Klientel nach Leitdroge und nicht nach Applikationsform unterschieden.

#### ***EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)***

Für das Jahr 2015 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten  
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erst auffälliger Heroinkonsumentinnen und -konsumenten (Inzidenz) über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekanntem Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Berechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- Schätzung auf der Basis von Drogentodesfällen  
Von der Zahl der Drogentodesfälle des Jahres in der Allgemeinbevölkerung wird unter Verwendung eines Mortalitätsschätzers (errechnet aus den Todesfällen in der ambulanten Beratung) auf die Gesamtzahl der Konsumentinnen und -konsumenten von Opioiden in der Bevölkerung hochgerechnet.

Darüber hinaus wurde auch die Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten für die Daten des Jahres 2014 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern)

regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2015 basierenden Schätzwert zu berechnen.

- Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung  
Hierfür wird zunächst die Gesamtzahl behandelter Fälle auf der Basis der gemeldeten Zahlen der Klientinnen und Klienten in ambulanter und stationärer Betreuung und der Gesamtzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berechnet. Auf dieser Grundlage wird mithilfe eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe die Gesamtzahl aller behandlungsbedürftigen Opioidkonsumentinnen und -konsumenten geschätzt. Der Multiplikator stammt aus Publikationen mit Schätzungen zum problematischen Konsum illegaler Substanzen und dem Hilfesuchverhalten in der Gesamtbevölkerung und aus Vergleichen der Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten in einer Region.<sup>24</sup>

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Alle Multiplikator-Verfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die Erfassung erstauffälliger Konsumenten wird maßgeblich vom Ermittlungsdruck der Polizei beeinflusst und auch die Zahl der Drogentoten ist in ihrer jeweils absoluten Höhe nur bedingt interpretierbar. Andere Schätzverfahren (z. B. bundesweite Capture-Recapture-Studien oder andere Multiplikator-Verfahren) wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

---

<sup>24</sup> Eine genaue Darstellung der Schätzmethode auf der Basis der Behandlungsdaten findet sich im Kapitel 4 der REITOX-Berichte 2010 und 2014.

## ABSCHNITT F. BIBLIOGRAPHIE

### 1 Bibliographie

- Baumgärtner, T. & Hiller, P. (2016). Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015 - Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.-D., Botero-Coy, A. M., Castiglioni, S., Kraus, L., Zobel, F., Schaub, M. P., Bücheli, A., Hernández, F., Delémont, O., Esseiva, P. & Ort, C. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption - A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. Drug and Alcohol Dependence **161** 189-199.
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R. & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorder in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug and Alcohol Dependence **99** (1-3) 68-78.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2011). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Deimel, D. (2015). Die psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger - Implikationen für die Klinische Sozialarbeit. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28** (95) 54-63.
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015a). Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger - Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28** (95) 19-26.
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015b). Therapeutische Ziele und Evidenz der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28** (95) 27-36.
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2014). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher: Gibt es regionale Unterschiede? Sucht **60** (3) 163-172.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse des Suchtsurveys 2015. Sucht **62** (5) 271-281.

- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B. & Hall, W. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* **90** 607-614.
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015a). Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Marihuana-, Haschisch- und Cannabiskonsum von Kindern und Jugendlichen" [online]. Verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl\\_Drogenkonsum\\_2013\\_14.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Drogenkonsum_2013_14.pdf) [letzter Zugriff: 18.10.2016].
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015b). Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Methodik der HBSC-Studie" [online]. Verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl\\_Methodik\\_2009\\_10.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Methodik_2009_10.pdf) [letzter Zugriff: 18.10.2016].
- Henkel, D. & Schröder, H. (2016). Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007-2012. *Suchttherapie* **16** (3) 129-135.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U. & Preuss, U. W. (2015). Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. *Deutsches Ärzteblatt* **112** (16) 271-278.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* **85** (1) 77-87.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction* **97** 727-731.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). *Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*. Juventa, Weinheim.
- Klein, M. (2015). „Methamphetaminabhängigkeit und Familie - Gibt es ein Problem?“, in 16. Internationaler Kongress für Suchtmedizin, München.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A. & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction* **98** (4) 471-485.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, IFT-Berichte Bd. 181*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012 [online]. IFT Institut für Therapieforschung, München. Verfügbar unter: [http://ift.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2012\\_Trends\\_Medikamente.pdf](http://ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Trends_Medikamente.pdf) [letzter Zugriff: 30.08.2016].

- Kraus, L., Steppan, M. & Piontek, D. (2015). Schätzung der Prävalenz substanzbezogener Störungen in Berlin: Opiode, Kokain und Stimulanzien. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N.-N. & Schoeppe, M. (2016a). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, IFT-Berichte Bd. 188. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Piontek, D. (2016b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und problematischen Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990-2015 [online]. Verfügbar unter: <http://esa-survey.de/de/ergebnisse/kurzberichte.html#c582>.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **50** (5/6) 600-608.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group (2014). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **57** (7) 830-839.
- Legleye, S., Piontek, D., Pampel, F., Goffette, C., Khat, M. & Kraus, L. (2014). Is there a cannabis epidemic model? Evidence from France, Germany and USA. International Journal of Drug Policy **25** (6) 1103-1112.
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2014). Amphetamin und Methamphetamin - Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg.
- Milin, S., Kleinau, C., Lüdorf, T., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2016). Konsummotive bei Stimulanzienkonsum. Ein Vergleich von Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten. Suchttherapie **17** (1) 17-21.
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2014). Suchtproblematik im Land Brandenburg, Inpuncto 05/2014. Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam.
- Montag, J., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2015). Verbreitung und Korrelate des Substanzkonsums unter 5.688 Auszubildenden an beruflichen Schulen. Gesundheitswesen **77** (6) 411-417.
- Moor, I., Schumann, N., Hoffmann, L., Rathmann, K. & Richter, M. (2016). Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter. In: Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendheitsveys "Health Behaviour in School-aged Children", L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer et al. (Hrsg.), S. 65-83. Beltz Juventa, Weinheim.
- Ort, C., van Nuijs, A. L. N., Berset, J.-D., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., de Voogt, P., Emke, E., Fatta-Kassinos, D., Griffiths, P., Hernández, F., Gonzálo-Marino, I., Grabic, R., Kasprzyk-Hodern, B., Mastroianni, N., Meierjohann, A., Nefau, T., Östman, M., Pico, Y.,

- Racamonde, I., Reid, M., Slobodnik, J., Terzic, S., Thomaidis, N. & von Thomas, K. (2014). Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. Addiction **109** (8) 1338-1352.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Orth, B. & Töppich, J. (2015). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R. & Wittchen, H.U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. Addiction **103** (3) 439-449.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2013/2014. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Pin, A. (2015). Psychosoziale Behandlung als Netzwerkaufgabe in der Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28** (95) 50-53.
- Piontek, D. & Hannemann, T.-V. (2015). Substanzkonsum in der jungen Ausgehszene. IFT Institut für Therapieforschung: München.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015 [online]. Verfügbar unter: <http://esa-survey.de/de/ergebnisse/kurzberichte.html>.
- Piontek, D., Hannemann, T.-V. & Dembinski, M. (2016b). Phar-Mon NPS Telegramm. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Atzendorf, J. (2016c). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015: Studiendesign und Methodik. Sucht **62** (5), 259-269.
- Pütz, M., Schneiders, S., Auwärter, V., Münster-Müller, S. & Scheid, N. (2015). The EU-project 'SPICE-profiling' (2015-2017) - objectives and results of a first study on Spice products containing 5F-PB-22. GTFCh, Mosbach.
- SLS (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V) (2015). Sucht 2014. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. SLS, Dresden.
- Schettino, J., Leuschner, F., Kasten, L., Tossmann, P. & Hoch, E. (2015). Treatment of cannabis-related disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Luxembourg.
- Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. Sucht **62** (1) 23-30.
- Soyka, M. (2015). Alkohol als komorbide Störung bei Drogenabhängigkeit. HIV&more **4** 18-19.



- Steiner, S., Baumeister, S. E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. Sucht **54** (Sonderheft 1), S57–S63.
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. Addiction **92** 839–845.
- Tretter, F. & Kraus, L. (2004). Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen. Sucht **50** (1) 5-7.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses, M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), S.123-139. Nagel, Bonn.
- Werse, B. (2016). Zur Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) [online]. Verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/zur-verbreitung-von-neuen-psychoaktiven-substanzen-nps/> [letzter Zugriff: 30.08.2016].
- Werse, B. & Egger, D. (2015). MoSyD Szenestudie 2014. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Werse, B. & Morgenstern, C. (2015). Der Trend geht zur Reinsubstanz - Entwicklungen im Konsum von "Legal Highs"/neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) auf Basis zweier Online-Befragungen. Suchttherapie **16** (1) 36-41.
- Werse, B., Kamphausen, G., Egger, D., Sarvari, L. & Müller, D. (2015). MoSyD Jahresbericht 2014. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Kamphausen, G., Egger, D., Sarvari, L. & Müller, D. (2016). MoSyD Jahresbericht 2015. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G. & Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. International Journal of Methods in Psychiatric Research **17** (S1) S16-S29.

## 2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland .....	9
Tabelle 2	Prävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen im Jahr 2015 .....	10
Tabelle 3	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schüler/innen und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien .....	11
Tabelle 4	Prävalenz diverser Substanzen in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (2002 und 2011-2015) (MoSyD) .....	13
Tabelle 5	Prävalenz des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Alter (ESA 2015) .....	21

Tabelle 6	Prävalenz des Cannabiskonsums bei Schüler/innen, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen deutschen Studien.....	32
Tabelle 7	Prävalenz des Konsums von Stimulanzien nach Geschlecht und Alter (ESA 2015) .....	42
Tabelle 8	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Stimulanzien bei 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in Bayern (ESPAD 2015).....	43
Tabelle 9	Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2007 bis 2015 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre) .....	50

### 3 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Prävalenz des Konsums "harter Drogen" (außer Cannabis) unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD) .....	13
Abbildung 2	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Alter, Trends 1990-2015 (ESA) .....	22
Abbildung 3	30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Alter, Trends 1995-2015 (ESA) .....	22
Abbildung 4	Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1973-2015 (DAS) .....	23
Abbildung 5	30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1973-2015 (DAS) .....	24
Abbildung 6	12-Monats -Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Trends 1993-2015 (DAS) .....	25
Abbildung 7	Cannabiskonsum 12- bis 17-jähriger Jugendlicher sowie 18- bis 25-jähriger junger Erwachsener von 1993 bis 2015 nach Geschlecht (DAS).....	26
Abbildung 8	Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD).....	30
Abbildung 9	Prävalenz des Konsums von „Räuchermischungen“ unter Frankfurter Schüler/innen, 2002-2015 (MoSyD) .....	37
Abbildung 10	Prävalenz des Konsums von „Legal Highs“ unter Frankfurter Schüler/innen, 2010-2015 (MoSyD) .....	56