



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



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

Diana Hammes, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von

Alicia Casati, IFT Institut für Therapieforschung

Monika Wojak, Berlin

Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

DEUTSCHLAND

Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen

Drogensituation 2011/2012

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

*Verantwortlich für Kapitel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8,
9, 10 und 12*

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der
DBDD)

Dr. Ingo Kipke

Dr. Stephanie Flöter

Lisa Jakob

Alicia Casati

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

Tel.: +49 (0) 89 - 360804-40

Fax: +49 (0) 89 - 360804-49

E-Mail: pfeiffer-gerschel@ift.de

Monika Wojak

Verantwortlich für Kapitel 12

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Senatsverwaltung für Gesundheit und
Soziales

Oranienstraße 106

D - 10969 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 - 9028-1728

Fax: +49 (0) 30 - 9028-2089

E-Mail: monika.wojak@sengs.berlin.de

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

Verantwortlich für Kapitel 3

Diana Hammes

Peter Lang

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

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

E-Mail: diana.hammes@bzga.de

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Behandlung)**

Verantwortlich für Kapitel 11

Christina Rummel

Westenwall 4

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381 - 9015-24

Fax: +49 (0) 2381 - 9015-30

E-Mail: rummel@dhs.de

Nationale Experten

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

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

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

Heiko Hergenahn, BKA Wiesbaden (Kapitel 6 und 10), Boris Orth, BZgA (Kapitel 2 und 10), Dr. Bernd Werse, CDR Frankfurt (Kapitel 2).

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

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Zusammenfassung

Summary

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS 1

1 DROGENPOLITIK: RECHTSPRECHUNG, STRATEGIEN UND ÖKONOMISCHE ANALYSE..... 1

1.1 Überblick..... 1

1.1.1 Begriffsdefinition 1

1.1.2 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“ 2

1.1.3 Die Struktur Deutschlands 2

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen 4

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich 4

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen 5

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination 8

1.3.1 Nationale Strategie 8

1.3.2 Implementierung und Evaluation der nationalen Strategie..... 9

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik..... 19

1.3.4 Koordinierung 19

1.4 Ökonomische Analyse 20

1.4.1 Einleitung 20

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets 21

1.4.3 Soziale Kosten 23

2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG UND SPEZIFISCHEN UNTERGRUPPEN 27

2.1 Überblick..... 27

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung 30

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen 30

2.2.2	Konsum einzelner Drogen im Vergleich	32
2.3	Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen	35
2.3.1	Konsum legaler psychotroper Substanzen.....	35
2.3.2	Konsum illegaler Drogen	37
2.4	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	53
2.5	Weitere Forschungsergebnisse und Befunde.....	55
3	PRÄVENTION	57
3.1	Überblick.....	57
3.1.1	Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen	57
3.1.2	Aktuelle Entwicklungen und Trends	57
3.1.3	Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention	60
3.2	Verhältnisprävention	64
3.2.1	Gesetzliche Regelungen zum Alkoholkonsum	64
3.2.2	Gesetzliche Regelungen zum Tabakkonsum	66
3.3	Universelle Prävention	69
3.3.1	Schule	70
3.3.2	Familie	72
3.3.3	Kommunale Prävention	74
3.3.4	Freizeit und Sportvereine.....	75
3.4	Selektive Prävention	75
3.4.1	Risikogruppen.....	77
3.4.2	Risikofamilien.....	79
3.4.3	Selektive Prävention im Freizeitbereich	81
3.5	Indizierte Prävention	82
3.5.1	Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten.....	83
3.5.2	Kinder mit ADHS.....	83
3.5.3	Früherkennung und Frühintervention	83
3.6	Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen	86
4	PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM.....	89
4.1	Überblick.....	89
4.2	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum	91

4.2.1	EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen).....	91
4.2.2	Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum.....	94
4.3	Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen	94
4.4	Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch	94
	von Drogen	
4.4.1	Gebrauchsformen außerhalb der PDU-Definition der EMCDDA	94
4.4.2	Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und	
	anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition	95
4.4.3	Missbrauch von Medikamenten	96
5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG: BEHANDLUNGSNACHFRAGE UND BEHANDLUNGSVERFÜGBARKEIT.....	103
5.1	Überblick.....	103
5.2	Strategie, Politik	106
5.3	Behandlungssystem.....	108
5.3.1	Organisation und Qualitätssicherung	109
5.3.2	Verfügbarkeit und Behandlungsformen.....	112
5.4	Charakteristika der behandelten Personen	114
5.4.1	Ambulante Behandlung	114
5.4.2	Stationäre Behandlung	120
5.5	Behandlungstrends	125
5.5.1	Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich	125
5.5.2	Substitutionsbehandlung	128
5.5.3	Andere aktuelle Entwicklungen	133
6	GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	137
6.1	Überblick.....	137
6.1.1	Infektionskrankheiten.....	137
6.1.2	Drogenbezogene Todesfälle	138
6.2	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	140
6.2.1	HIV/AIDS und virale Hepatitiden B und C	140
6.2.2	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten	145
6.2.3	Verhaltensdaten.....	145

6.3	Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ...	147
6.3.1	Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle.....	147
6.3.2	Andere interessante Themen	147
6.4	Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten.....	149
6.4.1	Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis / Vergiftungen)	149
6.4.2	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)	155
6.4.3	Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen.....	156
7	UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS	157
7.1	Überblick.....	157
7.2	Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von	
	drogenbezogenen Todesfällen.....	157
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	158
7.4	Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter	
	Drogenkonsumenten.....	160
8	SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND SOZIALE	
	WIEDEREINGLIEDERUNG	161
8.1	Überblick.....	161
8.2	Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum	161
8.2.1	Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten	161
8.2.2	Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen	163
8.3	Soziale Reintegration	163
8.3.1	Unterkunft	163
8.3.2	Bildung, berufliche Ausbildung	164
8.3.3	Beschäftigung	164
9	DROGENBEZOGENE KRIMINALITÄT, PRÄVENTION VON	
	DROGENBEZOGENER KRIMINALITÄT UND GEFÄNGNIS	167
9.1	Überblick.....	167
9.2	Drogenbezogene Kriminalität.....	167
9.2.1	Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen.....	167
9.2.2	Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen.....	174
9.3	Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	175

9.4	Interventionen im Strafjustizsystem.....	176
9.4.1	Alternativen zu Gefängnisstrafen	176
9.4.2	Andere Interventionen im Strafjustizsystem	177
9.5	Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen	178
9.5.1	Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten.....	181
9.5.2	Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung.....	182
9.6	Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung	182
10	DROGENMÄRKTE	185
10.1	Überblick.....	185
10.2	Verfügbarkeit und Versorgung	187
10.2.1	Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang	187
10.2.2	Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe.....	191
10.2.3	Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten	191
10.3	Beschlagnahmungen	192
10.3.1	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen.....	192
10.3.2	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen.....	195
10.3.3	Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten	195
10.4	Preis / Reinheit.....	196
10.4.1	Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene	196
10.4.2	Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen.....	198
	TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN	203
11	STATIONÄRE VERSORGUNG DROGENABHÄNGIGER IN DEUTSCHLAND	203
11.1	Geschichte und allgemeine Rahmenbedingungen	203
11.1.1	Überblick.....	203
11.1.2	Geschichte der stationären Versorgung seit 1945	204
11.1.3	Strategien und grundsätzliche Rahmenbedingungen stationärer Versorgung.....	206
11.2	Verfügbarkeit und Merkmale	207
11.2.1	Bundesweite Verfügbarkeit und Zugang	207
11.2.2	Merkmale stationärer Suchthilfeinrichtungen	214

11.3	Qualitätsmanagement.....	226
11.3.1	Leitlinien und Standards stationärer Suchthilfe.....	226
11.4	Diskussion und Ausblick.....	233
12	DROGENPOLITIK IN GROßEN EUROPÄISCHEN STÄDTEN	237
12.1	Drogenpolitik in großen deutschen Städten.....	237
12.1.1	Verwaltungsstruktur.....	237
12.1.2	Drogenbezogene Angebote.....	243
12.1.3	Drogenstrategie.....	243
12.1.4	Drogenbeauftragte.....	244
12.1.5	Netzwerke auf regionalem oder überregionalem Level.....	245
12.2	Fallstudie: Die Hauptstadt Berlin	245
12.2.1	Berliner Drogen- und Suchtpolitik.....	246
12.2.2	Suchtprävention.....	247
12.2.3	Drogen- und Suchthilfe.....	248
12.2.4	Monitoringsystem für Drogen	254
12.2.5	Studien zur Drogensituation von Berlin	254
12.2.6	Drogenpolitische Vereinbarungen	256
12.2.7	Vier Bereiche der Drogenpolitik in Hauptstädten	256
12.2.8	Aktuelle Themen.....	258
	TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG	259
13	BIBLIOGRAPHIE	259
13.1	Literatur zum Bericht.....	259
13.2	Websites	280
14	TABELLEN.....	285
15	ABBILDUNGEN	287
16	ANHANG	289
16.1	Hamburg.....	289
16.2	München.....	291
16.3	Köln	294

16.4	Frankfurt	295
16.5	Stuttgart	299
16.6	Dortmund	300
16.7	Essen.....	302
16.8	Düsseldorf.....	304
16.9	Bremen	308
16.10	Leipzig	310
16.11	Dresden	312
16.12	Rostock.....	314

ABKÜRZUNGEN

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AlkopopStG	Alkopopsteuergesetz
APA	American Psychiatric Association
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
AVerCa	Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BADO	Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich
BÄK	Bundesärztekammer
BayStVollzG	Bayerisches Strafvollzugsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGH	Bundesgerichtshof
BINSO	Brücke für Integration und Soziales
BKA	Bundeskriminalamt
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BORIS	Berufsorientierungszentrum für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
BtM	Betäubungsmittel
BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
buss	Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CaBS	Casemanagement und Beratung für cannabiskonsumierende Schüler

CaSu	Caritas Suchthilfe
CDR	Centre for Drug Research
CND	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen
COBRA	Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments
COFOG	Classification of the Functions of Government
COMBASS	Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
DAS	Drogenaffinitätsstudie der BZgA
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DBS	Dried Blood Spots (Filterblutproben)
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DDD	Defined daily dose; Definierte Tagesdosis
deQus	Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.
DeStatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DFB	Deutscher Fußball-Bund
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DGS e.V.	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DHV	Deutscher Hanfverband
Difu	Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DJK	Deutsche Jugendkraft
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DmMV	Dopingmittel-Mengen-Verordnungen
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
Dot.sys	Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSR	Drogen- und Suchtrat
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
EBDD/EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECAD	European Cities against Drugs

EDDP	2-Ethylidin-1,5-Dimethyl-3,3-Diphenylpyrrolidin; Methadonmetabolit
EFUS	European Forum for Urban Security
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
ESA	Epidemiological Survey on Addiction (früher „Bundesstudie“)
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
EU	Europäische Union
EuropASI	European Addiction Severity Index
fdr	Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.
FDR	Falldatei Rauschgift
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
FOGS	Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich
FreD	Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten
GastG	Gaststättengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HaLT-Projekt	Hart am Limit-Projekt
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
HD	Hauptdiagnose
HDG	Horizontale Drogen Gruppe
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HmbStVollzG	Hamburgisches Strafvollzugsgesetz
HStVollzG	Hessisches Strafvollzugsgesetz
HVV	Hamburger Verkehrsverbund
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFT	Institut für Therapieforchung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
i.v.	intravenös
IVD	intravenös Drogengebrauchende
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JuSchG	Jugendschutzgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt

JVollzGB	Justizvollzugsgesetzbuch
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KiD	Hilfe für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KJHG	Kinder- und Jugendhilfsgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KM	Kontingenzmanagement
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
KOALA e.V.	Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.
KOLIBRI	Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LKA / LKÄ	Landeskriminalamt / Landeskriminalämter
LMS	Local Monitoring System
LSD	Lysergsäurediethylamid
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MELBA	Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
MODRUS IV	Moderne Drogen- und Suchtprävention
MoSyD	Frankfurter Monitoringsystem Drogen
MRV	Maßregelvollzug
MuSchuG	Mutterschutzgesetz
NEURON	Network of European Funding for Neuroscience Research
NJVollzG	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OST	Opioid-Substitutionstherapie
PDU	Problem Drug Use
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PREMOS-Studie	Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Studie
Prev@WORK	Prävention in der Ausbildung
ProPK	Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Psb	Psychosoziale Betreuung
QM	Qualitätsmanagement
RC	Research Chemicals
RDS	Respondent Driven Sampling

REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RKI	Robert Koch - Institut
RV	Rentenversicherung
RVO	Rechtsverordnung
SBB	Suchtberatung- und -behandlungsstellen
SDS	Severity of Dependence Skala
SGB	Sozialgesetzbuch
SKOLL	Selbstkontrolltraining
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
SQ	Strukturierten Fragebögen
ST	Standardtabellen
StatEval	Gesellschaft für Statistik und Evaluation
StGB	Strafgesetzbuch
StVG	Straßenverkehrsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
SURE	Substitutionsgestützte Rehabilitation
TDI	Treatment Demand Indicator
TG	Therapeutische (Wohn-) Gemeinschaft
THC	Tetrahydrocannabinol
transVer	transkulturelle Versorgung von Suchtkranken
TTM	Transtheoretisches Modell
TVS	Therapievorbereitungsstation
TZI	Themenzentrierte Interaktion
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VGO	Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
ZIS	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung

Einführung

Eine der wesentlichen Aufgaben der „Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)“ besteht in der jährlichen Berichterstattung zur Drogensituation in Deutschland an die „Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)“, für die die DBDD als deutscher Ansprechpartner (so genannter REITOX¹-Knotenpunkt) dient.

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

Der aktuelle Bericht der DBDD für das Berichtsjahr 2011/2012 folgt den europaweit einheitlichen Richtlinien der EBDD und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2011, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2012, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten Hintergrundinformationen enthält - etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung oder den vorhandenen Datenquellen. Diese Teile werden nur bei Bedarf überarbeitet und aktualisiert und beschreiben die wichtigsten Grundlagen wie z. B. methodische Aspekte regelmäßig durchgeführter Erhebungen. Ziel dieser Teile ist es, die aktuellen Informationen zur Drogensituation in diesem Bericht auch ohne Rückgriff auf ergänzende Literatur grundsätzlich einordnen und verstehen zu können. Diese Teile des Berichtes sind optisch abgesetzt (grau hinterlegt und eingerahmt), so dass Leser, die mit den Rahmenbedingungen des deutschen Berichtssystems vertraut sind, sich beim Lesen vor allem auf die neuen Entwicklungen konzentrieren können.

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse aus dem Berichtszeitraum. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen oder es wird im Text auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturierten Fragebögen (SQ) der EBDD verwiesen, die eine Reihe von Informationen enthalten und über das Statistische

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

Bulletin der EBDD verfügbar sind². Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

In diesem Jahr enthält der vorliegende Bericht zwei Sonderkapitel zu den Themen „Drogenpolitik in großen Städten“ und „Stationäre Versorgung“. Die Auswahl dieser Themen zeigt erneut, wie die Zusammenstellung von Informationen auf europäischer Ebene auf Erfahrungen und Praktiken angewiesen ist, die auf regionalen Erfahrungen und Modellen beruht. So sind in Deutschland die Kommunen wichtige Partner und Träger von Suchthilfe vor Ort. Gleichzeitig stehen die Kommunen zunehmend vor der Herausforderung, vor dem Hintergrund überregionaler Entwicklungen regional handeln zu müssen und Entscheidungen zu fällen – ohne, dass in jedem Fall weitere Rahmenbedingungen existieren (wie z. B. im Falle neuer synthetischer Drogen) oder Erfahrungen verfügbar wären, wie mit neuen Phänomenen umzugehen ist.

Die stationäre Versorgung von Menschen mit drogenbezogenen Problemen nimmt einen wichtigen Platz in der Versorgungslandschaft ein und reicht von der Entgiftung in Krankenhäusern der Regelversorgung bis zu spezialisierten Kliniken, in denen sich multiprofessionelle Teams den komplexen Problemlagen der Betroffenen widmen. Die Art und Weise der erbrachten und von der Solidargemeinschaft getragenen Leistungen unterscheidet sich in Europa dabei erheblich. Umso wichtiger erscheint es, die Professionalität und Qualität der in Deutschland existierenden Strukturen darzustellen.

Basierend auf den Sonderkapiteln der nationalen Knotenpunkte wird die EBDD im Jahr 2013 um die europäische Perspektive ergänzte Publikationen erstellen.

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

Abschließend möchte ich Sie noch auf die Website der DBDD hinweisen, auf der Sie zahlreiche weitere Informationen zur DBDD und zum nationalen Bericht finden (www.dbdd.de). Informationen zur EBDD, Daten aus anderen Ländern der EU sowie den europäischen Bericht finden Sie unter www.emcdda.europa.eu.

München, August 2012

Tim Pfeiffer-Gerschel

Geschäftsführer der DBDD

² www.emcdda.europa.eu/stats12

Zusammenfassung

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

Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

An der Stelle isolierter „Drogen“-Konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen an die Drogen- und Suchtpolitik und aktueller Entwicklungen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012 eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ vorgestellt. Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist demnach weiterhin die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in der Gesellschaft. Die Nationale Strategie versteht sich als gesundheitspolitische Leitlinie für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland. Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der derzeit in Vorbereitung befindlichen allgemeinen Präventionsstrategie der Bundesregierung im Bereich der Drogen- und Suchtpolitik.

Mit der 26. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) wurden die Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst und 28 neue synthetische, psychoaktive Stoffe (u.a. synthetische Derivate von Amphetamin, Piperazin, Kokain und mehrere synthetische Cannabinoide) zum Schutz der Gesundheit in die Anlagen des BtMG aufgenommen, um deren Missbrauch einzudämmen und die Strafverfolgung zu erleichtern. Weiterhin werden in Anlage III des BtMG flüssige Tilidin-haltige Arzneimittel mit schneller Wirkstofffreisetzung den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterstellt.

Darüber hinaus wurden auch im Berichtsjahr wieder zahlreiche Projekte auf regionaler, Bundes- oder internationaler Ebene im Drogenbereich mit Unterstützung insbesondere des BMG durchgeführt.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

Die Ergebnisse des letzten epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der 2009 durchgeführt und dessen wesentliche Ergebnisse bereits im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt wurden, bestätigen die Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach rund ein Viertel der

erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. Unverändert bei etwa 5 % liegt der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, weniger als 3 % haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Pilze. Der Konsum von Heroin, LSD und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

Ergebnissen der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zufolge, die 2012 veröffentlicht wurde, haben 17,6 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland schon einmal eine illegale Droge angeboten bekommen (BZgA 2012a). Der Anteil Jugendlicher, die eine illegale Droge auch schon einmal probiert haben, fällt mit einer Lebenszeitprävalenz von 7,2 % deutlich geringer aus. Insgesamt 4,9 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren konsumierten auch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz) eine illegale Droge, von denen wiederum weniger als die Hälfte (2,0 %) berichten, dass dieser Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt (30-Tage-Prävalenz). Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen ist für etwa jeden hundertsten Jugendlichen festzustellen. Insgesamt 0,9 % der 12- bis 17-Jährigen geben an, in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge mehr als zehnmals genommen zu haben.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben knapp zwei Drittel der Befragten (65,1 %) schon erlebt, dass ihnen eine illegale Droge angeboten wurde. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen beträgt bei jungen Erwachsenen 39,8 %, die 12-Monats-Prävalenz 14,3 %. Die 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen liegt in dieser Altersgruppe bei 5,8 % und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen bei 3,7 %. Illegale Drogen spielen bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine größere Rolle als bei den weiblichen.

Ende 2011 wurden die Ergebnisse der deutschen Erhebung im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vorgestellt. Einbezogen waren Schüler in neunten und zehnten Klassen in 5 Bundesländern. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 22,2 % war Cannabis nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Im Jahr vor der Erhebung haben 17,4 % der Jugendlichen mindestens einmal Cannabis probiert. In den letzten 30 Tagen waren es 8,1 %. Es berichteten mehr Jungen als Mädchen einen mindestens einmaligen Cannabiskonsum im Leben (28,2 % vs. 16,8 %), in den letzten 12 Monaten (22,8 % vs. 12,6 %) und in den letzten 30 Tagen (11,7 % vs. 4,8 %) vor der Befragung. Die Lebenszeitprävalenz war in Hauptschulen am höchsten (26,8 %). Einen Konsum in den letzten 30 Tagen berichteten hingegen mehrheitlich Gesamtschüler (11,5 %).

In Ergänzung zur aktuellen DAS wurden 2012 auch Ergebnisse der aktuellen Schülerbefragung im Rahmen des Frankfurter MoSyD vorgelegt. Darüber hinaus liegen aus dem MoSyD auch Informationen aus dem Trendscoutpanel vor. Weiterhin werden Trenddaten der Studie zum Health Behavior in School-aged Children (HBSC) vorgestellt.

Prävention

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

Cannabis ist die unter 12-bis 25-Jährigen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Daher bleibt es erforderlich, Cannabis in geeigneten präventiven Maßnahmen zu thematisieren. Gerade der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer illegalen Droge stellt ein weit verbreitetes Risikoverhalten dar. Die Fachkräfte in der Suchtprävention reagieren darauf mit einer hohen Anzahl von präventiven Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug gerade zu Alkohol und Cannabis, um so den risikoarmen Umgang mit Alkohol zu fördern und den Konsum von legalen und illegalen Suchtstoffen in allen Altersgruppen der Bevölkerung zu reduzieren. Besonders der Rückgang der Drogenerfahrung, der sich bei Jugendlichen zeigt, soll weiter befördert werden, um darüber Veränderungen auch bei jungen Erwachsenen zu erzielen. Die Zugangswege über die „Neuen Medien“, wie das Internet oder soziale Netzwerke, sind ebenso bedeutsam in der Suchtprävention wie die Hinweise auf (Online-) Ausstiegshilfen oder die Angebote lokaler Beratungsstellen.

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

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

Problematischer Drogenkonsum

Berechnungen des Umfangs problematischen (d. h. riskanten, schädlichen und abhängigen) Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 63.000 bis 174.000 Personen (1,2 bis 3,2 Personen pro 1.000 Einwohner) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Seit 2005 sind die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ rückläufig. Auch für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ gilt dies für die Jahre seit 2008. Die Schätzwerte aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ sind von 2008 auf 2009 gesunken, zum Jahr 2010 hin wieder leicht angestiegen. Man kann also zusammenfassend vermuten, dass sich die geschätzte Zahl der Heroin-/Opioidkonsumenten seit dem Jahr 2008 kontinuierlich verringert.

Zudem werden Ergebnisse des Projekts Phar-Mon vorgestellt. Sein Ziel ist es, das Ausmaß des Missbrauchs von Arzneimitteln durch Klientinnen und Klienten der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

In diesem Kapitel werden außerdem die Ergebnisse der DAS zum regelmäßigen Konsum illegaler Substanzen dargestellt. Dabei waren die Anteile der männlichen Befragten knapp dreimal so hoch wie die der weiblichen Befragten. Aus einer ZIS-Studie zum Thema Substitutionsmittelmissbrauch ging hervor, dass Praxisnähe, aber auch die Substitution selbst als protektiver Faktor für weniger Beikonsum und Notfälle sowie für eine bessere Wohnsituation und berufliche Situation funktionieren. Bei einer weiteren ZIS-Studie gaben über drei viertel der angeschriebenen Altenpflegeeinrichtungen an, Patienten mit einer Suchtproblematik zu pflegen. Dabei wurde die Prävalenz einer Suchtproblematik innerhalb der Einrichtung durchschnittlich auf 10 % geschätzt. Im Durchschnitt waren 39 % der Patienten mit einer Alkohol- und 73 % mit einer Medikamentenabhängigkeit Frauen. Laut dem Arzneimittelreport 2012 der BARMER GEK Krankenkasse zeigte sich eine höhere Verordnungszahl von Psychopharmaka für Frauen als für Männer.

Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

Etwas weniger als die Hälfte (44,9 %; 2010: 46,3 %) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, hatten 2011 ein primäres Problem aufgrund des Konsums von Opioiden, etwa ein Drittel (34,7 %; 2010: 35,6 %) leidet primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 56,6 % (2010: 59,8 %), Opiode spielen in dieser Population eine weniger wichtige Rolle (18,1 %; 2010: 17,7 %). Stimulanzen waren bei 15,0 % (2010: 12,5 %) der Fälle der Grund für eine erstmalige Kontaktaufnahme mit einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, unter allen Zugängen/Beendern machen sie 10,5 % (2010: 8,2 %) aus.

Im stationären Bereich spielen Opiode unter den illegalen Drogen nach wie vor die größte Rolle. Im Akutbereich (Krankenhausbehandlungen) sind unter den substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) in jedem zehnten Fall Vergiftungen mit Sedativa/Hypnotika Grund der Kontaktaufnahme. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, sind in 6,9 % (2010: 6,8 %) der Fälle Kokain und in 12,7 % (2010: 9,7 %) der Fälle Stimulanzen Hauptgründe der Behandlung.

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist im Vergleich zum Vorjahr erstmals seit Einführung der Meldepflicht (2002) nicht gestiegen und lag 2011 bei 76.200 (2010: 77.400). Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Dem RKI wurden im Jahr 2011 2.889 neu diagnostizierte Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) gemeldet. Die Zahl ist damit gegenüber dem Jahr 2010 (2.939)

kaum merklich zurückgegangen. Mit 4 % (n=90) bilden Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, die drittgrößte Gruppe.

Außerdem wurden dem RKI für das Jahr 2011 insgesamt 5.027 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Damit lag die ermittelte Inzidenz an Erstdiagnosen von 6,1 pro 100.000 Einwohner niedriger als die des Jahres 2010 (6,5) bzw. als der Median der Jahre 2006 bis 2010 (7,6). Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.126 Fälle (70 % der Fälle mit validen Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt.

Im Jahr 2011 kamen insgesamt 986 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, was einen Rückgang um 20 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.237) und den niedrigsten Stand der Anzahl drogenbezogener Todesfälle seit 1988 bedeutet. Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt dabei nach wie vor die häufigste Todesursache dar (58 %; 2010: 69 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 22 %, und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren wieder angestiegen (2010: 14 %), aber immer noch niedriger als 2002, als dieser Anteil noch 40 % betrug.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

Verschiedene Maßnahmen, wie z. B. Drogenkonsumräume, Spritzentauschprogramme und andere Präventionsprogramme sollen dabei helfen, Drogentodesfälle zu verhindern und Infektionskrankheiten vorzubeugen. Derzeit (Stand: Juni 2012) gibt es in Deutschland in 6 Bundesländern in 15 Städten insgesamt 24 stationäre Drogenkonsumräume, sowie 2 Drogenkonsummobile. Außerdem existieren nach einer aktuellen Recherche deutschlandweit mindestens 223 Einrichtungen mit Spritzentauschangeboten sowie 167 Spritzenautomaten.

Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

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

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

Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

Im Jahr 2011 wurden insgesamt rund 236.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon ca. 170.000 allgemeine Verstöße gegen das BtMG und knapp 50.000 Handelsdelikte. Das bedeutet

insgesamt eine Steigerung von 2,4 % im Vergleich zu 2010, der in Zusammenschau mit einem Zuwachs der allgemeinen Verstöße (+2,3 %) und der Handelsdelikte (+2,7 %) zu sehen ist.

Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist von 2009 (59.432) nach 2010 (55.391) um 6,8 % gesunken. Der leichte Rückgang ist in allen Altersgruppen, d.h. bei erwachsenen, heranwachsenden und jugendlichen Straftätern zu verzeichnen. Bezüglich der Art der Delikte steht der Rückgang der Gesamtzahl gleichermaßen mit den niedrigeren Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs.1 BtMG), der Handelsdelikte und der Verstöße gegen § 30 Abs. 1 Nr. 4 in Zusammenhang.

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten ist von 2010 auf 2011 um 7,7 % gesunken, womit wegen BtMG-Verstößen Inhaftierte einen Anteil von 14,7 % an allen Gefangenen ausmachen.

Drogenmärkte

Insgesamt hat sich bei der Reinheit, den Preisen und der Fallzahl der Beschlagnahmungen von illegalen Drogen zwischen 2010 und 2011 nur wenig geändert. Die Menge der beschlagnahmten Drogenmenge ist sehr abhängig von größeren Einzelsicherstellungen. So ist beispielsweise die Sicherstellungsmenge von Kokain im Jahr 2011 annähernd auf den Wert von 2009 gesunken, nachdem 2010 aufgrund einiger Großsicherstellungen im drei- und vierstelligen Kilogramm Bereich ein Rekordwert erreicht wurde. Zum Teil erhebliche Steigerungen gab es bei den Sicherstellungsmengen von Amphetamin, Crystal, Cannabispflanzen und Khat, die sich auch schon in den letzten Jahren abzeichneten. Die Sicherstellungsmenge von Ecstasy hat wieder annähernd den Wert von 2009 erreicht, nachdem 2010 (vor allem aufgrund mangelnder Nachfrage wegen verminderter Qualität) ein Tiefstwert erzielt wurde. Die Sicherstellungsmengen von Marihuana und Haschisch sind im Vergleich zum Vorjahr jeweils um 19 % gesunken.

Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist von 2010 nach 2011 insgesamt um 5,5 % gestiegen. Maßgeblich ausschlaggebend für die erhöhte Gesamtfallzahl von Sicherstellungen sind die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Marihuana, Amphetamin und Crystal. Crystal hat 2011 Ecstasy als am zweithäufigsten sichergestelltes Amphetamin-Typ-Stimulans (ATS) abgelöst. Minimale Veränderungen zeigen sich bei den Sicherstellungszahlen von Haschisch und Kokain, deutliche Rückgänge bei Heroin.

Im Kleinhandel blieben die Preise für Kokain, Ecstasy, Haschisch, Marihuana, Amphetamin und LSD entweder unverändert oder stiegen leicht an. Die Preise für Heroin, Crystal und Crack erhöhten sich dagegen im Bundesdurchschnitt deutlich. Während die Preise für Großmengen von Heroin leicht sowie für Kokain von 0,5 bis < 1,5 kg und Amphetamin von 10 kg bis < 100 kg deutlich gestiegen sind, sind die anderen Großhandelspreise entweder stabil geblieben oder gesunken.

Die durchschnittlichen Wirkstoffgehalte von Amphetamin, Kokain und Cannabisprodukten haben sich auch bei einem Vergleich über die letzten fünf Jahre kaum verändert. Im

Gegensatz dazu unterliegt der Wirkstoffgehalt von Heroin relativ großen Schwankungen. Der Wirkstoffgehalt des Heroins ist im Straßenhandel nach (von Ausreißern abgesehen) kontinuierlichem Anstieg zwischen 2002 und 2010, wo er mit fast 25 % den höchsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, im Jahr 2011 sehr stark auf 11,0 % gesunken. Im Großhandel unterliegt der Wirkstoffgehalt des Heroins großen Schwankungen: Zwischen 2005 (36,5 %) und 2009 (60,3 %) hat sich die Reinheit des Heroins nahezu verdoppelt, ist dann 2010 sehr stark auf 34,1 % gesunken und beträgt 2011 42,2 %. Bemerkenswert ist, dass wieder, wie in den Jahren bis einschließlich 2008, fast ausschließlich MDMA als psychoaktiver Wirkstoff in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen wurde, m-CPP dagegen, welches in den Jahren 2009 (65,2 %) und 2010 (61,1 %) im Großteil der sichergestellten Monopräparate als psychoaktiver Wirkstoff identifiziert wurde, 2011 (0,9 %) nahezu bedeutungslos geworden ist.

Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland

Die stationäre Versorgung ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- und Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten. Davon existieren 4.000 Plätze für Drogenabhängige. Das Leistungsangebot sowie die Therapiekonzepte haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt, sodass verschiedenen Behandlungsbedürfnissen entsprochen wird und die Behandlungsmodelle und -programme sowohl den Drogenkonsum, Gesundheit und Lebensqualität als auch berufliche und soziale Teilhabe berücksichtigen. Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich der körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung zählt in Deutschland überwiegend zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 9 und 15 SGB VI. Die Einrichtungen („Fachkliniken“) werden vornehmlich von der Deutschen Rentenversicherung belegt. In der 2001 in Kraft getretenen „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger werden in dezidiert Weise Form und Inhalte der Therapie vorgegeben, das Fachpersonal bestimmt, die Organisationsstruktur der Rehabilitation festgelegt und die Dauer der Therapie empfohlen.

Das Bemühen, medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen auf möglichst hohem Qualitätsniveau zu erbringen, lassen die Anforderungen an die stationären Einrichtungen Drogenabhängiger steigen. Die fortlaufende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung, gerade vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel, werden weiterhin zentrale Themen in der stationären Suchthilfe bleiben.

Drogenpolitik in großen europäischen Städten

Große Städte sind häufig überproportional stark betroffen von Drogenhandel auf der einen Seite und Problemen im Zusammenhang mit Drogenkonsum auf der anderen Seite. Dies betrifft nicht nur offene Drogenszenen oder Stadtviertel, wo sich Drogenprobleme konzentrieren, sondern hat auch Auswirkungen auf die Sicherheit und das öffentliche Gesundheitswesen.

Im ersten Teil dieses Sonderkapitels werden die Drogenpolitiken bzw. -strategien oder -aktionspläne von zwölf großen deutschen Städten vorgestellt: Hamburg, München, Köln, Frankfurt, Stuttgart, Dortmund, Essen, Düsseldorf, Bremen, Leipzig, Dresden und Rostock. Behandelt werden dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede bzgl. der Verwaltungsstruktur und drogenbezogene Angebote, die kommunale Drogenstrategie und deren grobe Inhalte (sofern vorhanden), die Koordination der Drogenpolitik durch einen Drogenbeauftragten sowie die Beteiligung der Städte an Netzwerken mit drogenrelevanten Arbeitsschwerpunkten.

Im zweiten Teil dieses Sonderkapitels wird detailliert auf die Drogenpolitik der deutschen Hauptstadt Berlin eingegangen. Dabei ergibt sich für Berlin (ebenso wie für Bremen und Hamburg) die Besonderheit, dass Berlin als Stadtstaat auch die Funktion eines Bundeslandes ausübt. Es wird ausführlich berichtet über die Berliner Drogen- und Suchtpolitik, Suchtprävention und -hilfe, Studien zur Drogensituation von Berlin, die vier Bereiche der Drogenpolitik in Hauptstädten sowie exemplarisch über den Stand der Implementierung der Diamorphinbehandlung.

Summary

The present report on the drug situation in Germany has been prepared on behalf of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), which is an agency of the European Union. The report is the result of the work performed by the German Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD), in which the Institute for Therapy Research (Institut für Therapieforschung, IFT), the Federal Centre for Health Education (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS) cooperate and join forces. The DBDD is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to the EMCDDA guidelines and is available for download at www.dbdd.de.

Drug policy: legislation, strategies and economic analysis

Isolated “drug” concepts have been replaced by a cross-substance “addiction” policy that increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. As a reaction to the new challenges posed to addiction and drug policy and to current developments, the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs presented a “National Strategy on Drug and Addiction Policy”. The stated aim of the drug and addiction policy continues to be the reduction of the consumption of legal and illegal addictive substances as well as the avoidance of societal problems caused by drugs and addiction. The National Strategy is designed to be a healthcare guideline for a modern drug and addiction policy in Germany. The National Strategy on Drug and Addiction Policy is a part, in terms of its aims and intentions, of the general prevention strategy currently being prepared by the German Federal Government in the area of drug and addiction policy.

With the 26th amending regulation on narcotic drugs (25. BtMÄndV), schedules I to III of the German Narcotics Act (Betäubungsmittelgesetz, BtMG) were adapted to reflect the current status of scientific knowledge and 28 new synthetic, psychoactive substances (including synthetic derivatives of amphetamine, piperzine, cocaine and several synthetic cannabinoids) were adopted into the schedules of the BtMG for the purpose of health protection in order to dampen their abuse and facilitate prosecutions. Furthermore, liquid medicines containing tilidine with fast release of the active ingredient have been made subject to the narcotic law regulations through their adoption in schedule III of the BtMG.

Furthermore, again in this report year, numerous projects were carried out on a regional, federal or international level in the area of drugs with the cooperation, in particular, of the Federal Ministry of Health (BMG).

Drug use in the population and specific targeted groups

The results of the last Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) carried out in 2009 were already presented in the REITOX Report 2010. They corroborate the findings of

earlier surveys, showing that about a quarter of the adult population in Germany has experience with drugs. The proportion of adults who took drugs in the last 12 months was still at 5%; with less than 3% using drugs in the last 30 days. Cannabis remains by far the most commonly used illicit drug. Apart from this, noteworthy figures were only reached by cocaine, amphetamines, ecstasy and mushrooms. The use of heroin, LSD and crack remains limited to a specific group that is clearly smaller in numbers.

According to the results of the latest Drug Affinity Study (DAS) of the Federal Centre for Health Education (BZgA), 17.6% of 12-17 year old adolescents in Germany have already been offered illegal drugs at least once (BZgA 2012). The proportion of adolescents who have also tried an illegal drug at least once is considerably lower, with a lifetime prevalence of 7.2%. A total of 4.9% of adolescents between 12 and 17 had consumed an illegal drug within the 12 months prior to the survey (12-month prevalence) of whom less than half (2.0%) reported that this consumption was fewer than 30 days previously (30-day prevalence). Regular consumption of illegal drugs was found in around every hundredth adolescent. In total 0.9% of 12-17 year olds stated they had taken an illegal drug more than ten times in the previous twelve months.

In the case of young adults between the ages of 18 and 25, almost two thirds of respondents (65.1%) had already experienced being offered an illegal drug. The lifetime prevalence for the consumption of illegal drugs amongst young adults was 39.8%, the 12-month prevalence 14.3%. The 30-day prevalence for the consumption of illegal drugs in this age group was 5.8% and the prevalence of regular consumption of illegal drugs was 3.7%. Illegal drugs play a larger role amongst male adolescents and young adults than amongst their female equivalents.

At the end of 2011, the findings of the German survey in the scope of the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), in which five German *Laender* had participated, were presented. Cannabis remained the most commonly consumed illegal substance, with a lifetime prevalence of 22.2%. In the year prior to the survey, 17.4% of adolescents had tried cannabis at least once. For the previous 30 days, the figure was 8.1%. More boys than girls reported having consumed cannabis at least once in their life (28.2% vs. 16.8%), in the 12 months prior to the survey (22.8% vs. 12.6%) and in the 30 days prior to the survey (11.7% vs. 4.8%). The lifetime prevalence was highest in secondary general schools (Hauptschule), at 26.8%. However, consumption in the last 30 days was reported by considerably more comprehensive school (Gesamtschule) pupils, at 11.5%.

Complementing the current DAS study, the findings of the latest school survey were presented in 2012 in the scope of the Frankfurt MoSyD. Furthermore, the MoSyD also revealed information from the trend scout panel. Trend data from the HBSC study were also presented.

Prevention

Using a combination of measures for behaviour and condition oriented prevention, smoking behaviour of adolescents in Germany was reduced to a historic low.

Cannabis is the most commonly consumed illegal drug amongst 12 to 25 year olds. Thus, it remains necessary to address cannabis in suitable preventative measures. Specifically, the simultaneous consumption of alcohol and an illegal drug represents a widely spread risk behaviour. Experts in addiction prevention react to this with a large number of preventative measures related to specific substances, specifically alcohol and cannabis, in order to promote a low risk approach to alcohol and to reduce the consumption of legal and illegal addictive substances in all age groups of the population. In particular, the reduction in experience with drugs, seen amongst adolescents, should be further supported in order to achieve changes by young adults also. The access points via so-called new media such as the internet or social networks are equally significant in addiction prevention as information on (online) cessation assistance or the offer of local advice centres.

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

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

Problem Drug Use

Based on figures from treatment facilities, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates venturing the scale of problem (i.e. risky, harmful and dependent) drug use indicate the number of problematic users of heroin range between 63,000 and 174,000 persons (1.2 to 3.2 persons per 1,000 inhabitants) in the age group of 15-64 years. Since 2005, the estimates for the multiplier "police contacts" are on the decline. The same applies to the multiplier "drug-related deaths" for the years since 2008. The estimates based on the multiplier "demand for treatment" fell from 2008 to 2009 but rose again slightly towards 2010. In summary, one can assume that the estimated number of heroin/opioid users has continuously declined.

Moreover, the findings of the Phar-Mon project will be presented. Its aim is to record the abuse and addiction potential of medicines and to contribute to the identification of trends of abuse.

In this chapter, the findings of the DAS on the regular consumption of illegal substances will also be presented. Here, the proportion of male respondents was almost three times as high as that of the female respondents. A ZIS study on the abuse of substitution substances

showed that the proximity to substitution practices but also the substitution itself works as a protective factor for concomitant use, emergencies, living situation and employment situation. In a further ZIS study, more than three quarters of geriatric care homes contacted reported caring for patients with addiction problems. In this context, the prevalence of an addiction problem within the facility was estimated at around 10%. On average, 39% of patients with alcohol addiction and 73% of those with a pharmaceuticals addiction were women. According to the 2012 pharmaceuticals report of the health insurance company BARMER GEK, a higher number of prescriptions of psychotropic drugs for women than for men was apparent.

Drug-related treatment: treatment demand and availability

A little under half (44.9%; 2010: 46.3%) of the clients who sought help from outpatient drug counselling facilities in connection with illicit drugs in 2011, had primary opioid-related problems; about a third (34.7%; 2010: 35.6%) suffered primarily from problems with cannabis use. Cannabis-related cases accounted for 56.6% (2010: 59.8%) of the patients who underwent therapy for the first time, while opioids played a minor role among this population (18.1%; 2010: 17.7%). In 15.0% (2010: 12.5%) of cases, stimulants were the reason for contacting an outpatient addiction counselling centre for the first time; they accounted for 10.5% (2010: 8.2%) of all newly admitted and discharged patients.

In the inpatient setting, opioids continued to play the largest role in the area of illicit drugs. As for acute (hospital) treatments, amongst substance related disorders (excluding alcohol), toxicoses caused by sedatives/hypnotics were the reason for contacting the facility in about one case in ten. Cocaine was the main reason for treatment in 6.9% (2010: 6.8%) of the cases and stimulants in 12.7% (2010: 9.7%) of the cases treated in the specialist clinics that participate in the German Statistical Report on Treatment Centres for Substance Use Disorders.

The number of substitution treatments did not rise year on year for the first time since the introduction of mandatory notification (2002) and was 76,200 in 2011 (2010: 77,400). There are still considerable regional differences regarding the supply of and demand for substitution treatments.

Health correlates and consequences

In 2011, 2,889 newly-diagnosed Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections were reported to the Robert Koch Institute (RKI). The number has thus hardly decreased at all compared to 2010 (2,939). Persons who have likely contracted their HIV infection through intravenous drug use make up the third largest group, at 4% (n=90).

In addition, a total of 5,027 cases of newly diagnosed hepatitis C were reported to the RKI for 2011. The incidence of first diagnosis was thus lower than that in 2010 (6.5) and than the median of the years 2006 to 2010 (7.6). Intravenous drug use, which is highly probably causally related to the hepatitis C discovered, was reported for 1,126 cases (70% of the cases with valid information as to the mode of transmission).

In 2011, 986 people died as a result of the use of illegal drugs. This represented a 20% reduction in comparison to the previous year (1,237) and the lowest number of drug-related deaths since 1988. Overdosing on heroin (including the consumption of heroin in connection with other drugs) was once more the most common cause of death (58%; 2010: 69%). The proportion of drug deaths in which substitution substances were found, alone or in connection with other drugs, was 22% and thus slightly increased in comparison to the previous year (2010: 14%), however still lower than 2002 when this proportion was at 40%.

Response to health correlates and consequences

Various measures, such as drug consumption rooms, syringe exchange programmes and other prevention programs have been established to help prevent drug-related deaths and infectious diseases. In Germany there are currently (as at June 2012) a total of 24 inpatient drug consumption rooms as well as 2 mobile drug consumption facilities in 5 cities in 6 *Laender* in Germany. Recent research also shows at least 223 facilities with syringe exchange programmes and 167 syringe vending machines.

Social correlates and social reintegration

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

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

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

In 2011, a total of around 236,000 drug law offences were recorded of which around 170,000 were general offences against the Narcotics Act (BtMG) and nearly 50,000 dealing/trafficking offences. That represented an overall increase of 2.4% in comparison to 2010 which can be seen alongside a rise in general offences (+2.3%) and in trafficking crimes (+2.7%).

The number of convictions rendered under the BtMG fell by 6.8% from 2009 (59,432) to 2010 (55,391). The slight reduction was seen in all age categories, i.e. adults, young adult and juvenile criminals. In respect of the type of offence, the decline in the overall number is in connection to the lower number of cases of unspecific consumption-related offences (Sec. 29 Par. 1 BtMG), the dealing/trafficking crimes and breaches of Sec. 30 Par. 1 No. 4.

The number of persons imprisoned due to BtMG related offences fell by 7.7% from 2010 to 2011 which means that persons imprisoned due to offences under the BtMG make up 14.7% of all prisoners.

Drug markets

All in all, there was little change in the development of purity, prices and number of seizures of illicit drugs between 2010 and 2011. The quantity of drugs seized is very much dependent on larger individual seizures. In this way, for example, the quantity of cocaine seized in 2011 fell almost to 2009 levels after several major seizures of several hundreds or thousands of kilograms set a new record in 2010. There were in part considerable increases in the quantity of amphetamine, crystal, cannabis plants and Khat seized which had already been seen in previous years. The quantity of ecstasy seized almost reached 2009 levels again after 2010 set a record low (primarily because of a lack of demand due to inferior quality levels). The quantity of marijuana and hashish seized both fell by 19% year on year.

The number of seizures increased by 5.5% overall from 2010 to 2011. The most significant factor for the increased overall number of seizures was the increased number of seizures of marijuana, amphetamine and crystal. Crystal overtook ecstasy in 2011 as the second-most often seized amphetamine type stimulant (ATS). There were minimal developments in the numbers of seizures of hashish and cocaine but considerable reductions in the case of heroin.

On the street-level, prices of cocaine, ecstasy, hashish, marijuana, amphetamine and LSD either remained constant or increased slightly. In contrast, the average prices of heroin, crystal and crack throughout Germany increased markedly. Whilst the prices for wholesale volumes of heroin increased slightly and those for cocaine of 0.5 to <1.5 kg and amphetamine of 10 to <100kg increased considerably, the other wholesale prices either remained stable or fell.

The average concentration of active ingredients of amphetamine, cocaine and cannabis products have hardly changed also in comparison to the last five years. In contrast, the concentration of active ingredient in heroin undergoes relatively large fluctuations: the concentration of active ingredient in heroin in street-level trafficking reduced sharply to 11.0% after having risen continuously (exceptions aside) from 2002 to 2010 when it reached its highest level of the last 10 years of 25%. The concentration of active ingredient in heroin in the case of wholesale, experiences large fluctuations: between 2005 (36.5%) and 2009 (60.3%) the purity of heroin almost doubled before falling sharply to 34.1% in 2009 and rising to 42.2% in 2011. It is notable that once again, as in the years up to and including 2008, almost exclusively MDMA was detected as the psychoactive ingredient in ecstasy tablets; while in contrast, m-CPP became almost irrelevant (at 0.9%) after having been identified as the psychoactive ingredient in the majority of single substance products seized in 2009 (65.2%) and 2010 (61.1%).

Inpatient treatment of drug addicts in Germany

Inpatient treatment is a key element of treatment and rehabilitation forms for drug addicts. In Germany there are approx. 320 facilities with over 13,200 beds offering inpatient rehabilitation services for people with substance-related disorders. Of these, 4,000 beds are for drug addicts. The services, as well as the treatment concepts, have continuously

developed in the past decade to such a degree that various treatment needs are being met and the treatment model and programme address drug use, health and quality of life as well as professional and social participation. The aim of rehabilitation is to achieve and maintain abstinence, remove or offset physical and mental disorders and maintain or achieve reintegration into work, profession and society for as long as possible.

Inpatient withdrawal treatment is primarily one of the services of medical rehabilitation in Germany according to §§ 9 and 15 SGB VI. The facilities (“specialist clinics”) are particularly covered by the Deutsche Rentenversicherung (German Pension Insurance Scheme). The “Agreement on dependency illnesses” concerning the cooperation between health insurers and pension insurance schemes, which came into effect in 2001, presents the form and content of treatment, selects the specialist staff, determines the organisational structure of rehabilitation and recommends the length of treatment, all in a decisive manner.

The effort to provide medical, psychotherapy and psychosocial interventions for people with substance-related disorders at the highest level of quality possible have raised the requirements for inpatient drug addiction facilities. The ongoing development of quality assurance and review of effectiveness, particularly against the background of scarce financial means will continue to remain a central topic in inpatient addiction treatment.

Drug policies in major European cities

Large cities are often disproportionately heavily affected by drug trafficking on the one hand and problems in connection with drug consumption on the other. This concerns not only open drug scenes or districts where drug problems are concentrated, but also affects safety and the public health services.

The first part of this special chapter shows the drug policies and the drug strategies or action plans of twelve major German cities: Hamburg, Munich, Cologne, Frankfurt, Stuttgart, Dortmund, Essen, Düsseldorf, Bremen, Leipzig, Dresden and Rostock. This will cover the commonalities and differences with respect to management structure, drug-related programmes, the presence of a drug strategy and its rough contents, coordination by a drug commissioner as well as participation of cities in networks with focus areas relevant to drugs.

The second part of this special section discusses the drug policies of the German capital, Berlin in detail. This turns out to be a special feature for Berlin (as well as for Bremen and Hamburg) in that as a city-state, Berlin also functions as a Federal State. Berlin’s drug and addiction policies, addiction prevention and assistance, studies on the city’s drug situation, the four areas of drug policy in capital cities and, as an exemplary model, diamorphine treatment are reported on in detail as one of many current topics.

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

1.1 Überblick

1.1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Drogenpolitik“ unterliegt in Deutschland einem allmählichen Bedeutungswandel. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts bezog er sich eindeutig nur auf illegale Drogen, die im Mittelpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“³-Politik. Seit einigen Jahren stehen (1) Störungen durch legale psychotrope Substanzen und (2) gemeinsame Aspekte aller Substanzen (z. B. in der universellen Prävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) sowie seit einiger Zeit auch stoffungebundene Süchte⁴ (z. B. pathologisches Glücksspiel) stärker im Mittelpunkt des politischen Interesses. Aus diesem Grunde werden zunehmend die Begriffe „Drogen- und Suchtpolitik“ oder „Suchtpolitik“ anstelle von „Drogenpolitik“ verwendet. Wegen der Unterschiede in den politischen Zielen und Strategien von legalen und illegalen Substanzen wird in der deutschen Sprache vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

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

³ Der Begriff „Sucht“ bezeichnet hier keine enge Zielgruppe mehr, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

⁴ Nach wie vor findet eine wissenschaftliche Diskussion darüber statt, ob pathologisches Glücksspiel als nicht-stoffgebundene Sucht oder exzessives Verhalten vor dem Hintergrund einer Störung der Impulskontrolle zu betrachten ist. Eine abschließende Einigung konnte bislang nicht erzielt werden. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe im Rahmen des REITOX-Berichtes soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen.

1.1.2 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“

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

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

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

Sucht wird dabei als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild im breiten Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet, das mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht und der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen gegen die Sucht sollen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Suchtprävention hat einen herausragenden Stellenwert. Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen verhütet oder zumindest deutlich reduziert werden. Vorhandene Maßnahmen und Angebote sollen weiter ergänzt und qualitativ abgesichert werden. Der 2003 verabschiedete nationale „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) diente bis 2009 als Rahmen für die Suchtpolitik der Bundesregierung. Details hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004.

Am 15.02.2012 wurde die bereits im letzten REITOX-Bericht angekündigte „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ im Bundeskabinett verabschiedet, siehe dazu Abschnitt 1.3.1.

1.1.3 Die Struktur Deutschlands

Kompetenzen von Bund und Ländern

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

Kommunen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und gemeinsamer Ziele durchaus unterschiedliche Schwerpunkte setzen können.

Bei der praktischen Umsetzung von Drogenpolitik wird insbesondere in Hinblick auf Beratungs-, Betreuungs- und allgemeine Präventionsaktivitäten in einigen Bundesländern zurzeit verstärkt die Zuständigkeit der Kommunen betont. Dadurch soll nicht zuletzt die Integration von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Der überregionale Austausch von Informationen und die Erfassung der Gesamtsituation werden allerdings tendenziell schwieriger.

Die Rolle der Leistungsträger

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

Die Rolle von Nichtregierungsorganisationen

Die Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere der sozialen Arbeit wird in Deutschland vom Prinzip der Subsidiarität geprägt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (d. h. die Zusammenschlüsse der niedergelassenen Ärzte) haben in Deutschland den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Insbesondere die freie Wohlfahrtspflege organisiert einen großen Teil der sozialtherapeutischen Maßnahmen zur Betreuung von Drogenkonsumenten. Öffentliche Mittel - aus Bundes-, Landes- oder kommunalen Haushalten - werden dafür nach bestimmten Kriterien zur Verfügung gestellt. Nur in wenigen Fällen (z. B. Beratungsstellen in Trägerschaft von Gesundheitsämtern oder Psychiatrische Kliniken) ist der Staat selbst Träger von speziellen Hilfen und Angeboten für Personen mit Suchtproblemen. Auch bei der Jugendhilfe sieht das Gesetz eine Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen vor (Sozialgesetzbuch (SGB) VIII).

Eine Übersicht über Politik und institutionelle Rahmenbedingungen findet sich im Strukturierten Fragebogen 32.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Das BtMG und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, wie etwa die wichtige Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV), enthalten die wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe enthalten:

- Anlage I: Nicht-verkehrsfähige und nicht verschreibungsfähige BtM (z. B. MDMA, Heroin, Psilocybin).
- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige BtM (z. B. Meprobamat, Methamphetamin).
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige BtM (z. B. Amphetamine, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, Morphin und Opium).

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

Sozialgesetze (SGB)

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

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II und SGB III) für Menschen mit Suchtproblemen noch wichtiger geworden. Die Gesetzesänderung mit dem zentralen Ziel, Menschen verstärkt in Arbeit zu vermitteln, soll auch die intensivere Bearbeitung von Vermittlungshindernissen beinhalten. Drogenabhängigkeit ist in dieser Betrachtung ein besonders problematisches Hindernis und als solches Gegenstand der Hilfe. Zuständig für die Gewährung von Hilfen nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit und die so genannten optierenden Kommunen.

Sonstige Gesetze

Weitere wichtige Gesetze, in denen mögliche rechtliche Konsequenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen z. B. in Hinblick auf die Beteiligung am Straßenverkehr definiert sind, sind:

- die Straßenverkehrsordnung (StVO), in der z. B. geregelt wird, wie Verkehrskontrollen durchzuführen sind,
- das Straßenverkehrsgesetz (StVG), in dem die Promillegrenze für Alkohol angegeben wird und auch das Führen von Kraftfahrzeugen unter der Wirkung anderer berauschender Mittel als Ordnungswidrigkeit definiert wird,
- das Strafgesetzbuch (StGB), das ebenfalls auf die Folgen des Konsums von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr eingeht und die Unterbringung suchtmittelabhängiger Straftäter im Maßregelvollzug regelt und
- die Fahrerlaubnisverordnung (FeV), in der Auflagen, Eignungszweifel und der Entzug der Fahrerlaubnis, z. B. aufgrund einer vorliegenden Abhängigkeit von Betäubungsmitteln thematisiert werden.

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen

Umfangreiche Informationen zur Rechtspraxis und Strafverfolgung waren Gegenstand eines Sonderkapitels des REITOX-Berichtes 2008 sowie einer entsprechenden Veröffentlichung der EBDD. Beide Dokumente sind über die DBDD zu beziehen.

Absehen von der Strafverfolgung

Das BtMG räumt mit § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Die noch vor einigen Jahren bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Laufe der letzten Jahre geringer geworden. Dennoch weisen die Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu auch Körner et al. 2012; Schäfer & Paoli 2006).

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

Fast alle Bundesländer haben bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Bei den Festlegungen der einzelnen Bundesländer handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im

Einzelfall abweichen können. Es ist wichtig festzuhalten, dass es auch mit Blick auf diese Regelungen keinen Rechtsanspruch gibt, wonach in entsprechenden Fällen von der Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen abzusehen ist. Wird von einer Strafverfolgung abgesehen, so heißt das nicht automatisch, dass die Tat folgenlos bleibt. Staatsanwälte haben die Möglichkeit, ein Verfahren gegen Auflagen (z. B. Arbeitsstunden, Geldstrafe oder Beratung in einer sozialen Einrichtung) einzustellen.

In einer Grundsatzentscheidung vom 03.12.2008 hat der Bundesgerichtshof (BGH) die „nicht geringe“ Menge von Methamphetamin von 30 Gramm Methamphetamin-Base auf 5 Gramm herabgesetzt. Der Senat hielt angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Toxizität des Methamphetamins in den letzten zehn Jahren einen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung deutlich geringeren Grenzwert für erforderlich. Im Gegensatz zu einem Landgerichtsurteil hat der Bundesgerichtshof den Grenzwert aber nicht auf fünf Gramm Methamphetaminhydrochlorid sondern auf Methamphetamin-Base festgelegt (siehe ausführlich dazu auch Patzak 2009). Mit Urteil vom 17.11.2011 hat der BGH die nicht geringe Menge Methamphetaminracemat bei 10 g der wirkungsbestimmenden Base festgelegt. Ab dieser Menge bewegt sich der Täter nicht mehr im Vergehenstatbestand des § 29 Abs. 1 BtMG, der als mögliche Strafen Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren vorsieht, sondern er sieht sich einer Freiheitsstrafe nicht unter ein bzw. zwei Jahren gegenüber.

Bereits im April 2007 hat der BGH in einem Grundsatzurteil die „nicht geringe Menge“ für Buprenorphin definiert. Damit fügte der BGH der Reihe zum Begriff der „nicht geringen Menge“ ergangenen Grundsatzentscheidungen eine weitere hinzu, in der er sich erstmals mit einem in der Substitutionstherapie verwendeten Stoff befasst, dessen Auftauchen auf dem illegalen Markt Sorge bereitet (Winkler 2007). Die "nicht geringe Menge" entsprechend der Formulierungen des BtMG bezieht sich - anders als die "geringe Menge" - nicht auf das Gewicht der sichergestellten Substanz sondern auf das des enthaltenen Wirkstoffs.

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

Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung⁵

Mit dem am 21. Juli 2009 in Kraft getretenen „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ (BGBl. I vom 20. Juli 2009, S. 1801) wurden durch Änderungen des BtMG, des Arzneimittelgesetzes (AMG) und der BtMVV die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung aus dem Bundesdeutschen Modellprojekt in die Regelversorgung geschaffen. Das Gesetz regelt vor allem, dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin, sofern es als Fertigarzneimittel zur

⁵ Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 41, Bonn: 20.07.2009.

Substitution nach dem Arzneimittelrecht zugelassen ist) – unter engen Voraussetzungen – zur Substitutionsbehandlung von Schwerst opioidabhängigen verkehrs- und verschreibungsfähig ist (vgl. dazu die REITOX-Berichte 2007 und 2008).

Die Bundesförderung für die Länder und Städte, die ursprünglich an der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten klinischen Arzneimittelstudie („Heroinstudie“) beteiligt waren, ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Der Bund hat noch bis Ende 2011 die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland gefördert, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, was die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

26. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (26. BtMÄndV)

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 06.07.2012 der 26. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (26. BtMÄndV) zugestimmt. Mit der 26. BtMÄndV werden die Anlagen I bis III des BtMG an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst und mehrere neue synthetische, psychoaktive Stoffe (u.a. synthetische Derivate von Amphetamin, Piperazin, Kokain und mehrere synthetische Cannabinoide) zum Schutz der Gesundheit in die Anlagen des BtMG aufgenommen, um deren Missbrauch einzudämmen und die Strafverfolgung zu erleichtern. Weiterhin werden in Anlage III des BtMG flüssige Tilidin-haltige Arzneimittel mit schneller Wirkstofffreisetzung den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterstellt. In der BtMVV wird für ein Betäubungsmittel (Methylphenidat) die Höchstverschreibungsmenge entsprechend den Erfordernissen der medizinischen Therapie angepasst; für drei BtM (Cannabisextrakt, Dexamphetamin und Flunitrazepam) werden zur Gewährleistung der Sicherheit und Kontrolle des BtM-Verkehres erstmalig Höchstverschreibungsmengen festgelegt (Bundesrat Drucksache 317/12).

Darüber hinaus hat der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, zu prüfen, inwieweit die Einführung einer Gruppenunterstellung sich ähnelnder psychoaktiver Substanzen unter das BtMG rechtlich und tatsächlich möglich ist. Bislang werden psychoaktive Substanzen - im Hinblick auf die dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot folgende Systematik des BtMG - einzeln dem BtMG unterstellt, auch wenn sie sich in ihrer chemischen Struktur stark ähneln. Dies führt dazu, dass wahrscheinlich chemisch leicht herstellbare Derivate dieser Substanzen in den Verkehr nachgeschoben werden, obwohl sie eine ähnliche oder dieselbe Wirkung aufweisen können wie die in Anhang I und II BtMG aufgeführten Stoffe.

In der Begründung des Bundesrats für diese Empfehlung heißt es dazu: „In der 22. und 24. Betäubungsmitteländerungsverordnung wurden (...) einige psychoaktive Substanzen dem BtMG unterstellt, die als sogenannte Designer-Drogen durch kleine chemische Änderungen bekannter Betäubungsmittel hergestellt wurden: Cannabinoide, Amphetamin-, Cathinon- und Piperazinderivate. Es ist kein Ende dieser Serie abzusehen, da es auf einfache Weise möglich ist, diese Substanzen chemisch zu verändern, ohne dass die physiologische Wirkung verlorengeht. In der Zeit, die verstreicht, bis die vorliegende Verordnung in Kraft

getreten ist, sind bei den Überwachungsbehörden schon einige weitere Substanzen auffällig geworden (...)" (Bundesrat Drucksache 317/12(B)).

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

1.3.1 Nationale Strategie

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den "Aktionsplan Drogen und Sucht" als eine fortlaufende Agenda zur Reduzierung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Die Umsetzung dieses Aktionsplans wurde ab 2005 durch den Drogen- und Suchtrat (DSR) begleitet.

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

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

Am 15.02.2012 wurde die bereits im letzten REITOX-Bericht angekündigte „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ im Bundeskabinett verabschiedet (siehe dazu auch REITOX-Bericht 2011), die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aus dem Jahr 2003 ablöst (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b)⁶. Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist demnach weiterhin die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in der Gesellschaft. Die Nationale Strategie versteht sich als gesundheitspolitische Leitlinie für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland. Sie formuliert die Schwerpunkte und suchtpolitischen Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen, dem bestehenden Suchthilfesystem, den rechtlichen Rahmenbedingungen und bewährten Konzepten zur Suchtprävention. Dabei bezieht die Strategie internationale Initiativen und Aktivitäten auf europäischer Ebene sowie auf der Ebene der WHO und der Vereinten Nationen mit ein. Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der derzeit in Vorbereitung befindlichen allgemeinen Präventionsstrategie der Bundesregierung im Bereich der Drogen- und Suchtpolitik. Beide Strategien betonen die zentrale Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der

⁶ <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-nationale-strategie.html> (Letzter Zugriff am 24.07.2012)

Gesundheitspolitik. Deutschland verfügt hierbei über eine lange Erfahrung mit erfolgreichen Maßnahmen in der universellen, selektiven und indizierten Prävention und setzt seine Schwerpunkte dabei auf Kinder und Jugendliche, um eine gesunde Entwicklung frühzeitig zu fördern, sowie auf Erwachsene, um deren Gesundheit zu erhalten.

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

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

Empfehlung zur „Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben“

Am 07.12.2011 hat der DSR die Empfehlung zur „Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben“ zustimmend zur Kenntnis genommen. Im Zusammenhang mit diesem Dokument empfiehlt der DSR unter anderem die Entwicklung von Fachkonzepten „Sucht“ durch die Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit, die gezielte und frühzeitige Nutzung des Instrumentes der Suchtberatung, die Einbeziehung weiterer sozialer Dienste und Integrationsfachdienste, eine suchtspezifische Qualifizierung der Mitarbeiter in den Agenturen für Arbeit und die Entwicklung weiterer arbeitsmarktpolitischer Instrumente speziell für Menschen, für die kurz-/mittelfristig keine Perspektive besteht, auf dem ersten Arbeitsmarkt unterzukommen. Der DSR sieht nach wie vor einen erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben (Drogen- und Suchtrat 2012).

1.3.2 Implementierung und Evaluation der nationalen Strategie

Deutsches Suchtforschungsnetz

2001 wurde in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung initiiert, der in der zweiten Förderperiode bis 2008 gefördert worden ist. In vier Forschungsverbänden, die vom

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert wurden, haben Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen in ihrem regionalen Umfeld mit Einrichtungen der Primärversorgung und der Suchthilfe im Rahmen anwendungsorientierter Forschungsprojekte kooperiert.

Auch wenn die Bundesfinanzierung der Suchtforschungsverbände in 2007 ausgelaufen ist, führen die gebildeten Netzwerke auch weiterhin gemeinsame Forschungsaktivitäten durch und erschließen neue Finanzierungsmöglichkeiten. Eine Reihe von Ergebnissen, die in diesem REITOX-Bericht vorgestellt werden, sowie die zugehörigen Publikationen entstammen den im Rahmen der Forschungsverbände durchgeführten Projekten oder deren Anschlussvorhaben.

Sucht und Gewalt

Der vom BMBF geförderte Forschungsverbund CANSAS untersucht den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Vernachlässigung. Der Verbund ist in das Forschungsnetz „Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt“ eingebettet, das aus der Arbeit des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ hervorgegangen ist. Kinder und Jugendliche von Eltern, die Suchtmittel konsumieren, sind häufiger Opfer von Vernachlässigung oder Gewalt. Gleichzeitig geraten solche Kinder und Jugendliche im Erwachsenenalter überdurchschnittlich häufig selbst in Probleme des Substanzmissbrauchs. Die an CANSAS beteiligten Wissenschaftler forschen nach Ursachen und möglichen Interventionen.

Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn

Ebenfalls mit finanzieller Unterstützung des BMBF wird im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung untersucht, wie Drogen auf das menschliche Gehirn wirken. Wissenschaftler der Technischen Universität Dresden erforschen unter Nutzung bildgebender Verfahren, wie Drogen auf die Reifung des jugendlichen Gehirns wirken. Die gleichen Methoden nutzt das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI-Mannheim) im Rahmen des Network of European Funding for Neuroscience Research (NEURON). Die Mannheimer Forscher beschäftigen sich damit, über welche Mechanismen Alkoholismus das Nervensystem beeinflusst, um beurteilen zu können, wie medikamentöse Behandlungsansätze wirken.

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

Die Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes werden nachfolgend in Tabelle 1.1 nur überblicksartig und in tabellarischer Form berichtet, die Reihenfolge orientiert sich an der Gliederung des REITOX-Berichtes. In den jeweiligen Einzelkapiteln wird ggf. näher auf die jeweiligen Vorhaben eingegangen (sofern dies nicht bereits in den letzten REITOX-Berichten erfolgt ist).

Tabelle 1.1 Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Geförderte Projekte	Laufzeit	Anmerkungen
Prävention		
Förderschwerpunkt: Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft, Evaluation	03/11 – 08/12 07/12 – 06/14	7 Projekte in 1. Phase; 3 Projekte in 2. Phase
Trampolin - Kinder aus suchtbelasteten Familien	10/08 – 09/12	Modulares Präventionskonzept
Prev@work	03/11 – 02/12	Primäre Suchtprävention in der Ausbildung, Implementierung des Konzepts in 3 weiteren Bundesländern
Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen		
Schulbus	02/12-12/13	Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln
Spice und synthetische Cannabinoide	01/11 – 12/12	Ko-Finanzierung EU-Projekt
Drogenbezogene Behandlung		
Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner	07/11 – 09/12	Förderung einer besseren Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Suchtselbsthilfe
Webbasierte Elternberatung	05/12 – 10/13	Entwicklung eines internetbasierten Beratungsprogramms für Eltern suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher
Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpreventiven Ansätzen in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU)	03/12 – 02/13	Entwicklung von Konzepten zur Beratung und Intervention betroffener Personen im Bereich der KMU
Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss	04/12 – 03/15	Repräsentative Erhebung
Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung	03/08 – 06/12	Ergebnissicherung des "Heroin-Modellprojekts"
Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG	11/11 – 12/12	Wirksamkeit und Trends gerichtlicher Therapieauflagen

Fortsetzung von Tabelle 1.1 Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Andere Projekte mit Förderung des BMG, die einen Bezug zu Drogen haben

Geförderte Projekte	Laufzeit	Anmerkungen
Selbstkontrolltraining (SKOLL) – Frühintervention für riskant Konsumierende psychotroper Substanzen	10/08 – 02/12	Erprobung eines suchtmittel-, alters- und geschlechterübergreifenden Ansatz bundesweit an 16 Standorten
Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen	10/10 – 09/12	Früherkennung suchtkrankter alter Menschen
Förderschwerpunkt: Sucht im Alter	10/10 – 12/12	8 Modellprojekte zur besseren Kooperation von Sucht- und Altenhilfe
Förderschwerpunkt: Migration und Sucht	04/09 – 08/12	6 Projekte zur Verbesserung des Zugangs von Migranten zum Suchthilfesystem

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von abhängigkeits erzeugenden Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster bzw. Konsumverzicht zu erreichen. Im Vordergrund der Präventionsaktivitäten der BZgA stehen insbesondere die legalen Drogen Alkohol und Nikotin, aber auch illegale Drogen. Weitere Präventionsbereiche sind „Bekämpfung des pathologischen Glücksspiels“⁷ und „Pathologische Internet- und Computerspielnutzung“⁸ ebenso wie Kampagnen zur Lebenskompetenzförderung und zu früher Suchtprävention⁹. Nachfolgend werden beispielhaft zwei Projekte vorgestellt, die einen kleinen Ausschnitt der suchtspezifischen Präventionsaktivitäten der BZgA darstellen:

- Alkoholpräventionskampagne für Jugendliche „Alkohol? Kenn dein Limit.“ Die im Jahr 2009 gestartete Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der BZgA, die vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) unterstützt wird, wendet sich an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 20 Jahren. Ziel der Kampagne ist es, Jugendliche zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren. Ein Mix aus unterschiedlichen Aufklärungsangeboten soll sie dazu anregen, den eigenen Alkoholkonsum kritisch zu reflektieren. Mädchen und junge Frauen trinken weit weniger Alkohol als ihre männlichen Altersgenossen. Mit der Weiterentwicklung im Herbst 2012 setzt die Kampagne noch stärker auf eine gendersensible Ansprache in allen Medien. Dadurch werden die unterschiedlichen Konsummotive und das unterschiedliche Konsumverhalten der Geschlechter verstärkt berücksichtigt. Zentrales Informationsmedium der Mehrebenenpräventionsstrategie der Kampagne ist das Internetportal www.kenn-dein-limit.info.

⁷ www.check-dein-spiel.de

⁸ www.ins-netz-gehen.de

⁹ www.kinderstarkmachen.de

- **PrevNet – das Internetfachportal für Fachkräfte in der Suchtprävention: Bewährte Kooperation zwischen Bund und Ländern**
Das Netzwerk PrevNet¹⁰ ist ein Kooperationsprojekt zwischen der BZgA und den Landeskoordinatoren der Suchtprävention aus 14 Bundesländern. PrevNet ist die Wissens- und Informationsdatenbank für Fachkräfte in der Suchtprävention in Deutschland. Das Portal bündelt alle verfügbaren Informationen über Einrichtungen und Akteure, Veranstaltungen, Projekte, Studien und Materialien in der Suchtprävention. PrevNet ist ein dynamisches Portal, das mit jeder neuen Eingabe seiner Mitglieder wächst. Zurzeit sind mehr als 900 Einrichtungen und rund 1.400 Mitglieder registriert.

Das Portal trägt außerdem dazu bei, die Fachkräfte in der Suchtprävention stärker miteinander zu vernetzen. Über Online-Foren und die Einrichtung von virtuellen Büros werden der direkte fachliche Austausch und die Kooperation untereinander gefördert.

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

Projekte und Forschungsprojekte mit Förderung durch die Europäische Kommission

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

Grundlage dieser Übersicht war eine Broschüre der Europäischen Kommission, die eine Zusammenstellung aller Projekte mit einem Bezug zu Drogen aus drei Förderprogrammen der Europäischen Kommission¹¹ auflistet und für 2012 nicht in aktualisierter Form vorlag. Die Broschüre, die auch Kurzbeschreibungen der Projekte (sowie auch älterer und abgeschlossener Vorhaben) enthält, kann z. B. über die Website der EBDD heruntergeladen werden¹². Aktuelle neue Beteiligungen deutscher Partner finden sich z. B. im Projekt ALICE-RAP¹³ (7. Forschungsrahmenprogramm, DG Research and Innovation).

¹⁰ www.prevnet.de

¹¹ Drug Prevention and Information Programme (DPIP) (DG Just); Public Health Programme (PHP) (DG SANCO); Seventh Framework Programme (FP7) (DG Research)

¹² www.emcdda.europa.eu/themes/research

¹³ www.alicerap.eu

Aktivitäten der Bundesländer

Bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland sowie das Prinzip der Subsidiarität, aber auch in Folge unterschiedlicher Problembelastungen und Ausgangsbedingungen, finden sich regionale Unterschiede im Umgang mit substanzbezogenen Störungen. Infolgedessen existieren Unterschiede in den Leitlinien und Richtlinien sowie in den Drogen- und Suchtprogrammen der Bundesländer. Alle Bundesländer haben gemeinsam ein Anforderungsprofil für ambulante regionale Suchthilfeeinrichtungen vorgelegt. Es bestehen keine einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Ansätze dazu - die Entwicklung von Leitlinien und Programmen zur Qualitätssicherung - werden jedoch auf fachlicher Ebene durch Fach- und Wissenschaftsverbände und durch die Leistungsträger verfolgt, ohne dass deren Anwendung und Berücksichtigung verpflichtend wäre (siehe 5.5). Aus den dargestellten Gründen kommt in den einzelnen Bundesländern und Kommunen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Die Bundesländer verfügen über ein gut ausgebautes Netz zur Versorgung der Klienten mit Suchtproblemen, das auf den Säulen Prävention, Behandlung und Nachsorge basiert. Die flächendeckenden Angebote beziehen sich auf die Prävention, ambulante Suchtberatung, qualifizierte Entgiftungseinrichtungen, Entwöhnungsbehandlungen und Adaptionseinrichtungen, komplementäre Angebote (niedrigschwellige Einrichtungen, Tagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, ambulant betreutes Wohnen, Jugendwohnheime, sozialtherapeutische Übergangswohnheime, Heime für Wohnungslose), andere spezifische Angebote (Pflegeheime und Maßregelvollzug) und die Suchtselbsthilfe. Die überwiegende Mehrheit der Versorgungseinrichtungen arbeitet im Sinne eines integrativen Arbeitsansatzes (legale und illegale Substanzen, pathologisches Glücksspiel, Probleme mit der Nutzung von Computern oder dem Internet, Essstörungen, etc.), der ggf. um spezifische Ansätze für bestimmte Zielgruppen ergänzt wird. In der Präventionsarbeit mit Risikogruppen haben sich neben lokalen Ansätzen auch bundesweit verfügbare Projekte wie Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten (FreD) oder die Umsetzung des Interventionsprogramms „Realize it“ auch in den Bundesländern bewährt.

Auch die Bundesländer setzen die Schwerpunkte verstärkt bei Kindern und Jugendlichen und bei legalen Suchtmitteln. Daneben sind die stärkere Zielorientierung von Hilfeangeboten, der Vergleich von Bedarf und Betreuungsangebot und die Optimierung des Hilfesystems durch verbesserte Kooperation, Kostenkontrolle und Arbeitsteilung im Zentrum des Interesses. Einige Aktivitäten der Länder werden auch in den jeweiligen thematischen Kapiteln dargestellt.

In den Bundesländern existieren zahlreiche Projekte, die sich in unterschiedlichen Settings mit verschiedenen Schwerpunkten an eine ganze Reihe von Zielgruppen wenden. Diese reichen von spezifischen Angeboten, z. B. für Migranten oder sozial benachteiligte Familien

über Schulprojekte oder Initiativen in Sportvereinen zu differenzierten Interventionen, z. B. bei erstauffälligen Drogenkonsumierenden.

Anmerkung: Die Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesländer haben im Berichtsjahr 2011/2012 zahlreiche Aktivitäten und Projekte mit Schwerpunkten zur stationären Versorgung berichtet, die im diesjährigen Sonderkapitel Berücksichtigung gefunden haben. In der nachstehenden Auflistung wurden diese Maßnahmen daher nicht berücksichtigt.

Die berichteten Projekte und Maßnahmen stellen insgesamt auch nur eine Auswahl der zahlreichen mit Unterstützung der Länder durchgeführten Aktivitäten dar und basieren auf einer aktiven Berichterstattung der jeweiligen Länder an die DBDD.

Bayern

Die städtische Drogenberatung München hat 2011 ein Projekt gestartet, um Langzeit-Drogenabhängigen die Möglichkeit zu eröffnen, auf dem 2. Arbeitsmarkt wieder einer Beschäftigung nachzugehen. Im Unterschied zur klassischen betrieblichen Wiedereingliederung können die Klienten entsprechend ihrer Belastbarkeit auch für nur wenige Stunden eine Beschäftigung aufnehmen. Die Anbieter condrobs, Laufer Mühle, mudra oder Weißer Rabe bieten darüber hinaus eine Reihe weiterer Arbeitsprojekte sowie Fort- und Ausbildungsangebote an. Seit März 2011 bietet condrobs im „Ambulanten Zentrum Augsburg“ eine substitutionsgestützte Rehabilitation an. Das Ambulante Zentrum ist zunächst für zwei Jahre als Einrichtung, die eine Entwöhnungsbehandlung bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels durchführt, anerkannt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) Schwaben hat dieses Angebot anerkannt, eine Evaluation findet in Abstimmung mit anderen Rentenversicherern statt.

Sachsen

2011 wurden in den sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen 27.709 Personen beraten und behandelt. Der Anteil der Klienten mit einer Problematik im Bereich illegaler Drogen hat sich wie schon in den vergangenen Jahren erhöht und betrug 21 %. Der Hauptanteil der konsumierten illegalen Substanzen liegt auf Stimulanzien (41 %), Cannabis (26 %) und Opioiden (26 %). Dabei ist ein deutlicher Unterschied zu den bundesweiten Verteilungswerten festzustellen. Cannabis und Opioide liegen in Sachsen mit mehr als 10 bzw. 20 Prozentpunkten unter dem bundesdeutschen Schnitt, Stimulanzien dagegen mit mehr als 30 Prozentpunkten darüber. Über 90 % der Klienten mit Stimulanzienkonsum kommen aufgrund einer Problematik mit Crystal (Methamphetamin) in die Beratungsstellen. Der Anteil der Klienten ist gegenüber 2010 um fast 30 % gestiegen (SLS 2012). Die Zunahme der Crystalproblematik in Sachsen zeigt sich nach Angaben des Landeskriminalamtes auch im Hellfeld der Polizeilichen Kriminalstatistik von Sachsen. In der derzeitigen Auseinandersetzung mit der Problematik fand im Juli 2012 eine Fachtagung dazu statt. Außerdem wurde die Broschüre „Crystal – Bestandsaufnahme Zwei“ neu aufgelegt.

In sächsischen Justizvollzugsanstalten findet eine externe Suchtberatung durch Mitarbeiter von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen statt. Dieses Angebot wird derzeit durch Fachkräfte im Umfang von knapp 13 Vollzeitstellen durchgeführt. 2011 wurden 1.946 Männer

und 269 Frauen beraten, 65 % davon wegen einer Problematik mit illegalen Drogen (SLS 2012).

Baden Württemberg

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat das Konzept „Gute und sichere Arbeit“ entwickelt. Dieses ist u. a. auf die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen mit multiplen Vermittlungshemmnissen ausgerichtet und soll deren Beschäftigungsfähigkeit verbessern und durch intensive Begleitung eine nachhaltige Integration sichern. Mit dem Baustein Landesprogramm „Sozialer Arbeitsmarkt / Passiv-Aktiv-Transfer“ wird modellhaft ein systemübergreifender Ansatz erprobt: Zum einen wird die unzureichende Förderung von Arbeitsverhältnissen auf der Grundlage des SGB II mit weiteren notwendigen Elementen (Begleitung, Anreiz für Arbeitgeber) versehen und über den Passiv-Aktiv-Tausch finanziert. Zum anderen kann sich im Rahmen des Modellprojektes zeigen, dass bei einem Teil der Projektteilnehmer eine nicht nur vorübergehende Minderleistung vorliegt, mithin das SGB II-System eine – entsprechend dem Modell der Integrationsunternehmen für Menschen mit Behinderung – Weiterentwicklung erfahren sollte. Dieser Baustein kann in lokaler Verantwortung vor Ort auch für Konsumenten von illegalen Suchtmitteln angewandt werden.

Das Justizministerium Baden-Württemberg bereitet die Substitution von schwerstdrogenabhängigen Gefangenen mit Diamorphin vor. Dazu wurde die einschlägige Verwaltungsvorschrift über Substitution im Justizvollzug (Die Justiz 2011, 210) geändert. Dort ist vorgesehen, dass die Substitution mit Diamorphin gemäß der einschlägigen Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums vom 29. Juni 2010 (GABl. 306) erfolgt. Eine diamorphingestützte Substitution soll im baden-württembergischen Justizvollzug zentral in der Justizvollzugsanstalt Stuttgart und am Wochenende im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg ermöglicht werden. Gefangene, die mit Diamorphin substituiert werden sollen, werden dann in die Justizvollzugsanstalt (JVA) Stuttgart verlegt. Insgesamt ist mit wenigen Fällen zu rechnen. Zur Zeit bemüht man sich, die baulichen und sonstigen Standards für eine solche Substitution in der JVA Stuttgart umzusetzen.

Seit Januar 2011 läuft das Projekt SURE (Substitutionsgestützte Rehabilitation) in der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen. Das Projekt ist zunächst auf drei Jahre angelegt und wird gemeinsam mit dem Tagwerk Stuttgart und der DRV Baden-Württemberg betrieben. Zielgruppe sind opiatabhängige Personen, die grundsätzlich rehabilitationsfähig sind, aber den Einstieg in eine abstinenzorientierte Behandlung ohne das Substitut nicht finden. Die Bereitschaft zur Abdosierung und Abstinenz ist Voraussetzung für eine Aufnahme. Die Abdosierung geschieht unter ärztlicher Beobachtung und kann aus medizinischen Gründen zeitweise oder vollständig ausgesetzt werden. Das Projekt wird von einer Steuerungsgruppe der drei beteiligten Organisationen begleitet, der Projektstatus wird mehrmals im Jahr erhoben und ausgewertet. Die Zielgruppe wurde entlang einer Reihe von Kriterien modellhaft beschrieben. Diese werden im Vorfeld einer Aufnahme geprüft, eine gemeinsame Einzelfallprüfung von Einrichtung und Leistungsträger bei Abweichungen ist möglich.

Mecklenburg-Vorpommern

Die DRV-Nord fördert in den Jahren 2011 und 2012 Projekte der Suchtberatungsstellen zum Thema „Sucht und Arbeit“. Dies hat dazu geführt, dass die Suchtberatungsstellen unterschiedliche Maßnahmen zusammen mit den ARGen und/oder Jobcentern durchführen.

Aufgrund des Beschlusses des Schnittstellen-Ausschusses des Drogen- und Suchtrates zur „Förderung der Teilhabe Abhängigkeitserkrankter am Arbeitsleben“ hat sich auf Landesebene unter der Federführung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern ein Arbeitskreis gebildet. Dieser Arbeitskreis setzt sich aus Mitgliedern der Suchthilfe und der Arbeitsverwaltung zusammen und arbeitet an der Umsetzung der in dem Beschluss genannten Empfehlungen auf Landesebene. Die Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e.V. hat im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern die Leitung übernommen.

Sachsen-Anhalt

Seit 2011 wird in Sachsen-Anhalt das Forschungsvorhaben „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchtttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe“ (SaBiNE) als gemeinsames Forschungsprojekt der Suchtfachkliniken Diakonie-Krankenhaus Harz, AHG Klinik Römhild, Medinet AG Alte Ölmühle Magdeburg, SOTERIA Klinik Leipzig und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt, das von der DRV-Mitteldeutschland und der Bundesagentur für Arbeit gefördert wird. Dabei steht die Forschungsfrage im Mittelpunkt, inwieweit durch die Fallbegleitung die Wiedereingliederung in Arbeit signifikant verbessert werden kann.

Die Bundesanstalt für Arbeit Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen (BA RD SAT) hat 2011 den „Handlungsleitfaden zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarung (zwischen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und der BA RD SAT) - Betreuung suchterkrankter Hilfebedürftiger“, eine Handreichung für alle Jobcenter zum Erkennen von und fachgerechtem Intervenieren bei arbeitslosen Menschen mit Suchtproblemen im Wirkungsbereich des SGB II veröffentlicht.

Hamburg

Der im Spätsommer 2012 erscheinende Bericht 2011 wird sich dem Thema Substitution unter der besonderen Betrachtung von Eltern in einer Substitutionsbehandlung widmen.

Tagungen und Arbeitsgruppen

Wie in den Vorjahren, fanden auch im Berichtsjahr zahlreiche Tagungen und Arbeitssitzungen statt. Aufgrund der Vielzahl administrativer, organisatorischer, fachlicher oder wissenschaftlicher Veranstaltungen, wird nachfolgend nur eine sehr kleine und willkürliche Auswahl von Veranstaltungen genannt, die exemplarisch für die Breite des Angebotes stehen sollen.

- 4. Deutscher Suchtkongress in Frankfurt
Den 4. Deutschen Suchtkongress 2011 in Frankfurt besuchten mehr als 600 Teilnehmer. Bereits zum vierten Mal diskutierten Experten aus Suchttherapie, -prävention und -forschung gemeinsam über Modelle „guter Praxis“ und Innovationen im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Im Verlauf des Kongresses ist es gelungen, das Ziel des Deutschen Suchtkongresses zu realisieren, eine umfassende Übersicht zu neuen Erkenntnissen aus der Grundlagen-, Anwendungs- und Versorgungsforschung zu präsentieren.
- 20. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Unter dem Motto „20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin – die *Matura* erreicht?“ hat der 20. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) vom 4.-6. November 2011 in Berlin stattgefunden. Im Mittelpunkt stand neben zahlreichen inhaltlich breit gestreuten Veranstaltungen die kritische Auseinandersetzung mit der Rolle der Suchtmedizin in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und die Herausforderungen, vor denen diese steht.
- 35. Bundes Drogen Kongress des Fachverbands für Drogen und Rauschmittel
Der 35. BundesDrogenKongress "fdr update – Theorie und Praxis in der Suchthilfe" fand am 14. und 15. Mai 2012 in Bremen statt. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) führt seit 1980 den Bundesdrogenkongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Es handelt sich um einen Fachkongress, in dem es darum geht, ein Praktikerforum zu schaffen, das der Informationsvermittlung, dem Erfahrungsaustausch, der Projektdarstellung und der Verbesserung der Praxis insgesamt dient. Die aktuellen Kongressthemen setzen zeitnah wichtige Diskussionsprozesse in Gang. Die Dokumentation der Tagung ist unter www.fdr-online.info verfügbar.
- Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Vom 14. - 16. November 2011 fand in Hamburg die DHS-Fachkonferenz zum Thema: "Suchthilfe und Suchtpolitik International - Was haben wir von Europa und Europa von uns?" statt, an der zahlreiche nationale und internationale Referenten und Partner beteiligt waren.
- Selbsthilfekonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Die Selbsthilfekonferenz 2012 der DHS fand vom 27. - 29.04.2012 in Erkner bei Berlin zum Thema "Medikamente: Nicht mehr alles schlucken! Selbsthilfe und die heimliche Volksdroge" statt.
- Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin
Im Juli 2012 fand in München der 13. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin statt, bei dem sich Spezialisten der Suchtmedizin und Suchttherapie getroffen haben. Der Kongress bietet die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben.

Internationale Zusammenarbeit

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

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

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik

In diesem Bereich sind keine neuen Entwicklungen zu berichten.

1.3.4 Koordinierung

Die Koordinierung zwischen Bund und Ländern findet in den Fachministerkonferenzen und deren Gremien statt. Der DSR spielt in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle, da auch hier ein sowohl vertikaler als auch horizontaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Bundes- sowie Landesministerien stattfindet. Mit Koordinierungsaufgaben befasst sich auch die Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des DSR. Die Hauptthemen dieser Arbeitsgruppe: Verbesserungsideen zu den Übergängen der Hilfen für Suchtkranke von Behandlung in Arbeit, an der Schnittstelle von Justizvollzug und Reintegration, eine verbesserte Frühintervention in der Beratung und Behandlung von Sucht- und Drogenkranken und die Kooperation auch mit angrenzenden Versorgungsbereichen wie der Jugend- oder Wohnungslosenhilfe. Daneben findet

Kooperation zwischen Bund und Ländern, z.B. in der AG Suchthilfe der AOLG und dem Koordinierungskreis Suchtprävention der BZgA sowie projektbezogen, statt.

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

1.4 Ökonomische Analyse

1.4.1 Einleitung

Eine ausführliche Übersicht über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen zu den Ausgaben der öffentlichen Haushalte sowie eine Darstellung der mit der Erhebung und Analyse dieser Daten verbundenen Probleme waren Gegenstand eines Sonderkapitels des REITOX-Berichtes 2007, der in deutscher und englischer Sprache über die Website der DBDD verfügbar ist. Darüber hinaus wurde von der EBDD im Frühjahr 2008 eine Zusammenfassung der dazu vorliegenden Informationen aus den Mitgliedsstaaten der EBDD veröffentlicht, die über die DBDD zu beziehen ist.

Grundlage der Finanzierung drogenbezogener Ausgaben sind die föderale Struktur Deutschlands und das Prinzip der Subsidiarität, was zu einem komplexen Gefüge von Verantwortlichkeiten bei Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern in Bezug auf die Finanzierung und Durchführung von Aufgaben geführt hat. Insbesondere Angaben zu den finanziellen Mitteln, die die Länder und Kommunen für Drogen- und Suchtprobleme aufbringen, werden wegen eingeschränkter Vergleichbarkeit derzeit nicht bundesweit erhoben und zusammengefasst. Ein weiteres Problem bei der Zusammenstellung öffentlicher Ausgaben für die Drogenproblematik ist, dass insoweit die Differenzierung zwischen einzelnen Substanzen bzw. zwischen legalen und illegalen Substanzen im deutschen Versorgungssystem weitgehend aufgegeben wurde und somit der Anteil illegaler Drogen an den entstehenden Kosten kaum zu ermitteln ist. Besonders schwierig ist darüber hinaus die Erfassung nicht-gekennzeichneter suchtspezifischer Ausgaben in Querschnittsbereichen wie Polizei, Gerichtsbarkeit, Strafvollzug oder Sozialhilfe, die jedoch einen erheblichen Teil einer umfassenden Gesamtkostenschätzung ausmachen würden.

Es wird also deutlich, dass allein die Identifikation der aufgewendeten Kosten (noch vor der Berechnung spezifischer Anteile für legale und illegale Substanzen) mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Ein vom BMG finanziertes und von der DBDD durchgeführtes Forschungsprojekt hat sich 2008 der Thematik angenommen (s. folgender Abschnitt).

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets

Im Jahr 2008 wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit von der DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Essen eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, erstmals eine umfassende Schätzung der direkten (gekennzeichneten und nicht-gekennzeichneten) Ausgaben der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungsträger mit Bezug zu illegalen Drogen vorzunehmen (Mostardt et al. 2010).

Bei der Datensammlung fanden verschiedene Ansätze Anwendung: Auf Ebene der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Kommunen) wurden die öffentlich zugänglichen Haushaltsdokumente analysiert und Ministerien, nachgeordnete Behörden und weitere Schlüsselpersonen befragt. Wo Ausgaben vermutet wurden, aber nicht in den Haushalten gekennzeichnet waren oder durch die befragten Stellen beziffert werden konnten, wurden mithilfe von Daten aus veröffentlichten Studien und Statistiken alternative Berechnungs- bzw. Schätzverfahren entwickelt. Die Erhebung der Ausgaben der Sozialversicherungsträger erfolgte über eine schriftliche Befragung. Neben der Rentenversicherung Bund wurden die 40 größten gesetzlichen Krankenkassen mittels standardisierter Fragebögen angeschrieben. Die Daten der teilnehmenden Krankenkassen wurden anschließend für die Gesamtmenge der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) extrapoliert.

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

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

Aufgrund des hohen Aufwands für eine umfassende Erhebung und Schätzung der öffentlichen Ausgaben hat bisher keine Fortschreibung der Ergebnisse der Studie von 2008 stattgefunden. Im Folgenden werden im Sinne der Kontinuität zumindest einige Ausgabenbereiche, für die öffentlich zugängliche Informationen zur Verfügung stehen, erneut benannt und beziffert.

Bundshaushalt

Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Suchtproblematik stehen, können in den Budgets zahlreicher Bundesministerien vermutet werden. Lediglich im Budget aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit ist jedoch ein Titel explizit dem Bereich Sucht und Suchtmittelgebrauch zugeordnet und stellt somit auf Bundesebene die einzige

Budgetinformation dar, die bereits auf Haushaltsebene (und ohne weitere Analysen oder Schätzungen) unmittelbar verfügbar ist. Laut Bundeshaushalt lagen die Aufwendungen des Bundesministeriums für Gesundheit für „Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ im Jahr 2010 bei 14,4 Mio. €, diese Summe enthält jedoch auch die Ausgaben im Zusammenhang mit legalen Suchtmitteln oder stoffungebundenen Süchten. Der Anteil, der ausschließlich im Zusammenhang mit illegalen Drogen zur Verfügung steht, kann nicht beziffert werden.

Länderhaushalte

Auch in den Haushalten der Bundesländer gibt es jeweils einen Ausgabentitel, der explizit die geplanten Aufwendungen im Bereich „Sucht“ benennt. Zumeist ist dieser Titel in den Gesundheits- und/oder Sozialministerien angesiedelt und enthält sowohl Ausgaben im Zusammenhang mit illegalen als auch mit legalen Suchtmitteln, stoffungebundenen Süchten, sowie (häufig suchtmittelübergreifender) Suchtprävention. Im Jahr 2010 waren in den Haushaltsplänen der Länder insgesamt etwa 91 Mio. € für Maßnahmen der Suchtprävention, Suchtkrankenhilfe und ähnliches veranschlagt. Der Anteil, der sich davon explizit illegalen Drogen zuordnen lässt, konnte nicht bestimmt werden.

Einen weiteren wichtigen Posten in den Länderhaushalten im Zusammenhang mit dem Konsum von Suchtmitteln machen die Ausgaben für den Maßregelvollzug aus. Hier werden jedoch in den Haushaltsplänen nur die Gesamtausgaben veranschlagt, die zu einem großen Teil Ausgaben für die Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern aufgrund verminderter Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit (nach § 63 StGB) beinhalten. Der Anteil, der sich auf Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (nach § 64 StGB) und darüber hinaus explizit auf eine Unterbringung aufgrund des Konsums illegaler Drogen bezieht, konnte nicht bestimmt werden.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ wird durch Leistungen der Rentenversicherung finanziert. Im Jahr 2010 – hierfür liegen die aktuellsten Statistiken vor – lagen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (DRV 2011c) für (ambulante und stationäre) medizinische Rehabilitation und ergänzende Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Alkohol und Medikamente) bei 559,5 Mio. €. Der Anteil von Drogen- und Mehrfachabhängigen an der Gesamtheit abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen betrug 2010 29,7 %. Schätzt man aus diesem Anteil das Budget für diese Personengruppe, so ergibt sich ein Betrag von etwa 166,0 Mio. €.

Polizei, Gerichte, Justizvollzug

Es wird davon ausgegangen, dass ein erheblicher Anteil der Staatsausgaben im Zusammenhang mit illegalen Drogen im Rahmen der Aufgabenfelder von Polizei, Gerichten und Justizvollzug entsteht. Für diese drei Bereiche können anhand öffentlich verfügbarer Daten Schätzungen angestellt werden. Die Berechnungsschritte werden in Tabelle 1.2

ausführlich dargestellt, um das Zustandekommen der Ergebnisse, aber auch die methodischen Limitationen des Vorgehens transparent und nachvollziehbar zu machen. Insbesondere bei den Schätzungen für die Bereiche Gerichte und Justizvollzug muss beachtet werden, dass als Berechnungsschlüssel ausschließlich die Anzahl der nach dem BtMG Verurteilten bzw. Inhaftierten verwendet wird – hier finden also, im Unterschied zur Ausgabenschätzung im Bereich Polizei, sonstige Straftaten, die von Drogenkonsumenten begangen wurden, keine Berücksichtigung. Insgesamt ergeben sich aus diesen Berechnungen Ausgaben für Maßnahmen der Strafverfolgung und dabei auch der Verbrechensbekämpfung in Höhe von etwa 3,3 Mrd. €.

Weitere öffentliche Ausgaben, die hier aus Mangel an Daten nicht beziffert werden können, fallen hinsichtlich der Kostenträger insbesondere bei den Kommunen und der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Eine Aufschlüsselung aller genannten Ausgaben findet sich auch in Standardtabelle STPE.

1.4.3 Soziale Kosten

Studien zu den sozialen Kosten des Konsums illegaler Substanzen liegen bislang für Deutschland nicht vor.

Tabelle 1.2 Geschätzte Ausgaben in Zusammenhang mit illegalen Drogen, 2010 (aufgeschlüsselt nach Aufgabenbereichen)

	Ausgaben/Kennzahlen – Beschreibung	Anzahl/Betrag/ Anteil	Anmerkungen/Quellen
Polizei	P1 Gesamtausgaben des Staates für den Aufgabenbereich Polizei (Classification of the Functions of Government (COFOG) 03.1)	18.600 Mio. €	Quelle: Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=de
	P2 Straftaten insgesamt – aufgeklärte Fälle (ohne Straftaten im Straßenverkehr und Staatsschutzdelikte)	3.322.320 Fälle	Quelle: Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2010
	P3 Rauschgiftkriminalität ¹⁴ – aufgeklärte Fälle	220.695 Fälle	Quelle: Bundeskriminalamt, PKS 2010, Tabelle 12
	P4 Anteil Rauschgiftdelikte an den Straftaten insgesamt	(P3) / (P2) = 0,066 (6,6 %)	
	P5 Straftatenanteil der Konsumenten harter Drogen (KhD) ¹⁵ an der aufgeklärten Gesamtkriminalität	7,3 % (241.579 Fälle)	Quelle: Bundeskriminalamt, PKS 2010, Tabelle 12
	P6 Straftatenanteil der KhD an der aufgeklärten Gesamtkriminalität abzüglich der KhD aus 03 (zur Vermeidung von Doppeltzählungen)	5,0 % (165.932 Fälle)	
	P7 Schätzung der Ausgaben im Aufgabenbereich Polizei im Zusammenhang mit Rauschgiftdelikten	(P1) x (P4) = 1.227.600.000 €	Unter der Annahme, dass die Ausgaben für Polizeiaufgaben für alle Deliktarten gleich sind
	P8 Schätzung der Ausgaben im Aufgabenbereich Polizei im Zusammenhang mit Straftaten begangen durch KhD	(P1) x (P6) = 930.000.000 €	Unter der Annahme, dass die Ausgaben für Polizeiaufgaben für alle Deliktarten gleich sind
	P9 Schätzung der Ausgaben im Aufgabenbereich Polizei im Zusammenhang mit Rauschgiftdelikten im engeren Sinne (inkl. direkte Beschaffungskriminalität) und durch KhD begangene Delikte (~ indirekte Beschaffungskriminalität)	(P7) + (P8) = 2.157.600.000 €	Unter der Annahme, dass die Ausgaben für Polizeiaufgaben für alle Deliktarten gleich sind

¹⁴ Definition: Polizeilich werden in Deutschland unter dem Begriff **Rauschgiftkriminalität** alle Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie der Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln, der Diebstahl von Betäubungsmitteln aus Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, bei Herstellern und Großhändlern, der Diebstahl von Rezeptformularen und die Fälschung zur Erlangung von Betäubungsmitteln zusammengefasst.

¹⁵ Als **Konsumenten harter Drogen (KhD)** gelten Konsumenten der in den Anlagen I-III des BtM-Gesetzes aufgeführten Stoffe und Zubereitungen, einschließlich der den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegenden Fertigarzneimittel, mit Ausnahme der ausschließlichen Konsumenten von Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana, Haschischöl), Psilocybin (Pilzen) und von „Ausgenommenen Zubereitungen“. Dabei ist es gleichgültig, auf welche Weise diese Stoffe und Zubereitungen dem Körper zugeführt werden. Soweit als Konsumenten harter Drogen bekannte Personen in Ermangelung von Betäubungsmitteln sog. Ausweichmittel konsumieren – „Ausgenommene Zubereitungen“ oder sonstige Medikamente oder Substanzen, die nicht unter das BtMG fallen –, ist dies ebenfalls als Konsum harter Drogen anzusehen. Die wichtigsten harten Drogen sind Heroin, Kokain, Amphetamin/ Metamphetamin und deren Derivate in Pulver- oder flüssiger Form sowie in Tabletten- bzw. Kapselform (einschl. Ecstasy) und LSD. Das Merkmal „Konsumenten harter Drogen“ soll einen Hinweis auf die indirekte Betäubungsmittelbeschaffungskriminalität geben

Fortsetzung von Tabelle 1.2 Geschätzte Ausgaben in Zusammenhang mit illegalen Drogen, 2010 (aufgeschlüsselt nach Aufgabenbereichen)

	Ausgaben/Kennzahlen – Beschreibung	Anzahl/Betrag/ Anteil	Anmerkungen/Quellen
Gerichte	G1 Gesamtausgaben des Staates für den Aufgabenbereich Gerichte (COFOG 03.3)	10.470 Mio. €	Quelle: Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=de
	G2 Abgeurteilte ¹⁶ insgesamt (Straftaten ohne Straftaten im Straßenverkehr, sowie abzüglich Staatsschutzdelikte, um Vergleichbarkeit mit oben aufgeführten Daten herzustellen)	815.337	Quelle: Statistisches Bundesamt (2011). Rechtspflege. Strafverfolgung 2010. Fachserie 10, Reihe 3 (Tabelle 2.1)
	G3 Abgeurteilte nach BtMG	62.404	
	G4 Anteil der Abgeurteilten wegen Delikten nach BtMG an den Abgeurteilten insgesamt	$(G3) / (G2) = 0,077$ (7,7 %)	
	G5 Schätzung der Ausgaben im Aufgabenbereich Gerichte im Zusammenhang mit Delikten nach BtMG	$(G1) \times (G4) =$ 806.190.000 €	Unter der Annahme, dass die Ausgaben für Gerichtsaufgaben für alle Deliktarten gleich sind
Justizvollzug	J1 Gesamtausgaben des Staates für den Aufgabenbereich Justizvollzug (COFOG 03.4)	2.550 Mio. €	Quelle: Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_a_exp&lang=de
	J2 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte am 31.3.2011 insgesamt (Inklusive offener Vollzug, inklusive Jugendstrafe)	60.067	Quelle: Statistisches Bundesamt (2011). Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10, Reihe 4.1 (Tabelle 5)
	J3 Strafgefangene am 31.3. 2011 wegen Straftaten nach BtMG	8.841	
	J4 Anteil Strafgefangene nach BtMG an allen Strafgefangenen	$(J3) / (J2) = 0,147$ (14,7 %)	
	J5 Schätzung der Ausgaben im Aufgabenbereich Gerichte im Zusammenhang mit Straftaten nach BtMG	$(J1) \times (J4) =$ 374.850.000 €	Unter den Annahmen, dass (1) die Ausgaben für Justizvollzugsaufgaben für alle Deliktarten gleich sind und (2) der Anteil Strafgefangener mit Drogenbezug an allen Gefangenen über das Jahr hinweg konstant ist

¹⁶ **Abgeurteilte** sind Angeklagte, gegen die Strafbefehle erlassen wurden bzw. Strafverfahren nach Eröffnung des Hauptverfahrens durch Urteil oder Einstellungsbeschluss rechtskräftig abgeschlossen worden sind. Ihre Zahl setzt sich zusammen aus den Verurteilten und aus Personen, gegen die andere Entscheidungen (u.a. Freispruch) getroffen wurden. Bei der Aburteilung von Angeklagten, die in Tateinheit oder Tateinheit mehrere Strafvorschriften verletzt haben, ist nur der Straftatbestand statistisch erfasst, der nach dem Gesetz mit der schwersten Strafe bedroht ist. Werden mehrere Straftaten der gleichen Person in mehreren Verfahren abgeurteilt, so wird der Angeklagte für jedes Strafverfahren gesondert gezählt

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

2.1 Überblick

Einleitung

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

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

Bundesweite Datenquellen und internationale Studien

Epidemiologische Quellen zum Drogenkonsum und zu den Konsumenten liegen in Deutschland vor allem durch regelmäßige nationale, repräsentative Umfragen und Prävalenzstudien vor. Diese werden durch quantitative und qualitative regionale Studien ergänzt. Darüber hinaus werden hier auch internationale Studien genannt, an denen sich einzelne Bundesländer oder Regionen beteiligen. Aufgrund ihrer internationalen Vergleichbarkeit werden diese Untersuchungen ebenfalls unter den „bundesweiten Daten“ aufgeführt, auch wenn bislang an Studien wie z. B. der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (siehe unten) oder der Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC) (siehe unten) nicht alle Bundesländer teilnehmen. Die Kurzbeschreibungen enthalten auch Angaben zu den teilnehmenden Ländern.

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen für den Gebrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle 3 - 4 Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) an einer Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die letzte DAS wurde in 2011 mit einer Stichprobe von 5000

Befragten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2012 von der BZgA veröffentlicht und werden in diesem REITOX-Bericht unter 1.2 bzw. 1.3 vorgestellt¹⁷.

- Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA 2007 und 2011 Ergebnisse repräsentativer Umfragen zum Cannabiskonsum unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren bzw. 12 bis 25 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007, 2011), deren Ergebnisse in den REITOX-Berichten 2007 und 2011 vorgestellt wurden.
- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey on Substance Abuse: ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren alle 3 - 4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1990 durch das IFT Institut für Therapieforchung München durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Landesauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen. Studiendesign, Methodik (Kraus & Pabst 2010) und Ergebnisse (Kraus et al. 2010; Pabst et al. 2010) des ESA 2009 wurden im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt.
- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs¹⁸) wird bereits seit 1995 in zahlreichen europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich in 2011 zum dritten Mal nach 2003 und 2007 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. In 2007 waren auch Hessen und das Saarland beteiligt. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN¹⁹ (Stockholm) koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Sie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. In der Erhebung 2011 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 6.192 Schülern aus 352 Klassen (Kraus et al. 2012). Zum Teil liegen für die ESPAD auch Auswertungen aus einzelnen Bundesländern vor.
- Im Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützten Studie HBSC, die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren durchgeführt wird, wurden 2012 Trenddaten der letzten HBSC-Erhebungen in Deutschland publiziert. Einzelne Ergebnisse früherer

¹⁷ Die Ergebnisse der DAS 2011 beruhen auf einer mehrstufigen Zufallsstichprobe auf Basis des ADM-Telefonstichproben-Systems (Computergenerierte Zufallstelefonnummern). Es handelt sich um eine Zufallsauswahl von 12- bis 25-Jährigen im Haushalt, die Ausschöpfungsquote betrug 60,9%, die Stichprobengröße betrug N=5.001 Befragte.

¹⁸ www.espad.org

¹⁹ Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs

Erhebungen wurden bereits in vergangenen REITOX-Berichten veröffentlicht (Nickel et al. 2008; Settertobulte & Richter 2007). Die in 2012 berichteten Trends (siehe Kapitel 2.3.1) basieren auf den Daten aus den Erhebungen in 2002 (N=5.650), 2006 (N=7.274) und 2010 (N=5.005). Die Daten aus 2002 beruhen auf Daten aus vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen); in 2006 bilden fünf Bundesländer (Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) den deutschen Datensatz. Die Daten aus 2010 beruhen auf Angaben aus 15 Bundesländern (zum Studiendesign und der Methodik der HBSC vgl. Ottova et al. 2012).

- Anfang 2007 wurden die ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vorgelegt (Lampert & Thamm 2007). Die Ergebnisse beruhen auf bundesweiten repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Für die Analysen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum wurde auf Informationen aus Befragung der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sowie deren Eltern zurückgegriffen. Die wichtigsten Ergebnisse des KiGGS wurden in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 vorgestellt. In einem eigenen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde 2007 ein Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein erstellt (RKI 2007a; Schütze et al. 2007), der im REITOX-Bericht 2008 dargestellt wurde.

Daten aus den Bundesländern und regionale Monitoringsysteme

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

Eine weitere Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, stellt das Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel²⁰, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Im Erhebungszeitraum 2011/2012 (die Erhebung konnte aufgrund

²⁰ 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.

organisatorischer Probleme in einer Schule bzw. fünf Klassen erst im neuen Jahr durchgeführt werden) gingen im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD N=1.516 auswertbare Fragebögen in die Analyse ein (bezogen auf alle Befragten aus 10.-12. Klassen bzw. 1.-3. Ausbildungsjahr), n=1.068 Befragte waren zwischen 15 und 18 Jahren alt (Werse et al. 2012). Auf diese Teilstichprobe beziehen sich die später dargestellten Ergebnisse. Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse des Trendscout-Panels des MoSyD vor. Die Ergebnisse werden in Kapitel 2.3.2 bzw. 2.4 berichtet.

In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie "Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV)" vorgestellt worden. In der vierten soziologisch-empirischen MODRUS-Studie wurden Schüler sowie Lehrer der Klassenstufen sechs bis zwölf zu ihren Erfahrungen und Meinungen mit legalen Suchtmitteln, Drogen und ihrem Umgang mit Computern und dem Internet befragt (N=2.432). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

In Hamburg fand 2009 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2007/2008 unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum vierten Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. Die Ergebnisse der Erhebung 2009 wurden im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt (Baumgärtner 2010).

Nutzung der verfügbaren Datenquellen

Es wird jeweils über relevante Ergebnisse der aktuellen Studien berichtet, wobei ein Schwerpunkt auf den bundesweiten und internationalen epidemiologischen Studien zum Substanz- und Drogengebrauch liegt (v. a. ESA und DAS). Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist zu berücksichtigen, dass mit einer nicht unerheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen gerechnet werden muss, da insbesondere Personen mit einem hohen Konsum illegaler Drogen schlechter durch solche Studien zu erreichen sind und häufig eine Tendenz zur Untertreibung (Underreporting) bei der Angabe von Konsumhäufigkeit und -mengen besteht. Insbesondere für Heroinabhängige liegen deshalb Schätzverfahren vor, die andere Datenquellen verwenden (unter anderem Polizeidaten, siehe auch Kapitel 4.2). Neben den quantitativen Daten wurden auch aktuelle qualitative Studien berücksichtigt, soweit diese vorliegen.

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

Eine Minimalschätzung zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland findet sich in Tabelle 2.1. Sie basiert auf den Ergebnissen der beiden letzten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA 2006, 2009) und der aktuellen DAS (2008).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

	Quelle	Alter	Prävalenz	Absolut ¹⁾
Lebenszeit	ESA 2009	18-64	26,7 %	13.812.000
	DAS 2011	12-17	7,2 %	344.000
12 Monate	ESA 2009	18-64	5,1 %	2.638.000
	DAS 2011	12-17	4,9 %	234.000
30 Tage	ESA 2009	18-64	2,6 %	1.345.000
	DAS 2011	12-17	2,0 %	95.000

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen:

18-65 Jahre: 51.773.467 (Jahr 2006); 51.729.010 (Jahr 2007, neuere Zahlen liegen nicht vor) (Quelle: Statistisches Jahrbuch 2009, Statistisches Bundesamt); Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die Altersgruppe 18-65 im Vergleich zu 18-64 in ESA, daher leichte Abweichungen der oben genannten absoluten Zahlen;

12-17 Jahre: 4.778.270 (Jahr 2011) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2012b)

BZgA 2012a; Pabst et al. 2010.

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

Während die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen unter Erwachsenen der Altersgruppe 18-64 Jahre (ESA) zwischen 2006 und 2009 leicht gestiegen ist (2006: 23,7 %; 2009: 26,7 %), haben sich die Angaben für den Konsum illegaler Drogen innerhalb der letzten 12 Monate zwischen den Erhebungsjahren 2006 und 2009 praktisch nicht verändert (2006: 5,0 %; 2009: 5,1 %). Ähnliches gilt für den Konsum innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung (2006: 2,5 %; 2009: 2,6 %) (Pabst et al. 2010).

Da die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (gesamt) maßgeblich von den Konsumerfahrungen mit Cannabis bestimmt (und nahezu gleich) ist, sprechen die Ergebnisse des ESA 2009 für eine Stabilisierung des bereits im ESA 2006 beobachteten Rückgangs des aktuellen Konsums von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung. Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen im Lebenszeitraum außer Cannabis berichten im ESA 2009 nur 7,4 % der Befragten (2006: 5,8 %). Noch niedriger sind die Werte für die 12-Monats- (1,3 %) und 30-Tage-Prävalenz (0,6 %), die sich im Vergleich zur Erhebung 2006 praktisch nicht verändert haben (1,2 % bzw. 0,7 %) (siehe dazu auch Tabelle 2.2).

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

Die aktuellsten Ergebnisse zur Prävalenz des Konsums einzelner Drogen unter Erwachsenen liegen aus dem ESA 2009 vor und wurden im REITOX-Bericht 2010 berichtet.

Zum Konsum illegaler Substanzen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden 2012 neue Ergebnisse der DAS vorgelegt. Die 12-Monatsprävalenzen nach Geschlecht und Substanzen werden im Vergleich zu den Daten des letzten ESA in Tabelle 2.2 dargestellt.

Tabelle 2.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2011

Untersuchung	DAS 2011 (%; 12-17 Jahre)			DAS 2011 (%; 18-25 Jahre)			Vergleich: ESA 2009 (%; 18-64 Jahre)		
	Gesamt	M	W	Gesamt	M	W	Gesamt	M	W
Cannabis	4,6	6,2	2,8	13,5	17,2	9,6	4,8	6,4	3,1
Amphetamine	0,4	0,5	0,3	1,6	2,7	0,6	0,7	1,1	0,4
Ecstasy	0,2	0,3	0,1	1,0	1,3	0,6	0,4	0,6	0,2
LSD	0,1	0,2	0,1	0,3	0,6	0,0	0,1	0,2	0,1
Heroin	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Kokain	0,2	0,1	0,3	0,9	1,3	0,4	0,8	1,2	0,4
Crack	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0
Pilze	0,4 ¹⁾	0,7 ¹⁾	0,0 ¹⁾	0,7 ¹⁾	1,1 ¹⁾	0,3 ¹⁾	0,1	0,4	0,1
Schnüffelstoffe	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,3	--	--	--
Irgendeine Droge	4,9	6,6	3,1	14,3	18,3	10,2	5,1	6,7	3,4
Drogen außer Cannabis	1,0	1,6	0,4	2,8	4,3	1,3	1,3	1,9	0,8

1) Psychoaktive Pflanzen

BZgA 2012a; Kraus et al. 2010; Pabst et al. 2010.

Insgesamt 17,6 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland haben Ergebnissen der DAS 2011 zufolge schon einmal eine illegale Droge angeboten bekommen (BZgA 2012a). Der Anteil Jugendlicher, die eine illegale Droge auch schon einmal probiert haben, fällt mit einer Lebenszeitprävalenz von 7,2 % deutlich geringer aus. Das bedeutet, weniger als die Hälfte derjenigen, die jemals ein Drogenangebot erhielten, hat dieses auch akzeptiert. Insgesamt 4,9 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren konsumierten auch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz) eine illegale Droge, von denen wiederum weniger als die Hälfte (2,0 %) berichten, dass dieser Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt (30-Tage-Prävalenz). Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen ist für etwa jeden hundertsten Jugendlichen festzustellen. Insgesamt 0,9 % 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 (65,1 %) schon erlebt, dass ihnen eine illegale Droge angeboten wurde. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen beträgt bei jungen Erwachsenen 39,8 %, die 12-Monats-Prävalenz 14,3 %. Das heißt, dass bei mehr als der Hälfte der 18- bis 25-Jährigen mit Konsumerfahrung der letzte Drogengebrauch länger als ein Jahr zurückliegt. Die 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen liegt in dieser Altersgruppe bei 5,8 % und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen bei 3,7 %. Illegale Drogen spielen bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine größere Rolle als bei den weiblichen. Für die hier untersuchten Indikatoren ergeben sich sowohl bei den männlichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen als auch den 18- bis 25-jährigen jungen Männern signifikant höhere Werte als bei den weiblichen Befragten der entsprechenden Altersgruppe, bis auf eine Ausnahme: hinsichtlich der Verbreitung des regelmäßigen Konsums einer illegalen Droge unterscheiden sich die männlichen und weiblichen 12- bis 17-Jährigen statistisch nicht signifikant.

Die Überprüfung von Geschlechtsunterschieden macht deutlich, dass sowohl für die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen als auch die 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen der Konsum „irgendeiner illegalen Droge“, der von Cannabis und der „irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis“ in den letzten zwölf Monaten bei männlichen Befragten weiter verbreitet ist als bei weiblichen.

Eul und Stöver (2012) haben mit Hilfe von drei auf Zufallsstichproben basierenden Umfragen und einer Internet-Umfrage in den Jahren 2000, 2002 und 2010 erstmals den Gebrauch, die persönliche Risikobewertung und die gewünschte Rechtslage zu Cannabis bei der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren gemeinsam erfasst²¹. Die Lebenszeitkonsumerfahrung bei den 18–60-Jährigen lag hier im Jahre 2010 mit ca. 25 % ca. vier Prozentpunkte höher als zehn Jahre zuvor. Von den geschätzten drei Millionen Cannabiskonsumenten im Jahre 2010

²¹ Die Befragungen der Bevölkerung zum Konsumverhalten und der Risikobeurteilung sowie zum gewünschten Rechtstatus von Cannabis erfolgten in den Jahren 2000, 2002 und 2010 im Auftrag der Autoren (sowie bei der Emnid-Umfrage 2010 mit finanzieller Beteiligung der LAG Drogen Berlin, des Deutschen Hanfverbands (DHV) und von akzept e. V.) durch das Meinungsforschungsinstitut tns Emnid, wobei insgesamt ca. 4.000 über Telefonfestnetzwahlcomputer zufällig ausgewählte Personen ab 14 Jahren für Deutschland repräsentativ telefonisch (CATI-Umfragen) interviewt wurden, die in der soziodemografischen Zusammensetzung weitgehend der bundesdeutschen Normalverteilung der Bevölkerung über 14 Jahren entsprachen. In einer von den Autoren selbst durchgeführten ergänzenden Internet-Umfrage von Januar 2009 bis Ende 2010 wurden die gleichen Parameter zu Cannabis (und zu neun weiteren illegalen Drogen) bei 4.100 Online-Umfrageteilnehmern abgefragt, die primär über kostenpflichtige Web-Anzeigen in Suchmaschinen zum Suchbegriff „Drogen“ rekrutiert wurden. Die Teilnehmer der Internet-Umfrage waren im Vergleich zu den von Emnid befragten Personen deutlich jünger (Durchschnittsalter ca. 26 vs. 47 Jahre), überwiegend männlich (81 % vs. 49 %), hatten einen höheren durchschnittlichen Bildungsstand (45 % vs. 20 % der Befragten mit Abitur) sowie insbesondere eine deutlich höhere Konsumerfahrung mit Cannabis im letzten Jahr vor der Befragung (75 % vs. ca. 4 %).

konsumierten vermutlich drei Viertel diese Droge mindestens einmal im Monat und die Hälfte alle zwei Tage. Die individuelle Risikobeurteilung zu Cannabis ist nach Ansicht der Autoren von zentraler Bedeutung und dient als Schwellenwert für den Erst- sowie Folgekonsum der Droge. Diese sank mit zunehmender Konsumerfahrung. Die Risikobewertung determinierte zudem die gewünschte Rechtslage zu dieser Droge. Die Mehrheit der befragten Stichprobe sprach sich gegen eine rechtliche Gleichstellung von Cannabis mit Alkohol aus, weil sie zu 60–70 % Cannabis riskanter als Alkohol einstufte. Dennoch waren über alle Erhebungszeitpunkte hinweg ca. 60 % der deutschen Bevölkerung für eine Entkriminalisierung des persönlichen Cannabisgebrauchs.

In der erwachsenen Bevölkerung gab es zwischen den Erhebungen des ESA 2006 und 2009 (mit Ausnahme geringfügiger Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz) praktisch keine Unterschiede. Geringfügig gestiegen ist der aktuelle Konsum (12-Monats-Prävalenz) von Amphetaminen und Kokain, wobei es sich um Veränderungen auf einem ausgesprochen niedrigen Niveau handelt. Beide Veränderungen deuten allerdings aufgrund der stimulierenden Charakteristika beider Substanzen in eine gemeinsame Richtung.

Erstmals wurde im Erhebungsjahr 2009 des ESA auch nach der Kräutermischung „Spice“ gefragt²². Einen vollständigen Überblick über die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen nach einzelnen Substanzen, Geschlecht und Altersgruppen aus dem ESA 2009 bietet Tabelle 2.3 des REITOX-Berichtes 2010. In Tabelle 2.4 des REITOX-Berichtes 2010 wird ein Überblick über die Trends der Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei jungen Erwachsenen in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre gegeben, die auf den sieben Erhebungen des ESA zwischen 1990 und 2009 basieren.

Der Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem in jüngeren Altersgruppen auftritt. So liegt der Anteil der 12-Monats-Konsumenten illegaler Drogen bei den unter 30-Jährigen durchschnittlich bei 14 %, bei den Älteren jedoch nur noch bei etwa 2 %. Für viele Substanzen (außer Cannabis) liegen die (auch bei Jüngeren bereits niedrigen) aktuellen Konsumprävalenzen (12-Monats-Prävalenz) bei den über 30-Jährigen in allen Altersgruppen durchgehend unter 1 %. Bereits bei den 20-29-Jährigen spielt einzig der Konsum von Amphetaminen und Kokain neben Cannabis noch eine nennenswerte Rolle, wobei auch in den Altersgruppen über 30 Jahre bezogen auf den Lebenszeitraum Konsumerfahrungen mit Ecstasy, LSD und halluzinogenen Pilzen durchaus verbreitet sind. Aufgrund des Verhältnisses zwischen Lebenszeitprävalenz und gegenwärtigem Konsum ist bei der überwiegenden Mehrheit der Konsumenten nach wie vor von einem passageren Konsum auszugehen.

²² In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass „Spice“ und vergleichbare Kräutermischungen (in denen nachweislich synthetische Cannabinoide enthalten sind) bereits Anfang 2009 infolge gesetzlicher Änderungen weitgehend vom Markt verschwunden sind, wenngleich in den Folgejahren immer wieder ähnliche Produkte auf dem Markt erschienen sind, die vor allem über das Internet vertrieben werden. Aus dem Frankfurter MoSyD liegen repräsentative Daten für die Stadt Frankfurt zum Konsum von Kräutermischungen und verwandten Produkten vor.

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

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen

Nach wie vor gehören psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen mit einer Prävalenz von etwa 5-6 % zu den epidemiologisch wichtigen psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Sack et al. 2008). Aktuelle Studien weisen darüber hinaus darauf hin, dass z. B. Cannabis im Gehirn von Jugendlichen eine weitaus schädlichere Wirkung hat als bei Erwachsenen (Aden et al. 2011; Sonnenmoser 2008; Thomasius & Petersen 2008). Die große Mehrheit der Jugendlichen stellt den Substanzkonsum mit dem Übergang ins Erwachsenenalter wieder ein. Frühe Interventionen können helfen, die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung und damit den Einstieg in eine Suchtkarriere abzuwenden (Stolle et al. 2007). Neben der Mehrzahl der Jugendlichen, die keine persistierenden Störungen entwickelt, existiert jedoch eine relevante Gruppe, die bereits in jungen Jahren hoch problematische Konsummuster entwickelt und in zahlreichen Fällen (im späteren Verlauf) auch psychische Komorbiditäten (Störungen des Sozialverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen) aufweist (z. B. Thomasius & Stolle 2008b). Insbesondere für diese Klientel ist die Schaffung besonderer Behandlungsangebote, wie sie z. B. von Küstner und Kollegen (2008) beschrieben werden, notwendig (dazu auch: Thomasius & Stolle 2008a).

Um der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen vorzubeugen, kommt der Prävention (universell und selektiv) von Nikotingebrauch bzw. -abhängigkeit offensichtlich eine Schlüsselrolle zu, da Nikotinabhängigkeit eine hohe Assoziation mit anderen Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen aufweist (Perkonigg et al. 2008b). Aufgrund der besonderen Bedeutung des Konsums auch legaler psychotroper Substanzen (v. a. Alkohol, Tabak) durch Jugendliche und junge Erwachsene, werden nachfolgend auch cursorisch Ergebnisse zum Konsum legaler Substanzen berichtet.

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

2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen

Alkohol

Den Ergebnissen der aktuellen DAS (BZgA 2012a) zufolge beträgt der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken haben, 42,0 % (30-Tage-Prävalenz), 14,2 % dieser Altersgruppe trinken regelmäßig (d.h. mindestens wöchentlich) Alkohol, 15,2 % der Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Trinkgelegenheit fünf Gläser Alkohol hintereinander getrunken

(Rauschtrinken) und 3,7 % viermal oder öfter (häufiges Rauschtrinken). Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren beträgt die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums 81,9 %, regelmäßig konsumieren 39,8 % Alkohol. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens beträgt 41,9 % und die Verbreitung des häufigen Rauschtrinkens 12,9 %. Bei allen beschriebenen Konsumindikatoren ist der Alkoholkonsum bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher als bei weiblichen. Bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig. Sowohl die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums als auch der regelmäßige Alkoholkonsum, das Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen und das häufige Rauschtrinken sind 2011 nicht mehr so weit verbreitet wie noch 2004. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen verlaufen die Entwicklungen seit 2004 uneinheitlich. Neben rückläufigen Entwicklungen sind auch Anstiege zu beobachten, so dass sich derzeit für diese Altersgruppe keine klaren Trends erkennen lassen.

Daten zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen aus dem KiGGS (Lampert & Thamm 2007) und der Studie MODRUS IV wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007, 2008 und 2009 berichtet. Auch aus der HBSC-Studie liegen Daten zum Alkoholkonsum Jugendlicher vor, die z.T. bereits in den vergangenen REITOX-Berichten dargestellt wurden. Trendanalysen aus der HBSC wurden 2012 von Richter et al. berichtet (Richter et al. 2012). Demnach ist nach einem deutlichen Anstieg der Konsumraten von Alkohol in den Jahren 1994 bis 2002 ein ebenso deutlicher Rückgang der Konsumhäufigkeiten seit 2002 zu beobachten, wobei dem Zeitraum von 2002 bis 2006 eine offenbar entscheidende Bedeutung zukommt (gilt auch für Tabak und Cannabis).

Tabak

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

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

2.3.2 Konsum illegaler Drogen

Bundesweite Daten

ESPAD

Deutschland nahm im Jahr 2011 nach den Jahren 2003 und 2007 zum dritten Mal an der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) teil. Ziel der Studie ist es, Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums unter Jugendlichen zu untersuchen (siehe 2.1).

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 22,2 % war Cannabis nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Substanz (Tabelle 2.3). Im Jahr vor der Erhebung haben 17,4 % der Jugendlichen mindestens einmal Cannabis probiert. In den letzten 30 Tagen waren es 8,1 %. Es berichteten mehr Jungen als Mädchen einen mindestens einmaligen Cannabiskonsum im Leben (28,2 % vs. 16,8 %), in den letzten 12 Monaten (22,8 % vs. 12,6 %) und in den letzten 30 Tagen (11,7 % vs. 4,8 %) vor der Befragung. Die Lebenszeitprävalenz war in Hauptschulen am höchsten (26,8 %). Einen Konsum in den letzten 30 Tagen berichteten hingegen deutlich mehr Gesamtschüler (11,5 %).

Tabelle 2.3 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 15- und 16-jährigen Schülern

	Gesamt	Geschlecht		Schulform			
		Jungen	Mädchen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Lebenszeit	22,2	28,2	16,8	26,8	23,3	19,3	22,7
12 Monate	17,4	22,8	12,6	17,8	18,4	16,1	18,6
30 Tage	8,1	11,7	4,8	8,0	7,7	7,8	11,5

Kraus et al 2012.

Ein häufiger Konsum von Cannabis war eher selten. In den letzten 30 Tagen öfter als fünfmal Cannabis konsumiert zu haben, gaben 2,5 % der Jugendlichen an. Bezogen auf die Konsumierenden von Cannabis fand sich bei 13,3 % ein häufiger Konsum von mindestens 20mal im letzten Monat. Besonders häufig war dieses Konsummuster in Hauptschulen (26,8 %).

Problematischer Cannabiskonsum wurde mit dem Cannabis Abuse Screening Tests (CAST) erfasst. Demnach zeigten Jungen (1,9 %) ein zweimal höheres Risiko für cannabisbezogene Probleme als Mädchen (1,0 %). Insgesamt wiesen 1,4 % der Befragten und 8,3 % der Konsumenten einen problematischen Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten auf, darunter deutlich mehr Haupt- und Realschüler als Schüler in Gesamtschulen und Gymnasien.

Der Anteil der Cannabiskonsumenten ist gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2003 deutlich zurückgegangen (Tabelle 2.4). Im Gegensatz dazu hat es seit dem Jahr 2007 keine weiteren signifikanten Veränderungen gegeben. Insgesamt sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den letzten neun Jahren von 30,8 % auf 22,2 %, die 12-Monats-Prävalenz von 24,6 % auf 17,4 % und die 30-Tage-Prävalenz von 13,5 % auf 8,1 %. Der Anteil cannabiserfahrener Mädchen ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten und ist auch im Vergleich zu 2007 signifikant gesunken (Lebenszeit: 21,1 % vs. 16,8 %). Der Vergleich über die Schulformen ließ einen Rückgang gegenüber dem Jahr 2003 insbesondere in Realschulen und Gymnasien erkennen. Der rückläufige Trend des Cannabiskonsums ließ sich mit Ausnahme von Berlin in allen Bundesländern beobachten.

Tabelle 2.4 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums, 2003-2011

	Gesamt	Geschlecht		Schulform			
		Jungen	Mädchen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Lebenszeitprävalenz							
2003	30,8*	34,6*	27,2*	29,0	31,8*	29,3*	33,7
2007	25,1	29,6	21,1*	24,5	25,3	23,5	30,0
2011	22,2	28,2	16,8	26,8	23,3	19,3	22,7
12-Monats-Prävalenz							
2003	24,6*	27,7*	21,7*	22,9	24,3*	25,1*	26,2
2007	16,9	21,0	13,3	15,1	16,3	17,6	18,9
2011	17,4	22,8	12,6	17,8	18,4	16,1	18,7
30-Tage-Prävalenz							
2003	13,5*	16,7*	10,5*	14,9*	12,9*	12,7*	15,0
2007	7,8	10,5	5,4	7,8	7,7	7,2	9,7
2011	8,1	11,7	4,8	8,0	7,7	7,8	11,5

* p<.05 für Vergleich mit Referenzjahr 2011; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Bundesland, (Geschlecht)

Kraus et al 2012.

Die zeitliche Entwicklung des problematischen Cannabiskonsums kann nur für den Zeitraum der letzten vier Jahre betrachtet werden, da die entsprechenden Indikatoren 2003 nicht erhoben wurden (Tabelle 2.5). Demnach hat es sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe keine signifikante Veränderung des Anteils problematischer Konsumenten gegeben. Auch in der geschlechtsspezifischen Analyse finden sich keine statistisch bedeutsamen Effekte. Allerdings zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede in den verschiedenen Schulformen. An Realschulen und Gymnasien hat es ähnlich wie in der Gesamtstichprobe keine Veränderungen gegeben. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Jugendlichen, die aufgrund ihres Cannabiskonsums Probleme entwickelt

haben, an Gesamtschulen sehr deutlich gesunken (2,6 % vs. 0,4 % in der Gesamtstichprobe; 13,7 % vs. 2,2 % in der Gruppe der Konsumenten). Eine gänzlich andere Entwicklung zeigt sich an Hauptschulen, wo die Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums von 0,7 % auf 2,9 % (Gesamtstichprobe) bzw. von 5,0 % auf 17,0 % (Konsumenten) angestiegen ist.

Tabelle 2.5 12-Monats-Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums, 2007-2011

	Geschlecht			Schulform			
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Gesamt							
2007	1,4	2,1	0,7	0,7*	1,6	1,1	2,6*
2011	1,4	1,9	1,0	2,9	1,8	0,7	0,4
Konsumenten							
2007	8,2	10,2	5,5	5,0*	9,9	6,2	13,7*
2011	8,3	8,5	8,0	17,0	9,7	4,5	2,2

* $p < .05$ für Vergleich mit Referenzjahr 2011; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Bundesland, (Geschlecht)

Kraus et al 2012.

Bezogen auf andere illegale Drogen berichteten 23,7 % der Schüler, jemals in ihrem Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin oder Pilze) probiert zu haben. Des Weiteren gaben 8,9 % an, schon einmal irgendeine illegale Droge außer Cannabis konsumiert zu haben. Von den anderen illegalen Substanzen wurden am häufigsten Amphetamine (6,0 %) probiert, gefolgt von Kokain (3,1 %) sowie Ecstasy und Drogenpilzen (jeweils 3,0 %). Jungen wiesen eine höhere Lebenszeiterfahrung des Konsums aller illegalen Substanzen auf als Mädchen. Die höchste Lebenszeitprävalenz für andere illegale Drogen berichteten Schüler in Hauptschulen (13,3 %), gefolgt von Gesamtschulen (10,8 %), Realschulen (9,3 %) und Gymnasien (6,3 %). In Hauptschulen fand sich auch der größte Anteil an Jugendlichen mit mindestens einmaligem Konsum jeder illegalen Droge, ausgenommen von Drogenpilzen. Diese waren unter Real- und Gesamtschülern weiter verbreitet.

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

Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS)

Trenddaten zum Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche (12- bis 17-Jährige) und junge Erwachsene (18- bis 25-Jährige) liegen in der DAS seit 1979 bzw. 1973 vor (BZgA 2010). Von 1979 bis 1993 variiert die Entwicklung der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren insgesamt nur gering und verläuft bei männlichen und weiblichen Jugendlichen bis 1989 nahezu parallel. Danach nimmt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit irgendeiner illegalen Droge gesammelt haben, bei weiblichen und männlichen Jugendlichen einen unterschiedlichen Verlauf: Bei den weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen gemacht haben zunächst von 4,5 % (1993) auf 15,2 % (1997) sprunghaft an²³. Seit 2001 (11,2 %) sinkt die Lebenszeit-Prävalenz wieder und lag im Jahr 2008 bei 8,0 %. Bei den männlichen Jugendlichen stieg die Lebenszeit-Prävalenz von 1993 (8,7 %) bis 2004 kontinuierlich auf 19,0 % und ist 2008 wieder auf 12,0 % zurückgegangen (Für eine graphische Veranschaulichung dieser Entwicklung siehe REITOX-Bericht 2010, Abbildung 2.1).

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen sind bei den 18- bis 25-Jährigen über alle Messzeitpunkte der DAS hinweg deutlich höher als bei den 12- bis 17-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind auch die Geschlechtsunterschiede durchgängig stärker ausgeprägt. Der Anteil der männlichen jungen Erwachsenen, die bereits Erfahrung mit illegalen Drogen gesammelt haben, liegt über den gesamten erfassten Zeitraum zwischen fünf und 14,7 Prozentpunkte höher als bei den weiblichen jungen Erwachsenen. Seit Anfang der 1980er Jahre ging die Lebenszeit-Prävalenz der 18- bis 25-Jährigen bei beiden Geschlechtern zurück: Bei den weiblichen jungen Erwachsenen sank der Anteil von 24,5 % (1982) auf 16,3 % (1993) und bei den männlichen jungen Erwachsenen von 32,5 % (1982) auf 26,8 % (1989). Seitdem stiegen die geschlechtsspezifischen Lebenszeit-Prävalenzen bis zum Jahr 2004 deutlich an. Danach verändern sich die Werte kaum und lagen 2008 bei 47,3 % (männliche junge Erwachsene) bzw. bei 35,8 % (weibliche junge Erwachsene) (Für eine graphische Veranschaulichung dieser Entwicklung siehe REITOX-Bericht 2010, Abbildung 2.2).

Basierend auf den Ergebnissen der aktuellen DAS (2011; BZgA 2012a) wird der Konsum illegaler Drogen bezogen auf die Gruppe aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland nach wie vor durch den Konsum von Cannabis bestimmt. Ecstasy, LSD, Amphetamine, Kokain, Crack, Heroin, Schnüffelstoffe und psychoaktive Pflanzen spielen im Vergleich zu Cannabis eine deutlich geringere Rolle. Dies gilt für die 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt als auch für die männlichen und weiblichen Befragten in diesen Altersgruppen (Tabelle 2.2). Die Überprüfung von Geschlechtsunterschieden macht deutlich, dass sowohl für die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen als auch die 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen der Konsum irgendeiner illegalen Droge, der von Cannabis

²³ Dieser Anstieg war im Wesentlichen auf den gestiegenen Konsum von Ecstasy als so genannte „neue Partydroge“ im Bereich der damals entstandenen Techno-Partyszene sowie einen gestiegenen Konsum von Cannabis zurückzuführen.

und der irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis in den letzten zwölf Monaten bei männlichen Befragten weiter verbreitet ist als bei weiblichen.

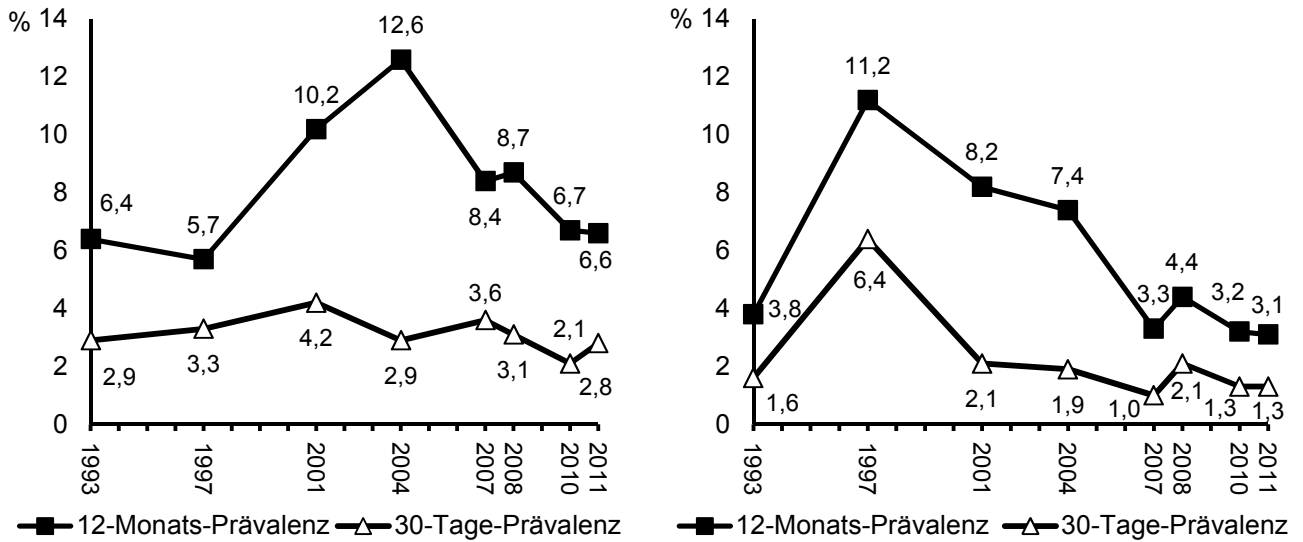
Die Anteile Jugendlicher und junger Erwachsener, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz), unterliegen in Deutschland einem langfristigen Wandel. Nach anfänglicher Stagnation und leichtem Rückgang der Lebenszeitprävalenz im Zeitraum 1979 bis 1986 steigt bei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

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

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

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

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

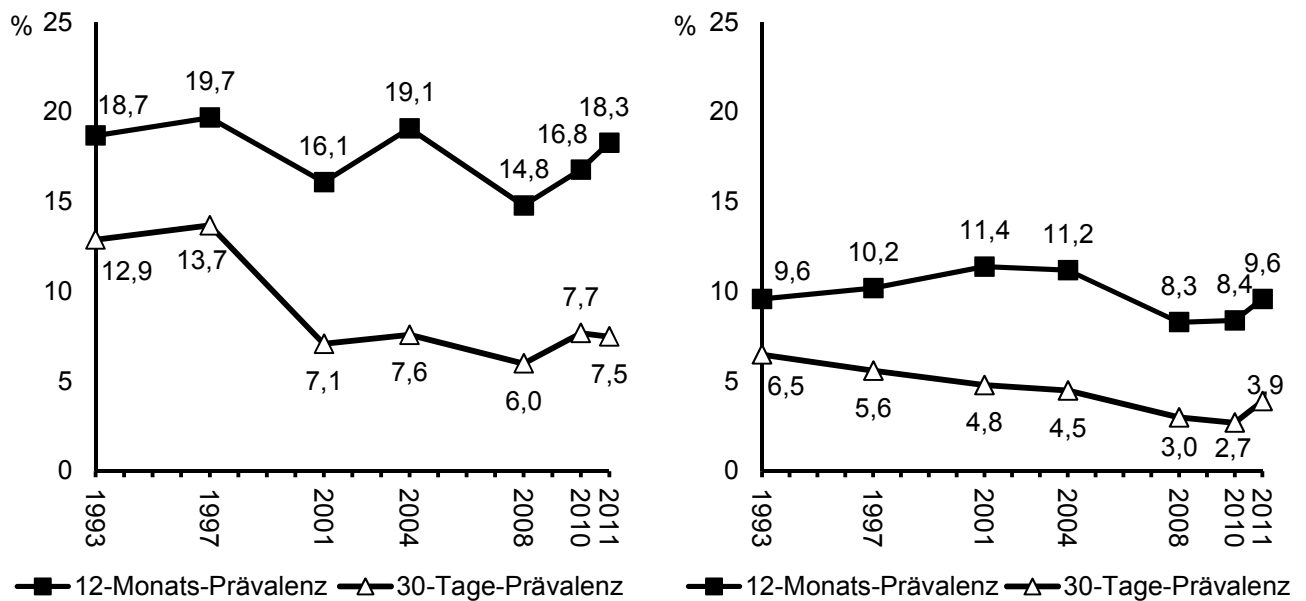


Männliche Jugendliche (12-17 Jahre)

Weibliche Jugendliche (12-17 Jahre)

BZgA 2012a.

Abbildung 2.1 Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen 1993-2011



Männliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)

Weibliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)

BZgA 2012a.

Abbildung 2.2 Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen 1993-2011

Abgesehen vom Trend der Lebenszeitprävalenz ergibt sich für die Veränderungen des aktuellen Konsumverhaltens der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen seit 1993 ein uneinheitliches Bild. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bleibt für junge

Erwachsene unverändert. Die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Cannabiskonsum haben sich bei jungen Erwachsenen aber gegenüber den Jahren 1993 und 1997 statistisch signifikant verringert. Seit 2001 stagnieren aber die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Cannabiskonsum.

Das durchschnittliche Alter, in dem 12- bis 25-jährige Jugendliche und junge Erwachsene zum ersten Mal Cannabis konsumieren, betrug 1993 bei denjenigen, die wenigstens einmal in ihrem Leben Cannabis genommen haben, noch 17,3 Jahre (Tabelle 2.6). Es verschiebt sich bis 2004 zunächst um knapp ein Jahr nach vorne (16,4 Jahre). Danach findet wieder eine leichte Verlagerung hin zu einem höheren Alter statt. In der Erhebung des Jahres 2011 beträgt das durchschnittliche Alter des ersten Cannabiskonsums 16,7 Jahre. Die Ergebnisse für männliche und weibliche 12- bis 25-Jährige unterscheiden sich an keinem Messzeitpunkt statistisch signifikant.

Tabelle 2.6 Durchschnittliches Alter des ersten Cannabiskonsums bei 12- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 1993 bis 2011

Jahr	Insgesamt	Männlich	Weiblich
1993	17,3	17,5	17,0
1997	16,7	16,8	16,5
2001	16,5	16,5	16,5
2004	16,4	16,5	16,3
2008	16,5	16,5	16,4
2011	16,7	16,8	16,7

Basis: Befragte, die schon einmal Cannabis konsumiert haben.

BZgA 2012a.

Ergebnisse aus lokalen Untersuchungen unterstreichen immer wieder, wie sehr sich Konsummuster regional unterscheiden können. So werden z. B. aus dem MoSyD in der Regel deutlich höhere Prävalenzwerte berichtet als in den Erhebungen der DAS (siehe unten). In Delmenhorst (Kreisfreie Stadt in Niedersachsen mit ca. 75.000 Einwohnern) wurde im Februar 2012 nach einer ersten Untersuchung aus dem Jahr 2008 zum zweiten Mal eine Erhebung unter den 12- bis 17-jährigen Schülern der allgemeinbildenden Schulen durchgeführt (N=1,715; Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ 2012). Mit Lebenszeitprävalenzen von 14,5 % (gesamt; männl.: 19,0 %; weibl.: 9,9 %), einer 12-Monatsprävalenz von 11,3 % (14,6 %; 8,0 %) und einer 30-Tage-Prävalenz von 6,5 % (8,2 %; 4,8 %) liegen die Vergleichswerte der Schüler etwa doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Es ist denkbar, dass die auf regionaler Ebene beobachteten höheren Prävalenzen sich wenigstens zum Teil auch durch methodische Unterschiede der Erhebungsverfahren im Vergleich zu den Studien auf Bundesebene erklären lassen.

Der Konsum illegaler Drogen ist bei Schülern in Gymnasien, Gesamt-, Real- und Hauptschulen ähnlich verbreitet. Auch bei den älteren Befragten außerhalb der Sekundarstufe I zeigen sich in den Konsumprävalenzen und dem regelmäßigen Konsum illegaler Drogen kaum soziale oder Bildungsunterschiede. Bei Schülern in berufsbildenden Schulen fallen die Lebenszeitprävalenz und die 30-Tage-Prävalenz höher aus als bei Gymnasiasten der Sekundarstufe II. Bei Erwerbstätigen ist die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen niedriger als in der Referenzgruppe Gymnasium Sekundarstufe II.

Erhebung zum Konsum von „Legal Highs“

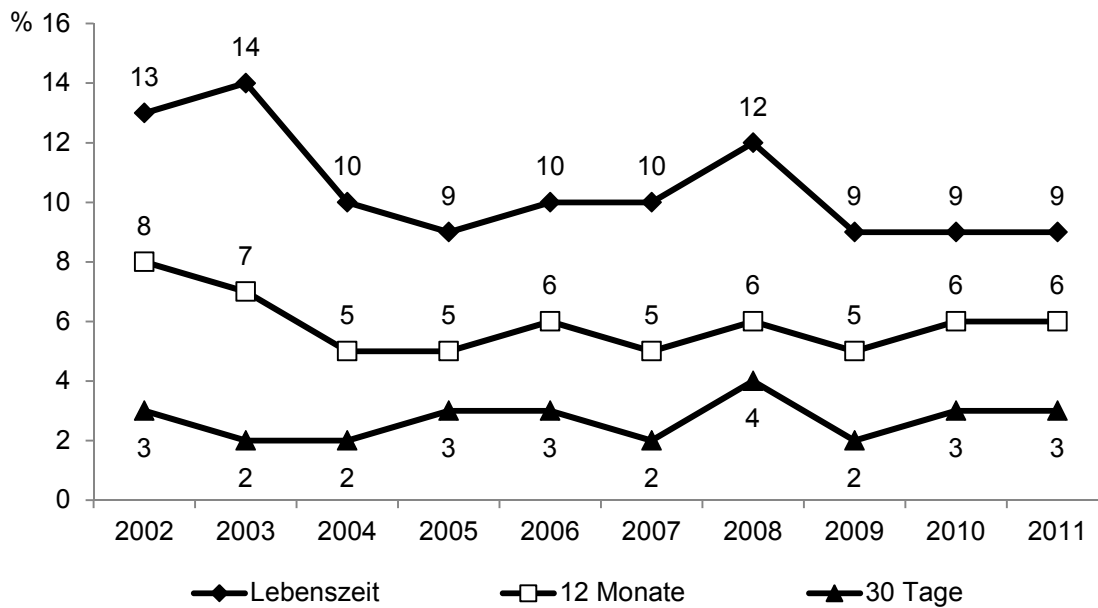
In einer bundesweit durchgeführten Online-Befragung, die sich an Personen mit Legal-Highs-Konsumerfahrungen richtete, wurde ermittelt, dass wiederholte Legal-Highs-Konsumenten zum größten Teil bereits umfangreiche Erfahrungen mit illegalen Drogen aufweisen (Werse & Morgenstern 2012). In der Untersuchung wurden verschiedene Typen regelmäßiger Konsumenten identifiziert: Neben einer kleinen Gruppe von Konsumenten, die ihren illegalen Drogenkonsum v.a. aus Sorge vor formellen und informellen Sanktionen komplett durch Legal Highs ersetzt haben, existiert eine große Gruppe von Personen, die je nach Verfügbarkeit und Situation Cannabis oder so genannte Räuchermischungen konsumieren. Eine weitere wichtige Gruppe wird von experimentierfreudigen „Psychonauten“ gestellt, die mit „Research Chemicals“ und anderen Legal Highs ihr Spektrum an konsumierten Substanzen erweitern.

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Frankfurt (MoSyD)

Wie bereits in den beiden Vorjahren berichten 2011 9 % der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis²⁴ (Abbildung 2.3). Die 12-Monats-Prävalenz war 2011 ebenfalls mit der des Vorjahres vergleichbar, ebenso die 30-Tage-Prävalenz. Übersichten zu den Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen des Konsums einzelner Substanzen sind den Tabellen 2.7 und 2.8 zu entnehmen.

²⁴ Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.



Werse et al. 2012 .

Abbildung 2.3 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen⁷ (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2011 (MoSyD)

Wie in den Vorjahren berichten 2011 3 % der Schüler mindestens einmal im Leben Ecstasy genommen zu haben; ebenfalls stabil ist die 12-Monats-Prävalenz (2 %).

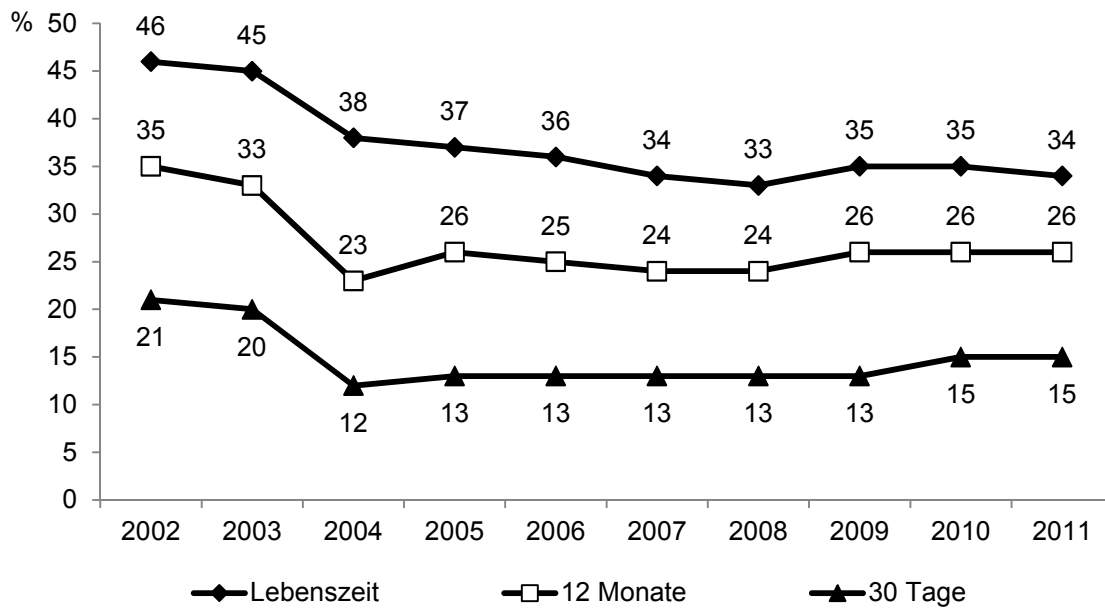
Die Lebenszeitprävalenz von „Speed“ ist auf dem Niveau von 2010 verblieben und weist nach wie vor mit 6 % den höchsten Wert seit 2002 auf. Die 12-Monats-Prävalenz lag 2011 bei 4 % und erreicht damit den Vergleichswert aus dem Jahr 2008.

Der Anteil der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler, die über Konsumerfahrungen mit Kokain verfügen, liegt bei 3 % (2010: 4 %), innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung haben 2 % der Schüler mindestens einmal Kokain konsumiert.

Die Lebenszeitprävalenz von Methamphetamin, das bei den 15- bis 18-Jährigen zu den am stärksten abgelehnten Drogen gehört, beläuft sich nach wie vor auf 1 %.

Seit 2007 sind praktisch keine Veränderungen hinsichtlich der Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Pilzen (2011: 4 %) und LSD (2011: 3 %) zu beobachten, und nach wie vor hat nur eine kleine Minderheit (2011: <1 %) der 15- bis 18-Jährigen Erfahrungen mit Heroin (Werse et al 2012).

Hinsichtlich des Konsums von Cannabis zeigen die Ergebnisse der 2011 im Rahmen des Frankfurter MoSyD durchgeführten Schülerbefragung praktisch keine Veränderungen der Prävalenzen (Werse et al 2012) (Abbildung 2.4).



Werse et al. 2012.

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

Trotz der unverändert niedrigen Prävalenzen gibt es auch unter den Frankfurter Schülern eine Gruppe von Cannabiskonsumenten mit intensiven Konsummustern (> 10 Mal innerhalb eines Monats), deren Anteil nach einem kurzfristigen Anstieg in 2010 (6 %) im aktuellen Erhebungsjahr wieder auf das Niveau des Jahres 2009 gesunken ist (4 %).

Erstmals wurden 2008 im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD Frankfurt auch Daten zum Konsum von Kräutermischungen erhoben, die 2008 unter dem Namen „Spice“ in das Blickfeld geraten waren (vgl. dazu auch REITOX-Bericht 2011). Demnach hatten 2008 rund 6 % der 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben „Spice“ konsumiert, 3 % auch in den letzten 30 Tagen (Werse et al. 2009). Im Jahr 2009 betrug die Lebenszeitprävalenz 7 %, die 30-Tage-Prävalenz sank jedoch auf 1 %. 2010 stieg die Lebenszeit-Prävalenz erneut (9 %), die 30-Tage-Prävalenz bewegte sich bei 2 %. In der jüngsten Erhebung (2011) sank die Lebenszeitprävalenz auf 7 %, der aktuelle Konsum (30 Tage) bewegt sich weiterhin auf niedrigem Niveau (1 %) (Werse et al. 2012).

2010 und 2011 wurden im Rahmen der Schülerbefragung auch Daten zu so genannten „Legal Highs“ (die unter Außerachtlassung der arzneimittelrechtlichen Strafbarkeit irreführenderweise als „legal“ bezeichnet und z. B. als „Badesalze“, „Düngerpillen“ oder „Research Chemicals“ vertrieben werden) erhoben. Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 3 % (2010) bzw. 2 % (2011) und einer 30-Tage-Prävalenz von 1 % (in beiden Erhebungsjahren) scheinen diese Substanzen jedoch weiterhin eine untergeordnete Rolle zu spielen. Allerdings sind die entsprechenden Prävalenzraten unter Vorbehalt zu betrachten, da sich offenbar ein erheblicher Teil derer mit Lebenszeitprävalenz nicht auf neue synthetische Substanzen, sondern auf Arzneimittel oder Pflanzendrogen bezieht.

Tabelle 2.7 Lifetime-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung

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

^a Nicht erhoben

Werse et al. 2012.

Tabelle 2.8 12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung

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

^a Nicht erhoben

Werse et al. 2012.

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

Bayern

Erbas und Arnold (2011) haben 2010 unter Suchthilfeeinrichtungen in Bayern eine Erhebung durchgeführt, in der nach dem Vorkommen von 13 verschiedenen Substanzen (u.a. Modafinil, Methylphenidat, Appetitzügler, D-Amphetamin, Fentanyl, Tramadol, GHB/GBL, Dextromethorphan) gefragt wurde²⁵. Im Vergleich zum Vorjahr wurde am häufigsten von einer Zunahme beim Fentanylmissbrauch, bei GHB/GBL, D-Amphetaminen und Kräutermischungen berichtet. Für Codein fand sich eine nennenswerte Abnahme.

Projekt "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE)

Bei dem SEYLE-Projekt (Saving and Empowering Young Lives in Europe) handelte es sich um eine Studie der Europäischen Union (EU), die in zehn europäischen Staaten und Israel durchgeführt wurde und sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung Jugendlicher durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen beschäftigte²⁶. Das Hauptziel der Studie lag in der Erfassung von Daten über riskante und selbstschädigende Verhaltensweisen bei Jugendlichen im Alter von 14-16 Jahren sowie der Reduzierung dieser Verhaltensweisen mit Hilfe von verschiedenen Präventionsprogrammen. In Deutschland wurde die Eingangserhebung (Baseline) des SEYLE-Projektes im Januar 2010 an 26 teilnehmenden Schulen aus Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis durchgeführt²⁷. Aus

²⁵ Von N=257 kontaktierten Einrichtungen gingen n=74 Rückmeldungen ein, n=66 Fragebögen wurden in die Auswertung einbezogen.

²⁶ www.seyle.eu/

²⁷ Nach entsprechender Randomisierung nahm jede Schule im Februar 2010 an einem der vier Präventionsprogramme teil. Die erste Folgeuntersuchung (Follow-Up 1) fand drei Monate nach Ende der Interventionen im Juni 2010 statt, die zweite Folgeuntersuchung (Follow-Up 2) im Januar 2011. Über alle 26 beteiligten Schulen hinweg nahmen von möglichen N=2.056 Schülern insgesamt n=1.444 Schüler an der Eingangserhebung des SEYLE-Projektes teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von ca. 69 %. Befragt wurden in den Gymnasien und Realschulen die Schüler der 9. Klasse; an den Hauptschulen nahmen sowohl die 8. als auch 9. Klassen an der Erhebung teil. Bei der ersten Follow-Up-Untersuchung drei Monate nach den Interventionen füllten n=1.390 Schüler den Fragebogen aus; bei der zweiten Folgeuntersuchung nach einem

Deutschland liegen allerdings bereits eine Reihe epidemiologischer Daten vor, die den Substanzkonsum z.T. deutlich präziser erfasst haben. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse der SEYLE-Basiserhebung zum Substanzkonsum vergleichsweise allgemein und stehen nicht in Widerspruch zu den bereits berichteten Daten aus anderen Quellen.

Gesamtbetrachtung und Trends

Die Tabellen 2.9 und 2.10 fassen für illegale Drogen bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuell vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Aus Frankfurt liegen aktuelle Angaben aus dem Trendscout-Panel vor, die im Sommer 2012 veröffentlicht wurden (siehe 2.1). Entgegen dem Trend des vergangenen Jahres, als sich ein insgesamt reduzierter Konsum legaler und illegaler Drogen abgezeichnet hatte, ist im Jahr 2011 bei diversen Substanzen wieder ein gewisser Anstieg zu beobachten.

Demnach wird die Verfügbarkeit von Cannabis einheitlich als sehr hoch eingestuft. Hochpreisiges Cannabis mit erhöhtem THC-Gehalt („Haze“) hat dabei in diversen Szenen deutlich an Popularität hinzugewonnen. Der Verbreitungsgrad von Cannabis bewegt sich insgesamt etwa auf dem Niveau des vergangenen Jahres, nachdem sich der Konsum in den Jahren zuvor reduziert hatte. In der Popularität liegt Marihuana weit vor Haschisch, das in der Mehrheit nur in Ausnahmefällen, bei fehlender Verfügbarkeit von Marihuana, gekauft wird.

Die Konsumverbreitung und -intensität von Speed/Amphetamin ist gleichbleibend hoch. Unter allen „harten“ Drogen wird die Verfügbarkeit für Speed am höchsten bewertet. Aus einigen Umfeldern wurden mittlere bis starke Qualitätsschwankungen berichtet. Die Palette der Streckmittel wurde laut Aussagen der Trendscouts um einige ähnlich wirkende, aber weniger potente Research Chemicals erweitert. Häufiger verfügbar sind Ecstasy-Tabletten mit einem erhöhten MDMA-Gehalt. Dadurch hat sich bei den Konsumenten das Image von Ecstasy im vergangenen Jahr wieder leicht verbessert (nachdem es in den Jahren zuvor im Zusammenhang mit dem hohen Marktanteil von Ecstasy mit m-CPP als Wirkstoff deutlich negativer geworden war), und die Prävalenz für MDMA-haltige Präparate ist im Jahr 2011 nach vorherigem Rückgang wieder angestiegen. Dennoch besteht das Angebot weiterhin vorwiegend aus gestreckten oder mit gänzlich anderen Wirkstoffen versetzten Tabletten. In Relation zu Ecstasy besitzen MDMA-Kristalle aufgrund ihrer Reinheit bei den Konsumenten jedoch weiterhin das bessere Ansehen. Die Verfügbarkeit wurde als hoch eingestuft mit einer abnehmenden Tendenz gegen Ende des Jahres. Das Preisniveau ist leicht gesunken.

Der Konsum von LSD und psychoaktiven Pilzen begrenzt sich wie in den Jahren zuvor auf einzelne Szenen und ist nur vereinzelt anzutreffen. Die allgemeine Verfügbarkeit wird als gering eingestuft.

Jahr wurden wieder dieselben Klassen befragt (dann 9. und 10. Klassen), diesmal nahmen n=1.184 Schüler an der Erhebung teil. Insgesamt haben n=977 Schüler an allen drei Erhebungen teilgenommen.

Die Verbreitung von Ketamin ist im Unterschied zum Vorjahr nicht angewachsen, nachdem in einigen Umfeldern Probleme im Zusammenhang mit seiner narkotisierenden und dissoziativen Wirkung unmittelbar auf Veranstaltungen aufgetreten waren. Das Risikobewusstsein bezüglich der Substanz ist laut Berichten der Trendscouts gestiegen und das Image hat sich tendenziell verschlechtert.

Erstmalig ist konkret über die Verbreitung und das Angebot von Methamphetamin berichtet worden. Der Konsum begrenzt sich aber bisher auf einige wenige experimentierfreudige Szenen und wurde nur von einer Minderheit betrieben. Allerdings wurde die Substanz auch punktuell auf Veranstaltungen verkauft. Am Rande wurde auch über den vereinzelt Konsum von GHB/GBL informiert, der sich aber weiterhin auf spezielle Gruppierungen begrenzt. Andere illegale Substanzen wie Heroin, Opium oder Crack spielen praktisch keine Rolle.

Scherbaum und Kollegen (2011) weisen darauf hin, dass Suchtmittel im Internet zahlreich präsent sind und nur eine Minderheit der einschlägigen Websites von sachlich-aufklärenden Institutionen wie z. B. Universitäten unterhalten wird. Da das Internet für junge Menschen eine wichtige Informationsquelle sowie einen wesentlichen Bestandteil des Freizeitverhaltens darstellt, sehen die Autoren die häufig konsumbejahende Darstellung von Drogen im Internet problematisch. Es ist unklar, inwieweit die Präsenz zahlreicher, z. T. selbst Experten nur bedingt bekannter Suchtmittel (z. B. Mephedron; Schifano et al. 2011) im Internet von epidemiologischer Relevanz ist. Im EU-geförderten Projekt ReDNeT werden über neue Substanzen systematische Informationen gesammelt und für Experten im Internet zur Verfügung gestellt.

Tabelle 2.9 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis (Ausnahme: BZgA) bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

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

1) BZgA: Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD. Daten zum Konsum „illegaler Drogen außer Cannabis“ liegen bis 2008 nicht vor. Die vorliegenden Daten von 2004 sind das Ergebnis einer Re-Analyse der BZgA. Die Zahlen können daher von denen der Vorjahre abweichen.

ESPAD: Amphetamine, LSD, Ecstasy, Kokain, Crack und Heroin. ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt.

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

Schulbus: Ecstasy, Pilze, LSD, Speed/Amphetamine, Kokain, Crack und Heroin.

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

Tabelle 2.10 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC	2010	15	National ^{*)}		7,4	
HBSC ²⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3	10,6	18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		17,5	24,0
KiGGS ²⁾	2003-2006	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2011	18-25	National	5,4 (3,3) ³⁾	13,5	39,2
BZgA	2011	12-17	National	1,9 (0,8) ³⁾	4,6	6,7
BZgA	2010	18-25	National	5,3 (3,2) ³⁾	12,7	35,0
BZgA	2010	12-17	National	1,7 (0,2) ³⁾	5,0	7,4
BZgA	2008	18-25	National	4,5	11,6	40,9
BZgA	2008	12-17	National	2,6	6,6	9,6
BZgA	2007	18-25	National			
BZgA	2007	12-17	National	2,3	5,9	9,0
BZgA	2004	18-25	National	6,1	15,2	43,0
BZgA	2004	12-17	National	2,4	10,1	15,1
ESPAD ⁴⁾	2011	15-16	5 Länder	8,1	17,4	22,2
ESPAD ⁴⁾	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2011	15-18	Frankfurt	15	26	34
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	15	26	35
MoSyD	2009	15-18	Frankfurt	13	26	35
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	13	24	33
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	13	24	34
Schulbus	2009	14-18	Hamburg	11		27
Schulbus	2007	14-18	Hamburg	10		28
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	17		39
Schulbus	2004	14-18	Hamburg	17		40

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

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

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

4) 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.

*) Ohne Baden-Württemberg

Beim Vergleich der Daten ist folgendes zu beachten:

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

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

Nach dem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab etwa Mitte der 90er Jahre ist aufgrund der in jüngster Zeit vorgelegten Studienergebnisse der Eindruck einer gewissen Entspannung hinsichtlich des Konsums und der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden.

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

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

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

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Aussiedler und Migranten

Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (Collatz 2001). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler in

Deutschland bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional häufig desintegrierte Lebensläufe aufweist, einschließlich Suchtverhalten und Devianz.

Nach wie vor stellt der Zugang zu Migranten, die entsprechende Versorgungseinrichtungen häufig nur vermittelnd in Anspruch nehmen, eine besondere Herausforderung dar. Muttersprachliche Mediatoren in der präventiven, aber auch in der kurativen Versorgung können helfen, Barrieren zu überwinden und den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern (Walter et al. 2007).

Studien, die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen untersucht haben, bestätigen die Annahme kultureller Unterschiede in den Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens, die zu Verständigungsproblemen mit den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtungen führen können (Heimann et al. 2007; Penka et al. 2008). Die im Vergleich zu Deutschen geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Betroffene mit einem Migrationshintergrund beruht demnach auch auf einem unterschiedlichen konzeptuellen Verständnis von „Abhängigkeit“ und den im gegebenen Fall aufzusuchenden Hilfestrukturen. Auch ist die Übersetzung medizinischer Begriffe oder die von Alltagskonzepten jenseits einer reinen sprachlichen Übersetzung nicht ohne Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen Kontextes, der mit den entsprechenden Begriffen verbunden ist, möglich. Neuere Studien zur Behandlung von Menschen mit Substanzbezogenen Störungen und Migrationshintergrund finden sich auch in Kapitel 5.

(Techno-) Partyszenen

Die Verbreitung von Amphetaminen, die in Frankfurt im Vorjahr innerhalb des Techno-/ House-Party-Milieus Cannabis als meistkonsumierte illegale Droge abgelöst haben, hat sich Ergebnissen der Trendscout-Befragung des MoSyD (siehe oben) zufolge erneut etwas erhöht. Ähnlich wie Amphetamin hat auch MDMA seinen Status (als zweitwichtigste synthetische Droge) in den Techno-Umfeldern behalten. Der Bedeutungsabfall bei Kokain in den elektronischen Tanzszenen hat sich weiter fortgesetzt. Die Substanz spielt dort im Vergleich zu Speed oder Ecstasy nur noch eine untergeordnete Rolle. Vor allem aufgrund seines hohen Preises unterscheidet sich Kokain besonders in der Konsumfrequenz sehr stark von diesen Drogen. Etwas häufiger und für mehrere Szenesegmente wurde über das Aufkommen von höherwertigem und hochpreisigem Kokain („Flakes“) berichtet. Insbesondere in Techno-Umfeldern wird Cannabis aufgrund der Assoziation mit Antriebslosigkeit und eingeschränktem Sozialverhalten negativer bewertet als in der Vergangenheit oder anderen Szenen. Das in jüngerer Zeit stark diskutierte Methamphetamin spielt zumindest in der Frankfurter Partyszene nach wie vor nur eine äußerst untergeordnete Rolle.

Cannabiskonsum unter Studenten

Pauly und Klein (2012) haben sich mit der Frage befasst, warum Studierende in weit höherem Umfang Cannabis konsumieren als die nicht studierende Bevölkerung²⁸. Insgesamt bietet die vorliegende Studie (die allerdings auf bereits über zehn Jahre alten Daten beruht) einen Überblick, wie Studierende im Vergleich mit der gleichaltrigen, nicht studierenden Bevölkerung Suchtmittel konsumieren und wie sich Suchtprobleme auf das Leben und das Studium auswirken. Die Daten weisen auf zum Teil gravierende Unterschiede zwischen Studierenden und Nicht-Studierenden der gleichen Altersgruppe hin. Die Prävalenzerhebung des Alkohol- und Drogenkonsums unter Nicht-Studierenden wurde durch die Reanalyse vorhandener früherer Datensätze (Drogenaffinitätsstudie BZgA, 2001; ESA 1998) durchgeführt. Der Vergleich der studentischen Untersuchungsgruppe mit den nicht-studentischen Probanden in Bezug auf den Cannabiskonsum im letzten Jahr vor der Befragung weist auf ein als bedeutsam zu beurteilendes Problem hin: Obwohl altersbezogen die gleiche Kohorte befragt wurde, scheint der Status eines Studierenden für den Gebrauch der illegalen Droge Cannabis einen erhöhten Risikofaktor darzustellen. Insgesamt betrachtet lassen die bislang vorliegenden epidemiologischen Einzelbefunde noch keine eindeutigen pathogenetischen Implikationen zu.

2.5 Weitere Forschungsergebnisse und Befunde

Bindungsmuster von Cannabis- und Ecstasykonsumenten

Schindler und Kollegen (2012) haben sich aufbauend auf den Ergebnissen früherer Studien, die einen Zusammenhang zwischen Opiatabhängigkeit und dem ängstlich-vermeidenden Bindungsmuster aufgezeigt haben, mit Bindungsmustern von Cannabis- und Ecstasykonsumenten mit schädlichem oder abhängigem Gebrauch befasst. In ihrer Untersuchung wurde explorativ untersucht, ob sich dieser Zusammenhang auch bei anderen Konsumentengruppen findet²⁹. Die Autoren berichten, dass die Cannabisgruppe überwiegend abweisende und unerwartet häufig auch sichere Bindungsmuster aufwies. In der Ecstasygruppe traten alle Formen unsicherer Bindung gleich häufig, aber kaum sichere Bindungsmuster auf. Nach Einschätzung der Autoren sprechen die deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen gegen einen allgemeinen Zusammenhang eines einzelnen Bindungsmusters mit Substanzstörungen. Aufgrund der kleinen Stichprobe und des explorativen Charakters der Studie bedürfen die Ergebnisse einer Replikation an einem größeren Kollektiv.

²⁸ Dazu wurden im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie „Suchtverhalten von Studierenden“, die von September 2002 bis Februar 2004 durchgeführt wurde, epidemiologische Daten zum Substanzkonsum bei N=2.624 Studierenden aus Nordrhein-Westfalen im Alter von 19 bis 30 Jahren erhoben. Die Ergebnisse beruhen auf einer Fragebogenerhebung und anschließenden persönlichen Interviews unter Studierenden an den Studienstandorten Köln, Aachen und Paderborn.

²⁹ Dazu wurden mit dem Bindungsinterview nach Bartholomew die Bindungsmuster zweier Gruppen abhängig oder missbräuchlich Cannabis (N=19) bzw. Ecstasy (N=31) konsumierender Jungerwachsener untersucht, die einen möglichst „reinen“ Konsum der jeweiligen Substanz betrieben.

Der Heidelberger Drogenbogen (HDB) – Erfassung von kognitiv-behavioralen Risiko- und Protektivfaktoren beim Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen

Aguilar-Raab, Weinhold und Verres (2011) haben mit dem Heidelberger Drogenbogen (HDB) ein Instrument zur Erfassung risikorelevanter Wissensinhalte und konkreten Konsumverhaltens für die Substanzgruppen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Halluzinogene vorgestellt³⁰. Mit der Konstruktion des HDB im Sinne der Operationalisierung von Wissen und Verhalten als Risiko- und Protektivfaktoren, der hinsichtlich der Itemformulierung inhaltlich auf dem Modell von Droge, Set und Setting beruht, sollen alle Formen der Präventionsarbeit in der Praxis unterstützt werden. Handlungsrelevantes Wissen kann eine wichtige Ressource im Umgang mit Drogen darstellen. Neben der Konsumhäufigkeit können andere wichtige Aspekte des Konsumverhaltens diagnostisch erfasst werden, um den Risikograd des konkreten Konsumverhaltens für eine weitere pathologische Entwicklung abzuschätzen.

Geschlechtsunterschiede in Cannabis-Gebrauchsmustern

Noack, Höfler und Lueken (2011) haben Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Gebrauchsmuster des Cannabiskonsums an einer Stichprobe von N=3.904 Studenten deutscher Universitäten untersucht. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass z. T. erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren (z. B. hinsichtlich des Gebrauchs von Wasserpfeifen oder des Konsums am Abend vor dem Schlafengehen) und dass die Untersuchung von Gebrauchsmustern einen wichtigen Beitrag zur Identifikation von Hochrisikogruppen leisten kann.

Validierung des Cannabis Abuse Screening Tests

Anknüpfend an Arbeiten von Piontek et al. (2011) haben Legleye und Kollegen (2012) zwei Versionen des Cannabis Abuse Screening Test (CAST) an einer Stichprobe von N=140 Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe von 15 bis 26 Jahren, die aufgrund ihrer Cannabis-assoziierten Probleme um Behandlung nachgesucht haben, verglichen. Bezogen auf Cannabis-bezogene Störungen wiesen beide Versionen des Screeninginstrumentes eine vergleichbare und gute Sensitivität und Spezifität bei einem cut-off Wert von 3 auf, so dass die Autoren zu dem Schluss kommen, dass der CAST in seiner vollständigen Version als Screeninginstrument im klinischen Rahmen Verwendung finden kann.

³⁰ Das Inventar wurde mittels einer Internetversion an einer Stichprobe von N=2.404 getestet. Für alle Module des Instrumentes konnten mittlere bis hohe Reliabilitätskoeffizienten, für die Verhaltensmodule sehr gute Validitätskoeffizienten ermittelt werden.

3 Prävention

3.1 Überblick

3.1.1 Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen

Vorrangiges Ziel der Suchtprävention ist es, die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Vorbeugung von Sucht ist neben Suchtbehandlung, Überlebenshilfe und repressiven Maßnahmen zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Durch Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit entstehen neben schwerwiegenden psychischen und körperlichen Schäden bei den Betroffenen auch enorme volkswirtschaftliche Kosten. Nicht zuletzt daraus resultierend nimmt Suchtprävention in Deutschland einen herausragenden Stellenwert ein. Prävention ist eine der vier Säulen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik (vgl. Kapitel 1.1.2).

Dem hohen Stellenwert der Suchtprävention wird unter anderem auch dadurch Ausdruck verliehen, dass die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b) mit ihren konkreten Maßnahmen und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention in eine übergreifende Präventionsstrategie eingebettet wird.

Für die Umsetzung der *Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* und die daran anknüpfenden suchtpreventiven Maßnahmen sind neben den jeweils zuständigen ministeriellen Ressorts insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesländer, die kommunale (Verwaltungs-)Ebene und die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger zuständig. Diese Vielzahl an Akteuren trägt dem Subsidiaritätsprinzip Rechnung und stellt gleichzeitig eine möglichst breit angelegte Streuung präventiver Maßnahmen auf allen föderalen Ebenen in der Bundesrepublik sicher.

3.1.2 Aktuelle Entwicklungen und Trends

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

Die Studie „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011“ der BZgA untersucht die illegalen Substanzen Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetamine, Kokain, Crack und Heroin neben dem Konsum von Alkohol und Tabak. Zusammenfassend können substanzübergreifend Konsumrückgänge bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen seit 2001 bzw. 2004 verzeichnet werden. Erfahrung mit und Konsum von illegalen Drogen ist bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen weiter verbreitet und zeigt sich uneinheitlich. Zwar sinkt auch die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 2011 signifikant im Vergleich zu

2004, jedoch kann das niedrigere Ergebnis des Jahres 2010 in dieser Altersgruppe nicht erreicht werden³¹ (BZgA 2012a).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Insgesamt ist Alkohol der am weitesten verbreitete Suchtstoff, dessen Konsum häufig riskante Verhaltensformen beinhaltet. Der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer illegalen Droge ist gerade bei Jugendlichen stark verbreitet (EMCDDA 2009a; Laging 2005). Kinder und Jugendliche sind zudem durch Alkoholkonsum besonders gefährdet. Je früher mit dem Alkoholtrinken begonnen wird, desto größer ist die Gefahr, dass gesundheitliche Schäden auftreten und/oder eine spätere Abhängigkeit entwickelt wird (BZgA 2011).

Zur Förderung eines risikoarmen Umgangs mit Alkohol in allen Altersgruppen der Bevölkerung sowie zur Senkung des Cannabiskonsums reagieren die Fachkräfte in der Suchtprävention mit einer hohen Anzahl von präventiven Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug. Die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys zeigen entsprechend eine Konzentration der Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug auf die Substanzen Alkohol und Cannabis (Abbildung 3.1).

Der Gebrauch illegaler Drogen wird in Deutschland durch den Cannabiskonsum bestimmt (BZgA 2012a). Aus diesem Grund thematisieren 42 % der in Dot.sys³² dokumentierten Maßnahmen die Substanz Cannabis, hingegen beschäftigen sich lediglich 16 % der Maßnahmen mit Amphetamin/Speed: Die Fachkräfte in der Suchtprävention agieren in der inhaltlichen Ausrichtung der suchtpreventiven Maßnahmen entsprechend der Prävalenzen in den Zielgruppen.

Ungeachtet der insgesamt rückläufigen Entwicklungen des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bleibt es notwendig, die illegale Substanz Cannabis in geeigneten präventiven Maßnahmen zu thematisieren, um so die immer noch zu hohen Prävalenzen des Cannabiskonsums in Deutschland, vor allem bei den jungen Erwachsenen, zu reduzieren. Die positive Entwicklung des Substanzkonsums bei den 12- bis 17-Jährigen wird auch zukünftig durch geeignete suchtpreventive Maßnahmen begleitet und unterstützt. Erkenntnisse der Sozialisationsforschung und Entwicklungspsychologie lassen darauf schließen, dass Entwicklungen im Jugendalter für die folgenden Lebensabschnitte prägend sind. Durch die Verhinderung des Einstiegs in den Substanzkonsum im Jugendalter können positive Effekte im Erwachsenenalter erreicht werden: Wenn Jugendliche seltener Drogenerfahrungen machen, so werden die Jugendlichen auch als junge Erwachsene seltener Drogen konsumieren. Des Weiteren ist vorgesehen, in der Suchtprävention verstärkt auf die Existenz von Ausstiegshilfen (wie bspw. www.quit-the-shit.net) oder Angeboten lokaler Beratungsstellen hinzuweisen (BZgA 2012a).

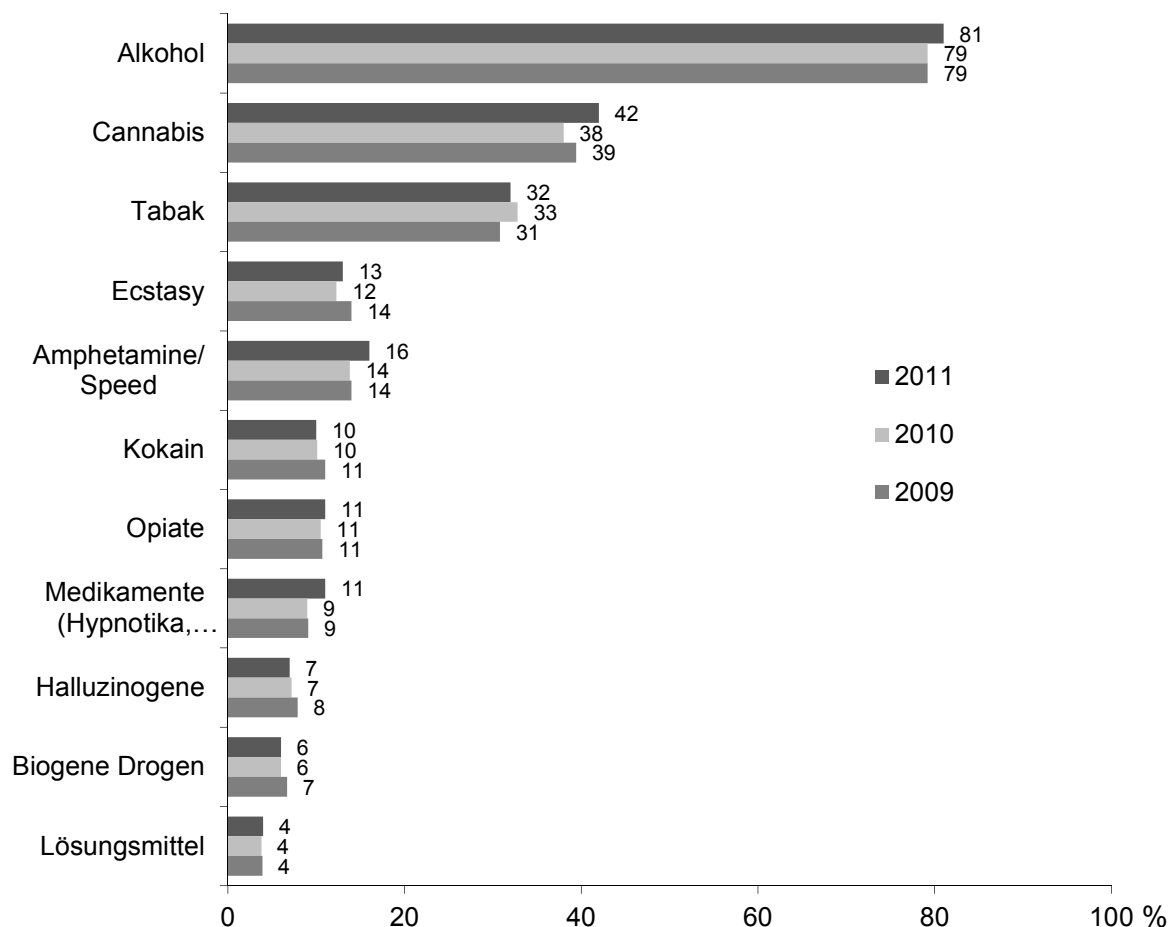
³¹ Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige junge Erwachsene:

2004: 43,0 % - 2010: 35,0 % - 2011: 39,2 %

Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche:

2004: 15,1 % - 2010: 7,4 % - 2011: 6,7 %

³² Das Monitoringsystem Dot.sys ist das Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung in Deutschland (vgl. 3.1.3).



Anzahl der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug:

N(2011)= 18.904, N(2010)=16.373, N(2009)=16.059

Dot.sys 2011, eigene Darstellung.

Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2009 bis 2011

Im Vergleich zum Vorjahr nimmt der substanzbezogene Anteil der mit Dot.sys dokumentierten Maßnahmen 2011 insgesamt zu: 59 % der Maßnahmen beschäftigen sich (auch) mit einer oder mehreren Substanzen. 2010 betrug dieser Anteil 48 %³³.

Die prozentuale Aufteilung der substanzbezogenen Maßnahmen 2011 entspricht weitgehend der Aufteilung der Vorjahre (Abbildung 3.1). Ein Zuwachs um 4 % im Vergleich zu 2010 ist bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die einen Substanzbezug zu Cannabis aufweisen, zu verzeichnen. Ebenfalls hat sich der Anteil der suchtpreventiven Maßnahmen mit Substanzbezug Alkohol noch einmal gesteigert: von 79 % in den Vorjahren auf 81 % im Jahr 2011.

³³ 2011 wird für 18.904 der mit Dot.sys dokumentierten Maßnahmen ein spezifischer Substanzbezug angegeben, 2010 waren es 16.373 Maßnahmen. Diese Steigerung liegt in der Veränderung der Eingabemodalität in der Frage nach dem Inhaltsbezug begründet: Von der Einfachnennung in 2010 wurde das Kategoriensystem erweitert um die Möglichkeit, mehrere Kategorien als Antwort im Berichtsjahr 2011 auszuwählen.

Männliche Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren häufiger eine illegale Droge als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene (ebd.). Insgesamt ist der geschlechtsspezifische Ansatz in der Suchtprävention gering verbreitet. Lediglich für 26 % der dokumentierten Maßnahmen wurde angegeben, dass eine speziell weibliche, speziell männliche oder eine Ausrichtung auf beide Geschlechter vorliegt (17 %). Die übrigen Maßnahmen haben keine spezielle geschlechtsspezifische oder geschlechtersensible Ausrichtung.

3.1.3 Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention gelten Evaluation, Vernetzung und Transfer guter Beispiele. Zur Gewährleistung eines strukturierten und systematischen Austauschs sind in den vergangenen Jahren Strukturen erfolgreich entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren in der Suchtprävention geschlossen worden. Dazu zählen z. B. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einsatz anerkannter Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention (ein Zusammenschluss zwischen den für Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA) ebenso richtungweisend wie Veranstaltungen und Fachtagungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der BZgA, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie vielen anderen Akteuren, und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer.

Das computerbasierte Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung „Dot.sys“ dient der Erfassung und Darstellung von Suchtpräventionsmaßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das System wurde 2011 weiterentwickelt und steht seitdem als Online-Datenbank unter www.dotsys-online.de zur Verfügung³⁴.

Die neue Version Dot.sys 3.0 bietet als grundlegend neue Funktion umfangreiche Auswertungsmöglichkeiten. Auswertungen werden als Tabellen und Grafiken in eine MS Excel-Datei erzeugt und auf Wunsch lokal auf dem Computer gespeichert. Dort stehen die tabellarischen und grafischen Auswertungen den Fachkräften und Landeskoordinatoren zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung. Dies vereinfacht insgesamt die Berichterstattung auf Einrichtungs- und Landesebene, bspw. die Erstellung von Jahresberichten.

³⁴ Die neue Version Dot.sys 3.0 steht den Fachkräften seit 2011 zur Verfügung und kann sowohl „offline“ auf dem Computer unter dem Betriebssystem Microsoft Windows oder online in einem Internetbrowser verwendet werden. Die zwei Module des ursprünglichen Dot.sys-Systems (das Eingabe- und Auswertungsmodul) wurden in ein einheitliches System integriert. So können in einer Anwendung die Maßnahmen sowohl dokumentiert als auch ausgewertet werden.

Dot.sys

Das Gemeinschaftsprojekt *Dot.sys* der BZgA und der Länder liefert umfangreiche Informationen über die im Rahmen eines Kalenderjahres in der Suchtprävention in Deutschland umgesetzten Maßnahmen. Damit leistet *Dot.sys* einen wesentlichen Beitrag zur Präventionsberichterstattung und verbessert nicht zuletzt die Qualität und Transparenz in der Suchtprävention. An *Dot.sys* beteiligte Fach- und Beratungsstellen, Ämter, Vereine, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer dokumentieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in dem elektronischen Erfassungssystem. Die Dokumentation erfolgt auf freiwilliger Basis, daher kann kein Anspruch auf vollständig dokumentierte Suchtpräventionsmaßnahmen erhoben werden.

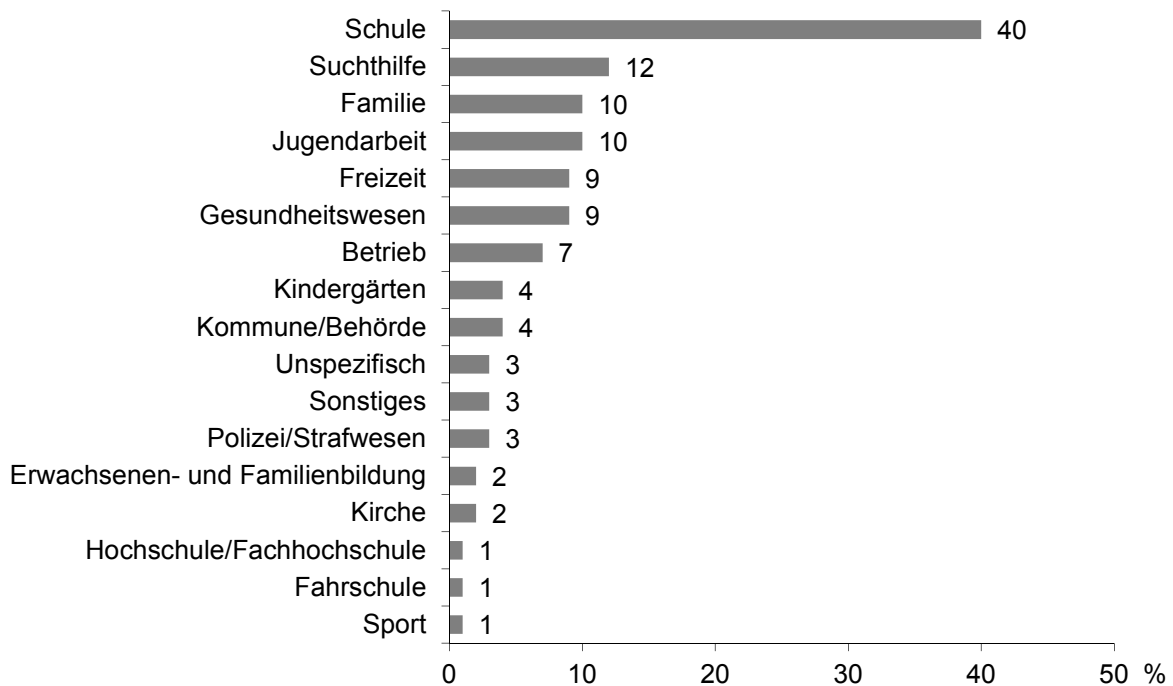
Die neue Version *Dot.sys* 3.0 ist nicht kompatibel mit der Vorgängerversion. Das heißt, dass in *Dot.sys* 2.3 dokumentierte Maßnahmen nicht in das neue System *Dot.sys* 3.0 übertragen werden konnten. Aufgrund der Umstellung des Dokumentationssystems (Aktualisierung der Software bzw. ein Wechsel zur Online-Version) ist ein geringer „Einbruch“ in der im System dokumentierten Anzahl der suchtpreventiven Maßnahmen im Jahr 2011 um schätzungsweise etwa 2.000 Maßnahmen zu verzeichnen. Dies bleibt jedoch ohne Auswirkungen auf die Interpretation der durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen in Deutschland, da die Rückmeldungen aus den einzelnen Bundesländern verdeutlichen, dass kein genereller Rückgang in der Anzahl oder eine inhaltliche Verschiebung der durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen stattgefunden hat. Da es sich um nicht kompatible Versionen handelt, können die im Berichtsjahr 2011 durchgeführten und in *Dot.sys* 2.3 dokumentierten Maßnahmen jedoch nicht in den Analysen berücksichtigt werden.

Im Berichtsjahr 2011 wurden über 32.000 suchtpreventive Maßnahmen, Projekte und Programme in *Dot.sys* 3.0 dokumentiert. Dabei lassen sich 57 % der Maßnahmen der universellen Prävention zuordnen, 17 % wurden als indizierte Prävention und 16 % als selektive Prävention durchgeführt. 11 % der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen. Wie in den Vorjahren ist das Setting Schule mit 40 % der durchgeführten und mit *Dot.sys* dokumentierten Maßnahmen das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Tätigkeiten in Deutschland 2011.

77 % der Maßnahmen, die im Setting Schule durchgeführt wurden, lassen sich der universellen Prävention zuordnen. 13 % entfallen auf die selektive Prävention. 4 % bzw. 5 % der Maßnahmen werden in Form indizierter bzw. struktureller Prävention im Setting Schule durchgeführt.

68 % der Maßnahmen im Setting Schule richten sich an Endadressaten und 32 % an Multiplikatoren. 70 % der Maßnahmen im Setting Schule mit der Zielgruppe Endadressaten richten sich vorwiegend an Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren, 40 % an Kinder bis

13 Jahre. Junge Erwachsene im Alter von 18 bis 27 Jahren werden von 13 % der Maßnahmen angesprochen³⁵.



Dot.sys 2011, N=32.095, eigene Darstellung.

Abbildung 3.2 Settings von Präventionsmaßnahmen, alle Präventionsarten, im Jahr 2011

Am häufigsten werden mit einem Anteil von 64 % Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzkonsum durchgeführt. Auch hier dominieren anteilmäßig die Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis. Maßnahmen zur Förderung der Lebenskompetenz stellen 48 % der durchgeführten Maßnahmen für Endadressaten im Setting Schule.

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Im Jahr 2011 richteten sich 54 % der durchgeführten Maßnahmen an Endadressaten. Der Anteil der Maßnahmen, welcher sich an die Zielgruppe der Multiplikatoren richtet, hat mit 40 % um 5 % im Vergleich zum Vorjahr abgenommen. Der sich seit 2008 abzeichnende Trend des Rückgangs der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressaten setzt sich in Deutschland auch 2011 weiter fort. Gut 7 % der Einträge lassen sich dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuordnen.
- 2011 wurden 18.904 Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug durchgeführt (59 % der dokumentierten Maßnahmen). Die Steigerung dieses Anteils um 10 % im Vergleich zum Vorjahr³⁶ ist vor allem auf eine veränderte Eingabemodalität zurückzuführen. Auf die

³⁵ Mehrfachnennungen auf die Frage, an welche Altersgruppe sich eine Maßnahme richtet, sind möglich.

³⁶ 2010 wurden 16.373 Maßnahmen (48%) mit spezifischem Substanzbezug durchgeführt.

Frage nach der inhaltlichen Ausrichtung der Maßnahme können die drei Kategorien Lebenskompetenz (ohne Substanzbezug), spezifischer Substanzbezug und Verhaltenssüchte angegeben werden. Von den ca. 5.500 Maßnahmen mit Mehrfachnennung auf die Frage, worauf sich die Maßnahme bezieht, gaben 49 % weiterhin an, dass die inhaltliche Ausrichtung auf den spezifischen Substanzbezug im Vordergrund der Maßnahme stand. In 42 % der Maßnahmen mit mehrfacher inhaltlicher Ausrichtung stand die Stärkung der Lebenskompetenz der Teilnehmer im Fokus der Maßnahme.

- Der Schwerpunkt der Prävention in Bund und Ländern liegt weiterhin auf der Alkohol-, Cannabis- und Tabakprävention. Die Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzkonsum konzentrieren sich wie in den Vorjahren auf die Substanzen Alkohol (81 %), Cannabis (42 %) und Tabak (32 %).
- 44% der Maßnahmen wurden „ohne Substanzbezug“ durchgeführt und zielen damit suchtmittelübergreifend vor allem auf die Lebenskompetenzförderung und die Vermittlung alternativer Erlebnisformen.
- 18 % der Maßnahmen thematisieren stoffungebundene Süchte (Verhaltenssüchte). Diese Verdopplung des Anteils von 9 % in 2010 auf 18 % in 2011 lässt sich zum einen mit der veränderten Eingabemodalität (s.o.) und zum anderen mit einem Blick auf das Kategoriensystem erklären: 2010 wurde zwischen Maßnahmen mit inhaltlichem Bezug zu Internet und anderen Medien (4 %) und pathologischem Glücksspiel/Wetten (2 %) unterschieden. Das Kategoriensystem wurde für das Erhebungsjahr 2011 auf Basis der Rückmeldungen zum Dokumentationsbedarf der mit Dot.sys arbeitenden Fachkräfte in der Suchtprävention weiterentwickelt. Der gestiegene Anteil der Maßnahmen mit Bezug zu stoffungebundenen Süchten bildet den zuvor gemeldeten Bedarf der Fachkräfte bzgl. einer Ausdifferenzierung der inhaltlichen Variablen ab. Die Steigerung des Anteils der Maßnahmen im Bereich der Verhaltenssucht zeigt die Bedeutung im Handlungsfeld Prävention von pathologischem Glücksspiel und Prävention von problematischem Computerspiel und Internetgebrauch in Deutschland. Durch die Schärfung der Kategorien für das Erhebungsjahr 2011 entfallen auf die Kategorie Internet-/Computersucht 11 %, auf die Kategorie problematischer Umgang mit anderen Medien 7 % und auf pathologisches Glücksspiel 8 %. Neben der Informationsvermittlung (73 %) stehen vor allem die Bildung kritischer Einstellungen (52 %) und die Kompetenzförderung (40 %) im Vordergrund der suchtpreventiven Maßnahmen.
- Das Setting „Schule“ ist mit 40 % der dokumentierten Maßnahmen auch 2011 weiterhin das primäre Handlungsfeld der suchtpreventiven Aktivitäten. Es folgen mit 12 % Maßnahmen, die im Setting „Suchthilfe“ durchgeführt werden, sowie mit jeweils zehnprozentigem Anteil Maßnahmen in den Settings „Familie“ und „Jugendarbeit“.
- 28 % der Maßnahmen werden oder wurden evaluiert; es handelt sich dabei in der Regel um eine interne Evaluation.

3.2 Verhältnisprävention

3.2.1 Gesetzliche Regelungen zum Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum oder kombinierter Konsum von Alkohol und Tabak verursachen jährlich schätzungsweise 74.000 Todesfälle in Deutschland (Gaertner et. al. 2012). Im Vergleich zur Alkoholprävention hat die Politik in Deutschland bei der Tabakprävention stärker auf einen Policymix von Verhaltens- und Verhältnisprävention gesetzt. Im Folgenden werden die gesetzlichen Regelungen zum Alkoholkonsum beschrieben.

Alkoholausschank

Der Ausschank alkoholischer Getränke wird im Gaststättengesetz (GastG) geregelt. Ist der Ausschank alkoholischer Getränke gestattet, so sind auf Verlangen auch alkoholfreie Getränke zum Verzehr anzubieten, unabhängig von einer Bestellung alkoholischer Getränke. Mindestens ein alkoholfreies Getränk ist nicht teurer zu verabreichen als das billigste alkoholische Getränk in gleicher Menge (§ 6 GastG). Zudem ist der Ausschank alkoholischer Getränke an erkennbar Betrunkene verboten (§ 20 GastG).

Die Landesregierungen legen für Schank- und Speisewirtschaften sowie für öffentliche Vergnügungsstätten eine Sperrzeit fest. Diese Sperrzeit kann verlängert, verkürzt oder aufgehoben werden (§ 18 GastG). In vielen Bundesländern ist die Sperrzeit durch die sogenannte Putzstunde von 5 bis 6 Uhr ersetzt. Ordnungsämter können abweichend davon ebenfalls festlegen, wie lange eine Gaststätte geöffnet sein darf. Autobahnraststätten sind generell von der Sperrstunde ausgeschlossen, allerdings erfolgt zwischen 00:00 und 07:00 kein Ausschank alkoholischer Getränke.

§ 19 des GastG „Verbot des Ausschanks alkoholischer Getränke“ besagt, dass aus besonderem Anlass der gewerbsmäßige Ausschank alkoholischer Getränke vorübergehend für bestimmte Zeit und für einen bestimmten örtlichen Bereich ganz oder teilweise verboten werden kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung erforderlich ist.

Alkoholsteuer

„Die Besteuerung alkoholischer Getränke in Deutschland wird nach der Getränkeart unterschieden“ (Gaertner et. al. 2012: 53). Spirituosen und Schaumwein werden mit 13,03 € und 13,60 € je Liter Reinalkohol, Biere mit durchschnittlich 1,97 € pro Liter Reinalkohol besteuert. Wein unterliegt keiner Besteuerung.

Gaertner et. al. (2012) fordern eine einheitliche Besteuerung von alkoholhaltigen Getränken auf Grundlage der enthaltenen Alkoholmenge sowie eine Angleichung der Alkoholsteuer in Deutschland an den Durchschnitt der Europäischen Union (EU) (Anhebung), nicht zuletzt um die gesundheitspolitischen Potentiale der Alkoholsteuer zu nutzen. Elder et. al. (2010) konnten zeigen, dass sich mit erhöhten Steuersätzen eine deutliche Reduktion des Alkoholkonsums erzielen lässt.

Die Einnahmen aus Alkoholsteuern in Deutschland im Jahr 2009 betragen 3,1 Mrd. €, was einem Rückgang um 4,7 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Alkohol im Straßenverkehr

In Deutschland werden im Straßenverkehrsgesetz (StVG) und Strafgesetzbuch (StGB) die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich Alkohol im Straßenverkehr geregelt.

Die Promille-Grenzwerte variieren dabei nach Personengruppe (Fahranfänger, erfahrener Fahrer). Für Fahranfänger beim Führen von Fahrzeugen gilt während der zweijährigen Probezeit ein Alkoholverbot. Erfahrenen Fahrern ist das Führen von Fahrzeugen bis zu einer Obergrenze von 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut erlaubt. Kommt es jedoch mit weniger als 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut des Fahrers zu einem Unfall, so liegt eine Straftat nach Strafgesetzbuch (StGB) vor, was u. U. bereits mit einem Führerscheinentzug geahndet werden kann. Bei Anzeichen von Fahrunsicherheit ist ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,3 Promille strafbar.

Ein Alkoholgehalt im Blut ab 0,5 Promille wird unterschiedlich stark geahndet: von einer Geldbuße bis hin zu einem Führerscheinentzug auf Dauer.

Mit einem Alkoholgehalt im Blut ab 1,1 Promille macht sich der Fahrzeugführer strafbar, selbst wenn keine Anzeichen von Fahrunsicherheit vorliegen oder es zu einem Verkehrsunfall kommt. Führerscheinentzug, Geld- oder Freiheitsstrafe (bis zu 5 Jahre) sowie Schadenersatz/Schmerzensgeld an das Unfallopfer sind als Strafe vorgesehen.

Verwickeln sich minderjährige Radfahrer unter Alkoholeinfluss in einen Unfall, können Sie mit 18 Jahren den Führerschein nicht ohne weiteres erwerben. Die Fahreignung kann im Einzelfall selbst einem alkoholisierten Fußgänger, welcher einen Unfall verursacht hat, von der Fahrerlaubnisbehörde entzogen werden.

Jugendschutzgesetz (JuSchG)

Das Jugendschutzgesetz³⁷ befasst sich mit dem Thema „Alkohol“ in § 9 „Alkoholische Getränke“.

Die Abgabe von jeder Art Alkohol an unter 16-Jährige ist in Deutschland verboten. Spirituosen dürfen laut Gesetz erst ab einem Alter von 18 Jahren gekauft werden. Ausnahmsweise erlaubt sind Abgabe und Verzehr anderer alkoholischer Getränke (z. B. Wein, Bier und Ähnliches), wenn der Jugendliche in Begleitung einer personensorgeberechtigten Person (Eltern/Vormund) ist (§ 9 Abs. 2 JuSchG).

Mit dem Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (AlkopopStG) ist bei gewerbsmäßiger Abgabe von alkoholhaltigen Süßgetränken der Hinweis "Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz" zwingend erforderlich.

³⁷ Das Jugendschutzgesetz dient dem Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Im Sinne dieses Gesetzes sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind. Jugendliche sind Personen im Alter von 14 bis 18 Jahre.

Alkohohlhaltige Getränke sind in Deutschland praktisch unbegrenzt verfügbar. Das Trinken von Alkohol besitzt zudem eine große gesellschaftliche Anerkennung. Lediglich das Jugendschutzgesetz bietet gesetzliche Einschränkungen des Alkoholkonsums in Deutschland.

Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit

Regelungen zum Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit werden von den Bundesländern geregelt. So hat beispielsweise der Stadtstaat Hamburg als erste deutsche Großstadt seit September 2011 die Regelung in Kraft, dass Alkoholkonsum in allen öffentlichen Verkehrsmitteln des Stadtgebietes verboten ist. Fahrgäste in allen U- und S-Bahnen des Hamburger Verkehrsverbundes (HVV) und an den Haltestellen ist es weder erlaubt, Alkohol zu trinken noch geöffnete Flaschen bei sich zu tragen. Damit sollen Alkoholexzesse und Gewalt verhindert werden. Zudem wird in Hamburg geprüft, ob es möglich ist, Alkoholkonsum an bestimmten Orten und zu festgelegten Zeiten zu verbieten. In Baden-Württemberg gilt seit dem 1. Januar 2010 ein nächtliches Verkaufsverbot (zwischen 22 und 5 Uhr) von Alkohol an Tankstellen, Kiosken und Supermärkten. Grundsätzlich sind alkohohlhaltige Getränke unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes in Supermärkten, Kiosken und Tankstellen während der Öffnungszeiten käuflich zu erwerben.

Ob ein nächtliches Verkaufsverbot von Alkohol an Tankstellen und Kiosken präventiv sinnvoll ist, wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Das Jugendschutzgesetz regelt bereits das Abgabeverbot von alkohohlhaltigen Getränken an Kinder und Jugendliche. Immer wieder werden Forderungen laut, dass die Einhaltung der bestehenden Jugendschutzbestimmungen stärker kontrolliert werden muss, bevor restriktivere Maßnahmen zur Alkoholabgabe umgesetzt werden. Gezielte Aufklärungskampagnen und die Stärkung der Vorbildfunktion von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol werden ebenfalls als gute Strategie zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen in Deutschland angesehen.

3.2.2 Gesetzliche Regelungen zum Tabakkonsum

Tabakkonsum stellt in Deutschland die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Um das Rauchen in möglichst allen Bevölkerungsgruppen erfolgreich einzudämmen, ist ein Mix aus strukturellen bzw. rechtlichen Maßnahmen sowie Aufklärungs- und Unterstützungsangeboten notwendig.

Als Beispiele struktureller Maßnahmen mit dem Ziel, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Rauchens zu ändern, können z. B. Tabaksteuererhöhungen, Rauchverbote, Abgabeverbote von Tabakwaren an Jugendliche unter 18 Jahren oder die Erschwerung des Zugangs zu Zigarettenautomaten für Jugendliche genannt werden.

Deutschland ratifizierte das im Jahr 2005 in Kraft getretene Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (FCTC) der WHO und verpflichtete sich damit verbindlich zu bestimmten

Maßnahmen der Tabakkontrolle³⁸.

Schutz vor Passivrauchen

Durch die 2004 erlassene Arbeitstättenverordnung (ArbStättV) (und das Mutterschutzgesetz (MuSchuG)) sind Arbeitgeber verpflichtet, die nichtrauchenden Arbeitnehmer grundsätzlich vor den Gefahren des Passivrauchens zu schützen. Zum 1. September 2007 ist außerdem in Deutschland das Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG) in Kraft getreten. Damit haben Beschäftigte in Bundesbehörden und Fahrgäste im öffentlichen Personenverkehr einen gesetzlichen Anspruch auf Schutz vor dem Passivrauchen, was einem grundsätzlichen Rauchverbot entspricht. Weiterführende Regelungen werden von den Bundesländern in Gesetzen zum Nichtraucherschutz geregelt³⁹.

Jugendschutz

Das Jugendschutzgesetz (JuSchG)⁴⁰ befasst sich mit dem Thema „Rauchen“ in § 10 „Rauchen in der Öffentlichkeit, Tabakwaren“. Nach dem JuSchG ist es nicht gestattet, Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche abzugeben oder ihnen das Rauchen in Gaststätten, Verkaufsstellen oder in der Öffentlichkeit zu gestatten. Seit 2007 besteht das Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche unter 18 Jahren. Zudem wird geregelt, dass Tabakwaren nur dann in Automaten angeboten werden dürfen, wenn sichergestellt ist, dass Kinder und Jugendliche die Tabakwaren nicht entnehmen können.

Tabaksteuer

Tabakwaren unterliegen in Deutschland der Tabak- und Mehrwertsteuer. Die Tabaksteuer ist in den letzten Jahren schrittweise angehoben worden. Seit Januar 2012 beträgt sie 9,26 Cent pro Zigarette plus 21,87 Prozent des Kleinverkaufspreises⁴¹. Im Schnitt beträgt der Steueranteil ca. drei Viertel des Verkaufspreises einer Zigarette.⁴² Zigarren und Zigarillos sowie Feinschnitt und Pfeifentabak werden ebenfalls besteuert. Kau- und Schnupftabak sind von der Steuer ausgenommen, weil sie nicht zu den Rauchtabakwaren zählen.

Die Einnahmen aus Tabaksteuern in Deutschland im Jahr 2010 betrugen ca. 13 Mrd. €, was einem Rückgang um 1,5 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht.

Tabakverkauf

Tabakprodukte sind in Deutschland unter Berücksichtigung des Jugendschutzgesetzes frei verkäuflich und in Supermärkten, Kiosken und Tankstellen erhältlich. Die generelle

³⁸ <http://www.who.int/fctc/en/>

³⁹ Eine gute Zusammenfassung über die Ländergesetze zum Nichtraucherschutz sowie weiterführende Links finden sich unter: <http://www.rauchfrei-info.de/informieren/gesetzliche-regelungen/laendergesetze-zum-nichtraucherschutz/>.

⁴⁰ Siehe Fußnote 36.

⁴¹ Der Kleinverkaufspreis wird vom Hersteller festgelegt.

⁴² Der Kleinverkaufspreis eines Tabakprodukts kann je nach Hersteller bzw. Marke variieren, daher ist auch der jeweilige Steueranteil unterschiedlich.

Verfügbarkeit von Tabakprodukten wird durch die zusätzliche Abgabe über Zigarettenautomaten komplettiert.

Werbung für Tabakprodukte

Bereits seit 1975 ist das Bewerben von Tabakprodukten in Hörfunk und Fernsehen verboten. Im Januar 2007 wurde die deutsche Gesetzgebung an die Tabakwerberichtlinie der EU (2003/33/EG) angepasst⁴³. So ist seit Anfang 2007 Werbung für Tabakprodukte auch in Zeitungen, Zeitschriften, Magazinen und im Internet verboten. Ausgenommen sind Veröffentlichungen, die für Mitarbeiter in der Tabakindustrie gedacht sowie Printmedien, die nicht für den EU-Markt bestimmt sind. Weiterhin erlaubt ist die Tabakwerbung im Kino, auf Plakaten und auf Gegenständen wie Feuerzeugen oder Aschenbechern. Das Sponsoring von Veranstaltungen, die auf mehrere EU-Mitgliedsstaaten ausgerichtet sind oder eine sonstige grenzüberschreitende Wirkung haben (z. B. die Formel 1) ist ebenfalls verboten. Bei diesen Veranstaltungen dürfen auch keine kostenfreien Tabakerzeugnisse verteilt werden.

Behandlung zur Raucherentwöhnung

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) stellt gemeinsam mit der BZgA unter <http://www.anbieter-raucherberatung.de/> eine Rauchstopp-Datenbank mit unterschiedlichen Angeboten zur Verfügung. Angehende Nichtraucher haben dort die Möglichkeit qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Angebote zum Rauchstopp in Wohnortnähe zu finden.

Junge Erwachsene bzw. Jugendliche lassen sich gut über Online-Angebote zum Rauchstopp erreichen. Unter www.rauchfrei-info.de (Erwachsene) und www.rauch-frei.info (Jugendliche) stehen zwei zielgruppenspezifische Online-Ausstiegsprogramme der BZgA zur Verfügung (Tossmann et. al. 2008).

Ein weiteres Beispiel ist der deutschlandweit von zertifizierten Trainern angebotene Gruppenkurs „Rauchfrei-Programm“⁴⁴, der den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europe) zur Behandlung der Tabakabhängigkeit entspricht. Evaluationsergebnisse belegen eine hohe Abstinenzrate von 34 % bis 40 % sechs Monate nach Kursende.

Um dem Bedarf nach effektiven Maßnahmen zur Förderung des Rauchausstiegs bei Jugendlichen zu begegnen, wurde mit „losgelöst“ ein kognitiv-behavioral fundiertes Gruppenprogramm mit motivationsfördernden Elementen entwickelt. Der Ausstiegskurs umfasst sechs Treffen à 90 Minuten in drei Wochen sowie Nachbetreuungselemente per SMS/Telefonanruf in den nachfolgenden vier Wochen. Die multizentrische Wirksamkeitsstudie mit nicht-randomisiertem, kontrolliertem Design und 6-Monats-Follow-Up ergibt, dass „losgelöst ein evidenz-basiertes Rauchstoppprogramm für Jugendliche ist, das

⁴³ Die Tabakrichtlinie der EU (2003/33/EG) sieht eine einheitliche Regelung von Tabakwerbung und -sponsoring für alle EU-Mitgliedsländer vor. Die Richtlinie ist online verfügbar unter: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11571_de.htm. Das deutsche Tabakgesetz ist online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/img_1974/index.html

⁴⁴ <http://rauchfrei-programm.de/>. Der Kurs wurde im Auftrag der BZgA vom IFT Institut für Therapieforschung, München, entwickelt.

die Wirksamkeit international evaluierter Rauchstopp-Programme erreicht“ (Bühler et. al. 2012: 119)⁴⁵.

Ein weiteres evidenzbasiertes Angebot ist die proaktive Telefonberatung. Die BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung mit mindestens drei Beratungsgesprächen führt zu Abstinenzquoten von 34 % nach einem Jahr, im Vergleich zu 21 % bei einer einmaligen Beratung (Lindinger et al. 2012).

Seit dem Jahr 2011 erfährt die elektrische bzw. elektronische Zigarette (E-Zigarette) in Deutschland zunehmende Aufmerksamkeit. Die E-Zigaretten werden von den Herstellern als gesündere Art des Rauchens beworben. Die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen beim Konsum der E-Zigarette sind allerdings noch unbekannt. Kurzfristige schädliche Effekte auf die Atmungsorgane wurden bereits nach wenigen Zügen an der E-Zigarette nachgewiesen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) riet im Januar 2008 in einer Stellungnahme zur Vorsicht im Umgang mit elektronischen Zigaretten und empfiehlt in einer weiteren Stellungnahme im Februar 2012, das Rauchen von E-Zigaretten in Nichtraucherzonen zu untersagen. Es besteht keine Klarheit bezüglich der gesundheitlichen Bewertung des Konsums von E-Zigaretten. Ebenso fehlt die rechtliche Klarheit, wie das Produkt E-Zigarette eingeschätzt wird.

Zurzeit unterliegen E-Zigaretten und Liquids keiner einheitlichen Regulierung oder Qualitätskontrolle in Deutschland. Die Kontroverse um die Gesundheitsgefahren der E-Zigaretten wird begleitet von einer juristischen Auseinandersetzung in Deutschland.

3.3 Universelle Prävention

Universelle Präventionsaktivitäten bilden den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland. Unter universeller Prävention subsumieren sich Programme, Projekte und Aktivitäten, die sich an die allgemeine Bevölkerung oder einen Teil der allgemeinen Bevölkerung richten, die bzw. der ein niedriges oder durchschnittliches Risiko trägt, eine Sucht oder Abhängigkeit zu entwickeln. Präventive Aktivitäten und Hilfen erfolgen im Idealfall in der Alltags- und Lebenswelt ihrer Zielgruppen, dies gilt auch für universelle Präventionsmaßnahmen. Handlungsfelder universeller Prävention sind die Schule, der Arbeitsplatz, kommunale Einrichtungen oder Sportvereine, um nur ausgewählte Beispiele zu nennen (Springer & Phillips 2007).

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

Im letzten REITOX-Bericht wurde das Bundesmodellprojekt „Prev@WORK“ als Beispiel eines ganzheitlichen Programms zur Suchtprevention in der Berufsorientierung,

⁴⁵ 14 % aller ursprünglich rauchenden Jugendlichen sind sechs Monate nach Ende der Intervention rauchfrei. Das Programm wurde im Auftrag der BZgA vom IFT Institut für Therapieforchung, München, entwickelt.

-vorbereitung und -ausbildung vorgestellt. Prev@WORK basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und verfolgt das Ziel, suchtmittelbedingte Arbeitsbeeinträchtigungen und -ausfälle zu vermeiden⁴⁶. Innerhalb der Projektlaufzeit vom 01. März 2011 bis 29. Februar 2012 wurden insgesamt 90 Fachkräfte aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen zu „Prev@WORK“-Trainern ausgebildet. Diese führten 19 Pilotschulungen in sechs Bundesländern für insgesamt 245 Auszubildende durch (Schmidt 2012a). Die Implementierung des Projekts in den Bundesländern oblag der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin.

Wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurde das Modellprojekt durch das Institut Gesellschaft für Statistik und Evaluation (StatEval)/Freie Universität Berlin. Die ausgebildeten Fachkräfte bewerten das Seminarkonzept und die Übertragbarkeit in die unterschiedlichen Bereiche positiv. Bei den teilnehmenden Auszubildenden erhöht sich das Wissen zu Sucht und Suchtmittelkonsum ebenso wie die Risikokompetenz im Umgang mit dem eigenen Konsumverhalten. Die Auszubildenden bewerten „Prev@WORK“ ebenfalls positiv (StatEval GmbH 2012). Die Evaluation der Trainerausbildung und Pilotschulungen sowie des Praxistransfers belegen, dass „Prev@WORK“ sehr gut für die Durchführung von Suchtprävention in der Berufsausbildung in unterschiedlichen Settings geeignet ist. Eine nachhaltige Implementierung des Programms wird angestrebt (Schmidt 2012a).

3.3.1 Schule

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

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

Die Wirksamkeit von suchtpreventiven Maßnahmen in der Grundschule ist intensiv untersucht worden. Vor allem Maßnahmen, die auf dem psychosozialen Ansatz aufbauen (Lebenskompetenzförderung, verhaltensmodifikatorische Interventionen) sind erfolgversprechend (Bühler & Kröger, 2006). Ein früher Einstieg in den Konsum legaler Drogen wirkt sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung aus, weshalb der Einsatz suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule besonders sinnvoll erscheint. Zudem lässt sich mit dem frühen Einstieg in den Konsum legaler Drogen ein späterer Konsum illegaler

⁴⁶ http://www.berlin-suchtpraevention.de/Betriebliche_Suchtpraevention-c1-l1-k56.html

Drogen prognostizieren (Brook et. al. 2002; Hanna et. al. 2001; Maruska et. al. 2011; McGue et. al. 2001).

Von den 40 % der in Dot.sys dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen, die 2011 im Setting Schule durchgeführt werden, richten sich 13 % an das soziale System „Grundschule“. Die Maßnahmen haben zum Ziel, die (Lebens-)Kompetenz zu fördern und die Ressourcen der Kinder zu stärken sowie eine Stärkung (oder Veränderung) von Einstellungen zu erreichen. Zudem zielen die Maßnahmen auf eine Zunahme an Wissen und wirken auf das Bewusstsein der Kinder.

Das 1991 von einem Expertenteam aus Medizin und Pädagogik am Klinikum Nürnberg entwickelte Präventionsprogramm „Klasse2000“⁴⁷ ist vermutlich „das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Gesundheitsförderung in der Primarstufe“ (Maruska et. al. 2011: 303). Im Rahmen von „Klasse2000“ werden in den ersten vier Schuljahren je 15 Unterrichtseinheiten zu den Themen Lebenskompetenz und Gesundheitswissen (u.a. Sucht- und Gewaltprävention) von Lehrkräften und speziell geschulten Fachkräften durchgeführt. Im Schuljahr 2011/2012 erreichte „Klasse2000“ über 400.000 Kinder aus mehr als 17.300 Grundschulklassen in allen Bundesländern.

Das Projekt wird ständig evaluiert⁴⁸. Erkenntnisse über die Durchführung und Wirksamkeit dienen als Basis der Aktualisierung und Optimierung des Programms (Konzept und Unterrichtsstunden). So wurde in Zusammenarbeit mit Förderschullehrkräften das Unterrichtsmaterial aller vier Jahrgangsstufen umgearbeitet und erprobt: Die Arbeitsblätter von „Klasse2000“ liegen in drei unterschiedlichen Versionen vor, die den Einsatz in Förderschulen, altersgemischten oder inklusiv arbeitenden Klassen ermöglichen.

Bereits die erste Wirksamkeitsstudie von 1991/1992 bis 1994/1995 zeigte, dass „in Klasse2000-Klassen am Ende des vierten Schuljahres weniger Kinder schon einmal Zigaretten geraucht haben als in Kontrollklassen“ (Maruska et. al. 2011: 302). Die Hinweise auf die Wirksamkeit von „Klasse2000“ hinsichtlich des Substanzkonsums beziehen sich auf das Ende der vierjährigen Intervention – also zu Ende der Grundschulzeit. Ob und welche Effekte es über die Grundschulzeit hinaus gibt, wurde bisher in zwei Nachbefragungen untersucht: Eine Stichprobe hessischer Grundschul Kinder wurde ca. 16 Monate nach Interventionsende⁴⁹ (in der 6. Klasse) befragt. Bezogen auf den Substanzkonsum zeigen sich die Ergebnisse dieser Nachbefragung „als sehr vielversprechend“ (IFT-Nord 2010: 3): Es existiert ein mittelfristiger Effekt hinsichtlich der Verzögerung des Einstiegs in den Substanzkonsum (Einstieg in den Zigaretten- und/oder den heimlichen Alkoholkonsum). Dieselbe Stichprobe hessischer Grundschul Kinder wurde im Frühsommer 2011, mittlerweile

⁴⁷ <http://www.klasse2000.de/index.php>

⁴⁸ Lehrpersonen, Schüler und Eltern beantworten jährlich einen Fragebogen zu Erfahrungen und Zufriedenheit mit „Klasse2000“: Das Programm wird inhaltlich gut bewertet, als praktikabel eingeschätzt und erfährt eine hohe Zustimmung.

⁴⁹ Kontrollgruppenstudie mit Messwiederholung über die Grundschulzeit (Schuljahre 2004/2005 bis 2007/2008)

in der 7. Klasse⁵⁰, erneut befragt. Es konnten Effekte auf den Substanzkonsum und das Gesundheitsverhalten drei Jahre nach Interventionsende festgestellt werden. „Klasse2000“ erzielt „langfristige Effekte v. a. hinsichtlich des Substanzkonsum“ (IFT-Nord 2012: 3) verglichen mit Kindern, die nicht am Programm teilgenommen haben.

Ungefähr jede zehnte Intervention an Schulen verfolgt den Ansatz der Peer-Education. Peer-Education-Ansätze basieren auf der Annahme, dass Gleichaltrige (Peers) günstigere Voraussetzungen zur Initiierung von Lernprozessen schaffen können, als dies beispielsweise Lehrkräften oder Beratungsfachkräften zugeschrieben wird. Dies liegt unter anderem in der größeren sozialen Nähe Gleichaltriger, den gemeinsamen Sprachcodes und somit der größeren Authentizität begründet (Backes & Schönbach 2002). Jugendliche, die als Peers zum Einsatz kommen, werden geschult und befähigt, als Experten in Problemlagen zu unterstützen und die Problemlösungsfähigkeit bei der Zielgruppe (Schüler) zu fördern. Peers dienen somit als Präventionshelfer vor Ort, d.h. auch an jenen Orten, an denen legale und/oder illegale Drogen konsumiert werden.

Bereits 2004 wurde in der Prignitz (Brandenburg) ein mobiles Lern- und Mitmachprojekt zum Thema Sucht mit den Bausteinen „Multiplikatorenprojekt“, „Kreativ- und Gestaltungsprojekt“ und „Peerprojekt“ entwickelt. Der Suchtpräventionsparcours „ERZ 05“⁵¹ steht unter dem Motto „Lehre mich nicht – lass mich lernen“ und richtet sich an Schüler der Klassen 7 bis 10 (ab 13 Jahre), an Kinder und Jugendliche in Klubs, Einrichtungen der Jugendhilfe sowie an Lehrer, Sozialarbeiter und Eltern. Die Substanzen Alkohol, Nikotin und Cannabis werden ebenso wie Risiken des PC-Spielens, Essstörungen und das Hilfesystem in der Region in jeweils einer Station des Parcours thematisiert. Die Kinder und Jugendlichen setzen sich spielerisch und selbstständig mit dem Thema Sucht auseinander und lernen so das Spektrum der unterschiedlichen Süchte kennen und erhalten die Möglichkeit, Suchtanteile im eigenen Verhalten zu prüfen.

Der Parcours wird von Fachschülern in der Erzieherausbildung begleitet. Diese werden in einem Multiplikatorenprojekt ein Jahr lang für den Einsatz geschult. Das Projekt ist im Lehrplan zur Ausbildung zum staatlich anerkannten Erzieher in der Prignitz verankert⁵² (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

3.3.2 Familie

Die Familie ist als wichtigste und beständigste Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen als Arbeitsfeld präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung. Bis zum Einsetzen der Pubertät hat das familiäre Umfeld den größten Einfluss auf Normen und Werte von Kindern und somit auch auf die Ausbildung unterschiedlicher Verhaltensweisen, im positiven wie im negativen Sinne. Eltern und Geschwister, aber auch nahe stehende

⁵⁰ Kinder am Ende der 7. Klasse sind ca. 14 Jahre alt und damit im Einstiegsalter für Tabak- und Alkoholkonsum.

⁵¹ www.shp.suchtpraevention-brb.de/Projekte/Parcours/parcours.html

⁵² Bisher wurden 58 Fachschüler ausgebildet. Am Parcours nahmen mehr als 2.000 Schüler, ca. 75 Lehrer und 35 Eltern teil.

Verwandte und Bekannte dienen Kindern und Jugendlichen häufig als Vorbilder, deren Lebensweise bewusst oder unbewusst adaptiert und imitiert wird. Die Familie hat damit einen großen Einfluss auf die Gesundheitserziehung und die Gesundheit des Kindes.

10 % der in Dot.sys 2011 dokumentierten Maßnahmen wurden im Setting Familie umgesetzt. Der Großteil der suchtpreventiven Maßnahmen, die den sozialen Raum der Familie erreichen, entfällt mit 43 % auf Maßnahmen in Form von indizierter Prävention. Der Anteil der Maßnahmen, die als universelle Prävention durchgeführt werden, ist mit 31 % etwas geringer. Auf die selektive Prävention entfallen 21 % der Maßnahmen. Es werden vor allem Endadressaten (78 %) angesprochen. Eltern und Familienmitglieder (43 %), konsum-erfahrene Jugendliche (22 %) und/oder Kinder und Jugendliche (17 %) werden durch die Maßnahmen erreicht, die eine Einstellungsänderung bzw. -stärkung der Abstinenzabsicht, Zunahme an Wissen und eine Förderung der Kompetenzen/ Stärkung der Ressourcen der jeweiligen Zielgruppe erreichen sollen. Die substanzspezifischen im Setting Familie durchgeführten Maßnahmen konzentrieren sich wie in den Vorjahren auf Alkohol (69 %) und Cannabis (51 %). Insgesamt werden 54 % der Maßnahmen mit Substanzbezug durchgeführt. Auf die Kategorie Lebenskompetenz (ohne Substanzbezug) entfallen 35 %, auf die Inhaltsebene Verhaltenssüchte 28 % der Maßnahmen.

Eltern und Erziehungsberechtigte haben einen großen Einfluss auf die psychische Entwicklung ihrer Kinder. Sie in ihren gesundheitsbezogenen Elternkompetenzen zu unterstützen und eine bessere Gesundheitsförderung und mehr Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu erreichen, ist Teil der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit⁵³.

Das Projekt „Starke Eltern – Starke Kinder“ bietet Hilfe für eine bessere psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ist ein Angebot des Deutschen Kinderschutzbundes. „Starke Eltern – Starke Kinder“ ist ein Kursangebot für Eltern, welches sich in den letzten 10 Jahren auf Basis von Evaluationen kontinuierlich weiterentwickelt hat (Evaluation 2002 und 2009)⁵⁴. Eltern, die an den Kursen teilnehmen, steigern ihr positives Elternverhalten, reduzieren negative Verhaltensmuster und sind in der Lage, die positiven Eigenschaften und Stärken des Kindes wahrzunehmen⁵⁵ und damit die psychosozialen Schutzfaktoren des Kindes zu fördern (personale Schutzfaktoren). Das Projekt unterstützt Eltern darin, familiäre Schutzfaktoren aufzubauen, das Kind in seinen Basiskompetenzen zu stärken und damit der Entwicklung einer Suchterkrankung des Kindes entgegen zu wirken⁵⁶ (Lyssenko et. al. 2011).

⁵³ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf

⁵⁴ <http://www.sesk.de/CONTENT/SHOWPAGE.ASPX?CONTENT=637&TPL=7>

⁵⁵ <http://www.starkeeltern-starkekinder.de/content/start.aspx>

⁵⁶ Dem zugrunde liegt die Annahme, dass psychosoziale Schutzfaktoren zur Prävention von Suchterkrankungen beitragen können. Lebenskompetenzen wie Kommunikations-, Beziehungs- und Problemlösefähigkeiten gelten in der Resilienzforschung als wichtige Faktoren bei der Prävention von Suchterkrankungen, Essstörungen oder Depressionen.

Ein weiteres Beispiel zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen ist das seit 10 Jahren in Bayern von der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e. V. angebotene Präventionsangebot „Elterntalk“⁵⁷. Das niedrigschwellige und lebenswelt-orientierte aufsuchende Bildungsangebot von Eltern für Eltern mit Kindern bis 14 Jahren erreicht in Fachgesprächen zu den Themen Medien, Konsum und Suchtvorbeugung Eltern verschiedenster Herkunftskulturen und Lebenswelten. „Elterntalk“ basiert auf der Peer-to-Peer-Methode und hat zum Ziel, die Erziehungskompetenz von Eltern durch Eltern zu stärken. Die Gesprächsrunden finden in einem privaten Umfeld statt und werden von Eltern moderiert, die zuvor speziell geschult wurden. Der Erfahrungsaustausch findet nach Wunsch in türkischer, russischer, deutscher oder einer anderen Sprache statt.

Wachsende Nachfrage und eine nachhaltige Entwicklung aufgrund (interner und externer) Evaluation führten zu einem bayernweiten Netzwerk. „Elterntalk“ wird an 35 Standorten in Bayern durchgeführt.

3.3.3 Kommunale Prävention

Für eine ganzheitliche und nachhaltig wirksame Suchtprävention ist es notwendig, neben der Familie und Schule auch die sozialräumliche Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen mit einzubeziehen. Eine Beteiligung von Gemeinden, Städten, Regionen und Landkreisen an der Entwicklung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten ist unabdingbar. Kommunen sollen also nicht nur Ort präventiver Maßnahmen, sondern auch mitgestaltende Akteure in der Suchtprävention sein. In der Regel hängt die Rolle einer Kommune als aktiver Akteur der Suchtprävention stark von der Größe, d. h. der Zahl der Einwohner ab: kleine Kommunen verfügen häufig nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen, Suchtprävention auf ihrer kommunalpolitischen Agenda umzusetzen.

Kommunale Suchtprävention findet häufig im Rahmen von interkommunalen und überörtlichen Kooperationen mit verschiedenen lokalen Partnern wie zum Beispiel professionellen Suchtpräventionseinrichtungen, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen, örtlichen Vereinen und Einrichtungen, Parteien und Verbänden etc. statt. Arbeitsfelder kommunaler Suchtprävention sind neben Kindergärten und Schulen vor allem der organisierte und nicht-organisierte Freizeitbereich sowie das Gesundheitswesen.

Das Kino als attraktiver Freizeitort eignet sich besonders gut zum außerschulischen Lernen; zudem ist die enge Zusammenarbeit aller Akteure in der Suchtprävention entscheidend für den Erfolg von frühzeitigen Präventionsmaßnahmen. Daher werden seit dem Jahr 2004 die JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ von der BZgA in enger Zusammenarbeit mit regionalen Partnern der Suchtprävention durchgeführt⁵⁸. 2011 wurden Veranstaltungen für Schüler im Alter von 12 bis 19 Jahren in 16 Städten durchgeführt. Gleichzeitig werden auch Lehrkräfte fortgebildet, um die Mitmach-Aktionen und Spielfilme der JugendFilmTage im Unterricht vor- und nachbereiten zu können.

⁵⁷ <http://www.elterntalk.net>

⁵⁸ Ca. 120.000 Schüler sowie ca. 7.500 Lehrkräfte haben an den JugendFilmTagen bisher teilgenommen.

3.3.4 Freizeit und Sportvereine

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

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

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

Neben Eltern und Lehrern sind Trainer und Betreuer in Sportvereinen wichtige Vertrauenspersonen, die „Kinder stark machen“ können. Hierbei ist die Kooperation mit dem Breitensport besonders wichtig. Die Kampagne arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit den mitgliedsstarken Sportverbänden in Deutschland zusammen. Im Jahr 2011 konnten ca. 2.700 Multiplikatoren für das Thema Suchtprävention in Vereinen sensibilisiert und geschult werden sowie 1.400 Unterstützerpakete⁵⁹ an Sportvereine zur Unterstützung eigener Maßnahmen versendet werden.

Auf der Seite www.kinderstarkmachen.de werden starke Vereinsideen, also gute Beispiele aus den Vereinen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit „Kinder stark machen“ vorgestellt.

Im Jahr 2011 wurde im Rahmen der Frauenfußballweltmeisterschaft gemeinsam mit dem Deutschen Fußball Bund (DFB) der Wettbewerb „TEAM 2011“ durchgeführt. Mehr als 800 Kooperationsprojekte zwischen Schulen und Fußballvereinen wurden realisiert. Auf dieser erfolgreichen Basis plant der DFB eine neue Initiative unter dem Motto „Doppelpass 2020“, die von der BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ aktiv unterstützt wird. Die Initiative ermöglicht, Multiplikatoren aus Schulen und Fußballvereinen für das wichtige Thema frühe Suchtprävention unter dem Motto „Kinder stark machen“ zu informieren, zu sensibilisieren und für Aktionen einzeln oder miteinander zu motivieren.

3.4 Selektive Prävention

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln. Dieses Risiko kann immanent sein, oder

⁵⁹ Die BZgA stellt Sportvereinen und Einrichtung im Zusammenhang mit Veranstaltungen unter dem Motto „Kinder stark machen“ auf Anfrage ein kostenloses Materialpaket mit Broschüren und Faltschichten zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung sowie T-Shirts, Spiel- und Werbematerialien (Bälle, Stundenpläne, Fadenspiele, Luftballons) zur Verfügung.

eine Gruppe von Personen trägt aufgrund verschiedener Merkmale über das gesamte Leben hinweg ein höheres Risiko, eine Sucht zu entwickeln (Springer & Phillips 2007). Als Risikofaktoren sind sowohl biologische, psychologische als auch soziale Umfeldeinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für die folgenden Zielgruppen entwickelt, um nur einige zu nennen:

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

Die Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen werden sehr häufig im Freizeitbereich angesprochen. Interventionen für sozial benachteiligte Jugendliche oder Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien erfolgen vielfach im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können. Allerdings ist die Gefahr einer Stigmatisierung der Zielgruppen selektiver Präventionsaktivitäten nicht von der Hand zu weisen, so dass die Vor- und Nachteile gründlich abgewogen werden müssen.

Um die Zielgruppe der problematisch konsumierenden Jugendlichen unter 18 Jahren außerhalb der Schule zu erreichen, bietet der Ansatz des Streetwork (Straßensozialarbeit) einen Zugang zu (sozial benachteiligten) jungen Menschen in schwierigen, belastenden oder gefährdenden Lebenssituationen. Weitere Ansätze sind beispielsweise die Multidimensionale Familientherapie und die aufsuchende Familientherapie.

Von August 2008 bis Juli 2011 wurde das Modellprojekt „Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien“ durchgeführt. Hauptzielgruppe des Projekts sind (sozial benachteiligte) Familien, deren Kinder und Jugendliche durch riskanten Alkohol- und Cannabiskonsum auffällig wurden. Um den Ansatz der aufsuchenden Familienarbeit (AFT) anzuwenden, wurde die bestehende Vernetzung der Hilfestrukturen in der Modellregion intensiviert.

Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet. Die Analyse des Projektverlaufs, der Nachbefragung sowie die strukturellen Gegebenheiten der Region ergaben, dass mit dem untersuchten Ansatz die Gruppe der vulnerablen Jugendlichen bis 18 Jahre mit problematischem Cannabis- und Alkoholkonsum sehr gut erreicht werden kann. Neben einer gelungenen Reduktion des Suchtmittelkonsums der Jugendlichen verbesserte das Projekt die Kommunikationsstruktur in der Familie, erhöhte die Erziehungskompetenz der Eltern und die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen und führte zu einer Einstellungsänderung, so dass in den Familien eine grundsätzliche Behandlungsbereitschaft bei erneuten Problemen

geschaffen werden konnte. Das BMG empfiehlt eine Implementierung dieses Ansatzes dort, „wo Jugendliche mit problematischem Mischkonsum von Alkohol und Cannabis unter 18 Jahren wirksam erreicht werden sollen, und wo eine vielfältige und gut verankerte Kooperation von Jugendhilfe- und Suchthilfeeinrichtungen auf regionaler Ebene bereits existiert“ (BMG 2012).

3.4.1 Risikogruppen

Sozial Benachteiligte

Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind sehr häufig besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Statistisch betrachtet haben Personen der unteren sozialen Milieus ein mehr als doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder früher zu sterben als Angehörige der oberen sozialen Milieus. Soziale Benachteiligung erzeugt somit Ungleichheit in Gesundheitschancen (BMG 2008). Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status sind Risikofaktoren, die die Entstehung oder Intensivierung von Suchtproblemen begünstigen. Daher ist es besonders wichtig, diesen Personenkreis möglichst frühzeitig in seiner Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und zu stärken. Häufig sind die ‚üblichen‘ Präventionsmaßnahmen jedoch in der Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen kaum einsetzbar, da diese nicht immer über die notwendigen personalen, sozialen und/oder kognitiven Kompetenzen verfügen, um die Präventionsinhalte hinreichend umsetzen zu können.

Suchtprävention für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund

Suchtpräventionsmaßnahmen für Personen mit Migrationshintergrund beinhalten häufig eine Vielzahl von Aktivitäten, die von der Heranführung an öffentliche Einrichtungen, über die Aktivierung und Stärkung von Selbsthilfekräften bis zur Stärkung der Persönlichkeit und der Reduzierung des Risikos einer Suchtentwicklung reichen. Diese Aktivitäten sind in der Regel in übergreifende Maßnahmen zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zuwanderern eingebettet, die beispielsweise vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) oder vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gefördert werden.

Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ist das Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund niedriger, wenngleich die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund eine heterogene Bevölkerungsgruppe darstellt (vgl. REITOX-Bericht 2011). Migranten sehen sich Zugangsbarrieren zum Hilfesystem ausgesetzt. Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite oder die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Sanktionen hindern Migranten u. U. am Aufsuchen von Einrichtungen der Suchthilfe (Salman 2010; Süzen 2010). Zudem sind Fragen zu Sucht und Suchtvorbeugung in vielen Familien mit Migrationshintergrund tabuisiert. Hier setzt das Projekt „Qualifizierung der „Stadtteilmütter Berlin“ im Projektbaustein ‚Suchtprävention‘“ der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin e.V. an. Frauen mit Migrationshintergrund, die sogenannten Stadtteilmütter, werden zu Gesundheits- und Erziehungsfragen qualifiziert, suchen Familien zuhause auf und sprechen

mit den Müttern und Vätern in zehn Terminen über Erziehungsfragen, gesundes Aufwachsen, Ernährung, Medienkonsum und Suchtmittel. Sie vermitteln und begleiten Betroffene in Beratungsstellen. In Schulungsmodulen, welche die Diversität⁶⁰ der Teilnehmer berücksichtigen, werden Grundlagenwissen und Gesprächsführungstechniken an die Stadtteilmütter vermittelt. Mehrsprachige Informationsmaterialien, eine praxisnahe Seminargestaltung sowie eine enge Zusammenarbeit mit den Trägervereinen der Stadtteilmütter ermöglichen es die Ziele zu erreichen. Ziel des Projektes ist es u.a. die „Stadtteilmütter Berlin“ zur Suchtprävention zu qualifizieren und zu sensibilisieren und dadurch Vorbilder zu schaffen und zu stärken. Die Stadtteilmütter tragen zu einer Verbesserung der gesunden Entwicklung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien bei, stärken Familiennetzwerke und Unterstützungssysteme für Familien und helfen, Zugangsbarrieren zum Hilfesystem abzubauen.

Besondere Belastungen in der Kinder- und Jugendzeit, wie bspw. eine Trennung der Eltern, Versagenserlebnisse in der Schule, fehlende Unterstützung durch die Eltern aber auch ein radikaler Heimatverlust, können die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stören und sie anfälliger für einen möglichen Suchtmittelkonsum machen. Neben der Schulung von Multiplikatoren und Schlüsselpersonen, Eltern und Familienangehörigen haben sich soziale Trainingskurse ebenso wie erlebnispädagogische Freizeitaktivitäten bewährt, um die Einstellungen positiv zu beeinflussen und das Problemlösungsverhalten zu stärken. Das vom Bundesministerium des Innern (BMI) geförderte Programm des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) „Integration durch Sport“ hat beispielsweise zum Ziel, den Zuwanderern mit der Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolge und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine Halt und Orientierung zu geben, damit sie weniger suchtanfällig werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Weitere Ziele von (Integrations-)Projekten für Personen mit Migrationshintergrund, die beispielsweise durch das BMI oder das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt werden, sind Zugewanderten eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sie in ihren Kompetenzen zu stärken oder die Akzeptanz von Zuwanderer- und Aufnahmegesellschaft zu verbessern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Ziele des regionalen Projekts „Gleich oder Anders oder Wie?“ der Gemeinde Wutha-Farnroda in Thüringen sind das Selbstwertgefühl vor allem von Kindern aus belasteten Familien zu stärken, Alternativen zu Substanzmittelkonsum und Konfliktbewältigungsmechanismen aufzuzeigen sowie eine Integration von jungen Ausländern in die „neue Heimat“ zu ermöglichen ohne den Bezug des Herkunftslandes zu verlieren. Das Projekt richtet sich an Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sowie an Kinder und Jugendliche

⁶⁰ „Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden oder ähneln können“ (Altgeld 2011, S. 53). Dabei bezieht sich die Vielfalt u.a. auf die Primärdimensionen Alter, Geschlecht, Ethnie/kulturelle Herkunft und Religion/Weltanschauung.

mit einem problematischen familiären Umfeld, die im Kinderclub „Nest“ bzw. im Integrationsprojekt im Kinderfreizeitzentrum ihre Freizeit verbringen⁶¹.

In einer Gruppe von maximal 12 Kindern im Alter von 10 bis 15 Jahren hat das Kind die Chance, sich als Person mit eigener Kultur, Sprache und Erfahrung in die durch die Fachkräfte intensiv betreuten Angebote einzubringen. Die Angebote ermöglichen den Kindern, Toleranz und Akzeptanz zu erfahren und Perspektiven für die Zukunft im neuen Land zu entwickeln. Das seit 1998 durchgeführte Projekt dient der Verständigung der Kinder untereinander und fördert die Kommunikation und gegenseitige Toleranz. Die Einbeziehung der Eltern erfolgt in Gruppenarbeit.

3.4.2 Risikofamilien

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil. Darüber hinaus sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtblasteten Familien aufgewachsen⁶². Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtblasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit betroffen ist, im Vergleich zu Kinder aus nicht suchtblasteten Familien ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien eine der größten bekannten Zielgruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für dieses erhöhte Suchtrisiko sind neben der Erfahrung des (elterlichen) Suchtmittelkonsums unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch zu nennen, die in suchtblasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

Um Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien zu helfen, ist ein abgestimmtes Wirken aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen, wie sie im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) gefordert wird, notwendig⁶³. Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Kinder und deren suchtkranke Eltern werden in Deutschland von Akteuren in der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Selbsthilfe und als Online-Projekte, beispielsweise von „KOALA e. V. – Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.“ und der Drogenhilfe Köln e. V.“⁶⁴ und von „Interessenvertretung für

⁶¹ Der Kinderclub „Nest“ liegt in der Gemeinde Wutha-Farnroda. In der Gemeinde leben mehr Menschen mit Migrationshintergrund/ im Asylantenstatus als in vergleichbaren Wohngebieten der Region.

⁶² www.fruehehilfen.de

⁶³ Art. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html>

⁶⁴ www.kidkit.de

Kinder aus Suchtfamilien e. V.“⁶⁵, angeboten. Schwierigkeiten in der Umsetzung der Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien bereiten die häufig fehlende Finanzierung, Rekrutierungsprobleme und eine geringe Vernetzung (DZSKJ & DISuP 2012).

Entsprechend sind Kooperation und Vernetzung wichtige Kriterien für den im REITOX-Bericht 2011 vorgestellten 5. Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ zum Thema „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“ (DifU 2011).

Exemplarisch wird im Folgenden mit „KisEI – Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern“ eines von drei Projekten des prämierten Wettbewerbsbeitrags der Freien und Hansestadt Hamburg vorgestellt. Hamburg hat bereits 2005 das Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in überbehördlicher Zusammenarbeit geschaffen und dabei einen Schwerpunkt auf junge Menschen in besonderen Lebenslagen gesetzt. Unter dem Projekt „KisEI“ werden die Netzwerkprojekte „Lina – Schwangerschaft Kind Sucht“⁶⁶ und „connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien“⁶⁷ der Hamburgischen Landesstelle und des Büros für Suchtprävention zusammengefasst.

„Lina“ spricht Risikofamilien bereits in der Schwangerschaft an und ermöglicht eine ganzheitliche und umfassende Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken Schwangeren und ihren Familien mit ihren Kindern bis zu einem Jahr durch Kooperation der beteiligten Akteure⁶⁸. Zudem bietet die Datenbank des Internetportals eine Übersicht über alle in Hamburg verfügbaren Angebote sowie Kommunikationsmöglichkeiten für die Akteure.

Ziel des Fachkräftenetzwerkes „connect“ ist es, ein effektives Hilfenetzwerk für die Zielgruppe der suchtbelasteten Familie anzubieten. Interdisziplinäre Fallberatungen stehen dabei im Vordergrund. Um die Situation der Kinder ressourcenorientiert zu verbessern, erfolgt eine Orientierung auf den regionalen Kontext, welcher durch Kooperation der Bereiche Suchthilfe, Jugendhilfe, Geburtshilfe und allgemeine medizinische Versorgung, Kita, Schule sowie Freizeiteinrichtungen im Stadtteil (Sozialraum) gegeben ist.

Grundlage der verbindlichen und nachhaltigen Zusammenarbeit sind Kooperationsvereinbarungen zwischen den verschiedenen Partner und Institutionen, in denen Standards und Ziele der Hilfe formuliert wurden. Die Qualität der Angebote für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien in Hamburg wird durch eine hohe Standardisierung, bspw. in der fallbezogenen Beratung, und durch wissenschaftlich durchgeführte Evaluationen und Wirkungsanalysen gesichert (DifU 2011).

Im REITOX-Bericht 2010 wurde das Bundesmodellprojekt „Trampolin“ vorgestellt – ein modulares Präventionskonzept für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren aus suchtbelasteten

⁶⁵ www.nacoa.de

⁶⁶ www.lina-net.de; vgl. REITOX-Bericht 2009

⁶⁷ www.sucht-hamburg.de/projekte/connect; vgl. REITOX-Bericht 2010

⁶⁸ Mehr als 60 Institutionen und Verbände unterzeichneten eine Rahmenvereinbarung zur Kooperation im Februar 2008.

Familien⁶⁹. Während der Projektlaufzeit von 01.10.2008 bis 31.03.2012 wurde durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) die Konzeption und Evaluation von „Trampolin“ entwickelt, durchgeführt und überarbeitet. Die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit von „Trampolin“ erfolgte als prospektives, randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign. Die Befragung von Eltern und Kindern fand zu drei Messzeitpunkten statt. Eine Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse in Fachzeitschriften ist geplant.

Weitere Schulungsangebote für Fachkräfte und ein Ausbau der „Trampolin“-Website sind ebenso wie Langzeitkatamnesen in Bezug auf die beteiligten Kinder vorgesehen. Aus der Evaluation resultierende konkrete Maßnahmen und Herausforderungen für Wissenschaft und Praxis wurden im Rahmen der Abschlusskonferenz im Februar 2012 thematisiert. So wurde eine Stärkung der Vernetzung von Jugendhilfe und Medizin, die Aufgabe der strikten Trennung zwischen Prävention und Behandlung und die Etablierung von „Trampolin“ als Standardangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien als Herausforderungen an die Praxis thematisiert (DZSKJ & DISuP 2012).

Insgesamt wird in Deutschland an einer weiteren Verbesserung der Vernetzung im Kontext der „Frühen Hilfen“ für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien gearbeitet, um dem im BKiSchG und im KKG formulierten Auftrag der Kooperation der beteiligten Institutionen und Akteure zu entsprechen. „Denn ein abgestimmtes Wirken von Prävention, Frühen Hilfen, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen ist elementare Voraussetzung, die Kinder in den betroffenen Familien zu schützen“ (Schmidt 2012b).

3.4.3 Selektive Prävention im Freizeitbereich

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

Grundsätzlich ist der Freizeitbereich in einen organisierten und nicht-organisierten Bereich differenzierbar. Im organisierten Freizeitbereich (z. B. Einrichtungen der Jugendhilfe, der Kirche, kommunale oder städtische Jugendzentren) werden häufig suchtpräventive Maßnahmen umgesetzt, die sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch (SGB) VIII) ableiten. Dabei geht es vor allem darum, die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu fördern und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu erziehen. Die beschriebene Heterogenität macht deutlich, dass die

⁶⁹ www.projekt-trampolin.de

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

Lebenswelten der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten sind, sondern darüber hinaus Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement vermittelt werden müssen.

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gestaltet sich Suchtprävention offener. Damit ist gemeint, dass die Aktivitäten bzw. Angebote niedrigschwellig und in der Regel freiwillig sind. Sie zielen in der Regel auf eine Minimierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und die Förderung eines verantwortungsvollen Substanzkonsums. Grundlagen der Arbeit im nicht-organisierten Freizeitbereich sind mitunter Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit und ressourcenorientierte Prävention. Diese Ansätze lassen sich in zahlreichen so genannten Szene- oder Partyprojekten finden, die in vielen größeren Städten angeboten werden. Aktivitäten solcher Partyprojekte werden häufig von Fachstellen bzw. Suchtpräventionseinrichtungen entwickelt und unter Mithilfe lokaler Clubs, Diskotheken oder Musik- und Partyveranstalter umgesetzt.

Das „Musikszeneprojekt Drogerie“⁷⁰ ist solch ein niedrigschwelliges Drogenpräventionsprojekt im nicht-organisierten Freizeitbereich in Thüringen, welches vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit finanziert wird. Durch die Trägerschaft der SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH besteht ein gutes Netzwerk zu anderen Beratungsstellen.

„Drogerie“ richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die mit Drogen in Kontakt kommen könnten, mit ihnen experimentieren oder diese konsumieren. Das wichtigste Ziel des Projektes ist es, die Risiken, welche durch den Konsum illegaler und legaler Drogen entstehen, für die Zielgruppe zu minimieren und für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit dem eigenen Körper zu sensibilisieren. Mit dem niedrigschwelligen Beratungsangebot auf Musikveranstaltungen mit dem Wohnmobil, Aufklärung bzw. Beratung per E-Mail und Telefon, Safer Use-Aktionen, kontinuierliche Aktualisierung der Informationen auf der Webseite sowie weiterer Angebote erreicht das Musikszeneprojekt ca. 1.000 Personen jährlich auf Musikveranstaltungen (7-10 Partys und 2 mehrtägige Festivals pro Jahr) und erhält täglich durchschnittlich 375 Zugriffe über die Homepage aufgrund der News und Beratung.

Der Erfolg der bisherigen Arbeit des Projekts zeigt sich an den stetig wachsenden Besucherzahlen auf der Homepage, der wachsenden Nachfrage nach den Informationsmaterialien des Projektes sowie in den guten Kontakten zu kooperativen Veranstaltern der Musikszene in Thüringen.

3.5 Indizierte Prävention

Zielgruppe indizierter Präventionsmaßnahmen sind Personen, die ein hohes Risiko haben eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dabei leitet sich die Notwendigkeit indizierter Präventionsmaßnahmen durch die Existenz wichtiger individueller Indikatoren ab, die eine spätere Abhängigkeitsentwicklung begünstigen. Im Unterschied zur selektiven Prävention,

⁷⁰ <http://www.drogerie-projekt.de/>

erfolgt indizierte Prävention in der Regel auf individueller Ebene, d.h. es geht nicht um die Identifikation von Personengruppen, auf die die genannten Merkmale zutreffen (EMCDDA 2009b).

3.5.1 Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sind ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtstörung im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei einem Anteil von insgesamt ungefähr einem Fünftel Kinder und Jugendliche liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Ca. 10 % weisen psychische Auffälligkeiten, d.h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (RKI 2007b). Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger auf, als bei Kindern und Jugendlichen mit höherem sozioökonomischem Status. Diese Kinder und Jugendlichen verfügen in der Regel über geringere soziale und personale Ressourcen und sind somit zusätzlich belastet (vgl. dazu auch Berichtsteil zu sozial Benachteiligten in Kapitel 3.3.1).

Neben Risikofaktoren spielen Schutzfaktoren in Erklärungsmodellen zu psychischen Auffälligkeiten eine nicht unwesentliche Rolle. Familiärer Zusammenhalt hinsichtlich psychischer Auffälligkeit wirkt schützend, d.h. verringert die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Auffälligkeit deutlich. Familiärer Zusammenhalt ist ebenfalls ein zentraler Schutzfaktor in Bezug auf die Entstehung von Substanzsüchten. Diese Risiko- und Schutzfaktoren sollten unbedingt sowohl bei der Suchtprävention als auch bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.

3.5.2 Kinder mit ADHS

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

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

3.5.3 Früherkennung und Frühintervention

An der Schnittstelle von indizierter Prävention zur Behandlung haben sich Maßnahmen etabliert, die dem Begriff Früherkennung und Frühintervention zuzuordnen sind. Als wesentliches Merkmal weist die Zielgruppe dieser Maßnahmen bereits Probleme durch erhöhten Substanzkonsum auf und/oder sie hat Probleme, die mit erhöhtem Substanzkonsum in engem Zusammenhang stehen. Diese Personengruppe hat ein sehr hohes Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln, zum Zeitpunkt der Intervention werden Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) oder der International Classification of Diseases (ICD-10) jedoch (noch) nicht erfüllt (EMCDDA

2009b). Zur Initiierung einer Behandlung bedarf es (in der Regel) den Nachweis einer Abhängigkeit nach DSM-IV oder ICD-10.

Im Jahr 2011 lassen sich 24 % der suchtpreventiven Maßnahmen einem Frühinterventionsprogramm zuordnen. Wie den Daten des Monitoringsystems Dot.sys zu entnehmen ist, richten sich 68 % der Maßnahmen zu Früherkennung/-intervention an Endadressaten. Demgegenüber steht mit 32 % eine geringere Anzahl von Maßnahmen mit der Zielgruppe Multiplikatoren. Thematisiert werden vor allem die Substanzen Alkohol (56 %) und Cannabis (32 %).

Das Bundesmodellprojekt „Selbstkontrolltraining (SKOLL) – Frühintervention für riskant Konsumierende von psychotropen Substanzen und Menschen mit riskanten Verhaltensweisen“ wurde bereits im RITOX-Bericht 2011 vorgestellt⁷¹. Die vom Bundesministerium für Gesundheit seit November 2008 geförderte Projektlaufzeit betrug etwa drei Jahre⁷². In diesem Zeitraum wurde „SKOLL“ an 27 Standorten in ganz Deutschland umgesetzt und es fanden 150 Kurse mit durchschnittlich acht Teilnehmern statt. In der zweijährigen Begleitstudie, durchgeführt durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), wurde „SKOLL“ auf die Breitenwirksamkeit und Versorgungseffekte der Programmeinführung geprüft.

Folgende Evaluationsergebnisse können berichtet werden:

„SKOLL“ ist ein wirkungsvolles Programm zur Frühintervention bei Abhängigkeitsgefährdung und erzielt „mehrmonatige stabile Gesundheitsgewinne“ (Kliche 2012) bei den Teilnehmern. Das Risikoverhalten der Teilnehmer (Suchtmittelkonsum bzw. riskante Verhaltensweisen) kann über mehrere Monate stabil verringert werden. Die Teilnehmer bestätigen in einer subjektiven Bewertung zudem das Erreichen der Programmziele, wie Konsumreduzierung, Risikobewusstsein und Selbstvertrauen entwickeln, Alternativen zum Risikoverhalten finden oder soziale Kontakte aufbauen und erhalten. Da „SKOLL“ Kompetenzen der Lebensführung und Selbststeuerung unterstützt, ist das Projekt gleich gut für alle Personengruppen geeignet, unabhängig von demografischen Variablen der Teilnehmer. Neben der Unabhängigkeit von den individuellen Merkmalen der Teilnehmer zeigt sich, dass auch die verschiedenen Ausprägungen von Abhängigkeiten und Arten der Gefährdung keine Auswirkung auf den Erfolg des Projektes haben. Am stärksten profitieren diejenigen Teilnehmer mit einem jeweils höher ausgeprägtem Risikoverhalten (einzelnes, besonders stark ausgeprägtes Risikoverhalten oder gering/ polyriskant/ hochriskant).

„SKOLL“ wurde bislang an den meisten Standorten weitergeführt. Da die Gruppenbildung suchstoffübergreifend erfolgt, kann „SKOLL“ eine ggf. bestehende Lücke im Angebot der Fachstelle schließen. Der Ansatz ist besonders attraktiv für dünn besiedelte Gebiete. Die Erfahrung zeigt, dass keine bestehenden Programme eingestellt, sondern das Angebot i.d.R.

⁷¹ „SKOLL“ hat das Ziel, Personen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum oder Verhaltensweisen zu einem verantwortungsbewussten Umgang bzw. zu einer Reduzierung/Aufgabe des Konsums zu motivieren. Dabei verfolgt „SKOLL“ eine suchtmittelübergreifende Strategie.

⁷² Die Abschlusskonferenz mit Vorstellung der Evaluationsergebnisse fand im Februar 2012 statt.

um „SKOLL“ ergänzt wurde. Daneben schafft „SKOLL“ neue Zugangswege und bietet Kooperationsmöglichkeiten, bspw. ist der Versorgungseinrichtung eine verbesserte Zusammenarbeit mit Schulen, der Justiz oder Bildungsträgern möglich.

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

Neben einer Vielzahl von Informationsangeboten, wie dem Drogenlexikon als Modul zur Wissensvermittlung, bietet das Internetportal verschiedene Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten, wie bspw. die Selbsttests „Check your Drinking“ und „Cannabis Check“ zur Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens für die in Deutschland am weitesten verbreiteten psychoaktiven Substanzen Alkohol und Cannabis. Bisher haben 1.053.029 Menschen mit Hilfe eines Selbsttests ihr Konsumverhalten auf www.drugcom.de überprüft (Stand: 30.06.2012). Ziel der Selbsttests ist es, die Teilnehmer zu einer kritischen Reflexion des Konsums anzuregen und ggf. zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. 2011 besuchten täglich 2.700 User www.drugcom.de; im Startjahr 2001 waren es 330.

Internetbasierte Interventionen zur Behandlung problematischen Substanzkonsums werden in der Suchtprävention erfolgreich eingesetzt. Zudem wird das Internet von Jugendlichen und jungen Erwachsenen als niedrigschwelliges Informations- und Beratungsangebot angenommen und genutzt (Van Eimeren & Frees 2010). Mit der internetbasierten Kurzintervention für junge Cannabiskonsumenten „Quit the Shit“ bietet die BZgA seit 2004 eine effektive Unterstützung für diejenigen an, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen⁷³. Seit August 2004 haben 3.572 Personen an „Quit the Shit“ teilgenommen (Stand: 30.06.2012).

Um zu prüfen, ob Personen, die ihrem Substanzkonsum gegenüber ambivalent eingestellt sind oder eine geringe Neigung zur Verhaltensänderung aufweisen, ebenfalls ein niedrigschwelliges Beratungsangebot angeboten werden kann, hat die BZgA eine „Studie zu einer einmaligen Chat-Intervention“ im Zeitraum 30.09.2010 bis 28.02.2011 auf www.drugcom.de durchgeführt.

Die Studie untersuchte, ob und welche Effekte bei der oben beschriebenen Personengruppe im Rahmen einer einmaligen Chat-Intervention erreicht werden können. Die Intervention

⁷³ Vgl. REITOX-Bericht 2011: Mit einer Kontrollgruppenstudie (Untersuchungszeitraum: 2006 – 2008) wurde untersucht, welche Effekte „Quit the Shit“ erzielt. Der abschließende Ergebnisbericht der kontrollierten Studie über die Effekte des Reduktions- und Ausstiegsprogramms für Konsumenten von Cannabis „Quit the Shit“ zeigt, dass eine komplette Programmnutzung von mindestens 45 Tagen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, den Cannabiskonsum signifikant zu senken.

wurde mit Hilfe einer randomisiert-kontrollierten Studie und zwei Nachbefragungen (nach einem und drei Monaten) kontrolliert. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte u.a. mithilfe der Selbsttests (Jonas et. al. 2012).

Die einmalige Chat-Intervention zu problematischem Substanzkonsum (Alkohol und Cannabis) konnte keine Einstellungs- oder Verhaltensänderung (Reduktion des Konsums) oder eine verstärkte Nutzung professioneller Hilfeangebote bei ambivalent eingestellten Konsumenten erreichen. Zwar steigt die Änderungsbereitschaft und es kann eine signifikante Abnahme des Alkoholkonsums in der Kontroll- und Interventionsgruppe beobachtet werden, jedoch lassen sich diese statistisch nicht absichern bzw. auf die Intervention zurückführen.

Die kurze Interventionsdauer sowie die Form des Chats (textbasiert) werden neben der geringen Stichprobengröße ($n=207$)⁷⁴ als mögliche Gründe für das Fehlen von signifikanten Effekten der einmaligen Intervention angegeben. Da internetbasierte Interventionen als „vielversprechende Ergänzung traditioneller Hilfeangebote“ (Jonas et. al. 2012: 180) in der Behandlung von Suchterkrankungen eingeschätzt werden, wird empfohlen Online-Interventionen auch für Suchtmittelkonsumenten mit ambivalenter Änderungsmotivation länger (als eine einmalige Intervention) und verbindlicher zu gestalten, also beispielsweise dem erfolgreichen Modell von „Quit the Shit“ anzupassen.

3.6 Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen

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

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

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

⁷⁴ Insgesamt wurden 302 Personen in die Auswertung eingeschlossen. Davon nahmen jedoch nur 207 Personen an allen Nachbefragungen teil (Jonas et. al. 2012).

Voll Power“ die seit 2006 von der BZgA durchgeführte Alkoholpräventionskampagne „NA TOLL!“ aktualisiert fortgesetzt⁷⁵.

Aufklärung und die Förderung eines eigenverantwortlichen, alkoholkritischen und situationsangemessenen Verhaltens erfolgt über die Verbindung von massenkommunikativen und personalkommunikativen Maßnahmen, wobei der Internetauftritt der Kampagne www.null-alkohol-voll-power.de eine Verknüpfung beider Bereiche ermöglicht. Besonders häufig wurden hier 2011 die Test-Features zum Mitmachen, aber auch die Infotexte genutzt⁷⁶. Die Peer-Aktionen der Kampagne erreichen bundesweit jährlich ca. 20.000 zum Teil auch riskant konsumierende Jugendliche in persönlichen Gesprächen⁷⁷. Ergebnisse einer umfangreichen wissenschaftlichen Evaluation der Peer-Aktionen werden 2013 veröffentlicht.

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

Die Berliner Kampagne „Na klar - unabhängig von Alkohol und anderen Suchtmitteln!“⁷⁸ verfolgt einen suchstoffübergreifenden Ansatz und bietet Informationen und Aktionen zu den Themenbereichen Alkohol, Cannabis, Ecstasy, K.O.-Tropfen, Methamphetamin und Research Chemicals⁷⁹.

Durch die Vielzahl an Initiativen und Partnern der Kampagne ist es möglich, suchtpreventive Maßnahmen für spezifische Zielgruppen durchzuführen. Exemplarisch kann die Veranstaltung „Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum sowie Glücksspielsucht“ für weibliche Angehörige von Migranten im Berliner Bezirk Tempelhof-Schöneberg genannt werden. Daneben gab es 2011 eine Vielzahl von Berlinweiten bzw. in den Bezirken stattfindenden

⁷⁵ Alkoholprävention ist ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt der BZgA. Um unterschiedliche Altersgruppen zielgruppengerecht zu erreichen, gehören neben „Null Alkohol – Voll Power“ die Teilkampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit.“ für die Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen und „Alkohol? Kenn dein Limit“ für die Altersgruppe der Erwachsenen (über 20-Jährigen) zur Gesamtstrategie (vgl. REITOX-Bericht 2011, 2010).

⁷⁶ 2011 wurden insgesamt rund 150.000 Zugriffe auf dem Webauftritt der Vorgängerkampagne www.bist-du-staerker-als-alkohol.de verzeichnet.

⁷⁷ Weitere Informationen zur Peer-Maßnahme sind verfügbar unter <http://www.null-alkohol-voll-power.de/reden/voll-power-peers/die-aktion/>

⁷⁸ http://www.praevention-na-klar.de/front_content.php

⁷⁹ „Na klar“ ist eine suchtpreventive Kampagne der Berliner Bezirke, der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales sowie für Bildung, Jugend und Wissenschaft, der Polizei Berlin, HaLT Berlin, der Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V. und der Fachstelle für Suchtprevention im Land Berlin.

Aktionen: Streetsoccer-Turnier, Rap-Konzert, Alkoholpräventionstage, Aktionstage und -wochen in Schulen und in Bezirken, sowie weitere suchtpreventive Veranstaltungen mit interaktiven Beratungs- und Informationsangeboten zu den Themen Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, gesunde Ernährung und/oder sportlicher Betätigung.

Die seit 2008 existierende Kampagne wird 2012 settingansatzorientiert und modifiziert fortgesetzt mit dem Schwerpunkt „Freizeitverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hinblick auf Suchtmittelkonsum und riskante Verhaltensweisen“. Das Erreichen des Ziels, riskanten sowie abhängigen Alkohol-, Cannabis- und Partydrogenkonsum präventiv zu begegnen, wird u.a. durch die Entwicklung adäquater Präventionsangebote unterstützt.

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Überblick

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

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

- der Konsum ist mit Risiken verbunden (riskanter Konsum),
- es liegt ein schädlicher Gebrauch (F1x.1) oder eine Abhängigkeit (F1x.2) im Sinne einer klinischen Diagnose (International Classification of Diseases (ICD) oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)) vor,
- es entstehen Schäden für andere Personen,
- es finden sich negative soziale Konsequenzen oder Delinquenz.

Ergänzend zu der Erfassung der klinischen Diagnosen „Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, für die die internationalen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2005) Anwendung finden, wird im Deutschen Kerndatensatz Sucht (DHS 2012) eine Definition für den „riskanten Konsum“ vorgeschlagen. Gemäß fachlicher Einschätzung soll der „riskante Konsum“ für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten in diesem Fall die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), der British Medical Association und des Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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

Methoden zur Messung und Schätzung

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

problematischen Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizeidaten lediglich die höhere Aufgriffswahrscheinlichkeit intensiver Drogenkonsumenten als Hinweis auf problematischen Gebrauch interpretiert werden kann, werden in Umfragen Zusatzinformationen (Konsumhäufigkeit, Begleitumstände, Diagnosekriterien) oder angepasste Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Eine relativ sichere Zuordnung ist in Behandlungseinrichtungen möglich, deren Mitarbeiter über eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle verfügen. Die oben erwähnte Definition des „riskanten Konsums“ aus dem Deutschen Kerndatensatz schließt jeden Konsum einer Substanz (innerhalb der letzten 30 Tage) aus dem Bereich F11 (Opioide) – F19 (multipler Substanzgebrauch und sonstige Substanzen) der ICD-10 ein. Lediglich für Alkohol (F10) liegen konkrete definierte Grenzwerte vor.

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

Während Umfragen in der Bevölkerung (Surveys) valide Aussagen über Probierkonsum und leichtere Formen des mehrfachen oder dauerhaften Drogengebrauchs erlauben, sind intensive oder regelmäßige Drogenkonsumenten in der Regel in den Stichproben unterrepräsentiert. Zudem wird bei ihnen das Problemausmaß „unterberichtet“. Darstellungen der methodischen Probleme finden sich z. B. bei Kraus et al. (1998) und Rehm et al. (2005).

Basierend auf einer Literaturübersicht zur Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg kommen Ilse und Kollegen (2007) zu dem Schluss, dass die diagnostischen Methoden aufgrund des häufig vorliegenden Mehrfachkonsums verschiedener Substanzen so weiterentwickelt werden sollten, dass sie den komplexen Konsummustern gerecht werden. So wird in dem am 10.02.2010 veröffentlichten Entwurf für die fünfte Ausgabe des Klassifikationssystems DSM der American Psychiatric Association (APA) vorgeschlagen, die Differenzierung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) aufzugeben wurde, um stattdessen eine „Substanzgebrauchsstörung“ („Substance Use Disorder“) zu definieren und unterschiedliche Ausprägungsgrade der Störung zu bestimmen: erfüllt, moderat und schwer. (Rumpf & Kiefer 2011). Die Zusammenführung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild wird durch eine Reihe von Befunden gestützt, die die Differenzierbarkeit von Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellen und der kategorialen Differenzierung eher ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden gegenüber stellen.

Dabei seien eine Differenzierung zwischen legalen/illegalen Substanzen sowie eine Fokussierung auf das Konzept des problematischen Konsums einer Primärdroge bzw. der

medizinischen Klassifikation einer Hauptdroge nicht ausreichend. Diese Problematik spielt insbesondere bei Hochrechnungen, die auf Behandlungsdaten beruhen, eine wichtige Rolle.

Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

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

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

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

4.2 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)

Für das Jahr 2011 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstauffälliger (Inzidenz) Heroinkonsumenten über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekanntem Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Berechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- Schätzung auf der Basis von Drogentodesfällen
Von der Zahl der Drogentodesfälle des Jahres wird unter Verwendung des Anteils von Todesfällen in der ambulanten Klientel p.a. die Gesamtzahl der Konsumenten von Opioiden in der Bevölkerung hochgerechnet.

Darüber hinaus wurde auch die Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten für die Daten des Jahres 2010 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patienten in Krankenhäusern) regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des

REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2011 basierenden Schätzwert zu berechnen.

- Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung
Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen in ambulanter und stationärer Betreuung, der Gesamtzahl von Beratungsstellen sowie eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe errechnet.

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

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 63.000 und 185.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2010 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,2 bis 3,4 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2011 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr							Prävalenz pro 1.000
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Behandlung	155- 184	136- 162	131- 156	155- 184 ¹⁾	144- 171 ¹⁾	156- 185 ¹⁾	2) ²⁾	2,9-3,4
Polizeikontakte	128- 166	117- 159	108- 149	99-137	89-127	81-117	79-106	1,5-2,0
Drogentodesfälle	79-96	103- 130	99-113	117- 178	91-119	82-137	63-91	1,2-1,7

1) Neue Berechnungsgrundlage: Einrichtungsregister der DBDD (N=1.332 ambulante Einrichtungen)

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2011.

DBDD 2012, spezielle Berechnung.

Im Vergleich zum Jahr 2009 fällt die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ für das Jahr 2010 höher aus. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Zugänge zur Behandlung im Jahr 2010 im Vergleich zum Jahr 2009 gestiegen ist. Für die Berechnungen für das Jahr 2009 wurde die methodische Grundlage zur Schätzung der Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen und damit der Hochrechnung teilweise angepasst. Die Schätzungen werden seitdem anhand der Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen vorgenommen, die auf dem Einrichtungsregister basieren (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2011). Eine genaue Darstellung der Methodik findet sich im REITOX-Bericht des Jahres 2010.

Die Zahl der erstaufrälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren stark rückläufig (2000: 7.914; 2011: 2.742). Parallel dazu blieb der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstaufrällige Konsumenten registriert worden sind, zwischen 2005 und 2008 konstant (n=40). Seit einer leichten Reduktion im Jahr 2009 (n=38) und einem im Vergleich zu 2009 unveränderten Wert in 2010 ist dieser Wert erneut stark gesunken (n=34). Daher sinken die auf diesem Indikator beruhenden Schätzwerte kontinuierlich.

Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ basieren auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten und auf der Zahl der Drogentodesfälle. Ersteres ist im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant geblieben (2010: 0,9 %-1,5 %; 2011: 1,1 %-1,6 %), letzteres ist 2011 im Vergleich zu 2010 stark gesunken (2010: 1.237; 2011: 986). Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ sind für das Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 demzufolge stark gesunken.

Seit 2005 sind die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ rückläufig. Auch für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ gilt dies für die Jahre seit 2008. Die Schätzwerte aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ sind von 2008 auf 2009 gesunken, zum Jahr 2010 hin wieder angestiegen. Man kann also keine eindeutige Tendenz beobachten.

Der Wertebereich (1,2 - 3,4/1.000) liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen für die Altersgruppe 15 bis 64 errechnet hat (Range für Opioidabhängigkeit: 1,0 - 7,0 mit einem expertenbasierten „Best estimate“ von 1,0 - 4,0; Range für Cannabisabhängigkeit: 0,0 - 9,0 mit einem expertenbasierten „Best estimate“ von 3,0 - 18,0) (Wittchen et al. 2011e). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

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

Aktualisierte Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2010, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 200.000 - 238.000 (2009: 182.000 - 217.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 3,7 -

4,4 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15 - 64 Jährigen (2009: 3,4 - 4,0) und ist damit nach einer deutlichen Reduktion von 2008 auf 2009 wieder angestiegen. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der oben genannten Probleme nicht vorgenommen.

Angaben zur nationalen Prävalenzschätzung sind in Standardtabelle 7, zur lokalen Prävalenzschätzung in Standardtabelle 8 enthalten.

4.2.2 Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum

Die Inzidenz des problematischen Opioidkonsums (die Zahl der neuen Fälle in einem bestimmten Jahr) ermöglicht eine genauere Messung der Veränderungen im Zeitverlauf und kann einen frühzeitigen Ausblick auf künftige Entwicklungen bei Prävalenz und Behandlungsnachfrage geben. Allerdings liegen den herangezogenen Schätzmodellen mehrere Annahmen zugrunde und sie erlauben nur eine teilweise Schätzung der Inzidenz, da sie ausschließlich auf den Fällen basieren, die mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen. In Zusammenarbeit mit einer Gruppe europäischer Sachverständiger hat die EBDD Leitlinien für Inzidenzschätzungen erarbeitet, um weitere Arbeiten in diesem Bereich anzuregen (Scalia Tomba et al. 2008). Neue Studien aus Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor.

4.3 Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen

Schätzungen in der Allgemeinbevölkerung

Die Daten zu cannabis-, kokain- und amphetaminbezogenen Störungen, die auf dem letzten Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2009 beruhen und mittels der Severity of Dependence Skala (SDS) erhoben wurden, wurden bereits im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt.

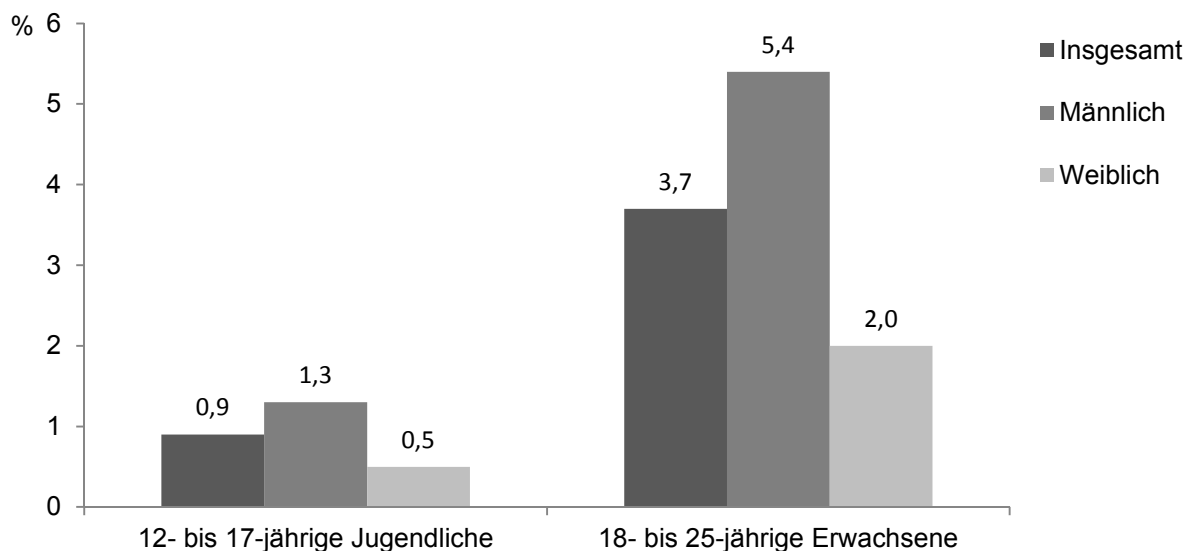
4.4 Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch von Drogen

4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der PDU⁸⁰-Definition der EMCDDA

In jüngster Zeit ist in verschiedenen Erhebungen das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums von Cannabis untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstruktes von Studie zu Studie, so dass die Vergleichbarkeit der Informationen nur sehr eingeschränkt gegeben ist. Dennoch erscheint es aufgrund der heute vorliegenden Informationen zu den möglichen langfristigen Folgen intensiven Cannabiskonsums erforderlich, dieses Konsumverhalten bei der Betrachtung problematischer oder riskanter Konsummuster auch zu berücksichtigen.

⁸⁰ Problem Drug Use.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS) (zur Methodik siehe Kapitel 2) zum regelmäßigen Konsum illegaler Substanzen dargestellt (BZgA 2012a). Dieser ist definiert als Anteil derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten einen der Stoffe öfter als zehnmals genommen haben. In Abbildung 4.1 ist zu sehen, dass 0,9 % der 12- bis 17-Jährigen diese Konsumhäufigkeit aufwiesen (2008: 1,2 %) und 3,7 % der 18- bis 25-Jährigen (2009: 3,3 %). In beiden Altersgruppen waren die Anteile der männlichen Befragten knapp dreimal so hoch wie die der weiblichen Befragten.



BZgA 2012a.

Abbildung 4.1 Konsum einer illegalen Droge bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht im Jahr 2011

Die Ergebnisse der letzten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zu Verbreitung und Einflussfaktoren cannabisbezogener Probleme bei Jugendlichen im Jahr 2011 wurden bereits im Kapitel 2 dargestellt. Auch die Ergebnisse einer Erhebung in Delmenhorst mit dem Thema „Riskanter Konsum: Ein Thema für Jugendliche in Delmenhorst!?“ finden sich in Kapitel 2.

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

Andere Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In Ergänzung zu den bereits berichteten Daten aus Wiederholungserhebungen werden nachstehend noch ausgewählte Ergebnisse aus aktuellen Studien berichtet, die z. B. Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen problematischem, riskantem oder regelmäßigem Konsum und der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen beinhalten. Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist besonders bemerkenswert, dass sich relativ

große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis und Nikotin beobachtet (im Vergleich zu Alkohol). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008b). 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 aber kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bestehen. Auch Alkoholabhängigkeit und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für die Stabilität des Cannabiskonsums bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt (Perkonig et al. 2008a).

Daten hierzu liegen aus der aktuellen MoSyD-Studie vor. Diese besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Ausführlichere Angaben zu Methodik finden sich in Kapitel 2.1. Gemäß dieser Studie sind 15 % derjenigen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, Intensivkonsumenten mit täglichem Konsum. Dies entspricht 2 % aller im Jahr 2011 befragten 15- bis 18-Jährigen. In den letzten 30 Tagen haben 3 % der Schüler mindestens eine der als „harte Drogen“⁸¹ zusammengefassten Substanzen konsumiert.

4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von 700.000 (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (Kraus & Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 zufolge weisen nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch 4,0 % aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf (Pabst et al. 2010). Trotz der hohen Prävalenzen einer Medikamentenabhängigkeit wird die oft als "stille Sucht" bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata 2005). Arzneimittelabhängigkeit betrifft häufig ältere Menschen (Ruhwinkel 2009) und Frauen (Tetrault et al. 2008). Darüber hinaus stellen Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen mit substanzbezogenen Störungen wichtige Risikogruppen für die Entwicklung von Störungen aufgrund des Konsums von Arzneimitteln dar. So haben Opioidabhängige z. B. einen erleichterten Zugang zum

⁸¹ Als „harte Drogen“ gelten hier: Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack und Heroin.

Schwarzmarkt und weisen eine größere Tendenz auf, Arzneimittel als Wirkungsmodulatoren für Drogen zu missbrauchen (Küfner & Rösner 2008).

Auch wenn insbesondere Störungen aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen kein neues Thema sind, befinden sich Benzodiazepin-Abhängige – wie auch Personen mit anderen Medikamentenabhängigkeiten – nur selten in suchtmedizinischer Behandlung. Holzbach (2008) nimmt als Ursachen für die bundesweit geringe Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen durch Arzneimittelabhängige die fehlende Abwägung zwischen den Vor- und Nachteilen einer Langzeitbehandlung und die Überschätzung der Belastung durch den Entzug an. Medikamentenabhängige stellen eine eigenständige Gruppe innerhalb der Suchtpatienten dar, da es sowohl in der Krankheitsentstehung als auch in der Krankheitsverarbeitung Unterschiede z. B. zu alkoholabhängigen Patienten gibt. So bleibt die Abhängigkeit, z. B. aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen, häufig wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

Auch Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So stiegen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in Deutschland in den letzten Jahren bis 2009 kontinuierlich an (Böger & Schmidt 2010). Auch die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist von 2002 bis 2010 auf 77.400 Patienten stetig gestiegen; 2011 zeigte sich ein kleiner Rückgang auf 76.200 Patienten (BOPST 2012). Laut Substitutionsregister ist das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel nach wie vor Methadon. Allerdings steigen die Anteile von Buprenorphin und Levomethadon seit 2003 an (BOPST 2012). Die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente (vor allem: Opioid-Analgetika) zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger & Schmidt 2011). Zusätzlich zu den bereits seit vielen Jahren bekannten Problemen des Missbrauchs von Analgetika und Benzodiazepinen entwickeln sich in letzter Zeit auch neue Trends des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten, wie z. B. der missbräuchliche Konsum von Antidepressiva (Küfner et al. 2009), oder der Konsum, um leistungssteigernde Effekte zu erzielen („Doping“) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Doping am Arbeitsplatz hat sich als ein neueres Phänomen des Arzneimittelmissbrauchs in den letzten Jahren entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 2 Millionen Menschen in Deutschland schon einmal zu Arzneimitteln gegriffen haben, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Eine Studie, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010 in Auftrag gegeben hat, ergab dass die große Mehrheit der Studierenden keine eigene Erfahrung mit dem sogenannten Hirndoping hat (Middendorf et al. 2012). Gefragt danach, ob sie seit Beginn des Studiums Hirndoping betrieben haben, und wenn ja, wie häufig sie entsprechende Substanzen (verschreibungspflichtige Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputschmittel) einnehmen, antwortet die

Mehrheit der Studierenden (71 %), dass das für sie nicht in Frage kommt. Jeder Sechste (17 %) verneint den Gebrauch solcher Mittel, kann sich ihre Einnahme aber durchaus vorstellen. 8 % haben selten zu leistungssteigernden Mitteln gegriffen, 4 % tun dies ab und zu. Häufiger Gebrauch leistungssteigernder Substanzen kommt bei 1 % vor. Um diesen neuen Trend im Arzneimittelmisbrauch zu reduzieren, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen (DmMV). Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

2012 wurde eine Übersichtsarbeit zum Thema „Medikamentenmissbrauch in der Europäischen Union (EU)“ veröffentlicht (Casati et al. 2012). Ziel dieses Literaturreviews war es einen Überblick über das Ausmaß des Missbrauches von Analgetika, Substitutionsmitteln und Sedativa/Hypnotika (ausgenommen Benzodiazepine) in der EU zu gewinnen. Opioid-Analgetika, Methadon, Buprenorphin und Z-Drogen erwiesen sich als die vorrangig missbrauchten Arzneimittel. Die Heterogenität innerhalb der EU lässt sich an unterschiedlichen regionalen Trends bezüglich missbräuchlich verwendeter Arzneimittelarten festmachen. Darüber hinaus wurden neben der Darstellung der Prävalenzen auch Hochrisikogruppen (z. B. Patienten mit chronischen Schmerzen, drogenabhängige Personen, ältere Personen) und Faktoren, die zum Missbrauch beitragen (z. B. Missbrauchspotential, Verfügbarkeit, Toleranzentwicklung), identifiziert und diskutiert. Abschließend wurden die aus den Ergebnissen abgeleiteten Implikationen für Prävention, Behandlung und Gesundheitspolitik erörtert.

2011 veröffentlichte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) eine Studie zum Thema Substitutionsmittelmissbrauch (Reimer et al. 2011). Es handelt sich hierbei um eine Querschnittsstudie in zehn deutschen Städten, die die nicht-bestimmungsgemäße Verwendung von Substitutionsmitteln in zwei unterschiedlichen Settings untersucht: Klienten im Umfeld einer Substitutionspraxis, die sich alle ausschließlich in einer Substitutionsbehandlung befanden (praxisnah), oder Drogenabhängige in der offenen Drogenszene (teilweise substituiert) (szenenah). Laut der ZIS Studie wurde von szenesowie von praxisnahen Befragten am häufigsten Methadon und Methadict ohne Verschreibung konsumiert (daher missbräuchlich), seltener wurde Subutex und Suboxone (Buprenorphin) ohne Verschreibung konsumiert (Reimer et al. 2011). Insgesamt ging aus der ZIS-Studie hervor, dass die Praxisnähe, aber auch die Substitution als protektiver Faktor für Beikonsum, Notfälle, Wohnsituation und auch berufliche Situation funktionieren.

Eine weitere Studie, die dem ZIS entstammt, untersuchte Alkohol- und Medikamentenmissbrauch älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen (Kuhn & Haasen 2012). Dabei wurde an stationäre und ambulante Altenpflegeeinrichtungen mittels eines Fragebogens die Prävalenz der Alkohol- und Medikamentensuchtproblematik unter Patienten geschätzt. Es handelte sich demnach nicht um ärztliche Diagnosen, sondern auch um Suchtprobleme, die eventuell von Ärzten nicht wahrgenommen oder diagnostiziert wurden. Zudem sollte anhand des Fragebogens Auskunft über den Umgang mit Alkohol- und Medikamentensucht bei Patienten und eine weitere Einschätzung über den Grad der

Ausbildung des Personals mit einer solchen Problematik umzugehen, gegeben werden. Über dreiviertel der angeschriebenen Altenpflegeeinrichtungen, die an der Studie teilnahmen (79,9 % ambulante, bzw. stationäre Einrichtungen), gaben an, Patienten mit einer Suchtproblematik zu pflegen. Dabei wurde die Prävalenz einer Suchtproblematik innerhalb der Einrichtung durchschnittlich auf 10 % geschätzt. Die Einschätzungen der Prävalenzen waren in den stationären sowie in den ambulanten Einrichtungen signifikant höher als die Anzahl der Personen mit einer ärztlichen Diagnose. Dabei unterschieden sich die Einschätzungen des Geschlechteranteils nach den missbrauchten Mitteln. Im Durchschnitt waren 39 % der Patienten mit einer Alkoholsucht und 73 % mit einer Medikamentensucht Frauen. Fast alle Einrichtungen gaben an, bei Fällen des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs zu handeln. Am häufigsten wird ein Arzt hinzugezogen (in 97,0 % der stationären Einrichtungen und in 92,3 % der ambulanten Einrichtungen), am seltensten wird Kontakt zu Suchthilfesystemen aufgenommen (in 19,2 % der stationären Einrichtungen und in 18,6 % der ambulanten Einrichtungen). Innerhalb der 986 Einrichtungen gaben nur 236 an, ihr Personal sei ausreichend ausgebildet um bei Suchtproblematik unter Patienten entsprechend zu handeln. Die Autoren bemerken, dass der Anteil an Menschen, die Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch vorweisen, in Altenpflegeeinrichtungen höher zu sein scheint als in dieser Altersgruppe der Gesamtbevölkerung. Angesichts dieser Tatsache und der, dass die Verordnungen von Benzodiazepinen, die ein hohes Abhängigkeitsrisiko aufweisen und in Kombination mit Alkohol lebensbedrohlich sein können, mit dem Alter steigen, ist es wichtig, dass Suchtproblematiken in Alterspflegeeinrichtungen rechtzeitig erkannt werden, das Pflegepersonal unterstützt wird und der Kontakt der Pflegeeinrichtungen zu Suchthilfeeinrichtungen gestärkt wird (Kuhn & Haasen 2012).

Laut dem Arzneimittelreport 2012 der BARMER GEK Krankenkasse (Glaeske & Schickanz 2012), haben Frauen im Jahr 2010 durchschnittlich 56 % mehr Tagesdosen an Psychopharmaka als Männer (33,4 Defined daily dose (DDD) im Vergleich zu 21,0 DDD). Auch insgesamt zeigte sich eine höhere Verordnungszahl für Frauen als für Männer. Im Alter von 20 bis 30 Jahren wurde im Jahr 2011 51,1 % der männlichen, jedoch 69,7 % der weiblichen Versicherten ein Arzneimittel verordnet. Während Männern häufiger Medikamente verschrieben werden, die körperliche Beschwerden bekämpfen (Herz-Kreislauf Mittel, Antidiabetika), überwiegt der Frauenanteil bei Arzneimitteln, die psychische Beschwerden behandeln (Antidepressiva, Schlafmittel), darunter auch Benzodiazepine. Die Arzneimittelgruppen, bei denen dieser Geschlechterunterschied am deutlichsten ist, sind Antidepressiva (tetra- und trizyklische 75,1 % der Verordnungen werden an Frauen ausgestellt, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: 74 % der Verordnungen werden an Frauen ausgestellt) und Sedativa/Hypnotika (Tranquilizer: 72,9 % der Verordnungen werden an Frauen ausgestellt; Hypnotika: 72,7 % der Verordnungen werden an Frauen ausgestellt). Daraus geht hervor, dass Frauen diese Arzneimittel 2 bis 3 Mal häufiger verschrieben bekommen als Männer und somit in der Gefahr stehen, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Daher fordern die Autoren eine DRUG-LIST-FOR-WOMEN, die, analog zur PRISCUS-Liste (eine Liste der Mittel, die eventuelle Gefahren für ältere Menschen darstellen),

geschlechterspezifische Information zu sämtlichen Mitteln enthalten, die eine Gefahr für Frauen darstellen können (Glaeske & Schick Tanz 2012).

Daten aus dem Monitoringsystem Phar-Mon

Seit 1988 untersucht das vom BMG geförderte Projekt Phar-Mon den Arzneimittelmissbrauch unter Klienten einer Stichprobe von ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ziel des Projektes ist es, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2011 wurden Daten von N=33 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit am Projekt teilnehmen. 32 der 33 angeschriebenen Einrichtungen meldeten insgesamt N=797 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von N=577 Klienten zurück. Die Nennungen stammen überwiegend von Männern (71,4 %) und Personen mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden (67,8 %). Insgesamt wurden Substitutionsmittel mit 47,3 % der Nennungen am häufigsten als missbrauchte Arzneimittelgruppe genannt, was im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von 7,3 % darstellt.

Substitutionsmittel werden vor allem unter Klienten der Hauptdiagnosegruppe Opioiden missbräuchlich verwendet. Bezüglich des Wirkstoffs dominieren innerhalb dieser Hauptdiagnosegruppe nach wie vor die Nennungen von Methadon- (27,9 %) und Buprenorphinmissbrauch (18,4 %). Im Jahr 2011 hat jedoch der Missbrauch von Levomethadon im Vergleich zum Vorjahr um ein dreifaches zugenommen (2010: 4,3 %; 2011: 12,1 %). Die hohe Anzahl an Nennungen missbräuchlich konsumierter Substitutionsmittel steht im Gegensatz zu den gesunkenen Verordnungszahlen (-10,5 % im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr (Böger & Schmidt 2011).

Unter Klienten mit den behandlungsleitenden Hauptdiagnosen (HD) Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol und Sedativa/Hypnotika überwiegt nach wie vor der Missbrauch von Sedativa/Hypnotika (27,9 % aller Nennungen der HD Alkohol und 58,1 % aller Nennungen der HD Sedativa/Hypnotika). Insgesamt betrachtet beziehen sich die Sedativa/Hypnotika-Nennungen aller Hauptdiagnosegruppen überwiegend auf Benzodiazepine (d.h. 93,7 %). Unter den Benzodiazepinen werden hauptsächlich Diazepam (15,6 % aller Nennungen) und Flunitrazepam (5,9 % aller Nennungen) missbräuchlich verwendet.

Auch im Jahr 2011 zeigte sich ein Anstieg des Antiepileptika-Missbrauchs im Vergleich zum Vorjahr (2010: 2,8 %, 2011: 4,8 % aller Nennungen). Dabei wird am häufigsten das Benzodiazepin Clonazepam genannt (27 von 38 Nennungen). Clonazepam wurde hauptsächlich über den Schwarzmarkt erworben (23 von 27 Nennungen). Klienten, die das Mittel missbrauchten, waren hauptsächlich aus der Hauptdiagnosegruppe Opioiden. Laut dem Arzneiverordnungs-Report (Schwabe 2011) sind Verordnungszahlen von Clonazepam im Vergleich zum Vorjahr um 1,2 % gesunken. Die sedierende und angstlösende Wirkung von

Clonazepam führt, wie bei sonstigen Benzodiazepinen, zu einem erhöhten Missbrauchsrisiko, besonders unter Klienten mit einer bestehenden Suchtproblematik.

Das am zweithäufigsten missbrauchte Antiepileptikum war Pregabalin (8 von 38 Nennungen zu Antiepileptika-Missbrauch), welches vor allem unter dem Handelsnamen Lyrica vertrieben wird. Pregabalin, das für die Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen, bei Epilepsie und zur Behandlung von generalisierter Angststörung zugelassen ist, ist laut Arzneiverordnungs-Report das mit Abstand am häufigsten verordnete neue Antiepileptikum (Schwabe 2011). In einer Pilotstudie zu neuen Trends im Substanz- und Medikamentenmissbrauch, welche im Rahmen von Phar-Mon im Jahr 2011 durchgeführt wurde, wurde Lyrica mehrfach erwähnt. Die Pilotstudie erfasste Substanz- und Medikamentenmissbrauch in Einrichtungen jenseits der klassischen Suchtberatungsstellen. Dabei wurden semi-standardisierte Interviews unter anderem in einer Apotheke, einer Substitutionsambulanz, einem Jugendzentrum, und mit dem Rauschgiftdezernat geführt. Dabei stellte sich heraus, dass Lyrica überwiegend unter Personen mit einer Opioidabhängigkeit missbräuchlich verwendet wird, um eine stimulierende und leistungssteigernde Wirkung zu erzielen. Innerhalb der Nennungen im Phar-Mon Projekt ist der Anteil an Pregabalin-Missbrauchsnennungen von einer Nennung im Jahr 2010 (0,2 % der Gesamtnennungen) auf 8 Nennungen (1 % der Gesamtnennungen) gestiegen. Aufgrund der Ergebnisse der Pilotstudie sowie Fachliteratur und Warnungen zum Abhängigkeits- und Missbrauchspotential von Pregabalin (Bundesärztekammer 2011; Schifano et al. 2011) wird dessen Entwicklung in weiteren Phar-Mon Analysen beobachtet werden.

5 Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

5.1 Überblick

Behandlungsphasen

Für Menschen, die ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen, stehen zahlreiche Ausstiegshilfen und eine Vielzahl therapeutischer Angebote zur Verfügung. Dabei existieren zum einen abstinentorientierte Angebote und ergänzend dazu Substitutionsangebote mit einer zunächst begrenzten Zielsetzung hinsichtlich einer Stabilisierung des Gesamtzustandes. Beide Konzepte sind komplementär zu sehen, da auch Substitution im Prinzip langfristig auf Drogenfreiheit abzielt.

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

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

Das Ziel der *Kontaktphase* ist die Erlangung, der Erhalt und die Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung. Grundlage aller Maßnahmen sollte ein Behandlungs- bzw. Hilfeplan sein. An seinem Beginn steht eine Beratung, die medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Anamnese umfasst. Im Hilfeplan sollen alle regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung und Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden, um die individuell am besten geeigneten Maßnahmen zu wählen.

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

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

Die *Integrations- und Nachsorgephase* beinhaltet zum einen die so genannte Adaptionphase, zum anderen betreutes Wohnen oder andere ambulante Nachsorgemaßnahmen. In der Adaptionphase werden die individuellen therapeutischen Anwendungen zu Gunsten der Außenorientierung im Hinblick auf eine Integration in Arbeit und Gesellschaft zurückgenommen. Dabei unterstützen die Fachdienste der Arbeitsverwaltung sowie der Rentenversicherungsträger die Klienten bei ihrem Bemühen um Integration in die Gesellschaft.

Datenquellen

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung.

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2011: N=778; 2010: N=777) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d). Seit dem Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue KDS (DHS 2012) verwendet. Aufgrund einiger Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen KDS sollten die Ergebnisse der Auswertungen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für ambulante und stationäre Einrichtungen der Berichtsjahre ab 2007 nur zurückhaltend in Beziehung zu den Daten der Vorjahre gesetzt werden (zur Einführung des neuen KDS siehe auch: REITOX-Bericht 2008, Kapitel 4.3).

Seit 2010 wurden in den hier berichteten DSHS-Daten im Gegensatz zu den Vorjahren bis einschließlich 2009 keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten⁸² (>33%) ausgeschlossen, um eine Überschätzung der fehlenden Werte zu vermeiden und eine für jede Tabelle maximale Einrichtungsstichprobe zu erreichen. Daher ist beim Vergleich der Daten ab 2010 mit denen der Jahre 2007 bis 2009 Vorsicht geboten.

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

Auch für den stationären Bereich existieren umfangreiche Statistiken aus der DSHS. An der Bundesauswertung 2011 der DSHS beteiligten sich N=166 (2010: N=189) Einrichtungen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012b).

Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in der DSHS vertreten. Um diese Lücken soweit wie möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus zwei weiteren Quellen herangezogen, die Informationen zu stationär behandelten Personen mit Suchtproblemen beinhalten.

- Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2010 (Statistisches Bundesamt 2011b) vorliegen, erfasst die Entlass-

⁸² Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahlfragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 Prozent oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 Prozent in einer solchen Tabelle werden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt und es lässt sich auf diese Weise verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einer hohen Missingwerte überproportional beeinträchtigt wird. Damit ist zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe (N) verbunden, im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse kann dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010b).

diagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie erfasst neben der behandelnden Diagnose auch Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der DSHS. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation, erlaubt aber eine Differenzierung der Zahl der Fälle analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Eine umfassende Statistik zur Behandlung der in Krankenhäusern behandelten Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Es existieren aber z. B. für psychiatrische Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemeine Standards zur Dokumentation, die auch Informationen zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen beinhalten. Eine systematische Analyse zur Überführung dieser Informationen in den Standard des KDS liegt bislang nicht vor.

- Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden (DRV 2011c). Dabei entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.
- Die Verteilungen dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten der DRV berücksichtigt.
- Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 01. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung soll nicht in diesem Register erfasst werden. Seit 2010 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.
- Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden. Da die Auswertungen dabei teilweise auf den Originaldaten beruhen und eine weitgehend vollständige Erhebung ganzer Regionen beinhalten, stellen sie bei der Beschreibung der Situation eine wertvolle Ergänzung der nationalen Statistiken dar.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen ist die Beschreibung der stationär behandelten Drogenpatienten schwieriger als die der ambulant Behandelten. Es müssen verschiedene Quellen gleichzeitig berücksichtigt werden, wobei jedoch jede eine bestimmte Art der Selektivität aufweist.

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

5.2 Strategie, Politik

Basierend auf dem Einrichtungsregister der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), das seit 2006 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Wohlfahrtsverbände, Bundesländer und Facheinrichtungen aufgebaut wurde (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009) existieren in Deutschland etwa 1.300 spezialisierte ambulante Suchtberatungsstellen, in denen vorrangig substanzbezogene Störungen behandelt werden⁸³. Darüber hinaus stehen in etwa 300 spezialisierten Krankenhausabteilungen mindestens 7.500 Betten für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung und in mehr als 190 Einrichtungen (>2.000 Plätze) wird ein qualifizierter Entzug (OPS 8-985) durchgeführt. Mindestens 320 Einrichtungen (>13.200 Plätze) bieten stationäre, über 100 Einrichtungen (>1.000 Plätze) teilstationäre (auch: ganztägig ambulante oder tagesklinische) Rehabilitationsmaßnahmen an (einschließlich Alkohol und anderer Substanzen). Diese Angebote werden um mehr als 115 Adaptionseinrichtungen (>1.200 Plätze), 268 stationäre (>10.700 Plätze) und 112 teilstationäre (>1.200 Plätze) Einrichtungen der Sozialtherapie, sowie Angebote des ambulant betreuten Wohnens (in mindestens 460 Einrichtungen; >12.000 Plätze) und über 250 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (>4.800 Plätze) ergänzt (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011). Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung (bundesweit etwa 300 Einrichtungen) werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Gemeinden finanziert. Ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht für die Einrichtungen nicht.

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden in der Regel in Krankenhäusern statt. Diese Entzugsphase wird in der Regel durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert (Krankenhausdiagnosestatistik).

Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Daher ist für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Zu diesen Leistungen liegen Statistiken der Rentenversicherungsträger vor, die sich an den erbrachten Leistungen dieser Institutionen orientieren.

⁸³ Dabei handelt es sich um eine Schätzung der Gesamtzahl der ambulanten psychosozialen Beratungsstellen, unter denen Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen.

Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken oder der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken stellen neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland dar. Neben der niedrigschwelligen qualifizierten Entzugsbehandlung werden unter anderem Notfallbehandlung, Krisenintervention und die Komplexbehandlung bei Komorbidität durchgeführt. Vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanung sind damit eng verbunden. In den suchtpsychiatrischen Einrichtungen werden alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant durch ein multiprofessionelles Team behandelt. Auf diese Weise ist in den suchtpsychiatrischen Einrichtungen die medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung gewährleistet. Wichtige Aufgabenbereiche stellen zudem die Durchführung von Konsilien sowie die Gestaltung der Schnittstellen zum Suchthilfesystem dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Informationen über die in den psychiatrischen Einrichtungen versorgten Suchtpatienten liefert eine im Jahr 2011 vom Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz initiierte Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“ an psychiatrischen Fachkrankenhäusern, Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die suchtpsychiatrischen Einrichtungen eine zentrale ambulante und stationäre Versorgungsstruktur für Suchtkranke darstellen. Insgesamt 75 Kliniken beteiligten sich an der Umfrage, das entspricht rund 19 % der Kliniken mit psychiatrischen Planbetten. Die teilnehmenden Kliniken halten 28 % der psychiatrischen Planbetten in Deutschland vor. Hochrechnungen zeigen, dass im Jahr 2010 ca. 300.000 stationäre Suchtbehandlungen in psychiatrischen Kliniken stattfanden. Dazu kommen rund 300.000 Quartalsbehandlungen, die in den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken durchgeführt wurden. Hieraus ergibt sich, dass es sich bei 31 % der stationären und 14 % der ambulanten psychiatrischen Fälle um Suchtpatienten handelt. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur ca. 150.000 Behandlungen wegen Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Patienten waren primär alkoholsüchtig (ca. 70 %). Bei jeweils ca. 10 % bis 13 % waren Störungen durch Opioidkonsum oder einen multiplen Substanzgebrauch Anlass für eine stationäre Behandlung. In der ambulanten Therapie wurde ebenfalls bei ca. 10% der Patienten der Konsum anderer Substanzen zu einem behandlungsrelevanten Problem. Im stationären Bereich wurden bei etwa 40 % der Patienten zusätzlich weitere psychiatrische Störungen diagnostiziert, im ambulanten Bereich bei ungefähr 60 %. Eine affektive Störung war die häufigste Nebendiagnose (ICD-10 F3: 20 % bis 25 %). Darauf folgten neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4). Sie fanden sich bei etwa 10 % der Patienten. Im selben Ausmaß lagen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vor (ICD-10 F6). Ambulant behandelte Patienten wiesen zudem – ebenfalls zu ca. 10 % – auch schizophrene Störungen auf (ICD-10 F2). Nennenswerte Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniktypen in Bezug auf die behandelten Patienten oder regionale Unterschiede wurden nicht festgestellt (zitiert nach: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Seit langer Zeit ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes in zunehmend intensivere Behandlungsformen zu verzeichnen. Die ambulante Betreuung von Suchtpatienten in psychiatrischen Einrichtungen wurde vor allem durch die Etablierung der psychiatrischen Institutsambulanzen mit Behandlungsauftrag für Suchtpatienten stark ausgebaut.

Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen Beratungsstellen und den stationären ambulanten Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen. In einigen Bundesländern, wie z. B. in Baden-Württemberg, gibt es inzwischen fest etablierte kommunale Suchthilfenetze.

Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf wesentliche Ausnahmen auf der Grundlage des SGB VI und XII keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier häufig auf Finanzierungsmodelle angewiesen, die staatliche Mittel, sowie Mittel der Sozialversicherung und der Agenturen für Arbeit nutzen.

5.3 Behandlungssystem

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist – wie oben beschrieben - sehr ausdifferenziert und reicht von Institutionen, die erste niedrigschwellige Kontakte anbieten, über Beratungsangebote bis hin zu intensiver Betreuung und Therapie in spezialisierten stationären Einrichtungen und ein weithin verfügbares Angebot von Substitutionsbehandlungen. Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt aber nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Ebene der Bundesländer oder Kommunen.

Eine Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung - also vor allem Substitution - ist für die Beschreibung des Behandlungssystems in Deutschland nur begrenzt geeignet. Denn eine klare Zuordnung der psychosozialen Beratungsstellen, die ein zentrales Versorgungselement darstellen, ist beispielsweise im Falle der psychosozialen Begleitung von Klienten in Substitutionsprogrammen problematisch (mit Ausnahme der wenigen Fälle, in denen die Beratungsstellen Substitutionsmittel nach bestehenden Richtlinien verabreichen). In der Regel findet die medizinische Substitution außerhalb der Beratungsstelle statt. Die psychosoziale Betreuung oder Therapie findet dagegen in der Beratungsstelle statt und ist damit per se weder dem drogenfreien noch dem medikamentös unterstützten Ansatz verpflichtet.

Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht auch im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfe-Organisationen. Allerdings sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet.

5.3.1 Organisation und Qualitätssicherung

Organisation

Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug werden überwiegend in so genannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen (häufig im Psychatriebereich) vorgenommen. Beim Entzug von Opioidabhängigen werden zur Reduktion negativer Begleiterscheinungen kurzzeitig unter anderem Methadon oder Buprenorphin eingesetzt. Wegen geringer Nebenwirkungen und schneller abklingender Entzugserscheinungen wird letzteres dabei immer häufiger verwendet. Statistische Zahlen zu dieser Behandlungsform liegen aber nicht differenziert vor. Die Fälle sind jedoch in der Krankenhausstatistik enthalten.

Die ambulanten Beratungsstellen sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht in der Primärversorgung - also in der Regel durch niedergelassene Ärzte - behandelt werden. Die Beratung ist meistens kostenlos, die Einrichtungen werden vor allem von den Kommunen und Bundesländern sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuerermittel, etc.) finanziert.

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleiterscheinungen zu problematisch, die Folgen zu massiv oder die Gesamtsituation für den Betroffenen und seine Umgebung zu belastend, wird eine stationäre Behandlung durchgeführt. Der Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung ist mit administrativem Aufwand verbunden. Es ist zu klären, wer die Kosten übernimmt (in der Regel die Rentenversicherung; bei Menschen ohne Arbeitsverhältnis greifen andere Regelungen). In manchen Fällen ist eine stationäre Maßnahme der Situation der Klienten nicht angemessen (etwa wenn ein bestehender Arbeitsplatz dadurch gefährdet würde) oder sogar unmöglich (wenn zum Beispiel keine Betreuung für die Kinder zur Verfügung steht, um der Mutter die Zeit zur Behandlung zu geben). Der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wirkt auch als Filtermechanismus. Patienten in stationärer Betreuung unterscheiden sich nicht nur in der Schwere der Suchtproblematik, sondern zum Beispiel auch im Geschlechterverhältnis von ambulanten Klienten.

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

Seit 2001 ist auch die substitutionsgestützte Behandlung detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt. Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren Teil der Standardbehandlung von Opioidabhängigen, mit der eine große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird und hat in zahlreichen Studien ihren

Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Die Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (Wittchen et al. 2008a) unterstreichen erneut die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin und weisen eine Haltequote der Patienten aus, die vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien ist. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opioiden und Kokain) ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung handelt es sich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat schon 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft (state of the art) der Substitutionsbehandlung (Opiate Substitution Treatment, OST) durch Richtlinien festgelegt. 2010 wurde eine überarbeitete Version der Richtlinien von der BÄK vorgelegt (vgl. dazu auch Kapitel 1.2.2, 5.5.2 und Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Substitutionsbehandlung 2003 ohne Einschränkung als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt und die Kosten für die gesetzlich Versicherten übernommen. In Deutschland zur Substitution zugelassene Substanzen sind Levomethadon, Methadon und Buprenorphin; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt (vgl. Kapitel 1.2.2 im REITOX-Bericht 2009).

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmittelmedizinische Qualifikation vorweisen. Falls sie diese nicht besitzen, können sie im Rahmen einer Konsiliarregelung maximal drei Patienten behandeln. Einzelne stationäre Einrichtungen nehmen inzwischen auch Patienten zur OST auf.

In der aktuellen Diskussion um die OST, die heute einen festen Platz im Versorgungssystem hat, spielt die Frage um die Zielsetzung einer OST nach wie vor eine wichtige Rolle. So unterscheiden sich die Erfolgskriterien für OST durchaus mit der Perspektive des Betrachters: Die Verringerung des Beikonsums anderer psychotroper Substanzen kann ebenso einen Erfolg darstellen wie der Ausstieg aus der Opioidabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen.

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

Die neuen Richtlinien der BÄK von 2010 (BÄK 2010) konkretisieren Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opiatabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die

geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und 5.5.2 des REITOX-Berichtes 2010).

Durch ein Urteil des Hamburgischen Obergerichtes vom April 2008 wurde bestätigt, dass es sich bei einer erforderlichen psychosozialen Begleitung/Betreuung von Substituierten um eine Leistung handelt, auf die (bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) XII) ein Rechtsanspruch besteht und die durch den örtlichen Sozialhilfeträger zu erbringen ist.

Bisher ist es noch nicht zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialsystem der Drogenhilfe bundesweit zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser. Der Versuch, einen Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in Deutschland geben zu wollen, ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und daraus resultierender regionaler Unterschiede problematisch.

Qualitätssicherung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so - unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen - dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al. 2002), für die postakute Behandlung von Opioidabhängigen (Havemann-Reinicke et al. 2006), für Patienten mit Cannabis-bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2006) sowie für Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004) publiziert. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

Im Jahr 2006 wurden auf einer Consensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet (Backmund et al. 2006).

Außerdem wurde 2010 die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und

Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010) (siehe auch Kapitel 7.3 des REITOX-Berichtes 2010).

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Im Rahmen der Umstrukturierung des Ausbildungssystems in Deutschland nach europäischen Vorgaben (Einführung von Master und Bachelor an Universitäten und Fachhochschulen) werden auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle.

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (GKV und Rentenversicherung (RV)) federführend tätig sind. Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter therapeutischer Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen- wobei sich diese Relevanz gegenwärtig fast ausschließlich auf den Alkoholbereich beschränkt und für Drogen bislang keine große Rolle spielt. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Organisationen wird in vielen Bundesländern durch landesfinanzierte Institutionen gefördert.

Zu einer ganzen Reihe von Aspekten der Rehabilitation suchtkranker Menschen sind in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift KONTUREN mehrere Beiträge erschienen, die sich u.a. mit den Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung (Koch 2011), aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund (Hebrant 2011), Anforderungen an die Einrichtungen und an die aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitation aus Sicht eines Regionalträgers (Zellner 2011) und der zur Sicherung der Qualität in der Suchtrehabilitation verwendeten Instrumente und Verfahren (Klosterhuis et al. 2011) befassen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz des multiplen Substanzkonsums der Drogenabhängigen haben Körkel und Kollegen (2011) eine aktuelle Bestandsaufnahme der bestehenden Behandlungsangebote vorgenommen und kommen unter anderem zu dem Schluss, dass in Bewertungs- und Katamnesestandards von Drogenbehandlungen realistischer vorgegangen werden sollte und von einer lebenslangen „Allabstinenz“ als zu erwartendem Normalfall abzurücken sei.

5.3.2 Verfügbarkeit und Behandlungsformen

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Eine ausführliche Darstellung der grundsätzlich verfügbaren Behandlungsformen ist bereits weiter oben erfolgt (siehe Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3.1) und wird hier nicht wiederholt. Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern durchaus Unterschiede. So existieren z. B. nicht in allen Bundesländern Konsumräume als Element schadensminimierender Angebote. Darüber hinaus gibt es immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit Substitutionswunsch in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern) zu gewährleisten.

Insgesamt hat sich die Angebotssituation in letzter Zeit nicht grundsätzlich geändert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Die Kommunen, die den größten Anteil dieser Angebote finanzieren, leiden unter erheblichen Budgetproblemen. Angebote der ambulanten Suchthilfe, für deren Finanzierung keine rechtliche Verpflichtung besteht, werden deshalb stellenweise reduziert. Allerdings ist gleichzeitig neben der fachlichen auch eine betriebswirtschaftlich orientierte Professionalisierung von Einrichtungen festzustellen.

Basierend auf Daten der DSHS haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen berichtet. Demnach kann das spezialisierte Suchthilfesystem zwischen 45 % und 60 % der geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Opioiden erreichen, wohingegen nur etwa 4 % bis 8 % der entsprechenden Cannabis-Konsumenten erreicht werden können. Die zur Verfügbarkeit von Behandlung vorliegenden Informationen finden sich in Standardtabelle 24.

Insbesondere im ambulanten Bereich sind die Angebote der meisten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nicht ausschließlich auf Konsumenten bestimmter Substanzgruppen beschränkt. Der Großteil der Betreuungen in Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe steht im Zusammenhang mit einer primären Alkoholproblematik (ca. die Hälfte der im Rahmen der DSHS dokumentierten ambulanten Betreuungen und etwa drei Viertel der Behandlungsepisoden im stationären Bereich, in dem eine Spezialisierung der Facheinrichtungen die Regel ist), daneben werden Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen und anderen Anliegen (z. B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, Tabak) betreut. Dementsprechend halten die meisten Einrichtungen Angebote für ganz verschiedene Konsumentengruppen bereit, wobei in den meisten Fällen die Betreuung der Konsumenten durch die Facheinrichtungen neben substanzspezifischen Anteilen auch eine ganze Reihe anderer psychischer, sozialer und gesundheitlicher Aspekte zu berücksichtigen hat, die z. T. – unabhängig von der jeweiligen Substanz - auch mit bestimmten Lebensabschnitten bzw. Altersgruppen assoziiert sind (z. B. bei Jugendlichen und jungen Erwachsene, schwangeren oder älteren Konsumenten). Im

Rahmen der personenzentrierten Suchtkrankenhilfe bestehen hierbei sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. Die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe bestehen darin, voneinander sehr verschiedene Problemlagen mit unterschiedlichen Hilfe- und Behandlungsbedarfen und unterschiedlichen Interventionszielen zu definieren. Das hier zugrundeliegende breite Verständnis von Behandlung umfasst verschiedene Interventionsformen auf sehr unterschiedlichen Gebieten und benennt die gleichberechtigten Zielvorstellungen der Reduktion bzw. Beendigung des jeweiligen Substanzkonsums sowie die Bekämpfung der assoziierten Probleme. Ein solches Interventionsverständnis ist auf die Behandlung aller substanzbezogenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen übertragbar (DHS 2001).

Vor dem Hintergrund deutlich wachsender Prävalenzen des Cannabiskonsums insbesondere Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts (bis etwa 2003) wurden eine Reihe von Studien und Projekten angestoßen, die sich mit der Entwicklung spezifischer Interventionskonzepte für Cannabiskonsumenden unter verschiedenen Rahmenbedingungen befasst haben. Zahlreiche dieser Projekte (z. B. „realize it!“⁸⁴, INCANT⁸⁵, CANDIS⁸⁶, CAN stop⁸⁷, AVerCa⁸⁸ oder „Quit the shit“⁸⁹) wurden in den REITOX-Berichten der vergangenen Jahre vorgestellt. Auch wenn diesen Projekten gemeinsam ist, dass der (problematische) Cannabiskonsum Ausgang für die Intervention darstellt, handelt es sich im einzelnen z.T. um sehr komplexe Programme, die in ihren Zielsetzungen weit über die Zielsetzung der Abstinenz oder des reduzierten Konsums hinausgehen.

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

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

⁸⁴ www.realize-it.org/

⁸⁵ www.incant.eu

⁸⁶ www.candis-projekt.de/

⁸⁷ www.canstop.med.uni-rostock.de/

⁸⁸ www.averca.de/

⁸⁹ www.drugcom.de/

5.4 Charakteristika der behandelten Personen

5.4.1 Ambulante Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der DSHS des Jahres 2011 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012a,b,c,d). Die den Darstellungen zugrunde gelegten Daten entstammen der Teilauswertung für ambulante Betreuung und Behandlung. Ausführliche Angaben zu den Variablen des Schlüsselindikators Behandlungsnachfrage (Treatment Demand Indicator; TDI) sind der Standardtabelle TDI zu entnehmen. Die hier vorgestellten Tabellen enthalten auch Referenzen zu den entsprechenden Tabellen des TDI. Informationen zu Klienten, die sich parallel zu einem Gefängnisaufenthalt in Betreuung/Behandlung befinden und einige Informationen zu Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen finden sich in den Kapiteln 8 und 9.

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2011 insgesamt 313.604 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in N=778 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden REITOX-Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2011 54 % aller erfassten Episoden aus).

Diagnosen

Für das Jahr 2011 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 60.169 Behandlungen aus N=778 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem ICD-10, für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit).

Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile in weniger als der Hälfte der Fälle (44,9 %; 2010: 46,3 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben⁹⁰. Der Anteil der primär wegen Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden betreuten Personen ist seit 2007 konstant rückläufig. In mehr als einem Drittel der Fälle (34,7 %; 2010: 35,6 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Dieser Anteil hat sich nach Anstiegen in den vergangenen Jahren stabilisiert. Gestiegen ist der Anteil der Klienten, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (10,5 %; 2010: 8,2 %) in Beratung und Behandlung begeben haben. Die Vergleichswerte für Kokain (5,8 %; 2010: 5,9 %) und anderen Substanzen sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert.

⁹⁰ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die ambulanten Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

Tabelle 5.1 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2011)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten ¹⁾			Erstbehandelte		
	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾
Opioiden	43,4 %	50,5 %	44,9 %	17,2 %	22,0 %	18,1 %
Cannabinoiden	37,7 %	23,6 %	34,7 %	60,5 %	40,5 %	56,6 %
Sedativa/Hypnotika	1,3 %	5,9 %	2,2 %	1,3 %	7,1 %	2,4 %
Kokain	6,3 %	4,0 %	5,8 %	6,4 %	4,5 %	6,0 %
Stimulanzien	9,6 %	13,8 %	10,5 %	13,0 %	23,6 %	15,0 %
Halluzinogenen	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %
Multiplen/and. Substanzen	1,5 %	1,8 %	1,6 %	1,4 %	1,7 %	1,4 %
Gesamt (N)	47.447	12.667	60.114	13.998	3.327	17.325

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012c,d.

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem nahezu unveränderten Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (56,6 %; 2010: 59,8 % aller Klienten), deutlich vor dem im Vergleich zum Vorjahr nahezu unveränderten Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (18,1 %; 2010: 17,7 %) und einem unter den Erstbehandelten weiter gestiegenen Anteil an Konsumenten von Stimulanzien (15,0 %; 2010: 12,5 %) (Tabelle 5.1). Unter den Erstbehandelten ist der Anteil der Personen mit Kokain-bezogenen Störungen im Vergleich zum Vorjahr weiter gesunken (6,6 %; 2010: 6,6 %). Die Anteile aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen⁹¹ wies 2011 etwa jeder Vierte (26,5 %) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (21,9 %) auf (Tabelle 5.2). Die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis stellt bei dieser Patientengruppe nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose dar (32,2 %).

Bei Klienten mit primären Kokainproblemen⁹² standen Cannabis, Alkohol, Amphetamine und Ecstasy als substanzbezogene Sekundärdiagnosen im Vordergrund. Nach wie vor erfüllte

⁹¹ TDI-Tabelle 24.1.1; Alle nachfolgenden Angaben zu Klienten mit primärer Opioidproblematik bezogen auf eine Gesamtzahl von N=23.307. Eine unmittelbare Berechnung einer Gesamtzahl aus den TDI-Tabellen ist nicht möglich, da Mehrfachnennungen für die Einzeldiagnosen möglich sind.

⁹² TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=2.968.

fast jeder zehnte Klient mit einer primären Kokainproblematik zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin (8,9 %).

Fast jeder fünfte der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik⁹³ wies auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (18,8 %). Bei fast jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt (9,1 %). Gut ein Viertel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (27,4 %). Über alle Substanzen hinweg hatte mehr als ein Viertel der Klienten zusätzlich zum primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d).

Tabelle 5.2 Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2011)

Einzeldiagnose ¹⁾	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Sed./Hypn.	Kokain	Stimulanzien
Alkohol	26,5 %	27,4 %	30,6 %	40,3 %	28,6 %
Heroin	85,4 %	2,3 %	4,7 %	8,9 %	3,9 %
Methadon	37,6 %	0,3 %	1,7 %	1,1 %	0,4 %
Buprenorphin	9,1 %	0,2 %	1,0 %	0,3 %	0,2 %
and. opiathaltige Mittel	10,8 %	0,5 %	3,9 %	1,4 %	1,0 %
Cannabinoide	32,2 %	100,0 %	9,9 %	44,9 %	49,1 %
Benzodiazepine	14,2 %	1,2 %	72,5 %	3,7 %	2,0 %
and. Sedativa/Hypnotika	0,5 %	0,2 %	18,3 %	0,3 %	0,3 %
Kokain	21,9 %	9,1 %	4,5 %	93,7 %	11,6 %
Crack	3,6 %	0,3 %	0,2 %	6,5 %	0,4 %
Amphetamine	9,0 %	18,8 %	4,9 %	20,0 %	81,7 %
MDMA	4,5 %	5,9 %	2,5 %	7,0 %	16,9 %
andere Stimulanzien	0,8 %	1,6 %	0,9 %	1,4 %	17,7 %
LSD	3,3 %	2,6 %	1,1 %	4,2 %	4,6 %
Gesamt (N)	23.303	18.202	1.135	2.968	5.898

1) Mehrfachnennungen möglich.

Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle 24.1.1.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d.

⁹³ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=18.202 (Hauptdiagnose: Cannabinoide).

Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2011 waren 78,9 %⁹⁴ (2010: 79,4 %) der in der DSHS erfassten N=60.114⁹⁵ ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 50,9 % (2010: 53,5 %) aller Behandelten waren zwischen 15 und 29 Jahre alt⁹⁶. 83,1 % (2010: 82,8 %) waren deutsche Staatsbürger, 3,0 % (2010: 2,9 %) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union (EU), 8,6 % (2010: 8,3 %) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 5,3 %). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.3 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 5.3 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2011)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	35,3	24,7	32,6	26,5	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	21,2	15,3	21,4	17,9	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	76,3 %	85,7 %	85,5 %	72,3 %	
Alleinstehend ⁴⁾	51,7 %	59,3 %	43,5 %	52,2 %	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	62,5 %	35,9 %	40,2 %	45,7 %
	Schüler/in / In Ausbildung	2,5 %	28,3 %	5,4 %	13,4 %
Wohnungslos ⁶⁾	2,7 %	0,7 %	1,7 %	1,1 %	

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

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

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

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

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d.

In Tabelle 5.4 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert. Der Trend der letzten Jahre, nach dem der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des

⁹⁴ TDI-Tabellen 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1

⁹⁵ Für die Angaben zum Geschlecht und zur Hauptdiagnose vorlagen.

⁹⁶ TDI-Tabelle 14.1.1

Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert), hat sich nicht weiter fortgesetzt. Während der Anteil derjenigen, die Heroin rauchen im Vergleich zum Vorjahr quasi unverändert ist (2011: 27,0 %; 2010: 26,8 %), ist der intravenöse Konsum gestiegen (2011: 58,9 %; 2010: 57,8 %) und der des nasalen Konsums gesunken (2011: 8,4 %; 2010: 9,9 %). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnupft (v. a. Kokain) oder geraucht (v. a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Tabelle 5.4 Drogenapplikationsform¹⁾ (DSHS ambulant, 2011)

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	58,9 %	27,0 %	5,2 %	8,4 %	0,4 %	17.861
Methadon	2,7 %	2,1 %	94,6 %	0,2 %	0,3 %	9.272
Buprenorphin	3,2 %	1,7 %	86,0 %	6,2 %	3,0 %	2.157
And. Opioide	12,5 %	11,7 %	72,1 %	1,4 %	2,3 %	2.459
Kokain	19,4 %	20,5 %	1,6 %	58,0 %	0,5 %	9.924
Crack	9,0 %	85,9 %	1,9 %	3,1 %	0,1 %	981
Amphetamine	1,3 %	12,0 %	28,7 %	56,8 %	1,3 %	10.533

Mehrfachnennungen möglich.

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d.

Tabelle 5.5 Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2011)

Hauptdiagnose	Anzahl der Kontakte (M)			Betreuungsdauer (M) ¹⁾		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	19,2	25,3	20,7	49,0	55,7	50,6
Cannabinoide	9,9	12,0	10,2	25,7	26,2	25,8
Sedativa/Hypnotika	12,8	17,6	15,4	31,7	37,0	34,6
Kokain	13,7	15,3	14,0	30,3	30,8	30,4
Stimulanzien	10,7	11,7	11,0	30,8	27,4	29,8
Halluzinogene	11,5	7,0	10,5	21,7	24,8	22,4
Flüchtige Lösungsmittel	7,9	8,1	8,0	19,2	20,7	19,8
Multiple/and. Substanzen	15,2	20,4	16,4	31,2	35,0	32,1

1) in Wochen.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung⁹⁷. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 20,7 (2010: 21,8) bei Opioidklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 10,2 am niedrigsten (2010: 9,8). Frauen nehmen durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.5). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten.

5.4.2 Stationäre Behandlung

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da die Standards der Dokumentation sich an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit Hauptdiagnose F11-F16 oder F18-F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Darüber hinaus existieren Daten aus der DSHS, die für einen Ausschnitt der Fachkliniken und –einrichtungen Daten entsprechend des KDS zur Verfügung stellen.

Diagnosen

Im Jahr 2011 wurden von insgesamt 37.354 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen aufgrund substanzbezogener Störungen 8.050 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012b). Darunter wurden 6.468 Mal Männer behandelt, dies entspricht einem Männeranteil von 80,3 % (2010: 78,0 %). In drei Viertel (72,3 %) der Fälle waren alkoholbezogene Störungen die primäre Ursache für stationäre Behandlungen (23.603 Behandlungen; 2010: 29.569). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch im stationären Versorgungsbereich basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen im Rahmen der DSHS unter den Behandlungen mit primären Drogenproblemen (ohne Hauptdiagnose Alkohol) diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (34,2 %; 2010: 38,3 %)⁹⁸. Dieser Anteil ist seit 2007 (48,6 %) rückläufig. Die zweitgrößte Gruppe bilden Behandlungen wegen Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (26,3 %; 2010: 25,5 %), deren Anteil seit 2007 kontinuierlich steigt. Danach folgen Behandlungen aufgrund polyvalenten Konsums (15,6 %; 2010: 15,0 %). Auch dieser Anteil steigt seit vier Jahren an. Probleme im Zusammenhang

⁹⁷ Aufgrund der geringen Fallzahlen bei Klienten mit primären Problemen im Zusammenhang mit Halluzinogenen (n=120) und flüchtigen Lösungsmitteln (n=60) wurden diese beiden Gruppen bei den Vergleichen nicht berücksichtigt.

⁹⁸ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die stationären Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

mit Kokain oder Stimulanzien sind in 6,9 % (2010: 6,8 %) bzw. 12,7 % (2010: 9,7 %) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.6).

Seit vier Jahren sind Cannabis-bezogene Störungen im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum der zweithäufigste Behandlungsgrund. Möglicherweise ist dies Ausdruck der gestiegenen Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext von Fachkliniken. Unter den stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Klienten spielt Cannabis bei Frauen nach wie vor eine deutlich kleinere Rolle als bei den Männern: Nur 18,8 % (2010: 16,9 %) der Frauen vs. 28,1 % (2010: 25,5 %) der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich in der DSHS sonst nur noch für Sedativa/Hypnotika, bei denen das Verhältnis etwa um den Faktor 1:6 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (7,5 % vs. 4,4 %; 2010: 7,7 % vs. 3,6 %).

Diese Verteilung steht nicht in unmittelbarer Übereinstimmung mit den Daten der Rehabilitations- und Akutbehandlungen, bei denen die Opioide und der multiple Substanzgebrauch (der praktisch immer mit Opioidkonsum verbunden ist) die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle ausmachen. Im Akutbereich (Krankenhäuser) beruhte 2010 etwa die Hälfte (43,2 %; 2009: 45,3 %) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr sogar 51,6 % (2009: 54,9 %) aller Fälle. In beiden Statistiken sinkt dieser Anteil aber seit einigen Jahren kontinuierlich. In der DSHS wird häufiger der Konsum von Opioiden als behandlungsleitend kodiert⁹⁹. Auch bei den Akutbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) und in der Statistik der DRV steigen die Anteile der wegen Cannabiskonsums Behandelten (machen aber nach wie vor einen erheblich geringeren Anteil aus).

Vergiftungen durch Sedativa und Hypnotika waren in der Akutbehandlung (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ häufig, jede zehnte Suchtdiagnose bei den Krankenhausbehandlungen bezieht sich auf diese Substanzen. Bei den Entwöhnungsbehandlungen (DRV) und der DSHS spielen sie dagegen eine eher untergeordnete Rolle (Tabelle 5.6).

⁹⁹ Dies ist auch zum Teil darin begründet, dass der Deutsche Kerndatensatz (KDS), der die Grundlage der Berichterstattung für die DSHS darstellt, (bewusst) eine von der ICD-10 abweichende Definition für die Vergabe der Diagnose F19 vorgibt und damit zu einem geringen Anteil dieser Diagnosen in der DSHS beiträgt.

Tabelle 5.6 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	2010 Gesamt ¹⁾	DSHS		
	2010 Gesamt	2010 Gesamt		2011		
				Gesamt ¹⁾	Männer ²⁾	Frauen ³⁾
Opioide	33,9 %	24,1 %	38,3 %	34,2 %	34,5 %	33,3 %
Cannabinoide	8,5 %	14,4 %	25,5 %	26,3 %	28,1 %	18,8 %
Sedativa/Hypnotika	9,7 %	2,4 %	4,3 %	3,8 %	1,8 %	12,1 %
Kokain	1,1 %	3,4 %	6,8 %	6,9 %	7,5 %	4,4 %
Stimulanzien	2,9 %	3,9 %	9,7 %	12,7 %	12,1 %	15,2 %
Halluzinogene	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %
Fl. Lösungsmittel	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Mult./And. Substanz.	43,2 %	51,6 %	15,0 %	15,6 %	15,6 %	15,9 %
Gesamt (Anzahl)	95.884	14.507	8746	8050	6468	1582

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

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

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

DRV 2011c, Pfeiffer-Gerschel et al. 2012b, Statistisches Bundesamt 2011b.

Vergleicht man die Daten der stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligen, mit den Statistiken der Akutbehandlungen in Krankenhäusern und den Maßnahmen, die von der Deutschen Rentenversicherung finanziert werden, so kann man folgendes feststellen: In der stationären Behandlung spielen Opioide in allen Quellen unter den illegalen Substanzen nach wie vor die größte Rolle. Rechnet man die Fälle mit multiplem Substanzgebrauch dazu, hinter denen in den meisten Fällen eine Kombination aus Opioidabhängigkeit und Kokain- oder anderen Suchtproblemen stehen dürfte, so summiert sich dieser Anteil auf 50-80 % der stationär behandelten Patienten. Die Ausnahme stellen hier die im Rahmen der DSHS berichteten Fälle dar (die zu einem erheblich höheren Anteil von Klienten mit einer primären Cannabisproblematik berichten). Mit hoher Wahrscheinlichkeit spielen hier – neben inhaltlichen Aspekten der Ausrichtung der erfassten Einrichtungen – auch unterschiedliche Codierungsgewohnheiten in den verschiedenen Statistiken eine erhebliche Rolle.

Soziodemographische Informationen und Behandlungsdauer

Tabelle 5.7 fasst analog zur Darstellung für die ambulant betreuten Klienten für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen einige soziodemographische Merkmale der stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Fälle zusammen. Im Vergleich zu den ambulant im Rahmen der DSHS erfassten Klienten (siehe Tabelle 5.3) sind die stationär behandelten Opioidkonsumenten etwas jünger, die Cannabiskonsumenten etwas älter, nur wenige Unterschiede gibt es bei Kokain- und Stimulanzienkonsumenten. Nachdem sich im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 der Anteil der Wohnungslosen bei den stationären

Klienten mit den Hauptdiagnosen Opioide und Kokain jeweils verdoppelt und bei denen mit der Hauptdiagnose Stimulanzien im Vergleich zum Vorjahr sogar mehr als vervierfacht hat, ist er auch im Jahr 2011 weiter leicht angestiegen. Hinweise darauf, dass es sich bei den stationär Behandelten um eine andere Klientengruppe handelt, lassen sich daraus ableiten, dass es sich – im Vergleich zu den ambulant behandelten Konsumenten – häufiger um arbeitslose und alleinstehende Personen handelt. Ein umfassender Vergleich der beiden Klientengruppen würde aber einen sorgfältigen Vergleich der Konsumparameter erfordern, die z. B. Aufschluss über die Intensität des Konsums und damit die Schwere der Substanzstörung liefern.

Tabelle 5.7 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2011)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	33,8	26,9	32,4	27,6	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	21,0	15,2	20,2	17,9	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	80,9 %	86,0 %	87,5 %	76,5 %	
Alleinstehend ⁴⁾	57,3 %	63,5 %	48,9 %	60,4 %	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	69,2 %	62,0 %	59,9 %	64,8 %
	Schüler/in / In Ausbildung	0,9 %	5,8 %	1,0 %	4,0 %
Wohnungslos ⁶⁾	2,2 %	1,3 %	2,6 %	1,9 %	

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

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

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

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

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

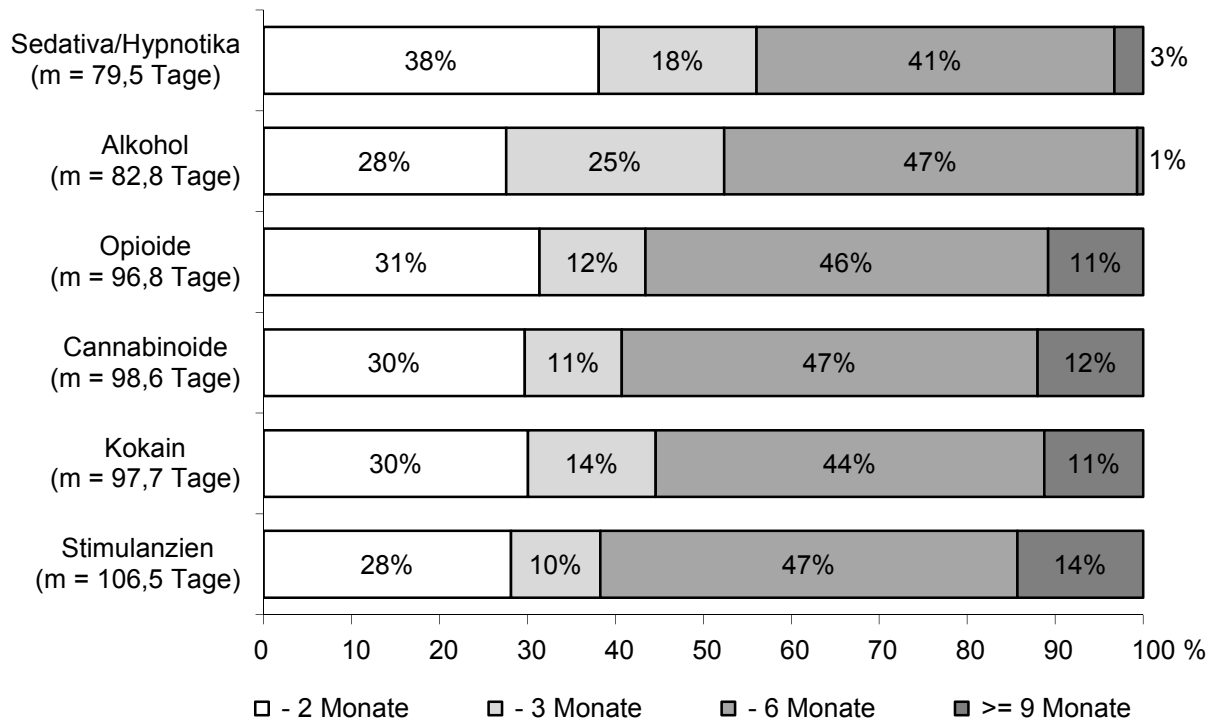
6) TDI-Tabelle 8.1.1 zur Stabilität der Lebenssituation (keine unmittelbare Entsprechung); Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012b.

Die Ergebnisse der DSHS zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2011 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis 14,1 Wochen (2010: 14,9), 15,2 Wochen (2010: 15,3) bei Stimulanzien, 14,0 Wochen (2010: 14,0) bei Kokain, 13,8 Wochen (2010: 13,6) bei Opioiden und 11,4 Wochen (2010: 12,2) bei Sedativa/Hypnotika. Die als Vergleichswert aufgeführte Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 11,8 Wochen (2010: 11,8).

Die Behandlungsdauer weist z. T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit 14-15 Wochen im Durchschnitt mindestens zwei Wochen länger ist als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten

mit Behandlungsdauer ≥ 9 Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für Alkohol-bezogene Störungen ist seit fünf Jahren leicht rückläufig, für die anderen Substanzgruppen ist trotz leichter Rückgänge im Vergleich zum Vorjahr kein eindeutiger Trend für die vergangenen Jahre erkennbar.



Pfeiffer-Gerschel et al. 2012b.

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2011)

Neben den im Rahmen der DSHS erhobenen bundesweiten Daten liegen auch von einzelnen Fachverbänden eigene Auswertungen vor. So berichtet z. B. der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) in einer verbandseigenen Auswertung die Basisdaten des Entlassjahrgangs 2010, die auf insgesamt 16.067 Fällen aus 95 Einrichtungen beruht (buss 2010). Darüber hinaus liegt auch eine Katamneseuntersuchung des buss vor, die auf N=1.497 Fällen des Entlassjahrgangs 2010 beruht (nur für Drogeneinrichtungen).

Ausgehend von der Erfahrung, dass monozentrische Studien zur stationären Entgiftung von Opiatabhängigen hinsichtlich des Behandlungserfolges erhebliche Variabilität aufweisen, haben Specka und Kollegen (2011) eine multizentrische Studie durchgeführt, die Aufschluss darüber geben sollte, inwieweit Patientencharakteristika unterschiedliche Entlassraten zwischen Behandlungseinrichtungen erklären können. Dazu wurden N=1.017 opiatabhängige Patienten aus 12 Entgiftungseinrichtungen mit vergleichbarer Struktur untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die regelhafte Entlassung signifikant mit existierenden Plänen für eine Anschlussbehandlung, früheren Entgiftungs- oder anderen abgeschlossenen stationären Behandlungen, einer geringeren Anzahl erfolgloser

Entgiftungsbehandlungen, höherem Alter, späterem Onset des Opiatgebrauchs und einer längeren Dauer des Gebrauchs assoziiert war. Die Autoren schlussfolgern daher, dass die regelhafte Entlassung am besten durch Pläne für eine Anschlussbehandlung auf Seiten des Patienten und früheren Behandlungsergebnissen vorhergesagt werden kann. Trotz der Vergleichbarkeit der Behandlungseinrichtungen hinsichtlich ihrer Strukturmerkmale und einer statistischen Kontrolle der Patientenmerkmale ließ sich insgesamt ein erheblicher Einrichtungseffekt nachweisen.

5.5 Behandlungstrends

5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

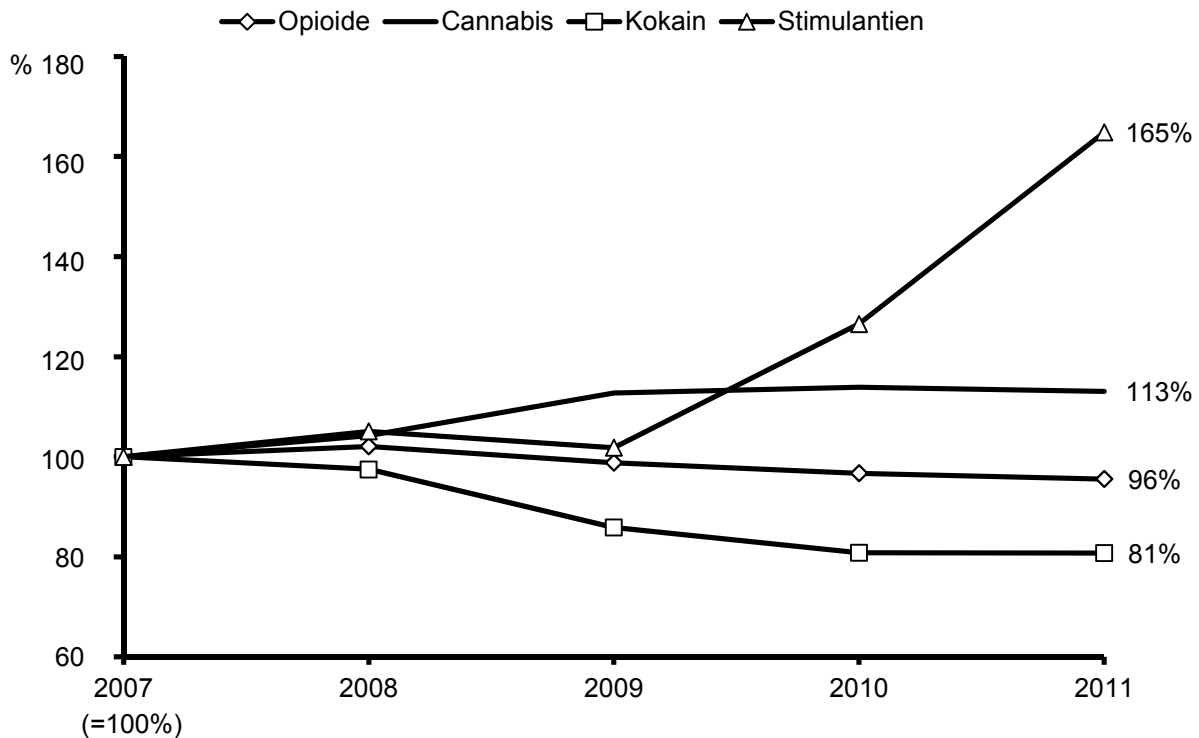
Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin nach wie vor die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Allerdings steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioide in dieser Gruppe nur noch bei weniger als jedem fünften Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor sieben Jahren lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel der Erstbehandelten. Unter allen Zugängen zu ambulanter Behandlung machen Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden zwar nach wie vor die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen aus, ihr Anteil sinkt aber seit einigen Jahren kontinuierlich.

Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit Einführung des neuen KDS im Jahr 2007 (Index=100%), so zeigt sich ein leichter Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis zwischen 2007 und 2009, ein kontinuierlicher Rückgang bei den Klienten mit Kokainproblemen, kaum Veränderungen bei Opioidklienten und ein sehr starker Anstieg bei Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien seit 2009 (Abbildung 5.2).

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

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwar im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 nahezu unverändert, im Vergleich zu 2003 aber um mehr als 10 % von insgesamt 51.123 auf 56.997 gestiegen (Abbildung 5.3). Der größte Teil dieser Leistungen (69,6 %) wird vor dem Hintergrund Alkohol-bezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen ca. 30 % der Leistungen aus (Medikamente: 0,7 %). Dieser Anteil ist seit 2003 (24,3 %) um etwa fünf Prozentpunkte gestiegen, es

werden also seit 2004 kontinuierlich anteilig weniger von der RV finanzierte Rehabilitationsleistungen wegen einer primären Alkoholproblematik durchgeführt.



Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d.

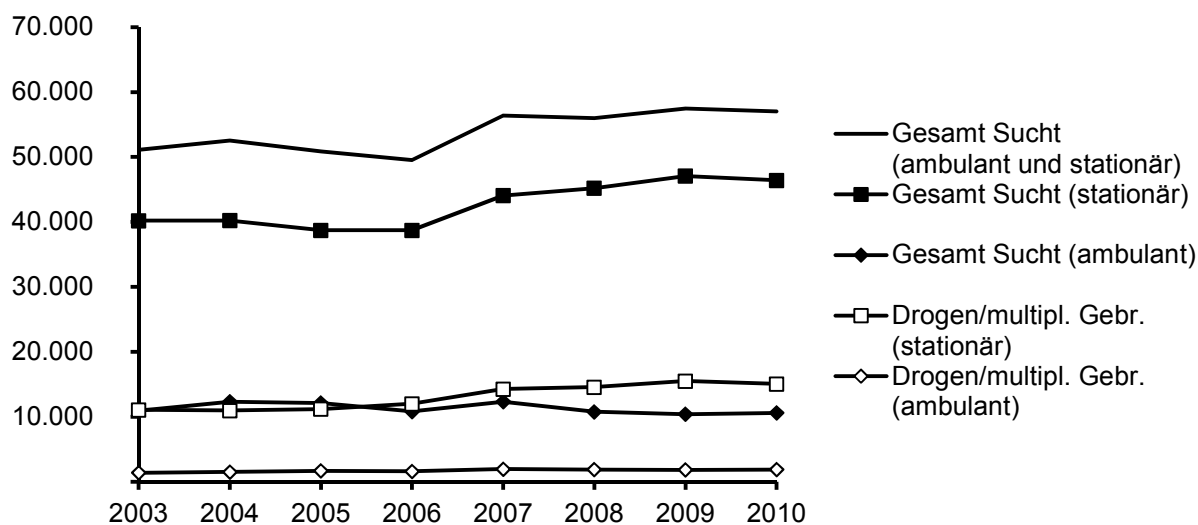
Abbildung 5.2 Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) mehr als 4:1. Dieses Verhältnis hat sich zwischen 2003 und 2009 (insbesondere seit 2005) leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7:1 auf 4,4:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit etwa 8:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) seit 2003 sind für Drogenpatienten (Drogen/multipler Gebrauch) sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bis 2007 angestiegen und seitdem stabil (Abbildung 5.3).

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

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen ist wie in den Vorjahren auch zwischen 2009 und 2010 leicht gestiegen (Krankenhausdiagnosestatistik). Deutliche Zuwächse waren bei der Zahl der Vergiftungen mit Stimulanzien (+51,8 %) und, wie in den Vorjahren, bei Cannabinoiden (+12,3 %) zu beobachten. Die Zahl der stationären Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit Kokain (+2,5 %) ist nach deutlichen

Rückgängen in den Vorjahren wie auch die der Patienten mit Hauptdiagnose (HD) Opioiden (+3,3 %) zwischen 2009 und 2010 nahezu unverändert geblieben (Tabelle 5.8).



DRV 2011c.

Abbildung 5.3 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Tabelle 5.8 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2007-2010

Hauptdiagnose	Jahr				Veränderungen 2010 vs. 2009
	2007	2008	2009	2010	
Alkohol	316.119	333.804	339.092	333.357	-1,7 %
Opioide	31.638	30.776	31.496	32.538	3,3 %
Cannabinoide	5.790	6.297	7.251	8.145	12,3 %
Sedativa/Hypnotika	9.091	9.294	9.094	9.270	1,9 %
Kokain	1.300	1.388	1.050	1.076	2,5 %
Stimulanzien	1.672	1.868	1.848	2.805	51,8 %
Halluzinogene	532	482	431	430	-0,2 %
Tabak	236	281	258	310	20,2 %
Flüchtige Lösungsmittel	138	152	194	171	-11,9 %
Multiple/and. Substanzen	39.727	42.399	42.468	41.449	-2,4 %
Gesamt Sucht	406.243	426.741	433.182	429.551	-0,8 %
Gesamt Drogen	89.888	92.656	93.832	95.884	2,2 %

Statistisches Bundesamt 2008,2009,2011a,2011b.

Basierend auf Daten der DSHS weisen Kipke, Steppan und Pfeiffer-Gerschel (2011b) darauf hin, dass der seit 2000 deutlich gestiegene Anteil der Klienten mit einer Hauptdiagnose

Cannabis im Deutschen Suchthilfesystem möglicherweise auch im Zusammenhang mit der gestiegenen Zahl spezieller Programme zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen steht. Insgesamt zeigt sich, dass der Anteil der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik an allen Klienten (insbesondere unter den Erstbehandelten), die ambulante Suchthilfe in Anspruch nahmen, seit 2000 deutlich gestiegen ist. Nach Einschätzung der Autoren spiegelt sich in diesem Trend sowohl die gestiegene Prävalenz des Cannabiskonsums wider (insbesondere in der zweiten Hälfte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts) als auch das gewachsene Bewusstsein, dass es sich dabei um eine behandlungsrelevante Störung handelt. Als bemerkenswert bewerten die Autoren die gestiegene Latenz zwischen Erstkonsum und Betreuungsbeginn. Dieses Ergebnis widerspricht der Zielsetzung, nach der die Latenz möglichst verkürzt werden sollte, um das Risiko einer weiteren Manifestierung der cannabisbezogenen Störung zu reduzieren.

Missel und Koch (2011) weisen insbesondere für die stationär behandelten Patienten auf die hohe Komorbidität der behandelten Patienten hin. Darüber hinaus besteht hinsichtlich anderer Merkmale (vor allem Integration in den Arbeitsmarkt) eine weitere erhebliche Problembelastung. Basierend auf einer detaillierten Analyse der im Rahmen der DSHS erhobenen Daten zur stationären Behandlung von Menschen mit suchtbearbeiteten Störungen sehen die Autoren einen Optimierungsbedarf unter anderem bei der Entwicklung spezifischer Zielgruppenkonzepte für komorbide Patienten und im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Auch im stationären Kontext stellt die hohe Arbeitslosenquote der Behandelten eine der größten Herausforderungen für das Hilfesystem neben der unmittelbaren Behandlung der substanzbezogenen Störungen dar.

5.5.2 Substitutionsbehandlung

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

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen, zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. 2011 ist die Zahl erstmals gesunken, zum 1. Juli 2011 auf 76.200 Patienten (BOPST 2012). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2011 überdurchschnittlich viele Ärzte ihre Datenbestände mittels „Inventurmeldungen“ korrigierend aktualisiert haben, so dass z. B. versäumte Abmeldungen nachträglich registriert wurden.

2011 konnten über das Substitutionsregister ca. 150 Doppelbehandlungen (2010: ca. 190) aufgedeckt und nach Mitteilung des Registers an die behandelnden Ärzte beendet werden.

2011 haben insgesamt 2.703 Substitutionsärzte Patienten gemeldet. Die Ärztekammern melden ca. 8.100 Ärzte, die suchttherapeutisch qualifiziert sind – weit mehr als tatsächlich substituierend behandeln. Etwa 19 Prozent, also 513 substituierende Ärzte, haben 2011 die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können auch Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen entsprechend qualifizierten Arzt einbeziehen. Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt

stark; bundesweit beträgt sie durchschnittlich 28 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen und Hamburg), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a), zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen. Nach wie vor stammen nur 3,0 % (N=2.266; 2010: 3,0 %; N=2.336) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2011) und 5,3 % (N=142; 2010: 5,2 %, N=140) der substituierenden Ärzte aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (BOPST 2012).

2001 waren laut Register des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 8.122 (2010: 7.805) Ärzte zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen registriert¹⁰⁰. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2011 nur 2.703 (2010: 2.710) Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (BOPST 2012). Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2004 auf praktisch unverändertem Niveau. Betrachtet man die Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern, führen wie auch in den Vorjahren die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und (bereits mit deutlichem Abstand) Berlin die Liste an. Die geringsten Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden – wie im Vorjahr – aus den drei östlichen Bundesländern Brandenburg¹⁰¹, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen gemeldet. Nach wie vor stammen nur 3,0 % (N=2.266; 2010: 3,0 %; N=2.336) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2011) und 5,3 % (N=142; 2010: 5,2 %, N=140) der substituierenden Ärzte aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin). Dementsprechend variiert auch die Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelte ein Substitutionsarzt in Hamburg 2011 durchschnittlich 46,2 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 43,0 sowie Hessen und Berlin mit jeweils 32,2), sind es in Brandenburg nur 7,3 (Mecklenburg-Vorpommern: 9,8; Thüringen: 14,0).

Auf den Mangel an Ärzten zur Substitutionsbehandlung und Schwierigkeiten in der Versorgung, die durch das altersbedingte Ausscheiden suchtmedizinisch qualifizierter Ärzte insbesondere in ländlichen Gebieten entstehen können, hat auch der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und Vorsitzende des Sucht- und Drogenausschusses der Bundesärztekammer im Sommer 2011 hingewiesen (aerzteblatt.de 2011).

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen verschoben: auf Kosten von Methadon (2011: 54,8 %) und

¹⁰⁰ Die tatsächliche Anzahl der Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation ist aber vermutlich noch größer, da einige Bundesländer (zumindest zeitweise) allen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie diese Qualifikation automatisch erteilt haben, ohne dass diese bereits vollständig im Register erfasst worden wären.

¹⁰¹ Für das Land Brandenburg ist aber zu vermuten, dass zahlreiche Konsumenten auf die Metropole Berlin ausweichen, um sich substituieren zu lassen.

zugunsten von Levomethadon (2011: 25,4 %) sowie Buprenorphin (insbesondere zwischen 2002 und 2007), das 2011 in etwa jeder fünften Substitution zum Einsatz gekommen ist (Tabelle 5.9).

Tabelle 5.9 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2003-2011)

Substitutionsmittel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Methadon	70,9 %	68,3 %	66,2 %	64,1 %	61,4 %	59,7 %	58,9 %	57,7 %	54,8 %
Levomethadon	14,8 %	15,0 %	15,8 %	17,2 %	19,0 %	20,6 %	21,8 %	23,0 %	25,4 %
Buprenorphin	12,9 %	15,6 %	17,2 %	18,0 %	18,6 %	18,9 %	18,6 %	18,6 %	19,2 %
Dihydrocodein	1,2 %	0,9 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %
Codein	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Diamorphin					0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %

BOPST 2012.

Einen aktuellen Überblick zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger, der die Grundlagen, der Versorgungssituation und existierende Problembereiche in Deutschland zusammenfasst, wurde kürzlich von Langer und Kollegen vorgelegt (2011). Dabei gehen die Autoren insbesondere auf Daten ein, die im Rahmen des Suchtforschungsverbundes ASAT und der beiden Studien Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments (COBRA) und Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Studie (PREMOS-Studie) (vgl. REITOX-Berichte der vergangenen Jahre) erhoben wurden.

Basierend auf Daten der PREMOS-Studie haben Soyka und Kollegen (2012) die Mortalität von in Substitutionstherapie befindlichen Opioidabhängigen in Deutschland untersucht. Zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Studien wurde dabei das „Conditional Mortality Risk (CMR)“ verwendet, das die Anzahl an Todesfällen auf die Personenjahre des Beobachtungszeitraumes bezieht. Ergebnissen der Untersuchung zufolge lag das standardisierte jährliche Mortalitätsrisiko bei 1,15 % pro 100 Personenjahren. Die häufigsten Todesursachen waren Folgen oder Komplikationen somatischer Erkrankungen, Überdosis illegaler Drogen/Polyintoxikation und Suizid. Das Substitut selbst stellte keine bedeutsame Ursache dar. Als Prädiktoren frühzeitiger Mortalität zeigten sich höheres Alter, soziale Desintegration, Dauer der Suchtvorgeschichte, Arbeitslosigkeit, hoher Suchtschweregrad, psychische Störungen sowie Unterbrechung und Abbruch der Behandlung. Damit bestätigen die Befunde nach Ansicht der Autoren, dass die Substitutionstherapie effektiv das Mortalitätsrisiko der Patienten senkt und zeitweise Phasen ohne Substitution eine Hochrisikophase für erhöhte Sterblichkeit darstellen.

Wittchen und Kollegen (2011i) haben die Unterschiede von Substitutionseinrichtungen in Deutschland hinsichtlich ihrer Abstinenzorientierung untersucht und sind der Frage nachgegangen, ob diese Unterschiede in der Behandlungsphilosophie mit Unterschieden bei Aspekten der klinischen Behandlungspraxis einhergehen. Auch diese Studie wurde basierend auf Daten der PREMOS-Studie durchgeführt. Zusammenfassend deuten die

Daten der Untersuchung auf eine Reihe systematischer und substanzieller Effekte der Abstinenzorientierung hin, welche für die Relevanz dieses Konzeptes bei der Erklärung der Varianz in der Substitutionspraxis sprechen. So zeigte sich zum Beispiel, dass Einrichtungen mit einer hohen Abstinenzorientierung häufiger Urintests durchführten und häufiger psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen realisierten. Die Abstinenzorientierung der behandelnden Einrichtungen scheint jedoch kaum Einfluss auf die Realisierung psychosozialer Maßnahmen zu haben. Darüber hinaus stellt Opiatfreiheit für die Mehrzahl der im Rahmen von PREMOS analysierten Daten der substituierenden Ärzte kein realistisches Behandlungsziel dar und ist in langfristig stabiler Form äußerst selten. Eine ausgeprägte Abstinenzorientierung der Einrichtung ist offensichtlich mit erhöhten negativen Verlaufsrisiken der Patienten assoziiert. In der Praxis ausschlaggebend sind der Wunsch des Patienten, Krankheitszustand und Verlauf sowie die Abwägung von Chancen und Risiken im Einzelfall. Einrichtungen mit ausgeprägter Abstinenzorientierung wiesen ein deutlich erhöhtes Risiko langfristiger Unterbrechungen in der Substitution sowie von Abbrüchen und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko der behandelten Patienten auf.

Basierend auf Daten der PREMOS-Studie (Wittchen et al. 2011c,d,g; vgl. dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre) haben Wittchen und Kollegen eine Reihe von Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opiatabhängiger formuliert (Wittchen et al. 2011f). Nach Einschätzung der Autoren sind Opiatabhängige in Substitution charakterisiert durch ein schwerwiegendes multimorbides Krankheitsbild mit chronischem Verlauf. Grundsätzlich bewerten die Autoren die Ergebnisse der PREMOS-Studie als Beleg für die Effektivität der Substitutionstherapie, die mit deutlichen Verbesserungen des Störungsbildes im Verlauf der Substitution verbunden ist. Auch ermöglicht die Substitution die Behandlung komorbider Störungen, wobei auch im langfristigen Verlauf ein weiterhin hoher Behandlungsbedarf hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Morbidität der Betroffenen besteht. Auch erfordert der konkomitante Konsum weiterer Substanzen eine nach wie vor differenzierte Analyse der im Einzelfall zugrunde liegenden Ursachen. Die Autoren weisen darauf hin, dass ein Abbruch der Substitution aus disziplinarischen Gründen sorgfältig geprüft und auf absolut kritische Einzelfälle begrenzt werden sollte und vor dem Hintergrund eines im Einzelfall bestehenden langfristigen und hochspezialisierten Behandlungsbedarfs zu sehen sei.

Die Behandlungsintensität bewerten Wittchen und Kollegen angesichts der Komplexität der Problemlagen der Patienten als außerordentlich gering. Hinsichtlich der im Einzelfall gesehenen Notwendigkeit und der tatsächlichen Nutzung psychosozialer Beratung besteht nach wie vor erhebliche Unsicherheit. So gelingt es zum Beispiel offensichtlich in besonders schlecht versorgten Gebieten häufig nicht, dem jeweiligen psychosozialen Hilfebedarf einer mehrjährigen Substitution patientengerecht zu entsprechen. Als spezifische Zielgruppe identifizieren die Autoren Frauen mit Kindern, die eine bessere Betreuung benötigen. Insgesamt konnten die Autoren kein allgemeines Modell der Einflussfaktoren für günstige bzw. ungünstige Langzeitverläufe identifizieren. Die Autoren fanden Hinweise auf eine wahrscheinlich vorliegende differentielle ärztliche Indikationsstrategie hinsichtlich der

Auswahl des im Einzelfall zu verwendenden Substitutionsmittels. Diese Indikationsstrategie könnte erklären, warum Patienten unter Buprenorphin im Vergleich zu solchen unter Levomethadon bzw. Methadon einen häufig besseren Behandlungsverlauf und bessere Ergebnisse zeigen (Wittchen et al. 2011h).

Basierend auf einer Zufallsstichprobe der im Rahmen der PREMOS-Studie untersuchten Patienten haben Wittchen und Kollegen auch die Stabilität der PREMOS-Langzeitbefunde überprüft (Wittchen et al. 2011a,b). Dabei beobachteten die Autoren eine Reduktion des Anteils stabil substituierter Patienten und einen Anstiegs nicht in Substitution stehender bzw. instabil substituierter Patienten mit längeren Unterbrechungen sowie ein erhebliches Absenken des Prozentsatzes abstinenter Patienten. Der konkomitante Konsum von Opioiden, Cannabis und sonstigen illegalen Drogen ging weiter zurück, der Beigebrauch von Benzodiazepinen blieb unverändert hoch. Damit bestätigt sich nach Einschätzung der Autoren der Befund, dass der Langzeitverlauf durch eine bemerkenswerte Variabilität charakterisiert ist. Basierend auf ihren Studienergebnissen haben die Autoren eine Reihe von Empfehlungen formuliert, die unter anderem Modellprogramme, präventive Maßnahmen, Forschungsprogramme, Leitlinien, Erprobung von Organisations- und Finanzierungskonzepten, gezielter Verbesserung der Behandlung ausgewählter Störungsbereiche und Problemgruppen und eine Anpassung der Versorgungsstruktur und -konzepte sowie der gesetzlichen Bestimmungen an die Behandlungsprinzipien einer chronischen Erkrankung beinhalten.

Soyka und Kollegen (2011b) haben im Rahmen einer Pilotstudie (N=60 Patienten) kognitive Funktionen von Patienten unter Erhaltungstherapie mit Heroin, Methadon oder Buprenorphin im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Ergebnissen der Untersuchung zur Folge wiesen Patienten unter Heroin signifikant schlechtere Ergebnisse auf als die gesunden Kontrollpersonen und erzielten auch im Vergleich zu den mit Methadon oder Buprenorphin behandelten Patienten insbesondere in Subtests zur motorischen Leistungsfähigkeit unter Stressbedingungen und Monotonie schlechtere Ergebnisse. Unter Berücksichtigung einer Reihe methodischer Limitationen bewerten die Autoren die Ergebnisse der Untersuchung als Hinweis darauf, dass kognitive Funktionen bei Patienten unter Heroinerhaltungstherapie eingeschränkter sind als bei der Vergleichsgruppe der mit Buprenorphin oder Methadon behandelten (oder gesunden) Population.

Specka und Scherbaum (2011) sind der Frage nachgegangen, inwieweit bei dem hohen Ausmaß an komorbiden psychischen Störungen insbesondere bei Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung eine begleitende psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung realisiert wird. Basierend auf einer Literaturübersicht kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit insbesondere von kognitiver Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement hinsichtlich der Reduktion des Suchtmittelkonsums bei Substitutionspatienten als belegt bewertet werden kann. Hindernisse für die Ausweitung der psychotherapeutischen Versorgung vermuten die Autoren in der vermutlich mangelnden Kenntnis der Datenlage bei einem verbreiteten „therapeutischen Nihilismus“ in der Behandlung Drogenabhängiger, aber auch begrenzten finanziellen und personellen

Ressourcen. Auch fehlen verlässliche Daten, um Aussagen zur Frage der Differentialindikation verschiedener psychotherapeutischer Verfahren oder zu ihrer Kombinierbarkeit zu treffen.

5.5.3 Andere aktuelle Entwicklungen

Effekte von Trainervariablen bei Gruppeninterventionen

Im Rahmen der Studie „CAN Stop“ (vgl. REITOX-Berichte der vergangenen Jahre) haben Weymann und Kollegen (2011) untersucht, inwieweit sich der Interventionserfolg aus Trainermerkmalen sowie aus Aspekten der Passung von Trainer- und Patientenvariablen bei der im Rahmen der Studie durchgeführten Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumenten vorhersagen lässt. Ergebnissen der Untersuchung zufolge stellt das Traineralter einen signifikanten Prädiktor hinsichtlich der Erfolgskriterien „Symptomreduktion“ und „Haltequote“ dar. Hinsichtlich der Symptomreduktion weist auch die Nichtübereinstimmung der Trainingsziele (Abstinenz vs. kontrollierter Konsum) von Trainern und Patienten zu Interventionsbeginn einen gewissen Vorhersagewert auf. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Ergebnisse Trainervariablen eine relevante Bedeutung beizumessen ist und empfehlen, in Studien zur Effektivität von Interventionen Trainer und Matchingvariablen in die Analyse einzubeziehen, um das Verständnis der Wirkungsprozesse zu erweitern.

Konsum-Kontrolltraining

Im Notdienst Berlin e.V. wurde das Konsum-Kontrolltraining „CONTRADDICT“ entwickelt (Westermann & Mörsen 2012), das sich an Drogenabhängige (speziell substituierte Opiatabhängige) richtet, die ihren Substanzgebrauch reduzieren oder aufgeben wollen¹⁰². Es handelt sich dabei um ein offenes, manual-gestütztes Programm mit sieben Modulen, wobei sich die Modulabfolge und die Bearbeitungsdauer des Trainingsprogrammes individuell an den Bedürfnissen der Abhängigen orientieren. Die Ergebnisse der begleitenden Untersuchung deuten darauf hin, dass sowohl nach minimaler als auch moderater Teilnahme am Training eine signifikante Reduktion der Konsumintensität und eine Erhöhung der Kontrolle über den Substanzkonsum erzielt werden konnten.

Behandlung unter besonderen Bedingungen (v.a. Maßregelvollzug)

In einer Übersichtsarbeit geht Vogt (2012) der Frage nach, inwieweit formaler und institutioneller Druck als Variablen für die Entscheidung für eine Suchtbehandlung eine Rolle spielen. Die Betrachtung fokussiert dabei insbesondere auf den Maßregelvollzug und andere Behandlungskontexte, in denen insbesondere externe Gründe maßgeblich für eine Behandlungsaufnahme sind (z. B. Behandlung, um eine Gefängnisstrafe zu vermeiden, den

¹⁰² An der begleitenden Evaluation nahmen 170 Substitutionspatienten teil, die zwischen Januar 2007 und Januar 2010 im Notdienst Berlin e.V. psychosozial betreut worden waren. Zu vier Erhebungszeitpunkten wurden die Konsumintensität sowie weitere konsumbezogene Variablen als Zielkriterien erhoben. 30,1 % der Teilnehmer konnten das Training erfolgreich abschließen und ihre individuellen Zielvorgaben erreichen. Bei 26,5 % wurde das Training aufgrund mangelnder Mitwirkung abgebrochen, weitere 30,1 % hatten das Trainingsprogramm bis zum Ende der Evaluation noch nicht abgeschlossen.

Führerschein wieder zu erlangen oder den Arbeitsplatz zu erhalten). Insgesamt kommt die Autorin zu dem Urteil, dass etwa die Hälfte der behandelten Personen auch unter Rahmenbedingungen, bei denen vor allem externe Faktoren maßgeblich zur Behandlungsaufgabe führen, von der Intervention profitieren. Vogt betont auch in solchen Kontexten die besondere Bedeutung der therapeutischen Allianz zwischen Behandlern und Behandelten, ohne dass sich dies bislang ausreichend in den verfügbaren Konzepten widerspiegeln würde. Auch von der Haar (2012) betont die Chancen, die im Maßregelvollzug für eine langfristige und tiefgehende Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen bestehen, obwohl diese viele ungünstige Kriterien für eine erfolgreiche Therapie aufweisen. Von der Haar betont insbesondere positive Ansätze, die sich im Bereich der Nachsorge zeigen und weist auf die Relevanz der schrittweisen Einbindung in das „normale“ Versorgungssystem (außerhalb von Einrichtungen des Maßregelvollzugs oder Gefängnissen) hin. Die Schnittstellen zwischen Einrichtungen des Maßregelvollzugs und anderer Einrichtungen der Suchthilfe bedürfen der Weiterentwicklung, um das Ziel der Wiedereingliederung der Betroffenen zukünftig zu verbessern. Auch Wittmann (2012) betont die grundsätzliche Wirksamkeit des Maßregelvollzugs sowohl für den einzelnen Patienten als auch die öffentliche Sicherheit, weist aber darauf hin, dass die Anstrengungen aller Verantwortlichen dahin gehen müssen, einen deutlich höheren Anteil der eingewiesenen Suchtkranken als bisher die Reintegration in ein delinquenzfreies Leben zu ermöglichen. In diesem Kontext sei eine weitere Differenzierung der Therapiekonzepte (Störungsspezifität, medikamentös-gestützte Behandlung, Fokussierung auf die Themen Familie/Partnerschaft, Arbeit/Finanzen und Rückfallmanagement) notwendig.

Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychischen Störungen

Trauma: Schäfer, Schulze und Stubenvoll (2011) haben einen Überblick über den aktuellen Stand traumatherapeutischer Interventionen bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen vorgelegt. Dabei haben sie einen Schwerpunkt auf empirisch überprüfte Therapieverfahren gelegt. Ergebnissen der Autoren zufolge werden im klinischen Alltag alle Interventionen, die sich im Rahmen der Traumatherapie bewährt haben, auch bei Suchtkranken erfolgreich eingesetzt. Dabei steht inzwischen fest, dass Ansätze aus beiden Bereichen (Trauma und Sucht) von Beginn der Therapie an miteinander kombiniert werden sollten. Dabei beziehen sich die existierenden randomisierten kontrollierten Studien auf ein stabilisierendes Therapieprogramm, dessen Effektivität inzwischen als belegt gelten kann. Die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung hat sich nach Einschätzung der Autoren in den letzten Jahren stark entwickelt, allerdings lägen bislang kaum systematische Befunde zur Traumaexposition bei dieser Patientengruppe vor.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche haben Daig, Bempohl und Kienast (2011) einen Überblick zur Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und komorbid bestehenden Abhängigkeitserkrankungen erstellt. Auffallend war nach Einschätzung der Autoren die geringe Zahl von

Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen und gleichzeitig bestehenden komorbiden Suchterkrankungen untersucht haben. Die Dual-Fokus-Schema-Therapie und die dialektisch-behaviorale-Therapie (DBT) gelten als evaluierte Therapieverfahren zur Behandlung dieser Komorbidität, die beide effektiv bei der Reduzierung des Substanzmissbrauchs und der pathologischen Symptome zu sein scheinen. Dabei existiert keine Überlegenheit eines der beiden Therapieverfahren. Vorteile der dialektisch-behavioralen Therapie sehen die Autoren in der stringent modularisierten Form des Therapeutentrainings und einer guten Vermittelbarkeit des therapeutischen Konzepts.

Depression: Loeber, Dinter und Mann (2011) haben eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um sowohl randomisierte Therapievergleichsstudien als auch weitere klinische Studien zu identifizieren, die die Effektivität einer integrierten Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass durch ein integratives Behandlungskonzept, bei dem sowohl die Suchterkrankung als auch die depressive Störung behandelt werden, eine Reduktion depressiver Symptome als auch eine Steigerung der Abstinenzquote erzielt werden. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass methodische Mängel der vorliegenden Untersuchungen bzw. die noch ausstehende Replikation von Befunden gegenwärtig die vorliegenden positiven Ergebnisse einschränken. Darüber hinaus gestaltet sich die Etablierung integrierter Behandlungsansätze aufgrund der nach wie vor zu beobachtenden Trennung zwischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und allgemein-psychiatrischen Einrichtungen schwierig.

Psychosen: Ähnlich wie bei der Behandlung affektiver Störungen bei bestehenden Suchterkrankungen halten Schnell und Gouzoulis-Mayfrank (2011) auch bei der Behandlung komorbid vorliegender Psychosen und Suchterkrankungen Strukturen, die die traditionell unterschiedlichen Konzepte der psychiatrischen Krankenversorgung und der Suchttherapie integrativ zusammenführen, für notwendig. Darüber hinaus weisen die Autoren darauf hin, dass die Therapien langfristig angelegt und schwerpunktmäßig im ambulanten Setting auch auf die Stärkung der Motivation für eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz abzielen sollten.

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Überblick

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

6.1.1 Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁰³. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Die Daten werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte, mit begrenzten klinischen Daten und HIV-bezogenen Laborparametern.

Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

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

Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (RKI 2012b) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI (RKI 2011) veröffentlicht.

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der

¹⁰³ www.rki.de

Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren.

6.1.2 Drogenbezogene Todesfälle

Falldatei Rauschgift

Drogenbezogene Todesfälle werden in den einzelnen Bundesländern grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst, wobei das BKA Zugriff auf den Datenbestand hat, Datenqualitätskontrolle betreibt und die Zahlen erhebt. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von drogenbezogenen Todesfällen. Der Anteil obduzierter Drogentoter als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentoten“ variiert zwischen den Bundesländern (mitunter erheblich). Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie genügend Informationen über den Drogenstatus zum Todeszeitpunkt erhält. Obduktionen und toxikologische Gutachten werden in der Regel durch unterschiedliche Institutionen erstellt. Insbesondere letztere liegen oft erst mit erheblicher Verspätung vor und werden deshalb bei der Klassifikation der Todesfälle in eingeschränktem Maße herangezogen.

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

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

Allgemeines Sterberegister¹⁰⁴

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor. Auch in dieser

¹⁰⁴ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich möglichst engem Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten - also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD-10-Codes F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide sind von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich, statt der F1x.x-Codes grundsätzlich akute Todesursachen in Form von einer Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen zu kodieren. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt.

Die Daten des Bundeskriminalamtes dagegen weisen zusätzlich explizit der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle kann jedoch auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden.

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

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

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

6.2.1 HIV/AIDS und virale Hepatitiden B und C

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen und akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2011. Daten aus anderen Quellen geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumenten (z. B. Konsumraumnutzer, Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen) mit HIV und Hepatitis.

Umfassende bundesweite epidemiologische Studien zur Verbreitung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten liegen für Deutschland nicht vor.

Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C und von HIV bei Drogenkonsumenten, die intravenös (i.v.) konsumieren, sind auch in Standardtabelle 9 enthalten.

Entwicklung der HIV-Meldedaten

Dem RKI wurden 2.889 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2011 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 3,5 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Jahr 2010 (2.939) kaum merklich zurückgegangen. Angaben zum Infektionsweg lagen für 77 % der neudiagnostizierten HIV-Infektionen vor. Mit 4 % (n=90) bilden Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über i.v.-Drogengebrauch erworben haben die drittgrößte Gruppe.

Bei den neu mit HIV diagnostizierten i. v. Drogengebrauchern fehlten Herkunftsangaben bei 19 % der Meldungen. Aus Deutschland stammten 43 % der neu mit HIV Diagnostizierten, aus dem Ausland 38 %. Von den aus dem Ausland stammenden i. v. Drogengebrauchern haben sich wahrscheinlich 38 % in Deutschland infiziert, ebenso viele in Osteuropa. Mindestens zwei Drittel der bei i. v. Drogengebrauchern neu diagnostizierten HIV-Infektionen erfolgten in Deutschland, die meisten anderen im europäischen (24 %) – insbesondere im osteuropäischen – Ausland (17 %). (RKI 2012a,b).

HIV-Daten aus anderen Quellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Prävalenz unter den Opioidklienten lag 2010 bei 4,6 % (2009: 5,2 %), wobei Frauen (5,3 %) häufiger als Männer (4,4 %) HIV-positiv waren. Die Prävalenz ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren stabil geblieben (Martens et al. 2011).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Stöver 2011) geben 2010 3,7 % (2009: 4,4 %) der Konsumraumnutzer an, mit dem HI-Virus infiziert zu sein (Männer 2,8 %, Frauen 8,2 %). Bei den Neuzugängen liegt die HIV-Infektionsquote mit 1,4 % deutlich niedriger als bei den Fortsetzern mit 5,0 %.

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d). Die Prävalenz unter den

Opioidklienten in ambulanten Einrichtungen beträgt insgesamt 3 % (n=503), wobei bei 42,5 % der Status unbekannt ist. Betrachtet man nur diejenigen, die getestet sind, liegt die HIV-Prävalenz bei 5 %. Unter den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik weisen 4 % (n=610) eine HIV-Infektion auf.

Entwicklung der Hepatitis-B-Meldedaten

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 1.928 Hepatitis-B-Fälle übermittelt. Hiervon entsprachen 806 Fälle (42 %) der Referenzdefinition, 1 % mehr als im Vorjahr (767). Die Inzidenz in Deutschland betrug 1,0 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Die Inzidenz im Jahr 2011 ist gegenüber dem Jahr 2010 minimal angestiegen (0,9 pro 100.000).

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Es finden sich bei 87 (11 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. I.v. Drogenkonsum wurde bei 15 Fällen (17 %) und damit als dritthäufigster Übertragungsweg angegeben (RKI 2012b).

Entwicklung der Hepatitis-C-Meldedaten

Für das Jahr 2011 wurden dem RKI insgesamt 5.027 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt¹⁰⁵. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 6,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit lag die ermittelte Inzidenz an Erstdiagnosen niedriger als die des Jahres 2010 (6,5) bzw. als der Median der Jahre 2006 bis 2010 (7,6). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. In den Bundesländern variierten die Inzidenzen zwischen 2,4 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern und 17,0 in Berlin.

In Berlin, dem Bundesland mit der höchsten Inzidenz an Erstdiagnosen, findet sich seit 2004 eine hohe Inzidenz erstdiagnostizierter Fälle. Mögliche Ursachen sind neben der vollständigeren Meldung und Übermittlung erstdiagnostizierter, teilweise bereits seit längerer Zeit infizierter (chronischer) Fälle vor allem der in großstädtischen Ballungszentren überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen, die Risikogruppen wie i.v.-Drogenkonsumenten angehören. Auswertungen für die Berliner Bezirke ergeben eine

¹⁰⁵ Falldefinition: Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden, werden alle neu diagnostizierten Meldungen in die Statistik aufgenommen, jedoch werden Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, ausgeschlossen. Daher beinhaltet die Gesamtheit der übermittelten Fälle einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten). Die Referenzdefinition, die seit März 2003 die Grundlage der wöchentlich im Epidemiologischen Bulletin veröffentlichten Zahlen bildet und auch rückwirkend auf die Meldedaten der Jahre 2001 und 2002 angewendet wurde, basiert auf Fallmeldungen mit erstmaligem Labornachweis einer HCV-Infektion, unabhängig vom klinischen Bild, da die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75 %) asymptomatisch verläuft. Die so angepasste Referenzdefinition bedingt, dass auch Fälle berücksichtigt werden, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt ist oder keine Informationen hierzu vorliegen.

Häufung der Fallzahlen in den Bezirken, in denen sich die Justizvollzugsanstalten befinden und wo deshalb mehr Testungen als in anderen Bezirken durchgeführt werden.

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Es finden sich bei 1.617 (32 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Diese Angaben stammen in der Regel von behandelnden Ärzten oder den Betroffenen selbst. Es ist anzunehmen, dass gesellschaftlich stigmatisiertes Verhalten wie i.v.-Drogenkonsum und auch sexuelle Kontakte zwischen Männern untererfasst werden. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.126 Fälle (70 % der Fälle mit validen Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt, davon waren 867 Fälle Männer (77 %). Die Tatsache, dass Männer unter i. v.-Drogenkonsumenten überrepräsentiert sind, erklärt die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen. Bei den Männern mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ als wahrscheinlichem Transmissionsweg für die Hepatitis C Infektion waren 113 Personen (13 %) 20 bis 24 Jahre alt, 175 Personen (20,2 %) 25- bis 29-jährig, 308 Personen (35,6 %) 30- bis 39-jährig und 165 Personen (19 %) 40 bis 49 Jahre alt. (RKI 2012b).

Hepatitis B und C – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS wurden auch 2011 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d). Die Prävalenz für Hepatitis B liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 9 % (n=720), bei den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 7 % (n=811). Die Prävalenz für Hepatitis C beträgt bei den getesteten Opioidklienten 52 % (n=5.321, davon bei 520 akut, bei 5.151 chronisch), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 38 % (n=6.172).

In einer Ende 2010/Anfang 2011 vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in zehn Städten durchgeführten Befragung von 420 Drogenkonsumenten im szenenahen Umfeld, sowie von 404 Personen im Umfeld von Substitutionspraxen (insgesamt 667 Substituierte und 157 Nicht-Substituierte) zeigten sich (von den Befragten selbst angegebene) HCV-Infektionsraten von 58,7 % (im Umfeld von Praxen) bzw. 58,3 % (szenenah), sowie HBV-Infektionsraten von 14,0 % (praxisnah) bzw. 14,1 % (szenenah). Nur die Hälfte aller Befragten war gegen Hepatitis B geimpft, wobei dieser Anteil mit 52,3 % bei den praxisnah Befragten nur leicht über dem der szenenah Befragten (49,0 %) lag (Reimer 2011).

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2010 sind 44,5 % der Opioidkonsumenten mit Hepatitis C infiziert (2009: 48 %). Die Infektionsrate konnte seit 2005 (57 %) deutlich gesenkt werden (Martens et al. 2011).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Stöver 2011) weisen im Jahr 2010 48 % (2009: 52 %) der Nutzer, von denen ein Testergebnis zum Hepatitis-Status vorliegt, eine hepatische Infektion auf. Am häufigsten (44 %) wird eine Infektion mit Hepatitis C angegeben, weitere 2 % sind mit Hepatitis B und C infiziert. 2 % geben nur eine Hepatitis-B-Infektion an. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind gering. Differenziert man die Angaben nach Altersgruppen, zeigt sich wie in den Vorjahren, dass die jüngeren Nutzer (bis 33 Jahre) deutlich niedrigere Hepatitis-Infektionsquoten aufweisen als die älteren (über 33 Jahre).

Aus München liegt eine Studie vor, die anhand zweier Kohorten aus den Zeiträumen 1991 bis 1996 und 2005 bis 2010 untersuchte, inwieweit sich Prävalenz und Risikofaktoren für eine HCV-Infektion verändert haben. Dabei wurden in den angegebenen Zeiträumen alle Patienten, die zur qualifizierten Entzugsbehandlung stationär in einer Münchner Klinik aufgenommen wurden auf anti-HCV und, wenn möglich, auf HCV-RNA im Blut untersucht. Zusätzlich wurden Informationen zu Alter, Geschlecht, Kontakt zum Drogenberater, Zusammenleben mit Drogenabhängigen, Familienmitglied mit Drogenabhängigkeit, frühere Inhaftierungen, Suizidversuche, Überdosierungen, stationäre Entwöhnungsbehandlungen etc. erhoben. Kohorte 1 bestand aus 1.049 Patienten, Kohorte 2 aus 1.001 Patienten. Die Prävalenz von anti-HCV verringerte sich von 61,3 % (Kohorte 1) auf 52,6 % (Kohorte 2). Der in Kohorte 1 signifikante Risikofaktor „frühere Entwöhnungsbehandlung“ wurde in Kohorte 2 nicht signifikant, dagegen wurde Inhaftierung in der Vergangenheit in Kohorte 2 zu einem der wichtigsten Risikofaktoren für eine HCV-Infektion (Backmund & Buchner 2011).

Verbreitung von HBV, HCV und HIV bei i.v.-Drogengebern in Städten mit größeren Drogenszenen – die DRUCK-Studie des RKI

Um die Verbreitung von HBV, HCV und HIV bei intravenös Drogengebrauchenden (IVD) sowie deren Verhalten, Einstellungen und Wissen zu diesen Infektionskrankheiten in Städten mit größerer Drogenszene besser kennen zu lernen und zu erfassen, wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) die DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrkrankheiten in Deutschland) initiiert. Die Ergebnisse sollen in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD einfließen.

Nachdem das Studiendesign im Jahr 2011 in Berlin und Essen pilotiert wurde und die Machbarkeit einer solchen Studie gezeigt werden konnte, läuft aktuell die DRUCK-Hauptstudie an, die seit April 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über einen Zeitraum von drei Jahren gefördert wird. Es handelt sich um eine multizentrische Querschnittsstudie, die in sechs Städten mit größerer Drogenszene durchgeführt werden soll. Neben serologischen Parametern für Hepatitis C, Hepatitis B und HIV werden

Verhaltensdaten (siehe 6.2.3) erhoben¹⁰⁶. Die Studie wird vom RKI koordiniert und in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe, nach Möglichkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Ärzten durchgeführt.

Erste Ergebnisse der Pilotstudien in Berlin und Essen 2011

In Berlin fand von Ende Mai bis Ende Juli 2011 die Pilotierung des Studiendesigns und die Machbarkeitsprüfung in vier Rekrutierungseinrichtungen (jeweils Einrichtungen der Drogenhilfe in verschiedenen Berliner Bezirken) statt, durchgeführt von Fixpunkt e.V. Unter den 337 in Berlin in die Studie eingeschlossenen Personen waren 274 Männer (82 %) und 62 Frauen (18 %) mit einem Altersmedian von 35 (18 – 60 Jahre). 70 % der Teilnehmer wurden in Deutschland geboren, etwa ein Viertel stammte aus Ost- und aus Zentraleuropa. Die Studienpopulation in Essen (n=197) wurde von 20. Oktober bis Anfang Dezember über die Suchthilfe direkt rekrutiert. Der niedrige Anteil von Frauen war mit 20 % (n=39) ähnlich wie in der Berliner Studienpopulation und spiegelt damit das unter IVD bekannte Geschlechterverhältnis wider. Der Altersmedian lag in Essen mit 38 Jahren (19 – 55 Jahre) höher als in Berlin, bedingt vor allem durch den niedrigeren Anteil von unter 30 Jährigen und den höheren Anteil von Personen in der Altersgruppe der 41-50-Jährigen in der Essener Studienpopulation. In Essen stammten 80 % der Studienteilnehmer aus Deutschland. Der Anteil von vor allem in Zentraleuropa (Polen, Türkei, Rumänien), aber auch in Osteuropa, Nordafrika oder dem Nahem Osten geborenen Personen lag bei 15 %.

Die serologischen Testungen ergaben 13 positive HIV-Testergebnisse in Berlin (3,9 %) und 12 positive (darunter ein Serokonverter) HIV-Tests in Essen (6,1 %). Nach Gewichtung der Seroprävalenzen ergeben sich damit HIV-Prävalenzen für aktuelle i.v.-Drogengebraucher in Berlin von 3,9 % (95 % KI [1,3 %; 7,2 %]) und in Essen von 3,0 % (95 % KI [1,0 %; 6,2 %]). Von den 25 HIV-positiven Ergebnissen waren 8 bei Frauen, 17 bei Männern, 7 bei Personen aus Ost- oder Zentraleuropa, 18 bei Personen aus Deutschland oder Westeuropa. 19 HIV-Infektionen waren den Teilnehmern bereits bekannt, 6 wurden neu entdeckt. Elf Personen

¹⁰⁶ Methodik der DRUCK-Studie: Studienteilnehmer sind Personen, die aktuell Drogen injizieren, mindestens 16 Jahre alt sind und in der jeweiligen Studienstadt leben, unabhängig von ihrem Infektionsstatus. Rekrutiert wird in der offenen Drogenszene über niedrigschwellige Drogeneinrichtungen mittels eines modifizierten Schneeballsystems, dem Respondent Driven Sampling (RDS): Ausgehend von ausgewählten Starterpersonen (sog. seeds) rekrutieren Teilnehmer weitere Teilnehmer aus ihrem Bekanntenkreis und werden für die Teilnahme an der Studie und auch für die erfolgreiche Rekrutierung mit einer Aufwandsentschädigung belohnt. Dieses Verfahren hat sich in internationalen Studien bewährt, um schwer erreichbare Gruppen, die gut vernetzt sind (wie IVD), zu untersuchen. In die Auswertungen geht neben der von jedem Teilnehmer erhobenen Größe seines Netzwerkes von Personen, die ebenfalls die Einschlusskriterien der Studie erfüllen, unter anderem sein „Rangplatz“ in der Rekrutierungskette ein. Die Gewichtung ermöglicht die Berechnung von Seroprävalenzen, die für die Population der IVD (in der jeweiligen Stadt) repräsentativ sind.

Neben einem ausführlichen Fragebogen, der in assistierten, anonymen Interviews beantwortet wird und Angaben zu demographischen Charakteristika, zum Drogenkonsum, Behandlungen, Risikoverhaltensweisen, Gefängnisaufenthalt, Vortestungen (HIV/ Hepatitiden) und dem Wissen über die Infektionen und deren Übertragung abfragt, werden von den Studienteilnehmern außerdem einige Tropfen Kapillarblut auf spezielles Filterpapier aufgetragen (sog. Dried Blood Spots, DBS), die dann im Labor auf Anti HIV, Anti HCV, HCV RNA, HBsAg, Anti HBs, Anti HBc und HBV DNA untersucht werden. Die Testvalidierungen und Durchführung der serologischen Untersuchungen aus Filterblutproben (DBS) führte für die Pilotstudien das nationale Referenzzentrum für Hepatitis C in Essen durch.

gaben an, aktuell antiretroviral behandelt zu werden. 24 der 25 gefundenen HIV-Infizierten hatten auch Antikörper gegen Hepatitis C, davon 17 mit positiver HCV-PCR.

Anti-HCV war bei 57,3 % der Berliner und 73,0 % der Essener Proben, und HCV-RNA bei 37,0 % (Berlin) bzw. 45,0 % (Essen) der Proben nachweisbar. Nach Gewichtung liegt damit die Seroprävalenz von Antikörpern gegen Hepatitis C als Marker für Kontakt mit HCV bei aktuell Drogen injizierenden Personen in Berlin bei 52,5 % (95 % KI [44,5 %; 60,6 %]) und in Essen bei 79,7 % (95 % KI [69,3 %; 86,9 %]) und die Prävalenz von HCV-RNA in Berlin bei 37,1 % (95 % KI [36,9 %; 44,7 %]) sowie in Essen bei 58 % (95 % KI [43,7 %; 70,1 %]).

Erste (univariate) Analysen der Gesamt-Studienpopulation ergeben einen mit dem Lebensalter (Anteil HCV positiver bei <25 Jährigen 31 %, bei 25-34 Jährigen bei 57 % und bei > 34 Jährigen bei 72 %; $p < 0,001$) und auch mit der i.v.-Konsumdauer (bis zu 4 Jahren 33 %, 5-9 Jahre 56 %, 10-14 Jahre 57 % mehr als 15 Jahre 77 %; $p < 0,001$) ansteigenden Anteil von HCV-positiven Personen. Bei Personen mit Abitur oder mittlerer Reife war der Anteil HCV-positiver mit 56 % geringer als bei Personen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss (67 %; $p = 0,012$) (RKI 2012a).

6.2.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Nach einer Häufung von Milzbrandfällen bei i.v.-Drogenkonsumenten in den Jahren 2009/2010 in Deutschland und Großbritannien (siehe REITOX-Bericht 2010), ist es im Juni 2012 in Deutschland erneut zu drei Fällen von Milzbrand (Anthrax) bei injizierenden Drogenkonsumenten gekommen, davon zwei im Raum Regensburg, einer in Berlin. Bei einem der vorstelligen Patienten verlief die Infektion tödlich. Die Tatsache, dass die Milzbrand-Erregerstämme, die bei den zwei 2012 aufgetretenen bayerischen Milzbrandfällen isoliert wurden, identisch bzw. zumindest sehr eng verwandt sind mit den Stämmen der deutschen und britischen Fälle aus den Jahren 2009/2010, legt nahe, dass dieselbe Infektionsquelle noch aktiv sein könnte. Gesundheitsbehörden und Drogenhilfeeinrichtungen wurden deutschlandweit informiert, damit in ähnlichen Fällen an die Diagnose Milzbrand gedacht wird und ggf. rechtzeitig eine Diagnostik und Therapie erfolgen kann¹⁰⁷. Aktuelle Daten über die Belastung von Drogenkonsumenten mit anderen Infektionserkrankungen liegen nicht vor.

6.2.3 Verhaltensdaten

Aus der DRUCK-Studie des RKI (zur Studienpopulation und Erhebungsmethoden siehe oben) liegen auch Verhaltensdaten in Bezug auf den Erwerb von Infektionskrankheiten vor.

Haft und i.v.-Drogenkonsum in Haft waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, positiv auf Hepatitis C getestet zu sein: Personen, die angaben, noch nie in Haft gewesen zu sein, waren in 52 % HCV positiv, Personen, die insgesamt bis zu 2 Jahre inhaftiert waren, in 55 %, und die länger als 2 Jahre in Haft verbracht haben, in 73 % ($p < 0,001$). Teilnehmer, die

¹⁰⁷ <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Anthrax/aktuell.html> (20.08.2012)

angaben, in Haft Drogen injiziert zu haben, hatten einen höheren Anteil HCV-positiver Ergebnisse (80 %) als die, die dies verneinten (57 %; $p < 0,001$). Sich unter nicht-professionellen Bedingungen ein Tattoo machen zu lassen, könnte ein weiteres Risiko für eine HCV-Infektion sein: 70 % unter diesen waren HCV positiv im Vergleich zu 59 %, die nicht-professionelle Tattoos verneinten ($p = 0,014$).

Die Fragen zu HCV-Vortestungen ergaben eine hohe Durchtestungsrate der Studienpopulation: 471 Personen (88 %) (Berlin: 85 %; Essen: 93 %) gaben an, bereits einen Hepatitis C-Test absolviert zu haben. Lediglich 44 Personen (8 %) (Berlin: 10 %; Essen: 5 %) waren noch nie auf HCV getestet worden. Einen HCV-positiven Status im letzten Test gaben insgesamt 318 Personen an (60 %) (Berlin: 54 %; Essen: 69 %).

Fragen zum „unsafe use“-Verhalten wie Spritzen- und Nadeltausch betrafen nur den Zeitraum der letzten 30 Tage. Wie die Tabelle 6.1 zeigt, wurden solche Risikoverhaltensweisen von einem Teil der Studienteilnehmer angegeben. Häufiger als das Teilen von Spritzen und Nadeln (12 %) sind die Weitergabe von selbst benutzten Filtern, Löffeln und anderen Materialien (16 %), bzw. das Benutzen von durch andere gebrauchte Filter und Löffel (19 %), sowie die gemeinsame Benutzung von Wasser aus einem Gefäß zum Durchspülen und Vorbereiten des Drucks (22 %). Die Weitergabe von benutzten Spritzen/Nadeln gaben in 63 % der Fälle Personen an, die wussten, dass sie HCV positiv sind, die Weitergabe von benutzten Filtern, Löffeln und anderen Utensilien in 64 % der Fälle HCV-positiv Getestete und die gemeinsame Benutzung von Wasser in 70 % der Fälle HCV-positiv Getestete. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass hier noch Präventionsbedarf besteht (s. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1 Risikoverhaltensweisen bei den Teilnehmern der DRUCK-Studie

in den letzten 30 Tagen		n	davon HCV+ (Selbstangabe)
gebrauchte Spritzen/ Nadeln weitergegeben	ja	43	67,4 %
	nein	332	70,5 %
gebrauchte Spritzen/ Nadeln benutzt	ja	44	75,0 %
	nein	336	69,6 %
gebrauchte Löffel/ Filter weitergegeben	ja	61	63,9 %
	nein	318	71,1 %
gebrauchte Löffel/ Filter benutzt	ja	72	72,2 %
	nein	306	69,3 %
Wasser geteilt	ja	84	70,0 %
	nein	293	69,3 %

RKI 2012a.

Tieferegehende Analysen der Verhaltensdaten, die den berichteten Infektionsstatus der Studienteilnehmer berücksichtigen und damit auf tatsächliches Risikoverhalten schließen

lassen, sind erst bei einer größeren Gesamtstudienpopulation möglich. Aktuell laufen die Vorbereitungen zur Durchführung der DRUCK-Hauptstudie. Diese wird voraussichtlich zwischen Herbst 2012 und Mitte 2014 in Leipzig, Frankfurt, Köln, Hannover, München und Hamburg durchgeführt werden. Ergebnisse der Gesamtstudie werden für 2015 erwartet (RKI 2012a).

6.3 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen

6.3.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle

Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) führte 2010/2011 eine Studie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln durch, bei der auch Informationen zu Überdosierungen und lebensbedrohlichen Notfällen erhoben wurden. Dazu wurden 420 Personen im „szenenahen“ Umfeld sowie 404 Personen im Umfeld von Substitutionspraxen/-ambulanzen in insgesamt zehn Städten befragt. Von den Teilnehmern waren n=667 zum Zeitpunkt der Befragung in einer Substitutionsbehandlung, n=157 nicht. Das Eintreten einer Überdosierung bzw. eines lebensbedrohlichen Notfalls innerhalb der letzten 30 Tage wurde von 5,4% der praxisnah Befragten und von 6,4% der szenenah Befragten angegeben. Aufgeteilt nach Substitutionsstatus zeigte sich, dass fast jeder zehnte Befragte (9,6%) der Nicht-Substituierten in den letzten 30 Tagen eine Überdosierung bzw. einen Notfall angab, während dies unter den Substituierten zwar immer noch häufig, aber mit 5,1% nur von halb so vielen Befragten berichtet wurde (Reimer 2011).

6.3.2 Andere interessante Themen

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

Neben der Belastung durch die weiter oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher in erheblichem Maße von einer Reihe weiterer somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten betroffen. Umfassende nationale oder repräsentative Untersuchungen dazu liegen nicht vor, einige regionale Studien geben jedoch einen Eindruck von der Bandbreite der gesundheitlichen Probleme in Stichproben von Drogenkonsumenten aus der offenen Szene und Klienten verschiedener Suchthilfeeinrichtungen.

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2010 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Martens et al. 2011):

Die 5.143 Klienten der Opioidgruppe machen 26 % der Gesamtklientel aus und sind zumeist polyvalent konsumierende Menschen, die jedoch alle auch eine Opioidabhängigkeit aufweisen. Im Mittel weist diese Gruppe 3,8 Problembereiche inklusive Glücksspiel und Essstörungen auf, ohne Tabak zu berücksichtigen, mit unwesentlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern (♀: 3,7, ♂: 3,9). Neben Opiaten werden insbesondere Alkohol,

Cannabis, Kokain, Crack und Sedativa konsumiert. 15 % der Klientinnen weisen zudem eine Essstörung auf.

21 % der Personen in dieser Gruppe werden von den Mitarbeitern in der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingeschätzt, bei weiteren 32 % wird eine mittlere gesundheitliche Beeinträchtigung dokumentiert. Nur 8 % dieser Gruppe mit chronifizierter Suchterkrankung und einer Vielzahl weiterer Erkrankungen besitzen jedoch einen anerkannten Behindertenstatus. Extrem bis erheblich psychisch belastet sind 36 % der Klienten, Frauen mit 43 % weitaus stärker als Männer mit 33 %. Die psychischen Symptome deuten darauf hin, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. 43 % der weiblichen und 28 % der männlichen Opiatabhängigen berichten von mindestens einem Suizidversuch im Leben. Bei 30 % der Klienten wird noch neben der bestehenden Symptomliste dokumentiert, dass weitere schwere psychische Probleme bestehen, auch hier zeigt sich mit 40 % ein deutlich höherer Wert für die Frauen.

Cannabis-Klienten weisen während der Betreuung in Bezug auf körperlich-gesundheitliche Beeinträchtigungen ein gemischtes Bild auf. Für jeden Fünften sind diese mittelmäßig stark, für nur etwa 7 % erheblich oder sogar extrem belastend. Jeder Dritte (35 %) weist dagegen geringe Belastungen auf, ein noch etwas größerer Teil (38 %) besitzt keinerlei Einschränkungen. Frauen sind belasteter als Männer. Wie zu erwarten war, zeigen sich die Klienten, die ausschließlich mit Cannabis Probleme aufweisen, weniger belastet als diejenigen, die zusätzlich mit Alkoholkonsum Schwierigkeiten haben. Von ersteren hat fast jeder Zweite gar keine körperlich-gesundheitlichen Beeinträchtigungen (47 %). Dies gilt nur für 30 % der THC/ALK-Subgruppe. Dagegen gibt es in dieser einen Anteil von 11 %, der erhebliche oder extreme körperliche Beeinträchtigungen besitzt – in der THC-Gruppe sind es lediglich 4 % der Klienten, die solche haben. Beim Blick auf einzelne Erkrankungen spiegelt sich dieser Gesamteindruck wieder: Frauen sind häufiger am Nervensystem erkrankt als Männer (10 bzw. 6 %), sie besitzen häufiger Herz-Kreislauf-Beschwerden (14 bzw. 8 %) und Schlafstörungen (56 bzw. 41 %). Frauen sind auch eher von weiteren, schweren Erkrankungen betroffen (34%) als Männer (17 %). Diese aber haben einen größeren Behandlungsbedarf bei ihren Zähnen (21 %) als die Frauen (13 %). Der Vergleich der Cannabis-Subgruppen zeigt, dass es in der doppelt belasteten THC/ALK-Gruppe mehr Hepatitis-C-Infizierte (3 bzw. 1 %), einen höheren Anteil von Schädigungen des Nervensystems (10 bzw. 2 %), aktuellen Leberschäden (13 bzw. 1 %), Delirien (4 bzw. 1 %), epileptischen Anfällen (5 bzw. 0,4 %), Herz-Kreislauf-Beschwerden (13 bzw. 4 %) oder auch Atemwegserkrankungen (14 bzw. 10 %) gibt. Weitere schwere Erkrankungen treffen ebenfalls eher die THC/ALK-Gruppe (25 %) als die ausschließlichen THC-Klienten (13 %), wie auch ein behandlungsbedürftiger Zahnstatus eher bei den THC/ALK-Klienten vorliegt (26 bzw. 12 %). Seelische Belastungen treffen Cannabis-Klienten häufiger als körperliche, die Verteilung über die beiden Geschlechter und auch über die beiden Untergruppen zeigt sich aber ganz ähnlich wie bei den körperlichen Erkrankungen. Nur 10 % der Cannabis-Klienten

sind gar nicht psychisch belastet (♀: 4 %), dagegen leiden 27 % von ihnen unter erheblichen oder sogar extremen Beschwerden (♀: 42 %). Unter den einzelnen Problembereichen treten mit bedeutenden Anteilen im erheblichen oder sogar extremen Bereich besonders innere Unruhe (17 % aller Klienten; ♀: 24 %), Depressionen (alle: 14 %; ♀: 25 %) und eine überhöhte Selbsteinschätzung (alle: 13 %) hervor. Mehr als jeder siebte der Cannabis-Klienten hat bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen (15 %) – unter den Klientinnen gilt dies für fast jede Dritte (30 %)! Auch für diesen stärksten Prädiktor einer schweren Erkrankung gilt: Klienten mit der Doppelbelastung von Cannabis und Alkohol sahen sich bereits häufiger, als diejenigen mit einer ausschließlichen Cannabisproblematik, in einer Situation, in der das Mittel der Selbsttötung als letzter Ausweg schien (THC: 10 %; THC/ALK: 19 %).

Auf neuere Erkenntnisse zur Behandlung einer Reihe von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik wird in Kapitel 5.5.3 eingegangen.

6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten

6.4.1 Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis / Vergiftungen)

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden (vgl. Kapitel 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle lag im Berichtsjahr 2011 im Mittel bei 65 % (2010: 66 %; 2009: 66 %), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (Minimum: 35 %; Maximum: 100 %).

Im Jahr 2011 kamen insgesamt 986 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, was einen Rückgang um 20 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.237) und den niedrigsten Stand der Anzahl drogenbezogener Todesfälle seit 1988 bedeutet. Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 569 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (58 %; 2010: 69 %; 2009: 70 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 22 % (2010: 14 %; 2009: 13 %), und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren wieder angestiegen, aber immer noch niedriger als 2002, als dieser Anteil noch 40 % betrug. Seit 2006 werden in der Statistik des BKA die nachgewiesenen Substitutionsmittel auch getrennt nach Methadon/Polamidon und Subutex® (Buprenorphin) ausgewiesen. Demnach stand der größte Teil der Fälle, in denen der Drogentod allein auf ein Substitutionsmittel zurückzuführen war, im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=51; 96 %). Unter den 160 Todesfällen, bei denen neben dem

Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren sieben Fälle, in denen Buprenorphin nachgewiesen wurde¹⁰⁸ (siehe auch Tabelle 6.2) (BKA 2012b).

Tabelle 6.2 Drogentodesfälle 2006-2011 nach Substanzen

Todesursachen	Prozent von Gesamt N ¹⁾						Zahl ¹⁾
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011
1. Überdosis ¹⁾ :							
Heroin	38	39	42	43	43	28	279
Heroin + and. Drogen	27	26	24	27	26	29	290
Kokain	2	1	1	1	2	2	22
Kokain + and. Drogen	9	10	7	8	7	6	62
Amphetamine	<1	<1	1	1	2	2	17
Amphetamine + and. Drogen	3	2	3	2	4	5	49
Ecstasy	<1	<1	<1	<1	0	0	2
Ecstasy + and. Drogen	1	1	1	<1	0	1	8
Substitutionsmittel ²⁾	5	4	3	3	4	5	53
- davon: Methadon/Polamidon		3	3	3	4	5	51
- davon: Subutex (Buprenorphin)		--	<1	<1	0	0	2
Substitutionsmittel + andere Drogen ³⁾	12	9	9	10	9	16	160
- davon: Methadon/Polamidon		8	8	9	9	15	150
- davon: Subutex (Buprenorphin)		<1	<1	<1	0	1	7
Sonstige BtM/Drogenart nicht bekannt	8	10	10	13	12	11	111
2. Suizid ¹⁾	6	6	6	4	5	6	58
3. Langzeitschäden	11	12	17	20	17	21	211
4. Unfall/Sonstige	13	12	11	8	1	10	99
5. Gesamt (N) ¹⁾	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237		986

1) Aufgrund von Mehrfachnennungen in den Rubriken „Überdosis“ (verschiedener Drogen/Substanzen) und „Suizid“ liegt die Summe der genannten Todesursachen über der Gesamtzahl.

2) Ab 2006: Substitutionsmittel; vorher: Medikamente/Substitutionsmittel.

3) Seit 2006.

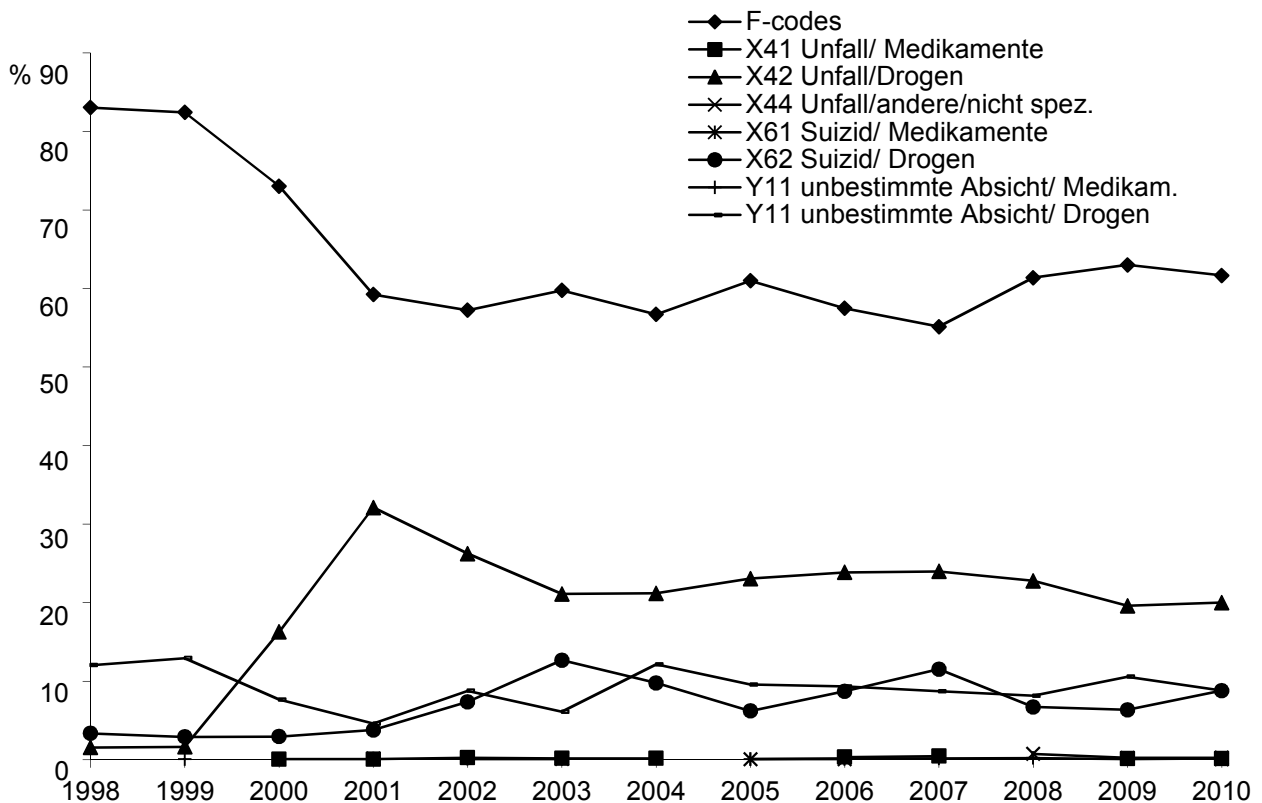
BKA 2012b.

¹⁰⁸ Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind, kann ein Todesfall z. B. als Suizid und Überdosis Kokain kodiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl der Todesfälle. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen ausweisen. Dies gilt zum Beispiel für „Überdosis durch Heroin (allein)“ und „Überdosis durch Heroin und andere Drogen“. Die Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle lässt sich deshalb nicht errechnen (siehe Tabelle 6.2), sondern nur näherungsweise abschätzen.

Es ist insgesamt davon auszugehen, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen (Kombinationskategorien), aber auch die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt wird.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2010. Hier sind insgesamt 1.205 Personen und damit 5,6 % weniger Fälle als 2009 (n=1.276) erfasst worden. Zuletzt befand sich die Zahl erfasster Fälle im Jahr 2006 auf ähnlichem Niveau. Darunter befinden sich 239 Frauen und 966 Männer (Anteil 80,2 %), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit ist die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle – wie im Vorjahr – parallel zum Rückgang der Fälle im BKA-Register (-7 %) erfolgt. Das BKA-Register weist wie in den vergangenen Jahren etwas höhere Fallzahlen aus, schließt jedoch "indirekte" Todesfälle ein, die sich nicht exakt von den "direkten" abtrennen lassen, da v.a. die Kategorie „Suizide“ sowie ggf. auch „Unfälle/Sonstiges“ im BKA-Register hinsichtlich direkter und indirekter Fälle uneindeutig ist. Schon ohne die klar ausgewiesene Kategorie „Langzeitfolgeerkrankungen“ im BKA-Register lag die Fallzahl jedoch 2010 mit n=1.023 deutlich unter der Fallzahl direkter Todesfälle im allgemeinen Sterberegister. Das allgemeine Sterberegister schließt also offenbar weiterhin etwas mehr "direkte" Fälle ein als das BKA-Register, der Unterschied ist aber nicht sehr groß.



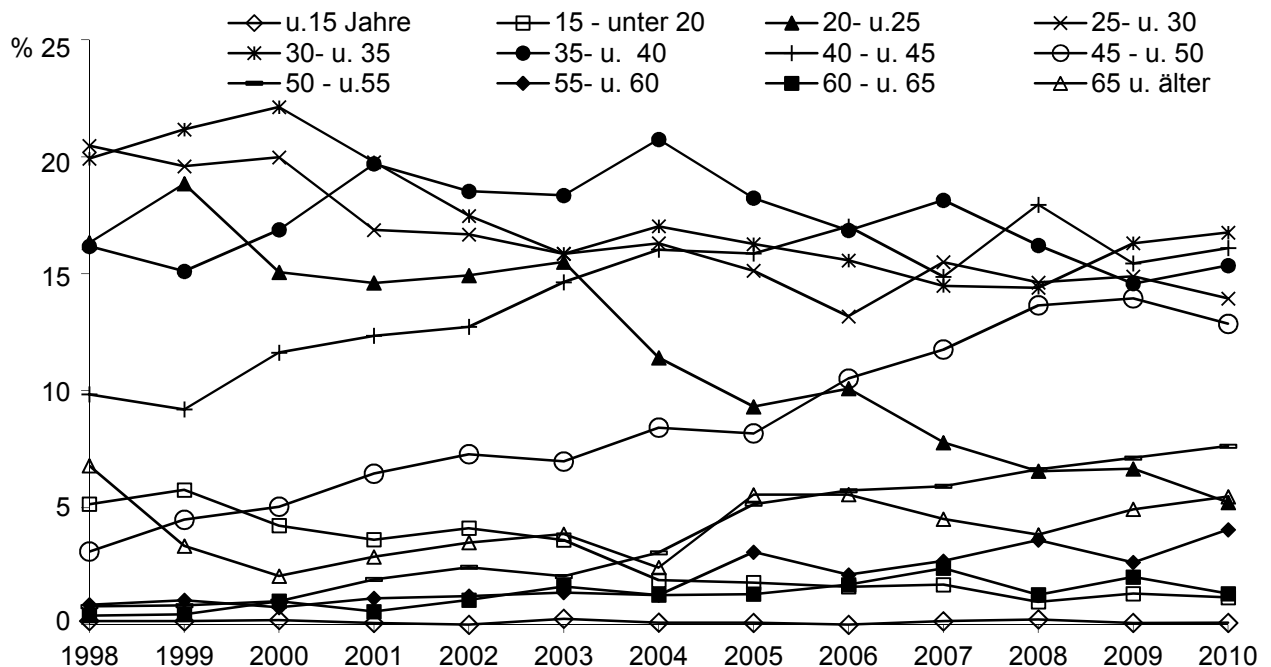
Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Abbildung 6.1 Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2010)

2010 wurde bei 61,7 % der Todesfälle (2009: 63,0 %) die Grunderkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der Gruppe F 1x.x der International Classification of Diseases (ICD)) kodiert; es fehlt bei diesen Fällen jedoch die Information zur akuten Todesursache (Abbildung 6.1). Es ist in den letzten Jahren nicht gelungen, im Sinne der 2006 in Kraft getretenen Änderung der WHO-Kodierregeln nach Möglichkeit akute Todesursachen in Form von einer Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen zu kodieren. Dies ist der Grund, warum auf Ebene des BKA weiter intensiv angeregt wird, die dort bei drogenbezogenen Todesfällen verfügbaren substanzbezogenen Informationen in systematischerer Weise aufzuschlüsseln. Das allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes wird dies weniger leisten können. Für beide Register bleibt das Grundproblem, dass die zum Tode führenden Substanzen in der überwiegenden Zahl der Todesfälle mangels Obduktion und toxikologischer Analyse gar nicht ermittelt werden.

Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten beobachten (Abbildung 6.2). Die Altersgruppen oberhalb 50 Jahren erreichten 2010 die höchsten Anteile seit Beginn der Einführung des unter ICD-10 europäisch harmonisierten Auswertungsstandards. Gleichzeitig sinken seit Jahren Anteile der jüngeren Altersgruppen tendenziell ab, wobei sich der Effekt gegenüber dem Vorjahr nicht verstärkt hat. Nach wie

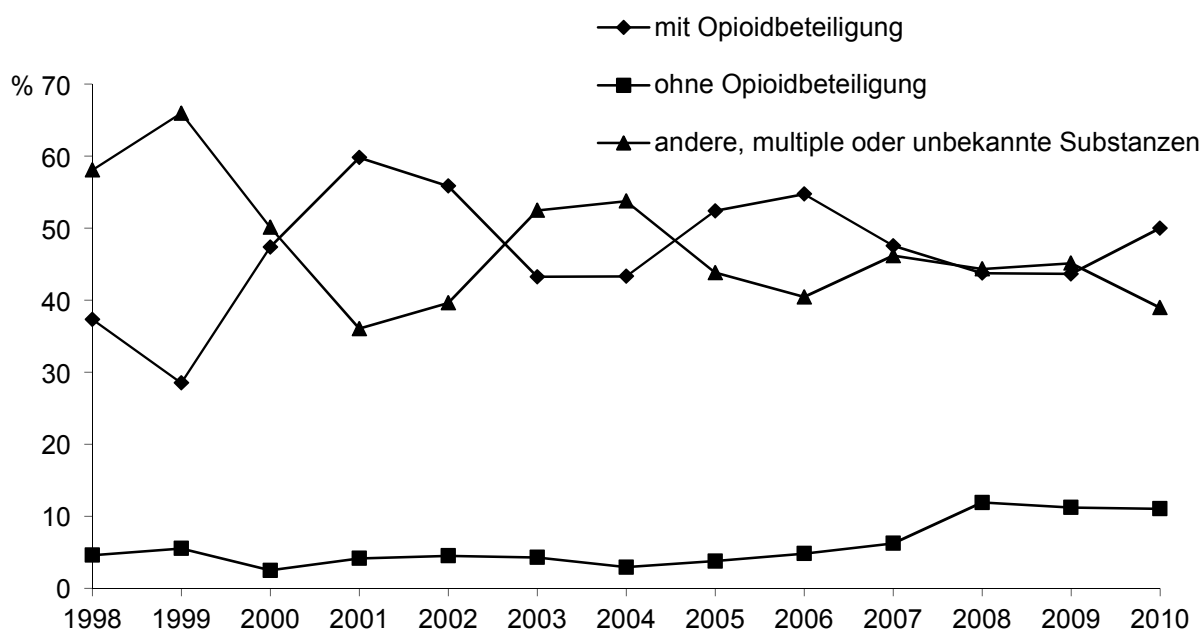
vor gibt es auch von den Drogentodesfällen her keinen Hinweis auf einen neuen Trend bei jungen Konsumenten harter Drogen - vielmehr hatte das Alterssegment der unter 25-Jährigen 2010 mit 6,5 % den niedrigsten Anteil in den letzten Jahrzehnten.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Abbildung 6.2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen (1998-2010)

Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in ICD-10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies traf 2010 auf nur 38,3 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2010 in ca. 50,0% der Todesfälle vor und damit deutlich häufiger als in den vergangenen 3 Jahren (Abbildung 6.3). In 11,0 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 39,0 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen. Hier dürften selbstverständlich wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, auch, da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Abbildung 6.3 Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosisierungen 1998-2010 mit ICD X/Y- Codierung

Drogenbezogene Todesfälle durch Fentanyl

Nachdem in den Jahren 2005 und 2006 vor allem in Estland bei einem hohen Anteil der drogenbezogenen Todesfälle eine Beteiligung des Betäubungsmittels Fentanyl festgestellt wurde, wurde auch in Deutschland verstärkt das Augenmerk auf die Beteiligung von Fentanyl an Todesfällen unter Drogenkonsumenten gerichtet. Analysen des BKA ab 2007 ergaben seither eine geringe, aber steigende Anzahl von Drogentodesfällen in Zusammenhang mit dem ausschließlichen oder kombinierten Konsum von Fentanyl (2007: 12, 2008: 14, 2009: 30, 2010: 34, 2011: 69) (BKA 2012, persönliche Mitteilung). Dabei handelt es sich jedoch ausschließlich um Todesfälle, bei denen eine Fentanylbeteiligung toxikologisch nachgewiesen wurde. Um herauszufinden, ob in Deutschland bei drogenbezogenen Todesfällen überhaupt flächendeckend ein Fentanylscreening durchgeführt wird, ob es sich bei den Fentanyl-Todesfällen um ein regionales Phänomen handelt (der Großteil der berichteten Fälle stammt aus Bayern) und ob es bestimmte Charakteristika von Fentanyl-Todesfällen gibt, wurden in den Jahren 2009 (T1) und 2011 (T2) alle 31 rechtsmedizinischen Institute in Deutschland durch das IFT Institut für Therapieforschung angeschrieben und um die Beantwortung einiger Fragen zum Umgang mit Todesfällen im Zusammenhang mit Fentanyl gebeten. Die Rücklaufquote betrug zu T1 80,6 %, zu T2 90,3 %. Dabei war zu T1 in 21 (84 %) von 25 rechtsmedizinischen Instituten ein Fentanylscreening technisch möglich, ein Institut verschickte die Proben bei Verdacht an ein anderes Institut und 2 Institute machten keine Angaben dazu. Zu T2 war in 24 (86 %) von 28 Instituten ein Fentanylscreening möglich (keine Angabe: 1). Zu T1

(Dokumentationszeitraum 2006-2008) wurde bei 28 % der drogenbezogenen Todesfälle ein Fentanylscreening durchgeführt, davon waren 5 % positiv. Zu T2 (Dokumentationszeitraum 2009-2010) wurde bei 65 % der drogenbezogenen Todesfälle ein Fentanylscreening durchgeführt, davon bei 11 % mit positivem Befund. Es zeigt sich, dass Fentanylscreening in Deutschland flächendeckend technisch möglich ist und die Anwendung bei drogenbezogenen Todesfällen in wenigen Jahren deutlich gestiegen ist. Aus den Angaben der Institute ergeben sich zusätzlich Hinweise darauf, dass Todesfälle im Zusammenhang mit Fentanyl eher kein regionales (bayerisches) Phänomen sind, sondern vor allem unterschiedlich dokumentiert werden, dass das Fentanyl häufig nicht todesursächlich ist, sondern in geringer Konzentration neben Opioiden und Benzodiazepinen nachgewiesen wird, sowie, dass durch steigende reguläre Verschreibungen von Fentanylprodukten auch die Verfügbarkeit für Drogenkonsumenten und damit der Missbrauch ansteigt (Kipke et al. 2011a).

6.4.2 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)

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

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d) für das Jahr 2011 bei 1,6 % (2010: 1,5 %) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2011 86 % der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 2000 im Mittel um über 10 Wochen verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zugrunde gelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr bewegt sich auch 2011 auf dem Niveau der Vorjahre (Tabelle 6.3).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrecher – vermutlich über dem hier angegebenen Werten liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden.

Tabelle 6.3 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d und eigene Berechnungen.

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

6.4.3 Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen

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

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Überblick

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

Allgemeine Gesundheitsversorgung

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

Spezielle Angebote

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

7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Dazu gehören Programme zur Drogennotfallprophylaxe, die z. B. auch Schulungen im Umgang mit Naloxon für Konsumenten beinhalten, Angebote, die unmittelbar Hilfe zur Verfügung stellen („Therapie sofort“), die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und als wichtige Maßnahme die Ausweitung der Substitution. Neben Daten zur Substitution (siehe Kapitel 5) liegen aktuelle Informationen zu einigen Drogenkonsumräumen vor.

Drogenkonsumräume

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin stellen Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Bereich von frühzeitigen Hilfen für die betroffenen Menschen dar. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot und mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die

Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige („harm reduction“) anzubieten. Auf der Grundlage von § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen.

Nach dem Stand Juni 2012 gibt es in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in 15 Städten insgesamt 24 stationäre Drogenkonsumräume, sowie zwei Drogenkonsummobile in Berlin. Ein Konsumraum in Aachen wurde zu Beginn des Jahres geschlossen¹⁰⁹.

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen bisher ausschließlich für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Darüber hinaus hat die DBDD 2012 per E-Mail eine Anfrage an diejenigen Konsumräume gestellt, die keine Daten auf ihrer Website zur Verfügung stellen. Aus dieser Anfrage und der Internetrecherche stehen Daten aus 20 Konsumräumen zur Verfügung¹¹⁰. Diese zeigen, dass im Jahr 2010 in diesen Einrichtungen insgesamt 630.649 Konsumvorgänge stattgefunden haben (dabei ist zu beachten, dass die Definition eines „Konsumvorgangs“ sich zwischen den Einrichtungen deutlich unterscheidet – in einigen Konsumräumen wird jeder Besuch als ein Konsumvorgang gewertet, unabhängig davon, ob während dieses Besuchs mehrmals oder unterschiedliche Substanzen konsumiert werden, in anderen Einrichtungen, wird dagegen jede „Konsumeinheit“ als eigener Konsumvorgang erfasst). Darüber hinaus werden aus 17 Konsumräumen für das Jahr 2010 944 Drogennotfälle berichtet, die in den Einrichtungen direkt versorgt oder in weiterführende medizinische Behandlung vermittelt werden konnten.

Der von den Konsumraumbetreibern gegründete Arbeitskreis Konsumraum überlegt derzeit, wie eine zukünftige gemeinsame Dokumentation aussehen könnte.

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Safer-Use-Angebote

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

Aufbauend auf den Ergebnissen des im letzten REITOX-Bericht vorgestellten Projekts zur Bestandsaufnahme vorhandener Spritzenaustauschprogramme in Deutschland (Flöter et al. 2011) wurde noch einmal eine Internetrecherche zur Bestätigung damals identifizierter und

¹⁰⁹ Eine Übersicht über die Drogenkonsumräume mit ihrem Angebot findet sich in einer von der Deutschen AIDS-Hilfe und akzept e.V. herausgegebenen Broschüre: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07web.pdf

¹¹⁰ Inklusive des inzwischen geschlossenen Konsumraums in Aachen

ggf. Identifikation weiterer Einrichtungen mit Spritzentauschangeboten durchgeführt. Diese Recherche ergab eine Anzahl von insgesamt etwa 223 Einrichtungen mit Spritzentauschprogramm (hauptsächlich Kontaktläden von Drogenhilfeeinrichtungen und AIDS-Hilfen) sowie 167 Spritzenautomaten. Es ist zu beachten, dass es sich dabei möglicherweise um eine Unterschätzung des tatsächlich vorhandenen Spritzentauschangebots in Deutschland handelt, da nur Einrichtungen enthalten sind, die entweder am Spritzentauschprojekt des IFT teilgenommen haben oder in ihrem Internetauftritt explizit ein Spritzentauschangebot ausgewiesen haben.

Weitere Informationen zu Spritzentauschangeboten finden sich in Standardtabelle 10.

Das einzige Bundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet ist Nordrhein-Westfalen. 2011 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 1.927.626 (2010: 2.113.242) über Einrichtungen abgegebene lose Spritzen sowie 228.262 (2010: 251.072) über Automaten abgegebene Spritzen (AIDS Hilfe NRW e.V. 2012).

Prävention von Hepatitis bei Drogenkonsumenten

Von Oktober 2008 bis Juni 2011 führte der Berliner Träger Fixpunkt e. V. das Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ durch. Die finanzielle Förderung erfolgte durch das Bundesministerium für Gesundheit. Im Auftrag und mit finanzieller Förderung des Landes Berlin wurde die wissenschaftliche Begleitung vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg durchgeführt.

Ziel des Modellprojektes war es, durch lebensweltangemessene Interventionen zur Prävention von Infektionen mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) unter Drogenkonsumierenden beizutragen¹¹¹. Das Modellprojekt richtete sich an Nutzer der mobilen und stationären Drogenkonsumräume, die angaben nicht mit dem Hepatitis C Virus infiziert zu sein. Ziel des Projektes war es unterschiedliche Kurzinterventionen zu erproben und mit den Interventionen den Wissensstand zu Übertragungswegen und zur Prävention von Hepatitis-C Virusinfektionen bei der Zielgruppe zu verbessern und zu einem gesundheitsbewussteren Konsumverhalten anzuregen. Zu den erprobten Interventionen zählten etwa Erstkontakt-Gespräche, Zielgruppen-Gespräche, sog. prophylaktische Impulse einschließlich eines Händewasch-Trainings und Hepatitis-Testberatung und Testung.

Zwar konnte die anvisierte Zielgruppe nicht im angestrebten Umfang erreicht werden und auch die Anzahl und Art der durchgeführten Interventionen blieben hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück. Dennoch hat das Projekt wertvolle Erkenntnisse zur Machbarkeit der Interventionen bei der HCV-Prävention geliefert. Aufgrund der Evaluation erarbeitete das ZIS eine Reihe von Empfehlungen für Forschung und Praxis, die die Weiterentwicklung und Erprobung unterschiedlicher Interventionen betreffen:

Die Ausweitung der Interventionen auch auf Abhängige, die bereits mit HCV infiziert sind, ist sinnvoll, um das Wissen über geeignete Präventionsmaßnahmen in der Drogenszene weiter

¹¹¹ www.fixpunkt-berlin.de

zu verbreiten. Eine Nachhaltigkeit der Interventionen könnte durch die Bereitstellung der Manuale und weiterer Informationen auf Netzwerktreffen u.a. erreicht werden. Da das HCV-Quiz als Intervention eine hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe erfuhr, wird empfohlen, den Einsatz zu manualisieren und das Manual anderen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Das Angebot zum HCV-Antikörpertest – insbesondere der Einsatz von Schnelltests – sollte weiter ausgebaut und verstärkt eingesetzt werden. Die Evaluation hat u.a. gezeigt, dass ca. 30 % der Konsumraumnutzer die Einrichtungen nur einmalig aufsucht. Hier kann ein motivierendes Erstkontakt-Gespräch möglicherweise zu einer besseren Anbindung der Abhängigen beitragen. Es wird zudem empfohlen, durch Diversifizierung und Weiterentwicklung von HCV-spezifischen Interventionen jüngere Konsumenten etwa in der Partyszene zu erreichen und hier einen frühzeitigen Umstieg in den risikoreicheren intravenösen (i.v.) Konsum zu verhindern oder zu verzögern¹¹² (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a; Fixpunkt e.V., persönliche Mitteilung).

7.4 Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten

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

¹¹² Der Abschlussbericht des Modellprojekts steht unter <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/bilanz/> zum Download bereit.

8 Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

8.1 Überblick

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

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opioidabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik, den Länderkurzberichten und aus regionalen Monitoringsystemen, z. B. in Hessen oder Hamburg.

8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zu Klienten ambulanter Einrichtungen haben 18,4 % der Klienten mit einer primären Opioidproblematik, 16,9 % der Klienten mit primärer Kokainproblematik und 25,9 % der Cannabisklienten bei Beginn der Betreuung (noch) keinen Schulabschluss (12,2 % der Cannabisklienten sind zu Beginn der Betreuung noch in Schulausbildung). 57,2 % der Opioidklienten, sowie 45,2 % der Kokainklienten und 53,3 % der Cannabisklienten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung (16,1 % der Cannabisklienten befinden sich aktuell in Hochschul- oder Berufsausbildung). Fast zwei Drittel der Klienten mit primärer Opioidproblematik (62,4 %) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos und jeweils etwas mehr als ein Drittel (35,9 % bzw. 40,2 %) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen (Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung nichts. Während dies bei vielen Cannabisklienten am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle (insbesondere die Opioidklienten) häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d).

Auch im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (Martens et al. 2011) wurden bei den im Jahr 2010 insgesamt 5.143 registrierten Opioidklienten (2009: 5.023), die ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, Daten zur sozialen Situation erfasst. Von diesen lebten 68 % (2009: 78 %) in eigener Wohnung. Insgesamt hatten 88 % (2009: 89 %) mindestens einen primären Schulabschluss, aber nur 66 % (2009: 66 %) auch eine abgeschlossene Berufsausbildung. Auch wenn die Ausbildungssituation problematisch erscheint und oftmals auch bedingt ist durch den frühen Abhängigkeitsbeginn, kann die Arbeitssituation als desolat bezeichnet werden. 70 % der Klienten sind arbeitslos und nur 19 % gehen einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nach. In Anbetracht der hohen Abstinenzraten dieser

Klientengruppe bedarf es nach Einschätzung der Autoren dringend Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Das Haupteinkommen korrespondiert mit der Arbeitssituation. Nur 16% geben ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit oder selbständiger Tätigkeit als Haupteinkommen an. Arbeitslosengeld I leistet mit knapp 3 % so gut wie keinen Anteil an der finanziellen Versorgung der Klientel. Über 95 % der Arbeitslosen sind seit mehr als 12 Monaten arbeitslos. 22 % der Klientinnen geben an, Einkünfte aus Prostitution zu erhalten. Nur 21 % der Klienten weisen keine Schulden auf. 52 % haben Schulden bis zu 25.000 Euro. 18 % der Klienten ist die Schuldenhöhe nicht bekannt.

In der hessischen Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (COMBASS) 2010 gestaltet sich die soziale Situation der Opioidklienten ähnlich: 81 % leben in eigener Wohnung oder bei Angehörigen/Eltern, 13 % dagegen in einer prekären Wohnsituation, bei nur 21 % ist ein Arbeits- oder Ausbildungsplatz vorhanden, über die Hälfte (58 %) beziehen dagegen ALG II (Kalke & Neumann-Runde 2011).

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2011)

	Ambulante Betreuung			Niedrigschwellige Einrichtungen		
	Ohne Schulabschluss abgegangen	Arbeitslos ¹⁾	Ohne Wohnung ²⁾	Ohne Schulabschluss abgegangen	Arbeitslos ¹⁾	Ohne Wohnung ²⁾
Hauptdiagnose	%			%		
Alkohol	5,1	38,7	0,5	12,9	57,9	5,8
Opioide	17,9	62,4	2,7	23,7	76,6	12,6
Cannabinoide	13,7	35,9	0,7	27,7	43,8	5,8
Sedativa/Hypnotika	5,9	33,1	0,6	36,4	75,0	14,3
Kokain	15,8	40,2	1,7	28,6	62,8	14,0
Stimulanzien	11,5	45,7	1,1	17,2	50,0	8,3
Halluzinogene	9,0	48,5	0,9	0,0 ^{*)}	100,0 ^{*)}	0,0 ^{*)}
Tabak	5,4	14,8	0,4	11,1	77,8	0,0
Flücht. Lösungsmittel	3,4	41,0	0,0	--	--	--
Multiple/and. Subst.	15,2	48,1	1,3	--	--	--

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

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn

*) n=1

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012d,f.

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor (2011: N=27). Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2011 niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchten, noch schlechter als in anderen Hilfebereichen. Wie in Tabelle 8.1 zu sehen ist, liegen die Werte für

fehlenden Schulabschluss, Arbeits- und Wohnungslosigkeit bei allen Substanzen noch deutlich höher als bei den Klienten in ambulanter Betreuung. Die vorliegenden Daten sind aber nur eingeschränkt interpretierbar, da die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=27 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland wiedergibt (vgl. Kapitel 5.2) und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012f).

8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

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

8.3 Soziale Reintegration

Das in den 2000er-Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit Substanzstörungen geschaffen. Genaueres hierzu findet sich in den REITOX-Berichten 2005, 2007 und 2008.

Mit dem im August 2006 in Kraft getretenen „Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ wurde der Status von Personen in stationären Einrichtungen hinsichtlich ihres Anspruches auf staatliche Grundsicherung umfassend geregelt.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurden neben Eltern-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation auch die Leistungen in der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

Dem Problem, dass langjährige Drogenkonsumenten auch nach einer Stabilisierung weiterhin sozial ausgegrenzt sind, widmet sich das Projekt „BuddyCare“ der integrativen drogenhilfe e. V. in Frankfurt. Hier treffen sich ehrenamtlich engagierte Personen (sog. „Buddys“) nach einem speziellen Buddy-Training ein Jahr lang wöchentlich für ca. drei Stunden mit einem drogenabhängigen Menschen, um gemeinsam etwas zu unternehmen. 2011 wurden so 14 Buddy-Paare erfolgreich zusammengeführt, 12 wurden aus dem Vorjahr übernommen und 11 wurden 2011 regulär beendet (idh 2012).

8.3.1 Unterkunft

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

8.3.2 Bildung, berufliche Ausbildung

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

Komplementär zur Behandlung werden drogenabhängigen Menschen in vielen Einrichtungen Förderprogramme angeboten, die dem Training der schulischen Fähigkeiten, der Verbesserung der Ausbildung oder Orientierung im Berufsleben dienen. Darüber hinaus ist es möglich, im Rahmen externer Schulprojekte Schulabschlüsse nachzuholen. Berufsausbildungen werden durch enge Kooperationen mit Handwerk und Industrie ermöglicht. In Anbetracht der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit und der eher rückläufigen Mittel für diesen Bereich zeichnet sich bislang keine Verbesserung der Lage ab.

8.3.3 Beschäftigung

Die ohnehin angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt erschwert suchtkranken Menschen nach ihrer Behandlung eine Integration ins Berufs- und soziale Leben. Die Arbeitslosenquote unter drogenabhängigen Menschen ist extrem hoch - je nach Problemgrad bis zu über 80%. Studien zeigen, dass die soziale und berufliche Integration ein wesentlicher Indikator für eine dauerhafte Abstinenz bei den Betroffenen ist.

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dieser flankierenden Eingliederungsleistungen ist die Suchtberatung (§ 16a SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II, nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbezugnis darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor.

In den Bundesländern werden verschiedene Projekte zur Verbesserung der (Wieder-)Eingliederung (ehemals) Drogenkonsumierender in den Arbeitsmarkt durchgeführt. Die Projekte, die der DBDD im Rahmen der diesjährigen Berichterstellung von Vertretern der Bundesländer genannt wurden, wurden bereits in Kapitel 1.3.2 (Aktivitäten der Bundesländer) kurz beschrieben.

In seiner zweiten Sitzung am 7. Dezember 2011 wurde im Drogen- und Suchtrat ein Papier der AG Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker mit Vorschlägen zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben zustimmend zur Kenntnis genommen. In dem

vorgestellten Konsenspapier sieht der Drogen- und Suchtrat weiterhin einen erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Insbesondere werden die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende aufgefordert, der besonderen Bedeutung der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von suchtgefährdeten und (ehemals) abhängigkeitskranken Arbeitsuchenden und Arbeitslosen im Rahmen ihrer jeweiligen Eingliederungsbemühungen verstärkt Rechnung zu tragen. Dafür werden verschiedene Maßnahmen/Strategien empfohlen:

- eine Verbesserung der Betreuungsrelation für diese spezielle Klientel, die ein qualifiziertes Fallmanagement erfordert
- das Vorliegen eines Fachkonzepts Sucht mit verbindlichen Regelungen für Arbeitsabläufe, Verfahrensweisen, Kooperationsvereinbarungen, Qualitätsstandards etc. in jeder Agentur für Arbeit bzw. jedem Jobcenter
- die zielgerichtete Nutzung des Instruments Suchtberatung gemäß § 16a SGB II, möglichst im Rahmen einer vertraglich geregelten Kooperation zwischen den Dienststellen der Leistungsträger gemäß SGB II und SGB III und den Suchtberatungsstellen
- eine frühzeitige Einbeziehung der Suchtberatung hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der jeweiligen Eingliederungsvereinbarung
- das Hinzuziehen weiterer relevanter sozialer Dienste (z. B. Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung)
- eine suchtspezifische Qualifizierung der mit fraglichen oder tatsächlich suchtkranken Menschen befassten Fachkräfte in den Agenturen für Arbeit/Jobcentern
- eine Beratung arbeitsloser Suchtkranker im Hinblick auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bereits während einer medizinischen Rehabilitationsleistung
- u.a.

Das Konsenspapier kann auf der Internetseite der Drogenbeauftragten heruntergeladen werden¹¹³.

Förderung durch die Rentenversicherung

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherungsträger wurde im Zuge der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationsangebote zum festen Bestandteil der Behandlung Suchtkranker. Sie beinhaltet z. B. indikative Gruppen zu Arbeitslosigkeit und Trainings für die Bewerbung um einen Arbeitsplatz. Grundsätzlich ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit das zentrale Ziel der Rentenversicherung bei der Behandlung von Suchtkranken. Neben rein somatischen Aspekten zählen hierzu ebenfalls psychische

¹¹³ <http://drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/drogen-und-suchtrat.html>

Aspekte, die die notwendigen persönlichen und sozialen Fähigkeiten des Klienten beinhalten, um im Arbeitsalltag bestehen zu können.

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

Soziale Hilfen und Unterstützung

Suchtkranke erhalten die gleichen Hilfen und Unterstützungsleistungen durch Staat, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherungen wie andere bedürftige Gruppen. Dazu gehören auch aufsuchende Angebote. Gesonderte Statistiken hierzu liegen nicht vor.

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

9.1 Überblick

Da neben dem Erwerb oder dem Handel etwa auch der Besitz illegaler Drogen gesetzlich verboten ist, gehören strafrechtliche Konsequenzen nicht nur in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zu den häufigen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums. Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; Rauschgiftdelikte) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität. Erstere werden in vier unterschiedlichen Deliktgruppen erfasst:

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

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

9.2 Drogenbezogene Kriminalität

9.2.1 Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen

Im Jahr 2011 wurden in Deutschland insgesamt 236.478 Rauschgiftdelikte erfasst (2010: 231.007), davon 170.297 allgemeine Verstöße gegen das BtMG und knapp 50.000 Handelsdelikte. Die drogenbezogene Kriminalität nimmt damit gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 2,4% zu (BMI 2012).

Beschaffungskriminalität

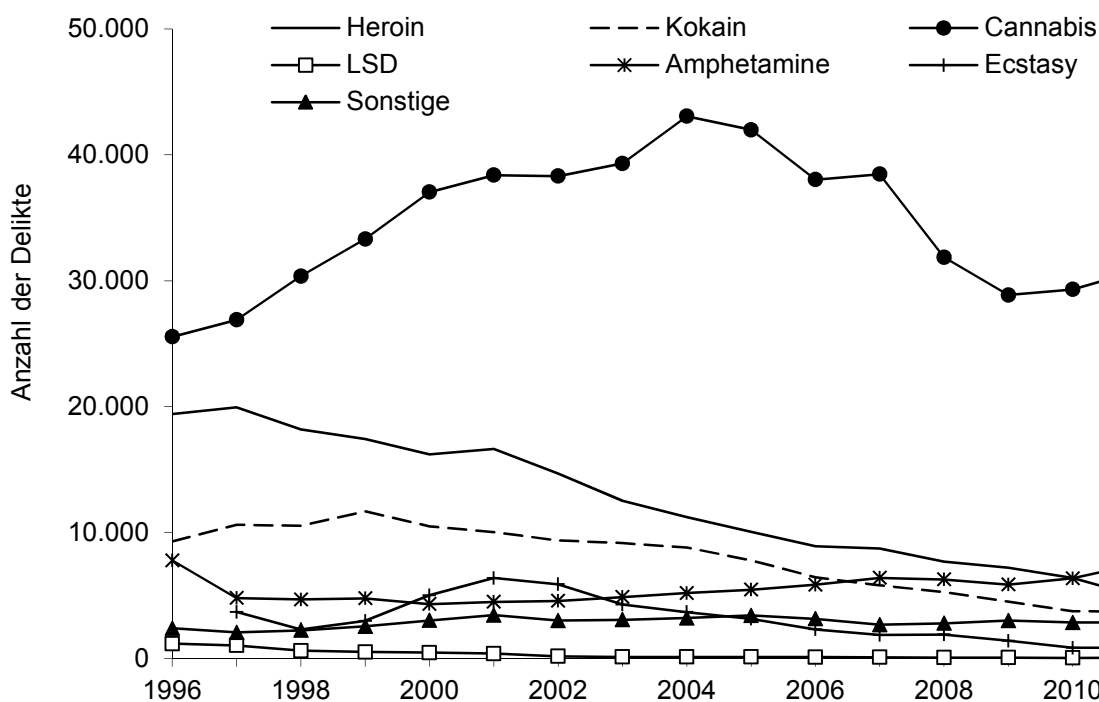
Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2011 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 3.013 Fälle (2010: 2.556) der direkten Beschaffungskriminalität registriert, was einen Anstieg von 17,9 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Zahl dieser Delikte ist somit nach vier Jahren (2007-2010), in denen es nur kleine Veränderungen gab, von 2010 zu 2011 deutlich gestiegen. Fast drei Viertel (72,9 %) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln (BMI 2012).

Handelsdelikte

Handelsdelikte beinhalten Verstöße, die im Zusammenhang mit gewerblichem/professionellem Handel mit Betäubungsmitteln oder Schmuggel größerer Mengen verbunden sind. Dabei

werden - wie auch bei den Konsumdelikten - alle Fälle berücksichtigt, die polizeilich erfasst werden - unabhängig vom Ergebnis einer eventuellen späteren Verurteilung.

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (30.765 Delikte, 60,6 % aller Delikte; 2010: 29.306 Delikte, 59,1 %), mit großem Abstand gefolgt von Heroin (4.980, 9,8 %; 2010: 6.403, 12,9 %; 2009: 7.205, 14,1 %) (Abbildung 9.1). Wie bei Heroin sind Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Kokain (3.731, 7,3 %; 2010: 3.763, 7,6 %; 2009: 4.522, 8,9 %) während der letzten Jahre leicht rückläufig. Seit 2000 steigt der Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an und auch die Fallzahl ist nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2008 und 2009 wieder leicht gestiegen. Amphetamine hatten 2011 einen Anteil von 14,8 % (7.497 Delikte; 2010: 6.372, 12,8 %) an allen Handelsdelikten und liegen damit erstmals vor Heroin auf dem zweiten Platz in dieser Rangliste (BMI 2012).



BMI 2012.

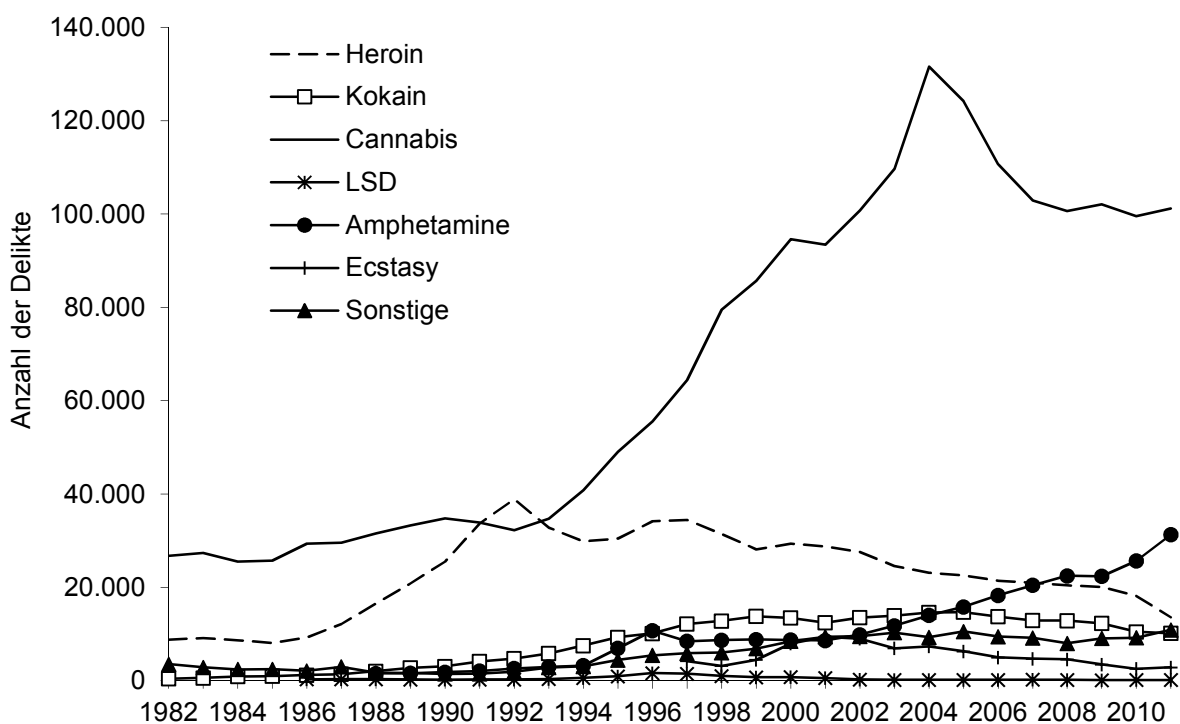
Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten (1996 – 2011)

Konsumnahe Delikte¹¹⁴

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

¹¹⁴ Der Begriff "Konsumnahe Delikte" umschreibt die allgemeinen Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, Erwerb und die Abgabe von Betäubungsmitteln sowie ähnliche Delikte umfassen.

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2012) zeigt, dass auch bei den konsumnahen Delikten Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 59,4 % aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (8,0 %), Amphetamine (18,4 %) und Kokain (6,0 %) machen zusammen weitere 32,4 % der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Die Gesamtzahl 2011 (170.297) ist im Vergleich zum Vorjahr (2010: 165.880) um 2,7 % gestiegen. Die Zahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen ist von 2010 (25.695) nach 2011 (31.330) um 21,9 % gestiegen, womit sich der Trend seit Mitte der 1990er fortsetzt. Neben der Zahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen stiegen auch die im Zusammenhang mit Ecstasy (+12,3 %) und sonstigen Substanzen (+18,3 %). Ansonsten gab es minimale Veränderungen bei Cannabis (+1,6 %), Kokain (-2,8 %) und LSD (+6,8 %) sowie einen deutlichen Rückgang bei Heroin (-25,1 %).



BMI 2012.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten (1982 – 2011)

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Neben Angaben zu Betäubungsmitteldelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken zu Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit harten Drogen polizeiauffällig wurden („Erstauffällige“). Es handelt sich dabei also um eine Art Inzidenzmessung. Allerdings müssen die Einträge dieser Personen im Polizeiregister nach einer gesetzlichen Frist wieder gelöscht werden, falls sie in der Zwischenzeit nicht erneut auffällig geworden sind (die Speicherfristen betragen in der Regel für Erwachsene 10 Jahre, für Jugendliche 5 Jahre und für Kinder 2 Jahre; in Fällen von geringerer Bedeutung können die Fristen jeweils

kürzer festgelegt werden). Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass die Zahl der erfassten Erstauffälligen auch von der Intensität der Strafverfolgung abhängt. Betäubungsmitteldelikte sind Kontrolldelikte, d.h. es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Strafverfolgung ist. Ein Vergleich mit Trends in anderen erfassten Bereichen, zum Beispiel bei der Zahl behandelter Fälle, kann durch Triangulation helfen, eine verlässlichere Gesamtaussage über Trends zu machen.

Die Gesamtzahl EKHD ist von 2010 nach 2011 um 14,5 % auf insgesamt 21.315 (2010: 18.621) gestiegen. Deutliche Rückgänge finden sich wie in den Vorjahren bei Heroin (2011: 2.742; 2010: 3.201; -14,3 %). Nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der EKHD im Zusammenhang mit Kokain (2011: 3.343; 2010: 3.211; +4,1 %) und LSD (2011: 135; 2010: 141; -4,3 %). Erstmals seit 2004 ist die Zahl der EKHD von Ecstasy (2011: 942; 2010: 840; +12,1 %) wieder gestiegen.

Wie in den vergangenen Jahren ist die Zahl der EKHD im Zusammenhang mit Amphetaminen¹¹⁵ gestiegen (+11,5 %) und hat 2011 (12.709 Fälle) einen neuen Höchststand erreicht (2010: 11.401).

Bei jeweils niedrigen Gesamtzahlen, sind die Fälle der erstauffälligen Konsumenten von Methamphetamin (2011: 1.693; 2010: 642; +163,7 %) und sonstigen „harten“ Drogen (2011: 897; 2010: 333; +169,4 %) extrem stark sowie die von Crack (2011: 438; 2010: 311; +40,8 %) deutlich gestiegen.

Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen und Methamphetamin machen 2011 knapp 2/3 (62,9 %) der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 12,0 %; Kokain: 1,6 %, Ecstasy: 4,1 %, Crack: 1,9 % und Sonstige inkl. LSD: 4,5 %)¹¹⁶. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden (BKA 2012a).

Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

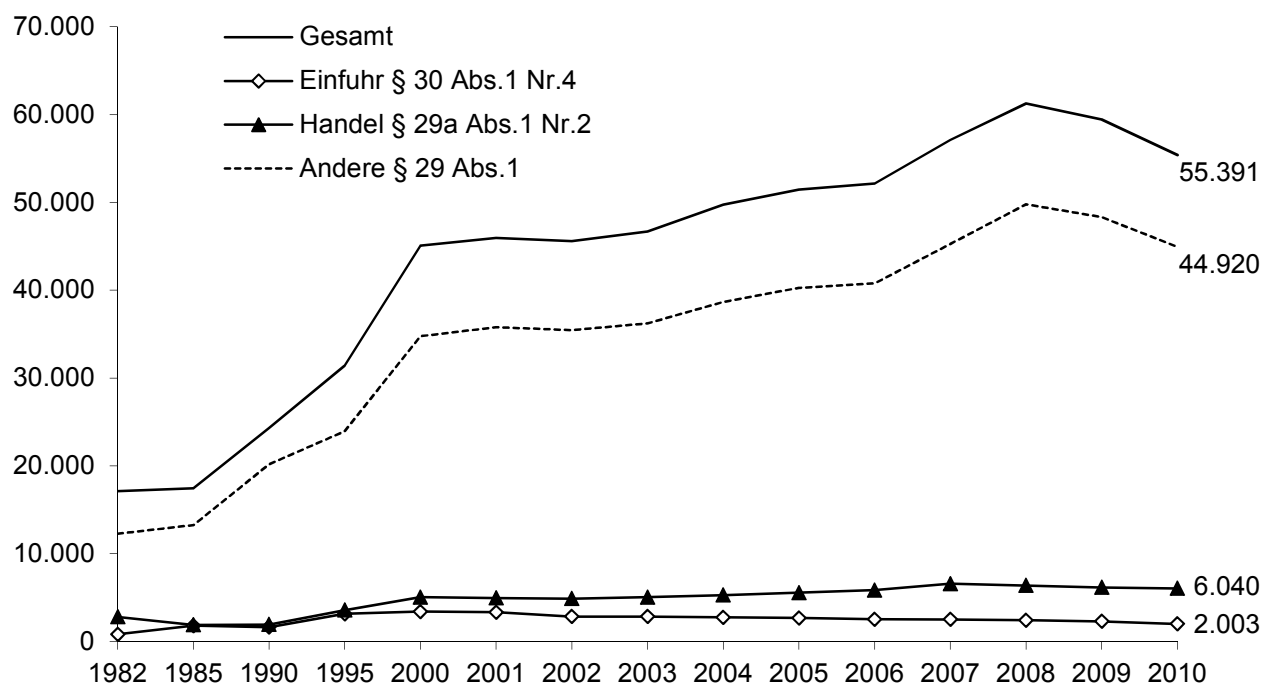
Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2011c) wurden im Jahr 2010 55.391 Personen (2009: 59.432) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2011 liegen noch nicht vor). 48.572 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2009: 51.723), 6.819 (2009: 7.709) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 16.905 (2009: 18.013) Freiheitsstrafen - davon 10.809 (2009: 11.706) zur Bewährung - sowie 31.666 (2009: 33.710) Geldstrafen verhängt.

¹¹⁵ Exklusive EKHD „Methamphetamin“.

¹¹⁶ Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als EKHD registriert; zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich, so dass die prozentuale Aufschlüsselung nach Drogenart 100 % übersteigt.

Die Gesamtzahl ist im Vergleich zum Vorjahr (-6,8 %) weiter gesunken (2008-2009: -3,0 %). Der leichte Rückgang ist in allen Altersgruppen, d.h. bei erwachsenen, heranwachsenden¹¹⁷ und jugendlichen¹¹⁸ Straftätern zu verzeichnen. Bezüglich der Art der Delikte ist der Rückgang der Gesamtzahl gleichermaßen auf die niedrigeren Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs. 1 BtMG) auf 44.920 Fälle (2009: 48.317; 2009-2010: -7,0 %), der Handelsdelikte (2010: 6.040; 2009: 6.164; -2,0 %) und der Verstöße gegen § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG (2010: 2.003; 2009: 2.286; -12,4 %) zurückzuführen (Abbildung 9.3).

Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz machten 2010 wie in den beiden Vorjahren ca. 7 % aller Verurteilungen aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,7 % etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,9 %). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 3,5 %. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Betäubungsmitteldelikte mit 8,4 % deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 63,6 % der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 64,7 %, Frauen: 53,2 %); in 64,0 % dieser Fälle handelte es sich dabei um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2011c).



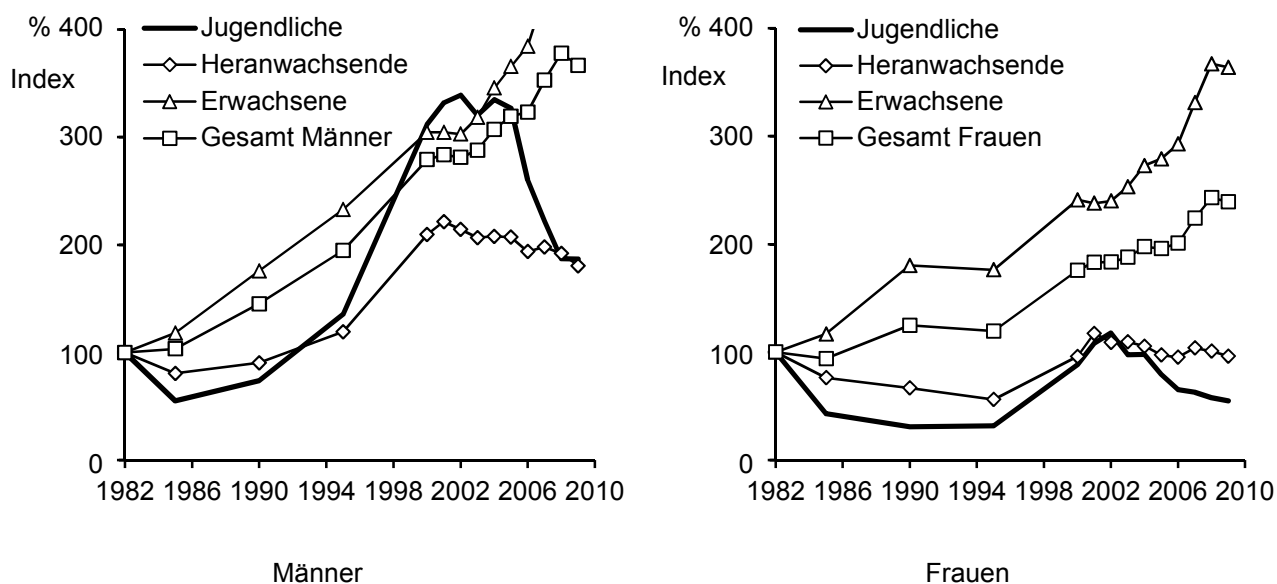
Statistisches Bundesamt 2011c.

Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

¹¹⁷ Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.

¹¹⁸ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch im Jahr 2010 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen Betäubungsmitteldelikten (BtM-Delikten) verurteilt (Männer: 50.044; Frauen: 5.347). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 28 Jahre gibt es deutliche Unterschiede. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100 %), so hat sich die Zahl der Verurteilungen bei den Männern bis zum Jahr 2010 mehr als verdreifacht, bei den Frauen mehr als verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei jugendlichen (46 %) und heranwachsenden (81 %) Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2010 deutlich unter denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche (190 %) und für Heranwachsende (153 %) deutlich erhöht hat. Dieser enorme Anstieg an Verurteilungen unter jugendlichen und heranwachsenden Männern fand vor allem zwischen 1995 und 2000 statt. Zwischen den Jahren 2000 und 2005 hat es in diesen Gruppen kaum Veränderungen gegeben. Von 2005 bis 2008 hat sich die Zahl der verurteilten männlichen Jugendlichen fast halbiert (-43 %), von 2008-2010 gab es keine weiteren Veränderungen. Die Zahl der weiblichen jugendlichen Verurteilten sinkt kontinuierlich seit 2002 (Index: 118) und beträgt 2010 im Vergleich zu 1982 nur noch 46 %. Unter heranwachsenden Männern ist die Zahl der Verurteilungen seit 2001 (Index: 222) rückläufig (Index 2010: 153). Während es unter weiblichen Heranwachsenden zwischen 2001 (Index: 108) und 2009 (Index: 96) kaum Veränderungen gab, ist die Zahl im Jahr 2010 (Index: 81) deutlich zurückgegangen (Abbildung 9.4). Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standardtabelle 11.



Statistisches Bundesamt 2011c.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Laut BADO 2010 (Martens et al. 2011) hatten im Jahr 2010 über ein Drittel der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Klienten Probleme mit der Justiz (35 %). Damit ist dieser Anteil nach einem zwischenzeitlichen Anwachsen auf 42 % wieder unter das

Niveau des Jahres 2005 gesunken. Insbesondere der Anteil der Klienten, die sich aktuell in Haft befinden, ist in den letzten sechs Jahren zurückgegangen (von 17 % auf 11 %). Zeitgleich hat der Anteil der Personen mit Bewährungsauflagen zugenommen (von 6 % auf 9 %). Am stärksten justiziell belastet sind die Opiatklienten, die etwa zur Hälfte (48%) angeben, aktuell Probleme mit der Justiz zu haben. Opiatklienten weisen außerdem den höchsten Anteil an Personen in Haft auf (17 %) und haben besonders häufig Gerichtsverfahren (13 %) oder Bewährungsauflagen (12 %). Innerhalb der Cannabisgruppe ist zwischen männlichen und weiblichen Klienten (32 % mit aktuellen justiziellen Problemen) zu unterscheiden. So haben aktuell 37 % der Männer, aber nur 10 % der Frauen Probleme mit der Justiz, und auch der Anteil der sich in Strafhaft befindenden Personen ist bei den männlichen Klienten mit 11 % um ein vielfaches höher als bei den Klientinnen (1 %).

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2009 betreuten und in der BADO Hamburg dokumentierten Klienten ist bereits mindestens einmal im Leben verurteilt worden (51 %). Dieser Anteil ist somit gegenüber dem Jahr 2005 um fünf Prozentpunkte zurückgegangen. Hinsichtlich der Art der Delikte ist in diesem Zeitraum insbesondere ein Rückgang des Anteils der Betäubungsmitteldelikte (von 37 % auf 31 %), der Beschaffungskriminalität (von 29 % auf 25 %) und der anderen bzw. unbekanntem Delikte (von 28 % auf 25 %) zu beobachten. Der höchste Anteil an Verurteilten ist wiederum in der Opiatgruppe zu finden (78 %). Knapp zwei Drittel haben hier bereits Verurteilungen wegen Betäubungsmitteldelikten (62 %), die Hälfte wegen Beschaffungsdelikten, über ein Drittel wegen unbekannter bzw. anderer Delikte (40 %) und ein Viertel wegen Körperverletzungsdelikten (26 %). Ein Drittel der Cannabisklienten ist mindestens einmal im Leben verurteilt worden (33 %). Am häufigsten waren Körperverletzungen und andere/unbekannte Delikte mit jeweils 15 %, gefolgt von Betäubungsmitteldelikten (10 %), Beschaffungskriminalität (8 %) und Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer (6 %). Wie sich ebenfalls schon im Hinblick auf die aktuelle justizielle Belastung zeigte, gibt es auch bei den Verurteilungen große geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Frauen wurden insgesamt seltener verurteilt (w: 32 %; m: 58 %) und weisen auch bei allen Delikten geringere Anteile an Verurteilten auf als die Männer. Besonders deutlich wird dies bei dem Delikt der Körperverletzung, für welches etwa jeder vierte Mann (23 %), aber nur jede sechzehnte Frau verurteilt wurde (6 %).

Insgesamt geben 2010 41 % aller Klienten an, in ihrem bisherigen Leben schon einmal in Haft gewesen zu sein. Dies sind fünf Prozentpunkte weniger als noch im Jahr 2005. Der weitaus größte Anteil an Klienten mit Hafterfahrung ist in der Opiatgruppe zu finden (69 %), wohingegen nur 22 % der Cannabisklienten Hafterfahrung haben. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass der Anteil der Hafterfahrenen bei den Männern (48 %) etwa doppelt so hoch liegt wie bei den Frauen (24 %).

9.2.2 Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen

Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Seit 2003 gibt das Statistische Bundesamt jährlich in seinem Verkehrsunfallbericht auch darüber Auskunft, ob die an einem Unfall beteiligten Fahrzeugführer unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel als Alkohol standen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Bundesverfassungsgericht 2004).

Im Jahr 2011 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 306.266 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 465.342 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.1). Davon standen 15.114 Unfallbeteiligte (4,9 %) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.392 (0,4 %) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2012a). Damit ist der zwischen 2003 und 2010 rückläufige Trend bei der Zahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt sowie der Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss gestoppt und beide Werte sind von 2010 nach 2011 wieder angestiegen.

Die Zahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel liegt 2011 etwas über den Werten der beiden Vorjahre. Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss aber immer noch mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 9.1 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen

Jahr	Unfälle mit Personenschaden	Fehlverhalten der Fahrzeugführer	Fahrzeugführer unter Einfluss ...	
			von Alkohol	anderer berauschender Mittel
2004	339.310	417.923	21.096	1.457
2005	336.619	413.942	20.663	1.343
2006	327.984	403.886	19.405	1.320
2007	335.845	410.496	19.456	1.356
2008	320.641	388.181	18.383	1.440
2009	310.806	377.733	16.513	1.281
2010	288.297	350.323	14.237	1.151
2011	306.266	371.821	15.114	1.392

Statistisches Bundesamt 2012a.

In einer Meta-Analyse auf der Basis von neun Studien mit fast 50.000 Personen ermittelten Asbridge und Kollegen (2012) für die ersten drei Stunden nach dem Cannabiskonsum ein

um 92 Prozent erhöhtes Risiko auf einen Verkehrsunfall (OR 1,92; CI: 1,35-2,73). Mit einer Odds Ratio von 2,10 (1,31-3,36) war die Gefahr eines tödlichen Unfalls noch etwas höher.

Zum Vergleich: Eine Alkoholkonzentration von 0,8 Promille erhöhte in einer von Asbridge zitierten Studie das Risiko auf einen Verkehrsunfall um den Faktor 2,69, wobei das Risiko bei jüngeren Fahrern deutlich höher ist. Die meisten Studien legten den Grenzwert für den aktiven Wirkstoff THC bei 1 ng/ml THC fest, in einer Studie betrug er 2 ng/ml.

Selbsterfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

In der BADO Hamburg kann seit dem Jahr 2005 ein durchweg stabiler Anteil von rund 60 % konstatiert werden, der bereits körperliche Gewalterfahrungen gemacht hat (Martens et al. 2011). Bei den sexuellen Gewalterfahrungen liegt dieser über die Jahre bei gut 20 %. Im Vergleich zwischen den Substanzgruppen müssen in dieser Hinsicht diejenigen Klienten als besonders belastet gelten, die aufgrund einer Opiatproblematik in der Hamburger ambulanten Suchthilfe um Rat suchen. Unter Ihnen berichten im aktuellen Berichtsjahr (2010) mehr als zwei Drittel davon, schon einmal Opfer körperlicher (69 %) und mehr als jeder Vierte davon, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (26 %). Am seltensten finden sich sexuelle Gewalterfahrungen bei den Cannabisklienten (12 %), und auch körperliche Gewalterfahrungen (54 %) treten bei diesen, ebenso wie bei den Alkoholklienten im Vergleich etwas weniger häufig auf (50 %).

Weit gravierender als zwischen den Substanzgruppen sind jedoch die Unterschiede zwischen Klienten männlichen und weiblichen Geschlechts. Dies gilt zwar auch im Hinblick auf körperliche Gewalterfahrungen (w: 66 %; m: 58 %), in weit stärkerem Maße jedoch für die Frage nach sexuellen Gewalterfahrungen. Demnach berichten im Jahr 2010 50 % aller Klientinnen davon, bereits Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, unter den männlichen Klienten sind es hingegen 8 %. Unter den Frauen bilden wiederum die Opiatklientinnen die am stärksten betroffene Gruppe. Sie berichten zu mehr als drei Vierteln von körperlichen (79 %) und zu knapp zwei Dritteln von sexuellen Gewalterfahrungen im Leben (65 %).

9.3 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Für eine erfolgreiche Verbrechensbekämpfung bedarf es neben einer konsequenten Repression auch vielfältiger Maßnahmen der Kriminalprävention. Daher setzt die Polizei mit dem Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK) einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der bundesweiten Präventionsmaßnahmen. ProPK verfolgt das Ziel, die Bevölkerung, Multiplikatoren, Medien und andere Präventionsträger über Erscheinungsformen der Kriminalität und Möglichkeiten zu deren Verhinderung aufzuklären. Dies geschieht unter anderem durch kriminalpräventive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und durch die Entwicklung und Herausgabe von Medien, Maßnahmen und Konzepten, welche die örtlichen Polizeidienststellen in ihrer Präventionsarbeit unterstützen.

Die Zunahme der Crystalproblematik zeigt sich nach Angaben des Landeskriminalamtes auch im Hellfeld der Polizeilichen Kriminalstatistik von Sachsen. In der derzeitigen

Auseinandersetzung mit der Problematik fand im Juli 2012 in Leipzig eine Fachtagung mit dem Titel „Crystal in Sachsen - eine Herausforderung für die Suchthilfe“ statt. Veranstaltet wurde der Fachaustausch vom Gesundheitsamt Leipzig (Drogenreferat) in Zusammenarbeit mit der Stadtmission Chemnitz, der Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden als auch dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Festgestellt wurde eine massive Problemzunahme in den letzten zwei Jahren und eine daraus resultierende Notwendigkeit zur Stärkung umfassender präventiver Ansätze als auch spezieller Angebote im Rahmen der Suchtberatung und Suchtbehandlung¹¹⁹.

9.4 Interventionen im Strafjustizsystem

9.4.1 Alternativen zu Gefängnisstrafen

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

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§ 31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von Schäfer & Paoli (2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich in letzter Zeit eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer, gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Weitere Details finden sich in Kapitel 1.2.2.

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe bis zu zwei Jahren diese Strafe zurückgestellt werden, um dem Drogenabhängigen die Chance zu einer Behandlung zu geben („Therapie statt Strafe“, § 35 BtMG).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert aktuell die auf 14 Monate angelegte Studie „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“. Dabei handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung zur Praxis der gerichtlichen Strafaussetzung nach § 35 BtMG zugunsten einer Drogenentwöhnungsbehandlung. Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage, ob es zu einem Rückgang in der gerichtlichen Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ gekommen ist und falls ja, worin dieser Rückgang möglicherweise begründet ist.

Des Weiteren wird die Wirkung der Entwöhnungsbehandlung anhand des Kriteriums der regulären Beendigung näher betrachtet. Hierbei wird geprüft, ob sich Wirksamkeitsunterschiede zwischen denjenigen Drogenkonsumierenden zeigen, die mit oder ohne gerichtliche Therapieaufgabe die Rehabilitationsmaßnahme begonnen haben.

¹¹⁹ www.leipzig.de/de/buerger/service/dienste/gesundheit/sucht/

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen werden verschiedene Datenquellen ausgewertet. Dazu zählen Daten der Deutschen Suchthilfestatistik und Daten der Suchtkrankenhilfe der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein. Zudem werden strafrechtliche Statistiken der Strafverfolgung und staatsanwaltlichen Ermittlung in die Auswertung einbezogen. Um ein genaueres Bild zur Situation in den Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten, werden mindestens 10 Einrichtungen aus den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW ausgewählt. Die Mitarbeiter in den selektierten Einrichtungen werden in einem persönlichen Gespräch zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen interviewt. Überdies werden Richter und Staatsanwälte interviewt, um die Anwendung des § 35 BtMG aus der Perspektive der Justiz zu explorieren. Geplant ist, insgesamt 6 Vertreter der Justiz in den drei Bundesländern zu interviewen. Weiterhin sollen in der Stadt Hamburg fünf Gerichtsverfahren zur Anwendung des § 35 BtMG beobachtet und protokolliert werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

9.4.2 Andere Interventionen im Strafjustizsystem

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

Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern. Viele Städte haben sich die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote (Platzverweise) für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden¹²⁰.

Auf Staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche¹²¹ und Heranwachsende¹²², die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz, (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis handelt.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm “Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD”. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine Darstellung des Programms FreD siehe auch die REITOX-Berichte der Jahre 2007 und 2008, sowie Kapitel 1).

¹²⁰ Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

¹²¹ siehe Fußnote 118

¹²² siehe Fußnote 117

9.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen

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

Zum Stichtag 31.03.2011 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 8.841 Personen (14,7% aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs, davon waren 5,5 % (511) weiblich, 3,3 % (294) saßen eine Jugendstrafe ab. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) nach 2011 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 6,9 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 7,7 % gesunken (Tabelle 9.2). Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2006 bei den Erwachsenen relativ konstant aber bei den Jugendlichen und Heranwachsenden (insbesondere unter den männlichen) leicht rückläufig (Statistisches Bundesamt 2011d).

Tabelle 9.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2011	Inhaftierte N	60.067	56.746	3.321	50.388	3.076	5.857	242	504
	BtMG N	8.841	8.330	511	8.061	485	268	26	1
	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0

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

Statistisches Bundesamt 2011d.

Im Jahre 2009 wurden im Berliner Justizvollzug bei durchschnittlich 5.000 Gefangenen insgesamt 62.054 Untersuchungen, davon 60.049 Immunoassays durchgeführt. Im Ergebnis zeigte sich, dass die nachgewiesenen Substanzraten trotz regelmäßig durchgeführter überwachter Probennahme deutlich hinter den sonst den Justizvollzug beschriebenen

Positivraten zurück blieben. Insbesondere im Bereich Kokain, Tilidin, Benzodiazepine, Opiate und Monoacetylmorphin (Heroinmarker) zeigten sich nur sehr geringe Raten positiver Tests. So betrug die Rate positiver Tests bei Cannabis erwartungsgemäß 13 %, bei Kokain 1,8 %, bei Opiaten 6 % und bei Benzodiazepinen trotz häufigem therapeutischen Einsatz 5 %. Im Test auf EDDP (Methadonmetabolit) betrug die Positivrate 32 %, dieses entspricht der Erwartung aufgrund der Überwachung von Substitutionsbehandlungen positiver Monoacetylmorphin-Nachweise, als Heroinstoffwechselprodukt bei positivem Opiatnachweis führte zu 28 % positiven Ergebnissen. Die Untersuchungen wurden schwerpunktmäßig zur Überwachung der Abstinenz aus vollzuglichen Gründen und zur Überwachung von Opiat-Substitutionstherapien durchgeführt. Ein Schwerpunkt der Untersuchungen lag im Jugendhaftbereich. Dennoch blieben die Ergebnisse hinter den erwarteten und in der Literatur veröffentlichten Angaben zu Substanzkonsum in Justizvollzugsanstalten zurück. Als Ursachen kommen hier sicher einerseits Probenmanipulationen und andererseits auch die Zielgruppenauswahl mit vermehrter Überwachung und Kontrolldruck bei Jugendlichen in Betracht. Die erhobenen Daten waren Anlass, die Urinkontrollprogramme im Berliner Justizvollzug gezielter auszurichten und insbesondere den Kontrolldruck effektiver auszuüben (Lehmann & Binscheck 2011).

Rechtliche Rahmenbedingungen

In den meisten Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossen worden und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§ 125a GG¹²³), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Aktuell gilt das StVollzG noch in 11 Bundesländern. Eigene Landesgesetze gibt es mittlerweile in Baden-Württemberg (JVollzGB seit dem 01.01.2010), Bayern (BayStVollzG, seit dem 01.02.2010), Niedersachsen (NJVollzG, seit dem 14.12.2007), Hamburg (HmbStVollzG, seit dem 14.07.2009) und Hessen (HStVollzG, seit dem 28.06.2010). Die Landesgesetze orientieren sich größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in allen fünf Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V)¹²⁴.

Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 56 StVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf

¹²³ Grundgesetz

¹²⁴ Das SGB V regelt Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern, wie beispielsweise Ärzten, Zahnärzten und Apothekern.

Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§ 61 StVollzG). Im StVollzG werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (BMJ 2009).

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

Implementierung des Äquivalenzprinzips

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

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

Behandlung

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012e). Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2011 nur zwölf Einrichtungen umfasst (2010: acht

Einrichtungen) und auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können. Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass es Schwierigkeiten bei der Dokumentation gibt. So tauchen einige Personen zwar im gesamten Datensatz auf, jedoch nicht im gesonderten Tabellenband für die externe Beratung im Strafvollzug. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2011 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 29,7 Jahre (N=1.161) (2010: 28,3 Jahre), das der Frauen 30,8 Jahre (N=27) (2010: 32,2 Jahre). Bemerkenswert ist, dass 70,4 % (2010: 71,4 %) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 31,6 % (2010: 24,2 %) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose (HD) Stimulanzen (34,1 %) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit (vgl. Tabelle 5.1). Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine Behandlung im Gefängnis aufgrund von Kokain (8,6 %) eine ähnliche große Rolle wie in Freiheit und eine primäre Cannabisproblematik (24,5 %) eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses. Bei den inhaftierten Frauen sind nur vier Fälle aufgrund einer HD Stimulanzen, zwei Fälle aufgrund HD Cannabis und kein Fall aufgrund HD Kokain dokumentiert (Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	367	31,6	19	70,4	386	32,5
Kokain	100	8,6	0	0,0	100	8,4
Stimulanzen	396	34,1	4	14,8	400	33,7
Hypnotika/Sedativa	5	0,4	2	7,4	7	0,6
Halluzinogene	3	0,3	0	0,0	3	0,3
Cannabinoide	285	24,5	2	7,4	287	24,2
Multiple/and. Substanzen	5	0,4	0	0,0	5	0,4
Gesamt	1161	100,0	27	100,0	1188	100,0

Pfeiffer-Gerschel et al. 2012e.

9.5.1 Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Ausführliche Informationen zu Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010/2011.

Maßregelvollzug

In der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll/Hamburg nahmen 50 Opioidabhängige im Maßregelvollzug nach § 64 an einem Substitutionsprogramm teil. Alle hatten eine Hepatitis-C-Infektion (HCV), neun eine Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV). Es zeigte sich, dass im Vergleich zu einer nicht-substituierten Kontrollgruppe die Rückfallquote deutlich zurückging. Ebenso reduzierte sich die Zahl der „besonderen Vorkommnisse“ wie Gewalt und Fluchtversuche. Insgesamt fiel die Rate der erfolglosen Behandlungen (Erledigungen wegen Aussichtslosigkeit) auf 10 % (Jahn & Stöver 2012).

9.5.2 Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Bundesländer statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar. Auch in den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Opioid-Substitutionstherapie (OST) (BÄK 2010) wird, vor dem Hintergrund des erhöhten Mortalitätsrisikos von intravenös Drogengebrauchenden (IVD) durch Überdosen nach der Haftentlassung, explizit der Beginn einer OST auch für gegenwärtig abstinent erlaubt.

9.6 Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

Der rechtliche Rahmen der Entlassvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmangement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmangement ist die Verbesserung der Lage der Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf.

Sack und Thomasius (2012) haben eine neu implementierte Therapievorbereitungsstation (TVS) für bei Haftantritt drogenabhängige und –missbrauchende Gefangene im

hamburgischen Strafvollzug summativ evaluiert. Das komplexe Setting der TVS umfasste eine Zugangsgruppe, ein Fertigkeitentraining nach Linehan, ein Rückfallprophylaxe-Training, eine freie Gesprächsgruppe sowie supportive Gruppen-Freizeitangebote. Negative Resultate in Urinkontrollen waren Bedingung für Aufnahme wie Verbleib auf der TVS. Insgesamt nahmen 26 männliche Insassen aus zwei hamburgischen Justizvollzugsanstalten an der Studie teil. Die Haltequote auf der TVS lag bei insgesamt 92,3 %. Katamnestisch wurden 3 Monate nach Entlassung von der TVS (t_3) 80,8 % und 6 Monate nach Entlassung (t_4) 69,2 % der Insassen erreicht. Im Anschluss an die TVS-Maßnahme haben 33,3 % (zu t_3) bzw. 61,1 % (zu t_4) der aus der Haft entlassenen Studienteilnehmer eine weiterführende Anschlussbehandlung begonnen. Es haben 45,5 % derjenigen, die eine Anschlussbehandlung begannen, diese regulär beendet. Es zeigte sich außerdem, dass die Abstinenzsicherheit für den Umgang mit rückfallkritischen Situationen ebenso wie die erlebte Kompetenz in der Emotions-/Stimmungsregulation und der Impulskontrolle zunahmen. Alle Besserungen zeigten sich vorwiegend im Prä-Post-Vergleich (t_1 - t_2) während des Aufenthaltes auf der TVS, nach der Entlassung blieben sie im Wesentlichen stabil¹²⁵.

¹²⁵ s.a. <http://www.uke.de/zentren/suchtfraegen-kinder-jugend/index.php>

10 Drogenmärkte

10.1 Überblick

Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben der wahrgenommenen Verfügbarkeit und der Versorgung mit illegalen Substanzen auch Zahl und Umfang von Beschlagnahmungen, Preise und Wirkstoffgehalt bzw. Reinheit der Substanzen. Um neue Drogen in ihrer Struktur und Wirkungsweise zu verstehen, ist ein erheblicher Aufwand in Form von chemischen Analysen notwendig. Entsprechende Analysen werden z. B. vom Kriminaltechnischen Institut (KT 34) des Bundeskriminalamtes (BKA) durchgeführt. Informationen zu Sicherstellungen liegen ebenfalls vom BKA oder Landeskriminalämtern (LKÄ) vor.

Verfügbarkeit und Versorgung

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Drogenmarkt aus zwei verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters. Die Einschätzung der Bevölkerung oder der Konsumenten hinsichtlich der Verfügbarkeit verschiedener illegaler Substanzen lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, dass eine Substanz innerhalb eines bestimmten Zeitraums „leicht“ oder „sehr leicht“ beschaffbar sei. Diese Angaben werden in Deutschland regelmäßig im Epidemiologischen Suchtsurvey (zuletzt 2003), der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (DAS) sowie im Rahmen regionaler Monitoringsysteme (z. B. MoSyD Frankfurt) erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Weitere Aspekte der Verfügbarkeit stellen Indikatoren wie Preis, Reinheit und Sicherstellungen dar. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge, Preis und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten und an Flug- und Seehäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Die im Folgenden verwendeten Statistiken des BKA beruhen auf Sicherstellungen der Polizeidienststellen der Länder, des BKA und der Zollbehörden.

Preis

Ende 2002 haben sich die LKÄ und das BKA über eine erweiterte Erfassung der Informationen zu inländischen Betäubungsmittelpreisen verständigt. Seitdem werden neben den Höchst- und Niedrigstpreisen auch die so genannten "überwiegenden Marktpreise" im Straßenhandel und Großhandel, bei letzterem für 2010 infolge der auf europäischer Ebene auf Initiative der EBDD getroffenen Vereinbarungen zur Datenerhebung erstmals

differenziert nach Handelsmengen von 0,5 bis < 1,5 kg erhoben (bzw. 500 bis < 1.500 Konsumeinheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000 bis < 100.000 KE). Um eine möglichst repräsentative Preiserhebung zu gewährleisten, werden die Informationen von grundsätzlich vier bis sechs ausgewählten Messpunkten in den Bundesländern (Dienststellen im städtischen und im ländlichen Bereich) an das jeweilige Landeskriminalamt (LKA) übermittelt. Die LKÄ fassen die Zulieferungen der Messstellen und darüber hinaus vorliegende Erkenntnisse zusammen und übermitteln dem BKA einmal jährlich die aktuellen marktüblichen Betäubungsmittelpreise ihres Bundeslandes in einer Standardtabelle. Auf dieser Grundlage werden vom BKA die durchschnittlichen deutschen Betäubungsmittelpreise berechnet.

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

Die EBDD hat 2010 ein Manual mit Richtlinien zur Datenerfassung von Betäubungsmittelpreisen im Straßenhandel herausgegeben. Neben Hinweisen zu methodischen Schwierigkeiten wie der geographischen Abdeckung, Repräsentativität und Gewichtungen enthält das Manual auch Beispiele zur Berechnung von Betäubungsmittelpreisen aus einigen europäischen Ländern. In Frankreich bzw. Norwegen und den Niederlanden geben z. B. Expertengruppen aus dem Gesundheitsbereich und der Strafverfolgung bzw. aus verschiedenen „Szenen“ Einschätzungen zum aktuellen Betäubungsmittelpreis ab (EMCDDA 2010).

Auch die Trendscout- und Szenebefragungen im Rahmen des Frankfurter MoSyD liefern Schätzwerte zu Preisen diverser Drogen.

Reinheit

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienen Proben aus Drogenbeschlagnahmungen. Wegen der besseren Vergleichbarkeit werden die Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die chemische Form der Base bezogen. Dies geschieht unabhängig davon, in welcher Form die Substanz in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als Richtwerte zu verstehen, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Da die Verteilung der Werte deutlich von der Normalverteilung abweicht, werden statt arithmetischer Mittelwerte Medianwerte angegeben.

Die Darstellungen basieren auf Auskünften des BKA auf Anfrage der DBDD. Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1 g), Kleinhandel (1 g bis <1.000 g) und Großhandel (≥1.000 g). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffge-

halt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund für diese Darstellung ist in der Regel eine zunehmende Streckung des Wirkstoffes von der Großhandelsebene zum Straßenverkauf, um damit den Gewinn zu erhöhen. Neben dem Wirkstoffgehalt werden Angaben über die häufigsten Streckmittel gemacht. Soweit diese pharmakologisch wirksam sind (z. B. Coffein) werden sie als Zusätze, ansonsten als Verschnittstoffe (z. B. Zucker) bezeichnet.

10.2 Verfügbarkeit und Versorgung

10.2.1 Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang

In der DAS 2011¹²⁶ wurden die 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefragt, „Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an Haschisch oder Marihuana heranzukommen?“. 37,1 % der Befragten gibt an, dass es „sehr“ oder „ziemlich leicht“ und ein Drittel, dass es unmöglich sei, innerhalb eines Tages an Cannabis heranzukommen. Auffällig ist, dass bei männlichen Befragten jede Kategorie, die die Möglichkeit der Verfügbarkeit innerhalb der nächsten 24 Stunden einschließt, im Verhältnis zur Kategorie „gar nicht möglich“ signifikant größer ist als bei weiblichen Befragten. Das bedeutet umgekehrt, dass es mehr weiblichen als männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen unmöglich ist, innerhalb von 24 Stunden an Marihuana zu kommen (Tabelle 10.1).

Die Gruppe der Befragten, die in der DAS angaben „sehr leicht“ an Cannabis heranzukommen, wurde auch befragt, woher sie Cannabis bekommen würden. Fast drei Viertel der Befragten (72,0 %) bekommen ihr Cannabis von Freunden oder Bekannten und weniger als die Hälfte (44,4 %) auf der Straße. Ungefähr ein Sechstel der Befragten (17,8 %) glaubt Cannabis in Hanf-Läden bekommen zu können. Signifikante Geschlechtsunterschiede (m: 47,6 %; w: 40,0 %) zeigen sich nur bei der Cannabis-Verfügbarkeit auf der Straße (Tabelle 10.2).

¹²⁶ In der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2011 (BZgA 2012a) wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 5.001 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Die Datenerhebung wurde mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Die Durchführung der Interviews fand vom 28.03.2011 bis 18.05.2011 statt. Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem ADM-Telefonstichproben-Design. Aus einem Telefon-Mastersample, das alle relevanten Telefonnummern enthält, wurden uneingeschränkt und mit gleicher Auswahlwahrscheinlichkeit zufällig Festnetznummern gezogen. Nach Anruf dieser Nummern wurde ermittelt, ob es sich um einen Privathaushalt, in dem Jugendliche und junge Erwachsene leben, handelt. Lebten in einem der erreichten Haushalte mehrere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren, fiel die Wahl auf die Person, die zuletzt Geburtstag hatte. Bei Personen im Alter von 12 und 13 Jahren wurde vor einer Befragung das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt.

Tabelle 10.1 Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis nach Geschlecht (DAS 2011)

	Gesamt	männlich	weiblich
Sehr leicht	17,1	19,6	14,5
Ziemlich leicht	20,0	20,8	19,2
Ziemlich schwierig	18,5	18,6	18,4
Sehr schwierig	11,0	11,5	10,4
Gar nicht möglich	31,9	27,9	36,1
Weiß nicht/Keine Angabe	1,5	1,6	1,4

Alle Angaben in Prozent.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert der weiblichen Befragten.

Multinomiale logistische Regression mit den Kovariaten Alter und Geschlecht. Referenzkategorie: „Gar nicht möglich“.

Ergebnisse sind gewichtet.

BZgA 2012a Sonderauswertung.

Tabelle 10.2 Orte der Cannabis-Verfügbarkeit bei Personen mit subjektiv sehr leichter Verfügbarkeit (DAS 2010)

	Gesamt	männlich	weiblich
Bei Freunden oder Bekannten	72,0	71,8	72,4
Auf der Straße	44,4	47,6	40,0
Discos	38,6	39,2	37,6
Coffee Shops	27,2	28,2	25,8
Kneipen	21,1	20,5	22,1
In der Schule	20,2	22,0	17,6
Am Urlaubsort	18,5	18,7	18,1
Hanf-Läden	17,8	16,6	19,5
In Jugendzentren	10,2	10,7	9,4
In der Familie oder Verwandtschaft	4,9	4,1	6,1
Nichts davon	0,9	0,8	1,1

Alle Angaben in Prozent. Mehrfachantworten möglich.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert der weiblichen Befragten.

Binäre logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht.

Ergebnisse sind gewichtet.

BZgA 2012a Sonderauswertung.

Beim Blick auf die Trends seit 1997 ist ersichtlich, dass, ähnlich wie die Prävalenzen (s. Kapitel 2) im selben Zeitraum, auch die Verfügbarkeit am Beginn der 2000er Jahre am höchsten war und seitdem rückläufig ist. Mehr als dreimal so viele junge Erwachsene (18-25

Jahre) haben sehr leichten Zugang zu Haschisch oder Marihuana wie Jugendliche (12-17 Jahre). Der Unterschied ist seit 1997 immer größer geworden, da die schnelle Verfügbarkeit von Cannabis für Jugendliche stärker rückläufig ist als bei jungen Erwachsenen. (Tabelle 10.3).

Tabelle 10.3 Trends der sehr leichten Cannabis-Verfügbarkeit (DAS 1997-2011)

Frage: Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an Haschisch oder Marihuana heranzukommen?

	12 bis 25 Jahre			12 bis 17 Jahre			18 bis 25 Jahre		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1997	20,4	21,8	18,9	15,3	13,6	17,1	23,9	27,6	20,1
2001	27,3	30,7	23,7	19,8	20,9	18,7	32,9	38,1	27,5
2004	20,8	24,2	17,3	13,8	15,7	11,8	26,1	30,5	21,5
2008	19,2	21,6	16,7	10,4	11,7	9,0	25,1	28,3	21,9
2011	17,1	19,6	14,5	7,2	9,1	5,2	23,4	26,3	20,3

Alle Angaben in Prozent.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert des Jahres 2011.

Binäre logistische Regressionen mit den Kovariaten Jahr und Alter (Gesamtspalten auch Geschlecht).

Ergebnisse sind gewichtet.

BZgA 2012a Sonderauswertung.

Dem Trendscout-Panel des Monitoring-Systems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt/M. sind Informationen zur (subjektiven) Verfügbarkeit von illegalen Drogen in verschiedenen Partyszenen zu entnehmen (Werse et al. 2012). Demnach wird die Verfügbarkeit von Cannabis in den jeweiligen Szenen einheitlich als sehr hoch eingestuft. Hochpreisiges Cannabis mit erhöhtem THC-Gehalt („Haze“) hat dabei in diversen Szenen deutlich an Popularität hinzugewonnen. Die bestehende Meinung über Cannabis ist in den betreffenden Umfeldern heterogen: Während die Substanz in einigen Szenen ein unverändert positives Image hat, wird sie insbesondere in Techno-Umfeldern im Zusammenhang mit der Assoziation von Antriebslosigkeit und eingeschränktem Sozialverhalten negativer bewertet. Der Verbreitungsgrad von Cannabis bewegt sich insgesamt etwa auf dem Niveau des vergangenen Jahres, nachdem sich der Konsum in den Jahren zuvor reduziert hatte. In der Popularität liegt Marihuana weit vor Haschisch, das in der Mehrheit nur in Ausnahmefällen, bei fehlender Verfügbarkeit von Marihuana, gekauft wird. Im Fall von Speed/Amphetamin ist die Konsumverbreitung und -intensität gleichbleibend hoch. Unter allen „harten“ Drogen wird die Verfügbarkeit von Amphetamin am höchsten bewertet. Erstmals wurde konkret über Angebot und Konsum von Methamphetamin berichtet, nachdem in den Jahren zuvor nur vage Informationen und lose Spekulationen über die Verbreitung bestanden. Aus sehr drogenaffinen und experimentierfreudigen Umfeldern der Techno- und der Party-Untergrund-Szene wurde über einen leicht steigenden Konsum und das Bestehen kleinerer Handelsnetzwerke gesprochen, allerdings mit der Betonung eines (noch) nicht vorhandenen

allgemeingültigen Szenetrends. Der Befragte aus dem Headshop teilte mit, dass Gerüchte im Umlauf wären, nach denen zugezogene Personen aus Ostdeutschland Methamphetamin in Frankfurter Clubs konsumierten und teils anderen Szenegängern angeboten hätten. Die im vergangenen Jahr konstatierte erhöhte Verfügbarkeit von MDMA-Kristallen oder MDMA-Pulver sowie deren Konsumanstieg hat sich nicht weiter fortgesetzt. Es wurde dennoch generell in sieben von neun Szenen aus dem Techno-Party-Bereich explizit über die Thematik informiert. Die Qualität wurde als „gleichbleibend sehr gut“ bewertet; allerdings wurde gegen Ende des Jahres eine deutliche Verschlechterung des Angebots wahrgenommen, nachdem es sich zuvor konstant auf dem Niveau des Vorjahres befunden hatte. Über eine Verschlechterung der Angebotsseite wurde für insgesamt drei Szenen berichtet, so dass ein gruppenspezifisches Einzelphänomen ausgeschlossen werden kann. Zudem ist mit den MDMA-Kapseln (Kristalle abgefüllt in herkömmlichen Gel-Kapseln) eine „neue“ Applikationsform vermehrt aufgetreten. In der Beliebtheit rangieren weiter das als deutlich hochwertiger wahrgenommene MDMA in Kristall- oder Pulverform vor Ecstasy-Tabletten. Der Bedeutungsabfall bei Kokain in den elektronischen Tanzszenen hat sich weiter fortgesetzt. Die Substanz spielt dort im Vergleich zu Speed oder Ecstasy nur noch eine untergeordnete Rolle. Vor allem aufgrund seines hohen Preises unterscheidet sich Kokain besonders in der Konsumfrequenz sehr stark von diesen Drogen. Etwas häufiger und für mehrere Szenesegmente wurde über das Aufkommen von höherwertigem und hochpreisigem Kokain („Flakes“) berichtet. Der Konsum von LSD und psychoaktiven Pilzen begrenzt sich wie in den Jahren zuvor auf einzelne Szenen und ist in diesen Umfeldern auch nur vereinzelt anzutreffen. Die allgemeine Verfügbarkeit wird als gering eingestuft. Die Verbreitung von Ketamin ist im Unterschied zum Vorjahr nicht angewachsen, nachdem in einigen Umfeldern Probleme im Zusammenhang mit seiner narkotisierenden und dissoziativen Wirkung unmittelbar auf Veranstaltungen aufgetreten waren. Das Risikobewusstsein bezüglich der Substanz ist laut Berichten der Trendscouts gestiegen und das Image hat sich tendenziell verschlechtert. Am Rande wurde auch über den vereinzelt Konsum von GHB/GBL informiert, der sich aber weiterhin auf spezielle Gruppierungen begrenzt. Andere illegale Substanzen wie Heroin, Opium oder Crack spielen praktisch keine Rolle. Die Anwendung von Hormonpräparaten zum Muskelaufbau wird ausschließlich aus der Bodybuilding-Szene berichtet.

Ein relativ neues Phänomen sind sogenannte Research Chemicals (RC), die, soweit sie dem BtMG noch nicht unterstellt sind, unter Außerachtlassung der Strafbarkeit nach dem Arzneimittelrecht rechtlich irreführend auch als „Legal Highs“ bezeichnet werden. Mit „RC“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z. B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabinomimetische Substanzen) bezeichnet, die (noch) nicht illegalisiert sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere, dem BtMG bereits unterstellte Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Verschleiend als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o. ä. aufgemacht, sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe) über Onlinehändler und zum Teil auch noch über immobile Headshops erhältlich (Werse et al. 2010).

Diesen Produkten kommt laut Trendscout-Panel des MoSyD (Werse et al. 2012) weiterhin nur eine randständige Bedeutung zu. Räuchermischungen mit synthetischen Cannabinoiden haben nur einen geringen Stellenwert im Vergleich zu herkömmlichen Cannabisprodukten. Insbesondere werden sie von Personen ersatzweise konsumiert, wenn kein handelsübliches Cannabis verfügbar ist. Ein weiterer angegebener Grund für den Konsum ist das Vorbeugen etwaiger Konsequenzen im Zusammenhang mit der Fahrerlaubnis. Weitere Research Chemicals im Bereich „Partydrogen“ sind bisher nur auf begrenzte Resonanz in sehr speziellen, experimentierfreudigen Szenen gestoßen. Das Gros der Konsumenten verlässt sich weiterhin auf das Angebot der illegalen Marktstrukturen, u. a. begründet mit fehlender Erfahrung im Umgang mit RCs, dem damit einhergehenden Risiko und der bislang relativen Unerforschtheit der Substanzen, u. a. in Bezug auf risikominimierende Konsumpraktiken.

10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

In den Vorjahren wurden nach Angaben des BKA (BKA 2011) mit Ausnahme von Cannabis (s.a. Kipke & Flöter 2009) und in vergleichsweise geringem Maße auch synthetischen Drogen illegale Drogen fast ausschließlich aus dem Ausland importiert.

Im Jahr 2011 wurde nach Angaben des BKA (2012a) erneut ein umfangreicher Anbau von Cannabis auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben, wobei sich die Zahl der entdeckten und sichergestellten Outdoorplantagen von 46 (2010) auf 98 (2011) und jene der Indoorplantagen von 348 auf 619 jeweils quasi verdoppelt hat. In den sichergestellten 717 Cannabisplantagen befanden sich insgesamt 121.799 Pflanzen. Bei den 98 Outdoorplantagen handelte es sich um zwei Profiplantagen (Anbaukapazitäten ab 1.000 Pflanzen), 19 Großplantagen (100-999 Pflanzen) und 77 Kleinplantagen (20-99 Pflanzen) mit insgesamt 7.661 (+40,1%) sichergestellten Cannabispflanzen. Die 619 Indoorplantagen setzen sich aus 32 Profiplantagen, 188 Großplantagen und 399 Kleinplantagen mit insgesamt 114.138 (53,2%) beschlagnahmten Cannabispflanzen zusammen. Die meisten Outdoorplantagen wurden in Bayern (14 Klein- und 3 Großplantagen) und Rheinland-Pfalz (12 Kleinplantagen) registriert, die meisten Indoorplantagen in Nordrhein-Westfalen (45 Klein-, 52 Groß- und 8 Profiplantagen), Baden-Württemberg (76 Klein-, 8 Groß- und 1 Profiplantagen) und Niedersachsen (35 Klein-, 27 Groß- und 9 Profiplantagen).

10.2.3 Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten

Laut Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des BKA-Präsidenten am 26.03.2012 wurden die hohen Sicherstellungsmengen von Amphetamin und Methamphetamin, die für den deutschen Konsummarkt bestimmt waren, überwiegend aus den Nachbarländern eingeschmuggelt. International entwickeln sich neben Westafrika zunehmend auch Ost- und Südafrika zu Transitregionen beim Schmuggel von Heroin aus Afghanistan und Kokain aus den Staaten Südamerikas (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BKA 2012). Nach dem Bericht des BKA (BKA-Pressestelle 2012) blieb Afghanistan auch 2011 das Hauptursprungsland des in Europa und in Deutschland gehandelten Heroins. Nach Erhebungen der Vereinten Nationen stieg die

Gesamtanbaufläche für Schlafmohn in Afghanistan im Jahr 2011 um 7 Prozent auf über 130.000 Hektar. Die Hauptanbau- und Produktionsländer für Kokain sind nach wie vor Kolumbien, Peru und Bolivien, wobei Peru als Herkunftsland in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Neben den USA blieb vor allem Europa Absatzmarkt für Kokain aus Südamerika. Die Region Osteuropa hat in den letzten Jahren sowohl als Absatz- als auch Transitraum von Kokain an Bedeutung gewonnen. Bei der Produktion synthetischer Drogen gewinnt der afrikanische Kontinent zunehmend an Bedeutung: Seit Mitte 2011 wurden in Nigeria die ersten Großlabore zur Herstellung von Methamphetamin in Westafrika sichergestellt. Daneben entwickelt sich Mexiko zu einem der weltweit führenden Staaten in der illegalen Herstellung von Methamphetamin. Dort wurden Labore sichergestellt, die Methamphetamin im Tonnenbereich produzieren konnten.

10.3 Beschlagnahmungen

10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

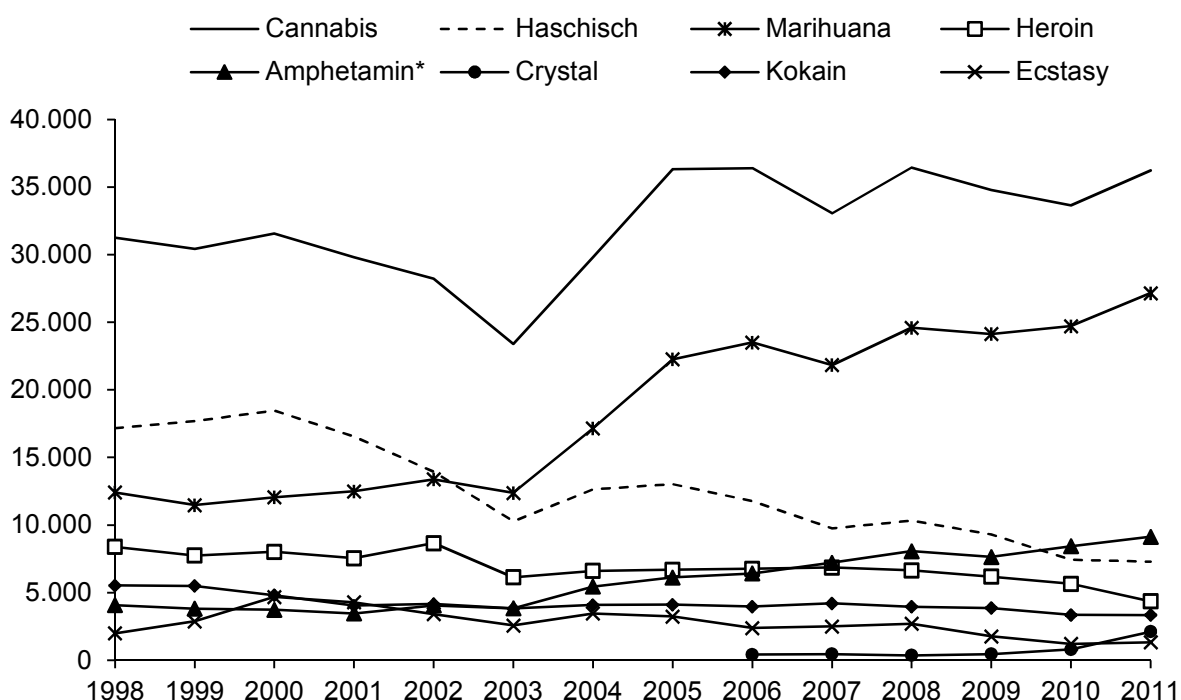
Im Vergleich der Jahre 2010 und 2011 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von Heroin (+5,0 %), Amphetamin (+16,3 %), kristallinem Methamphetamin (Crystal; +48,8 %), Khat (+51,1 %), Ecstasy (+110,5 %) und LSD (507,1 %), wohingegen die Beschlagnahmungsmengen von Crack (-11,9 %), psychoaktiven Pilzen (-17,0 %), Haschisch (-18,5 %) und Marihuana (-18,8 %) zurückgegangen sind. Während die Sicherstellungsmengen bei Khat und Crystal (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge) seit einigen Jahren kontinuierlich ansteigen und auf einen „echten“ Trend hindeuten, scheinen die im Vergleich zum Vorjahr stark gestiegenen Sicherstellungsmengen bei Ecstasy und LSD eher den niedrigen Werten des Jahres 2010 geschuldet zu sein. Hauptgrund für diese Schwankungen sind große Einzelbeschlagnahmungen, die die Werte deutlich erhöhen oder bei Ausbleiben im Vergleich zum Vorjahr verringern. Beispielsweise ist der Anstieg der Sicherstellungsmenge von Kokain von 2009 nach 2010 (+77,6 %) vor allem auf einige große Einzelsicherstellungen (1,3 t, 351 kg und 341 kg) zurückzuführen. Da solche Großsicherstellungen im Jahr 2011 ausblieben, liegt die sichergestellte Kokainmenge 2011 auf einem ähnlichen Niveau wie 2009 (BKA 2012a). Im Gegensatz dazu hat sich die Menge an sichergestelltem Methamphetamin (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge) fast verdreifacht. Tabelle 10.4 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jahren 2009-2011.

Tabelle 10.4 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2009 bis 2011

Substanz	2009	2010	2011	Veränderung 2010-2011
Heroin	758,4 kg	474,3 kg	497,8 kg	+5,0 %
Kokain	1.707,0 kg	3.030,8 kg	1.940,6 kg	-36,0 %
Crack	4,6 kg	3,2 kg	2,8 kg	-11,9 %
Amphetamin	1.375,5 kg	1.176,9 kg	1.368,4 kg	+16,3 %
Crystal	7,2 kg	26,8 kg	40,0 kg	+48,8 %
Ecstasy	521.272 KE	230.367 KE	484.992 KE	+110,5 %
Haschisch	2.220,0 kg	2.143,7 kg	1.747,5 kg	-18,5 %
Marihuana	4.298,0 kg	4.874,7 kg	3.957,4 kg	-18,8 %
LSD	20.705 Tr.	4.279 Tr.	25.978 Tr.	+507,1 %
Khat	24.004,5 kg	30.389,3 kg	45.913,8 kg	+51,1 %
Pilze	12,2 kg	16,0 kg	13,2 kg	-17,0 %

BKA 2012a.

Ein genauerer Indikator für (kurzfristige) Trends ist die Zahl der Sicherstellungsfälle (Abbildung 10.1). Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetamin, Crystal, Ecstasy, Cannabisprodukten und LSD lag 2011 (55.756 Fälle) 5,5 % über der von 2010 (52.841). Maßgeblich ausschlaggebend für die erhöhte Gesamtfallzahl von Sicherstellungen sind die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Marihuana (+9,9 %), Amphetamin (+8,3 %) und Crystal (+164,3 %). Crystal (2011: 2.112 Fälle) hat damit Ecstasy (+9,3 %; 2011: 1.322 Fälle) als am zweithäufigsten sichergestelltes Amphetamin-Typ-Stimulans (ATS) abgelöst. Ebenfalls angestiegen sind die Zahlen zu Sicherstellungen (bei vergleichsweise geringer Gesamtzahl) von LSD (+29,6 %), Pilzen (+7,5 %) und Opium (+9,5 %). Minimale Veränderungen zeigen sich bei den Sicherstellungszahlen von Haschisch (-1,9 %) und Kokain (-0,4 %), deutliche Rückgänge bei Heroin (-22,7 %) und (bei vergleichsweise geringer Gesamtzahl) bei Crack (-26,9 %) (BKA 2012a).



* In der Kategorie Amphetamin sind bis inkl. 2005 auch Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" enthalten, das seit dem Jahr 2006 gesondert erfasst wird.

BKA 2012a.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2011

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine (+419 bzw. +202 %) und Rückgänge bei Ecstasy (-72 % bzw. -70 %) (Tabelle 10.5). Die Fallzahlen 2011 für Heroin (-46 %) und Kokain (-31 %) sind im Vergleich zu 2000 jeweils deutlich zurückgegangen, obwohl die Veränderungen bei den Sicherstellungsmengen (Heroin: -38 %; Kokain: +113 %) sehr unterschiedlich ausfallen (BKA 2012a).

Tabelle 10.5 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen

	2011 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine*	Ecstasy	Cannabis	Pilze	Khat
Fälle	2010	-23 %	-0,4 %	+22 %	+9 %	+7 %	+8 %	+46 %
Menge	2010	+5 %	-36 %	+17 %	+111 %	-19 %	-17 %	+51 %
Fälle	2000	-46 %	-31 %	+202 %	-72 %	+13 %		
Menge	2000	-38 %	+113 %	+419 %	-70 %	-60 %		

Hinweis: Zuwächse >10 % sind durch Rahmen, Rückgänge >10 % durch Schattierung gekennzeichnet.

* Unter der Kategorie Amphetamine ist auch „Crystal“ subsumiert.

BKA 2012a.

Im Jahr 2011 wurden in 1.804 Fällen (2010: 1.517) 133.650 Cannabispflanzen (2010: 101.549) beschlagnahmt (Tabelle 10.6), was jeweils einen deutlichen Anstieg der sichergestellten Pflanzen (+31,6 %) und der Fallzahl (+18,9 %) bedeutet. Die Sicherstellungsmenge hat damit wieder das Niveau von 2009 erreicht, die Fallzahl ist die höchste seit 2003 (BKA 2012a). Die gestiegene Zahl und Menge der sichergestellten Pflanzen sowie die Verdoppelung der sichergestellten (Klein-)Plantagen (s. 10.2.2) deuten zum einen auf einen vermehrten (Eigen-) Anbau von Cannabis in Deutschland sowie, wenn man die steigenden Sicherstellungszahlen von Marihuana und die sinkenden von Haschisch einbezieht (s. 10.3.1), auf eine steigende Präferenz für Marihuana und eine verminderte für Haschisch hin.

Tabelle 10.6 Sicherstellung von Cannabispflanzen

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Menge ¹⁾	35.863	68.133	93.936	190.241	135.252	121.663	127.718	101.549	133.650
Fälle	750	1.008	1.035	1.121	1.463	1.526	1.359	1.517	1.804

1) in Stück.

BKA 2012a.

10.3.2 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen

Zusätzlich zu den in illegalen Drogenlaboren beschlagnahmten Grundstoffen und Chemikalien (s. 10.3.3) wurden 2011 6.000 kg Phenyllessigsäure, 2.500 kg Kaliumacetat, 200 kg Acetophenon, 63 l Methylethylketon, 20,2 kg Ephedrin, 3 kg Pseudoephedrin, 0,3 kg Norephedrin und 654 pseudoephedrinhaltige Tabletten sichergestellt, welche offensichtlich zur illegalen Betäubungsmittelherstellung bestimmt waren (BKA 2012a).

10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2011 wurden 19 illegale Drogenlabore sichergestellt, was eine leichte Steigerung gegenüber dem Vorjahr (16 Labore) bedeutet. Wie schon im Vorjahr handelte es sich überwiegend (bei 15 Laboren) um Kleinlabore zur Herstellung von ATS, die über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmerkreises verfügten. Ein Labor diente zur Herstellung von GHB (BKA 2012a).

Insgesamt wurden in den sichergestellten Laboren 16,8 kg Amphetamin, 0,14 kg Methamphetamin und 12 ml GHB beschlagnahmt. Dazu kamen die Grundstoffe Essigsäureanhydrid (2,7 kg), Phenyllessigsäure (0,25 kg), Salz- und Schwefelsäure (76,8 l bzw. 7,6 l), Aceton (16,6 l), Ethylether (4,6 l), Benzylmethylketon (BMK; 24,2 kg), Toluol (8,6 l), Pseudoephedrin (0,01 kg) und pseudoephedrinhaltige Tabletten (1.236 KE) (BKA 2012a).

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

10.4 Preis / Reinheit

10.4.1 Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise (Tabelle 10.7) wurden von 2010 nach 2011 kaum signifikante Veränderungen festgestellt.

Im Kleinhandel blieben die Preise für Kokain (+0 %), Ecstasy (+0 %), Haschisch (+1 %), Marihuana (+2 %), Amphetamin (+5 %) und LSD (+9 %) entweder unverändert oder stiegen leicht an. Die Preise für Heroin (+17 %), Crystal (+17 %) und Crack (+18 %) stiegen dagegen im Bundesdurchschnitt spürbar an.

Die Preise auf Großhandelsebene sind nur schwer mit denen der Vorjahre vergleichbar: Eine internationale Expertengruppe unter Leitung der EBDD hat eine Harmonisierung der Datenerhebungsverfahren zu Drogengroßhandelspreisen in Europa initiiert, woraufhin im ersten Schritt eine deutlichere Differenzierung der Großmengen in Kategorien von 0,5 bis < 1,5 kg (bzw. 500 bis < 1.500 Konsumeinheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000 bis < 100.000 KE) und darüber hinausgehenden Mengen¹²⁷ vorgenommen und auch vom BKA umgesetzt wurde.

Während die Preise für Großmengen von Heroin leicht sowie für Kokain von 0,5 bis < 1,5 kg und Amphetamin von 10 kg bis < 100 kg deutlich gestiegen sind, sind die anderen Großhandelspreise entweder stabil geblieben oder gesunken.

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

Laut Trendscout-Panel des MoSyD-Jahresberichtes Frankfurt/M. (Werse et al. 2012) sind die Preise für Cannabisprodukte in den letzten Jahren stetig angestiegen. 2011 hat sich der geschätzte Preis von Marihuana im Schnitt nochmals auf 9,50 € (2010: 9 €) und der von Haschisch auf 7 € (2010: 6,80 €) erhöht. Die Gründe für den abermaligen Preisanstieg sind vermutlich die bessere Verfügbarkeit und die generelle Popularisierung von Sativa-Sorten („Haze“), die traditionell aufgrund eines erhöhten Wirkstoffgehalts und einer längeren Zuchtphase gegenüber Indica-Sorten am Markt teurer verkauft werden. Die preisliche Differenz wurde durchschnittlich mit etwa 5 € angegeben (Sativa: 12 €; Indica: 7 €). MDMA-Kristalle liegen mit einem durchschnittlichen Preis von knapp unter 50 Euro deutlich unter dem Vorjahrespreis. Mutmaßlich haben die gesteigerten Absatzzahlen und ein erhöhter Konkurrenzdruck aufgrund des verbesserten Angebots, zumindest Anfang bis Mitte des Jahres, zu der Preiskorrektur seitens der Händler geführt. Differenzierte Schätzungen der Trendscouts liegen bei Ecstasy-Tabletten vor: „Gewöhnliches“ Ecstasy wurde im Club normalerweise für einen Durchschnittspreis von 5 Euro angeboten, der Preis für „Pillen“ mit (zumindest vorgeblich) erhöhtem MDMA-Gehalt lag dagegen bei ca. 8 Euro. Der Preis für Amphetamin war 2011 über alle Szenen in Frankfurt/M. relativ konstant und lag bei etwa 11 Euro pro Gramm. Der geschätzte Preis für ein Gramm Kokain betrug circa 70 Euro und ist

¹²⁷ Grundsätzlich sollen auch Daten im Mengensegment über 100 kg erhoben werden. Aufgrund der nur sehr geringen Datenbasis liegen dem BKA diesbezüglich jedoch bislang keine belastbaren Repräsentativwerte vor (Bundeskriminalamt, SO 51).

damit gegenüber den Vorjahren leicht gestiegen, was aber möglicherweise mit der verbesserten Qualität zusammenhängt. Der Preis von LSD wurde als schwankend bezeichnet und lag zwischen 10 bis 15 Euro pro „Ticket“, Ketamin wurde für ungefähr 30 Euro je Ampulle oder 40 Euro pro Gramm gehandelt.

Tabelle 10.7 Preise verschiedener Drogen 2010 - 2011 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe- tamin	Crystal	Mari- huana	Canna- bisharz	LSD
Kleinmengen ¹⁾	2011	42,4	65,7	58,5	6,6	13,1	78,7	8,9	7,2	9,8
	2010	36,2	65,6	49,5	6,6	12,5	67,3	8,7	7,1	9,0
Änderung		+17%	0%	+18%	0%	+5%	+17%	+2%	+1%	+9%
Großmengen ²⁾										
0,5 bis <1,5kg (500 bis <1.500KE)	2011	25.429	45.875	--	2.193	4.453		4.151	2.912	--
	2010	24.548	40.383	--	2.797	4.832		4.285	2.836	--
1,5 bis <10kg (1.500 <10.000KE)	2011	21.000*	35.400	--	2.808	3.050		3.889	1.929	--
	2010	17.000*	37.625*	--	2.725*	3.627*		3.831	1.897	--
10 bis <100kg (10.000-100.000KE)	2011	--	33.000*	--	--	2.350*		4.333*	1.900*	--
	2010	--	--	--	--	1.626*		4.650*	2.500*	--

1) Preis pro Gramm.

* Mittelwert basiert auf sehr geringer Datengrundlage (weniger als fünf Bundesländer)

2) Preis pro Kilogramm.

Bundeskriminalamt SO 51 2012, persönliche Mitteilung.

Gewinn durch den Verkauf von Marihuana

Nach Erkenntnissen des Kriminaltechnischen Institutes beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf können bei sachgerechter Zucht aus einer ausgewachsenen Cannabispflanze mindestens 25 g konsumfähiges Marihuana gewonnen werden. Der Durchschnittswert aus etwa 50 Cannabisplantagen mit erntereifen bzw. geernteten Pflanzen liegt seit etwa fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen bei etwas über 40 g an konsumfähigem getrocknetem Marihuana. Bei professionellen Anlagen werden auch über 50 g erreicht. Der für die Ertragserrechnung angenommene Durchschnittswert ist auf 40 g abgerundet. Bei den Berechnungen zum Ertrag einer Cannabisindoorplantage wird der Mindest- und der Durchschnittswert ermittelt, indem die Anzahl der Pflanzen mit der Mindest- (25 g) bzw. der Durchschnittsmenge (40 g) an möglichem konsumfähigem Marihuana multipliziert werden. Das errechnete Gewicht wird dann mit dem aktuellen Straßenverkaufspreis (2011: 8,90 €/g) bzw. mit dem Großhandelspreis (2011: 2.889 €/kg) multipliziert. Von diesen Werten werden dann die Kosten für die Pflanze (ein Steckling kostet z. B. in den Niederlanden 2,50 €) und anteilig für das eingesetzte wieder verwendbare technische Equipment in Höhe von

insgesamt 10 € pro Pflanze abgerechnet. Kosten für die Energieversorgung werden hier nicht angeführt, da in der überwiegenden Zahl der Fälle von sichergestellten Cannabisindoorplantagen der für den Betrieb erforderliche Strom illegal abgezweigt wurde. Im Ergebnis können mit 1.000 Cannabispflanzen Gewinne beim Straßenverkauf zwischen 212.500 € und 346.000 €, beim Großhandel zwischen 62.225 € und 105.560 € erzielt werden.

Für das Jahr 2011 bedeutet das bei 133.650 sichergestellten Pflanzen einen nicht erzielten Profit von 8,3 Mio. € - 14,1 Mio. € im Großhandel und zwischen 28,4 Mio. € und 46,2 Mio. € im Straßenhandel (Bundeskriminalamt, SO 22 und eigene Berechnungen).

10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen¹²⁸

Zusammensetzung von illegalen Drogen

Heroin, Kokain und Amphetamin

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA (KT 34) auf Anfrage der DBDD (siehe auch Kapitel 10.1/Reinheit). Abbildung 10.2 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 2002.

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 3.102 (2010: 2.774) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet. Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetamin nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigster Verschnittstoff Laktose. Der Wirkstoffgehalt von Amphetamin ist, nachdem er zwischen 2004 (7,9 %) und 2009 (4,8 %) kontinuierlich gesunken war, in den Jahren 2010 (6,6 %) und 2011 (6,9 %) wieder gestiegen.

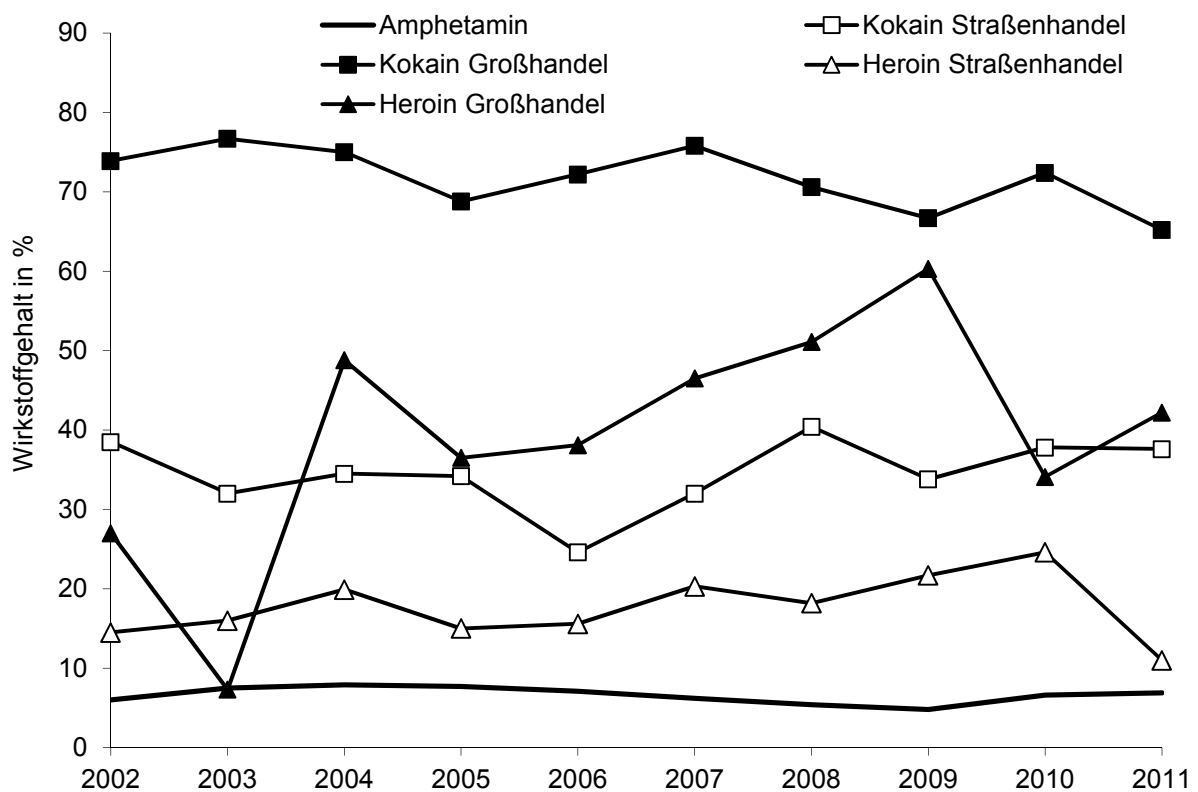
Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Insgesamt wurden im Jahr 2011 2.970 (2010: 3.116) Kokainproben ausgewertet. Auch wenn der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel im Jahr 2011 den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre betrug, ist er doch über den betrachteten Zeitraum ebenso stabil (um 70 %, +-5 %) wie im Straßenhandel (um 35 %; von einem Ausreißer auf 24,6% in 2006 abgesehen) und betrug dort 2011 37,6 % (2010: 37,8 %). Als Zusätze wurden vor allem Tetramisol/Levamisol, Phenacetin und Lidocain und als Verschnittstoff Laktose nachgewiesen. Canadian Harm Reduction (Canadian Harm Reduction 2010) warnt vor den Nebenwirkungen von Levamisol, welches anscheinend schon an der Herkunftsquelle dem Kokain beigemischt wird und weltweit in 60 %-90 % des weltweiten Kokainaufkommens enthalten ist.

Für 2011 wurden 2.915 (2010: 4.111) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.2). Zusatzstoffe waren, wie in den Vorjahren, vor allem Koffein

¹²⁸ Die Zahlen für die Wirkstoffgehalte stammen aus der Kriminaltechnik des Bundeskriminalamtes (KT 34). Die Interpretation der Daten wurde von der DBDD vorgenommen.

und Paracetamol; der häufigste Verschnittstoff war Laktose. Der Wirkstoffgehalt des Heroins ist im Straßenhandel nach (von Ausreißern abgesehen) kontinuierlichem Anstieg zwischen 2002 und 2010, wo er mit fast 25 % den höchsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, im Jahr 2011 sehr stark auf 11,0 % gesunken. Im Großhandel unterliegt der Wirkstoffgehalt des Heroins großen Schwankungen: Zwischen 2005 (36,5 %) und 2009 (60,3 %) hat sich die Reinheit des Heroins nahezu verdoppelt, ist dann 2010 sehr stark auf 34,1 % gesunken und beträgt 2011 42,2 %.

Die aktuellen Werte sind den Standardtabellen 15 und 16 zu entnehmen.



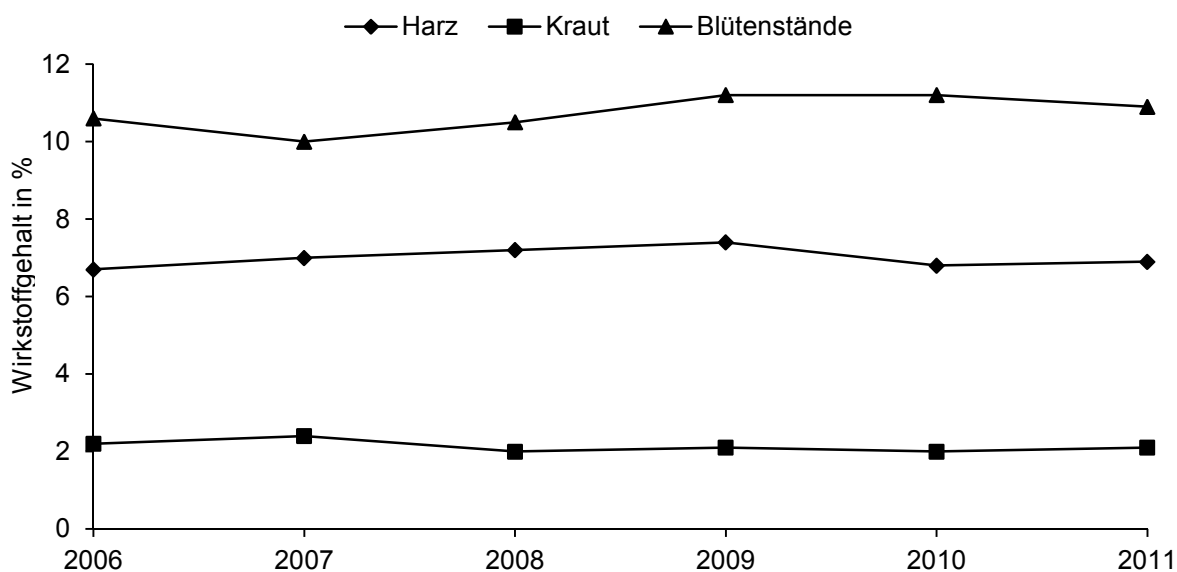
Bundeskriminalamt, KT 34.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin

Elsner und Kollegen (2011) berichten über sechs Fälle von destruirenden Zusatzstoffen in Straßenheroin Ende September/Anfang Oktober 2011 in Bochum. Bei den intravenös Drogengebrauchenden (IVD) zeigten sich spätestens am zweiten Tag post injectionem (p.i.) grünliche Hauteffloreszenzen im Bereich einer verhärteten Einstichstelle, aus der sich sehr schnell Haut- und Weichteildefekte ergaben. Die IVD gaben an, Heroin als Pulver gekauft zu haben, welches „wie immer“ ausgesehen habe sowie einen Opiatrausch erlebt zu haben. Die Autoren kommen aufgrund der Symptome zu dem Schluss, dass die Schädigungen entweder durch dem Straßenheroin beigemengtes Desomorphin (Szenename: „Krokodil/Krok“) oder noch unbekannte Agenzien verursacht wurden.

Cannabis

Seit 2006 werten alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen aus, da die wirkstoffreicheren Blütenstände ohne das Kraut verstärkt auf dem illegalen Drogenmarkt auftauchen. Die Bestimmung des THC-Gehalts¹²⁹ erfolgte 2011 auf der Basis von gemeldeten Datensätzen zu 2.714 Proben Cannabiskraut, 5.516 Proben mit Blütenständen und 1.976 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Die Blütenstände hatten 2011 einen Wirkstoffgehalt von 10,9 % (2010: 11,2 %), das Cannabiskraut von 2,1 % (2010: 2,0 %). Seit der getrennten Erfassung im Jahre 2006 hat es weder bei den Blütenständen (um 11 %) noch beim Cannabiskraut (um 2 %) wesentliche Veränderungen gegeben (s. Abbildung 10.3).



Bundeskriminalamt, KT 34.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalt von Cannabis

Der Deutsche Hanfverband (DHV) listet die jeweils 250 neuesten Streckmittelmeldungen zu Cannabis auf seiner Website¹³⁰. Seit 25.05.2009 erreichten den DHV über 4.000 Streckmittelmeldungen. Bei der Zuordnung der Streckmittel handelt es sich meist um Vermutungen, die auf z. B. ungewöhnlichem Abbrandverhalten, Auffälligkeiten bei der Asche, Wirkung und Nebenwirkungen basieren. Die am häufigsten genannten Streckmittel sind Brix, Sand, Haarspray und Zucker.

Ecstasy

Im Jahr 2011 wurden für insgesamt 754.876 Tabletten und Kapseln (2010: 140.895) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 99,6 % (entsprechend 751.904) aller Konsumeinheiten (2010: 97,1 %) enthielten einen

¹²⁹ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.

¹³⁰ <http://hanfverband.de/index.php/themen/streckmittel>

psychotropen Wirkstoff (Monopräparate). Bei den Monopräparaten dominierte 3,4-Methylendioxy-N-methyl-amphetamin (MDMA) mit einer Häufigkeit von 95,3 %, gefolgt von Methamphetamin (3,3 %), 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin (m-CPP; 0,9 %), Amphetamin (0,5 %) und 2C-B (<0,1 %).

Bemerkenswert ist, dass wieder, wie in den Jahren bis einschließlich 2008, fast ausschließlich MDMA als psychoaktiver Wirkstoff in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen wurde, m-CPP dagegen, welches in den Jahren 2009 (65,2 %) und 2010 (61,1 %) im Großteil der sichergestellten Monopräparate als psychoaktiver Wirkstoff identifiziert wurde, 2011 nahezu bedeutungslos geworden ist.

Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.8 dargestellt. Demnach ist der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA seit 2008/09 (51 bzw. 50 mg/KE) in den Folgejahren jeweils gestiegen (2010: 58 mg/KE; 2011: 73 mg/KE). Kontinuierlich gestiegen ist seit 2008 (0,8 mg/KE) auch der Wirkstoffgehalt von Amphetamin: Er betrug 2011 5 mg/KE. Der Wirkstoffgehalt von Methamphetamin schwankt seit 2008 sehr stark und hat 2011 ebenso wie MDMA und Amphetamin einen relativ hohen Wert erreicht (12 mg/KE). Seit 2008 hat sich der Wirkstoffgehalt von m-CPP kaum verändert (2011: 29 mg/KE).

Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurden als Beimengungen am häufigsten, Laktose, Koffein und Cellulose gemeldet.

Tabelle 10.8 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

Wirkstoff	Menge				Median			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
MDA	9,9 ¹⁾				9,9 ¹⁾			
MDE								
MDMA	0,2-168	0,6-170	0,1-140	6-242	51	50	58	73
Amphetamine	0,5-20	0,2-37	0,3-21	0,4-54	0,8	2	3	5
Methamphetamin	0,4-26	0,1-15	1,7-33	7-14	13	0,5	5	12
m-CPP 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin	0,7-43	2,7-53	0,1-100	0,2-39	28	27	30	29

1) Lediglich eine Sicherstellung.

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Bundeskriminalamt, KT 34.

Analog zu den Analysedaten des BKA wird auch im Trendscout-Panel des MoSyD in Frankfurt/M. über die Wiederkehr von Ecstasytabletten mit einem erhöhten MDMA-Gehalt in Bereichen der Techno-Szenen berichtet. Konsumenten hatten die Tabletten bei „drug checking“-Instituten in der Schweiz testen lassen. Die Ergebnisse lagen mit einem Wert von bis zu 150 mg weit über dem Durchschnitt (50 mg bis 100 mg). In diesem Zusammenhang befindet sich das Image von Ecstasy in den meisten Szenen wieder etwas im Wandel.

Dennoch besteht beim Großteil der Konsumenten weiterhin eine große Skepsis, zumal in den Vorjahren ein erheblicher Teil der als Ecstasy angebotenen Tabletten gar kein MDMA, sondern Piperazine (BZP bzw. m-CPP) enthielten, deren Wirkung als unangenehm empfunden wurde (Werse et al. 2012).

Synthetische Cannabinoide

Im Rahmen des EU-Projektes zu „Spice and synthetic Cannabinoids“ (s.a. Kapitel 1.3.2) entstanden sowohl Publikationen zur (erstmaligen) Identifikation synthetischer Cannabinoide als auch zum gezielten Einsatz (neuer) analytischer Verfahren zum Nachweis und zur Differenzierung verschiedener Derivate (Hutter et al. 2012; Kneisel et al. 2011a,b; Moosmann et al. 2012).

Da die zu Cannabinoidmimetika publizierte Literatur unzureichende massenspektrometrische Daten enthält und dadurch bei jedem neu erscheinenden Derivat zeitaufwändige und umfangreiche Untersuchungen zur Strukturaufklärung notwendig machen, stellen Kneisel und Kollegen (2011b) massenspektrometrische und, soweit verfügbar, auch infrarotspektroskopische Daten zu 16 neuen Cannabinoidmimetika zur Verfügung. In einer anderen Arbeit berichten Hutter und Kollegen (2012) über die Identifikation der Hauptmetaboliten von sieben weit verbreiteten synthetischen Cannabinoiden (JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-210, JWH-250 und RCS-4) im menschlichen Urin und weisen auf die sich daraus ergebenden Möglichkeiten für Drogenscreenings hin.

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland

11.1 Geschichte und allgemeine Rahmenbedingungen

11.1.1 Überblick

Die stationäre Versorgung ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- und Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten. Davon existieren 4.000 Plätze für Drogenabhängige. Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich der körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Dieses Sonderkapitel basiert auf den Vorgaben der EMCDDA, die die Beschreibung der stationären Versorgung auf Landesebene angeregt hat, um einen EU-weiten Vergleich zu ermöglichen. Demgemäß werden die historischen Entwicklungsverläufe und die aktuelle Rolle und Entwicklungen im übergeordneten Drogenhilfesystem sowie die Verfügbarkeit und die Merkmale stationärer Versorgungsprogramme dargestellt. Die Beschreibung der Qualitätssicherungssysteme und ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen schließen das Kapitel ab.

In Anlehnung an die Vorgabe der EMCDDA ist „stationäre Versorgung“ definiert als eine Bandbreite stationärer Behandlungsmodelle und -programme, therapeutischer oder anderer Angebote für Drogenkonsumenten, die medizinische und psychosoziale Interventionen im Kontext stationärer Unterbringung in Anspruch nehmen. Ein entscheidendes Kriterium solcher Programme ist, dass sie verschiedenen Behandlungsbedürfnissen entsprechen und sowohl den Drogenkonsum, Gesundheit und Lebensqualität als auch berufliche und soziale Teilhabe berücksichtigen. Das Sonderkapitel befasst sich explizit nicht

- mit stationärer Entgiftung,
- mit Angeboten, die sich einzig der Vorhaltung sozialer Unterstützung für Drogenabhängige widmen (z. B. Notunterkünfte, Wohnheime) und
- mit Angeboten für Drogenkonsumierende in Haftanstalten oder für abhängigkeitskranke Sträflinge in Maßregelvollzugskliniken gemäß § 61 StGB.

Diese Bereiche - vor allem die stationäre Entgiftung - sind selbstverständlich wichtige Bestandteile der stationären Versorgung. Doch um die Vergleichbarkeit der stationären Versorgung auf EU-Ebene zu gewährleisten, wird in erster Linie die medizinische Rehabilitation in den Fokus genommen, die eng mit sozialen Rehabilitationsmaßnahmen

verknüpft ist. Hier soll die durch die Entgiftung erreichte Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig beendet werden.

Um ein möglichst umfassendes Bild der stationären Versorgung zu ermöglichen werden verschiedene Quellen genutzt. Allerdings können diese aufgrund ihrer Selektivität nur bedingt miteinander verglichen werden. Grundlegende Daten für die stationäre Versorgung bieten neben der Deutschen Suchthilfestatistik auch der Basisdatensatz Suchtpsychiatrie, die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, die Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Basis- und Katamnesedaten des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe, die Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht sowie regionale Monitoringsysteme.

11.1.2 Geschichte der stationären Versorgung seit 1945

In der Nachkriegszeit war die Suchthilfe in Deutschland wenig organisiert und arbeitete vorwiegend mit ehrenamtlichen Helfern. 1962 wurde die Zahl der stationären Einrichtungen für Alkoholabhängige bundesweit mit 18 angegeben, 1968 mit 26. Insgesamt standen etwa 1000 bis 2000 Betten zur Verfügung, für Abhängige illegaler Drogen existierten keine besonderen Einrichtungen (Vogt & Scheerer 1989). Vor dem Hintergrund der Zunahme jugendlicher Drogenkonsumenten Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre sowie der Weichenstellung durch die Umwandlung des Opium- zum Betäubungsmittelgesetz (1981) fiel der Startschuss für den Ausbau der stationären Drogentherapie. Ein wichtiger Meilenstein war die Anerkennung der Sucht als Krankheit im Jahre 1968 (BSG-Urteil vom 18. Juni 1968), wodurch die Kosten der Suchtbehandlung von den Kostenträgern übernommen werden mussten (Schmid & Vogt 1998). In der Folge stieg sowohl die Nachfrage nach Behandlungsplätzen für Alkoholabhängige als auch der Bedarf an geeigneten Behandlungsangeboten für Drogenabhängige. Aus den sogenannten „Release-Gruppen“, die vorher als Anlaufstelle für opiatabhängige Jugendliche dienten, entwickelten sich professionelle und planmäßig geförderte Angebote.

Die Notwendigkeit differenzierter Angebote für Alkohol- bzw. Drogenabhängige wurde für den stationären Bereich insbesondere im „Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs“ aus dem Jahr 1970 bekräftigt:

„Die Zusammenlegung von Drogensüchtigen mit Alkoholsüchtigen oder mit Geisteskranken in den psychiatrischen Kliniken ist vom therapeutischen Standpunkt her abzulehnen. Der Mangel an eigenen Einrichtungen und Sonderabteilungen in Kliniken für diese Gruppe ist besorgniserregend“ (BMJFG 1972).

Ein umfangreiches Förderprogramm der Bundesregierung wurde initiiert, das als „Großmodell zur Beratung und Behandlung drogen- und alkoholgefährdeter und -abhängiger junger Menschen“ bekannt wurde (Schmid 2003). Innerhalb dessen wurden neben ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen auch Entzugskliniken und therapeutische (Wohn-) Gemeinschaften (TG) gefördert. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden „Mindestkriterien“ für die stationäre Drogenbehandlung erarbeitet. Insbesondere die

Einstellung psychosozialer Fachkräfte führte zu einer zunehmenden Professionalisierung der therapeutischen Einrichtungen.

Die Aufnahme in eine TG war mit erheblichen bürokratischen Hürden verbunden, nicht zuletzt aufgrund des noch knappen Angebotes (Bühringer 1996). Stationäre wie ambulante Drogentherapie war geprägt vom Abstinenzparadigma sowie einem rigiden Therapieverständnis von „Nachreifung“ und „Resozialisierung“. Diese auf Konfrontation und Repression basierenden Therapieansätze führten allerdings zu hohen Abbruchs- und folglich niedrigen Erfolgsraten (Schmid & Vogt 1998).

Am 20. November 1978 wurde die Empfehlungsvereinbarung „Sucht“ der Krankenkassenträger und Rentenversicherungsanstalten verabschiedet (Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1978). Diese schrieb für Drogeneinrichtungen eine maximale Größe von 30 Plätzen fest. Die damaligen Gründe sind auch heute noch aktuell: Die überschaubare Größe verhilft den Drogenabhängigen zur besseren Orientierung und trägt zu ihrer umfassenden und individuellen Förderung bei (DHS 2008). Hier wurde weiterhin festgelegt, dass die Krankenkassen primärer Kostenträger für die Entgiftung sind und die Rentenversicherung zuständig für die stationäre Entwöhnungsbehandlung ist. Diese sollte gewährt werden, wenn eine dauerhafte Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft möglich schien. Weiterhin konnten Entwöhnungsbehandlungen nur in Einrichtungen durchgeführt bzw. vom Rentenversicherungsträger finanziert werden, wenn diese von dem selbigen auch dafür anerkannt waren (Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1978). Gerade die TGs hatten Probleme, die Anforderungen zur Finanzierung durch die Rentenversicherungsträger zu erfüllen, da weder Diagnosen vergeben wurden noch Behandlungspläne oder Ärzte vorhanden waren. Um von den Rentenversicherungsträgern gemäß ihrer Qualitätsstandards anerkannt zu werden, professionalisierten die therapeutischen Einrichtungen ihre Konzepte, verstärkten ihre Kooperation mit dem medizinischen Bereich und setzten stärker auf therapeutische Zusatzqualifikationen (Schmid 2003).

In den 80er Jahren verloren die TGs ihre Monopolstellung bei der Behandlung Drogenabhängiger (Schmid & Vogt 1998) (vgl. Kapitel 2.2.1). Stationäre Übergangseinrichtungen und sogenannte „Kompakttherapien“ wurden ausgebaut (vgl. Kapitel 2.2.4), die Langzeittherapien im Rahmen der TGs verkürzten sich. Der Umgang mit Rückfällen änderte sich insofern, als dass jener zunehmend als Teil des therapeutischen Prozesses verstanden wurde und nicht mehr ohne Weiteres ein Grund für eine Entlassung war. Neben dem „kalten“ Entzug etablierten sich verschiedene Formen medikamentengestützter Entzugsprogramme (Schmid & Vogt 1998).

Ab 1980 ergänzten gewerbliche Einrichtungen die bis dahin ausschließliche Trägerschaft des Suchthilfesystems durch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege (Täschner et al. 2010).

Ein wichtiger Meilenstein war das zum 1. August 1981 in Kraft getretene Betäubungsmittelgesetz (BtMG), welches auf die Kooperation zwischen Justiz, Suchthilfe

und Kostenträger ausgerichtet war, um Drogenabhängigkeit und Begleitkriminalität gemeinsam wirkungsvoll bewältigen zu können (Kraatz-Maček 2011; Künzel et al. 2012). Straffällig gewordenen Drogenabhängigen konnte nun eine Behandlung ihrer Abhängigkeit außerhalb des Strafvollzuges ermöglicht werden. Entsprechend des § 35 BtMG kann die Strafvollstreckung in bestimmten Fällen zugunsten einer therapeutischen Versorgung zurückgestellt, auf die Strafe angerechnet oder die Vollstreckung einer Reststrafe ausgesetzt werden. Bis 1992 galt diese Regelung nur für die Behandlung in stationären Einrichtungen, seither ist es auch möglich, die Auflagen im Rahmen von ambulanten Therapien zu ermöglichen (Schmid & Vogt 1998).

Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte ist im deutschen Suchthilfesystem zudem die Abkehr von relativ einheitlich ausgerichteten Therapiekonzepten hin zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Suchthilfeangebote zu erkennen. Wichtiger Meilenstein im Jahr 2001 war der Ersatz der Empfehlungsvereinbarung von 1978 durch die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“ (Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen). Hier werden in dezidierter Weise Form und Inhalte der Therapie vorgegeben, das Fachpersonal bestimmt, Organisationsstruktur der Rehabilitation festlegt und die Dauer der Therapie empfohlen (DRV et al. 2001c).

11.1.3 Strategien und grundsätzliche Rahmenbedingungen stationärer Versorgung

Nach der Grundsatzentscheidung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) vom 18. Juni 1968 handelt es sich bei der Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit um eine behandlungsbedürftige Krankheit (buss 2012). Menschen mit einer substanzbezogenen Störung steht unter der Berücksichtigung weiterer Voraussetzungen (vgl. Kapitel 11.2.1) eine Kostenübernahme der erforderlichen akutmedizinischen (Entzug bzw. Entgiftung) und entwöhnungsorientierten Behandlung (medizinische Rehabilitation) zu. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung zählt in Deutschland überwiegend zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 9 und 15 Sozialgesetzbuch (SGB) VI. 85 % der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich Abhängigkeiten werden durch den Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) als Leistungsträger finanziert (Koch 2011). Grundlage ist die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001. Wenn keine Ansprüche bei der gesetzlichen Rentenversicherung (RV) gemäß SGB VI bestehen, wird geprüft, ob ein Anspruch auf Kostenübernahme bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Falls weder bei der RV noch bei der GKV Ansprüche bestehen, tritt zur Finanzierung der stationären Drogentherapie der jeweils zuständige Sozialhilfeträger gemäß SGB XII im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips (nachrangige Zuständigkeit) ein (Jungblut 2004). Arbeitslose und ältere Bürger haben ebenso einen einklagbaren Anspruch auf Entwöhnung bzw. deren Finanzierung. Bei Beamten sind die jeweils geltenden beamtenrechtlichen Versorgungsregelungen zu berücksichtigen. Private Krankenkassen haben die Suchtbehandlung überwiegend vertraglich aus ihrer Leistungsgewährung ausgeschlossen.

Entweder kann hier auf Kulanzbasis eine Kostenübernahme erreicht werden oder die Patienten müssen die Behandlung selbst zahlen (buss 2012). Im Falle einer fehlenden Finanzierung der Behandlung kann auf kostenfreie Angebote, wie z. B. der Selbsthilfe zurückgegriffen werden.

Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich der körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (DRV et al. 2001c).

Die Kosten für die Suchtrehabilitation machten im Jahr 2010 17 % (500 Mio. Euro von 3.011 Mio. Euro ohne Übergangsgeld) der Gesamtkosten medizinischer Leistungen der DRV aus (Beckmann & Naumann 2012). Die Gesamtausgaben der RV im Zusammenhang mit illegalen Drogen in Form von medizinischen Rehabilitationen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Renten wegen Erwerbsminderung betragen 2006 etwa 171,7 Mio. Euro. Drogenabhängige werden akutmedizinisch auch in suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken versorgt, beispielsweise durch Notfallbehandlungen, Kriseninterventionen oder qualifizierten Entzug. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen usw. im Zusammenhang mit illegalen Drogen werden auf 1,4 Mrd. Euro geschätzt (Mostardt et al. 2010).

11.2 Verfügbarkeit und Merkmale

11.2.1 Bundesweite Verfügbarkeit und Zugang

Zugang

Die medizinische Rehabilitation kommt für Abhängigkeitskranke nur in Betracht, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Der Bewilligung einer Rehabilitation geht ein Antragsverfahren voraus, in dem formale und inhaltliche Kriterien zur Bewilligung erfüllt werden müssen (buss 2012). Das Antragsverfahren beinhaltet ein ärztliches Gutachten, in dem die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung bestätigt wird, sowie in der Regel einen Sozialbericht, der durch eine Beratungsstelle oder einen Sozialdienst erstellt wird. Weiterhin müssen die je nach Kostenträger individuell vorgegebenen Mindest-Versicherungszeiten / Beitragszahlungen gegeben sein. Alle Kostenträger fordern von den Betroffenen ein Minimum an Krankheitseinsicht und eine vorhandene Motivation zur Therapie und Nachsorge. Die Freiwilligkeit ist eine zwingende Voraussetzung für die Bewilligung einer Therapie¹³¹. Zudem besteht die Erwartung, dass nach der Entwöhnungsbehandlung die Leistungsfähigkeit im

¹³¹ „Leistungen und Inanspruchnahme der Suchtkrankenhilfe basieren, mit Ausnahme des Bereichs § 35 BtMG „Therapie statt Strafe“, auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nach § 63 und § 64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.“

Arbeitsleben wieder hergestellt werden kann (DRV et al. 2001c). Damit die Entwöhnungsbehandlung möglichst früh beginnen kann, hat beispielsweise die DRV Mitteldeutschland ab Oktober 2003 schrittweise die Zugangswege vereinfacht und im November 2011 die verbindliche Erstellung des Sozialberichts abgeschafft (DRV 2012 zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Da der Hausarzt in 80 % der Fälle erster Ansprechpartner in Fragen der Suchtmittelabhängigkeit ist, kann allein auf Grundlage des ärztlichen Befundes die Entscheidung über eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgen (ebd.).

Die Auswahl der Leistungsform orientiert sich an den gemeinsam erstellten Kriterien der Rentenversicherung und Krankenkassen (DRV et al. 2001a).

Kriterien zur Bewilligung einer stationären Rehabilitation (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, Anlage 3)

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
- Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
- Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der vorgenannten Kriterien eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Grundsätzlich muss über den Antrag binnen sechs Wochen entschieden sein (Bewilligungsverfahren), in besonderen Fällen ist ein „Eilverfahren“ möglich. Sind alle Voraussetzungen gegeben, muss der Leistungsträger die Maßnahme bewilligen. Fehlt es an der günstigen Prognose zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, müssen gemäß dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe Krankenkasse oder Sozialhilfe die

Behandlung finanzieren (buss 2012). Eine ablehnende Entscheidung muss begründet sein, gegen diese ist (kostenfrei) Widerspruch möglich.

Nach Bewilligung lädt die Rehabilitationseinrichtung den Betroffenen kurzfristig ein. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten nach § 9 SGB IX muss hier Berücksichtigung finden, um den Behandlungserfolg nicht schon im Vorfeld zu gefährden. Den Wünschen ist sowohl bei der Entscheidung – in der Regel über Art, Umfang und Ort der Leistungserbringung – wie auch bei der Ausführung – Art, Umfang, Intensität und Qualität der Entwöhnungsmaßnahme – Rechnung zu tragen. Darunter können beispielsweise ein wohnortnaher Therapieplatz oder der Wunsch nach einer ambulanten Entwöhnung verstanden werden. Die Anregungen werden in Abstimmung mit dem Betroffenen im Sozialbericht oder im ärztlichen Gutachten festgehalten. Wenn die Wünsche des Berechtigten nicht mit den Pflichten der Rehabilitationsträger kollidieren sowie die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eingehalten werden, wird ihnen entsprochen (DRV et al. 2001c).¹³² Eine Adaptionsbehandlung zur Unterstützung der Reintegration kann bei Bedarf angeschlossen werden.

Einrichtungstypen

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl¹³³ zur Verfügung stehen, die entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen. Je nach Diagnose und Indikation kann die medizinische Rehabilitation entweder angetreten werden

- in einer anerkannten Psychosozialen Beratungsstelle (ambulante Reha) oder
- in einer Tagesklinik (ganztägig-ambulante bzw. teilstationäre Reha) oder
- in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses (stationäre Reha) (buss 2012).

Alle Einrichtungen haben Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur und Qualität zu erfüllen (vgl. Kapitel 3). Darüber hinaus besteht in der Ausgestaltung Spielraum, so dass große Unterschiede in Bezug auf Behandlungsdauer, Behandlungsleitbild, Behandlungsmethoden

¹³² Bei einem sofortigen Therapieantritt, wie beispielsweise das Angebot des Drogennotdienstes Berlin „Therapie sofort“, kann durch den direkten Übergang in eine Therapieeinrichtung nicht immer dem Wunsch- und Wahlrecht entsprochen werden. Aufgrund des unmittelbaren Termins richtet sich die Wahl der Einrichtung auch nach freien Platzkapazitäten (Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. 2012).

¹³³ „Der Sicherstellungsauftrag normiert in erster Linie das zu erreichende Ziel: die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen müssen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen aber überhaupt erforderlich sind, wie die Zahl und die Qualität als ausreichend zu bemessen sind und wie die Fachlichkeit und regionale Präsenz zu gestalten sind, wird nicht festgelegt. Dieses ist aber konkret aus den Anforderungen abzuleiten, die sich aus Art, Umfang, Qualität und sonstigen Anforderungen an die Leistungen zur Teilhabe ergeben“ (Welti et al. 2007).

sowie nicht zuletzt Qualifikation des therapeutischen Personals zwischen den Einrichtungen bestehen (vgl. Klosterhuis et al. 2011).

Dauer

Für den Bereich der von illegalen Drogen Abhängigen dauern Langzeittherapien in der Regel bis zu 26 Wochen, Kurzzeittherapien 12 bis 16 Wochen, Wiederholungsbehandlungen 16 Wochen und Auffangbehandlungen (Rückfallaufarbeitungen und Auffrischung nach früherer Entwöhnung) 10 Wochen. Zusätzlich ist eine Adaptionsbehandlung von elf bis zwölf Wochen möglich. Es besteht ferner die Möglichkeit zur kombinierten Behandlung mit ganztägig-ambulanter und/oder ambulanter berufsbegleitender Rehabilitation (mit unterschiedlicher Dauer des stationären Moduls). Eine Verlängerung oder Verkürzung der stationären Rehabilitationsdauer kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit und/oder ungünstiger Prognose im Rahmen der den Einrichtungen vorgegebenen Richtwerten (Zeitbudget) erfolgen (DRV 2010a).

Anzahl der Einrichtungen und Plätze

In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten (Tabelle 11.1) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Darüber hinaus stehen in etwa 300 spezialisierten Krankenhausabteilungen mindestens 7.500 Betten zur Verfügung. Es existieren zudem ca. 300 stationäre suchtpsychiatrische Einrichtungen, in denen im Laufe eines Jahres rund 220.000 abhängigkeitskranke Patienten behandelt werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Tabelle 11.1 Übersicht über die stationären Angebote der Suchthilfe

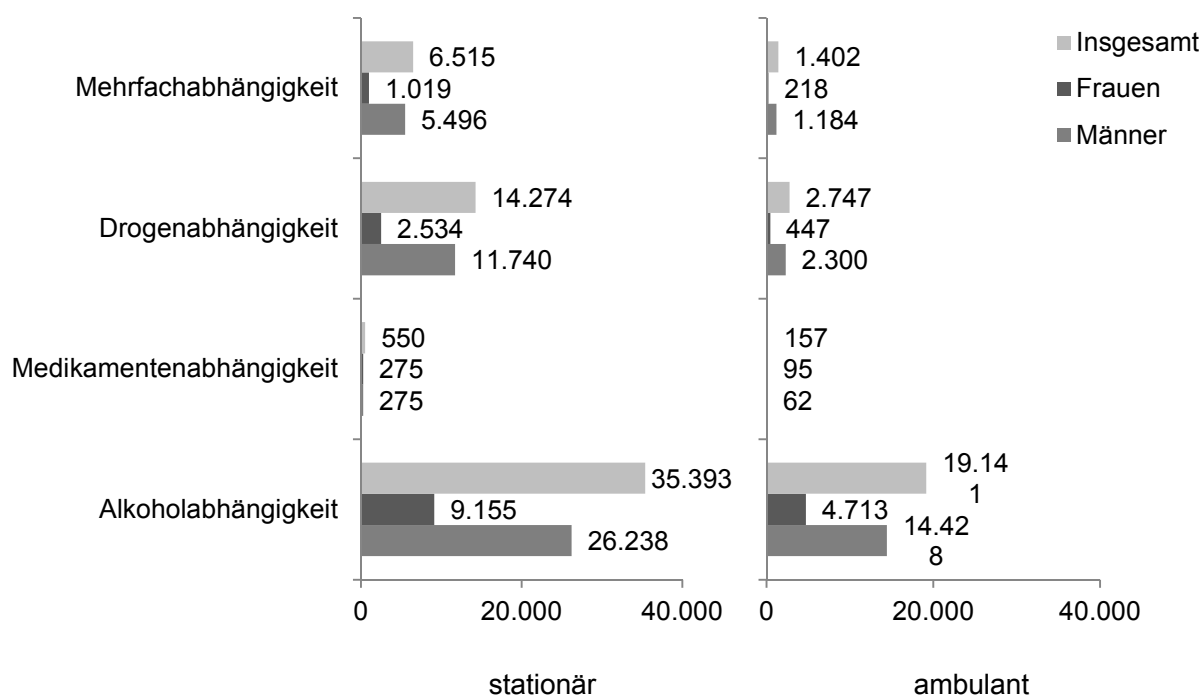
Art der Einrichtung	Anzahl	Plätze
Vollstationäre Entwöhnungseinrichtungen	>320	>13.200
→ davon für Drogenabhängige*		4.000*
Teilstationäre Entwöhnungseinrichtungen	>100	>1.000
Adaptionseinrichtungen	>115	>1.200
Einrichtungen der Sozialtherapie		
→ stationär	268	>10.700
→ teilstationär	112	>1.200
Betreutes Wohnen*	275*	7.500*
→ davon für Drogenabhängige*	80*	2.750*
Stationäre suchtpsychiatrische Einrichtungen	ca. 300	k.A.

*Angaben gemäß Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich 1998 bis 2004 und Fortschreibungen durch J. Leune zit. n. Fachverband Sucht e.V. 2011.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011.

Basierend auf den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen berichtet. Zwischen 45 % und 60 % der geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch bzw. mit einer Abhängigkeit von Opioiden werden erreicht, allerdings nur etwa 4 % bis 8 % der entsprechenden Cannabiskonsumenten (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

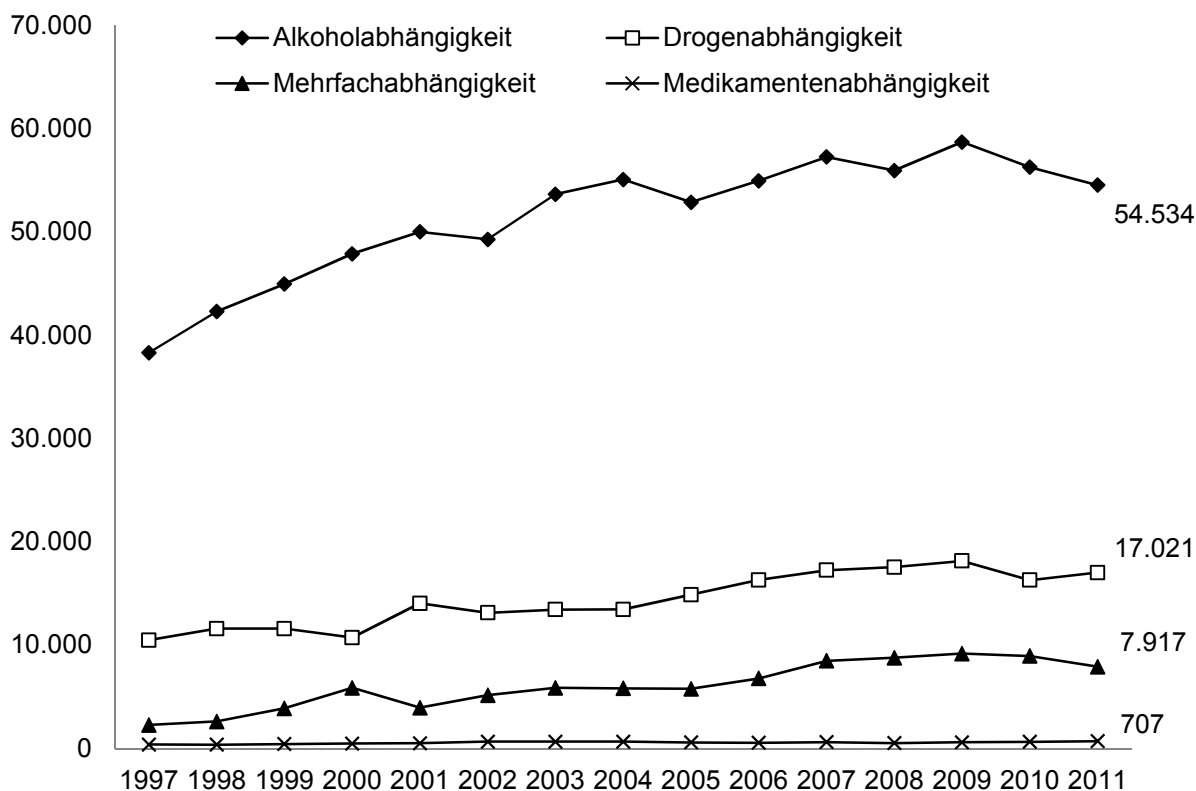
Im Rahmen der an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden stationären Einrichtungen befindet sich mit einem Anteil von 56 % der überwiegende Teil der stationären Einrichtungen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. 13 % der stationären Einrichtungen haben einen öffentlich-rechtlichen bzw. 29 % einen privatwirtschaftlichen und 3 % einen sonstigen Träger (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Zwei Drittel der an der DSHS teilnehmenden stationären Einrichtungen wenden sich auch an Konsumenten illegaler Drogen.



DRV 2012, persönliche Mitteilung.

Abbildung 11.1 Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen nach Art der bewilligten Leistung sowie nach Geschlecht im Jahr 2011

Insgesamt stieg die Anzahl der Bewilligung stationärer Leistungen von 42.795 im Jahr 2007 um 32,6 % auf 56.732 Bewilligungen im Jahr 2011 (für die stationären und ambulanten Bewilligungen im Jahr 2011 siehe Abbildung 11.1). Deutlicher ist der Anstieg der Bewilligung ambulanten Leistungen im selben Zeitraum mit 255,6 % zu beziffern (1997: 8.653, 2011: 30.767) (DRV zit. nach Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Insgesamt stieg die Bewilligung von Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger zwischen den Jahren 1997 bis 2011 um 62,2 % (1997: 10.491, 2011: 17.021) (siehe Abbildung 11.2).



Ohne Leistungen zur Eingliederung nach § 31 Abs.1Nr. SGB VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnung.
 DRV zit. nach Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a.

Abbildung 11.2 Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 (aufgeschlüsselt nach Arten der Abhängigkeitserkrankungen)

Für den Diagnosebereich F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wurden 2011 von der DRV-Bund insgesamt 41.733 Leistungen in einer stationären Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen, davon 27.982 im Bereich Alkohol. Tabelle 11.2 verdeutlicht, dass im illegalen Bereich annähernd 47 % aller Leistungen auf polyvalentem Konsum beruhen. 3.404 Leistungen (24,7 %) beziehen sich auf die Erstdiagnose des Opioidkonsums, 2.237 Leistungen (16,3 %) auf den Cannabiskonsum. Beträgt das Durchschnittsalter im Bereich F10-F19 40,4 Jahre, so ist das niedrigste Durchschnittsalter im Bereich illegaler Drogen bei der Hauptdiagnose Cannabinoide mit 28,1 Jahren und das höchste Alter bei Sedativa/Hypnotika mit 44,8 Jahren zu verzeichnen (vgl. Tabelle 11.2). Der Männeranteil derer, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit abgeschlossen haben, beträgt 83 % (DRV 2012, persönliche Mitteilung).

Tabelle 11.2 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Berichtsjahr 2011 - Stationäre Entwöhnungsbehandlung für Erwachsene

Hauptdiagnose	Leistungen	Durchschnittsalter
Opioide	3404	34,8
Cannabinoide	2237	28,1
Sedativa/Hypnotika	244	44,8
Kokain	515	34,3
Stimulanzien	867	28,7
Halluzinogene	15	28,9
Flüchtige Lösungsmittel	41	35,9
Multiple/And. Substanzen	6421	31,5

DRV 2012, unveröffentlichte Datenquelle.

Behandlungen: Psychiatrie

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

Behandlungen: Krankenhausdiagnosestatistik

Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen, u.a. analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Auch hier handelt es sich um eine Statistik, die sich mit den Daten der vorher genannten Erfassungsquellen überschneiden kann. In Krankenhäusern erfolgt eine kurzfristige Behandlung, beispielsweise aufgrund akuter Intoxikation. Im Berichtsjahr 2010 wurden insgesamt 95.884 Patienten mit Suchtdiagnose im illegalen Substanzbereich stationär im Krankenhaus betreut (Statistisches Bundesamt 2011b; vgl. Tabelle 11.3). 43,2 % aller Drogenfälle im Akutbereich beruhte auf polyvalentem Konsum, allerdings setzt sich hier der sinkende Trend der letzten Jahre fort (2008: 45,8 %, 2009: 43,2 %). Ein Anstieg ist bei den Akutbehandlungen von Cannabiskonsumenten zu verzeichnen (2010: 8,5 %, 2009: 7,7 %). Es wird davon ausgegangen, dass in 50-80 % der Fälle der Opioidkonsum die größte Rolle spielt, da der Substanzgebrauch meist eine Kombination aus Opioid- und Kokain- bzw. anderen Substanzkonsum beinhaltet (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Tabelle 11.3 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen im illegalen Substanzbereich gemäß Krankenhausstatistik 2010

Hauptdiagnose	Krankenhausstatistik 2010	
	Absolut	Prozent
Opioide	32.538	33,9%
Cannabinoide	8.145	8,5%
Sedativa/Hypnotika	9.270	9,7%
Kokain	1.076	1,1%
Stimulanzien	2.805	2,9%
Halluzinogene	430	0,4%
Fl. Lösungsmittel	171	0,2%
Multiple/And. Substanzen	41.449	43,2%
Gesamt	95.884	100,0%

Statistisches Bundesamt 2011b, S. 22.

11.2.2 Merkmale stationärer Suchthilfeeinrichtungen

Allgemeine Ansätze

Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Therapiekonzepte weiterentwickelt. Sie fußen auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und werden in professionell geführten stationären Einrichtungen umgesetzt. Um die Qualität der Einrichtungen zu sichern, gelten einheitliche Standards der Leistungsträger (vgl. Kapitel 3). Diese finden sich im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen u.a. in dem 2012 in Kraft getretenen „Gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer

Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (DRV 2011a). Unabhängig von der Leistungsform gelten für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation prinzipiell die gleichen Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur und Qualität.

Grundanforderung für Rehabilitationskonzepte sind evidenzbasierte Therapieverfahren (z. B. unter Berücksichtigung der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (vgl. Kapitel 3.1)), die auf den bio-psychozialen Modellvorstellungen der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren. Die monomethodische Anwendung eines bestimmten Verfahrens hat sich in der Psychotherapie nicht bewährt. Stattdessen werden verfahrensübergreifende sog. „integrative“ Therapien verwandt. So werden beispielsweise Psychotherapie und Soziotherapie zur „psychozialen Behandlung“ (Täschner et al. 2010). Die gängigste Form psychotherapeutischer Verfahren ist die Motivationsbehandlung und beruht auf den Prinzipien des „Motivational Interviewings“ (Miller & Rollnick 1999). Nach einer gezielten Förderung der Änderungsmotivation werden anschließend Ziele und Vorgehensweisen herausgearbeitet. Das Verfahren wird insbesondere für Drogenabhängige mit geringer Behandlungs- und Abstinenzmotivation als geeignet betrachtet. Weiterhin wird häufig ein breit gefächertes Angebot verhaltenstherapeutischer Maßnahmen angeboten (u.a. kognitive Therapie, Kompetenztraining, etc.). Zwei Schwerpunkte sind hier die Motivierung nach Miller und Rollnick sowie die Rückfallprävention (Marlatt & Gordon 1985). Des Weiteren sind Pharmako- und Psychotherapie in der Drogentherapie häufig miteinander verknüpft. Es gilt der Grundsatz: Keine medizinische Intervention ohne zusätzliche Motivation (ebd.). Die pharmakologische Behandlung von Opiatabhängigkeit und -missbrauch orientiert sich an den 2011 veröffentlichten Leitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (Soyka et al. 2011a).

Exkurs: Die Therapeutische Gemeinschaft (TG)

In Therapeutischen Gemeinschaften werden Patienten nicht nur „behandelt“. TGs werden durch die Aktivität und den Einsatz von Patienten und Therapeuten gleichermaßen konstituiert; sie gründen auf wechselseitige Hilfe und Unterstützung; das Lernen voneinander und miteinander ist ein Wirkprinzip der Behandlung (DHS 2008). TGs im ursprünglichen Sinn gibt es in Deutschland nur noch in sehr geringer Anzahl. Sie verloren in den 80er Jahren ihre Monopolstellung bei der Behandlung Drogenabhängiger (CaSu 2007; DHS 2008).

Dennoch arbeiten zahlreiche Fachkliniken der medizinischen Suchtrehabilitation auch mit den Prinzipien der TGs. Dazu gehören v.a. die Strukturierung des Alltags, psychodynamische Verfahren zur Förderung der Abstinenz sowie die Einhaltung bestimmter Regeln zum Zusammenleben mit anderen Drogenkonsumenten (Jungblut 2004). Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen (DHS 2008). In TGs werden vorwiegend junge Erwachsene (auch mit deren Kindern) behandelt, die in Genese und Folge der Abhängigkeitserkrankung oftmals von tiefgreifenden Störungen

der Persönlichkeit, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten, ausgeprägten Verwahrlosungstendenzen und teils hohen Belastungen in der Biographie wie massiver Gewalterfahrung, Entwurzelung oder Zwangsprostitution betroffen sind. Die Konzepte der Fachkliniken sind eingebunden in Qualitätssicherungsprogramme und sind von den federführenden Leistungsträgern anerkannt.

Allerdings fürchten die Einrichtungen, die sich auf das Wirkprinzip der TGs berufen, um ihre wirtschaftliche Existenz aufgrund der Kürzung von Behandlungszeiten, Deckelung von Kostensätzen oder Budgetierung von Zeitkontingenten (CaSu 2007). Eine Statistik zu Fachkliniken, die speziell auf dem Wirkprinzip der TGs beruhen, ist aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht vorhanden. Die Zahlen zu den Betten und jährlichen Klienten sind noch schwieriger zu ermitteln, da in einigen Gemeinschaften die Betroffenen ihr Leben lang bleiben (z. B. nach wie vor möglich bei Synanon¹³⁴ in Berlin).

Integration von Angeboten

Wesentliche Elemente einer Drogentherapie

Im Folgenden sollen die wesentlichen Elemente der Rehabilitation beschrieben werden. Diese Beschreibung orientiert sich an dem gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011 (DRV 2011a). Ausführungen finden sich zu folgenden Elementen:

- Aufnahmeverfahren
- Rehabilitationsdiagnostik
- Medizinische Therapie/Rehabilitation
- Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche
- Arbeitsbezogene Interventionen
- Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
- Freizeitangebote
- Sozialdienst
- Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung
- Angehörigenarbeit
- Rückfallmanagement

Die fachärztliche Untersuchung und die *Erstdiagnostik* einschließlich Dokumentation finden am Aufnahmetag statt. Zeitpunkt und Form der Einführung des Rehabilitanden in den Rehabilitationsablauf werden ebenso am ersten Tag festgelegt (DRV 2011a).

¹³⁴ www.synanon-aktuell.de

Die *Rehabilitationsdiagnostik* ist die Grundlage zur Erstellung eines individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplans. Hier werden verschiedene Instrumente verwendet, z. B. Screening-Verfahren, Checklisten oder strukturierte und standardisierte Interviews (z. B. der „Addiction Severity Index“ (EuropASI)). Diese werden sowohl zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation eingesetzt und erfassen die vorliegenden Störungen, die Ressourcen und möglichen Veränderungspotenziale. Die Diagnostik ist bio-psycho-sozial ausgerichtet und orientiert sich an der ICF (DRV 2011a).

Medizinische Rehabilitation/Therapie findet ausschließlich in Einrichtungen mit multiprofessionellen Teams statt. Die Einrichtungen stehen unter ärztlicher Verantwortung und Leitung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Physiotherapie und Raucherentwöhnung erweitern das Spektrum medizinischer Leistungen (DRV 2011a). Die Entgiftung gehört nicht zu den Leistungen einer Entwöhnungseinrichtung der DRV, diese wird in suchtspezifischen Fachabteilungen in Krankenhäusern oder Einrichtungen der Psychiatrie durchgeführt. Obwohl Drogenabhängige i.d.R. zum Zeitpunkt des Antritts einer Entwöhnungsbehandlung abstinent leben sollten, sind Notfallbehandlungen nicht auszuschließen. Die Therapie von *Begleiterkrankungen* ist weiterer Bestandteil. Insbesondere durch Virusinfektionen bedingte Leberentzündungen sind klassische Folgen des intravenösen Drogenkonsums, die in der Entwöhnungsbehandlung behandelt werden. Orientierung in der Behandlung bei Hepatitis C bieten die 2006 veröffentlichten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e. V.) (Backmund et al. 2006) sowie die 2010 überarbeitete S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) (Sarrazin et al. 2010). Ebenso sind die Behandlungen von Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) und sexuell übertragbaren Krankheiten in stationären Einrichtungen der Drogentherapie die Regel. Einen weiteren Überblick über die differenzierten Behandlungsformen liefern (Täschner et al. 2010).

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche auf der Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapiemethode sind Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung. In aller Regel ist die Kombination von Einzel- und Gruppengesprächen vorgesehen. Die Ausgestaltung der Gruppen ist abhängig vom Bedarf der Rehabilitanden und vom Therapieverständnis. Grundsätzlich ist ein Bezugstherapeut für eine Gruppe verantwortlich, wobei von der Einrichtung sicherzustellen ist, dass der Bezugstherapeut im Urlaubs- oder Krankheitsfall vertreten wird (sog. „Cotherapeutesystem“). Die Gruppengröße beträgt 6 bis 8 Rehabilitanden bei Drogenabhängigen. Die Gruppengespräche umfassen etwa 100 Minuten, Einzelgespräche in der Regel 50 Minuten (DRV 2011a). Ferner werden geschlechtsspezifische oder anderweitig spezifische Gruppentherapien angeboten.

Arbeitsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Sie dienen der beruflichen Orientierung und Re-Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen und minimieren das „krankheitsbedingte Rückfallrisiko“. Arbeitsbezogene Interventionen für Drogenabhängige fokussieren sich stärker auf die

Einübung von Basiskompetenzen, bevor weitere Leistungen eingeleitet werden, während bei Alkoholabhängigen oft Berufsausbildung und konkrete berufliche Erfahrungen vorhanden sind und die Förderung beruflicher Wiedereingliederung im Vordergrund steht.

Die arbeitstherapeutische Abteilung einer Einrichtung ist im Rahmen der Gesamtverantwortung der medizinisch-therapeutischen Therapieleitung zuständig für die einschränkungsangepasste und fähigkeitsfördernde Arbeitstherapie, die innerhalb der Therapiesteuerung festgelegt wird. Neben qualitativen Aspekten wie Diagnostik/Befunderhebung (unterstützt durch standardisierte Verfahren wie z. B. die „Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)“ ist ebenso die quantitative Ebene (Zeitdauer, Intensität, Kontext) relevant, um den Rehabilitationserfolg zu sichern und weitere Zielebenen zu unterstützen (Besserung der Beschwerden auf psycho-sozialer sowie auf somatischer Ebene, Vermittlung von Problembewusstsein und Krankheitseinsicht) (Hylla & Peter-Höhner 2010). Zu den arbeitsbezogenen Interventionen gehören Arbeitstherapie, Ergotherapie, Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie und berufsintegrierende Maßnahmen.

Rehabilitanden mit psychischen Störungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen werden in der *Arbeitstherapie* an die Grundanforderungen des Arbeitslebens herangeführt. Auch systemerhaltende Dienstleistungen für die Einrichtung, wie der Einsatz in der Küche, im Speisesaal, in der Hauswirtschaft oder in der Renovierung gehören zum Teil, aber nicht ausschließlich, zu arbeitstherapeutischen Maßnahmen (DRV 2011a). Der Einsatz von Arbeitstherapie ist nicht zwingend. Arbeitsbezogene Interventionen können auch durch andere berufsintegrierende Maßnahmen wie Belastungserprobung, Praktikum, Arbeits- und Bewerbungstraining oder PC-Schulungskurse erfolgen. Hierzu gehört z. B. auch ein Modul „Problembewältigung am Arbeitsplatz“, in dem Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erprobt und Kompetenzen zum Umgang mit Autoritäten, Kritik, Über- und Unterforderung und in der Kommunikation erlernt und erprobt werden.

Berufliche Teilhabe: Beispiele für besondere Modelle

Das Modellprojekt „Reha-Fallbegleitung“ richtet sich an Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit erwerbsbezogenen Problemen. Seit 2007 beteiligt die DRV Rheinland-Pfalz daran 16 Fachkliniken in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Abhängigkeitskranke, die lange arbeitslos sind oder deren beruflicher Lebenslauf gravierend gestört ist und die eine Entwöhnungsbehandlung ohne anhaltenden Erfolg hinter sich oder eine bewilligte Entwöhnungsbehandlung nicht angetreten haben, bekommen bereits vor Beginn der Rehabilitationsleistung einen Reha-Fallbegleiter zur Seite gestellt. Gemeinsam wird ein persönlicher Integrationsplan erarbeitet. Dieser wird dann, begleitet durch ein kontinuierliches Monitoring, Schritt für Schritt umgesetzt. Die Betreuung umfasst gezielte Interventionen, um die Betroffenen zu stärken und zu motivieren, alle Hilfen bis zur beruflichen Wiedereingliederung zu nutzen. Das soll nicht nur mehr Rehabilitanden bewegen, die Entwöhnungsbehandlung anzutreten, sondern auch zu einer Sicherung des

Rehabilitationserfolgs beitragen. Für die Mehrzahl der Versicherten stellt dieses Angebot eine gute Unterstützung dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Die DRV Rheinland-Pfalz bietet gemeinsam mit Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in der Südpfalz ein spezifisches Assessment an. Das Berufsorientierungscenter für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker (BORIS) wendet sich an alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden, deren Erwerbsbiografie gravierend gestört ist. Sofern sie sich mindestens acht Wochen in der Entwöhnungsbehandlung befinden und ausreichend motiviert sind, wird ein eintägiger Aufenthalt in einem Berufsorientierungscenter ermöglicht. Ergänzend zur Routine- und Standarddiagnostik in den Fachkliniken werden arbeitsbezogene Assessmentverfahren und Rollenspiele mit Videomitschnitt durchgeführt. Standardisierte durchgeführte Verhaltensproben zum Sozial- und Kommunikationsverhalten zeigen, wie sich die Person in beruflichen Alltagssituationen verhält. Jährlich nehmen an dem Projekt ca. 150 Rehabilitanden teil (ebd.).

„Step by Step“ ist ein Projekt zur Förderung der Reintegration von Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Beratungsstelle des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlV) Rastatt/Baden-Baden und die Fachklinik Fischer-Haus leiten das Projekt. Finanziert wird es über Mittel des Europäischen Sozialfonds (ESF) und durch die Jobcenter des Landkreises Rastatt und der Stadt Baden-Baden. Die Zielgruppe sind Personen im SGB II-Leistungsbezug (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit Vermittlungshemmnissen für den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund eines problematischen Suchtmittelkonsums. Sie sollen in den allgemeinen Arbeitsmarkt verbessert wiedereingegliedert und gesundheitlich und psychisch stabilisiert werden. Dabei sind Betriebe aus der Umgebung, die einen Praktikumsplatz anbieten, wichtige Kooperationspartner. Das Konzept beinhaltet die Qualifizierung der Fallmanager/Jobcenter, spezielle psychosoziale und berufliche Fördermaßnahmen für die Betroffenen (gestuftes Programm), die Einbeziehung des bestehenden Projekts „Übungswerkstatt“ des Fischer-Hauses und die Vermittlung/Übernahme in ein Arbeitsverhältnis oder eine vorgeschaltete Reha-Maßnahme. Die ersten Erfahrungswerte zeigen, dass durch den niedrigschwelligen Ansatz die Abbruchquote niedrig ist. Andererseits ist ein Großteil der zugewiesenen Kunden nicht bzw. nicht zeitnah in ein Praktikum zu vermitteln, da z.T. andere Hilfen primär indiziert werden (z. B. stationäre Behandlung) oder eine auf länger ausgelegte Motivations- und Beziehungsarbeit erforderlich ist. Betont werden die hohen Synergieeffekte durch die direkte Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchthilfe (Höhner 2012).

Die *Ergotherapie* hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Maßnahmen eingesetzt (DRV 2011a).

In der *Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie* stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit

symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden (DRV 2011a).

Bewegungstherapeutische Maßnahmen sind weiterer Bestandteil einer Therapie, da körperliche Bewegung nachweislich viele psychische Erkrankungen bessert. Dadurch können zudem teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden (DRV 2011a). Auch eine sinnvolle *Freizeitgestaltung* steht im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und ist mitentscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie die Wiederaufnahme einer Arbeit. Die Rehabilitanden werden angeregt, ihre Freizeit aktiv und eigenverantwortlich zu gestalten. Für die Leitung von Freizeitangeboten gilt ebenso eine entsprechende Qualifikation der Durchführenden (z. B. Sportlehrer bzw. Übungsleiter) (DRV 2011a).

Des Weiteren arbeiten Therapieeinrichtungen mit internen oder externen *Sozialdiensten* zusammen, die begleitende Hilfen im sozialen Umfeld anbieten (z. B. sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vorbereitung der Nachsorge und Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Grundlage ist die Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ (BAR 2005b).

Zu den Therapieelementen gehören auch *Patientenschulungen und Gesundheitsbildung*, da der Lebensstil Drogenabhängiger ein erhöhtes Risiko für somatische und psychische Erkrankungen bedingt. Die DRV-Bund stellt Rehaeinrichtungen das Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ zur Verfügung, das sich auf das Modell der Gesundheitsförderung bezieht und Seminareinheiten u.a. zu Schutzfaktoren, Ernährung, Bewegung und Stress bietet (DRV 2011b).

Ein intaktes soziales Umfeld ist ein wesentlicher Prognosefaktor für ein abstinentes Leben. Wesentlich für Interventionen im Rahmen der *Angehörigenarbeit* ist, dass eine kontinuierliche Beziehung besteht, die aus Sicht des Rehabilitanden bzw. des Therapeuten einer Bearbeitung bedarf. Dies ist nicht zuletzt von Bedeutung bei allein stehenden Rehabilitanden. Angehörigenarbeit findet begleitend und unterstützend statt (z. B. Angehörigenseminare). Wohnortnähe erleichtert die Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutische Arbeit (DRV 2011a).

Rückfälle bzw. Rückfallgefährdung gehören zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung. Therapieeinrichtungen verfügen über ein *Rückfallkonzept*, die Vorbeugung und den Umgang mit Rückfällen regelt. Maßnahmen sind indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen (z. B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglucuronid⁸ (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings (DRV 2011a).

Zielgruppenspezifische Angebote

Die Installierung von Spezialangeboten im Bereich der Versorgung Suchtmittelabhängiger ist sinnvoll, um die Bearbeitung bestimmter Themen zu ermöglichen. Zudem ermöglicht dies den Mitarbeitern Kompetenzen aufzubauen, um diesen Spezialthemen angemessen therapeutisch zu begegnen und den Betroffenen helfen zu können (Korsukéwitz 2010).

Besondere stationäre Angebote bestehen etwa für Frauen, für Eltern mit Kindern, für Minderjährige oder für Migranten. Gleichzeitig wird auf Grenzen der Differenzierung aufmerksam gemacht, da spezielle therapeutische Leistungen nicht flächendeckend, sondern nur in Kompetenzzentren vorgehalten werden können (ebd.).

Frauen/ Schwangere

Die DRV-Bund belegt gegenwärtig bundesweit im Drogenbereich vier stationäre Einrichtungen, deren Behandlungsangebot sich ausdrücklich nur an Frauen richtet. Die Regionalträger belegen noch weitere Einrichtungen (Korsukéwitz 2010). Auch männerspezifische Einrichtungen, in der Männer ihre Rolle und ihre Verhaltensweisen in genderspezifischen Gruppen oder Fragestellungen thematisieren, haben sich als sinnvoll erwiesen.

Eltern mit Kindern

In stationären Sucht-Rehabilitationsbehandlungen gibt es für drogenkonsumierende Eltern familientherapeutische Angebote. Außerdem werden Seminare angeboten, die die Erziehungskompetenz der Eltern fördern (als Beispiel für Angebote, die an die Eltern gerichtet sind) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Als Beispiel kann die Fachklinik Böddiger Berg genannt werden, die ein zielgruppenspezifisches Angebot für drogenkonsumierende Eltern innerhalb der stationären Rehabilitation bereithält.¹³⁵ Des Weiteren wird auf das Sonderkapitel „Drogenkonsumenten mit Kindern (Abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)“ des Drogen- und Suchtberichts 2011 verwiesen.

Jugendliche und junge Erwachsene

In Bezug auf drogenabhängige Jugendliche treffen zwei differierende Hilfesysteme aufeinander: die Jugendhilfe und die Suchthilfe. Schnittstellenprobleme bzw. Probleme in der Finanzierung der stationären Maßnahmen ergeben sich beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Gemäß Angaben des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr 2011) gewähren Jugendämter zunehmend keine Hilfen mehr, wenn Jugendliche die Altersgrenze von 18 Jahren erreicht haben. Dies geschieht ungeachtet der Tatsache, dass das SGB VIII (Kinder und Jugendhilfe) nach wie vor einen Anspruch auf Erst-Hilfeleistungen bis zu einem Alter von 21 Jahren vorsieht, Folge-Hilfeleistungen sind bis zu einem Alter von 27 Jahren zu gewähren. Der Gesetzgeber sieht hier eine Novellierung des Gesetzes vor (§ 78, SGB VIII), die das Ziel hat, die Altersgrenzen neu festzulegen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die stationäre Postakutbehandlung, die Suchttherapie im eigentlichen Sinn, auf 8-10 Wochen angelegt. Bei lange bestehendem Substanzkonsum, negativ beeinflussendem Umfeld und vielen Vorbehandlungen wird eine stationäre Postakutbehandlung als rehabilitative Langzeittherapie (12-18 Monate) in dafür spezialisierten Einrichtungen notwendig, finanziert nach SGB V (Krankenkasse) oder/und SGB VIII (Jugendhilfe). Bei fehlender sozialer Unterstützung, insbesondere dysfunktionaler

¹³⁵ www.drogenhilfe.com/boeddiger_berg

Familie, kann die Unterbringung in einer geeigneten Jugendhilfeeinrichtung erfolgen (Kinder- und Jugendhilfsgesetz (KJHG) §§ 34, 35, 35a und 41 SGB VIII) (fdr 2011).

Einen Ausschnitt stationärer Einrichtungen für Jugendliche zeigt die Expertise „Jugend Sucht Vernetzung“ (fdr 2011) auf. Den Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung (z. B. Therapiestation „COME IN!“ in Hamburg, „Teen Spirit Island“ in Hannover, Jugendbauernhof „Freedom“ in Neureichenau/Bayern, Inizio München oder JELLA Stuttgart) ist gemein, dass sie Nachreifung, Identitätsbildung und Wiedereingliederung in den altersgerechten gesellschaftlichen Bezugsrahmen anstreben. Dies wird auf der Basis von therapeutischer Gemeinschaft, positiver Bindungs- und Beziehungserfahrung, Psychotherapie, gekoppelt mit (heil-, sozial- und sozio-) pädagogischen und sozialen Angeboten erreicht. Das Alter der Betreuten liegt zwischen 11-18 Jahren, die Dauer beträgt ca. 12 Monate. Die Kostenträger sind Rentenversicherungen, Krankenkassen, Jugend- und Sozialämter. Die Jugendhilfeeinrichtung „Balance“ in Gransee/Brandenburg ist eine Jugendhilfeeinrichtung, die Jugendliche zwischen 14-22 Jahren nach Entgiftung aufnimmt. Die psychosozialen Angebote werden durch die zuständigen Jugendämter (§§ 34, 35a und 41 SGB VIII), in Ausnahmefällen durch Krankenkassen (Einzelverträge) finanziert (fdr 2011). Die DRV-Bund belegt gegenwärtig bundesweit fünf stationäre Fachkliniken für diese Personengruppe (Korsukéwitz 2010).

Menschen mit Migrationshintergrund

Ebenso konnten in den letzten Jahren durch eine sich inzwischen entwickelnde Vielfalt muttersprachlicher und kultursensibler Konzepte und Angebote Versorgungslücken für Menschen mit Migrationshintergrund geschlossen werden. Ein Beispiel ist die an dem aktuellen Bundesmodellprojekt „TransVer – transkulturelle Versorgung von Suchtkranken“ teilnehmende Fachklinik im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) in Warstein. Deren Angebot richtet sich an drogenabhängige Migranten aus dem russischen Sprachraum. Mit russischsprachigen Therapiegruppen, individueller Entlassungsvorbereitung und Angehörigengruppen sollen Betroffene motiviert werden, die Behandlung fortzuführen und zu beenden. Zugleich soll die Anbindung an nachbetreuende ambulante Angebote verbessert werden.

An dem Projekt nimmt auch der Träger mudra e.V. teil, zu dem die seit 1995 bestehende Therapieeinrichtung „dönus“ gehört (mudra e.V. 2012). Hier werden Drogenabhängige aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis behandelt, deren spezielle Situation als Migranten im therapeutischen Alltag berücksichtigt wird. Das Team besteht aus muttersprachlichen und deutschen Mitarbeitern, die Einrichtung verfügt über 22 Plätze. Die Ergebnisse des Projekts TransVer werden Ende 2012 vorgestellt (FOGS 2012).

Ältere Menschen

Untersuchungen und Statistiken weisen heute einen größeren Anteil älterer Drogenkonsumenten auf als vor zehn Jahren, das Durchschnittsalter ist in diesem Zeitraum gestiegen. In den meisten Einrichtungen für ältere psychisch kranke Menschen gehören Alkohol- und Drogenabhängige allerdings nicht zu den Zielgruppen. Die Studie „Ältere

Drogenabhängige in Deutschland“ (Vogt et al. 2010), die die Situation dieser Personengruppe in den Städten Frankfurt und Berlin untersuchte, ergab, dass die Drogen- und Suchthilfe sich mit einigen Angeboten gezielt an ältere Drogenabhängige richtet. Exemplarisch werden neun stationäre Therapieeinrichtungen aus Berlin aufgezeigt, die von älteren Drogenabhängigen genutzt werden können (ebd.).

Komplementäre Einrichtungen

Insbesondere für Drogenabhängige mit erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe ist ein langfristiges Behandlungsprogramm erforderlich (BAR 2005a). Hier stehen soziale Hilfen sowie tagesstrukturierende Angebote mit dem Ziel eines möglichst selbständigen und von Hilfe unabhängigen Lebens im Vordergrund. Diese Hilfeangebote können auch zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs als nachgehende Leistungen (Nachsorgemaßnahmen, Adaption) in Betracht kommen. Z. B. wenn bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken die Entwöhnungstherapie in einer Suchthilfe-Einrichtung aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht (insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und/oder Arbeitslosigkeit), muss unter Alltagsbedingungen erprobt werden, ob die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist. Eine Maßnahme kann dabei auch der therapeutisch indizierte Umfeldwechsel sein.

Die Adaptionphase ist in das Medizinische Rehabilitationssystem für Abhängigkeitskranke eingebettet und umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Rehabilitanden, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schließt sich die Adaptionphase nahtlos an die Behandlungsphase (Entwöhnung) als zweiter Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an (DHS 2008).

Nachsorge- und Adaptionseinrichtungen sind entweder in ein Netzwerk mit stationären Suchttherapieeinrichtungen eingebettet oder es handelt sich um räumlich abgetrennte Einrichtungen von stationären Suchttherapieeinrichtungen. Derartige Betreuungsangebote stehen insbesondere in Form von Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Übergangseinrichtungen und sozialtherapeutischen Heimen zur Verfügung.

Integration der Substitution in die stationäre Versorgung

In der Regel bedeutet Suchtrehabilitation Hinführung zu Abstinenz bzw. Therapie unter Abstinenzbedingungen. Eine Ausnahme stellt die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von Substitutionsmitteln dar. Seit 2001 ist die Aufnahme von substituierten Patienten in die Entwöhnungsbehandlung möglich. In der Anlage 4 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung wurden Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei

übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels festgelegt (DRV et al. 2001b). Auch bei substitutionsmittelgestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist die vollständige Drogenabstinenz das Ziel. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“ (ebd.).

Stationäre Angebote für substituierte Drogenabhängige liegen bundesweit nur in kleiner Anzahl vor. Teilweise haben diese Kliniken eine Höchstzahl von substituierten Rehabilitanden festgelegt, um zu verhindern, dass die Substitution zum allein bestimmenden Thema wird (Korsukéwitz 2010). Die Deutsche Rentenversicherung Bund belegt in diesem Indikationsbereich zwei stationäre Einrichtungen, die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach und die Facheinrichtung für Psychosomatische Medizin der Kliniken Wied. Die Regionalträger belegen weitere Einrichtungen. Gerade in Baden-Württemberg ist mit einer Ausweitung der Angebote für diese Personengruppe zu rechnen, nachdem die DRV Baden-Württemberg entsprechende Konzeptänderungen in speziellen Einrichtungen unterstützt (Korsukéwitz 2010).

Beispielhaft kann das Projekt SURE (Substitutionsgestützte Rehabilitation) genannt werden. Seit Januar 2011 wird das auf drei Jahre angelegte Projekt stationär in der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen und ganztags ambulant in der Reha-Einrichtung „Tagwerk“ in Stuttgart durchgeführt. Zielgruppe sind Opiatabhängige, die grundsätzlich rehabilitationsfähig sind, aber den Einstieg in eine abstinenzorientierte Behandlung ohne das Substitut nicht finden. Es wird angestrebt, dass sich diese Menschen beruflich wieder eingliedern und am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnehmen. Die Bereitschaft zur Abdosierung und Abstinenz ist Voraussetzung für eine Aufnahme. Das Substitutionsmittel wird unter Aufsicht zugelassener Substitutionsärzte schrittweise reduziert und später ganz abgesetzt. Die Rehabilitanden sind in das übliche Therapieprogramm beider Einrichtungen integriert. Bis Februar 2012 konnten elf Aufnahmen realisiert werden, wovon bis dato noch fünf in Behandlung waren, so dass bisher nur wenige Ergebnisse zu berichten sind. Zum Berichtszeitpunkt hat ein Patient wie geplant über acht Wochen abdosiert und die Therapie nach insgesamt 24 Wochen regulär und erfolgreich beendet (Drogenhilfe Tübingen & Tagwerk Stuttgart 2012).

Kooperationen und Vernetzung

Rehabilitation ist nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) kein abgeschlossener Sektor des Gesundheitswesens oder eines einzelnen Leistungsträgers. Der Gesetzgeber fordert, im Interesse der betroffenen Menschen, eine Gesamtplanung und die Koordinierung verschiedener Reha-Träger, -Leistungen und -Einrichtungen. Damit steht das SGB IX für eine neue Form der Leistungserbringung im Sinne einer umfassend verstandenen Teilhabe, die über die spezifischen Ansprüche des SGB V und SGB VI hinausgeht (DHS 2008). Es gilt das Gebot einer möglichst nahtlosen Verknüpfung von Teilhabeleistungen, um Hilfemaßnahmen anbieten zu können, die möglichst individuell und spezifisch auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen

abgestimmt sind.¹³⁶ Ebenso fordert die DRV-Bund in ihrem Leitfaden zur Konzeptprüfung (DRV 2011a) Rehabilitationseinrichtungen auf, die Unterstützung durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen insbesondere in den Bereichen Alkohol, Medikamente, Drogen, Tabak und Glücksspiel darzustellen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zeigt in der Dokumentation „Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund“ den aktuellen Stand und die optimale Gestaltung von Verbundformen auf (DHS 2010b). Insbesondere wird die Verknüpfung der Hilfesegmente der Akutbehandlung, Betreuung und Beratung im Verbundsystem der Suchthilfe, in der gesundheitlichen Versorgung sowie in der sozialen Sicherung als auch den Hilfesegmenten zur Förderung der Teilhabe und Behandlung geschildert. Ausgewählte Beispiele für regionale Verbundsysteme geben einen Eindruck vom Stand der Umsetzung sowie von Vor- und Nachteilen regionaler Verbundsysteme.

Für den stationären Sektor sind insbesondere die zunehmenden Kombinationsbehandlungen zu nennen. Die flexible Gestaltung der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten in Form von Modulen ermöglicht ein maßgeschneidertes Hilfeangebot für Abhängigkeitskranke. Weiterhin werden durch eine engere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter Schnittstellenprobleme verringert, um somit die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen zu steigern.

Kombimodelle: Regionale Beispiele

Die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Oldenburg-Bremen und die DRV Nord führen seit 2009/2010 gemeinsam die „Kombi-Nord“, eine Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke, in Norddeutschland durch. Eine Neuerung im Jahr 2012 wird sein, dass die Übergabegespräche zwischen den beteiligten Einrichtungen auch als Videokonferenz stattfinden können. Darüber hinaus soll es künftig einen einheitlichen Entlassungsbericht geben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Ein weiteres Modell für eine Kombinationsbehandlung findet sich im Saarland, das Modell Kombi-Saar. Das Modell der SHG Fachklinik Tiefental für Abhängigkeitserkrankungen und der IANUA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH wendet sich an Versicherte mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit – ausgenommen Heroinabhängige und Personen, die an Substitutionsprogrammen teilnehmen. Am Anfang steht ein ambulantes Vorgespräch bei IANUA, um zu prüfen, ob in einem vorangegangenen Entzug Abstinenz erreicht wurde. Falls nicht, sind zunächst qualifizierte Entzugsmaßnahmen durchzuführen, bevor ein Therapievertrag geschlossen wird. Die Kombibehandlung wird als Gesamtleistung mit festgelegten stationären und ambulanten Phasen bewilligt. In der Regel soll sie ein Jahr nicht überschreiten. Die stationäre Behandlung findet in der Fachklinik Tiefental statt und dauert acht Wochen. In der ambulanten Phase probiert der Rehabilitand erste Veränderungsschritte und vertieft sie. Dies umfasst in der Regel 80 Therapiegespräche (TG) sowie acht TG für Angehörige (ebd.).

¹³⁶ vgl. z. B. das Projekt „Step by Step“, Kapitel 2.2.2, in der die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und der Suchthilfe beschrieben werden.

Die DRV Bayern Süd hat bei Cannabisabhängigkeit im Therapiezentrum Grafrath als ergänzendes Angebot eine Kombinationstherapie anerkannt. Die Rehabilitation beginnt stationär, was in der Regel zwölf Wochen dauert. Es folgen 40 ambulante Therapieeinheiten in den kooperierenden ambulanten Behandlungsstellen (ebd.).

11.3 Qualitätsmanagement

11.3.1 Leitlinien und Standards stationärer Suchthilfe

Das Bemühen, medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen auf möglichst hohem Qualitätsniveau zu erbringen wurde durch die Standardvorgaben der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978 nachhaltig befördert.

Aktuelle Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation sind zum einen die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (DRV et al. 2001c). Zum anderen ist die BAR¹³⁷-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine Basis der Arbeit im stationären Suchthilfesektor (BAR 2005a). Die Arbeitshilfe gibt einen Überblick über die allgemeinen Grundsätze und Grundlagen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, substanzbezogenen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Diagnostik, Rehabilitationsziele, Handlungsprinzipien, Indikationsstellung), die Ausgestaltung und Organisation des Suchthilfesystems für abhängige Menschen, die vorhandenen Rehabilitationsangebote und die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen.

Weitere Grundanforderung an stationäre Therapieeinrichtungen ist die Orientierung des Therapiekonzepts an die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Derzeit befinden sich die Leitlinien zu „Cannabisbezogenen Störungen“, „Opioidbezogenen Störungen“ (Akutbehandlung und Postakutbehandlung), „Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ und „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)“ sowie zu den Substanzen Alkohol und Tabak in der Überarbeitung (vgl. Sonderkapitel des REITOX-Berichts 2011, Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Um eine einheitliche Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Störungen, Essstörungen und pathologischem Spielverhalten zu sichern, wird der deutsche Kerndatensatz zur

¹³⁷ Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) fördert und koordiniert die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Sie verfolgt satzungsgemäß das primäre Ziel darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Sie repräsentiert Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen, der gesetzlichen Unfallversicherungen, der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit. Weitere Mitglieder sind die Bundesländer, der Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (www.bar-frankfurt.de).

Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) in der aktuellen Version seit Januar 2007 bundesweit eingesetzt. Er entstand 1998 als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen, der im Fachausschuss Statistik (früher Statistik-AG) der DHS stattfand. Seit 2002 wird der Kerndatensatz durch die AG Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS), in der neben den Leistungserbringern auch Bund, Länder, Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung vertreten sind, als bundesweit einheitlicher Datensatz zur Dokumentation der Suchthilfebehandlung beschlossen. Die mithilfe des KDS erhobenen Daten der einzelnen Einrichtungen werden unter Nutzung unterschiedlicher Softwarelösungen in aggregierter Form an das Institut für Therapieforschung gesendet und dort im Rahmen des von BMG finanzierten Projekts Deutsche Suchthilfestatistik gebündelt und ausgewertet. Ein wesentliches Ziel der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) ist die Darstellung und die Analyse der Qualität des Versorgungssystems, die frühzeitige Erkennung neuer Problembereiche sowie die Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen, um die Versorgung der Klientel mit (primär) substanzbezogenen Störungen zu optimieren. Weiterhin dient sie als Monitoringsystem auf Bundesland-, Verbands- und Klientenebene. Die Deutsche Suchthilfestatistik hat sich zu einem anerkannten und hochwertigen Monitoringinstrument im Bereich der deutschen Suchtkrankenhilfe entwickelt, das auch Trendanalysen von Daten für die Versorgungsforschung ermöglicht (DHS 2010a).

Um die Kooperation der Rehabilitationsträger in der Qualitätssicherung zu fördern, wurde erstmals Ende 1999 eine Gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger zur Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung verabschiedet. Diese gilt für Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge. Dabei wurden konkrete Anforderungen, Ziele und Inhalte der externen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements festgelegt. Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach § 135a SGB V verpflichtet:

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Inhalte der Vereinbarung berücksichtigen die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 SGB IX. Seit Oktober 2009 ist ein Qualitätsmanagementverfahren für alle Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verpflichtend. Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabenstellung ist auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“ erarbeitet worden (BAR 2009), in der grundsätzliche Anforderungen an ein Qualitätsmanagementverfahren geregelt wird. Außerdem wird ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren festgelegt.

Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement (BAR 2005a)

- Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept
- Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
- Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems
- Beziehungen zu Rehabilitanden/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe
- Systematisches Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)
- Fehlermanagement
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagementverfahren durchzuführen, das von der BAR anerkannt worden ist. Die meisten Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) in der medizinischen Rehabilitation basieren auf der DIN EN ISO 9001:2000 (DHS 2008). Die 2001 gegründete Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. „deQus“ unterstützt Suchttherapieeinrichtungen bei der Einführung und Zertifizierung von QM (deQus 2000). Nach jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation erstellt die Rehabilitationseinrichtung einen Entlassungsbericht auf Grundlage des „Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ (DRV 2009). Der Leitfaden informiert darüber, wie die Berichterstattung in der medizinischen Rehabilitation inhaltlich zu strukturieren ist und welche Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation gelten. Darüber hinaus finden noch weitere Leitfäden Anwendung¹³⁸. Ausführliche Informationen zu Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien finden sich im REITOX-Bericht 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a).

Das Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherungsträger liegt der Systematik der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugrunde. Zu den praktizierten Verfahren der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung gehören die Rehabilitandenbefragung, das Peer-Review-Verfahren, Auswertungen zu den Reha-Leistungsdaten im Rahmen der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Reha-Therapiestandards zur Alkoholabhängigkeit (DRV 2012; Klosterhuis et al. 2011). Die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung stützt sich

¹³⁸ Übersichtliche Darstellung unter <http://www.suchthilfe.de/themen/basis.php>

zunächst auf die Routinedaten, die im Laufe der Beantragung, Entscheidung und Durchführung der Reha-Maßnahmen dokumentiert werden. Grundlegend sind zur Beschreibung der Rehabilitandenstruktur die Merkmale Alter, Geschlecht, Schweregrad, soziale Situation etc. (Klosterhuis et al. 2011). Die kontinuierliche Rehabilitandenbefragung bezieht sich auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den durchgeführten Behandlungen und Beratungen sowie auf die Bewertung des Rehabilitationserfolgs aus Patientensicht (ebd.). Berechnet werden die Kennzahlen nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums (=100 Qualitätspunkte). Dabei werden die Einzelergebnisse in Qualitätspunkte umgerechnet. Im Jahr 2011 bewerteten durchschnittlich 76 % aller Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen die durchgeführte Reha-Maßnahme als erfolgreich, was demzufolge 76 von 100 Qualitätspunkten entspricht. Es wurden 74 Qualitätspunkte bei der Zufriedenheit der Rehabilitanden erreicht, was einer Durchschnittsnote von „2“ auf einer Skala von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht) entspricht. Bei der Begutachtung individueller Rehabilitationsverläufe im Peer-Review-Verfahren erhielten die Suchteinrichtungen im Jahr 2011 74 Qualitätspunkte, was den Ergebnissen der vorherigen Jahre entspricht (DRV zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Weiterhin wird das therapeutische Leistungsspektrum bewertet und verglichen, indem die routinemäßige Dokumentation der durchgeführten Behandlungen in den Entlassungsberichten ausgewertet wird. Betrachtet man die 2011 erbrachten Leistungen von 66 Suchteinrichtungen, so erreichen diese durchschnittlich 74 von 100 möglichen Qualitätspunkten. Die beste Einrichtung erreicht 82, das Schlusslicht 68 Qualitätspunkte (ebd.).

Personal

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Im Rahmen der Umstrukturierung des Ausbildungssystems in Deutschland nach europäischen Vorgaben (Einführung von Master und Bachelor an Universitäten und Fachhochschulen) werden auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle. Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Die Stellenplanbeschreibung der DRV-Bund basiert weitgehend auf den Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (DRV et al. 2001c), die unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgibt. Für die Gruppen- und Einzeltherapie bei Drogenabhängigen sollte für jeweils 6 bis 8 Patienten ein Therapeut (entweder Arzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge oder Ergotherapeut) mit geeigneter

Qualifikation zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollen weitere übergreifend tätige Therapeuten in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Personal vorhanden sein (ebd.). Im Allgemeinen richtet sich die Personalbemessung nach den neuesten Strukturanforderungen. Sie wird in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept der Einrichtungen individuell vereinbart (DRV 2010a).

Zum indikationsübergreifenden Vergleich ist es sinnvoll, die Mitarbeiterzahlen auf eine einheitliche Anzahl von Rehabilitanden zu beziehen. Die DRV-Bund hat zur Personalbemessung das Verhältnis so gewählt, dass die Mitarbeiterzahl genannt ist, die für eine Einrichtung mit einer durchschnittlichen Belegung von 100 Rehabilitanden benötigt wird (DRV 2010b). Dabei sind gerade bei den Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen die Besonderheiten kleiner Abteilungsgrößen zu berücksichtigen. In der Tabelle 11.4 sind die erforderlichen Berufsgruppen in Funktionsgruppen zusammengeführt, um die Flexibilität bei der Erfüllung der Personalanforderungen zu erhöhen. Die Bemessung für die Anzahl der geforderten Mitarbeiter erfolgt auf der Ebene der Funktionsgruppen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen neben Ärzten und Diplom-Psychologen auch Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter psychotherapeutisch bzw. suchtttherapeutisch tätig sein können, sofern sie über eine anerkannte therapeutische Zusatzausbildung verfügen. Die Gruppe der Sozialarbeiter ist allerdings ebenso für die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit zuständig.

Eine regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter muss gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001 sichergestellt werden (vgl. Anlage 1 Ziffer 7, Anlage 2 Ziffer 8). Einrichtungen in öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft sind i. d. R. an die jeweils gültigen Tarifsysteme gebunden. Zusätzlich ist bei der Organisation des Personaleinsatzes das Arbeitszeitgesetz zu berücksichtigen. Die Personalkosten machen 70 % der Gesamtkosten in einer Suchtfachklinik aus. In den letzten Jahren ist es aufgrund des Fachkräftemangels und den hohen Anforderungen der Leistungsträger (z. B. ständige ärztliche Präsenz) immer schwieriger geworden, einzelne Stellen in den Einrichtungen zu besetzen. Problematisch stellt sich die Situation im ärztlichen Bereich und hier besonders für kleine Einrichtungen dar (DHS 2008). Das Problem betrifft sowohl Assistenz- und Facharztstellen wie auch die Position der ärztlichen Leitung.

Tabelle 11.4 Personelle Anforderungen – Anzahl / 100 Rehabilitanden

Berufsgruppen	Abhängigkeitserkrankungen			
	Alkohol / Medikamente		Illegale Drogen	
	Anzahl / 100	Funktions- gruppe	Anzahl / 100	Funktions- gruppe
Ärzte	3	3	3	3
Dipl.-Psychologen	5		5	
Dipl.-Sozialarb. / Dipl.- Sozialpäd.	5*	10	9*	14
Pflegepersonal	6	6	6	6
Physiotherapeut				
Dipl.-Sportlehrer	2,5	2,5	2,5	2,5
Sportl. / Gymnastiklehrer				
Diät-Assistent / Ökotrophologe	0,5	0,5	0,5	0,5
Ergotherapeut				
Beschäftigungstherapeut				
Berufstherapeut	4,5	4,5	4,5	4,5
Kreativtherapeut (Gest., Kunstth.)				

*inklusive 1 Dipl.-Sozialarbeiter für die klinische Sozialarbeit

gekürzt nach DRV 2010b, S. 21.

Verknüpfung zwischen Finanzierung und Wirkung

Gerade in Zeiten knapper Ressourcen werden von den Kostenträgern der Einrichtungen Qualitätsnachweise gefordert, dennoch liegen nur wenige Evaluationsstudien zur Frage vor, inwieweit die Maßnahmen einer stationären Rehabilitation zur Abstinenz und sozialen und beruflichen Integration von Drogenabhängigen beitragen. In Katamneseerhebungen ist eine geringe Ausschöpfungsquote zu verzeichnen, z.B. aufgrund von fehlendem Einverständnis für die Teilnahme an der Katamneseerhebung, ungültigen Adressen der Angeschriebenen oder weil es sich um Verweigerer, nicht Erreichte, Verstorbene oder Patienten handelt, die unfähig zur Beantwortung sind. Fischer et al. (2007a,b) untersuchten innerhalb des Forschungsprojekts Drogenkatamnese drei rheinland-pfälzische Einrichtungen der abstinentengestützten Drogenrehabilitation in einer prospektiven Studie. Unter den einbezogenen 429 Patienten wurden Daten zu vier Messzeitpunkten (Behandlungsbeginn/-ende, 6- und 12-Monatskatamnese) erhoben. Die Ausschöpfungsquoten liegen für die Halbjahreskatamnese bei 55,3 % und für die Jahreskatamnese bei 41,5 %. Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten bewegen sich „Erfolgsnachweise“ im Rahmen konservativer und optimistischer Schätzungen. Geht man in dieser Studie nach den konservativen Schätzungen, so bewegen sich die Erfolgsquoten zwischen 21,5 % und 25 %, bei den optimistischen Schätzungen liegen die Erfolgsquoten zwischen 41 % und 55 %. Sonntag und

Künzel (2000) dokumentieren in ihrer Übersichtsarbeit verschiedener Katamnesestudien eine Ausschöpfungsquote zwischen 30% und 60% sowie Abstinenzraten zwischen 23 % und 37 % für 12-Monats-Katamnesen. Sie konstatieren, dass ca. ein Viertel der Drogenabhängigen ein Jahr nach ihrer stationären Behandlung abstinent ist (ebd.). Insgesamt ist die Behandlung Drogenabhängiger katamnestisch erfolgreicher, wenn die Behandlungsbeendigung planmäßig erfolgt, die Behandlungsdauer über 16 Wochen beträgt, die Betroffenen sich freiwillig behandeln lassen und eine eher kurze Abhängigkeitsdauer bis maximal 10 Jahre aufweisen. Günstige Faktoren sind weiterhin das weibliche Geschlecht und ein eher niedriges Alter bei Behandlungseintritt (Fischer et al. 2007b).

Kosten-Effektivitätsstudien liegen in Deutschland im Bereich illegaler Drogen kaum vor. Im Rahmen des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger¹³⁹ wurde in der gesundheitsökonomischen Begleitforschung neben den spezifischen Ergebnissen zu Kosten und Nutzen heroingestützter Behandlung auch allgemeine Informationen über Behandlungskosten (v.d.Schulenburg & Claes 2006) erhoben. In Tabelle 11.5 sind die Kosten für Drogentherapien, ambulante und stationäre (psychiatrische) Behandlungen je Woche dargestellt. Diese sind prinzipiell über das Projekt hinaus auf das Suchthilfesystem insgesamt übertragbar. Die stationäre drogenfreie Therapie wird mit 3.047 € pro Woche und Patient veranschlagt, der Aufenthalt in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft mit 700 € und für psychiatrische Kliniken werden 1.048 € angegeben. Die meisten Angaben beruhen dabei auf Schätzungen oder Berechnungen anhand von Sekundärdaten (z. B. Deutsche Suchthilfestatistik, Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser). Anteile für Personal- oder Sachkosten können nicht beziffert werden.

¹³⁹ Beim bundesdeutschen Modellprojekt zur Heroinvergabe handelt es sich um eine wissenschaftliche Arzneimittelprüfstudie, die von 2002 bis 2004 in sieben Städten und mit insgesamt 1.015 Studienteilnehmern stattfand und in deren Rahmen Schwerstabhängige injizierbares Heroin als Medikament erhielten. Eine Kontrollgruppe erhielt parallel die Ersatzdroge Methadon.

Tabelle 11.5 Kosten unterschiedlicher Therapien je Woche

	Therapiekosten je Woche
Ambulante Entgiftung	32 €
Stationäre Entgiftung	2.469 €
Ambulante Substitution (ohne Kosten für das Substitut)	32 €
Psychosoziale Begleitung	37 €
Ambulante drogenfreie Therapie	52 €
Stationäre drogenfreie Therapie	3.047 €
Therapeutische Wohngemeinschaft (begleitend)	700 €
Tagesklinik	700 €
Psychiatrische Klinik	1.048 €
Ambulante psychiatrische Klinik (begleitend)	50 €
Sonstige Klinik/Station	3.047 €
Sonstige Behandlung	700 €

v.d.Schulenburg & Claes 2006.

11.4 Diskussion und Ausblick

Die stationäre Versorgung Drogenabhängiger ist ein wesentlicher Bestandteil des differenzierten und wirkungsvollen Suchthilfesystems in Deutschland. Nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse und erfahrungsorientiertes Wissen aus der Praxis haben zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, Modifikation und Innovation des Leistungsangebots geführt, sondern auch die zunehmende Ökonomisierung und Rationalisierung haben die Anforderungen an die stationären Einrichtungen Drogenabhängiger steigen lassen (DHS 2008). Nicht zuletzt führen die Auswirkungen des demografischen Wandels zu Herausforderungen der stationären Suchthilfe.

Aus Sicht der DRV-Bund stellt sich mit großer Dringlichkeit die Frage, wie die knappen Mittel mit noch höherer Effizienz und noch größerer individueller Passgenauigkeit eingesetzt werden können (Hebrant 2011). Es wird betont, dass trotz der allgemeinen Knappheit der finanziellen Ressourcen der Grundsatz der DRV-Bund „Keine Rehabilitation nach Kassenlage!“ bestehen bleibt und somit jeder Antrag individuell nach Maßgabe der Leitlinien geprüft wird und auch keine Absenkung der Bewilligungsquote zu verzeichnen ist (Hebrant 2011). Dennoch sprechen Experten von einer „Finanzkrise der Rehabilitation“ (Koch 2011). Die Suchtfachverbände warnen, dass das System der Suchtrehabilitation massiv unter Druck gerät (vgl. buss et al. 2011). Durch die gedeckelten Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung bzw. durch die Umsetzung von Sparmaßnahmen werden die Mittel für eine medizinische Rehabilitation knapp. Folgen der Sparmaßnahmen werden sichtbar in dem Beschluss „Anpassung und Harmonisierung der Richtwerte für die Verweildauern“ vom 21.9.2010 (Koch 2011). Im Zuge dieser Sparmaßnahmen zeichnet sich die Tendenz der

Verkürzung der Verweildauern im Bereich stationärer Einrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit bzw. eine vermehrte Durchführung von ambulanten oder Kombi-Maßnahmen sowie eine strengere Prüfung der Bewilligung der Reha-Maßnahmen ab (Koch 2011; Zellner 2011). Dadurch sind insbesondere Fachkliniken, die nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten, in eine prekäre Lage geraten (DHS 2008). Es wurde in den letzten Jahren deutlich, dass die Haushaltslage für Rehabilitation angespannt bleibt und in den nächsten Jahren keine deutliche Entlastung zu erwarten ist. Die Anhebung des Reha-Budgets wird von vielen Seiten befürwortet, allerdings erscheint es unwahrscheinlich, dass eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in naher Zukunft umgesetzt wird (Koch 2011).

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

Good-Practice stellt das Kombi-Nord Modell dar. Das bisherige Modell zur Kombinationsbehandlung „stationär/ambulant“ sieht grundsätzlich nur den stationären Beginn der Maßnahme vor. Es bedarf der flexiblen Handhabung ambulanter und stationärer Elemente, die einen bedarfsorientierten Ein- und Umstieg innerhalb der Reha-Maßnahme ermöglichen (DHS 2008).

Es muss berücksichtigt werden, dass zunehmend kränkere Patienten in die stationäre Rehabilitation kommen (Fachverband Sucht e.V. 2012). Weiterhin zeigt sich, dass aufgrund des Fallpauschalensystems sowie Sparmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen die Phase der Entgiftung deutlich kürzer geworden ist. Patienten können in dieser kurzen Zeitspanne der Entgiftungsphase nicht genügend motiviert und auf eine stationäre Entwöhnung vorbereitet werden. Dadurch wird die Entwöhnungsphase erschwert bzw. der Betreuungsaufwand erhöht (Fachverband Sucht e.V. 2012; Zellner 2011). Eine nahtlose Vernetzung zwischen dem Akutbereich und der Rehabilitationseinrichtung ist wichtig, um einen möglichen „Drehtüreffekt“ im Bereich der Entgiftung zu vermeiden. Aber auch der Anschluss an eine Rehabilitation darf im Vernetzungsgefüge nicht außer Acht gelassen werden. Die Rehabilitationsnachsorge sowie die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe sichern nachhaltig den Behandlungserfolg (DHS 2008).

Die fortlaufende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung, gerade vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel, werden weiterhin zentrale Themen in der stationären Suchthilfe bleiben. Die Bedeutung der Zertifizierungen wird aufgrund der gesetzlichen Anforderungen zunehmen. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsqualität (DHS 2008). Auch wird die Nutzung neuer Technologien Einzug in die Rehabilitation halten (Fachverband Sucht e.V. 2012). Dazu gehören beispielsweise die Online-Antragsstellung, ein verbesserter Datenaustausch oder Klinikinformationssysteme. Doch muss dafür auch ausreichendes und vor allem qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen. Da weder aus Zuschüssen noch aus Vergütungen oder Kostensätzen tarifgerechte oder marktübliche Gehälter gezahlt werden können, deutet sich ein Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen der Suchthilfe an (Leune 2012). Problematisch stellt sich die Situation vor allem im ärztlichen Bereich und hier besonders für kleine Einrichtungen dar (DHS 2008).

Arbeitsbezogene Maßnahmen sind ein unabdingbarer Bestandteil der Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In Zukunft wird stärker darauf geachtet werden müssen, dass berufliche Rehabilitationsleistungen für den Übergang in die Erwerbsphase im Verlauf und am Ende der medizinischen Rehabilitation für den Übergang in die Erwerbsphase gesichert sind (DHS 2008). Nicht zuletzt ist hier auch aufgrund der zunehmenden Flexibilisierung und Differenzierung des Leistungsangebots eine noch intensivere Kooperation zwischen den einzelnen Behandlungseinrichtungen und Betrieben erforderlich, die dem SGB IX Rechnung trägt.

Die Beobachtung und Analyse von Trends und Veränderungen innerhalb der Klientel für die Entwicklung der Angebote ist von großer Bedeutung. Die Gesamtheit der Abhängigkeitskranken zeigt ein immer heterogeneres Bild: Menschen mit Mehrfachabhängigkeit oder zusätzlicher psychiatrischer Diagnose, Menschen mit Migrationshintergrund, in Obdachlosigkeit oder Langzeitarbeitslosigkeit (DHS 2008). Gerade der Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen wird immer häufiger als „Normalfall“ bezeichnet (Zellner 2011). Bei der Drogenabhängigkeit werden je nach Untersuchung in bis zu 70 % der Fälle Doppeldiagnosen nachgewiesen (DHS 2008). Es lässt sich eine Tendenz feststellen, dass bei Mehrfachabhängigkeit oft die führende Diagnose den Ausschlag gibt und über die Zuweisung entscheidet und daher als einzige Diagnose statistisch erscheint (Hebrant 2011). Je nach Schwere der Störung ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an das Profil der Rehabilitationseinrichtungen, wie die Mitbehandlung leichter komorbider Störungen, eine kombinierte Behandlung oder einer spezialisierten Behandlung mit besonderem Schwerpunkt auf der komorbiden Störung (DHS 2008). Zudem muss die Größe der Einrichtung an die Bedürfnisse der Klientel angepasst sein. Insbesondere muss im Einzelfall eine längere Therapiedauer ermöglicht werden. Hierdurch ergibt sich auch bezüglich der Ausstattung eine veränderte Kostenstruktur. Komorbid erkrankte Patienten erfordern nicht nur ein besonders qualifiziertes Personal, sondern oft auch einen höheren Aufwand im Sachkostenbereich (Medikamente) (DHS 2008). Zunehmend werden sich die Rehabilitation und die im Einzelfall zur Anwendung kommenden Maßnahmen am

individuellen Bedarf und personenbezogenen Zielen im Hinblick auf Art, Dichte sowie die zeitliche Verteilung der Leistungen orientieren (DHS 2008).

12 Drogenpolitik in großen europäischen Städten

Große Städte sind häufig überproportional stark betroffen von Drogenhandel auf der einen Seite und Problemen im Zusammenhang mit Drogenkonsum auf der anderen Seite. Dies betrifft nicht nur offene Drogenszenen oder Stadtviertel, wo sich Drogenprobleme konzentrieren, sondern hat auch Auswirkungen auf die Sicherheit und das öffentliche Gesundheitswesen. Dabei zeigt die Zahl der drogenbezogenen Delikte eine umgekehrte U-Funktion oder J-Funktion (Tretter & Jaedicke 2002). Das heißt, dass die Deliktbelastung auf dem Land am geringsten ausfällt, dann steigt sie mit der Einwohnerzahl der Städte und ist in kleineren Großstädten am höchsten. In den großen Metropolen nimmt sie wieder etwas ab. Darum wird in diesem Sonderkapitel zunächst überblicksartig die Drogenpolitik von zwölf großen deutschen Städten vorgestellt. Ausführlichere Beschreibungen der Situation in den jeweiligen Städten finden sich im Anhang. Abschließend wird detailliert auf die Drogenpolitik der deutschen Hauptstadt Berlin eingegangen.

12.1 Drogenpolitik in großen deutschen Städten

In diesem Abschnitt werden die Drogenpolitiken bzw. -strategien oder -aktionspläne von zwölf großen deutschen Städten dargestellt: Hamburg, München, Köln, Frankfurt, Stuttgart, Dortmund, Essen, Düsseldorf, Bremen, Leipzig, Dresden und Rostock. Diese Darstellungen erfolgen ohne Berücksichtigung von Berlin, da darauf ausführlich in Kapitel 12.2 eingegangen wird. Behandelt werden dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede bzgl. der Verwaltungsstruktur, drogenbezogenen Angeboten, dem Vorhandensein einer Drogenstrategie und deren grobe Inhalte, der Koordination durch einen Drogenbeauftragten sowie der Beteiligung der Städte an Netzwerken mit drogenrelevanten Arbeitsschwerpunkten. Tabelle 12.1 liefert einen Überblick über die relevanten Informationen zu den einzelnen Städten.

12.1.1 Verwaltungsstruktur

Der Verwaltung aller Städte, über die in diesem Kapitel berichtet wird, steht ein Bürgermeister vor (Erster bzw. Oberbürgermeister, wenn ihm andere Bürgermeister unterstehen). Zusätzlich ist der Bürgermeister Vorsitzender des städtischen Rats, der für alle Angelegenheiten der Stadtverwaltung zuständig ist. Die Stadtverwaltung ist in Fachbehörden untergliedert, die sich je nach Stadt Dezerenate, Fachämter, Senats- oder Geschäftsbereiche nennen. Ihre Anzahl ist zwischen den Städten sehr unterschiedliche (zwischen drei und elf).

Besonderheiten ergeben sich für die Stadtstaaten Bremen und Hamburg, bei denen Landes- und Kommunalstrukturen miteinander identisch sind. An der Spitze der Stadt- und Landesverwaltungen steht hier der Senat, der vom ersten Bürgermeister geleitet wird. Die Mitglieder des Senats (Senatoren) leiten jeweils eine Fachbehörde und sind sowohl mit den Ministern der Flächenländer als auch den Dezernatsleitern anderer Großstädte vergleichbar.

Tabelle 12.1 Übersicht

Stadt	Einwohnerzahl ¹⁴⁰	Diamorphinvergabe	Besondere Drogenbezogene Angebote ¹⁴¹	Drogenstrategie	Drogenbeauftragter	Regionale und überregionale Netzwerke
Hamburg	1.786.448	Ja	Jugendsuchtberatungsstellen CAN Stop Beratungsangebote nur für Frauen, u.a. speziell für sich prostituierende drogenabhängige Frauen Konsumräume zum i.v. Konsum illegaler Drogen Spezielle Beratungsangebote für durch die Arbeitsagentur vermittelte Suchtkranke Kinderschutzbeauftragte in den Suchtberatungsstellen Muttersprachliche Angebote Modellprojekt Alter und Sucht Differenzierte Hilfen über Maßnahmen der Eingliederungshilfen	Ja Drucksache „Ausstiegsorientierte Reform der Suchtkrankenhilfe Hamburg“ Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend; Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen	Ja; Fachabteilung Drogen und Sucht	Koordinierungsgremium für Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention Amtsleiterrunde Drogen Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention Fachrat Drogen und Sucht Fachgremium Eingliederungshilfe Diverse feste Arbeitsgruppen, z. B. Fachausschuss Drogen der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen, AG CONNECT, AG LINA-NET, AK substituierende Ärzte
München	1.353.186	Ja	Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern Angebote speziell für ältere drogenabhängige Menschen Angebot speziell für drogenkonsumierende Frauen	Ja; Leitlinien (erstmalig seit 1995, aktualisiert in 2009); kein Maßnahmenplan, sondern eine Beschreibung des Wissensstands	Ja; Koordinator für Psychiatrie und Suchthilfe	EFUS Netzwerk (European Forum for Urban Security) (http://efus.eu)

¹⁴⁰ Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/GVOnlineAbfrage.html>

¹⁴¹ Bei diesen Angaben handelt es sich um Angaben der Städte, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Stadt	Einwohnerzahl ¹⁴⁰	Diamorphinvergabe	Besondere Drogenbezogene Angebote ¹⁴¹	Drogenstrategie	Drogenbeauftragter	Regionale und überregionale Netzwerke
Köln	1.007.119	Ja	Mobiler medizinischer Dienst zur Grund- und Notfallversorgung (Drogentherapeutische Ambulanz) Drogenkonsumraum	Nein; Die städtische Drogenpolitik orientiert sich an den fachliche Vorgaben des „Landesprogramms gegen Sucht“	Ja; Drogenreferent	Beteiligung in mehreren Arbeitskreisen und Fachbeiräten
Frankfurt	679.664	Ja	Informationsangebote für Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren Frühintervention, z.B. CaBS (Case Management und Beratung für cannabiskonsumierende Schüler) aufsuchendes Angebot für Schulen Selektive Suchtprävention, z.B. BINSO (Brücke für Integration und Soziales): Angebot für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund in Kooperation mit Kulturvereinen Frauenspezifische Hilfen Niedrigschwellige Angebote:4 Konsumräume zum i.v. Konsum illegaler Drogen Crackrauchraum Spritzentausch	Ja; „Frankfurter Weg“: steht im Einklang mit gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen des Bundes und des Landes Hessen Jährliches Monitoring-System Drogentrends in Frankfurt am Main	Ja; Drogenreferat	Bis zum Austritt Deutschlands aus der Group Pompidou in 2011 engagierte sich Frankfurt bei EXASS Net Montagsrunde: interdisziplinäres Kooperationsmodell Koordination verschiedener Arbeitskreise z.B. „Arbeitskreis Jugend, Drogen und Suchtprävention“, „Runder Tisch Alkohol“ oder „Freitagsrunde“ Beteiligung an Ausschüssen z.B. Jugendhilfeausschuss

Stadt	Einwohnerzahl ¹⁴⁰	Diamorphinvergabe	Besondere Drogenbezogene Angebote ¹⁴¹	Drogenstrategie	Drogenbeauftragter	Regionale und überregionale Netzwerke
Stuttgart	606.588		Spezielle muttersprachliche Beratung für Personen mit Migrationshintergrund	Nein	Ja; Suchthilfeplanung	EFUS Netzwerk (European Forum for Urban Security) (efus.eu) Suchthilfeplanung ist Mitglied im nationalen Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr)
Dortmund	580.444		Keine	Nein; Entwicklung des „Dortmunder Wegs“ vor 20 Jahren	Nein; Psychiatriekoordination und Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes	Akzept e.V. Twinning-Projekte des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) Beirat der Landesstelle Sucht Kommission „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer
Essen	574.635		Drogenkonsumraum mit Möglichkeit zur Hepatitis Impfung Angebote für Kinder und Jugendliche Angebote für Mädchen und Frauen	Ja; Drogenpolitik basiert auf den „Leitsätzen für die Drogenpolitik in Essen“ (erstmalig 1993 beschlossen, 1999 überarbeitet)	Ja; Referat Drogenhilfe	Koordinierung und Mitarbeit in diversen regelmäßigen Arbeitskreisen in Zusammenarbeit mit Behörden, Verbänden, Organisationen und Trägern der freien Wohlfahrtspflege
Düsseldorf	588.735		Akzeptanzorientierte Drogenberatung für Personen mit Migrationshintergrund Interkulturelles Angebot Beratungsangebot für russischsprachige Drogenkonsumenten Kontakt- und Beratungsstelle für Frauen (ab 27 Jahre), die Drogen konsumieren, wohnungslos sind und/oder der Prostitution	Nein; Die städtische Drogenpolitik orientiert sich an den fachliche Vorgaben des „Landesprogramms gegen Sucht“	Ja; Suchtkoordination	Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz Planungsgruppe Suchtprävention Arbeitskreis Substitution

Stadt	Einwohnerzahl ¹⁴⁰	Diamorphinvergabe	Besondere Drogenbezogene Angebote ¹⁴¹	Drogenstrategie	Drogenbeauftragter	Regionale und überregionale Netzwerke
			nachgehen Notschlafstelle für Mädchen und junge Erwachsene bis 27 Jahre (Grundversorgung) Drogenkonsumraum mit Möglichkeit zur Hepatitis Impfung			
Bremen	547.340		(ESC)ape – Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen CAN Stop	Nein; Die Bremer Drogenpolitik orientiert sich an der nationalen Drogenpolitik	Ja; Steuerungsstelle Drogenhilfe des Gesundheitsamtes und Referent für Suchtkrankenhilfe des Landes Bremen	Fachverband Drogen- und Suchthilfe (FDR), national) Koordinierungsausschuss Drogen (ressortübergreifende AG auf Landesebene) Fachausschuss Sucht (kommunale Ebene) Geschäftsführerausschuss Drogenhilfe (kommunale Ebene) AG Prävention (kommunale Ebene)
Leipzig	522.883		transVer: Transkulturelle Versorgung von Suchtkranken Notschlafstelle und Motivationswohnen AK „pregnant“ Netzwerk für drogenabhängige Schwangere, Eltern und deren Kinder Spritzentausch	Ja; Drogenpolitische Leitlinien seit 1999; basiert auf der Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik	Ja; Stabsstelle Suchtbeauftragte	Drogenbeirat AK Suchtprävention AK wohnungslose und suchtkranke Menschen Drogenrapport (Monatsrunde) Kriminalpräventiver Rat Quartalstreffen der Suchtbeauftragten sächsischer Großstädte mit der Referentin für Suchtfragen beim Sächsischen Staatsministerium

Stadt	Einwohnerzahl ¹⁴⁰	Diamorphinvergabe	Besondere Drogenbezogene Angebote ¹⁴¹	Drogenstrategie	Drogenbeauftragter	Regionale und überregionale Netzwerke für Soziales und Verbraucherschutz Projekt Democracy, Cities & Drugs II der Europäischen Union (EU) (2008 bis 2011)
Dresden	523.058		Kinder- und jugendspezifisches Angebot der Jugend- und Drogenberatungsstelle mit dem speziellen Schwerpunkt illegale Drogen	Ja; Kooperationsvereinbarung Drogenhilfe Dresden; Kooperationsvereinbarung zur Koordinierung und Qualitätssicherung der Hilfen für Dresdner Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Drogenproblemen	Ja; Städtischer Drogenbeauftragter	Arbeitskreis „Suchtprävention Dresden“ Arbeitskreis „Illegale Drogen Dresden“ Sitzungen mit den Leitern der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
Rostock	202.735		CANStop Angebote für drogengefährdete oder abhängige Kinder und Jugendliche	Nein	Nein; Stabsstelle der Sucht- und Psychiatriekoordination	Arbeitsgruppe Sucht am Gesundheitsamt Kommunaler Präventionsrat

12.1.2 Drogenbezogene Angebote

Der Bereich der drogenspezifischen Hilfen umfasst in allen Städten Prävention, Beratung, Behandlung, Überlebenshilfe und – soweit sie in kommunale Verantwortung fällt – auch Repression. Letztere liegt üblicherweise in der Verantwortung des Ordnungsamts und der Polizei. Die Koordinierung drogenspezifischer Hilfen obliegt in der Regel den Fachbehörden. Erbracht werden die Leistungen v.a. von freien Trägern, in der Regel den Wohlfahrtsverbänden und dem Jugendamt. Sie werden durch öffentliche Gelder der Städte mitfinanziert, z.T. bezuschusst vom Land (z. B. in Dresden, Leipzig) oder anderen Verwaltungseinheiten wie z. B. den Bezirken (z. B. in München). In den meisten Städten werden für die Versorgung von Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen folgende Angebote vorgehalten: Prävention, niedrigschwellige Hilfen (z. B. Streetwork, Kontaktläden, Sprizentausch oder Notschlafstellen), medizinische Grund- und Notfallversorgung, Substitutionsambulanzen, ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, psychosoziale Betreuung sowie soziale und berufliche Wiedereingliederung.

Darüber hinaus bieten die Städte verschiedene einzigartige Angebote für Drogenabhängige an. So gibt es in vielen Städten spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche (Hamburg, München, Düsseldorf, Dresden, Frankfurt, Essen, Rostock) oder spezielle muttersprachliche Beratung für Personen mit Migrationshintergrund (Hamburg, Frankfurt, Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig). Auch gibt es Beratungsstellen für drogenabhängige Frauen, v.a. für diejenigen, die der Prostitution nachgehen (Hamburg, München, Düsseldorf, Frankfurt, Essen) sowie in einigen Städten Konsumräume (Hamburg, Frankfurt, Essen, Köln, Düsseldorf) und gesonderte Beratung und Behandlung für Cannabiskonsumenten (Frankfurt, Rostock, Hamburg, Bremen).

Im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger („Heroinstudie“) erhielten Drogenabhängige, bei denen bisherige Drogentherapien nicht erfolgreich waren oder bei denen die Substitution nicht befriedigend verlief, im Zeitraum zwischen März 2002 und Dezember 2003 versuchsweise injizierbares synthetisch hergestelltes Heroin (Diamorphin) als Medikament; eine Kontrollgruppe bekam parallel die Ersatzdroge Methadon. Beide Gruppen wurden regelmäßig medizinisch betreut und erhielten eine psychosoziale Begleittherapie. Insgesamt wurden in dieser Studie 1.032 Personen in sieben Behandlungszentren in Hamburg, Frankfurt, Hannover, Bonn, Köln, München und Karlsruhe zufällig der Diamorphin- bzw. Methadonbehandlung zugewiesen. Nach wie vor ermöglichen diese sieben Städte in Frage kommenden Drogenabhängigen die Diamorphinvergabe. Unter den in diesem Kapitel vorgestellten Städten sind dies Hamburg, München, Köln und Frankfurt.

12.1.3 Drogenstrategie

Sechs der zwölf vorgestellten Städte haben eine eigene Drogenstrategie bzw. drogenspezifische Leitlinien, nämlich Hamburg, München, Frankfurt, Essen, Leipzig und Dresden. Diese stehen im Einklang mit gesetzlichen Regelungen vom Bund und dem

jeweiligen Land, also der nationalen Strategie und dem entsprechenden Landessuchtkonzept. Die Drogenpolitiken der meisten Städte fußen auf den Eckpfeilern Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung und Repression. Die Münchner Leitlinien der Suchtpolitik stellen dagegen keinen Maßnahmenplan dar, sondern beschränken sich auf eine Beschreibung des Wissensstandes. In Dresden existiert eine „Kooperationsvereinbarung Drogenhilfe Dresden“, die als verbindlicher Handlungsrahmen für die Zusammenarbeit in der Betreuung von Dresdner Konsumenten illegaler Drogen mit Hilfebedarf dient. Die Kooperationspartner erkennen dabei verbindliche Qualitätsstandards an.

Städte, die keine eigene Drogenstrategie oder –aktionsplan haben, orientieren sich in der Regel an den fachlichen Vorgaben des Landessuchtkonzeptes. So gilt beispielsweise für Düsseldorf und Köln das „Landesprogramm gegen Sucht“ von Nordrhein-Westfalen und in Stuttgart die Baden-Württembergische Strategie für Suchtprävention und -hilfe. In Ländern, die keine eigene Drogenstrategie oder -aktionspläne haben, orientieren sich die Städte am 4-Säulenmodell der nationalen Drogenpolitik, wie beispielsweise Bremen und Mecklenburg-Vorpommern.

12.1.4 Drogenbeauftragte

Fragen rund um das Themengebiet Sucht und Drogen gehören in fast allen Städten zum Arbeitsbereich des Gesundheitsamtes. Dieses fällt in die Zuständigkeit einer der Fachbehörden, die je nach Stadt für verschiedene übergeordnete Aufgabenbereiche zuständig sein können, z. B. Soziales oder Gesundheit. In Frankfurt am Main liegt die Zuständigkeit beim Drogenreferat der Stadt, welches den Status eines Amtes hat. In fast allen Städten gibt es im städtischen Gesundheitsamt einen Verantwortlichen für Drogenfragen (in München, Köln, Stuttgart, Essen, Düsseldorf, Bremen, Leipzig und Dresden; in Hamburg in der Fachbehörde des Landes angesiedelt). Die Nomenklatur ist zwischen den Städten sehr uneinheitlich. Die Stelle nennt sich Suchthilfeplanung, Suchtbeauftragter, Drogenbeauftragter, -referent oder –koordinator. Der Aufgabenbereich wird zum Teil von einzelnen Personen, zum Teil von kleinen Arbeitsgruppen wahrgenommen und umfasst in der Regel Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen im Bereich der Prävention und Versorgung von suchtkranken und gefährdeten Menschen sowie deren Angehörigen. In Bremen erfolgen alle Maßnahmen im Bereich Drogen und Sucht in enger Abstimmung zwischen dem Suchtkoordinator des Landes Bremen und der Steuerungsstelle Drogenhilfe des Bremer Gesundheitsamtes.

In einigen Städten gibt es keinen expliziten Drogenbeauftragten. In Rostock wird beispielsweise die Aufgabe des Drogenbeauftragten durch die Sucht- und Psychiatriekoordination, in Dortmund durch die Psychiatriekoordination und die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernommen.

12.1.5 Netzwerke auf regionalem oder überregionalem Level

Beinahe alle Städte organisieren regionale, interdisziplinäre Arbeitsgruppen, Fachgremien und -beiräte im Bereich Drogen und Sucht, in denen sich die Teilnehmer in regelmäßigen Abständen über Fragen zum Thema Drogen, Prävention und Behandlung austauschen.

Die meisten Städte gaben darüber hinaus an, in verschiedenen überregionalen oder nationalen Netzwerken organisiert zu sein, die hier exemplarisch dargestellt werden. Beispielsweise nimmt Leipzig an Quartalstreffen der Suchtbeauftragten sächsischer Großstädte mit der Referentin für Suchtfragen beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz teil. Die Stuttgarter Suchthilfe ist Mitglied im nationalen Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr). Die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Dortmund ist Beirat der Landesstelle Sucht und in der Kommission „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer.

Einzelne Städte sind (oder waren bis vor kurzem) darüber hinaus Mitglieder in internationalen Netzwerken. So beteiligte sich Dortmund z. B. an Twinning-Projekten des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL). München und Stuttgart waren am internationalen EFUS-Netzwerk (European Forum for Urban Security¹⁴²) beteiligt¹⁴³. Bis 2011 nahm Leipzig am EU Projekt „Democracy, Cities & Drugs II“¹⁴⁴ teil, das darauf abzielt, einen lokalen und ganzheitlichen Umgang mit der Drogenproblematik zu fördern. Frankfurt engagierte sich bis vor kurzem im EXASS Net¹⁴⁵, einem von der Pompidou-Gruppe ins Leben gerufenen europäischen Netzwerk zum Erfahrungsaustausch zwischen kommunalen Akteuren, die an vorderster Front auf Drogenproblematiken reagieren müssen.

12.2 Fallstudie: Die Hauptstadt Berlin¹⁴⁶

In Berlin leben auf einer Gesamtfläche von 892 km² 3,46 Millionen Einwohner. 14,5 % sind unter 18 Jahren und 19,1 % sind über 65 Jahre alt. Der Migrantenanteil liegt mit 472.000 Personen bei rd. 13,6 %. 1,57 Millionen Personen sind als Erwerbstätige registriert. Die Erwerbslosenrate lag im Jahr 2012 bei durchschnittlich 13,4 % (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011).

Ungefähr jeder siebte Bürger Berlins ist von Suchtmittelmissbrauch oder Suchtmittelabhängigkeit betroffen, entweder selbst oder als Familienmitglied. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 185.000 Menschen in Berlin Alkohol missbrauchen oder bereits abhängig sind, ca. 370.000 Menschen trinken riskant Alkohol. Ungefähr 135.000 Menschen haben einen problematischen Medikamentenkonsum. Ca. 165.000 Menschen konsumieren aktuell illegale Drogen, der größte Teil Cannabis und ca. 15.000 Menschen sind von

¹⁴² <http://efus.eu/de/about-us/the-efus/public/1450>

¹⁴³ EFUS arbeitet an allen wichtigen Fragen von städtischer Kriminalprävention und unterstützt Kontakte zwischen europäischen Städten durch Erfahrungsaustausch, Zusammenarbeit und Fortbildung.

¹⁴⁴ <http://www.democitydrug.org/>

¹⁴⁵ http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/activities/exassnet_EN.asp

¹⁴⁶ Dieser Beitrag wurde von Monika Wojak, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, verfasst.

Cannabis abhängig. (Kraus et al. 2008a) Von Opiaten sind in Berlin ca. 8.000 bis 10.000 Menschen abhängig (Kirschner et al. 1994). 2011 starben 114 Drogenabhängige aufgrund einer Überdosis (Landeskriminalamt Berlin, persönliche Mitteilung).

Berlin ist nicht nur Hauptstadt, sondern übt als Stadtstaat auch die Funktion eines Bundeslandes aus. Das beinhaltet, dass Berlin ebenso wie die anderen 15 Bundesländer für die Entwicklung und Implementierung der Drogenpolitik auf Länderebene zuständig ist. Wie in allen anderen Bundesländern übernimmt ein hauptamtlicher Drogen- und Suchtbeauftragter die Koordinierung und Steuerung von Drogen- und Suchtpolitik, die Abstimmung mit anderen involvierten Ressorts und Aufgaben im Rahmen der Abstimmungen auf Bundesratsebene.

12.2.1 Berliner Drogen- und Suchtpolitik

Seit 1977 existiert das Berliner „Programm zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs“. Dieses Programm wurde in den so genannten Drogenberichten der Jahre 1978, 1983 und im Drogen- und Suchtbericht 1993 an das Abgeordnetenhaus von Berlin ausführlich beschrieben und sowohl auf Landes- als auch auf Bezirksebene ressortübergreifend abgestimmt. Die Weiterentwicklung seit dem Jahr 1994 wurde zwar bisher nicht in Form eines neuen Drogenberichts oder als schriftlich fixiertes Programm festgelegt, jedoch wurden viele Bausteine in unterschiedlichen Berichten – beispielsweise als Senatsvorlagen an das Parlament – schriftlich festgehalten.

Wie auch auf Bundesebene und in den anderen Bundesländern und Großstädten, basieren die Ziele der Berliner Drogenpolitik auf der Strategie der vier gleichberechtigten Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensbegrenzung und Überlebenshilfen sowie Repression. Dabei wurde die früher eng umrissene Drogenpolitik von einer umfassenden Drogen- und Suchtpolitik abgelöst, die sich an der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ebenso orientiert wie an der Drogenstrategie der Europäischen Union und dem jeweils aktuellen EU-Drogenaktionsplan.

Die Ziele der Drogen- und Suchtpolitik in Berlin sind: Den verantwortungsvollen Umgang mit legalen Suchtmitteln in der Bevölkerung zu fördern und den Einstieg in den Konsum illegaler Suchtmittel zu verhindern; Abhängige und deren Angehörige beim Ausstieg aus der Abhängigkeit von Suchtmitteln bzw. dem Glücksspiel zu unterstützen; Süchtigen das Überleben zu ermöglichen und ihnen zu helfen, ihren Gesundheitszustand zu verbessern; die Bevölkerung vor Drogen- und Suchtkriminalität und anderen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums zu schützen.

Das Programm der Drogen- und Suchthilfe in Berlin wird durch die Drogenbeauftragte und ihre Mitarbeiter bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales koordiniert und umgesetzt. Der Aufgabenbereich umfasst u.a. Grundsatzfragen zur Situation suchtkranker Menschen, das Versorgungssystem der Suchthilfe, die Suchtprävention sowie Drogen- und Suchtpolitik. Die Drogenbeauftragte ist zugleich Ansprechpartnerin für Medien und interessierte Bürger. Darüber hinaus werden durch das zuständige Referat im Wege der sog. Fehlbedarfsfinanzierung freie Träger der Prävention und Drogenhilfe finanziert. Der jährliche

Etat beträgt rd. 6,5 Mio. €. Die Zuwendungsmittel werden heute zum größten Teil im Rahmen von drei- bis fünfjährigen Verträgen an die Einrichtungen gezahlt, was zu größerer Planungssicherheit sowohl für die Hilfeinrichtungen als auch für das Land Berlin führt.

12.2.2 Suchtprävention

Zentrales Ziel suchtpräventiven Handelns ist die Vermeidung von schädlichem Konsum oder Abhängigkeit. Damit reduziert Suchtprävention mittel- und langfristig die Anzahl junger Menschen, die in Sucht- und Drogenkarrieren einsteigen, und trägt zur Sicherheit in der Stadt und zum sozialen Zusammenhalt bei.

Die Ziele der Prävention wurden in den „Leitlinien zur Suchtprävention“¹⁴⁷ formuliert und vom Abgeordnetenhaus im Jahr 2006 zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Leitlinien bilden das „Rückgrat“ der heutigen Suchtprävention und werden von allen wichtigen Akteuren mitgetragen und mit Leben gefüllt. U. a. heißt es dort: *„Suchtprävention ist eine Aufgabe aller Personen, gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen.... Zentrales Ziel der Suchtprävention ist es, den schädlichen Konsum von Suchtmitteln wie z. B. Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder Cannabis, aber auch exzessive Verhaltensweisen wie z. B. Automaten- oder Computerspielen zu verhindern oder zumindest deutlich zu reduzieren, um psychosozialen Problemen und Abhängigkeiten vorzubeugen.... Suchtprävention braucht eine Gesamtstrategie, die sich in unterschiedlichen Bereichen an alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen richtet. Dabei sind Risikogruppen besonders zu unterstützen. Das betrifft insbesondere auch die Menschen, die durch bestehende Angebote bisher nicht erreicht werden. Deshalb muss wirksame Suchtprävention dort ansetzen, wo die Menschen zusammen kommen, wo sie arbeiten, lernen und ihre Freizeit gestalten. Suchtprävention ist auf die Lebenswelt der Menschen und ihren sozialen Nahraum orientiert. Sie muss zielgruppenspezifisch und geschlechterdifferenziert angelegt sein.... Suchtpräventive Maßnahmen sind eingebettet in langfristige und nachhaltige Prozesse. Vorhaben der Suchtprävention sind sowohl auf das Verhalten von Individuen gerichtet als auch auf dauerhafte strukturelle Veränderungen.“* (Berliner Senat 2006)

In den Jahren 2004/2005 wurde die Suchtprävention in Berlin auf der Grundlage der Empfehlungen aus der von Wissenschaftlern vorgelegten „Expertise zur Suchtprävention“ umstrukturiert. Die Einrichtung der zentralen „Fachstelle für Suchtprävention“ bei dem freien Träger pad e.V.¹⁴⁸ im Dezember 2005 war der Beginn einer neuen Suchtpräventionspolitik in der Stadt. Heute organisiert die Fachstelle für Suchtprävention gemeinsam mit anderen Akteuren wie Schule und Jugendhilfe, Bezirks- und Senatsverwaltungen, freien Trägern, Krankenkassen und vielen weiteren Kooperationspartnern übergreifende Kampagnen, stellt Informationsmaterialien zur Verfügung und sorgt dafür, dass Suchtprävention zunehmend als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen wird.

¹⁴⁷ Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-drogen-sucht/leitlinien.pdf?start&ts=1172759262&file=leitlinien.pdf>

¹⁴⁸ www.berlin-suchtpraevention.de.

Die Ausrichtung der Berliner Suchtprävention sieht vor:

- Eine Stärkung der gesamtstädtischen Wirkung von Prävention
- Eine gute Vernetzung mit allen wichtigen Kooperationspartnern
- Die Stärkung von Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention, um Drogenkonsum zu reduzieren und Drogenkarrieren rechtzeitig zu stoppen und so langfristig hohe Kosten zu vermeiden

Thematische Schwerpunkte und Handlungsfelder der Fachstelle sind u.a.:

- Suchtmittel, insbesondere Tabak, Alkohol, Cannabis und Glücksspiel
- Zielgruppenspezifische Maßnahmen und Modellprojekte
- Fortbildung von Multiplikatoren, z. B. zum Thema Kinder in Familien mit Suchtproblemen
- Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention und Evaluation.

Zur frühen Intervention bei Cannabisproblemen und bei exzessivem Alkoholkonsum wurden Angebote im Rahmen des Netzwerkes Frühintervention¹⁴⁹ eingerichtet. Die regionalen Alkohol- und Drogenberatungsstellen bieten die Frühinterventionsprogramme "FreD" („Frühintervention bei polizeilich erstauffälligen Drogenkonsumenten“) und "Realize it" für Cannabiskonsumenten sowie das Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums "Break" an. Auch „HALT“, ein Projekt für junge Alkoholkonsumenten, die nach einer Alkoholintoxikation in Krankenhäuser eingeliefert werden, gehört zu den Angeboten einer frühzeitigen Intervention und wird berlinweit angeboten.

Am häufigsten werden von Jugendlichen und jungen Erwachsenen die legalen Drogen Tabak und Alkohol sowie die illegale Droge Cannabis konsumiert. Dieser Tatsache Rechnung tragend wurden vom Karuna e.V.¹⁵⁰ ein Mitmachparcours zum Nichtrauchen entwickelt "Rauchst du noch oder lebst du schon?", ein Mitmachparcours zur Alkoholprävention "Volle Pulle Leben - auch ohne Alkohol" und ein Mitmachparcours zur universellen Prävention „Kinderleicht gesund zu leben“, die sehr erfolgreich arbeiten. Ein weiterer Mitmachparcours zur Cannabisprävention wird zurzeit konzipiert. Der Karuna e.V. hat darüber hinaus besondere zielgruppenspezifische Angebote für Straßenkinder und andere Jugendliche mit riskantem Drogenkonsum in Kooperation mit der Jugendhilfe entwickelt, so z. B. das Projekt „Cleanpeace“ in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die therapeutische Wohngemeinschaft „Villa Störtebecker“ oder Angebote zur Beschäftigung und Tagesstruktur.

12.2.3 Drogen- und Suchthilfe

Auch die Ziele der Drogen- und Suchthilfe haben sich im Laufe der letzten 15 Jahre grundlegend weiterentwickelt. Oberstes Ziel einer bedarfsgerechten ambulanten Angebotsstruktur ist es, allen Hilfesuchenden und ihren Angehörigen unabhängig von der

¹⁴⁹ www.netzwerk-fruehintervention.de

¹⁵⁰ <http://www.karuna-berlin.de/>

Substanz und vom Konsumstatus, von Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit oder Migrationsstatus ohne Wartezeit und wohnortnah die Hilfen zukommen zu lassen (bzw. sie ggf. zu organisieren), die sie benötigen. Dieses Ziel zu erreichen, war das Ergebnis eines umfassenden und grundlegenden Umstrukturierungsprozesses, der mehrere Jahre in Anspruch genommen hat. Er wurde ermöglicht, da er auf wissenschaftlicher Grundlage basierte und die freien Träger der Drogenarbeit partnerschaftlich und gleichberechtigt einbezogen wurden. Das Verbundsystem der Drogen- und Suchthilfe Berlin bietet heute ein breites Spektrum regionaler, d.h. kommunaler und überregionaler Hilfeangebote für Suchtkranke und deren Angehörige.

Exkurs: Die Entstehung integrierter und regionaler Suchthilfedienste

Ende der 90er Jahre war die Alkoholhilfe in Berlin bereits gut aufgestellt und entsprechend der bezirklichen (kommunalen) Strukturen organisiert. In jedem Bezirk arbeiteten Alkoholberatungsstellen und Selbsthilfegruppen, und auch das stationäre Hilfesystem bot Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige wohnortnah an. Obwohl Beratungsstellen und niedrigschwellige Hilfen für Abhängige illegaler Drogen in ausreichender Zahl existierten, war die Qualität der Arbeit nicht überall befriedigend. Nicht alle Angebote wurden durch die Zielgruppe genügend nachgefragt, die überwiegend aus Opiatkonsumenten bestand, und es existierten kaum Angebote im Ostteil Berlins. Hilfesuchende mussten teilweise lange Wege in Kauf nehmen und alle Einrichtungen hatten Wartelisten. Da zwischen den beiden getrennten Hilfesystemen für Abhängige legaler und illegaler Drogen so gut wie keine Kooperation bestand, waren Absprachen, Case-Management oder netzwerkübergreifende Arbeit im Sinne der Hilfesuchenden nicht existent. Vor diesem Hintergrund war es offensichtlich, dass die Struktur des Hilfesystems dringend überarbeitet werden musste. Ziel war es, eine ausgewogene und den Erfordernissen angemessene Hilfestruktur für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen aufzubauen.

Eine Umstrukturierung von derartigem Ausmaß erforderte aber nicht nur das Einvernehmen aller Beteiligten, sondern auch eine Fundierung durch wissenschaftlich basierte Erkenntnisse. Daher erhielt die Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) GmbH¹⁵¹ als wissenschaftliches Institut den Auftrag, eine Bedarfsanalyse auf der Basis von Belastungsindikatoren zu erstellen und Vorschläge für die Umstrukturierung zu erarbeiten. Die Partner im folgenden Prozess der Umstrukturierung waren die Landes- und Bezirksebene in Berlin mit der Drogenbeauftragten und den Drogen- und Suchtkoordinatoren der Bezirke sowie die freien Träger der Drogenhilfe und ihre Verbände.

Bedingungen der Umstrukturierung

Voraussetzung für den folgenden Prozess war eine Umstellung der Zuwendungsfinanzierung für die Drogenhilfeeinrichtungen von jährlichen Zuwendungen auf einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit einer Laufzeit von fünf Jahren zwischen dem Land Berlin und der Liga der Wohlfahrtsverbände. Das vertraglich fixierte Ziel einer Umstrukturierung der ambulanten

¹⁵¹ www.fogs-gmbh.de

Drogenhilfe war wichtigster Bestandteil. Jedoch wurden weitere wichtige Verpflichtungen festgeschrieben, auf die sich das Land und die Verbände einigten:

- Eine Definition der Suchthilfe-Regionen
- Eine klare Aufgaben- und Leistungsbeschreibung (Prävention, Schadensminimierung, Beratung und ambulante Therapie sowie die Kooperation aller Beteiligten)
- Niedrigschwelliger Zugang ohne Wartezeit
- Verpflichtende Teilnahme an der Dokumentation des Deutschen Kerndatensatzes
- Eine Garantie der Zuwendungssumme für die Laufzeit des Vertrags

Die Vertragspartner einigten sich darauf, dass der Prozess der Umstrukturierung in gegenseitigem Einvernehmen durchzuführen sei. Der Vorschlag musste die gegenwärtige Situation der freien Träger berücksichtigen, ihre jeweiligen Profile und ihre personelle Ausstattung. Die künftigen Planungsregionen von Berlin orientierten sich an der Bezirksstruktur – da jedoch die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen erheblich unter derjenigen des Alkoholkonsums liegt, wurden jeweils zwei Bezirke zu einer Planungsregion zusammengefasst. Das bedeutete, dass nicht in jedem Fall eine Drogenberatungsstelle pro Bezirk als notwendig erachtet wurde – wie für die Beratung und Behandlung von Alkoholabhängigen – sondern dass diese Angebote nur mindestens in jeder Region vorgehalten werden mussten.

Die Bedarfsanalyse

25 Experten aus Wissenschaft, Verwaltungen und Praxis, wie freien Trägern und ihren Dachverbänden, wurden interviewt und gebeten, die Bedeutung einer Reihe von Indikatoren zu bewerten. Diese Indikatoren waren von den Wissenschaftlern von FOGS als so genannte Belastungsindikatoren vorgeschlagen worden, um die Belastung der jeweiligen Regionen mit Drogenproblemen zu messen. Die Indikatoren ermöglichten Informationen aus den Bereichen epidemiologische Daten des Substanzmissbrauchs, spezielle drogenbezogene Probleme, gesundheitliche Faktoren, Nachfrage nach Behandlung (den sog. „Treatment Demand Indicator“) oder aus dem Sozialindex der Bezirke.

Obwohl einige der vorgeschlagenen Indikatoren von den Experten als sehr wichtig bewertet wurden, konnte deren Empfehlungen nicht in allen Bereichen gefolgt werden. Dies lag hauptsächlich daran, dass die verfügbaren Daten nur auf gesamtstädtischer Ebene zur Verfügung standen und nicht ebenso auf Ebene der Regionen oder Bezirke. Ergebnisse aus dem alle fünf Jahre durchgeführten Suchtsurvey liegen beispielsweise nur für ganz Berlin vor, nicht aber für die Bezirke. Der Sozialindex wiederum ist zwar auf Bezirksebene vorhanden, aber die Methode der Definition unterscheidet sich grundlegend von der Analyse mittels der Belastungsindikatoren und es war somit nicht möglich, diese Daten miteinander zu verknüpfen.

Das Ergebnis des Expertenratings waren die folgenden fünf Belastungsindikatoren, mittels derer die Belastung jeder Region gemessen werden sollte:

1. Anzahl der Beratungs- und Behandlungsfälle in den Drogenberatungsstellen unterschieden nach Wohnort und Behandlungsort
2. Anzahl der Hepatitis B und C Fälle
3. Anzahl der Patienten in Behandlung bei substituierenden Ärzten
4. Rettungsfälle bei der Feuerwehr aufgrund einer Überdosis mit Betäubungsmitteln
5. Drogenbezogene Todesfälle unterschieden nach Wohnort und Auffindeort

Die Ergebnisse der Belastungsanalyse und die anschließende Umstrukturierung

Die Wissenschaftler berechneten ein Ranking der sechs Regionen und entwickelten einen Vorschlag für die Umstrukturierung der ambulanten Zentren. Dieser Vorschlag beinhaltete eine genaue Festlegung der notwendigen Personalstellen und der Beratungsstellen pro Region. Da die Ergebnisse erhebliche Einschnitte in die bisherigen Strukturen der ambulanten Drogenhilfe zur Folge haben würden, wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die einen Vorschlag zur künftigen Struktur erarbeitete. Alle freien Träger waren repräsentiert ebenso wie ihre Verbände, das Institut FOGS und die beteiligten Verwaltungen (einschließlich Vertretern der Bezirke). Sobald sich die Arbeitsgruppe auf einen Vorschlag für die Umstrukturierung in einer Region geeinigt hatte, wurde dieser in einer Regionalkonferenz allen Beteiligten aus Bildung, Gesundheit oder Polizei vorgestellt und es wurde für die Umsetzung geworben. In Fällen, in denen sich die Reorganisation als schwierig erwies, wurde unter Beteiligung aller Akteure gemeinsam nach Lösungen gesucht.

Mehrere Drogenberatungsstellen mussten in einen anderen Bezirk oder sogar in eine andere Region umziehen. Einige Einrichtungen erhielten zusätzliches Personal, andere mussten Personal entlassen. Diese Veränderungen brachten eine erhebliche Unruhe mit sich, aber keine beteiligte Einrichtung verweigerte die Kooperation und alle waren von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Umstrukturierung überzeugt.

Nach mehreren Jahren intensiver Arbeit ist es gelungen, in jeder Region ein Kooperationsnetzwerk der ambulanten Drogenhilfe aufzubauen. Drogenabhängige in Gefängnissen oder Krankenhäusern erhielten Beratung aus der Region ihres Wohnortes. Kein Hilfesuchender wurde mehr abgewiesen und alle hatten Anspruch auf Behandlung ohne Wartezeit in Wohnortnähe. Auf der anderen Seite behielten die Abhängigen die Freiheit, sich diejenige Beratungsstelle auszusuchen, die sie wollten. Sie wussten jedoch, dass in diesem Fall die Hilfesuchenden aus der Region vorrangig behandelt würden und sie somit möglicherweise Wartezeiten in Kauf nehmen mussten.

Nicht alle Einrichtungen wurden in die Umstrukturierung einbezogen. Da aufgrund der geringen Größe der Zielgruppen nicht alle Angebote in jeder Region vorgehalten werden müssen, wurde entschieden, dass einige spezialisierte Angebote überregional nur ein- oder zweimal existieren müssen. Dies betrifft beispielsweise ein spezielles Therapieangebot für Cannabiskonsumenten, das ergänzend zu den Drogenberatungsstellen Therapie für

Cannabiskonsumenten anbietet, die ambulante Therapie für Kokainabhängige sowie „Therapie sofort“, eine Einrichtung beim Drogennotdienst, die Drogenabhängigen in akuten Krisen einen sofortigen Entgiftungs- und anschließenden Therapieplatz in einer Berliner stationären Therapieeinrichtung ermöglicht. Auch die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit des Drogennotdienstes¹⁵² ist nur einmal in der Stadt erforderlich. Ebenso sind die beiden Drogenkonsumräume und das Drogenkonsummobil von der regionalen Versorgungsverpflichtung ausgenommen.

Somit entstanden aus der ambulanten Drogenhilfe sechs Regionale Suchthilfedienste. In einem zweiten Schritt wurden in jeder Region Kooperationsverbände zwischen dem ambulanten Drogenhilfeverbund und dem Beratungssystem für Alkohol- und Medikamentenabhängige geschlossen und es entstanden integrierte Suchthilfedienste. Alle Einrichtungen verpflichteten sich, in ihrer Region sowohl auf institutioneller Ebene als auch auf Ebene der Klienten zusammen zu arbeiten, d. h. in jeder der sechs Planungsregionen arbeiten alle Träger der niedrigschwelligen Kontaktarbeit und der Drogenberatung auf der Basis einer gemeinsamen Gesamtkonzeption verbindlich mit den Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen als integrierter Suchthilfedienst zusammen. Sie erfüllen ein gemeinsames Anforderungs- und Leistungsprofil und stimmen sich über nutzerorientierte Öffnungszeiten, gender- und jugendgerechte sowie migrantenspezifische Angebote ab, organisieren gemeinsame Fortbildungen, Regionalkonferenzen etc., um auf diese Weise einen verantwortlichen Dienst für alle drogen- und suchtmittelmissbrauchenden und -abhängigen Menschen (sowie deren Angehörige und Bezugspersonen) in der Region abzusichern.

Das Leistungsspektrum der regionalen Suchthilfedienste umfasst Maßnahmen in den Bereichen niedrigschwellige Kontaktarbeit und Versorgung, Beratung, Betreuung sowie die Vermittlung zur Prävention. Das System der Schadensminimierung und Überlebenshilfen ist in die ambulante Versorgung der Stadt integriert und beinhaltet alle sog. niedrigschwelligen Angebote: Streetwork, mobile Beratungsangebote, Kontaktläden, Übernachtungsangebote und Drogenkonsumräume. Ein wichtiger Träger in diesem Feld ist Fixpunkt e. V.¹⁵³, der zahlreiche Angebote im Bereich der HIV- und Hepatitisinfektionsprophylaxe und der Gesundheitsförderung anbietet. Fixpunkt ist neben der vista gGmbH¹⁵⁴, einem Träger von mehreren Drogenberatungsstellen, auch Träger der Drogenkonsumräume, die an zwei zentralen Standorten in den Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg als Kontakt- und Anlaufstellen auch hygienischen Konsum ermöglichen. Ergänzt wird das Drogenkonsumraumangebot durch ein Mobil, d.h. ein „Drogenkonsumraum auf Rädern“, der flexibel auf Erfordernisse der Drogenszenen reagieren kann und an verschiedenen Orten in der Stadt eingesetzt wird. Nicht substituierte und volljährige drogenabhängige Personen können in den Konsumräumen die mitgebrachten Substanzen Heroin, Kokain, Amphetamine

¹⁵² www.drogennotdienst.org

¹⁵³ www.fixpunkt.org

¹⁵⁴ www.vistaberlin.de

sowie deren Derivate infektionsvermeidend konsumieren. Bei Krisen- oder Notfallsituationen steht geschultes Personal bereit, um sofort Hilfemaßnahmen zu ergreifen.

Andere Kontaktläden sind auf spezifische Zielgruppen orientiert wie z. B. der Frauentreff „Olga“¹⁵⁵, ein Kontaktladen für drogenabhängige und sich prostituierende Frauen direkt an der Kurfürstenstraße, dem „Drogenstrich“ von Berlin. „Druckausgleich“, ein Kontaktladen des Trägers Fixpunkt e. V., wurde 1990 als Selbsthilfetreffpunkt von, für und mit Methadon-substituierten Drogenabhängigen gegründet und trägt nach der Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe nun in Abstimmung mit der Vista gGmbH die Verantwortung für die niedrigschwellige Drogenhilfe in der Region Neukölln-Treptow-Köpenick.

Das Verbundsystem der Hilfen in Berlin umfasst in Ergänzung zu den ambulanten Kontakt- und Beratungseinrichtungen stationäre und ambulante Therapieangebote sowie Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Arbeitsprojekte. Auch die therapeutischen Einrichtungen haben sich in den vergangenen 10 bis 15 Jahren inhaltlich und organisatorisch weiterentwickelt. Das Spektrum reicht von sog. Therapeutischen Wohngemeinschaften für besondere Zielgruppen wie Frauen¹⁵⁶ oder Migranten¹⁵⁷ und der großen Selbsthilfegemeinschaft Synanon¹⁵⁸ hin zu speziellen ambulanten Angeboten der Therapie für Kokainkonsumenten¹⁵⁹ oder Cannabiskonsumenten¹⁶⁰.

Träger von hochprofessionellen abstinentorientierten Rehabilitationseinrichtungen sind beispielsweise die Drogenhilfe Tannenhof¹⁶¹, der Anti-Drogen-Verein¹⁶² oder das Drogentherapiezentrum¹⁶³, die auch ambulante Therapie und Integration in das Arbeitsleben ermöglichen. Ergänzt wird das Angebot um ein spezielles Entgiftungshaus sowie spezialisierte Entgiftungsstationen in Krankenhäusern und im Alkoholbereich um spezialisierte Angebote der qualifizierten Entgiftung und Rehabilitation in mehreren Krankenhäusern. Alle Alkoholberatungsstellen bieten darüber hinaus ambulante Therapie an. Die Selbsthilfe, die im Alkoholbereich über eine lange Tradition und ein weites Netz von Selbsthilfegruppen in der Stadt verfügt, ist im Drogenbereich noch eher unterentwickelt.

Neben der klassischen Abstinenztherapie spielt die Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin eine große Rolle. Sie wird wie in den anderen Bundesländern auch von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. In Berlin ist es in den ersten Jahren einer Substitutionsbehandlung jedoch zwingend vorgeschrieben, dass die Substituierten eine psychosoziale Betreuung (psb) einer Drogenberatungsstelle in Anspruch nehmen. Hier wird vor allem an ihren sozialen Problemen gearbeitet, d.h. die Abhängigen lernen mit Hilfe der

¹⁵⁵ <http://drogennotdienst.org/angebote/Frauentreff-Olga/>

¹⁵⁶ www.frausuchtzukunft.de

¹⁵⁷ www.nokta-suchthilfe.de

¹⁵⁸ www.synanon.de

¹⁵⁹ <http://www.kokon.de/Kokon/kokon.html>

¹⁶⁰ www.therapieladen.de

¹⁶¹ www.tannenhof.de

¹⁶² www.adv-suchthilfe.de

¹⁶³ www.drogentherapie-zentrum.de

Drogenberater wieder einen geregelten Tagesablauf zu gestalten, Freundschaften und Beziehungen zu entwickeln, eine Wohnung zu finden, evtl. eine Arbeit oder Ausbildung zu beginnen. Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung wurde durch ein Abkommen mit den Bezirken (d. h. den Kommunen) so geregelt, dass jeder Substituierte Anspruch auf die psb als Maßnahme der Eingliederungshilfe hat und die geleisteten Stunden durch die Drogenberatungsstellen bzw. deren angegliederte Einrichtungen der psychosozialen Betreuung mit den Bezirksämtern abgerechnet werden können. Erforderlich sind die Anerkennung und der Abschluss von Leistungsvereinbarungen der Träger der psb mit den Sozialämtern der Bezirke gem. §§ 53 f Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Psychosoziale Betreuung wird entweder als ambulante Unterstützung gewährt oder im Rahmen des betreuten Wohnens für Substituierte. In den Leistungsvereinbarungen sind die erforderlichen Leistungen im Einzelnen detailliert aufgeführt und müssen nachgewiesen werden. Ein geregeltes Hilfeplanverfahren ermöglicht sowohl den Betroffenen eine Sicherheit als auch den Ämtern die erforderliche Kontrolle einer qualifizierten Leistungserbringung.

Aktuell (Mai 2012) befinden sich ca. 4.700 Heroinabhängige in einer Substitutionsbehandlung, von denen ca. die Hälfte zusätzlich bei einer Drogenberatungsstelle psychosozial betreut wird. Für die Gruppe der sog. „Schwerstabhängigen“ bieten derzeit vier Schwerpunktpraxen das medizinische und das psychosoziale Hilfeangebot unter einem Dach an. Eine Einrichtung zur Behandlung mit dem Originalstoff Diamorphin befindet sich zurzeit in der Stadt im Aufbau.

12.2.4 Monitoringsystem für Drogen

Es gibt kein regelmäßiges Monitoringsystem. Die letzte Studie zur Schätzung von Umfang und Struktur der sog. „Heroinsszene“ stammt aus dem Jahr 1993 (Kirschner & Kunert 1994).

12.2.5 Studien zur Drogensituation von Berlin

Seit 1990 beteiligt sich Berlin etwa alle fünf Jahre am bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurvey mit einer Aufstockung der Stichproben und erhält so zuverlässige Daten über die Konsumsituation in der Stadt. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt es zudem, Aussagen über Trends zu treffen. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Es werden in Berlin jeweils Jugendliche und Erwachsene im Alter von 15 bis 64 Jahren befragt. Aktuelle Daten liegen für das Jahr 2006 vor (Kraus et al. 2008b). Im Jahr 2013 erfolgt der nächste Suchtsurvey. 2006 berichteten insgesamt 37 % aller Befragten über Erfahrungen mit illegalen Drogen. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung haben demnach mehr als 884.000 Personen in Berlin Erfahrungen mit dem Konsum von illegalen Drogen. Etwa jeder Zehnte (10,8 %; ca. 260.000 Personen) gab an, in den vergangenen 12 Monaten und 6,9 % (ca. 165.000 Personen) gaben an, in den letzten 30 Tagen illegale Drogen konsumiert zu haben. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz. In den letzten 12 Monaten nahmen etwa 10 % der Befragten Cannabis. Beinahe jeder zehnte Cannabiskonsument (9,7 %) gab an, in den letzten 12 Monaten täglich bzw. nahezu täglich Cannabis konsumiert zu haben. Für etwa 0,6 % der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde

eine Cannabisabhängigkeit und für 1,4 % ein Cannabismissbrauch nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) geschätzt. Einen problematischen Cannabiskonsum, der mit der Severity of Dependence Skala (SDS) bestimmt wurde, wiesen 3,2 % auf.

Problematische Konsumformen von Alkohol (riskanter und gefährlicher Konsum, Hochkonsum) waren in den beiden höchsten Altersgruppen am häufigsten (40- bis 49-Jährige: 14,5 %; 50- bis 64-Jährige: 20,4 %). In der Altersgruppe der über 50-Jährigen konsumierte im Durchschnitt jeder fünfte Befragte Alkoholmengen, die mit einem gesundheitlichen Risiko assoziiert sind. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 121.000 Personen die Kriterien eines Alkoholmissbrauchs und weitere 65.000 Personen wurden nach DSM-IV als alkoholabhängig klassifiziert (12-Monats-Prävalenz).

In den letzten 30 Tagen rauchten 36,7 % der 15- bis 59-jährigen Männer und 32,3 % der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 28,0 % der Männer und 24,2 % der Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (31,2 % vs. 24,0 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde für 7,7 % der 15- bis 59-Jährigen geschätzt (Männer: 8,3 %, Frauen: 7,0 %).

Fast zwei Drittel aller Befragten (64,6 %) haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelklassen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) genommen und insgesamt 17,6 % der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung eines der genannten Medikamente einmal oder häufiger pro Woche genommen zu haben.

Die Ergebnisse für die verschiedenen Glücksspiele zeigen, dass knapp drei Viertel (74 %) der Berliner Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren schon einmal gespielt hat und dass etwa die Hälfte (52,7 %) in den letzten 12 Monaten gespielt hat.

Die jüngsten Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), an der sich Berlin zum dritten Mal beteiligt hat, zeigen, dass der Konsum sog. legaler Drogen wie Alkohol oder Tabak in der Gruppe der Jugendlichen rückläufig ist. Der Cannabiskonsum ist bei Berliner Jugendlichen jedoch weitaus verbreiteter als bei Jugendlichen anderer Bundesländer. Von den befragten Berliner Jugendlichen haben - in allen Schulformen gleich hoch - rund 14 % Cannabis in den letzten 30 Tagen konsumiert (19 % der Jungen und 10 % der Mädchen). Die Lebenszeitprävalenz (Cannabis schon mindestens einmal im Leben konsumiert) liegt insgesamt in Berlin mit 29 % höher als in den anderen Bundesländern. Auffallend hoch ist dabei der Anteil der Cannabiskonsumenten (45 %) an Hauptschulen.

12.2.6 Drogenpolitische Vereinbarungen

Die Berliner Drogenbeauftragte hat im September 2010 die sog. „Prager Erklärung zu den Prinzipien einer effektiven regionalen (lokalen) Drogenpolitik“ anlässlich der Konferenz in Prag unterzeichnet. Die Prinzipien dieser Erklärung bauen auf einer regionalen, an der Realität orientierten Drogenpolitik sowie auf der Achtung von Menschenrechten, einer Absicherung von Entscheidungsprozessen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Vereinbarkeit von öffentlicher Sicherheit und gesundheitspolitischen Belangen auf und werden von der Berliner Drogen- und Suchtpolitik mitgetragen.

12.2.7 Vier Bereiche der Drogenpolitik in Hauptstädten

Im Folgenden werden drei Bereiche der Drogenpolitik in Hauptstädten vorgestellt. Ausführungen zum vierten Bereich „Niedrigschwellige Einrichtungen für problematische Drogenkonsumenten“ finden sich bei der Beschreibung des ambulanten Hilfesystems (in Kapitel 12.2.3).

Lokale gesetzgebende Strategien gegen Drogenszenen/Drogenhandel:

In den siebziger Jahren versammelten sich – wie in den Großstädten Frankfurt oder Hamburg auch – über lange Zeit viele Hundert Drogenabhängige in offenen Szenen und verursachten damit große Probleme für die betroffene Umgebung. Diese Szenen wurden von der Polizei aufgelöst, und die Strategie ging dahin, die Abhängigen durch Streetworker und Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenarbeit zu motivieren, diese Angebote in Anspruch zu nehmen. Seit Ende der siebziger Jahre existieren in Berlin keine großen offenen Drogenszenen mehr, sondern an einigen Brennpunkten in den Innenstadtbezirken sammeln sich Szenen von max. 30-40 Drogenabhängigen. An diesen Treffpunkten kommt es jedoch immer wieder zu Problemen mit Anwohnern oder Gewerbetreibenden, die von der Polizei, den zuständigen Bezirksämtern und der Drogenbeauftragten gemeinsam gelöst werden müssen.

Die Einrichtung der Drogenkonsumräume im Jahr 2003 setzte u.a. dort an, wo Szenetreffpunkte zu Konflikten mit Anwohnern geführt hatten. Die im Jahr 2002 erlassene Rechtsverordnung (RVO) für die Erlaubniserteilung, die nach dem Betäubungsmittelgesetz Voraussetzung für den Betrieb von Drogenkonsumräumen ist, legt daher auch fest, dass der Betrieb von Drogenkonsumräumen u.a. darauf auszurichten ist, „die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren“. Aus diesem Grund sieht die RVO vor, dass vom Betreiber des Konsumraums Straftaten im Umfeld der Einrichtung zu verhindern sind. Im § 9 der RVO ist Folgendes geregelt: „(1) Der Träger des Drogenkonsumraums hat mit dem zuständigen Bezirksamt, Abteilung Gesundheit, der Polizei und der Staatsanwaltschaft eng und kontinuierlich zusammenzuarbeiten. Die Grundzüge der Zusammenarbeit sind verbindlich und schriftlich in einer Vereinbarung festzulegen. (2) Zu den Grundzügen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 gehört es insbesondere, dass die Leitung des Drogenkonsumraums

(1) zur Polizei ständig Kontakt hält und mit dieser ihre Maßnahmen abstimmt, damit frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums verhindert werden und

(2) bei Beeinträchtigung Dritter, bei Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder bei zu erwartenden Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums versucht, auf die Benutzer sowie Anwesende bei einer sich abzeichnenden Szenebildung mit dem Ziel einzuwirken, eine Verhaltensänderung zu erreichen; bleibt dies erfolglos, ist die Leitung des Drogenkonsumraums verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen.“

Die Kooperationsvereinbarungen der Träger mit dem jeweiligen Bezirksamt, der Polizei und Staatsanwaltschaft legen die Aufgaben und Maßnahmen fest, die der Verhinderung von Problemen im Umfeld der Konsumräume dienen. Eine regelmäßige Informationsrunde der Kooperationspartner mit der Senatsverwaltung für Gesundheit als Erlaubnis- und Überwachungsbehörde ergänzt die Abstimmungen und hat dazu beigetragen, dass die Konsumräume ihre Arbeit erfolgreich und im Sinne der Betroffenen umsetzen können.

Interventionen in Partyszene/Nachtleben:

In Berlin gibt es keine speziellen Projekte in diesem Feld. Die Fachstelle für Suchtprävention stellt Informationsmaterialien zur Verfügung und entwickelt auch neue Materialien. Hilfesuchende können sich an jede Drogenberatungsstelle wenden und z. B. Angebote im Rahmen der Frühintervention in Anspruch nehmen. Die epidemiologischen Daten zum Konsum von „Partydrogen“ wie Ecstasy, Amphetamine etc. sind in Berlin relativ niedrig, bei Minderjährigen spielt der Konsum so gut wie keine Rolle. In 2006 lagen die 12-Monats-Prävalenzen bei den 18- bis 24 Jährigen für Amphetamine bei 2,9% (bundesweit in 2006 2,4%), für Ecstasy bei 2,2% (bundesweit 1,9%), für LSD bei 0,9% (bundesweit 0,4%) und für Kokain bei 2,0% (bundesweit 1,8%). In der Altersgruppe der 25- bis 29 Jährigen liegen die Berliner Zahlen etwas höher als die Bundeszahlen, was in erster Linie eine Folge des Großstadtphänomens sein dürfte (Kraus et al. 2008a).

Reaktionen auf Headshops/Smartshops:

Headshops/Smartshops (Geschäfte für Drogenkonsumzubehör) existieren zwar in Berlin, spielen aber keine problematische Rolle im Hinblick auf den Verkauf von Drogen. Die sogenannten Legal Highs, insbesondere synthetische Cannabinoide werden z. B. von den Patienten in therapeutischen Einrichtungen als Ersatz für Cannabis genommen und führten zu Beginn zu Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit. Die Patienten wiesen alle Symptome eines problematischen Cannabiskonsums auf, jedoch wurde bei Urinkontrollen kein Cannabiskonsum nachgewiesen und konnte somit im therapeutischen Prozess nicht entsprechend thematisiert werden. Mittlerweile ist die Problematik bekannt und Urinkontrollen werden auch im Hinblick auf synthetische Cannabinoide analysiert und fallen dementsprechend positiv aus.

12.2.8 Aktuelle Themen

Neben den bereits im Text erwähnten Themen kann hier nur beispielhaft auf die Umsetzung der Diamorphinbehandlung eingegangen werden. Seit in Kraft treten des Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (BGBl. I vom 20. Juli 2009, S. 1801) im Juli 2009 bestehen Bemühungen, die Grundlagen für diese Behandlungsform auch in Berlin zu schaffen. Mit diesen gesetzlichen Regelungen wurden die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, unter denen Schwerst opioidabhängige, bei denen die Therapie mit Diamorphin im Rahmen einer abstinentenorientierten Gesamtbehandlung indiziert ist, behandelt werden können.

Dem Land Berlin kommen im Zusammenhang mit der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung mehrere Aufgaben zu. Es hat gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung dafür zu sorgen, dass der Zugang zur Behandlung für Schwerst opioidabhängige ermöglicht wird, damit der Rechtsanspruch auf Behandlung verwirklicht werden kann. Im Rahmen der Steuerungsfunktion des Landes muss dafür Sorge getragen werden, dass die Behandlung in das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe eingebettet ist und die Voraussetzungen für eine Erlaubniserteilung geschaffen werden. Darüber hinaus sind die Sicherheitsvorkehrungen festzulegen, die die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs, der Lagerung und der Vergabe gewährleisten, damit ein Missbrauch von Diamorphin verhindert wird.

Aufgrund der hohen Investitionskosten, die beim Aufbau einer Diamorphineinrichtung anfallen, wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit Vorsorge getroffen und Investitionsmittel im laufenden Haushalt eingestellt. Diese stehen für Ausbau und Sicherheitsmaßnahmen zur Verfügung. Darüber hinaus arbeitet die zuständige Senatsverwaltung seit Sommer 2009 mit den für eine Behandlung in Frage kommenden niedergelassenen Ärzten, Krankenhausvertretern und Vertretern der Drogenhilfe daran, die Umsetzung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Berlin zu realisieren. Insbesondere aufgrund der hohen Anforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss an die personelle und sachliche Ausstattung einer Einrichtung stellt, ist es bisher nicht gelungen, die Behandlung in Berlin zu etablieren. Auch andere Städte, die nicht am ehemaligen Bundesmodellprojekt beteiligt waren, sind bisher nicht erfolgreich gewesen. Inzwischen hat sich jedoch ein in der Diamorphinbehandlung erfahrener Arzt entschieden, mit Unterstützung der Senatsverwaltung eine Einrichtung zu gründen. Die Vorbereitungen werden zurzeit getroffen. Es ist geplant, die Einrichtung im ersten Halbjahr 2013 zu eröffnen.

TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

13 Bibliographie

13.1 Literatur zum Bericht

- Aden, A., Stolle, M., & Thomasius, R. (2011). Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Diagnostik, Komorbidität und Behandlung. Sucht 57 (3) 215-230.
- aerzteblatt.de (2011). Es fehlen Ärzte zur Substitutionsbehandlung [online]. Verfügbar unter: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46949/Es_fehlen_Aerzte_zur_Substitutionsbehandlung.htm [letzter Zugriff: 06-03-2012].
- Aguilar-Raab, C., Weinhold, J., & Verres, R. (2011). Der Heidelberger Drogenbogen (HDB) - Erfassung von kognitiv-behavioralen Risiko- und Protektivfaktoren beim Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen. Suchttherapie 12 (3) 125-133.
- AIDS-Hilfe NRW e. V. (Hrsg.) (2012). Spritzentauschprojekt NRW. Umfrage zur Abfrage von Einmalspritzen in den Jahren 2009 bis 2011 (Stand: Mai 2012) [online]. Verfügbar unter: http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/abfrage_spritzen_2009-2011.pdf [letzter Zugriff: 20-08-2012].
- Aktionsbündnis "Riskanter Konsum" (2012). Riskanter Konsum: Ein Thema für Jugendliche in Delmenhorst!? Ergebnisse der 2. Delmenhorster Befragung von Schülerinnen und Schülern zum Alkohol-, Tabak- und Medienkonsum - Vergleich 2008 und 2012. Arbeitsdatei 29.06.2012. Zusammenfassung der Ergebnisse für den REITOX-Bericht, Delmenhorst und Emden.
- Altgeld, T. (2011). Diversity and Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuauflage 2011, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Frischmann GmbH & Co. KG, Amberg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2011). Statistisches Jahrbuch 2011. Kulturbuch-Verlag, Potsdam.
- Asbridge, M., Hayden, J. A., & Cartwright, J. L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. BMJ 344 (e536).
- Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Backmund, M. & Buchner, H. (2011). Prävalenz und Risikofaktoren der Hepatitis C 1991-1996 im Vergleich zu 2005-2010. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (4) 149-150.
- Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.

- Baumgärtner, T. (2010). Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Beckmann, U. & Naumann, B. (2012). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2012, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 241-256. Pabst, Lengerich.
- 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.
- Berliner Senat (2006). Leitlinien für die Suchtprävention im Land Berlin. Senatsbeschluss Nr. 3802/2006 vom 01. August 2006 [online]. Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-drogen-sucht/leitlinien.pdf?start&ts=1172759262&file=leitlinien.pdf> [letzter Zugriff: 20-08-2012].
- BKA-Pressestelle (2012). Informationsblatt für Medienvertreter. Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamts: Zahl der Drogentoten / Rauschgiftlage 2011. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2010). Analgetika. In: Arzneiverordnungs-Report 2010, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 253-270. Springer Verlag, Heidelberg.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2011). Analgetika. In: Arzneiverordnungs-Report 2011, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 261-277. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2006). Cannabisbezogene Störungen. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 143-170. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, P., & Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. Archives of General Psychiatry 59 (11) 1039-1044.
- Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Bühler, A., Thrul, J., Mothes, M. & Steinböck, C. (2012). Wirksamkeit eines neu entwickelten Ausstiegsprogramms für jugendliche Raucher und Raucherinnen. Abschlussbericht (nicht veröffentlicht). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Bühringer, G. (1996). Zur Situation der heutigen Drogenhilfe - eine kritische Würdigung der Entwicklung in den letzten Jahren und Ausblick auf zukünftige Perspektiven. Partner Magazin 30 (5) 7-15.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2005a). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12 [online]. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/arbeitshilfe_sucht2005.pdf [letzter Zugriff: 19-06-2012a].

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2005b). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen. [online]. Verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste.pdf [letzter Zugriff: 19-06-2012b].
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2009). Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf [letzter Zugriff: 06-06-2012].
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- Bundesärztekammer (2011). Abhängigkeitspotential von Pregabalin (Lyrica®). Deutsches Ärzteblatt 108 (4) 183.
- Bundeskriminalamt (2012a). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2011 - Tabellenanhang. BKA, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (2012b). Rauschgifttote. Tabellen. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. BKA, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2011). Rauschgift. Jahreskurzlage 2010. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. BKA, Wiesbaden.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatordatenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Bundesministerium des Inneren (BMI) (2012). Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. BMI, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 1 [online]. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/> [letzter Zugriff: 16-08-2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012). Kurzbericht: Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien [online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Kurzberichte/Aufsuchende_Familienarbeit_Pforzheim_Kurzbericht.pdf [letzter Zugriff: 07-08-2012].
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFG) (Hrsg.) (1972). Dokumente zum Drogenproblem, Bonn.
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2012). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2012, Bonn.

- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) (2012). Therapie [online]. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfe.de/therapie/index.php> [letzter Zugriff: 12-04-2012].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Caritas Suchthilfe, Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr), Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (GVS) (2011). Problemanzeige der Sucht-Fachverbände. Das System der Suchtrehabilitation gerät massiv unter Druck [online]. Verfügbar unter: http://www.caritas-suchthilfe.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=306101&form_typ=115&acid=&ag_id=5505 [letzter Zugriff: 14-06-2012].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) (2010). Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2010. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
- Bundesverfassungsgericht (2004). 1 BvR 2652/03 vom 21.12.2004, Absatz-Nr. (1 - 34) [online]. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html [letzter Zugriff: 08-08-2008].
- 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BzGA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Frischmann GmbH & Co. KG, Amberg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012b). Jahresreporting 2011 zum Internetauftritt www.rauchfrei-info.de (nicht veröffentlicht).
- Canadian Harm Reduction (2010). Warnung vor mit Levamisole verunreinigtem Kokain. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (6) 291.
- Caritas Suchthilfe (CaSu) (2007). Stellungnahme der CaSu zur Lage der stationären Drogentherapie, Freiburg.
- Casati, A., Sedefov, R., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. European Addiction Research 18 (5) 228-245.

- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Transkulturelle Psychiatrie, Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.). Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Daig, I., Bempohl, F., & Kienast, T. (2011). Psychotherapie von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung. Sucht 57 (5) 363-371.
- Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (deQus) (2000). Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie [online]. Kassel. Verfügbar unter: <http://www.dequs.de/PDF/dequs.pdf> [letzter Zugriff: 03-05-2012].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008). Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation [online]. Hamm. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/handlungsnotwendigkeiten_2008.pdf [letzter Zugriff: 25-05-2012].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010a). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 05.10.2010. DHS, Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010b). Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven [online]. Hamm. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf [letzter Zugriff: 26-04-2012b].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2012). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 05.10.2012. DHS, Hamm.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS) (2001). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2009). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009 [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/leitfaden_e_bericht_11_2009.pdf [letzter Zugriff: 19-06-2012].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2010a). Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/37850/publicationFile/19655/profil_entwoehnung_pdf.pdf [letzter Zugriff: 04-06-2012a].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2010b). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/drv_strukturanforderungen_100531.pdf [letzter Zugriff: 27-06-2012b].

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2011a). Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011 [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/leitfaden_konzeptpruefung_09_2011.pdf [letzter Zugriff: 18-06-2012a].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2011b). Indikationsübergreifende Gesundheitsbildung. "Aktiv Gesundheit fördern" - Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/06_reha_konzepte/konzepte/gesundheitsbildung_index.html [letzter Zugriff: 19-06-2012b].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2011c). Rehabilitation 2010. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 184. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2012). Programm zur Reha-Qualitätssicherung [online]. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/122364/publicationFile/12297/Programmuebersicht.pdf> [letzter Zugriff: 03-04-2012b].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) et al. (2001a). Anlage 3 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Vereinbarung_Abhaengigkeitserkrankungen_Anlage3.pdf [letzter Zugriff: 15-05-2012a].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) et al. (2001b). Anlage 4 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001. Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i.S.d. BUB-Richtlinien [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Vereinbarung_Abhaengigkeitserkrankungen_Anlage4.pdf [letzter Zugriff: 29-05-2012b].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) et al. (2001c). Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Vereinbarung_Abhaengigkeitserkrankungen_2001.pdf [letzter Zugriff: 29-05-2012c].
- Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (DifU) im Auftrag der BZgA (Hrsg.) (2011). 5. Bundeswettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention". Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen: September 2010 bis Juni 2011. Dokumentation. DifU, Berlin.
- Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) / Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf and Deutsches Institut für Sucht- und

- Präventionsforschung (DISuP) / Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2012). Abschlusskonferenz des Projekts Trampolin. Köln, am 23./24. Februar 2012 [online]. Verfügbar unter: http://www.projekt-trampolin.de/image/trampolin_konferenz_charts.pdf [letzter Zugriff: 07-08-2012].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundeskriminalamt (BKA) (2012). Gemeinsame Pressemitteilung: Pressekonferenz der Drogenbeauftragten und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes: Zahl der Drogentoten 2011 stark gesunken. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BKA, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012a). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012b). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. und ergänzte Aufl. Huber, Bern.
- Drogen- und Suchtrat (2012). Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Zustimmung zur Kenntnis genommen vom Drogen- und Suchtrat am 07.12.2011. SuchtAktuell 2012 (1) 88-90.
- Drogenhilfe Tübingen and Tagwerk Stuttgart (2012). Projektbericht SURE (Substitutionsgestützte Rehabilitation) [online]. Verfügbar unter: http://www.suchtfragen.de/fileadmin/content/suchtfragen/docs/Landesstellenbrief/2012/pdf/Projektbericht_SURE0112.pdf [letzter Zugriff: 22-05-2012].
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomey, T. L., Fielding, J. E., & the Task Force on Community Preventive Services (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. American Journal of Preventive Medicine 38 (2) 217-229.
- Elsner, H., Nock, E., & Polesch, T. (2011). Schädigende Agenzien im "Straßenheroin". Klinische Beobachtungen zum Phänomen "Krokodil". Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (6) 319-323.
- Erbas, B. & Arnold, M. (2011). Konsumtrends psychoaktiver Substanzen in Bayern - Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Mitarbeitern des Suchthilfesystems 2010. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (3) 137.
- Eul, J. & Stöver, H. (2012). Gebrauch und vergleichende Bewertung von Cannabis in der deutschen Bevölkerung. Suchttherapie 13 1-8.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009a). Polydrug use: Patterns and responses. Selected Issue, Luxemburg.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009b). Preventing later substance use disorders in at risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic Papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). EMCDDA Manuals. Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges. EMCDDA, Lissabon.
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) (2011). Expertise Jugend Sucht Vernetzung [online]. Hannover. Verfügbar unter: [http://fdr-online.info/media/Texte/Expertise JUGEND-SUCHT-VERNETZUNG.pdf](http://fdr-online.info/media/Texte/Expertise_JUGEND-SUCHT-VERNETZUNG.pdf) [letzter Zugriff: 15-06-2012].
- Fachverband Sucht e.V. (2011). Übersicht über die zentralen Angebote der Suchthilfe [online]. Verfügbar unter: http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/Zahlen%20und%20Fakten/zentrale_angebote.pdf [letzter Zugriff: 13-06-2012].
- Fachverband Sucht e.V. (2012). Fachverband Sucht e.V.: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung. Sonderausgabe. SuchtAktuell 19 (2).
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwelm, H. (2007a). "Ergebnisqualität in der stationären und medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)", Teil 1: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. SuchtAktuell 14 (1) 41-47.
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwelm, H. (2007b). "Ergebnisqualität in der stationären und medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)", Teil 2: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. SuchtAktuell 14 (2) 37-46.
- Flöter, S., Kufner, H. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland. Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen - Eine Bestandsaufnahme. Projektbericht. Institut für Therapieforchung, München.
- FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) (2012). TransVer - transkulturelle Versorgung von Suchtkranken [online]. Köln. Verfügbar unter: <http://www.transver-sucht.de/index.php?id=17> [letzter Zugriff: 14-06-2012].
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., & John, U. (2012). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Jahrbuch Sucht 2012, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 38-63. Pabst, Lengerich.
- Gesellschaft für Statistik und Evaluation (StatEval GmbH) (2012). Evaluation des Projektes Prev@WORK. Abschlussbericht im April 2012. Auftraggeberin: Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin pad e.V., Berlin.
- Glaeske, G. & Schick Tanz, C. (2012). GEK-Arzneimittel-Report 2012. Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg.
- Hanna, E. Z., Yi, H. Y., Dufour, M. C., & Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third

- national health and nutrition examination survey. Journal of Substance Abuse 13 (3) 265-282.
- Havemann-Reinicke, U., Kufner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2006). Opioidbezogene Störungen. Postakutbehandlung. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 193-239. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Hebrant, O. (2011). Schwerpunkt ganztägig ambulante Rehabilitation. Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. Konturen 2011 (5) 14-17.
- Heimann, H. M., Penka, S., & Heinz, A. (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. Suchttherapie 8 (2) 57-62.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C., & Bühringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht 55 (Sonderheft 1) S15-S34.
- Höhner, P. (2012). "Step by Step - Förderung der Reintegration von Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum im LK Rastatt und im SK Baden-Baden", in DHS-Fachtag "Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung für abhängigkeitskranke Menschen. Chancen in der Krise? Arbeitsintegration nach der Instrumentenreform? Welche neuen Möglichkeiten bieten sich an?"
- Holzbach, R. (2008). Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Sucht 54 (6) 362.
- Hutter, M., Broecker, S., Kneisel, S., & Auwärter, V. (2012). Identification of the major urinary metabolites in man of seven synthetic cannabinoids of the aminoalkylindole type present as adulterants in "herbal mixtures" using LC-MS/MS techniques. Journal of Mass Spectrometry 47 (1) 54-65.
- Hylla, R. & Peter-Höhner, S. (2010). Befunderhebung und Diagnostik in der Arbeitstherapie mit dem Verfahren MELBA. In: Arbeitsbezogene Maßnahmen in der stationären Suchtrehabilitation - Stand und Perspektiven. DHS Fachtag 28.01.2012 in Kassel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.). DHS, Hamm.
- IFT-Nord (2010). Das Unterrichtsprogramm *Klasse2000*: Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus. Kurzzusammenfassung [online]. Kiel. Verfügbar unter: <http://www.klasse2000.de/downloads/kurzfassung.pdf> [letzter Zugriff: 07-08-2012].
- IFT-Nord (2012). Das Unterrichtsprogramm *Klasse2000*: Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention [online]. Kiel. Verfügbar unter: <http://www.klasse2000.de/seiten/download.php> [letzter Zugriff: 07-08-2012].
- Ilse, J., Hartwig, Ch., & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (2) 122-128.
- integrative drogenhilfe e.V. (idh) (2012). Jahresbericht 2011. idh, Frankfurt.
- Jahn, E. & Stöver, H. (2012). Viren und Drogen bleiben nicht hinter Gittern. Substitutions- und Infektionsbehandlungen in der Unterbringung nach § 64 StGB. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 14 (2) 73-78.

- Jonas, B., Tossmann, P., Tensil, M., Leuschner, F., & Strüber, E. (2012). Effekte einer einmaligen Chat-Intervention auf problematischen Substanzkonsum. Sucht 58 (3) 173-182.
- Jungblut, H.-J. (2004). Drogenhilfe. Eine Einführung. Grundlagentexte Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Juventa, Weinheim.
- Kalke, J. & Neumann-Runde, E. (2011). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Trends 2003 bis 2010, Frankfurt a. M.
- Kipke, I. & Flöter, S. (2009). Cannabismärkte in Deutschland. Suchttherapie 10 (S1) S61.
- Kipke, I., Casati, A., & Jakob, L. (2011a). "Drogenbezogene Todesfälle durch Fentanyl", in 12. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin.
- Kipke, I., Steppan, M., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011b). Cannabis-bezogene Störungen - epidemiologische und soziodemographische Daten aus den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000 - 2009. Sucht 57 (6) 439-450.
- Kirschner, W., Kunert, M., Grünbeck, P., Markert, S. & Tiemann, F. (1994). Prävalenz des Konsums harter Drogen. Eine Schätzung zum Umfang und Struktur der Population i.v. Drogenabhängiger in Berlin – Zusammenfassung der Ergebnisse alternativer epidemiologischer Untersuchungsansätze, Berlin.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Kliche, T. (2012). Bundesmodellprojekt SKOLL: Ein wirkungsvolles Programm zur Frühintervention bei Abhängigkeitsgefährdung. Kurzbericht zur Evaluation. Abschlusskonferenz Berlin, 9. Februar 2012 [online]. Verfügbar unter: http://www.skoll.de/fileadmin/user_upload/Abschlusskonferenz/Handout_Kurzbericht_Evaluation.pdf [letzter Zugriff: 07-08-2012].
- Klosterhuis, H., Mitschele, A., Naumann, B., & Kley, S. (2011). Qualität der Sucht-Rehabilitation. Instrumente, Verfahren und aktuelle Ergebnisse. Konturen 32 (5) 8-13.
- Kneisel, S., Westphal, F., Bisel, P., Brecht, V., Broecker, S., & Auwärter, V. (2011a). Identification and structural characterization of the synthetic cannabinoid 3-(1-adamantoyl)-1-pentylindole as an additive in "herbal incense". Journal of Mass Spectrometry 47 (2) 195-200.
- Kneisel, S., Westphal, F., Rösner, P., Brecht, V., Ewald, A., Klein, B., Pütz, M., Thiemt, S., & Auwärter, V. (2011b). Cannabinoidmimetika: Massenspektren und IR-ATR-Spektren neuer Verbindungen aus den Jahren 2009/2010. Toxichem Krimtech 78 (1) 23-35.
- Koch, A. (2011). Finanzkrise in der Rehabilitation. Was passiert mit dem gedeckelten Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung? Konturen 32 (5) 22-23.
- Koerkel, J., Lipsmeier, G., Becker, G., Happel, V. (2011). Multipler Substanzkonsum bei Drogenabhängigen: Bestandsaufnahme – Handlungsimplicationen. SuchtAktuell 2011 (2) 49-54.
- Körner, H., Patzak, J., Volkmer, M. (2012). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz – Grundstoffüberwachungsgesetz. C.H.Beck, München.

- Korsukéwitz, C. (2010). Integration oder Separation von Behandlungsangeboten: Perspektiven der Rentenversicherung. SuchtAktuell 17 (2) 29-33.
- Kraatz-Macek, B. (2011). "Therapie statt Strafe" - ein bewährtes Prinzip steht in Frage. Aktuelle Probleme bei der Anwendung des § 35 BtMG aus Sicht der Externen Suchtberatung. Konturen 32 (5) 32-33.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1) S3-S86.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 56 (5) 315-326.
- 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., Bauernfeind, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 181. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995 - 2009. Sucht 56 (5) 337-347.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., & Stonner, T. (2008b). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Rheinland-Pfalz. IFT-Berichte Bd. 163. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008a). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. IFT-Berichte Bd. 167. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmisbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Das Gesundheitswesen 70 (5) 305-314.
- Küfner, H., Rösner, S., Pfeiffer-Gerschel, T., & Casati, A. (2009). Missbrauch von Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (3) 106-114.
- Kuhn, S. & Haasen, C. (2012). Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Das Gesundheitswesen 74 (5) 331-336.
- Künzel, J., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Ambulante Behandlung und Beratung von Patienten mit einer Therapieauflage nach § 35 BtMG. Kurzbericht Nr. 2/2011 - Deutsche Suchthilfestatistik 2009. IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen, M. Klein (Hrsg.), S. 441-449. Schattauer, Stuttgart.
- Laging, M. (2005). Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention, Hamburg.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5/6) 600-608.
- Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. T. (2011). Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 202-212.
- Legleye, S., Kraus, L., Piontek, D., Phan, O., & Jouanne, C. (2012). Validation of the cannabis abuse screening test in a sample of cannabis inpatients. European Addiction Research 18 (4) 193-200.
- Lehmann, M. & Binscheck, T. (2011). Suchtmittelkonsum in Berliner Justizvollzugsanstalten - Einschätzung durch Urinanalytik. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (3) 138.
- Leune, J. (2012). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2012, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 193-208. Pabst, Lengerich.
- Lindinger, P., Strunk, M., Nübling, M., & Lang, P. (2012). Arbeitsweise und Wirksamkeit einer Telefonberatung für Tabakentwöhnung. Sucht 58 (1) 33-43.
- Loeber, S., Dinter, C., & Mann, K. (2011). Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. Sucht 57 (5) 373-381.
- Lysenko, L., Franzkowiak, P., & Bengel, J. (2011). Resilienz und Schutzfaktoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), S. 476-478. Frischmann GmbH & Co. KG, Amberg.
- Marlatt & Gordon (Hrsg.) (1985). Relapse prevention. Guilford, New York.
- Martens, M.-S., Schütze, C., Buth, S. & Neumann-Runde, E. (2011). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e.V., Hamburg.
- Maruska, K., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2011). Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht 57 (4) 301-312.
- McGue, M., Iacono, W. M., Legrand, L. N., Malone, S., & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 25 (8) 1156-1165.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 73-84. Thieme, Stuttgart.

- Michels, I., Stöver, H., Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [online]. Harm Reduction Journal 4 (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 28-08-2007].
- Middendorff, E., Poskowsky, J., & Isserstedt, W. (2012). Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch, HIS Hochschul-Informationssystem GmbH, Hannover.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus, Freiburg.
- Missel, P. & Koch, A. (2011). Die stationäre Suchtkrankenhilfe - Daten aus der medizinischen Rehabilitation im Überblick. Sucht 57 (6) 451-468.
- Moosmann, B., Kneisel, S., Girreser, U., Brecht, V., Westphal, F., & Auwärter, V. (2012). Separation and structural characterization of the synthetic cannabinoids JWH-412 and 1-[(5-fluoropentyl)-1H-indol-3yl]-(4-methylnaphthalen-1-yl)methanone using GC-MS, NMR analysis and a flash chromatography system. Forensic Science International doi:10.1016/j.forsciint.2011.12.010 .
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 72 (12) 886-894.
- mudra e.V. (2012). dónus Therapieeinrichtung [online]. Nürnberg. Verfügbar unter: <http://www.mudra-online.de/?uri=de-doenues> [letzter Zugriff: 14-06-2012].
- Nickel, J., Ravens-Sieberer, U., Richter, M., & Settertobulte, W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), S. 63-92. Juventa, Weinheim.
- Noack, R., Höfler, M., & Lueken, U. (2011). Cannabis use patterns and their association with DSM-IV cannabis dependence and gender. European Addiction Research 17 (6) 321-328.
- Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. (2012). Therapie Sofort. Schnelle Vermittlung zu Therapie- und Entgiftungsangeboten [online]. Verfügbar unter: <http://www.drogennotdienst.org/assets/PDFs/flyer-THERAPIE-SOFORT.pdf> [letzter Zugriff: 18-07-2012].
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [online]. Verfügbar unter: <http://www2.ohchr.org/english/law/medicaethics.htm> [letzter Zugriff: 28-07-2011].
- Ottova, V., Hillebrandt, D., Kolip, P., Hoffarth, K., Bucksch, J., Melzer, W., Klocke, A., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., & das HBSC-Team Deutschland (2012). Die HBSC-Studie in Deutschland - Studiendesign und Methodik. Das Gesundheitswesen 74 (Suppl 1) S8-S14.

- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2009. Sucht 56 (5) 327-336.
- Patzak, J. & Bohnen, W. (2011). Betäubungsmittelrecht. C.H. Beck, München.
- Patzak, J. (2009). Bundesgerichtshof setzt die »nicht geringe Menge« von Metamfetamin von 30 Gramm Metamfetamin-Base auf 5 Gramm Metamfetamin-Base herab. Sucht 55 (1) 30-34.
- Pauly, A. & Klein, M. (2012). Cannabiskonsum im Studium. Sucht 58 (2) 127-135.
- Penka, S., Heimann, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2008). Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. European Psychiatry 23 (Supplement 1) 36-42.
- Perkonig, A., Bühringer, G., Arnold, M., Böhm, M., Antoni, J., Gorgas, B., Hirtsiefer, F., Kronthaler, F., Kufner, H., Lubinski, A., Rieger, W., Sonntag, D., Tretter, F., Wigganhauser, K., & Wittchen, H.-U. (2008a). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 151-163.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2008b). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. Addiction 103 (3) 439-449.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012a). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012b). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012c). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender Erstbehandelte ohne EK. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012d). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012e). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge Beender Erstbehandelte ohne EK. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012f). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue

- Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Karachaliou, K., Lieb, C. & Raiser, P. (2010a). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010b). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Piontek, D., Kraus, L., Legleye, S., & Bühringer, G. (2011). The validity of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. Addiction 106 (6) 1137-1145.
- Rabbata, S. (2005). Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 / B-407 / C-377.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 389-397.
- Reimer, J. (2011). Folgestudie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland. Kurzfassung. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg.
- Reimer, J., Götzke, C., Hiller, P. & Schulte, B. (2011). Folgestudie zur missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg.
- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poelhke, T., & Wolstein, J. (2002). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. Sucht 48 (4) 245-264.
- Richter, M., Pfortner, T.-K., Lampert, T., & das HBSC-Team Deutschland (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Das Gesundheitswesen 74 (Suppl 1) S42-S48.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007a). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007b). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007 [online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_197444/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/PM_Kiggs_160507/Beitraege_Bundesgesundheitsblatt.html?nn=true [letzter Zugriff: 30-08-2009b].
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011). Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. Stand: Ende 2011. Epidemiologisches Bulletin, 46. RKI, Berlin.

- Robert Koch-Institut (RKI) (2012a). DRUCK-Studie - Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland. Ergebnisse der Pilotierung eines Sero- und Verhaltenssurveys bei i. v. Drogengebrauchern. Epidemiologisches Bulletin, 33. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011. Datenstand: 1. März 2012. RKI, Berlin.
- Ruhwinkel, B. (2009). Medikamente im Alter. Sucht 3 18-19.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. Sucht 57 (1) 45-48.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS) (2012). Sucht 2011. Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen. SLS, Dresden.
- Sack & Thomasius (Hrsg.) (2012). Evaluation einer Therapievorbereitungsstation für drogenabhängige und -missbrauchende Gefangene. CENTAURUS-Verlag, Freiburg.
- Sack, P. M. & Thomasius, R. (2009). Besondere pathogenetische Aspekte. Familiäre Einflüsse. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 147-151. Schattauer, Stuttgart.
- Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2008). Drogenabhängigkeit. In: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, H. Remschmidt, F. Matthejat, & A. Warnke (Hrsg.), S. 376-386. Thieme, Stuttgart.
- Salman, R. (2010). Kultursensible Prävention. Migration und interkulturelle Kommunikation in der Suchthilfe. Konturen 2010 (5) 8-14.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Zeitschrift für Gastroenterologie 48 289-351.
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. & Wiessing, L. (2008). "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final Report CT.06.EPI.150.1.0. EMCDDA, Lissabon.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.
- Schäfer, I., Schulze, C., & Stubenvoll, M. (2011). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Sucht 57 (5) 353-361.
- Schifano, F., D'Offizi, S., Piccione, M., Corazza, O., Deluca, P., Davey, Z., Di Melchiorre, G., Di Furia, L., Farré, M., Flesland, L., Mannonen, M., Majava, A., Pagani, S., Peltoniemi, T., Siemann, H., Skutle, A., Torrens, M., Pezzolesi, C., van der Kreeft, P., & Scherbaum, N. (2011). Is there a recreational misuse potential for Pregabalin? Analysis of anecdotal online reports in comparison with related Gabapentin and Clonazepam data. Psychotherapy and Psychosomatics 80 (2) 118-122.

- Schindler, A., Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2012). Bindungsmuster von Cannabis- und Ecstasykonsumenten. Sucht 58 (1) 45-53.
- Schmid, M. & Vogt, I. (1998). Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in Deutschland, 1970-1995. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21 (2/3) 39-52.
- Schmid, M. (2003). Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Campus, Frankfurt.
- Schmidt, A. (2012a). Prev@WORK - Programm zur Suchtprävention in der Berufsausbildung: Implementierung in sieben Bundesländern. Kurzbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Schmidt, A. (2012b). Suchtmittel - Eine Familiensache? Fachübergreifender Dialog "Kinder in suchtblasteten Familien". In: Unabhängig bleiben. Newsletter Suchtprävention No.26., Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Hrsg.),
- Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Schnell, T. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2011). Psychotherapie bei Patienten mit Psychose und Sucht - Behandlungsoptionen und ihre Grenzen. Sucht 57 (5) 383-392.
- Schütze, C., Buth, S., Kalke, J., & Rascke, P. (2007). Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen. Jahresbericht 2006. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Bd. 8. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.
- Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? [online]. Ärztezeitung 26.04.2007, Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [letzter Zugriff: 31-08-2009].
- Schwabe, U. (2011). Antiepileptika. In: Arzneiverordnungs-Report 2011, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 385-401. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen, K. Mann, U. Havemann-Reinecke, & R. Gassmann (Hrsg.). Lambertus Verlag, Freiburg.
- Simmedinger, R. & Stöver, H. (2011). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2010. Institut für Suchtforschung (ISFF) Fachhochschule Frankfurt am Main, Frankfurt am Main.
- Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt 2008 (1) 34-35.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht 46 (Sonderheft 2) 89-176.
- Soyka, M., Kranzler, H., van den Brink, W., Krystal, J., Möller, H.-J., & Kasper, S. (2011a). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence. The World Journal of Biological Psychiatry 12 (3) 160-187.

- Soyka, M., Limmer, C., Lehnert, R., Koller, G., Martin, G., Kufner, H., Kagerer, S., & Haberthür, A. (2011b). A comparison of cognitive function in patients under maintenance treatment with heroin, methadone, or buprenorphine and healthy controls: an open pilot study. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 37 (6) 497-508.
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Der Nervenarzt 76 (1) 72-77.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Wittchen, H.-U. (2012). Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 247-252.
- Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F., & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. European Addiction Research 17 (4) 178-184.
- Specka, M. & Scherbaum, N. (2011). Die Psychotherapie Drogenabhängiger in Substitutionsbehandlung. Sucht 57 (5) 347-352.
- Springer, J.F. & Phillips, J.L. (2007). The institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series [online]. EMT Associates, Inc, Folsom, CA. Verfügbar unter: www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf [letzter Zugriff: 06-07-2009].
- Statistisches Bundesamt (2008). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2009. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2010. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011c). Rechtspflege. Strafverfolgung 2010. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011d). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - 2011. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012a). Verkehr. Verkehrsunfälle 2011. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012b). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes [online]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [letzter Zugriff: 15-10-2012].
- Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt 104 (28-29) A2061-A2069.

- Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. *Sucht* 57 (6) 469-477.
- Süzen, T. (2010). "Beratung, die ankommt - Interkulturelle Öffnung in der Suchthilfe", in 50. DHS Fachkonferenz Sucht.
- Täschner, K.-L., Bloching, B., Bühringer, G., & Wiesbeck, G. (2010). Therapie der Drogenabhängigkeit. Kohlhammer, Stuttgart.
- Tetrault, J. M., Desai, R. A., Becker, W. C., Fiellin, D. A., Concato, J., & Sullivan, L. E. (2008). Gender and non-medical use of prescription opioids: results from a national US survey. *Addiction* 103 (2) 258-268.
- Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Originalarbeit). *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN* 72 (12) 679-695.
- Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabiskonsumforschung. *Konturen* 32 (3) 32-35.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008a). Der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen - Die spezifischen Behandlungsanforderungen. *Konturen* 34 (3) 18-22.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008b). Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen durch Cannabiskonsum. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 2008 (2) 225-240.
- Thomasius, R. (2009). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, C. Möller (Hrsg.), S. 13-38. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.
- Tossmann, P., Jonas, B., Tensil, M., Nowotny, G., & Lang, P. (2008). rauchfrei - Ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm für junge Raucherinnen und Raucher. *Sucht* 54 (1) 38-42.
- Tretter, F. & Jaedicke, J. P. (2002). Stadtspezifische Prävalenz und Problemstruktur des Drogenkonsums. Bericht zur Tagung vom 12.07.2002 in München. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 4 (3) 185-188.
- v.d.Schulenburg, M. & Claes, C. (2006). Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroingabe an Schwerstabhängige, Hannover.
- Van Eimeren, B. & Frees, B. (2010). Fast 50 Millionen Deutsche online - Multimedia für alle? Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2010. *Media Perspektiven* 2010 (7-8) 334-349.
- Verband deutscher Rentenversicherungsträger (1978). Empfehlungsvereinbarung "Sucht" vom 20.11.1978, Frankfurt am Main.
- Vogt, I. & Scheerer, S. (1989). Drogen und Drogenpolitik. In: Drogen und Drogenpolitik, I. Vogt & S. Scheerer (Hrsg.), S. 3-50. Campus, Frankfurt.
- Vogt, I. (2012). Zwangs- und Quasi-Zwangskontexte der Behandlung von süchtigen Männern und Frauen in Deutschland: Ein Überblick. *Suchttherapie* 13 (2) 81-89.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010). Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Institut für Suchtforschung Frankfurt, Frankfurt am Main.

- von der Haar, M. (2012). § 64 StGB in der Praxis - ein Überblick. Suchttherapie 13 (2) 58-65.
- Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salmann, R., & Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt 78 (9) 1058-1061.
- Welti, F., Fuchs, H., & Köster, P. (2007). Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern, Rechtsgutachten für DEGEMED, BDPK, Fachverband Sucht, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe [online]. Verfügbar unter: http://www.degemed.de/images/phocadownloads/Politik_und_Positionen/weitere/007_20projekt_21_sgb_ix_gutachten_welti_endfassung.pdf [letzter Zugriff: 17-07-2012].
- Werse, B., Bernard, C., Schell-Mack, C. & Morgenstern, C. (2012). MoSyD Jahresbericht 2011. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Frankfurt.
- Werse, B., & Morgenstern, C. (2012). Legal Highs - wer nimmt das eigentlich? Überblick über Konsumenten und Konsummuster. Konturen 2012(2), 20-23.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2009). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2008. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2010). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2009. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Westermann, B. & Mörsen, C. P. (2012). "Contraddict". Ein Konsumkontrolltraining für Drogenabhängige und Substitutionspatienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 14 (1) 7-16.
- Weymann, N., Baldus, C., Miranda, A., Moré, K., Reis, O., Thomasius, R., & unter Mitarbeit von I. Essien (2011). Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten. Ergebnisse der Multicenterstudie "CAN Stop". Sucht 57 (3) 193-202.
- Winkler, KR. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht 53 (4) 238-241.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008a). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. Drug and Alcohol Dependence 95 (3) 245-257.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008b). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. International Journal of Methods in Psychiatric Research 17 (S1) S16-S29.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Klotsche, J. (2011a). Die Stabilität der 6-Jahres-Langzeitbefunde in PREMOS: Ein Vergleich mit den 7-Jahresdaten ein Jahr später. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 269-271.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Trautmann, S. (2011d). Einrichtungscharakteristika und Behandlungsformate von Substitutionseinrichtungen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 272-277.

- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., Soyka, M., Träder, A., Mark, K., & Trautmann, S. (2011b). Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 232-246.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., Soyka, M., Träder, A., & Trautmann, S. (2011c). Die soziale, klinische und therapeutische Situation von Substitutionspatienten: Der Status der PREMOS-Patienten bei Studienbeginn (Baseline t_1). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 227-237.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011e). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. ECNP/EBC Report 2011. *European Neuropsychopharmacology* 21 (9) 655-679.
- Wittchen, H.-U., Rehm, J. T., Götz, J., Kraus, M. R., Schäfer, M., Soyka, M., Scherbaum, N., Backmund, M., & Bühringer, G. (2011f). Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 287-293.
- Wittchen, H.-U., Rehm, J. T., Soyka, M., Langer, K., Träder, A., Trautmann, S., & Bühringer, G. (2011g). Ziele und Methodik der PREMOS-Studie (*Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments*). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 213-226.
- Wittchen, H.-U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Soyka, M. (2011h). Die Rolle des Substitutionsmittels und seiner Dosierung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 263-268.
- Wittchen, H.-U., Trautmann, S., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., & Rehm, J. T. (2011i). Abstinenz als ein Behandlungsziel der opiatgestützten Substitutionstherapie: Häufigkeit und Risiken. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13 (5) 253-257.
- Wittmann, B. (2012). Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger. Suchttherapie 13 (2) 66-73.
- Zellner, M. (2011). Die Anforderungen an die Einrichtungen steigen. Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht eines Regionalträgers. Konturen 32 (5) 18-20.

13.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Wichtige Einrichtungen

Website	Inhalt
www.bmg.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.dbdd.de	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
www.drogenbeauftragte.de	Drogenbeauftragte der Bundesregierung
www.drugcom.de	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
www.drugscouts.de	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
www.emcdda.europa.eu	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
www.prevnet.de	Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den Websites der Forschungsverbände:

Website	Inhalt
https://www.fh-frankfurt.de/de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff.html	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main
http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP; ehemals Kompetenzplattform Suchtforschung) an der katholischen Fachhochschule NRW
www.dg-sucht.de	Deutsche Gesellschaft für Sucht
www.heroinstudie.de	Deutsche Heroinstudie
www.ift.de	Institut für Therapieforschung München
www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html	Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT))
www.premos-studie.de	PREMOS-Studie

Website	Inhalt
www.psychologie.tu-dresden.de	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
www.suchtforschungsverbund.de	Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz
www.suchtforschungsverbund-nrw.de	Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen
www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
www.crdr-uni-frankfurt.de	Goethe Universität Frankfurt am Main Centre For Drug Research (CDR) Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
www.zis-hamburg.de	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg

Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen

Website	Inhalt
transit.gangway.de	Transit - Projekt für transkulturelle Suchtarbeit
www.500Fragen.de	Forum für Substitution und Recht mit dem Ziel, die rechtlichen Aspekte der Behandlung unter rein praktischen Gesichtspunkten aufzuarbeiten und den täglich in der Substitution tätigen Therapeuten eine Hilfe an die Hand zu geben, damit sie sich in Kenntnis der Begebenheiten auf das reine therapeutische Verhältnis konzentrieren können
www.fachstelle-faire.de	Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker
www.indro-online.de	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster
www.iss-ffm.de	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.
www.suchthh.de	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Büro für Suchtprävention

Spezifische Cannabisprojekte

Website	Inhalt
www.be-u-online.de	Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt
www.candis-projekt.de/	Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen
www.canstop.med.uni-rostock.de	Gruppentraining „CAN Stop“ wurde im Auftrag des BMG vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein manualisiertes Behandlungsprogramm für junge Menschen mit Cannabiskonsum
www.dhs.de/projekte/abgeschlossene-projekte/cannabis.html	Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs zum Ziel gesetzt hat
www.incant.eu	International Cannabis Need of Treatment Study
www.quit-the-shit.net	Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de . nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum
www.realize-it.org	Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz

Partyprojekte

Website	Inhalt
www.alice-project.de	Alice Projekt - Frankfurt
www.chill-out.de	Chill-Out – Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen
www.drobs-hannover.de	Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover
www.drugscouts.de	SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig
www.eve-rave.net	Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin
www.partypack.de	Drogenhilfe Köln e.V.
www.party-project.de	Party Project e.V. Bremen

Safer Use/Schadensminimierung

Website	Inhalt
www.konsumraum.de	Informationsplattform für Personal in drogen-therapeutischen Ambulanzen und Konsumräumen
www.saferuse-nrw.de	Safer-Use-Seiten der AIDS-Hilfe NRW e.V.
www.spritzenautomaten.de	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt Spritzenautomaten JETZT

Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland

Website	Inhalt
www.bar-frankfurt.de	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
www.suchthilfe.de	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)
www.synanon-aktuell.de	Suchtselbsthilfe/Suchthilfegemeinschaft Synanon, Berlin

Drogenpolitik in großen europäischen Städten

Website	Inhalt
rathaus.rostock.de	Rostock
www.berlin.de	Berlin
www.bremen.de	Bremen
www.dortmund.de	Dortmund
www.dresden.de	Dresden
www.duesseldorf.de	Düsseldorf
www.essen.de	Essen
www.frankfurt.de	Frankfurt
www.hamburg.de	Hamburg
www.leipzig.de	Leipzig
www.muenchen.de	München
www.stadt-koeln.de	Köln
www.stuttgart.de	Stuttgart

14 Tabellen

Tabelle 1.1	Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes	11
Tabelle 1.2	Geschätzte Ausgaben in Zusammenhang mit illegalen Drogen, 2010 (aufgeschlüsselt nach Aufgabenbereichen).....	24
Tabelle 2.1	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland.....	31
Tabelle 2.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2011.....	32
Tabelle 2.3	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 15- und 16-jährigen Schülern	37
Tabelle 2.4	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums, 2003-2011.....	38
Tabelle 2.5	12-Monats-Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums, 2007-2011.....	39
Tabelle 2.6	Durchschnittliches Alter des ersten Cannabiskonsums bei 12- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 1993 bis 2011	43
Tabelle 2.7	Lifetime-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung.....	47
Tabelle 2.8	12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung	47
Tabelle 2.9	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis (Ausnahme: BZgA) bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien	51
Tabelle 2.10	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien	52
Tabelle 4.1	Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2011 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre).....	92
Tabelle 5.1	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2011).....	116
Tabelle 5.2	Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2011).....	117
Tabelle 5.3	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2011)	118
Tabelle 5.4	Drogenapplikationsform ¹⁾ (DSHS ambulant, 2011).....	119
Tabelle 5.5	Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2011)	119
Tabelle 5.6	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	122

Tabelle 5.7	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2011)	123
Tabelle 5.8	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2007-2010.....	127
Tabelle 5.9	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2003-2011)	130
Tabelle 6.1	Risikoverhaltensweisen bei den Teilnehmern der DRUCK-Studie.....	146
Tabelle 6.2	Drogentodesfälle 2006-2011 nach Substanzen.....	150
Tabelle 6.3	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend	156
Tabelle 8.1	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2011).....	162
Tabelle 9.1	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen	174
Tabelle 9.2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	178
Tabelle 9.3	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen	181
Tabelle 10.1	Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis nach Geschlecht (DAS 2011).....	188
Tabelle 10.2	Orte der Cannabis-Verfügbarkeit bei Personen mit subjektiv sehr leichter Verfügbarkeit (DAS 2010).....	188
Tabelle 10.3	Trends der sehr leichten Cannabis-Verfügbarkeit (DAS 1997-2011).....	189
Tabelle 10.4	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2009 bis 2011.....	193
Tabelle 10.5	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen.....	194
Tabelle 10.6	Sicherstellung von Cannabispflanzen	195
Tabelle 10.7	Preise verschiedener Drogen 2010 - 2011 (alle Preise in €).....	197
Tabelle 10.8	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE.....	201
Tabelle 11.1	Übersicht über die stationären Angebote der Suchthilfe.....	210
Tabelle 11.2	Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Berichtsjahr 2011 - Stationäre Entwöhnungsbehandlung für Erwachsene	213
Tabelle 11.3	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen im illegalen Substanzbereich gemäß Krankenhausstatistik 2010.....	214
Tabelle 11.4	Personelle Anforderungen – Anzahl / 100 Rehabilitanden	231
Tabelle 11.5	Kosten unterschiedlicher Therapien je Woche	233
Tabelle 12.1	Übersicht.....	238

15 Abbildungen

Abbildung 2.1	Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen 1993-2011.....	42
Abbildung 2.2	Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen 1993-2011.....	42
Abbildung 2.3	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen ⁷ (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2011 (MoSyD).....	45
Abbildung 2.4	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2011 (MoSyD).....	46
Abbildung 3.1	Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2009 bis 2011.....	59
Abbildung 3.2	Settings von Präventionsmaßnahmen, alle Präventionsarten, im Jahr 2011.....	62
Abbildung 4.1	Konsum einer illegalen Droge bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht im Jahr 2011.....	95
Abbildung 5.1	Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2011).....	124
Abbildung 5.2	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant).....	126
Abbildung 5.3	Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen.....	127
Abbildung 6.1	Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2010).....	152
Abbildung 6.2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen (1998-2010).....	153
Abbildung 6.3	Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2010 mit ICD X/Y- Codierung.....	154
Abbildung 9.1	Entwicklung von Handelsdelikten (1996 – 2011).....	168
Abbildung 9.2	Entwicklung von Konsumdelikten (1982 – 2011).....	169
Abbildung 9.3	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.....	171
Abbildung 9.4	Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.....	172
Abbildung 10.1	Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2011.....	194
Abbildung 10.2	Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin.....	199

Abbildung 10.3	Wirkstoffgehalt von Cannabis.....	200
Abbildung 11.1	Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen nach Art der bewilligten Leistung sowie nach Geschlecht im Jahr 2011	211
Abbildung 11.2	Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 (aufgeschlüsselt nach Arten der Abhängigkeitserkrankungen).....	212

16 Anhang

16.1 Hamburg

16.1.1 Verwaltungsstruktur

Die Fachbehörden der Freien und Hansestadt Hamburg entsprechen den Ministerien in den Flächenländern. Da Hamburg ein Stadtstaat ist, nehmen sie in Zusammenarbeit mit den Bezirken auch kommunale Aufgaben wahr. Jede Behörde wird von einem Präses geleitet, der als Senator dem Senat, also der Landesregierung, angehört. An der Spitze der Behördenverwaltung stehen die Staatsräte. Gegenwärtig gibt es in Hamburg zehn Fachbehörden, die sich in zahlreiche Ämter und Abteilungen aufgliedern. Hinzu kommen mit der Senatskanzlei und dem Personalamt zwei Senatsämter, die ressortübergreifende Aufgaben haben. Ihnen steht der Erste Bürgermeister vor.¹⁶⁴

16.1.2 Drogenbezogene Angebote

Die Planung, Steuerung und Umsetzung der drogenspezifischen Hilfen (Prävention, Beratung, Behandlung, Überlebenshilfen, Repression) obliegt, sofern sie durch öffentliche Gelder finanziert wird, den Fachbehörden. In Hamburg werden spezielle „Jugendsuchtberatungsstellen“ vorgehalten. In enger Vernetzung zu Angeboten der Jugendhilfe bieten diese Unterstützung für Jugendliche und junge Erwachsene. Weiter werden zwei Beratungsangebote nur für Frauen vorgehalten. Eine der Stellen wendet sich dabei speziell an sich prostituierende drogenabhängige Frauen. Hamburg hält weiter eine Ambulanz zur Substitution mit Diamorphin vor.

16.1.3 Drogenstrategie

Die Drogenstrategie für Hamburg geht zurück auf die Drucksachen „Ausstiegsorientierte Reform der Suchtkrankenhilfe Hamburg“ und „Drogenfreie Kindheit und Jugend; Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und –missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen. Aus dem Arbeitsprogramm des Senates: „Drogen und Suchthilfesystem. Das differenzierte Drogen und Suchthilfesystem werden wir weiterentwickeln. In der Prävention legen wir ein besonderes Augenmerk auf Kinder und Jugendliche. Der Senat wird einen Suchthilfebericht vorlegen.“ Der Suchthilfebericht wird derzeit geschrieben und soll Ende 2012 veröffentlicht werden.

16.1.4 Drogenbeauftragte

Die Maßnahmen der ambulanten Drogenberatung, wie der im Rahmen der Eingliederungshilfe finanzierten Angebote, werden durch die „Fachabteilung Drogen und Sucht“, die der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz angegliedert ist, geplant und gesteuert.

¹⁶⁴ Abteilungen und Ansprechpartner der Hamburger Behörden finden Sie hier: <http://www.hamburg.de/informationsfreiheitsgesetz/166938/organigramme.html>.

16.1.5 Netzwerke auf nationalem Level

Netzwerke gibt es in Hamburg auf unterschiedlichen Organisationsebenen. Die Fachbehörde ist in fast alle Arbeitskreise involviert. Hierdurch ist gewährleistet, dass Informationen nicht verloren gehen und eine Koordination vorgenommen werden kann.

- Im sog. „**Koordinationsgremium für Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention**“ stimmen sich Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Kammern und Institution ab.
Mitglieder sind:
Ärztammer Hamburg, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Rentenversicherung Bund, Rentenversicherung Nord, vdek, AOK Rheinland-Hamburg, BKK Landesverband Nord, Seekasse/Knappschaft, Jobcenter Hamburg, Vertreter/Vertreterinnen der Suchtprävention, Vertreter/Vertreterinnen der Einrichtungen der stat. med. Rehabilitation, Vertreter/Vertreterinnen der qualifizierten Entgiftung, Vertreter/Vertreterinnen der ambulanten Beratung, Vertreter/Vertreterinnen der Fachbehörden.
- **Amtsleiterrunde Drogen:** Mitglieder sind hier die Vertreterinnen und Vertreter von Ämtern aus der Justizbehörde/Staatsanwaltschaft, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Behörde für Inneres und Sport, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Behörde für Schule und Berufsbildung und Bezirksämtern.
- **Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention:** Mitglieder sind hier Vertreterinnen und Vertreter aus Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Behörde für Inneres und Sport, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Behörde für Schule und Berufsbildung und Bezirksämtern sowie Vertreterinnen und Vertreter von Forschungseinrichtungen.
- **Fachrat Drogen und Sucht:** Mitglieder sind Vertreterinnen und Vertreter (in der Regel Geschäftsführer der Träger oder Einrichtungsleitungen) der ambulanten Suchtkrankenhilfe.
- **Fachgremium Eingliederungshilfe:** Mitglieder sind Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen (in der Regel Einrichtungsleitungen), die über das SGB XII (Eingliederungshilfe) finanziert werden.
- Weiter gibt es auf Arbeitsebene diverse **feste Arbeitsgruppen:** zu nennen sind hier z.B. Fachausschuss Drogen der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen, Arbeitsgruppen CONNECT in einigen Stadtteilen (hier arbeiten unterschiedliche soziale Institutionen zusammen), Arbeitsgruppe LINA-NET (hier arbeiten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der Jugendhilfe, Familienhilfe, medizinische Dienste zusammen), Arbeitskreis substituierender Ärzte.

16.2 München

16.2.1 Verwaltungsstruktur

Sucht- und Drogenpolitik ist in der Landeshauptstadt (LH) München dem Referat für Gesundheit und Umwelt zugeordnet. Drogenberatungsstelle, Suchthilfekoordination und Suchtprävention gehören zur Abteilung „Gesundheitliche Versorgung und Prävention“. Zwischen der Drogenhilfe und der Suchthilfe für legale Suchtmittel und Verhaltensüchte wird strukturell kein Unterschied gemacht. Kooperationen innerhalb der Stadtverwaltung bestehen zum Sozialreferat mit dem Amt für Soziale Sicherung, dem Jobcenter, dem Jugendamt, dem Amt für Wohnen und Migration, dem Ordnungsamt und dem Referat für Arbeit und Wirtschaft bei der Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsplätzen für suchtkranke Menschen. Der Gesundheitsausschuss des Stadtrates entscheidet über die finanzielle Förderung von Drogenhilfeprojekten und die grundlegende Ausrichtung der Drogenpolitik der LH München. Stadträte greifen Themen der Sucht- und Drogenhilfe von sich aus auf und stellen Anträge zur Bearbeitung durch die Suchthilfekoordination im Gesundheitsreferat, um die Versorgung suchtkranker Menschen oder spezielle Aspekte darin – etwa die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund oder die Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung – weiter zu entwickeln¹⁶⁵. 25 Bezirksausschüsse mit Unterausschüssen zu sozialen Themen sind lokale Ansprechpartner, die Bürgeranliegen auch zu Fragen der Suchtpolitik und Suchthilfe formulieren und Anträge stellen sowie geringe Finanzmittel in Projekte in ihren Stadtvierteln – etwa zur Prävention oder Mediation – investieren können. Unter Vorsitz der Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe findet regelmäßig ein Arbeitskreis Sucht statt, der die Themen und Anliegen der verschiedenen Fachbereiche und untergliederten Facharbeitskreise behandelt und so trägerübergreifende Vernetzung und Bedarfserhebung unterstützt. Der Arbeitskreis ist dem Gesundheitsbeirat der Stadt München zugeordnet, einem Gremium, in dem wesentliche Akteure der Gesundheitsversorgung beratend für die Stadtpolitik wirken.

Zu Fragen der Ausgestaltung der Drogenhilfe in München bestehen vereinzelt Verbindungen zu nationalen Instanzen wie etwa dem Bundesgesundheitsministerium im Rahmen von Modellprojekten, Fachtagungen oder zu einzelnen Fachfragen. Für Angebote der Eingliederungshilfe sind in Bayern die Bezirke zuständig, für München also der Bezirk Oberbayern. Die Gestaltung und Finanzierung ambulanter Angebote der Drogenhilfe – Beratungsstellen, psychosoziale Betreuung bei Substitution, Kontaktläden, Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen - liegt damit in der Verantwortung des Bezirks, der diese Aufgabe in Abstimmung mit den Regionen, für München also mit der Landeshauptstadt München, vornimmt. Somit liegen die konzeptionelle Entwicklung der Versorgungsangebote und deren Finanzierung im Rahmen der Sozialgesetzgebung bei den Bezirken. Der Bezirk Oberbayern unterhält ein Gremium zur Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung, über das andere Leistungsträger, die Wohlfahrtsverbände,

¹⁶⁵ Alle Beschlüsse des Stadtrates können öffentlich eingesehen werden unter http://www.ris-muenchen.de/R112/R11/ris_startseite.jsp

Regionalvertretungen und andere Akteure in die Planungen einbezogen werden. Der Verband der bayerischen Bezirke wirkt als übergeordnetes Gremium für die sieben Bezirkstage durch Konzepte und strukturelle Vorgaben ebenfalls auf die Ausgestaltung der Versorgung ein. Die Staatsregierung hat 2007 „Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung zu Drogen- und Suchtfragen“ herausgegeben und greift einzelne Themen der Drogenhilfe auf. Die LH München kann sich direkt oder über den Bayerischen Städtetag an das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit richten oder an Gremien beteiligen.

16.2.2 Drogenbezogene Angebote

Eine originäre, also gesetzlich geregelte Zuständigkeit, wird nur für Teilbereiche der Suchtprävention gesehen sowie für ein Informationsangebot über die Angebote der Suchthilfe gemäß den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Rahmen der freiwilligen Leistungen werden darüber hinaus Präventionsangebote selbst vorgehalten oder bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege gefördert, ebenso Angebote zur Drogenberatung und zur Vermittlung in Behandlungsangebote oder Eingliederungsmaßnahmen. Für Behandlungsangebote im engeren Sinn besteht keine Zuständigkeit. Im Bereich der Überlebenshilfen ist die Zuständigkeit zum größten Teil allein bei der Kommune. Repressive Maßnahmen gehen einerseits von der städtischen Kreisverwaltungsbehörde (Ordnungsamt) aus – wie etwa Aufenthaltsverbote oder Bußgelder –, andererseits von der Polizei, die dem Landesministerium des Inneren unterstellt ist. Zur bestmöglichen Abstimmung über das Vorgehen, insbesondere bei Konflikten mit suchtkranken Menschen im öffentlichen Raum und zur Vermeidung von überdauernden Szeneplätzen, findet pro Quartal ein Abstimmungstreffen zwischen den relevanten städtischen Behörden und dem Polizeipräsidium München statt, an dem auch die Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe teilnimmt.

Die LH München finanziert im Rahmen freiwilliger Leistungen ergänzend zum Bezirk Oberbayern Sachkostenpauschalen pro Personalstelle und anteilige Mietkosten im Bereich der Suchtberatungen, psychosozialer Begleitung bei Substitution und Kontaktläden sowie Aufwandsentschädigungen im Bereich der Laien- und Selbsthilfe. Personal- und Sachmittel in erheblichem Umfang werden gemeinsam mit anderen Leistungs-trägern gefördert bei der Notschlafstelle, Präventionsprojekten und der internistischen Leistung für Substitutionspatienten (siehe nächster Absatz). Ausschließlich von der Stadt finanziert wird Streetwork, Spritzentausch, und die diamorphin-gestützte Behandlung in ihrer Modellphase (2002 bis 2011). Die Landeshauptstadt München fördert insgesamt 30 Projekte der Sucht- und Drogenhilfe bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege, darunter neun, die unter anderem für drogenabhängige Klienten zugänglich sind und weitere zehn, die ausschließlich Angebote für drogenabhängige Klienten vorhalten. Die Fördersumme für die Angebote, die drogenabhängige Klientel wahrnehmen kann, beträgt insgesamt € 825.000. Zusätzlich unterhält die LH München eine niedrigschwellige Drogenberatungsstelle mit Streetwork, psychosozialer Begleitung von Substituierten und einer Clearingstelle zur Vermittlung in Substitutionsbehandlung.

München hat als eine von 7 Städten am Bundesmodellprojekt diamorphingestützte Substitution teilgenommen; die Ambulanz für aktuell 30 Patienten ist in Trägerschaft der Kliniken der Ludwig-Maximilians-Universität. Mehr als hundert Plätze sind parallel dazu für Substitutionspatienten mit Bedarf an psychiatrischer Begleitbehandlung eingerichtet. Die LH München finanziert darüber hinaus für diese Patienten eine internistische Konsiliarbehandlung in der Substitutionsambulanz, um der oft gravierenden somatischen Komorbidität Rechnung zu tragen. Außerdem hat München 2006 eine interdisziplinäre Kooperationsvereinbarung verabschiedet, das „Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern“. Gemeinsam mit den Eltern vereinbaren Fachkräfte der Drogenhilfe, Mediziner, Jugendamt, ambulante Erziehungshilfen und andere Angebote verbindliche Hilfen zum Schutz der Kinder und zur Stärkung der Elternkompetenz und begleiten deren Umsetzung. Etwa seit 2010 baut der Träger Condrops e.V. in München Angebote speziell für ältere drogenabhängige Menschen auf - Kontaktladen, Beschäftigungsprojekt, Wohnangebote, Pflege -, um der größer werdenden Gruppe Drogenabhängiger ab 40 Jahre angemessene Angebote machen zu können. Mit Spezialangeboten verschiedener Träger gibt es ein gut ausgebautes Angebot, das sich speziell an drogenkonsumierende Frauen richtet.

16.2.3 Drogenstrategie

Die Landeshauptstadt München hatte 1995 erstmalig Leitlinien der Suchtpolitik verabschiedet. Diese wurden 2009 aktualisiert und vom Stadtrat verabschiedet. Aufgrund der Tatsache, dass die Kommune im Wesentlichen keine Zuständigkeit für die Drogenhilfe hat, sind die Leitlinien kein Maßnahmenplan, sondern eine Beschreibung des Wissensstandes, der grundlegenden Haltung der Stadtpolitik zu Sucht- und Drogenfragen sowie zu den dargestellten Bedarfen und nur zu einzelnen Themen eine Ausrichtung der eigenen Angebote bzw. Aufgaben.¹⁶⁶

Die Leitlinien basieren auf keiner anderen bestehenden Vorlage zur Suchtpolitik. Bei ihrer Erarbeitung wurden die Grundsätze der bayerischen Staatsregierung zu Drogen- und Suchtfragen sowie relevante Publikationen des Bundesgesundheitsministeriums und der Fachverbände in die fachliche Recherche einbezogen.

16.2.4 Drogenbeauftragte

Seit Anfang der neunziger Jahre hat München eine Suchthilfekoordination, die 2007 in der Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe aufging. Der Aufgabenbereich umfasst die Suchthilfe für legale wie illegale Substanzen und Verhaltenssuchte. Prävention im engeren Sinne wird in einem benachbarten Aufgabenbereich bearbeitet. Die Suchthilfekoordination ist mit ca. 50 Wochenstunden ausgestattet, zusätzlich entfallen etwa 20 Wochenstunden auf die finanzielle Förderung von Projekten. Die Suchthilfekoordination hat den Vorsitz über den

¹⁶⁶ Die Leitlinien im Internet:
<http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/2155811.pdf>

stadtweiten Arbeitskreis Sucht. Derzeitige Koordinatorin für Psychiatrie und Suchthilfe ist Frau Birgit Gorgas (Dipl.Psych, PP).

16.2.5 Netzwerk auf nationalem Level

Die LH München ist Mitglied im Netzwerk EFUS, federführend für die ganze Stadtverwaltung ist dabei das Kreisverwaltungsreferat. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit für die Suchthilfe-koordination, an EFUS-Projekten teilzunehmen, allerdings sind die personellen Kapazitäten dafür nicht ausreichend – dies gilt auch für die Mitwirkung in anderen überregionalen Netzwerken und/oder Projekten. Es besteht ein informeller Austausch mit Kollegen in anderen deutschen Städten und in Wien, die einen vergleichbaren Auftrag (Suchthilfekoordination) für ihre Städte haben.

16.3 Köln

16.3.1 Verwaltungsstruktur

Der Oberbürgermeister wird von den Bürgern auf die Dauer von sechs Jahren gewählt. Er ist Vorsitzender des städtischen Rates. Der Rat ist grundsätzlich für alle Angelegenheiten der Stadtverwaltung zuständig und verfügt über einen Hauptausschuss und Fachausschüsse. Neben 90 Ratsfrauen und Ratsherren hat der direkt gewählte Oberbürgermeister Stimmrecht und leitet die Sitzungen. Gleichzeitig ist der Oberbürgermeister Chef der Verwaltung, die nach Dezernaten und Fachämtern untergliedert ist. Zurzeit ist die Stadtverwaltung Köln in sieben Dezernate und das Dezernat des Oberbürgermeisters gegliedert. Das Gesundheitsamt fällt in den Zuständigkeitsbereich von Dezernat V, für Soziales, Integration und Umwelt¹⁶⁷.

Die Kommune ist Mitglied im Deutschen Städtetag bzw. seinen Fachausschüssen. Die Kommune steht als „untere“ Gesundheitsbehörde in der Weisung von „oberer“ Gesundheitsbehörde (Bezirksregierung) und „oberster“ Gesundheitsbehörde (Fachministerium des Landes).

16.3.2 Drogenbezogene Angebote

- Prävention
- Niedrigschwellige Hilfeangebote
- Medizinische Grund- und Notfallversorgung
- Drogenkonsumraum
- Krisenintervention
- Information und Beratung
- Psychosoziale Betreuung

¹⁶⁷ Mehr Informationen finden Sie unter <http://www.stadt-koeln.de/1/verwaltung/dezernate-organigramm/>.

- Soziale und berufliche Wiedereingliederung
- Repressive und ordnungspolitische Maßnahmen

Erbracht werden diese Leistungen von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege. Alle genannten Angebote werden entweder ganz oder größtenteils von der Stadt finanziert.

Es gibt in der Stadt kein drogenbezogenes Angebot, das singulär nur hier vorhanden ist. Allerdings werden Substitution mit Originalstoff (Diamorphin) und der Mobile Medizinische Dienst zur Grund- und Notfallversorgung (Drogentherapeutische Ambulanz) nur in ganz wenigen Städten angeboten.

16.3.3 Drogenstrategie

Köln hat keine eigene Drogenstrategie. Die städtische Drogenpolitik orientiert sich an den fachlichen Vorgaben des Landessuchtconzeptes.

16.3.4 Drogenbeauftragte

Der Drogenreferent in Köln ist Leiter einer Abteilung im Gesundheitsamt, zu der das Aufgabenfeld Planung, Koordination und Weiterentwicklung der Versorgung von drogenkranken Menschen gehört. Entsprechend arbeiten der Drogenreferent und seine Mitarbeiter nicht unmittelbar am Klienten, sondern stimmen die Angebote, ihr Zusammenwirken und ihre künftige Form mit den unmittelbaren Leistungserbringern als Fachverwaltung ab. Als kommunale Aufgabe ist die Stelle des Drogenreferenten im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW festgeschrieben.

16.3.5 Netzwerke auf nationalem Level

Köln ist ständig an mehreren Arbeitskreisen bzw. Fachbeiräten auf Landesebene und anlassbezogen auf Bundesebene beteiligt.

16.4 Frankfurt

16.4.1 Verwaltungsstruktur

Die 62 Ämter und Dienststellen der Stadtverwaltung sind 11 Dezernaten zugeordnet. Sie werden jeweils von einem Mitglied des Magistrats geleitet, das auch für die Angelegenheiten der städtischen und stadtnahen Gesellschaften zuständig ist. Die Oberbürgermeisterin steht den Dezernaten vor. Für die Umsetzung der Sucht- und Drogenpolitik ist das Drogenreferat der Stadt Frankfurt verantwortlich. Das Drogenreferat hat den Status eines städtischen Amtes und ist dem Gesundheitsdezernat unterstellt.

16.4.2 Drogenbezogene Angebote

Aufgaben des Drogenreferats sind Entwicklung und Initiierung von neuen Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Frühintervention und Suchthilfe, sowie die Weiterentwicklung, Analyse und Koordination bestehender Angebote.

Von der Stadt Frankfurt werden Angebote finanziert, die in den Aufgabenbereich der Suchtprävention und des Suchthilfesystems in Frankfurt am Main fallen. Dazu zählen im Wesentlichen:

- Entwicklung von Informationsangeboten für Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren zu aktuellen Trends und Hilfeangeboten in Form von Broschüren, Infoveranstaltungen und Angeboten im Internet
- Durchführung und Begleitung suchtpreventiver Projekte für unterschiedliche Zielgruppen
- Information, Beratung/Therapie und Vermittlung in weiterführende Angebote für suchtgefährdete und -abhängige Jugendliche, Erwachsene und Angehörige
- psychosoziale Betreuung im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung
- Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender suchttherapeutischer, sozialer und medizinischer Hilfen
- Aufsuchende Arbeit (z.B. Aufsuchende Arbeit mit suchtgefährdeten jugendlichen Migranten, BINSO)
- Minderung gesundheitlicher Risiken und Folgen des Drogenkonsums
- Grundversorgung (Essen, Trinken, Hygiene, Tages- und Nachtruhebetten)
- Gewährung von Schutz- und Ruheräumen
- Krisenhilfe
- Spritzentausch
- Ärztliche Betreuung, medizinische Akutbehandlung
- Frauenspezifische Hilfen (Frauencafé, Frauenberatungsstellen)
- Berufliche Orientierung, Qualifizierung und Vermittlung in den Arbeitsmarkt

Beispiele sind u. a.:

- Kampagne "Check wer fährt" (<http://www.checkwerfaehrt.de/>)
- Kampagne "BE.U!" (<http://www.be-u-ffm.de/>)
- Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten ("FreD") (<http://www.lwl.org/FreD/>)
- Schulprojekte, z. B. "It`s my Party" (<http://www.alice-project.de/>), "Eigenständig werden" (<http://www.eigenstaendig-werden.de/>)
- Projekt Lichtblick (für Kinder von drogenabhängigen Eltern) (http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2821&_ffmpar%5B_id_inhalt%5D=91726)
- Abstinenztherapie für Kokainabhängige

- Projekt "Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums" (KISS) (<http://www.kiss-heidelberg.de/>)
- Diamorphingestützte Behandlung
- Projekt "Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention" (OSSIP) (http://www.idh-frankfurt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=22)
- Crackrauchraum

16.4.3 Einzigartige Angebote dieser Stadt

- Monitoring System Drogentrends: Jedes Jahr werden ca. 1.500 Schüler und Schülerinnen in Frankfurt am Main zu ihrem Konsum legaler und illegaler Drogen befragt mit dem Ziel, Entwicklungen und Trends frühzeitig zu erkennen, um geeignete, vor allem präventive Maßnahmen, planen zu können.
- Kampagne "Check wer fährt": Junge Autofahrer werden über Gefahren und Folgen von Alkohol und Drogen im Straßenverkehr informiert und zu einem verantwortungsvollen Verhalten angeregt. (<http://www.checkwerfaehrt.de/>)
- Kampagne „Herolymp“: Internetfriedhof für Avatare aus Computerspielen (www.herolymp.de)
- BINSO (Brücke für Integration und Soziales): Angebot für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund in Kooperation mit Kulturvereinen
- „Neue Medien im Kindesalter“ (Fachstelle Prävention): Fortbildungen für Erzieher/innen und Elternabende für Grundschulen zum Thema Medienkompetenz.
- „CaBS“ (Case Management und Beratung für cannabiskonsumierende Schüler/innen): 2011 wurde das Projekt im bundesweiten Wettbewerb um „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ in Berlin ausgezeichnet.
- www.Legal-High-Inhaltstoffe.de Die bundesweit einmalige Webseite will Konsumenten von „Legal Highs“ über die Risiken informieren und bietet eine anonyme Email-Beratung an.
- Die Diamorphinvergabe wurde vom wissenschaftlichen Modellprojekt zum medizinisch kontrollierten heroingestützten Behandlungskonzept von langjährigen Opiatabhängigen maßgeblich mitentwickelt.
- BINSO (Brücke für Integration und Soziales): Spezielles Angebot für suchtgefährdete jugendliche Migranten, insbesondere aus dem muslimischen Kulturkreis.
- „Eastside“: Größte Drogenhilfeeinrichtung in Europa, mit Arbeitstrainingsprojekten, Übernachtungsmöglichkeiten und einem Konsumraum. Insgesamt verfügt die Stadt Frankfurt über vier Konsumräume zum intravenösen Konsum illegaler Drogen mit zusammen 37 Plätzen.

- WINDIB (Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Drogenhilfe im Bahnhofsviertel): Implementierung „Rahmenprozess Fallsteuerung“ im Bereich der schadensminimierenden Drogenhilfe.
- „Montagsrunde“: Interdisziplinäres Kooperationsmodell, das durch die vernetzte, ämter- und institutionenübergreifende Arbeit für viele europäische Kommunen Vorbild ist.

16.4.4 Drogenstrategie

Die Drogenpolitik der Stadt Frankfurt am Main steht im Einklang mit gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen des Bundes und des Landes Hessen. Inhaltlich ist die Stadt Frankfurt am Main vor drogenpolitische Herausforderungen gestellt, wie sie sich auch in anderen europäischen Metropolen zeigen. Das Frankfurter Präventions- und Hilfesystem „Frankfurter Weg“ fußt auf dem sogenannten Vier-Säulen-Modell:

1. Prävention

Ziel: Junge Menschen darin zu stärken, Drogenkonsum in der Phase des Aufwachsens zu unterlassen bzw. den ersten Konsum von Drogen zu verzögern. Das Erlernen von Risikokompetenz ist dabei von Bedeutung.

Zielgruppe: Junge Menschen bis 28 Jahre

2. Beratung/Therapie

Ziel: Menschen mit problematischem Drogenkonsum oder einer Drogenabhängigkeit, mit Beratung, Betreuung und Behandlung darin zu unterstützen, Veränderungs- und Ausstiegsprozesse anzugehen.

Zielgruppe: Ausstiegsorientierte Drogenkonsumierende und Abhängige, die ihren Konsum beenden wollen

3. Überlebenshilfe und Schadensbegrenzung

Ziel: Abhängigen die Möglichkeit anzubieten, physische, psychische und soziale Risiken der Sucht zu reduzieren, sich zu stabilisieren und sie zu motivieren, weitere Schritte aus der Sucht zu wagen.

Zielgruppe: Akut Abhängige

4. Repression

Ziel: Im Stadtleben die Auswirkungen des illegalen Drogenhandels und öffentlichen Drogenkonsums für die Bürgerinnen und Bürger zu begrenzen und zu vermindern (Balance von Repression und Hilfe).

Zielgruppe: Drogenhändler, Abhängige

Diese vier Säulen sind in ihrer jeweiligen Ausrichtung nicht isoliert voneinander, sondern aufeinander bezogen und untereinander vernetzt. In der Regel können die Ziele nur angestrebt werden, wenn ihre Vernetzung im Alltag als kontinuierlicher Prozess gestaltet wird. Zur Gestaltung und Förderung dieses Prozesses wurden unter der Federführung des Drogenreferates verschiedene Abstimmungs- und Steuerungsgremien eingerichtet. Die wesentlichsten sind: Montagsrunde, Freitagsrunde, Trägerrunde und der Arbeitskreis Jugend, Drogen und Suchtprävention. In den letzten zwei Jahrzehnten wurde ein

innovatives, auf die jeweiligen Erfordernisse und aktuellen Problemlagen ausgerichtetes, ausdifferenziertes System der Suchtprävention und Drogenhilfe in Frankfurt am Main entwickelt, das stetig angepasst werden muss. Neben der Orientierung der Frankfurter Drogenpolitik an den vier Säulen zeichnet sich der so genannte „Frankfurter Weg“ durch ein hohes Maß an Kooperation und Bereitschaft zur Auseinandersetzung aus. Nur gemeinsam und im integrierten Zusammenwirken vieler Organisationen und Institutionen war und ist es möglich, das heute in Frankfurt am Main existierende System der Suchtprävention und Drogenhilfe zu schaffen und weiterzuentwickeln.

16.4.5 Drogenbeauftragte

Seit seiner Gründung im Jahr 1989 koordiniert, strukturiert und gestaltet das Drogenreferat der Stadt Frankfurt die Umsetzung der Frankfurter Drogenpolitik. Darüber hinaus trägt das Drogenreferat die Verantwortung für den städtischen Drogenhilfeeinsatz. Leiterin ist Frau Regina Ernst, Stellvertreterin ist Frau Renate Lind-Krämer.

16.4.6 Netzwerke auf nationalem Level

Bis zum Austritt Deutschlands Ende 2011 aus der Group Pompidou engagierte sich Frankfurt bei EXASS Net (European Network of Partnerships between Stakeholders at Frontline Level), einem zur Group Pompidou des Europarates gehörenden Netzwerkes verschiedener Länder, Regionen und Städte Europas.

16.5 Stuttgart

16.5.1 Verwaltungsstrukturen

Die Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart gliedert sich in den Geschäftskreis des Oberbürgermeisters und die sieben Geschäftskreise der Bürgermeister (Beigeordnete). Dem Oberbürgermeister und den Bürgermeistern sind die Ämter nachgeordnet. Das Referat für Soziales, Jugend und Gesundheit (Geschäftskreis V) obliegt der Leitung der Bürgermeisterin.¹⁶⁸Die Stadt Stuttgart ist u. a. Mitglied im Städtetag auf Bundes- und auf Landesebene. Sie ist Mitglied im Verband Region Stuttgart. Sie ist des Weiteren in zahlreichen internationalen Netzwerken und Gremien vertreten.¹⁶⁹

16.5.2 Drogenbezogene Angebote

Die Stadt Stuttgart ist verantwortlich für die Bereitstellung angemessener Angebote und Hilfen zum Thema Prävention, Beratung und Behandlung sowie Überlebenshilfen. Repressive Interventionen sind Aufgabe der Polizeibehörden. Die Stadt fördert die ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebote freier gemeinnütziger Träger sowie eines städtischen Trägers. Darüber hinaus fördert sie eine suchtmedizinische Schwerpunktpraxis. Zusätzlich bietet Stuttgart spezielle muttersprachliche Beratung für Personen mit Migrationshintergrund an.

¹⁶⁸ Siehe dazu : <http://de.wikipedia.org/wiki/Stuttgart> und www.stuttgart.de.

¹⁶⁹ Siehe dazu: <http://stuttgart.de/item/show/336576>.

16.5.3 Drogenstrategie

Die Arbeit der von der Stadt geförderten Hilfeangebote wird jährlich in einem Dokumentationsbericht zusammengefasst und dem zuständigen Ausschuss des Gemeinderates vorgestellt. Dieser Bericht liefert die Basis der sozialplanerischen Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe in Stuttgart. Eine Drogenstrategie oder ein Drogenaktionsplan existieren nicht.

16.5.4 Drogenbeauftragte

Die Sucht- und Drogenhilfe wird durch die Suchthilfeplanung gesteuert. Die Stelle ist angesiedelt im Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheits- und Sozialplanung, Förderung von Trägern.

16.5.5 Netzwerke auf nationalem Level

Die Stadt Stuttgart ist u. a. Mitglied im European Forum for Urban Security (EFUS). Im Rahmen von drogen- und suchtspezifischen EFUS Projekten bestanden Projektpartnerschaften. Darüber hinaus ist die Suchthilfeplanung Mitglied im nationalen Fachverband FDR.

16.6 Dortmund

16.6.1 Verwaltungsstruktur

Die Organisation der Stadt Dortmund ist in der Gemeindeordnung NRW festgelegt. Der Rat der Stadt Dortmund legt die Richtlinien der Politik fest. Die Exekutive wird durch den Oberbürgermeister und die Dezernenten wahrgenommen. Je nach Problematik wird die Drogenpolitik durch die Dezernate Soziales und Recht wahrgenommen¹⁷⁰. Das Sozialdezernat ist im Städtetag vertreten.

16.6.2 Drogenbezogene Angebote

Angebote, für die die Stadt verantwortlich ist

Die Stadt Dortmund fühlt sich für alle Bereiche der Drogenpolitik zuständig. Der Bereich Prävention wird einerseits durch das Jugendamt wahrgenommen, andererseits durch einen freien Träger der Drogenhilfe. Beratung, Behandlung und Überlebenshilfen sind dem Gesundheitsamt zugeordnet und werden zum Teil durch freie Träger durchgeführt. Der Bereich Repression wird in Zusammenarbeit mit der Polizei durch das Ordnungsamt koordiniert.

¹⁷⁰ Details zur Verwaltungsstruktur können Sie über die Internetseite der Stadt Dortmund (www.dortmund.de) erfahren.

Angebote, die von der Stadt bzw. der Kommune finanziert werden

Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendamt • Präventionsbereich der Drogenberatung Dortmund
Beratung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Drogenberatungsstelle • Sozialpsychiatrischer Dienst – Fachbereich Drogen – • Psychosoziale Betreuung im Rahmen der Methadonambulanz • Psychosoziale Betreuung durch NaDo e.V. • Psychosoziale Betreuung durch PuR e.V.
Niedrigschwellige Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> • DROBS: Kontaktcafé (Café Flash) • AIDS-Hilfe Dortmund • Kontaktcafé (Café Kick) • Drogentherapeutische Ambulanz • Drogenkonsumraum

Einzigartige Angebote

Die Stadt Dortmund hält eine eigene Methadonambulanz vor. Die Behandlung wird zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

16.6.3 Drogenstrategie

Es gibt keinen speziellen Drogenaktionsplan für Dortmund. Vor 20 Jahren wurde der sogenannte Dortmunder Weg entwickelt. Folgende Grundhaltung zieht sich durch alle Beschlüsse: Zur Vermeidung offener Szenen soll einerseits die repressive Seite verstärkt werden, andererseits den Betroffenen jede mögliche Hilfe zukommen. Im Oktober 2012 wird der Suchtbericht der Stadt Dortmund fertiggestellt sein, der die Entwicklung von 2005 bis 2010 abbildet.¹⁷¹

16.6.4 Drogenbeauftragte

Es gibt in Dortmund keinen Drogenbeauftragten. Die Aufgaben einer Drogenbeauftragten werden durch die Psychiatriekoordinatorin und die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernommen.

16.6.5 Netzwerke auf nationalem Level

Vertreter/innen der Stadt Dortmund engagieren sich bei Akzept e.V., Twinningprojekten des LWL, am Projekt des LWL Leonardo da Vinci Life Long Learning. Darüber hinaus ist die

¹⁷¹ Zwischenberichte zu einzelnen Bausteinen der Drogenhilfe sind unter www.gesundheitsamt.dortmund.de einsehbar.

Unterzeichnende durch den Städtetag abgeordnet in den Beirat der Landesstelle Sucht und Mitglied der Kommission „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer.

16.7 Essen

16.7.1 Verwaltungsstrukturen

Verwaltungsstrukturen der Stadt

In der Stadt Essen ist der Rat der Stadt das wichtigste Entscheidungsgremium und oberstes Verwaltungsorgan. Dieser wird alle fünf Jahre von den Bürgern der Stadt gewählt. Vorsitzender des Rates und gleichzeitig Chef der Verwaltung ist der Oberbürgermeister, der jeweils für sechs Jahre von den Bürgern gewählt wird. Der Oberbürgermeister bildet zusammen mit sechs hauptamtlichen Beigeordneten den Verwaltungsvorstand. Dieser ist das Bindeglied zwischen dem Rat und der Verwaltung. Der Verwaltungsvorstand legt u.a. die Grundsätze der Organisation und der Verwaltungsführung fest und wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplanes mit. Die Aufgaben des Verwaltungsvorstandes werden in sieben Geschäftsbereichen wahrgenommen. Den einzelnen Geschäftsbereichen sind die Ämter zugeordnet, welche ihre jeweiligen Dienstleistungen für die Essener Bürger erbringen.¹⁷²

Verbindungen zu übergeordneten Instanzen

Die Stadt Essen ist Mitglied im Städtetag Nordrhein Westfalen, einem Zusammenschluss von 39 Städten mit rund neun Millionen Einwohnern. Der Städtetag nimmt die Interessen seiner Mitglieder auf übergeordneten Ebenen sowie gegenüber anderen Organisationen wahr und ermöglicht einen Erfahrungsaustausch seiner Mitglieder. Weiterhin ist die Stadt Essen Mitglied im Regionalverband Ruhr, einem Zusammenschluss der elf kreisfreien Städte sowie der vier Kreise der Metropole Ruhr mit insgesamt über fünf Millionen Einwohnern. Der Regionalverband Ruhr organisiert und bündelt die Interessen seiner Mitglieder insbesondere in den Themenfeldern Marketing, Wirtschafts- und Tourismusförderung sowie Umwelt und Freizeit. Darüber hinaus ist der Regionalverband Ruhr seit 2009 für die Regionalplanung im Ruhrgebiet zuständig. Da die Entscheidungen der Europäischen Union immer mehr Einfluss auf das Leben in Essen und auf kommunale Regelungen haben, hat die Stadt Essen diesem Umstand Rechnung getragen und ein Europabüro installiert. Das Europabüro ist Bindeglied zu den europäischen Institutionen und stellt den Informationsfluss zwischen der europäischen und der kommunalen Ebene sicher.

16.7.2 Drogenbezogene Angebote

Angebote, für die die Stadt verantwortlich ist

Der Rat der Stadt Essen hat im Jahre 1999 die Leitsätze für die Essener Drogenpolitik beschlossen. Er folgte dabei der Erkenntnis, dass eine suchtfreie Gesellschaft utopisch und

¹⁷² Nähere Informationen zu den verantwortlichen Personen, den einzelnen Strukturen sowie den umfangreichen Dienstleistungen finden Sie im Internet unter <http://essen.de/de/Rathaus/portalrathaus.html>.

die Bewältigung der Drogenproblematik eine Aufgabe der Gesamtgesellschaft ist. Die Essener Drogenpolitik verfolgt daher die Ziele

- Prävention
- Hilfe in Form von Überleben sichern, Stabilisieren und Ausstieg
- Repression

Für die Verwirklichung dieser Ziele ist in Essen ein breites Angebot installiert, welches allen Essener Bürgerinnen und Bürger und Institutionen wie Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Krankenhäuser, Praxen etc. zur Verfügung steht.

Zudem konnte in Essen eine weitreichende Vernetzung und Kooperation aller im System handelnden Akteure erreicht werden, mit der gemeinsamen Zielsetzung, durch Planung, Koordinierung und Steuerung der Maßnahmen aller Beteiligten

- gesundheitliche und soziale Folgen von Drogenmissbrauch und Straßenprostitution abzuschwächen
- Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sowie die Verfügbarkeit und Verbreitung von Drogen einzudämmen und
- die Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Essen durch Drogen und Straßenprostitution erträglich zu halten.

Angebote, die von der Stadt finanziert werden

Die Angebote für illegal Drogenabhängige werden in Essen von einer Vielzahl unterschiedlicher Träger erbracht und von der Stadt Essen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages mitfinanziert. Die Stadt Essen koordiniert diese Angebote und ist verantwortlich für die Installation gemeinsamer Handlungskomplexe.¹⁷³

Einzigartige Angebote

Die Angebote richten sich grundsätzlich an alle Essener Bürgerinnen und Bürger, die selbst an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder als Angehörige betroffen sind. Es werden spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche sowie Angebote, die sich ausschließlich an Mädchen und Frauen richten, vorgehalten. Drogenabhängige die sich für eine Substitutionsbehandlung entscheiden, können sich neben niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch in vier Substitutionsambulanzen behandeln lassen. Darüber hinaus betreibt die Suchthilfe Direkt Essen gGmbH seit mehr als zehn Jahren einen Drogenkonsumraum, in dem Abhängige in geschützter und hygienischer Umgebung konsumieren können. An den Drogenkonsumraum ist ein durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkanntes Projekt zur Hepatitis-Impfung von Drogenabhängigen angebunden.

¹⁷³ Detaillierte Informationen zum Essener Suchthilfesystem und den unterschiedlichen Trägern mit ihren jeweiligen Angeboten finden Sie im Internet unter <http://essen.de/sucht>.

16.7.3 Drogenstrategie

Die Drogenpolitik in der Stadt Essen basiert auf den am 27.01.1999 vom Rat der Stadt Essen beschlossenen "Leitsätzen für die Drogenpolitik in Essen". Diese orientieren sich an der von der Bundesregierung vorgelegten nationalen Strategie und dem Landesprogramm gegen Sucht NRW. Sie wurden erstmalig 1993 beschlossen und dann im Jahr 1999 überarbeitet. Grundlage für die Beschlussfassung war die Analyse der Essener Drogensituation durch eine fraktions- und behördenübergreifende Arbeitsgruppe. Die Leitsätze bilden die Grundlage für die bedarfsgerechten Planungen orientiert an der individuellen Situation in der Stadt Essen und eine kontinuierliche Orientierungshilfe bei der Realisierung passgenauer Angebote für die Essener Bürgerinnen und Bürger. Die Essener Drogenpolitik verfolgt die Ziele „Prävention“, „Hilfe“ und „Repression“. Die dazu bestehenden Hilfsangebote für illegal Drogenabhängige werden in Essen von einer Vielzahl unterschiedlicher Träger erbracht. Das Referat Drogenhilfe koordiniert diese Angebote. Es erfolgt halbjährlich eine Berichterstattung an den Ausschuss für Soziales, Arbeit und Gesundheit.

16.7.4 Drogenbeauftragte

In der Stadt Essen ist beim Amt für Soziales und Wohnen das Referat Drogenhilfe installiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Referat sind für den Bereich der illegalen Drogen Ansprechpartner für alle Bürgerinnen und Bürger, die selbst an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, als Angehörige betroffen sind, bereits substituiert werden oder Fragen zum Essener Hilfesystem im Bereich der illegalen Drogen und Straßenprostitution haben. Darüber hinaus obliegen dem Referat Drogenhilfe die Qualitätssicherung der Essener Drogenhilfeangebote und Substitutionshilfen und die Berichterstattung an die zuständigen politischen Gremien.

16.7.5 Netzwerke auf nationalem Level

Durch die Mitgliedschaft der Stadt Essen im Städtetag Nordrhein Westfalen sowie das installierte Europa-Büro bringt sich die Stadt Essen sowohl auf nationaler, als auch auf internationaler Ebene in den Informations- und Erfahrungsaustausch zu Drogenfragen ein.

16.8 Düsseldorf

16.8.1 Verwaltungsstruktur

Die Landeshauptstadt Düsseldorf ist eine kreisfreie Stadt. Die Bürgerschaft wird durch den Rat und den Oberbürgermeister vertreten. Die Vertretung und Repräsentation des Rates obliegt dem Oberbürgermeister. Der Leitung und Steuerung der Verwaltung dient der Verwaltungsvorstand. Er setzt sich aus dem Oberbürgermeister, dem Stadtdirektor, dem Kämmerer und den Beigeordneten zusammen. Der Verwaltungsvorstand unterstützt den Oberbürgermeister bei der grundsätzlichen Organisation der Verwaltung sowie bei der Planung von bedeutsamen Vorhaben. Sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen

werden im Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt Düsseldorf eingebracht und entschieden.¹⁷⁴

Die Stadt Düsseldorf hat sich vom 14. Juni 2001 bis 15. Dezember 2005 als Mitglied dem europäischen Verband „European Cities Against Drugs“ (ECAD) zur Förderung eines drogenfreien Europa angeschlossen, in dem Strategien zum Drogenmissbrauch entwickelt wurden. Mit Ratsbeschluss vom 15. Dezember 2005 ist die Stadt Düsseldorf bei der ECAD wieder ausgetreten. Mit dem Europäischen Forum für urbane Sicherheit (EFUS) stand das Gesundheitsamt projektbezogen mit dem Projekt „youngwanderersanddrugs“ bis 2010 im Austausch. Derzeit finden keine weiteren Kontakte statt.

16.8.2 Drogenbezogene Angebote

Im Bereich der Suchthilfe (auch drogenbezogene Versorgung) ist die Stadt Düsseldorf (zum großen Teil im Rahmen der Subsidiarität durch kommunale Förderung) verantwortlich für die Prävention, Beratung und Behandlung sowie Überlebenshilfen. Im Bereich der Repression ist die Stadt ordnungsbehördlich (durch den Ordnungs- und Servicedienst) im öffentlichen Raum (z.B. Straßensatzung) tätig. Darüber hinaus ist die ‚Polizei in Düsseldorf‘ repressiv tätig.

Im Bereich der drogenbezogenen Versorgung ist die Stadt Düsseldorf selbst Träger von drogenbezogenen Angeboten. Im Rahmen der Subsidiarität (durch Finanzierung der Stadt Düsseldorf) werden auch unterschiedliche Hilfen durch freie Träger (in der Regel durch die Wohlfahrtsverbände) erbracht. Im Einzelnen sind das wie folgt:

Angebote in städtischer Trägerschaft (in Refinanzierung unterschiedlicher Kostenträger):

- Methadon- und Drogenambulanz der Stadt Düsseldorf
Angebot der medizinischen Beratung und Behandlung sowie Psychosozialen Betreuung für Substituierte
- Tagesklinik (Ganztägig Ambulante Therapie für Abhängige von illegalen Drogen)
- Wohngruppe für substituierte Frauen / Ambulantes Betreutes Wohnen

Angebote in freier Trägerschaft/im Rahmen der Subsidiarität:

- Psychosoziale Betreuung für an Aids erkrankte Drogenkonsument/-innen
- Psychosoziale Betreuung für Substituierte
- Kontakt- und Beratungsstelle für Frauen (ab 27 Jahre), die Drogen konsumieren, wohnungslos sind und/oder der Prostitution nachgehen
- Notschlafstelle für Mädchen und junge Erwachsene bis 27 Jahre (Grundversorgung)

¹⁷⁴ Weitere Informationen zur Verwaltungsführung/-struktur finden Sie auf der Internetseite unter www.duesseldorf.de.

- Suchtberatungsstelle für Frauen (auch Psychosoziale Betreuung für Substituierte)
- Drogenberatungsstelle: Beratung und Vermittlung in weiterführende Hilfen für Drogenabhängige, Akzeptanzorientierte Beratung
- Orientierungs- und Ausstiegshilfen für Drogenabhängige
- Drogenberatungsstelle: Beratung, Behandlung und Suchtvorbeugung für gefährdete Jugendliche und Erwachsene
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekt für Substituierte zur beruflichen und sozialen Integration
- Mobile Hilfen für Drogenabhängige / schadensminimierendes und zugehendes mobiles Angebot (Bus)
- Streetwork/aufsuchende Hilfen für Drogenkonsumierende auf der Straße, Streetwork in der Stricherszene
- Aufsuchende Pflege von wohnungslosen auch suchtmittelkonsumierende/-abhängige Menschen auf der Straße
- Psychosoziale Betreuung für konsumierende Menschen auf der Straße
- Kontaktladen (Aufenthalt, Begegnung, Beratung und Grundversorgung/Überlebenshilfen) für Drogenkonsumenten/-innen
- Notschlafstelle für obdachlose Drogenabhängige
- Drogenkonsumraum mit Möglichkeit zur Hepatitisimpfung
- Drogentherapeutische Ambulanz

Einzigartige Angebote:

- Akzeptanzorientierte Drogenberatung für Migrantinnen und Migranten/interkulturelles Angebot
- Beratungsangebot für russischsprachige Drogenkonsument/innen
- Notschlafstellen für Drogenabhängige
- Kontakt- und Beratungsstelle für Frauen (ab 27 Jahre), die Drogenkonsumieren, wohnungslos sind und/oder der Prostitution nachgehen
- Notschlafstelle für Mädchen und junge Erwachsene bis 27 Jahre (Grundversorgung)
- Streetwork in der Stricherszene

16.8.3 Drogenstrategie

Die Stadt orientierte sich an den im Land NRW entwickelten Zielen des „Landesprogramms gegen Sucht“, das auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen und Repression) mit den damit verbundenen Initiativen und Maßnahmen beruhte, wobei die rechtlichen

Zuständigkeiten für Prävention, Hilfen und Repression in keinem Gesetz zusammengefasst sind. Vielmehr sind in einer Vielzahl von Gesetzen, Vereinbarungen und Richtlinien die Zuständigkeiten mit unterschiedlichen Kompetenzen und Sichtweisen festgelegt, wobei wie oben erwähnt, für die Ausgestaltung verschiedener Angebote die Gebietskörperschaft selbst zuständig ist, die sich auch in der Suchtberichterstattung widerspiegelt.

Analog zur differenzierten Angebots- und Versorgungsstruktur im Bereich Sucht innerhalb der Landeshauptstadt Düsseldorf erfolgt die Suchtberichterstattung aufgeschlüsselt nach legalen und illegalen Drogen. In diesem Zusammenhang wird auf den letzten durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt Düsseldorf am 13.05.2003 beauftragten Bericht zum Thema „Illegale Drogen – Aktuelle Situation und Entwicklung“ verwiesen.¹⁷⁵ Seitdem haben sich die Zahlen der Konsumenten, das Konsumverhalten und die Angebote der Suchthilfe verändert. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales hat daher im Januar 2012 die Erstellung eines neuen kommunalen Handlungskonzeptes für den Bereich Suchtprävention und Suchthilfe beauftragt. Vor diesem Hintergrund wird eine Weiterentwicklung der Suchthilfeplanung in Zusammenarbeit mit Politik, Verwaltung und den Wohlfahrtsverbänden umgesetzt. Da dieser Prozess auch mit umfangreichen Datenerhebungsprozessen verbunden ist, ist mit der Fertigstellung des Berichts voraussichtlich 2014/2015 zu rechnen.

16.8.4 Drogenbeauftragte

Die Suchtkoordinatorin der Landeshauptstadt Düsseldorf nimmt als Teil der unteren Gesundheitsbehörde die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (ÖGDG.NRW) wahr. Dies trifft auf den Bereich der Versorgung von suchtkranken und gefährdeten Menschen sowie deren Angehörige zu, wobei in der Aufgabenwahrnehmung nicht nach legalen oder illegalen Suchtstoffen unterschieden wird. Die Suchtprävention nimmt ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Die Suchtkoordination arbeitet eng mit Institutionen, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Kliniken, Selbsthilfegruppen und Verbänden in verschiedenen Fachgremien bzw. Netzwerken zusammen. Die Versorgung der Betroffenen steht dabei im Mittelpunkt, wobei eine stetige Verbesserung der Koordination, Kooperation und Weiterentwicklung der Angebote, die mit der Suchthilfe in Verbindung stehen, angestrebt wird. Darüber hinaus ist die Suchtkoordination in verschiedenen Zusammenhängen in Kooperation und Austausch mit anderen Behörden (z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Ordnungsamt, Jugendamt, Sozialamt), Spitzenverbänden (z.B. Städtetag) und Gebietskörperschaften (z.B. im Rahmen der AG der Rheinischen Psychiatrie- und Suchtkoordinationen) und dem Land NRW.

¹⁷⁵ Der Bericht findet sich auf der Internetseite der Stadt Düsseldorf (www.duesseldorf.de) unter dem Stichwort Suchtkoordination.

16.8.5 Netzwerk auf nationalem Level

Unter dem Dach der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz arbeitet die Arbeitsgruppe Sucht und Drogen. Sie ist ein Zusammenschluss von Vertreterinnen und Vertretern der Verbände, Behörden, Einrichtungen wie zum Beispiel Beratungsstellen und Kliniken sowie ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern der Sucht- und Drogenhilfe in Düsseldorf. Grundlage für die Arbeit ist die Koordination und Weiterentwicklung der Angebote für Gefährdete, Abhängige und deren Angehörige sowie die Verbesserung der Versorgungslage der Betroffenen. Als fachpolitisches und aufgabenbezogenes Gremium der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz erfüllt die Arbeitsgruppe Sucht und Drogen zum Beispiel folgende Aufgaben:

- Verbesserung der fachlichen Zusammenarbeit im Sinne der Vernetzung und Kooperation
- Unterstützung bei der fach- und trägerübergreifenden Ermittlung von Versorgungsbedarfen und Erarbeitung von Vorschlägen zu deren Behebung sowie Einbringung in die Gesundheitskonferenz
- Unterstützung bei der fachpolitischen Berichterstattung der Gesundheitskonferenz
- Regelmäßiger fachlicher Austausch und Entwicklung von Projekten
- Formulierung von Empfehlungen an die Gesundheitskonferenz zur Bearbeitung von Themen und dem Einsatz spezieller Projektgruppen
- Organisation und Durchführung von Fach- und Aktionstagen

Wesentliche Entscheidungen werden aus der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen in der Gesundheitskonferenz fachlich diskutiert und wenn nötig zur Entscheidung in den Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt eingebracht. Darüber hinaus arbeitet die Suchtkoordination im Rahmen der Ordnungspartnerschaft mit Ordnungsbehörden, Staatsanwaltschaft und Polizei zur Verhinderung von Straftaten z.B. im Rahmen der Verordnung zum Betrieb von Drogenkonsumräumen NRW zusammen und ist in weiteren Netzwerken des Kriminalpräventiven Rates (Fachgruppe Sucht und Drogen, Straffälligenhilfe und Justiz) vertreten.

Weitere Gremien sind die Planungsgruppe Suchtprävention, in der mit Suchtpräventionsfachstellen der Suchthilfe, Jugendamt, Ordnungsamt und Polizei Aktionen und Maßnahmen abgestimmt werden. Darüber hinaus besteht ein Arbeitskreis Substitution, der sich mit den Fragen der Substitution, Weiterentwicklung von Hilfen usw. beschäftigt.¹⁷⁶

16.9 Bremen

16.9.1 Verwaltungsstruktur

Die Volksvertretung des Landes Bremen ist die Bremer Bürgerschaft, welche von den Bürgern auf vier Jahre gewählt wird. Die Wahl erfolgt in zwei getrennten Wahlbereichen,

¹⁷⁶ Weitere Hinweise finden sich auf der Internetseite www.duesseldorf.de/Gesundheitsamt.

Bremen und Bremerhaven. Die im Wahlbereich Bremen gewählten Abgeordneten bilden gleichzeitig die kommunale Volksvertretung der Stadtgemeinde Bremen, die Stadtbürgerschaft, während die Stadtgemeinde Bremerhaven eine separate kommunale Volksvertretung, die Stadtverordnetenversammlung, wählt.¹⁷⁷

An der Spitze der Stadt und Landesverwaltung steht die Bremer Landesregierung, der Senat. Präsident des Senats ist der Bürgermeister. Auch der Stellvertreter des Präsidenten des Senats wird als Bürgermeister bezeichnet. Dem Bremer Senat als Landesregierung gehören gegenwärtig sieben Mitglieder an. Die Mitglieder des Senats (Senatoren) sind sowohl den Ministern der Flächenländer wie auch den Dezernenten anderer Großstädte vergleichbar. Sie leiten für das Land ihre Landesbehörden und für die Stadt Bremen die ihrem Fachbereich zugehörigen kommunalen Behörden. Der Bremer Senat besteht aus acht Ressorts. Die Abteilung „Gesundheitsplanung, Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe“¹⁷⁸ fällt in den Aufgabenbereich der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.-

16.9.2 Drogenbezogene Angebote

Grundsätzlich unterscheidet sich das Bremer Hilfesystem für Drogenabhängige nicht wesentlich von anderen deutschen Städten vergleichbarer Größe. Fachpolitisch ist Bremen für Prävention, Beratung und Behandlung, Überlebenshilfen und Repression zuständig. Einschränkungen gelten naturgemäß durch übergeordnete Gesetze, insbesondere gilt dies für den Bereich der repressiven Maßnahmen, und das deutsche Sozialleistungsrecht, das den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen umfassende eigene Versorgungszuständigkeiten zuweist.

Schwerpunkte der kommunal finanzierten Angebote sind die Drogenberatungsstellen, niedrigschwellige Angebote/ Überlebungshilfen, Eingliederungshilfemaßnahmen (§ 53 SGB XII) für Drogenkonsumenten sowie suchtpreventive Maßnahmen.¹⁷⁹ Die Finanzierung der Bereiche Krankenbehandlung (inkl. Substitution) und Rehabilitation liegen in der Zuständigkeit der Krankenkassen bzw. Rentenversicherungen.¹⁸⁰

16.9.3 Drogenstrategie

Die Bremer ‚Drogenpolitik‘ orientiert sich am 3- bzw. 4-Säulenmodell der nationalen Drogenpolitik. Spezielle aktuelle Aktionspläne gibt es nicht.

¹⁷⁷ Alle Besonderheiten der Bremer Verwaltungsstruktur finden Sie auf den Seiten <http://bremen.de/4760128>.

¹⁷⁸ Weitere Informationen finden Sie hier:
<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen229.c.16503.de>.

¹⁷⁹ Detailinformationen zum Hilfesystem erhalten Sie unter www.gesundheitsamt.bremen.de.

¹⁸⁰ Eigene Studien des Gesundheitsamtes zur Drogenproblematik in Bremen finden Sie auf www.gesundheitsamt.bremen.de unter dem Stichwort ‚Gesundheitsberichterstattung. Den ersten Stadt Gesundheitsbericht Bremen 2010 finden Sie unter http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_nb_GBE_Stadtgesundheitsbericht%202010.pdf.

16.9.4 Drogenbeauftragte

Die kommunale Zuständigkeit für Drogen- und Suchtfragen liegt bei der ‚Steuerungsstelle Drogenhilfe‘ des Bremer Gesundheitsamtes. Da in Stadtstaaten wie Bremen die Zuständigkeiten zwischen Kommune und Land nicht immer exakt getrennt werden können, erfolgen alle Maßnahmen in enger Abstimmung mit dem Suchtkoordinator des Landes Bremen (frühere Bezeichnung: Landesdrogenbeauftragter).

16.10 Leipzig

16.10.1 Verwaltungsstruktur

Der Oberbürgermeister von Leipzig steht den sieben Dezernaten vor, die jeweils von einem Bürgermeister geleitet werden.¹⁸¹ Das Gesundheitsamt fällt in den Aufgabenbereich von Dezernat V (Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule).¹⁸²

Der Drogenbeirat ist zuständig für alle fachlichen koordinativen Aufgaben und Aktivitäten auf dem Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen. Er wurde als Arbeitskreis 1990 gegründet und mit Beschluss 1657/99 durch die Stadtverordnetenversammlung berufen. Im Jahr 1999 erfolgte mit Stadtratsbeschluss eine Neukonstituierung. Der Vorsitzende des Drogenbeirates ist der Bürgermeister für Soziales und Gesundheit. Die Suchtbeauftragte ist seine ständige Vertreterin. Die Stadtratsfraktionen sind im Drogenbeirat vertreten. Der Drogenbeirat erfüllt im Sinne der "Drogenpolitischen Leitlinien" eine Doppelaufgabe. Neben der ambulanten und komplementären Helferseite arbeiten im Beirat Vertreter/ -innen der Ämter, der Polizeidirektion, der Selbsthilfe und wissenschaftlicher Institutionen zusammen. Als interdisziplinäres Gremium hat er über die Koordination des Hilfesystems hinaus auch Empfehlungen zu drogenpolitischen Maßnahmen auf kommunaler Ebene zu erarbeiten und zu kontrollieren. Der Drogenbeirat sichert einen konzeptionellen Vorlauf und informiert über die aktuelle Entwicklung der Suchtproblematik.¹⁸³

Betreffend regionale Netzwerkwerke ist Leipzig Mitglied in verschiedenen Ausschüssen der Sächsischen Landesstelle gegen Suchtgefahren e. V. und nimmt an den Quartalstreffen der Suchtbeauftragten der Sächsischen Großstädte teil. In nationalen und internationalen Netzwerkwerken pflegt Leipzig themenbezogenen Arbeitskontakte.

16.10.2 Drogenbezogene Angebote

Die Stadt Leipzig ist verantwortlich für Angebote im Bereich Prävention, Beratung und Behandlung (hier ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen) und niederschwellige Hilfen (Kontaktbereiche, Spritzentausch, Notschlafstellen, Streetwork). Alle Angebote, für die

¹⁸¹ Weitere Informationen zur Stadtverwaltung finden Sie unter <http://www.leipzig.de/de/buerger/service/wegweiser/ueberblick/ob/>.

¹⁸² Weitere Informationen zum Gesundheitsamt (Drogenreferat/Suchtprävention (Stabsstelle) finden Sie hier: http://www.leipzig.de/de/buerger/service/wegweiser/bww/aemter/index.asp?url=http://notes.leipzig.de/Leipzig/de/REDwegweiser_cms.nsf/pcwdocid/5F2FB4DB05DC5405C1256CC400498656?OpenDocument.

¹⁸³ Weitere Informationen zum Drogenbeirat finden Sie hier: <http://www.leipzig.de/de/buerger/politik/beiraete/drogen/>.

die Stadt verantwortlich ist, werden auch von der Stadt finanziert. Im Rahmen der Subsidiarität werden auch unterschiedliche Hilfen durch freie Träger erbracht. Bei der Finanzierung der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen erhalten die Kommunen zusätzlich Zuschüsse des Landes. Darüber hinaus hat die Stadt Leipzig sich am Bundesmodellprojekt transVer¹⁸⁴ beteiligt. Das Projekt läuft im Mai 2012 aus. Die Stadt und die Träger sind bemüht, das Angebot perspektivisch fortzuführen.

Angebote im Einzelnen:

- Sieben Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, davon zwei ausschließlich für drogenabhängige Menschen und drei mit integrativen Angeboten für drogenabhängige und alkoholranke Menschen (auch Psychosoziale Betreuung für Substituierte, Beratung und Vermittlung in weiterführende Hilfen für Drogenabhängige)
- Psychosoziale Betreuung für Substituierte
- Kontakt- und Beratungsstelle
- Notschlafstelle und Motivationswohnen für drogenabhängige wohnungslose Menschen
- Information, Beratung/Therapie und Vermittlung in weiterführende Angebote für suchtgefährdete und -abhängige Jugendliche, Erwachsene und Angehörige
- psychosoziale Betreuung im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung
- Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender suchttherapeutischer, sozialer und medizinischer Hilfen
- Aufsuchende Arbeit (Bus Mobile Alternative) und Streetwork
- Minderung gesundheitlicher Risiken und Folgen des Drogenkonsums
- Grundversorgung (Essen, Trinken, Hygiene, Tages- und Nachtruhebetten)
- Krisenintervention
- Sprizentausch
- Projekt "Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums" (KISS) (<http://www.kiss-heidelberg.de/>)

16.10.3 Drogenstrategie

Die Stadt Leipzig hat im Jahr 1999 Drogenpolitische Leitlinien verabschiedet (Beschluss des Stadtrates 1441/99). Diese werden derzeit überarbeitet. Die Drogenpolitik der Stadt Leipzig basiert auf der von der Bundesregierung verabschiedeten Nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik. Sie verfolgt einen integrativen Ansatz der Suchtpolitik, die legale und illegale Suchtstoffe gemeinsam einschließt. Sie ist an den suchtübergreifenden Problemlagen und individuellen Ressourcen der Betroffenen ausgerichtet. Randgruppen sollen durch soziale Maßnahmen integriert und damit deren Ausgrenzungen verhindert

¹⁸⁴ Die Projektbeschreibung finden Sie unter <http://www.transver-sucht.de/>.

werden. Ein wesentliches Element dabei ist die Integration der Beratung und Betreuung suchtkranker Menschen in bestehende soziale und medizinische Netzwerke.

16.10.4 Drogenbeauftragte

Strukturell ist die Aufgabe der Suchtbeauftragten von Leipzig dem Gesundheitsamt im Dezernat für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule zugeordnet. In der Stabsstelle gibt es den Bereich Suchtbeauftragte, in welchem die Suchtbeauftragte gemeinsam mit einer Koordinatorin für Suchtprävention und einer Psychologin arbeitet.¹⁸⁵

16.10.5 Netzwerke auf nationalem Level

Hinsichtlich der Drogenproblematik gibt es Kontakte zu anderen Städten. In Sachsen treffen sich die Suchtbeauftragten der sächsischen Großstädte zu Quartalstreffen gemeinsam mit der Referentin für Suchtfragen beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Die Stadt Leipzig hat sich am EU Projekt Democracy, Cities & Drugs II (2008 bis 2011)¹⁸⁶ beteiligt und war hier aktiv in der Plattform Treatment Challenge vertreten. Kontakte, die sich daraus entwickelt haben, werden für Einzelthemen weiter genutzt. Darüber hinaus sind einzelne Träger der Suchtkrankenhilfe in Dachverbänden vernetzt.

16.11 Dresden

16.11.1 Verwaltungsstrukturen

Die Oberbürgermeisterin von Dresden ist Vorsitzende des Stadtrates und Leiterin der Stadtverwaltung. Sie hat den Vorsitz der beschließenden Gremien, d.h. des Stadtrates und seiner beschließenden Ausschüsse. Sie leitet die Stadtverwaltung und ist für die innere Organisation und die laufenden Verwaltungsgeschäfte verantwortlich. Die Oberbürgermeisterin vollzieht die Beschlüsse des Stadtrates und seiner Gremien. Eine Wahlperiode beträgt sieben Jahre.

Der Dresdner Stadtrat ist die gewählte Vertretung der Dresdner Bürgerinnen und Bürger. Vorsitzender des Stadtrates ist nach der sächsischen Gemeindeordnung der Oberbürgermeister. Der Stadtrat legt die Grundsätze für die Verwaltung der Landeshauptstadt Dresden fest und entscheidet über alle Angelegenheiten der Landeshauptstadt Dresden, soweit nicht der Oberbürgermeister Kraft Gesetz zuständig ist oder ihm der Stadtrat bestimmte Angelegenheiten übertragen hat.

Die Dresdener Stadtverwaltung gliedert sich in sieben Geschäftsbereiche. Diese werden jeweils von einem Bürgermeister geleitet. Unter den Geschäftsbereich ‚Soziales‘ fällt für den Beigeordneten u.a. die Verantwortlichkeit für das Gesundheitsamt, das sich u.a. mit den Anliegen der Suchtberatungsstellen beschäftigt.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Siehe hierzu auch : <http://www.leipzig.de/de/buerger/service/dienste/gesundheitsucht/index.shtml> und <http://www.leipzig.de/de/buerger/service/dienste/gesundheitsucht/Drogenreferat-04651.shtml>.

¹⁸⁶ Siehe hierzu: <http://www.democitydrug.org/>

¹⁸⁷ Weitere Informationen zur Stadtverwaltung von Dresden finden sie auf <http://www.dresden.de/de/stadt.php>.

16.11.2 Drogenbezogene Angebote

Angebote, für die die Stadt verantwortlich ist

Verantwortlich ist die Stadt Dresden für die Bereiche Prävention, Beratung sowie Überlebenshilfe. In den zurückliegenden Jahren hat sich in Dresden ein eigenständiges und differenziertes Suchthilfesystem entwickelt. Einen großen Stellenwert nehmen hierbei die ambulanten Suchtberatungs- und –behandlungsstellen (SBB) ein. Sie sind für eine Vielzahl von Menschen erste Anlaufpunkte in der Auseinandersetzung mit und der Bewältigung von Suchtproblemen. Die Angebote der SBB zur Beratung sind niederschwellig, im Sinne eines bedingungsfreien (kostenlosen, nicht antragsbewehrten, verkehrsgünstig erreichbaren und anonymen) Leistungsangebots. Zu den Aufgaben der SBB zählen neben Aktivitäten auf präventivem Gebiet insbesondere:

- Kontaktaufnahme, Hilfen zum selbstständigen Leben (niedrigschwellige Angebote für gezielte Motivationsarbeit, aufsuchende Sozialarbeit)
- Hilfen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bzw. beim Erhalt des Arbeitsplatzes
- Einrichtung von Treff- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Krisenintervention
- Arbeit mit den Angehörigen von Suchtkranken
- Einbeziehung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten sowie Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- Rückfallprophylaxe
- Vorbereitung und Vermittlung von Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Präventionsarbeit (Veranstaltungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit)
- Öffentlichkeitsarbeit für Betroffene, Angehörige, und Multiplikatoren.

Die SBB erfüllen mit diesem Spektrum einen wichtigen gesundheitlichen Auftrag der Daseinsvor- und -fürsorge. In Dresden stehen hierfür sechs anerkannte SBB zur Verfügung.

Angebote, die von der Stadt finanziert werden

Die Landeshauptstadt Dresden finanziert die kommunale Jugend- und Drogenberatungsstelle des Gesundheitsamtes Dresdens im Rahmen von Sach- und Personalkosten. Außerdem erfolgt eine Bezuschussung durch das Land Sachsen. Die SBB der freien Träger werden durch die Stadt Dresden (Gesundheitsamt, Sozialamt) gefördert. Entsprechend der Richtlinie Psychiatrie/Sucht¹⁸⁸ erhält die Landeshauptstadt Dresden

¹⁸⁸ Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Förderung sozialpsychiatrischer Hilfen, der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe (Richtlinie Psychiatrie und Suchthilfe - RL-PsySu) v. 08.06.2006.

zudem Zuschüsse vom Freistaat Sachsen. Der Restbetrag wird aus Eigen-/Drittmitteln der freien Träger erbracht.

Einzigartige Angebote

In der Stadt Dresden gibt es mit der Jugend- und Drogenberatungsstelle ein kinder- und jugendspezifisches Angebot mit dem speziellen Schwerpunkt illegale Drogen. Aus diesem Tätigkeitsschwerpunkt ergeben sich inhaltlich drei Arbeitsbereiche:

- Entwicklung und Umsetzung von Suchtpräventionskonzepten
- Beratung und Betreuung der von Abhängigkeit bedrohten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie deren Umfeld (z.B. Eltern, Familie, Partner, Multiplikatoren)
- Fachberatung und Netzwerkarbeit mit angrenzenden Systemen der Jugendhilfe, Gesundheits- und Sozialhilfe sowie der Justiz zur Entwicklung und Koordination der Hilfen für suchtmittelkonsumierende Kinder und Jugendliche in Dresden.

16.11.3 Drogenstrategie

In der Stadt Dresden gibt es eine Kooperationsvereinbarung zur Koordinierung und Qualitätssicherung der Hilfen für Dresdner Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Drogenproblemen (Kooperationsvereinbarung Drogenhilfe Dresden). Diese Vereinbarung dient als verbindlicher Handlungsrahmen für die Zusammenarbeit in der Betreuung von Dresdner Konsumenten illegaler Drogen mit Hilfebedarf im medizinischen, drogentherapeutischen und/oder im Bereich der Jugendhilfe sowie von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld. Die Kooperationspartner erkennen verbindliche Qualitätsstandards an. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind entsprechend den Kooperationspartnern festgelegt und im Kooperationsvertrag nachzulesen.

16.11.4 Drogenbeauftragte

An das Gesundheitsamt angegliedert ist die städtische Suchtbeauftragte der Landeshauptstadt Dresden. Ihre Aufgabe besteht in der Koordination von Suchtpräventions- und Suchtkrankenhilfe-Angeboten in Dresden. Sie informiert über diesbezügliche Konzepte der Stadt, organisiert die ämter- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit und vernetzt die einzelnen Träger von Angeboten über verschiedene Arbeitskreise. Zudem ist die Suchtbeauftragte ständiges Mitglied der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

Zu den durch die Suchtbeauftragte geleiteten Arbeitskreisen gehört der Arbeitskreis „Suchtprävention Dresden“, der Arbeitskreis „Illegale Drogen Dresden“ sowie die regelmäßig stattfindenden Sitzungen mit den Leitern der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen.

16.12 Rostock

16.12.1 Verwaltungsstruktur

Die Verwaltung der Hansestadt Rostock ist nach Aufgaben in den Bereich des Oberbürgermeisters und drei Senatsbereiche gegliedert. Das Gesundheitsamt fällt in den

Senatsbereich 3 „Jugend und Soziales, Gesundheit, Schule und Sport, Kultur“. Politische Fragen werden in der Hansestadt Rostock in mehreren Gremien diskutiert und abgestimmt. Das oberste politische Gremium stellt die Bürgerschaft dar, bestehend aus 53 Bürgerinnen und Bürgern, die am 7. Juni 2009 gewählt wurden.¹⁸⁹

Eine regionale Vernetzung der Stadt findet statt über die Mitgliedschaft der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin in verschiedenen Gremien des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern. Darüber hinaus beteiligt sich Rostock bei der EBIS-Datenerfassung für die Deutsche Suchthilfestatistik. Außerdem bestehen Verbindungen der Stadt Rostock zur Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST M-V).

16.12.2 Drogenbezogene Angebote

Angebote, für die die Stadt verantwortlich ist

Die Stadt Rostock ist für Angebote verantwortlich im Bereich Prävention, Finanzierung von Beratung und Behandlung sowie Überlebenshilfen in Form von niedrigschwelliger Angeboten. Die drei Suchtberatungs- und Behandlungsstellen werden zu 80% kommunal finanziert. Zwei dieser Beratungsstellen setzen den Behandlungsschwerpunkt u.a. bei Drogenkonsum.

Angebote, die von Rostock finanziert werden

- Kontaktladen & Streetwork
- Fachdienst Suchtkrankenhilfe Caritas Mecklenburg e.V.

Der Kreisverband Rostock bietet darüber hinaus folgende Angebote:

- Waschen und duschen
- Reden und abspannen
- Allgemeine Informationen zu Drogen
- Kontakte finden, Beratung und Hilfe
- Essen, Spritzentausch
- Vermittlung in andere Hilfeeinrichtungen
- Angebote für drogengefährdete oder abhängige Kinder und Jugendliche

Einzigartige Angebote

- CANStop¹⁹⁰

¹⁸⁹ Weiterführende Informationen finden Sie unter <http://rathaus.rostock.de>.

¹⁹⁰ Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.canstop.med.uni-rostock.de/>.

- Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und PT im Kindes- und Jugendalter der Universität mit spezieller Drogensprechstunde
- Schwerpunktpraxis Sucht mit Substitutionszulassung in Verbindung mit Fachdienst Suchtkrankenhilfe
- Caritas Mecklenburg e.V. Kreisverband Rostock

16.12.3 Drogenstrategie

Die Stadt Rostock hat keine eigene Drogenstrategie.

16.12.4 Drogenbeauftragte

In Rostock ist die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin (Stabsstelle) organisatorisch an das Gesundheitsamt angebunden.

16.12.5 Netzwerk auf nationalem Level

Die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin engagiert sich in der Arbeitsgruppe Sucht am Gesundheitsamt und im kommunalen Präventionsrat der Hansestadt.