



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob & Daniela Stumpf  
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von  
Alicia Casati, IFT Institut für Therapieforschung

## **Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD**

### **Neue Entwicklungen und Trends**

#### **DEUTSCHLAND**

**Drogensituation 2013/2014**

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

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

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)      Parzivalstr. 25  
Lisa Jakob      D - 80804 München  
Daniela Stumpf      Tel.: +49 (0) 89 - 360804-40  
Alicia Casati      Fax: +49 (0) 89 - 360804-49  
E-Mail: pfeiffer-gerschel@ift.de

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

*Verantwortlich für Kapitel 3*

Axel Budde  
Michaela Goecke

Ostmerheimer Str. 220  
D - 51109 Köln  
Tel.: +49 (0) 221 - 8992-529  
Fax: +49 (0) 221 - 8992-300  
E-Mail: axel.budde@bzga.de

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

*Verantwortlich für Kapitel 5*

Christina Rummel  
Gabriele Bartsch

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)  
Nationale Expertin: Dr. Daniela Piontek, IFT München
- Schlüsselindikator Prävalenzschätzung zum riskanten 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)  
Nationale Expertin: Dr. Barbara Braun, 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:

Michael Hoffmann, BKA Wiesbaden (Kapitel 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 ..... 3

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen ..... 5

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich ..... 5

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen ..... 6

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination ..... 11

1.3.1 Nationale Strategie ..... 11

1.3.2 Implementierung und Evaluation der nationalen Strategie..... 12

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 ..... 20

1.4.3 Soziale Kosten ..... 21

**2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG UND SPEZIFISCHEN UNTERGRUPPEN ..... 23**

2.1 Überblick..... 23

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung ..... 27

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen ..... 27

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich ..... 29

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 2.3      | Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen .....                                     | 33        |
| 2.3.1    | Konsum legaler psychotroper Substanzen.....   | 33        |
| 2.3.2    | Konsum illegaler Drogen .....   | 35        |
| 2.4      | Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....   | 46        |
| 2.5      | Weitere Forschungsergebnisse und Befunde.....   | 48        |
| <b>3</b> | <b>PRÄVENTION .....</b>   | <b>57</b> |
| 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 .....                                     | 65        |
| 3.2      | Universelle Prävention .....  | 68        |
| 3.2.1    | Schule.....   | 68        |
| 3.2.2    | Familie .....   | 70        |
| 3.2.3    | Kommunale Prävention .....  | 71        |
| 3.2.4    | Freizeit und Sportvereine.....  | 72        |
| 3.3      | Selektive Prävention .....  | 72        |
| 3.3.1    | Risikogruppen.....  | 74        |
| 3.3.2    | Risikofamilien.....   | 75        |
| 3.3.3    | Selektive Prävention im Freizeitbereich .....   | 77        |
| 3.4      | Indizierte Prävention .....   | 78        |
| 3.4.1    | Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten.....                                   | 78        |
| 3.4.2    | Kinder mit ADHS.....  | 78        |
| 3.4.3    | Früherkennung und Frühintervention .....  | 79        |
| 3.4.4    | Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen.....   | 80        |
| <b>4</b> | <b>RISKANTER DROGENKONSUM.....</b>  | <b>83</b> |
| 4.1      | Überblick.....  | 83        |
| 4.2      | Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von riskantem Drogenkonsum.....                          | 85        |
| 4.2.1    | EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen).....   | 85        |
| 4.2.2    | Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum.....                                  | 88        |
| 4.3      | Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf<br>Behandlungsdaten beruhen ..... | 88        |
| 4.4      | Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer riskanter Gebrauch von Drogen.....         | 89        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 4.4.1    | Gebrauchsformen außerhalb der HRDU-Definition der EMCDDA.....   | 89         |
| 4.4.2    | Prävalenzschätzungen bei intensiven, häufigen, langzeitlichen und anderen<br>problematischen Konsumformen außerhalb der HRDU-Definition ..... | 90         |
| 4.4.3    | Missbrauch von Medikamenten .....   | 91         |
| <b>5</b> | <b>DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG: BEHANDLUNGSNACHFRAGE UND<br/>BEHANDLUNGSVERFÜGBARKEIT.....</b>  | <b>95</b>  |
| 5.1      | Überblick.....  | 95         |
| 5.2      | Strategie, Politik .....  | 97         |
| 5.3      | Behandlungssystem.....  | 100        |
| 5.3.1    | Organisation und Qualitätssicherung .....   | 100        |
| 5.3.2    | Verfügbarkeit und Behandlungsformen.....  | 104        |
| 5.4      | Charakteristika der behandelten Personen .....  | 105        |
| 5.4.1    | Ambulante Behandlung .....  | 105        |
| 5.4.2    | Stationäre Behandlung .....   | 111        |
| 5.5      | Behandlungstrends .....   | 115        |
| 5.5.1    | Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich .....   | 115        |
| 5.5.2    | Substitutionsbehandlung .....   | 119        |
| 5.5.3    | Andere aktuelle Entwicklungen .....   | 123        |
| <b>6</b> | <b>GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN .....</b>  | <b>127</b> |
| 6.1      | Überblick.....  | 127        |
| 6.1.1    | Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....  | 127        |
| 6.1.2    | Drogenbezogene Todesfälle .....   | 128        |
| 6.2      | Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....  | 130        |
| 6.2.1    | HIV/AIDS und virale Hepatitiden B und C .....   | 130        |
| 6.2.2    | Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektions-krankheiten .....   | 138        |
| 6.2.3    | Daten zu Risikoverhaltensweisen.....  | 138        |
| 6.3      | Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ...  | 138        |
| 6.3.1    | Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle.....   | 138        |
| 6.3.2    | Andere interessante Themen .....  | 140        |
| 6.4      | Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten.....  | 141        |
| 6.4.1    | Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen) .....  | 141        |
| 6.4.2    | Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)  | 147        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 6.4.3    | Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen.....                       | 148        |
| <b>7</b> | <b>UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS ....</b>                                      | <b>149</b> |
| 7.1      | Überblick.....  | 149        |
| 7.2      | Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von .....<br>drogenbezogenen Todesfällen.....    | 149        |
| 7.3      | Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....                                | 150        |
| 7.4      | Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter .....<br>Drogenkonsumenten.....           | 155        |
| <b>8</b> | <b>SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND SOZIALE<br/>WIEDEREINGLIEDERUNG .....</b>                           | <b>157</b> |
| 8.1      | Überblick.....  | 157        |
| 8.2      | Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum .....  | 158        |
| 8.2.1    | Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten .....   | 158        |
| 8.2.2    | Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen .....  | 161        |
| 8.3      | Soziale Reintegration .....   | 164        |
| 8.3.1    | Bildung, berufliche Ausbildung .....  | 165        |
| 8.3.2    | Beschäftigung .....   | 165        |
| <b>9</b> | <b>DROGENBEZOGENE KRIMINALITÄT, PRÄVENTION VON<br/>DROGENBEZOGENER KRIMINALITÄT UND GEFÄNGNIS .....</b> | <b>169</b> |
| 9.1      | Überblick.....  | 169        |
| 9.2      | Drogenbezogene Kriminalität .....   | 169        |
| 9.2.1    | Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen.....  | 169        |
| 9.2.2    | Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen.....   | 176        |
| 9.3      | Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....  | 178        |
| 9.4      | Interventionen im Strafjustizsystem.....  | 178        |
| 9.4.1    | Alternativen zu Gefängnisstrafen .....  | 178        |
| 9.4.2    | Andere Interventionen im Strafjustizsystem .....  | 179        |
| 9.5      | Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen .....                                     | 180        |
| 9.5.1    | Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten.....  | 184        |
| 9.5.2    | Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung.....   | 184        |
| 9.6      | Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung .....   | 185        |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>10</b> | <b>DROGENMÄRKTE</b> .....  | <b>187</b> |
| 10.1      | Überblick.....   | 187        |
| 10.2      | Verfügbarkeit und Versorgung .....   | 189        |
| 10.2.1    | Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang .....                            | 189        |
| 10.2.2    | Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe.....                       | 192        |
| 10.3      | Beschlagnahmungen .....  | 192        |
| 10.3.1    | Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen.....                     | 193        |
| 10.3.2    | Menge und Anzahl der 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 illegaler Drogen auf Wiederverkaufsebene .....                            | 196        |
| 10.4.2    | Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen.....                             | 198        |
|           | <b>TEIL B: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG</b> .....                                    | <b>203</b> |
| <b>11</b> | <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>203</b> |
| 11.1      | Literatur zum Bericht.....   | 203        |
| 11.2      | Websites .....   | 221        |
| <b>12</b> | <b>TABELLEN</b> .....  | <b>225</b> |
| <b>13</b> | <b>ABBILDUNGEN</b> .....   | <b>227</b> |



## Abkürzungen

|             |   |
|-------------|---|
| ABDA        | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände                               |
| ADHS        | Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung                              |
| AG          | Arbeitsgemeinschaft   |
| AIDS        | Acquired Immune Deficiency Syndrome   |
| AMG         | Arzneimittelgesetz  |
| AOLG        | Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden                  |
| APA         | American Psychiatric Association  |
| APAAN       | -Phenylacetoacetonitril   |
| AWMF        | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BADO        | Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich                                |
| BAG         | Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe                                |
| BÄK         | Bundesärztekammer   |
| BAS         | Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V.                                    |
| BayStVollzG | Bayerisches Strafvollzugsgesetz   |
| BAMF        | Bundesamt für Migration und Flüchtlinge                                     |
| BbgJVollzG  | Brandenburgisches Justizvollzugsgesetz                                      |
| BfArM       | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte                         |
| BGBI        | Bundesgesetzblatt   |
| BGH         | Bundesgerichtshof   |
| BIP         | Bruttoinlandsprodukt  |
| BISS        | Modellprojekt "Berufliche Integration nach Stationärer Suchtrehabilitation" |
| BKA         | Bundeskriminalamt   |
| BKiSchG     | Bundeskinderschutzgesetz  |
| BLKA        | Bayerischen Landeskriminalamt   |
| 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  |
| BMJ         | Bundesministerium der Justiz  |
| BMK         | Benzylmethylketon   |
| bng         | Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen                            |
| BtM         | Betäubungsmittel  |
| BtMÄndV     | Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung                                  |
| BtMG        | Betäubungsmittelgesetz  |

|          |   |
|----------|---|
| BtMVV    | Betäubungsmittelverschreibungsverordnung  |
| buss     | Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.   |
| BZE      | Benzoylcegonin  |
| BZgA     | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung   |
| CAN      | Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs  |
| CAN Stop | Projekt zur Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum |
| CATI     | Computer Assisted Telephone Interview   |
| CBD      | Cannabidiol   |
| CDR      | Centre for Drug Research  |
| CND      | Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen   |
| CNN      | Projekt „Chancen nahtlos nutzen – Sucht-Selbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk“                                |
| COMBASS  | Computergestützten Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen  |
| CPT      | European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment                   |
| DAH      | Deutsche Aidshilfe e.V.   |
| DAS      | Drogenaffinitätsstudie der BZgA   |
| DBDD     | Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht  |
| DDD      | Definierte Tagesdosis (defined daily dose)  |
| DEGS     | Deutsche Epidemiologische Gesundheitssurvey   |
| DeStatis | Statistisches Bundesamt Deutschland   |
| DGPPN    | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde   |
| DG-SPS   | Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie   |
| DG-Sucht | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie  |
| DGVS     | Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten   |
| DGS      | Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin  |
| DHC      | Dihydrocodein   |
| DHS      | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  |
| DISuP    | Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung  |
| Dot.sys  | Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention  |
| DPH      | Diphenhydramin  |
| DPIP     | Drug Prevention and Information Programme   |
| DROBS    | Jugend- und Drogenberatungsstelle Kehlheim  |
| DRUCK    | Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten  |
| 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   |
| ECHO-Studie | Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten                                |
| ECDC        | Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten                             |
| EKhD        | Erstauffällige Konsumenten harter Drogen  |
| ELSA        | Online-Plattform „Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“   |
| ESA         | Epidemiological Survey of Addiction (Epidemiologischer Suchtsurvey, früher „Bundesstudie“)            |
| ESPAD       | Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen   |
| ESVG        | Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung  |
| ETHOS       | Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung              |
| EU          | Europäische Union   |
| EuGH        | Europäischer Gerichtshof  |
| fdr         | Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.  |
| FDR         | Falldatei Rauschgift  |
| FeV         | Fahrerlaubnisverordnung   |
| FOGS        | Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich                             |
| FreD        | Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten  |
| G-BA        | Gemeinsamer Bundesausschuss   |
| GBL         | -Butyrolacton   |
| GG          | Grundgesetz   |
| GHB         | Gammahydroxybutyrat   |
| GIZ         | Giftinformationszentrum   |
| GKV         | Gesetzliche Krankenversicherung   |
| GVS         | Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. |
| HBSC        | Studie “Health Behavior in School-aged Children”  |
| HBV         | Hepatitis B-Virus   |
| HCV         | Hepatitis C-Virus   |
| HD          | Hauptdiagnose   |
| HDG         | Horizontale Gruppe “Drogen” des Rates der Europäischen Union  |
| HIV         | Humanes Immundefizienz-Virus  |
| HmbStVollzG | Hamburgisches Strafvollzugsgesetz   |

|            |   |
|------------|---|
| HRDU       | High Risk Drug Use  |
| HStVollzG  | Hessisches Strafvollzugsgesetz  |
| ICD        | International Classification of Diseases                                    |
| IFT        | Institut für Therapieforschung  |
| IfSG       | Infektionsschutzgesetz  |
| IMAGE      | International Multicenter ADHD Genetics Projekt                             |
| INCB       | Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen                                |
| IPA        | Instrument für Heranführungshilfe (Instrument for Pre-Accession Assistance) |
| ISFF       | Institut für Suchtforschung Frankfurt/Main                                  |
| ITMS       | Infratest Telefon Mastersample  |
| i.v.       | intravenös  |
| IVD        | intravenös Drogengebrauchende   |
| JDH-Studie | Studie „Jugend, Drogen, Hintergründe“                                       |
| JGG        | Jugendgerichtsgesetz  |
| JVA        | Justizvollzugsanstalt   |
| JVollzGB   | Justizvollzugsgesetzbuch  |
| KBS        | Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe                             |
| KDS        | Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe  |
| KE         | Konsumeinheit   |
| KFN        | Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen                           |
| KI         | Konfidenzintervall  |
| KiGGS      | Kinder- und Jugendgesundheitssurvey   |
| KKG        | Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz                      |
| KOALA e.V. | Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.    |
| KT         | Kriminaltechnisches Institut  |
| LJVollzG   | Landesjustizvollzugsgesetz  |
| LKA / LKÄ  | Landeskriminalamt / Landeskriminalämter                                     |
| LMS        | Local Monitoring System   |
| LSD        | Lysergsäurediethylamid  |
| LWL        | Landschaftsverband Westfalen-Lippe  |
| LZ         | Lebenszeit  |
| M-CIDI     | Münchener Composite International Diagnostic Interview                      |
| m-CPP      | 1-(3-Chlorphenyl)piperazin  |
| MDA        | 3,4-Methylendioxyamphetamin   |
| MDFT       | Multidimensionale Familientherapie  |
| MDMA       | 3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin  |

|               |   |
|---------------|---|
| MDPV          | Methylendioxypropyvaleron   |
| MODRUS IV     | Vierte Studie "Moderne Drogen- und Suchtprävention"   |
| MoSyD         | Frankfurter Monitoringsystem Drogen   |
| MRV           | Maßregelvollzug   |
| MS            | Multiple Sklerose   |
| MSM           | Männer, die Sex mit Männern haben   |
| NJVollzG      | Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz  |
| NPS           | Neue Psychoaktive Substanzen  |
| NRW           | Nordrhein-Westfalen   |
| ODAS          | Opiate Dosage Adequacy Scale  |
| OMT           | Aufrechterhaltender Substitutionsbehandlung (Opioid Maintenance Treatment)  |
| OR            | Odds ratio  |
| OST           | Opioid-Substitutionstherapie  |
| PHP           | Public Health Programme   |
| PKS           | Polizeiliche Kriminalstatistik  |
| PREMOS        | Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Studie  |
| ProPK         | Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes  |
| RARHA         | Projekt „Reducing alcohol-related harm“   |
| RC            | Research Chemicals  |
| REITOX        | Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies) |
| RKI           | Robert Koch-Institut  |
| RV            | Rentenversicherung  |
| SächsStVollzG | Sächsisches Strafvollzugsgesetz   |
| SANOPSA       | Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege                             |
| SCHULBUS      | Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Hamburg   |
| SD            | Standardabweichung  |
| SGB           | Sozialgesetzbuch  |
| SKOLL         | Selbstkontrolltraining  |
| SLStVollzG    | Saarländisches Strafvollzugsgesetz  |
| SQ            | Strukturierter Fragebogen   |
| SROM          | Slow-Release Oral Morphine  |
| ST            | Standardtabelle   |
| StGB          | Strafgesetzbuch   |
| StVG          | Straßenverkehrsgesetz   |
| StVO          | Straßenverkehrsordnung  |

|              |   |
|--------------|---|
| StVollzG     | Strafvollzugsgesetz   |
| StVollzG M-V | Strafvollzugsgesetz Mecklenburg-Vorpommern                                      |
| SVR          | sustained virologic response  |
| TDI          | Treatment Demand Indicator (Epidemiologischer Schlüsselindikator der EBDD)      |
| THC          | Tetrahydrocannabinol  |
| TK           | Techniker Krankenkasse  |
| UKE          | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  |
| UNODC        | Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung               |
| WHO          | Weltgesundheitsorganisation   |
| WINEG        | Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen |
| 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 REITOX<sup>1</sup>-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 nur 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 2013/2014 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 2013, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2014, 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

---

<sup>1</sup> Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies.

Bulletin der EBDD verfügbar sind<sup>2</sup>. Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

Seit 2013 veröffentlicht die EBDD im Rahmen der jährlichen Berichterstattung ein umfassendes interaktives Informationspaket, zu dem auch themenspezifische „Perspectives on Drugs“ gehören, die Sie unter <http://www.emcdda.europa.eu/edr2014> finden können. 2014 werden insbesondere die Themen „Abwasseranalysen“, „Der europäische Cannabismarkt“, „Injektion synthetischer Cathinone“, „Versorgungsangebote für Konsumenten von Methamphetamin“, „Internet-gestützte Behandlung“ und „Behandlungsmöglichkeiten bei Kokainabhängigkeit“ in den Fokus genommen.

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](http://www.dbdd.de)). Informationen zur EBDD, Daten aus anderen Ländern der EU sowie den europäischen Bericht finden Sie unter [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

München, August 2014

Tim Pfeiffer-Gerschel

Geschäftsführer der DBDD

---

<sup>2</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

## **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 Therapieforchung (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](http://www.dbdd.de) elektronisch zur Verfügung.

### **Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse**

Die deutsche Drogen- und Suchtpolitik verfolgt einen substanzübergreifenden Ansatz, der gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. 2012 wurde die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ im Bundeskabinett verabschiedet (siehe dazu auch REITOX-Berichte 2012 und 2013), die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aus dem Jahr 2003 ablöst. Ziel der deutschen Drogen- und Suchtpolitik ist die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in der Gesellschaft.

Am 15. Januar 2014 wurde Marlene Mortler namentlich durch das Kabinett als Drogenbeauftragte der Bundesregierung bestellt. An den Aufgaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung haben sich in der 18. Legislaturperiode keine Änderungen ergeben.

Die 28. Betäubungsmittel-Änderungs-Verordnung (BtMÄndV) befindet sich zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes 2014 noch in der Anhörung. Vorgesehen ist die Unterstellung von 32 weiteren Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) unter das BtMG.

Eine besondere Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg und dem Landesapothekerverband ermöglicht es seit 1. November 2013 nicht nur, die Vergabe von Substitutionsmitteln für Opiatabhängige in Apotheken durchzuführen, sondern diese Leistung auch für die Apotheken vergüten zu lassen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und der Hersteller eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff Cannabis Sativa haben sich auf einen Erstattungsbetrag im Rahmen einer Add-on-Therapie zur Symptomverbesserung bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS) geeinigt.

Das Arzneimittelgesetz (AMG) kann nicht ohne weiteres dazu genutzt werden, den Handel mit sogenannten „Legal Highs“ gesetzlich zu verbieten. Ein entsprechendes Urteil hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 10.07.2014 gefällt.

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 2012 durchgeführten epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) wurden bereits im REITOX-Bericht 2013 vorgestellt. Demnach hat nach wie vor rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen. 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 in absteigender Reihenfolge Kokain, Amphetamine und Ecstasy (jeweils bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz). Der Konsum von Heroin, LSD, Pilzen und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt. Unter einem Prozent liegt in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung auch die Lebenszeitprävalenz für sogenannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), die 12-Monats-Prävalenz ist mit der von Heroin vergleichbar.

Im Frühsommer 2014 wurden von der BZgA ergänzend zur Drogenaffinitätsstudie (DAS) Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener (12-25 Jahre) vorgestellt, die aus dem „Alkoholsurvey 2012“ stammen. Ergebnissen der Studie zufolge hat im Jahr 2012 in Deutschland jeder dreizehnte Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren (7,8 %) mindestens schon einmal im Leben Cannabis genommen (Lebenszeitprävalenz). 5,6 % der 12- bis 17-Jährigen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis (12-Monats-Prävalenz) und 1,3 % haben in den letzten zwölf Monaten regelmäßig, d. h. mehr als zehnmal, Cannabis genommen.

Nachdem die Daten regionaler Monitoringsysteme (Frankfurt und Hamburg) bereits im Vorjahr auf eine Stagnation (auch: ESA 2012) oder sogar Umkehr des seit mehreren Jahren beobachteten kontinuierlichen Rückgangs des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen hingewiesen haben, liegen mit Daten der BZgA (Erhebungsjahr: 2012) weitere Informationen vor, die diese Wahrnehmung stützen. Zu dieser Entwicklung passt auch, dass im Rahmen des Trendscout Panels des Frankfurter MoSyD 2013 von der Wahrnehmung einer deutlichen Image-Verbesserung von Cannabis im Zuge der weltweiten Legalisierungsdebatten berichtet wurde. Demnach sei 2013 eine große Offenheit und Akzeptanz des Konsums in so gut wie allen Szenen berichtet worden.

Offensichtlich gelingt es nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten (so unterschiedlich sie in den einzelnen Studien auch definiert werden) zu erreichen, während es Hinweise darauf gibt, dass die etablierten Präventionsprogramme und -angebote das Alter des Erstkonsums erfolgreich weiter steigern konnten.

Berichtet werden auch Ergebnisse der aktuellen Trendscout-, Experten und Schülerbefragungen im Rahmen des Frankfurter Monitoringsystems Drogen (MoSyD).

Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse zahlreicher Einzelstudien (z.B. aus Berlin, Sachsen und Niedersachsen) und zu einzelnen Aspekten (zielgruppen- und substanzspezifisch) des Drogenkonsums in der Bevölkerung vor.

## **Prävention**

Die vergleichende Betrachtung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen liefert Hinweise darauf, dass die unter 25-Jährigen seit 2000 insgesamt deutlich seltener durch Probleme durch den Konsum illegaler Drogen auffällig werden.

Die Substanzklasse der Opiode hat seit dem Jahr 2000 an Bedeutung im Hinblick auf problematischen Konsum verloren. Besonders deutlich ist diese Entwicklung bei den unter 25-Jährigen. Cannabinoide und Stimulanzien waren in diesem Zeitraum wesentlich häufiger Ursache für Kontakte von Drogenkonsumenten mit der Polizei, Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Gerichten. Bei den unter 25-Jährigen sind Cannabinoide mittlerweile der häufigste Grund für Krankenhausaufnahmen und für die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Suchthilfe.

Aus Sicht der Prävention sollte Cannabis deshalb auch weiterhin wichtigstes Thema für die substanzspezifische Prävention bleiben. Fraglich ist, wie die beobachtete Zunahme des problematischen Konsums von Stimulanzien inkl. Methamphetamin zu bewerten ist. Die meisten Statistiken weisen Methamphetamin nicht als eigene Kategorie aus, was die Bewertung erschwert. Die Erfassung von Methamphetamin in einer eigenen Kategorie wäre insbesondere für die Ausrichtung von Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention hilfreich.

Das Thema „Evidenzbasierung“ erfuhr 2013 besondere Aufmerksamkeit in Deutschland und wurde kontrovers diskutiert. Die Fachzeitschrift „Suchttherapie“ widmete dem Thema eine Sonderausgabe. Die BZgA veranstaltete gemeinsam mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine Fachtagung zum Thema und das Bundesministerium für Gesundheit förderte eine wissenschaftliche Klausurwoche im Frühjahr 2014 zur Erarbeitung eines Memorandums.

## **Riskanter Drogenkonsum**

Berechnungen des Umfangs riskanten Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 57.000 und 182.000 Personen (1,05 bis 3,4 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 zwischen 2005 und 2007 gesunken, zwischen 2008 und 2011 wieder deutlich angestiegen und zum Jahr 2012 hin wieder deutlich gesunken. Es ist also keine eindeutige Tendenz zu beobachten.

Es werden die Ergebnisse der letzten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) bzgl. Abhängigkeit und Missbrauch von illegalen Substanzen vorgestellt. Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllten jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für

Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Insgesamt 0,2 % wiesen eine Kokainabhängigkeit auf. Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigten 0,2 % der Befragten, weitere 0,1 % erfüllten die Kriterien für eine Abhängigkeit. Multiple Diagnosen (Missbrauch und/oder Abhängigkeit) lagen bei insgesamt 6,6 % der Stichprobe vor.

Zudem werden Ergebnisse des Projekts Phar-Mon vorgestellt. Sein Ziel ist es, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

### **Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit**

Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile in 37,6 % der Fälle (2012: 41,1 %; 2011: 44,9 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In mehr als einem Drittel der Fälle (2013: 38,7 %; 2012: 36,5 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen.

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (59,5 %; 2012: 58,4 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand stehen erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien wie im Vorjahr (18,7 %; 2012: 16,6 %) an zweiter Stelle, vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (12,7 %; 2012: 15,0 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit Kokain-bezogenen Störungen (5,5 %; 2012: 6,0 %) sowie aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Im stationären Bereich haben diejenigen Patienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (28,3 %; 2012: 26,8 %) erstmalig den Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (27,1 %; 2012: 30,0 %) übertroffen und stellen somit die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung. Im Akutbereich (Krankenhäuser) beruhte 2012 etwa die Hälfte (44,7 %, 2011: 43,5 %) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr 42,2 % (2011: 46,7 %) aller Fälle. Krankenhausaufenthalte aufgrund des Konsums von Sedativa und Hypnotika waren in der Akutbehandlung (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ häufig, jede zehnte Suchtdiagnose bei den Krankenhausbehandlungen bezieht sich auf diese Substanzen. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen sind Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulanzien in 7,2 % (2012: 6,7 %) bzw. 18,3 % (2012: 15,5 %) der Fälle der primäre Behandlungsgrund.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen – zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 hingegen ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2013 bei 77.300 Patienten. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

## **Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen**

Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden im Jahr 2013 3.263 neu diagnostizierte Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) gemeldet. Die Zahl ist damit gegenüber dem Jahr 2012 (2.976) um 9,6 % angestiegen. Mit 4 % bilden Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, die drittgrößte Gruppe.

Außerdem wurden dem RKI für das Jahr 2013 insgesamt 5.156 Fälle einer erstmalig diagnostizierten Hepatitis C übermittelt. Damit lag die Inzidenz der gemeldeten Erstdiagnosen mit 6,3 pro 100.000 Einwohner höher als die des Jahres 2012 (6,1) aber niedriger als der Median der Jahre 2008 bis 2012 (6,5). Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.157 Fälle (87 % der Fälle mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt

2013 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle erstmals seit sechs Jahren wieder an. Insgesamt kamen 1002 (2012: 944) Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) mit 474 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache (47 %) darstellt.

## **Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums**

Verschiedene Maßnahmen sollen dabei helfen, drogenbezogene Notfälle und Todesfälle zu verhindern und Infektionskrankheiten vorzubeugen. Derzeit gibt es in Deutschland in sechs Bundesländern in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil. Deutschlandweit werden in vielen Drogenhilfeeinrichtungen Spritzen getauscht, auch Spritzenautomaten zählen im Sinne der Schadensminimierung (Harm Reduction) zum Angebot für i.v. Drogengebraucher. Verschiedene Einrichtungen/Projekte versuchen zudem durch niedrigschwellige Testangebote und weitere Präventions- und Safer-Use-Angebote ihre Klientel bezüglich Infektionsrisiken zu sensibilisieren und zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. Auch die Behandlung von Infektionskrankheiten, insbesondere Hepatitis C, bei Drogengebrauchern ist in den vergangenen Jahren verstärkt zum Thema geworden und Studien zeigen immer wieder, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch diese Population wirksam therapiert werden kann und sollte.

## **Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung**

Die soziale Situation vieler Suchthilfeklienten, insbesondere in niedrigschwelligen 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

Jobcentern, 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 2012 wurden in Deutschland insgesamt 253.525 Rauschgiftdelikte erfasst, davon 189.783 allgemeine Verstöße gegen das BtMG und 44.555 Handelsdelikte. Die drogenbezogene Kriminalität insgesamt ist mit einer Zunahme um 6,9 % gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen.

Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist von 2011 (55.391) auf 2012 (53.544) leicht gesunken. Dieser Rückgang zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg, d. h. bei erwachsenen, heranwachsenden und jugendlichen Straftätern. Nur bei weiblichen jugendlichen Straftätern ist eine Zunahme in den Verurteilungen zu verzeichnen. Der Rückgang der Gesamtzahl ist v. a. auf einen Rückgang der Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs. 1 BtMG) auf 43.361 Fälle (2011-2012: -4,2 %) zurückzuführen.

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten ist von 2012 auf 2013 um 7,0 % gesunken, womit wegen BtMG-Verstößen Inhaftierte einen Anteil von 13,4 % an allen Gefangenen ausmachen.

### **Drogenmärkte**

Im Vergleich der Jahre 2012 und 2013 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von Ecstasy, psychoaktiven Pilzen, Amphetamin, Heroin, Kokain und kristallinem Methamphetamin, wohingegen die Beschlagnahmungsmengen von Khat, Haschisch, Crack, LSD und Marihuana zurückgegangen sind. Die Gesamtfallzahl von Sicherstellungen ist von 2012 auf 2013 relativ stabil geblieben. Dies ist zum einen auf die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crystal, Ecstasy, LSD und Amphetamin zurückzuführen, zum anderen auf den Rückgang in den Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crack, Heroin und Cannabis. Deutschlandweit liegt der Schwerpunkt der Crystalproblematik nach wie vor in Bayern. Trotz Rückgang der Fallzahlen hat sich bei den Sicherstellungsmengen ein erheblicher Anstieg ergeben.

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise im Kleinhandel wurden von 2012 nach 2013 nur für Amphetamin (-18 %), Heroin (+14 %) und Ecstasy (+12 %) nennenswerte Veränderungen festgestellt. Die Preise für Kokain, Crystal, Marihuana, Haschisch und LSD blieben nahezu unverändert. Nur der durchschnittliche Preis für Crack ist von 2012 auf 2013 deutlich gestiegen. Im Vergleich zu 2012 sind 2013 die Preise für Großmengen von Heroin sowohl für Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg als auch für Mengen von 1,5 bis < 10 kg gestiegen. Gestiegen sind auch die Preise für Marihuana bei Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg, Kokain bei Mengen von 1,5 bis < 10 kg sowie von Amphetamin bei Mengen von 10 bis < 100 kg. Alle anderen Großhandelspreise sind im Vergleich zum Vorjahr entweder unverändert geblieben oder gesunken.



Der Wirkstoffgehalt von Amphetamin ist, nachdem er von 2011 auf 2012 gesunken war, wieder stark angestiegen. Im Straßenhandel erreichte der Wirkstoffgehalt von Kokain den mit Abstand höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre. Auch der Wirkstoffgehalt von Heroin im Straßenhandel hat wieder zugenommen. Im Großhandel unterlag der Wirkstoffgehalt des Heroins großen Schwankungen und sinkt seit 2011 kontinuierlich. Der Wirkstoffgehalt von Cannabis-Blütenständen steigt seit einem Tief in 2007 kontinuierlich, der von Cannabiskraut weist seit 2008 keine wesentlichen Veränderungen auf. Cannabisharz ist in 2013 über das bisherige Hoch von 2003 gestiegen. Der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA steigt seit 2008/09 kontinuierlich.



## 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](http://www.dbdd.de).

### **Drug policy: legislation, strategies and economic analysis**

German drug and addiction policy follows a cross-substance approach which focuses on aspects common to all psychotropic substances. In 2012, the "National Strategy on Drug and Addiction Policy" was passed by the German Federal Cabinet (see also 2012 and 2013 REITOX Reports) which replaced the "Action Plan for Drugs and Addiction" from 2003. The objective of the German Drug and Addiction Policy continues to be the reduction of the consumption of legal and illegal addictive substances as well as the avoidance of social problems caused by drugs and addiction.

On 15 January 2014, Marlene Mortler was officially appointed Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs by the Cabinet. There has been no change to the responsibilities of the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs in the 18th legislative period.

The 28th Amending Regulation on Narcotic Drugs (BtMÄndV) was still at the hearing stage at the time of creation of the REITOX Report 2014. The intention is to subject 32 new psychoactive substances (NPS) to the BtMG.

A special agreement between the public health insurance providers in Baden-Wuerttemberg and the Land Pharmacists Association has, since 1 November 2013, enabled not only substitution drugs for opiate addicts to be dispensed in pharmacies but also that pharmacists be remunerated for this service.

The Umbrella Association of Statutory Health Insurance Schemes (GKV Spitzenverband) and the manufacturer of the active substance, cannabis sativa, reached an agreement on the compensation amount in the scope of an add-on therapy for the relief of symptoms amongst patients with medium serious to serious spasticity due to multiple sclerosis (MS).

The German Medicinal Products Act (AMG) cannot be used without further reasons to prohibit the trade with so-called "legal highs". The European Court of Justice (ECJ) issues a judgement to this effect on 10 July 2014.

Furthermore, in this reporting year, numerous projects were once more 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 findings of the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) conducted in 2012 were already presented in the REITOX Report 2013. They show that about a quarter of the adult population in Germany has experience with drugs, as was the case in previous studies. 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, only cocaine, amphetamines and ecstasy (12-month prevalence) reach noteworthy levels. The use of heroin, LSD and crack remains limited to a specific group that is clearly smaller in number. In the general adult population the lifetime prevalence for so-called "new psychoactive substances" (NPS) is also less than one per cent and thus comparable to the prevalence for heroin.

In the early summer of 2014, a representative survey on the cannabis use of adolescents and young adults (12-25 years old) which came from the "Alcohol Survey 2012" was presented by the BZgA in addition to the DAS findings (BZgA 2014). According to findings of the study, in 2012 every thirteenth adolescent in Germany between the ages of 12 and 17 years old (7.8%) had used cannabis at least once in their life (lifetime prevalence). 5.6% of 12 to 17 year olds had consumed cannabis in the 12 months prior to the interview (12-month prevalence) (269,000) and 1.3% (63,000) had regularly used cannabis in the previous 12 months, i.e. more than ten times.

In addition to the fact that the data from regional monitoring systems (Frankfurt and Hamburg) had already indicated stagnation in the previous year (also: ESA 2012) or even the reversal of the continual decline in consumption of illegal substances which has been observed for several years (primarily:cannabis) amongst youths, the data from the BZgA (survey year:2012) provides further information supporting the initial perception. This development is also compatible with the fact that the Trend Scout Panels of the Frankfurt MoSyD 2013 reported the perception of a clear improvement in the image of cannabis in the scope of the worldwide legalisation debate. According to that panel, in 2013 a wide openness to and acceptance of the consumption was reported in almost all scenes.

Clearly, it is still the case that the target group of "regular" users (as differently as they are defined in the individual studies) are not reached to a satisfactory extent, whilst there are indications that the established prevention programmes and services can successfully increase the age of first use.

The findings from the current trend scout, expert and pupil surveys in the scope of the Frankfurt Monitoring System Drug Trends (MoSyD). In addition, there are results from numerous individual studies (e.g. from Berlin, Saxony and Lower Saxony) and on individual aspects (target group and substance specific) of drug consumption in the population.

## **Prevention**

The comparative analysis of information from various data sources provides indications that under-25 year olds have far few problems overall through the use of illegal drugs.

The substance class of opioids has become less significant since 2000 in respect of problem use. This trend is especially pronounced amongst under 25 year olds. In this period, cannabinoids and stimulants were much more commonly the cause of contact between drug users and the police, health care facilities or the courts. Amongst 25 year olds, cannabinoids are today the most common reason for hospital treatments and for people using drug support facilities.

From the perspective of prevention, cannabis should therefore remain the most important topic in terms of substance specific prevention. There is a question as to how the observed increase in problem use of stimulants including methamphetamine should be assessed. Most statistics do not list methamphetamine in its own category which makes the assessment more difficult. Recording methamphetamine in its own category would be helpful in particular for designing measures for selective and indicated prevention.

The topic "evidence base" received particular attention in 2013 in Germany and was heavily debated. The specialist journal "Suchttherapie" ("Addiction Therapy") devoted a special edition to the topic. The Federal Centre for Health Education (BZgA) organised, together with the Bavarian Health and Food Safety Authority, an expert conference on the topic and the Federal Ministry of Health funded a week-long scientific conference in spring 2014 on preparing a memorandum.

## **Problem Drug Use**

Based on figures from treatment facilities, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates of the scale of problem drug use indicate that the number of problematic users of heroin range between 62,000 and 203,000 persons (1.1 to 3.8 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 estimated values on the basis of the multiplier "demand for treatment" fell between 2005 and 2007, rose again between 2008 and 2011 before falling significantly once more in 2012. One can, therefore, not observe any clear trend.

The findings of the last Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) will be presented, namely dependence on and abuse of illegal substances. Based on the overall sample, 0.5% of interviewees fulfilled the DSM-IV criteria for cannabis abuse and dependence. In total 0.2% exhibited cocaine dependence. An abuse of amphetamines was exhibited by 0.2% of interviewees, a further 0.1% fulfilled the criteria of dependence. Multiple diagnoses (abuse and/or dependence) applied in 6.6% of the sample.

Moreover, the findings of the Phar-Mon project are presented. Its aim is to record the extent of the abuse of medicines by clients of outpatient addiction and drug therapy and to contribute to the identification of trends of abuse.

## **Drug-related treatment: treatment demand and treatment availability**

When looking at the DSHS data and confining oneself to illicit substances, one finds that in 37.6% of cases (2012: 41.1%; 2011: 44.9%) clients sought treatment or counselling primarily for dependence on or harmful use of opioids. In more than a third of the cases (2013: 38.7%; 2012: 36.5%) clients were treated for primary cannabis problems.

Amongst persons who received addiction specific treatment for the first time, cannabis was by some distance the most used substance, with its share once more increasing slightly (59.5%; 2012: 58.4% of all clients). By a considerable margin, the second largest group is first-time clients with the main diagnosis stimulants (18.7%; 2012: 16.6%), followed by first-time clients with opioid-related disorders (12.7%; 2012: 15.0%). The proportion of first-time clients with cocaine-related disorders (5.5%; 2012: 6.0%), as well as all other substance groups, have remained practically unchanged in size since last year.

In the area of inpatient treatment, those patients with a main diagnosis based on dependence or harmful use of cannabis (28.3%; 2012: 26.8%) for the first time exceeded the proportion of treatments on the basis of opioids (27.1%; 2012: 30.0%) and thus represented the largest single group in inpatient treatment. In the area of acute treatment (hospitals) about half of the drug cases in 2012 (44.7%; 2011: 43.5%) were related to poly-drug use; in the statistics of the German Statutory Pension Insurance Scheme (DRV) the figure even amounts to 42.2% (2011: 46.7%) of all cases in the same year. Hospital stays caused by sedative and hypnotics use continue to be relatively common in acute treatment (Statistical Report on Hospital Diagnoses); about one in ten addiction diagnoses in hospital treatments is related to these substances. In the specialist clinics which participate in the Statistical Report on Substance Abuse Treatment in Germany (DSHS), problems in connection with cocaine or stimulants are reported as the primary reason for treatment in 7.2% (2012: 6.7%) and 18.3% (2012: 15.5%) of cases respectively.

From 2002, when reporting became obligatory, the number of substitution patients reported continuously increased until 2010 – as of 1 July 2010 the number was 77,400. In contrast, the number has remained largely stable since 2011 and was 77,300 patients on 1 July 2013. There are still considerable regional differences regarding the supply of and demand for substitution treatments.

## **Health correlates and consequences**

In 2013, 3,263 newly-diagnosed Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections were reported to the Robert Koch Institute (RKI). The number has thus increased by 9.6% compared to 2012 (2,976). Persons who have likely contracted their HIV infection through intravenous drug use make up the third largest group, at 4%.

In addition, a total of 5,156 cases of newly diagnosed hepatitis C were reported to the RKI for 2013. With that, the incidence of reported new diagnoses of 6.3 per 100,000 population was higher than in 2012 (6.1) but lower than the median of the years 2008 to 2012 (6.5). Intravenous drug use, which has a high probability of being causally related to the hepatitis C

discovered, was reported for 1,157 cases (87% of the cases with valid information as to the mode of transmission).

In 2013, the number of drug-related deaths rose for the first time for six years. In total, 1002 (2012: 944) people died as a result of using illegal drugs. Overdosing on heroin/morphine (incl. poisoning through heroin/morphine in conjunction with other substances), with 474 cases, remained the most common cause of death (47%).

### **Responses to health correlates and consequences**

A variety of measures are intended to help avoid drug-related emergencies and deaths and prevent infectious diseases. Currently in Germany there are a total of 23 in-patient drug consumption rooms in 15 cities in six Laender and one mobile drug consumption unit. Needles can be exchanged in many drug support facilities, and there are also needle dispensing machines, which form part of the harm reduction measures for injecting drug users. There is a variety of facilities and projects that use offers of low-threshold testing and other prevention and safer-use programmes to raise awareness of infectious diseases among their clientele and to motivate them to engage in health promoting behaviour. Safer-use initiatives in prisons remain far behind what is possible. The treatment of infectious diseases, in particular hepatitis C, has become an increased issue among drug users in recent years with studies showing time and again that under certain conditions these populations can and should also be effectively treated.

### **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 "Jobcentern"). Their aim is to help unemployed addicts into therapy at an early stage and to support their (re-)integration into the world of work.

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

In 2013 a total of 253,525 narcotics offences were recorded in Germany, of which 189,783 were general offences against the German Narcotics Act (BtMG) and 44,555 were dealing/trafficking offences. Overall drug-related crime increased slightly at a rate of 6.9% compared to the previous year.

The number of prosecutions under the BtMG decreased slightly from 2011 (55,391) to 2012 (53,544). This decline is reflected across all age groups, i. e. adult, young adult and juvenile offenders. An increase in convictions was only seen in the case of female juvenile offenders. The decline of the overall number can mainly be traced back to a reduction in the number of

cases of unspecified consumption-related offences (Sec. 29 (1) BtMG) to 43,361 (2012: -4.2%).

The number of persons imprisoned due to BtMG-related offences fell by 7.0% from 2012 to 2013; in 2013, people imprisoned due to offences under the BtMG make up 13.4% of all prisoners.

### **Drug Markets**

Comparing the years 2012 and 2013, the seized quantities of ecstasy, psychoactive mushrooms, amphetamine, heroin, cocaine and crystalline methamphetamine increased whilst the seized quantities of khat, hashish, crack, LSD and marijuana fell. The total number of seizures remained relatively stable from 2012 to 2013. This was due to an increase in the number of cases involving seizures of crystal, ecstasy, LSD and amphetamine as well as a fall in the number of cases involving seizures of crack, heroin and cannabis. The crystal problem in Germany remains mainly concentrated in Bavaria. Despite the reduction in the number of cases, the quantity seized saw a considerable increase.

As far as average retail drug prices are concerned, noteworthy changes from 2012 to 2013 were only recorded for amphetamine (-18%), heroin (+14%) and ecstasy (+12%). The street prices for cocaine, crystal, marijuana, hashish and LSD remained almost unchanged. Only the average price for crack increased significantly from 2012 to 2013. In comparison to 2012, the prices for wholesale quantities of heroin as well as for quantities between 0.5 and < 1.5 kg and quantities between 1.5 and < 10 kg rose. Increases were also witnessed in the prices of marijuana for quantities between 0.5 and < 1.5 kg, in the price of cocaine for quantities between 1.5 and < 10 kg as well as in the price of amphetamine for quantities between 10 and < 100 kg. All other wholesale prices either remained constant in comparison to the previous year or decreased.

The active substance content of amphetamine, after falling from 2011 to 2012, rose sharply again. In street trafficking, the active substance content of cocaine reached by far its highest level in the last ten years. The active substance content of heroin in street-level dealing also increased. In wholesale trafficking, the active substance content of heroin fluctuated wildly before falling steadily since 2011. The active substance content of cannabis buds has risen continuously since a low in 2007; the content of herbal cannabis has not changed significantly since 2008. Cannabis resin rose in 2013 beyond the previous high in 2003. The median active substance content of MDMA has risen continuously since 2008/09.



## TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

### 1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

#### 1.1 Überblick

##### 1.1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Drogenpolitik“ bezog sich bis zum Ende des letzten Jahrhunderts 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“<sup>3</sup>-Politik. Seit einigen Jahren stehen Störungen durch legale psychotrope Substanzen (z. B. Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch) und substanzübergreifende Aspekte (z. B. in der universellen Prävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) sowie seit einiger Zeit auch stoffungebundene Süchte<sup>4</sup> (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 hinsichtlich legaler und illegaler Substanzen wird in Deutschland vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

Darüber hinaus hat sich das Blickfeld vom ursprünglichen Hauptinteresse an der Substanzabhängigkeit auch hin zu riskantem und schädlichem Konsumverhalten und damit zu einem weitergehenden Verständnis einer Gesundheitspolitik für substanzbezogene Störungen und Risiken erweitert. 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.

<sup>3</sup> Der Begriff „Sucht“ umfasst hier riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

<sup>4</sup> 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-Berichts soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen.

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

Die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland wird durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert. Basis der nationalen Drogen- und Suchtpolitik 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 sowie weitere verwandte Phänomene wie pathologisches Glücksspiel und ihre Risiken ein und berücksichtigt europäische und internationale Entwicklungen. Die am 15.02.2012 im Bundeskabinett verabschiedete „Nationale Strategie der Drogen- und Suchtpolitik“ umschreibt ausführlich die aktuellen Schwerpunkte und Herausforderungen für Deutschland (siehe dazu Abschnitt 1.3.1). 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.

#### Neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Am 15. Januar 2014 wurde Marlene Mortler namentlich durch das Kabinett als Drogenbeauftragte der Bundesregierung bestellt. Zum Beschluss des Kabinetts und zur Amtseinführung der Drogenbeauftragten durch den Bundesminister für Gesundheit wurde am 15. Januar 2014 eine Pressemitteilung veröffentlicht<sup>5</sup>. An den Aufgaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung haben sich in der 18. Legislaturperiode keine Änderungen ergeben. Als wichtiges Anliegen formulierte die Drogenbeauftragte zu Beginn ihrer Amtszeit, die Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien verbessern zu wollen. Die neue Drogenbeauftragte kündigte an, wieder einen „Drogen- und Suchtrat“ als beratendes Gremium einzuberufen. Dem Drogen- und Suchtrat sollen Vertreter der zuständigen Bundes- und Landesministerien, der Kommunen, der Suchtkrankenhilfe, der Forschung sowie der Selbsthilfe angehören.

Zu den Aufgabenschwerpunkten der Drogenbeauftragten gehören weiterhin u. a. die Förderung und Unterstützung von Initiativen und Aktivitäten der Sucht- und

<sup>5</sup> <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2014-01/marlene-mortler-neue-drogenbeauftragte.html> (Letzter Zugriff 14.08.2014).

Drogenprävention, die Entwicklung neuer Wege und neuer Schwerpunkte in der Sucht- und Drogenpolitik für rechtzeitige und angemessene Hilfen, um gesundheitliche, soziale und psychische Probleme zu vermeiden oder abzumildern, und die Vertretung der Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung auf internationaler Ebene und in der Öffentlichkeit (Deutscher Bundestag 2014).

### **Drogen- und Suchtbericht 2014 der Bundesregierung**

Im Mai 2014 wurde der neue Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung vorgestellt<sup>6</sup>. Das Ziel der Bundesregierung bleibt demnach weiterhin, den Konsum illegaler Drogen mit allen seinen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu verringern und deren Verfügbarkeit durch Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken. Nach Einschätzung der Bundesregierung werden die gesundheitlichen und psychischen Gefahren des Konsums von Cannabis als am häufigsten konsumierte illegale Substanz häufig unterschätzt. Deshalb setzt sich die Bundesregierung weiterhin für gezielte Präventionsmaßnahmen ein. Auch im Bereich der synthetischen Drogen gibt es aus Sicht der Bundesregierung Handlungsbedarf.

### **Alternativer Drogen- und Suchtbericht**

Am 2. Juli 2014 wurde erstmalig der gemeinsam von akzept e.V., der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) und dem JES-Bundesverband e.V. erstellte „Alternative Drogen- und Suchtbericht“ der Öffentlichkeit vorgestellt<sup>7</sup>. Dieser widmet sich Aussagen der Herausgeber zufolge unter anderem Fragen nach kurz-, mittel- und langfristigen Zielen der Drogenpolitik und wie diese Ziele innerhalb von Aktionsprogrammen umsetzbar und kontrollierbar wären, dem Erfolg und der Angemessenheit der Drogenkontrolle mit Mitteln des Strafrechts, den Auswirkungen der gegenwärtigen Form der Drogenkontrolle, Auswirkungen der selektiven Prohibition auf die Drogenhilfe und deren konkrete Arbeitsmöglichkeiten und danach, inwiefern das Drogenverbot die Arbeit an den Folgen der Sucht verhindere. Die Herausgeber haben angekündigt, den Bericht ab 2014 jährlich herausgeben zu wollen.

### **1.1.3 Die Struktur Deutschlands**

#### **Kompetenzen von Bund und Ländern**

Die Zuständigkeit für „Drogen- und Suchtpolitik“ in Deutschland ist zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt: Nach dem Grundgesetz hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz für das Betäubungsmittelrecht, das Strafrecht und das Recht der sozialen Sicherung. Auf dieser Grundlage setzt er den rechtlichen Rahmen für die Drogenpolitik und gibt Standards vor. Die Ausführung dieser Bundesgesetze ist jedoch im Wesentlichen Aufgabe der Länder. Diese haben darüber hinaus neben der Strafvollzugsgesetzgebung und dem Gesetzesvollzug auch eigene

<sup>6</sup> <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2014-02/drogen-und-suchtbericht.html> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>7</sup> <http://alternativer-drogenbericht.de/> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

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 die 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 der EBDD, der über die DBDD zu beziehen ist.

## 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 zentrale Vorschriften zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die rechtlich als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die unter anderem 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 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 mit Betäubungsmitteln lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge umgeht (etwa Erwerb und Besitz) und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Insoweit 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 auch 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 der 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 Substitutionsbehandlung<sup>8</sup>**

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 betäubungsmittelrechtlichen 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 Substitution nach dem Arzneimittelrecht zugelassen ist) – unter engen

<sup>8</sup> Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 41, Bonn: 20.07.2009.

Voraussetzungen – zur Substitutionsbehandlung von Schwerstopiatabhängigen 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. In Berlin und Stuttgart wurden neue Diamorphin-Praxen eröffnet.

## **28. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (28. BtMÄndV)**

Der Entwurf für eine 28. BtMÄndV befindet sich zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes 2014 im sog. Notifizierungsverfahren gegenüber der Europäischen Kommission. Unter anderem vorgesehen ist mit Art. 1 des Verordnungsentwurfs die Unterstellung von 32 weiteren Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) unter das BtMG.

### **Sichtbezug von Substitutionsmitteln in Apotheken**

Eine besondere Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg und dem Landesapothekerverband ermöglicht es seit 1. November 2013 nicht nur, die Vergabe von Substitutionsmitteln für Opiatabhängige in Apotheken durchzuführen, sondern diese Leistung auch für die Apotheken vergüten zu lassen. Hintergrund dieser neuen Regelung ist das zurückgehende ärztliche Angebot vor allem in den ländlichen Gebieten Baden-Württembergs.

Zuletzt gab es bei Ärzten zunehmend Kapazitätsprobleme für den relativ zeitaufwändigen Sichtbezug. Ohne an der grundsätzlichen Regelung des Sichtbezugs in der Arztpraxis Veränderungen vorzunehmen, kann der behandelnde Arzt im Rahmen der neuen Vereinbarung nach entsprechender Einweisung auch einen Apotheker damit beauftragen. Da diese freiwillige Leistung bisher allerdings nicht vergütet wurde, aber mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, war es für Apotheken nicht attraktiv, diese Aufgabe zu übernehmen.

Für Baden-Württemberg wurde zwischen dem Landesapothekerverband und den Kassen eine eigene Vereinbarung geschlossen, die die jeweiligen Arzneilieferverträge der Kassen ergänzt und die Abgabe von Substitutionsmitteln für die Apotheken regelt. Es ist geplant, in drei Jahren eine Evaluation des Sichtbezugs in Apotheken durchzuführen. Die potenziell betroffene Gruppe in Baden-Württemberg zählt 9.600 (2012) Heroinabhängige<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> [http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2013/Gem\\_PM\\_Drogenersatztherapie.html](http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2013/Gem_PM_Drogenersatztherapie.html);  
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55884> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).



### **Erstattungsbetrag für das Arzneimittel Sativex® mit Wirkstoff Cannabis sativa**

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und das pharmazeutische Unternehmen Almirall Hermal GmbH haben sich im September 2013 auf einen Erstattungsbetrag für das Arzneimittel Sativex® mit dem Wirkstoff Cannabis sativa geeinigt. Sativex® basiert auf zwei Cannabinoiden – Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Es ist zugelassen als Add-on-Therapie zur Symptomverbesserung bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben<sup>10</sup>.

Grundlage der Verhandlungen zwischen den Kassen und dem Hersteller war ein Beschluss über die Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 21. Juni 2012, bei der dem Medikament ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen attestiert wurde.

### **Diskussion zur Änderung der gesetzlichen Regelungen der Substitutionsbehandlung**

Der 116. Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer und mehrere Fachverbände haben Vorschläge für eine Überarbeitung der rechtlichen Rahmenbedingungen unterbreitet, wie aus Sicht der jeweiligen Autoren das Substitutionsrecht dem wissenschaftlichen Stand und der medizinischen Praxis angepasst werden sollte (zusammenfassend dazu u.a.: Backmund & Meyer-Thompson 2013). Die Diskussion führte im Jahr 2013 zunächst zu einem ersten orientierenden Fachgespräch im BMG. Kerngegenstand der Diskussion sind Forderungen, aus den Substitutionsvorschriften in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) jene Abschnitte herauszunehmen, die die ärztliche Tätigkeit und die Behandlung selbst reglementieren. Ähnliche Forderungen wurden auch seitens des 72. Bayerischen Ärztetags im Oktober 2013 aufgestellt<sup>11</sup>, der sich u.a. dafür ausgesprochen hat, substituierenden Ärzten die Möglichkeit zu erteilen, in besonderen Fällen Substitutionsmittel für maximal einen Tag ohne großen bürokratischen Aufwand abzugeben. Das BMG prüft derzeit die vielfältigen Vorschläge und Anregungen.

### **Umstellung der Berechnung des BIP**

Zukünftig sollen auch Bereiche der Schattenwirtschaft wie Rauschgifthandel und Tabaksmuggel in die Berechnungen des Statistischen Bundesamts zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) aufgenommen werden. Das teilte eine Sprecherin der Statistikbehörde mit und bestätigte damit einen Bericht der "Süddeutschen Zeitung"<sup>12</sup>. Der Wert der illegalen Tätigkeiten wird der Behörde zufolge basierend auf Modellrechnungen geschätzt. Die Daten werden ab September 2014 erfasst, da zu diesem Zeitpunkt das

---

<sup>10</sup> <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55989/Kassen-und-Hersteller-einigen-sich-ueber-Cannabis-Praeparat-in-der-MS-Therapie?s=sativex> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>11</sup> [http://www.blaek.de/presse/aerzteblatt/2013/BAB\\_11\\_2013\\_564\\_571.pdf](http://www.blaek.de/presse/aerzteblatt/2013/BAB_11_2013_564_571.pdf) (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>12</sup> <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/neue-berechnung-des-bip-kiffen-fuer-die-konjunktur-1.1921011> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

System zur Berechnung des BIP auf das neue Europäische System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG) umgestellt wird<sup>13</sup>.

### **Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) stellen eine Herausforderung für die Strafverfolgung dar**

In einer Überblicksarbeit diskutiert Duffert (2014) einige Schwierigkeiten, die sich von gesetzgeberischer Seite im Umgang mit NPS stellen. Dabei stellt insbesondere die Notwendigkeit, jede Substanz einzeln in die Anlagen des BtMG aufzunehmen, eine erhebliche Herausforderung dar, da die Anbieter entsprechender Produkte ihr Angebot häufig sehr schnell verändern und damit zeitnah auf die vorangegangene Unterstellung verwandter NPS durch die Bundesregierung unter des BtMG reagieren. Der in dem Beitrag von Duffert noch diskutierte alternative Weg einer Sanktionierung unter dem Blickwinkel des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom Juli 2014 schwieriger geworden (siehe unten).

### **EuGH: Sogenannte „Legal Highs“ sind keine Arzneimittel im Rechtssinne**

Nach Auffassung des Gerichtshofes der Europäischen Union (EuGH) in zwei Vorlageverfahren des Bundesgerichtshofes kann das Arzneimittelgesetz nicht ohne weiteres dazu genutzt werden, den Handel mit sogenannten „Legal Highs“ strafrechtlich zu verfolgen. Ein entsprechendes Urteil hat der EuGH am 10.07.2014 gefällt. Den Richtern zufolge sind Kräutermischungen, die als Cannabis-Ersatz konsumiert werden, keine Arzneimittel im Sinne des rechtlichen Arzneimittelbegriffes. Ein Medikament müsse „*der menschlichen Gesundheit unmittelbar oder mittelbar zuträglich sein*“, so das Gericht. Die Kräutermischungen dienen hingegen lediglich dazu, einen Rauschzustand hervorzurufen und seien zudem gesundheitsschädlich.

Mit ihrem Urteil bezogen die Richter Stellung zu zwei Strafverfahren vor dem deutschen Bundesgerichtshof, bei dem es um die (straf-)rechtliche Bewertung des Inverkehrbringens bestimmter synthetischer Cannabinoide geht. Die fraglichen Stoffe waren zum Zeitpunkt des Inverkehrbringens (noch) nicht dem BtMG unterstellt. Die Gerichte hatten die Angeklagten daher wegen Verstößen gegen das AMG strafrechtlich verurteilt, woraufhin diese beim Bundesgerichtshof (BGH) Revision eingelegt hatten. Der BGH wandte sich in einem Vorlageverfahren zur Klärung wiederum an den EuGH. In ihrer Entscheidung betonten die Richter des EuGH, die fraglichen Mischungen würden nicht zu therapeutischen, sondern ausschließlich zu „Entspannungszwecken“ konsumiert (u.a. dazu: Pharmazeutische Zeitung Online<sup>14</sup>).

---

<sup>13</sup> <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/bruttoinlandsprodukt-bip-kuenftig-mit-drogenhandel-und-tabaksmuggel-a-960620.html> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>14</sup> <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=53213> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

## 1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

### 1.3.1 Nationale Strategie

Am 25. Juni 2003 hatte das Bundeskabinett den "Aktionsplan Drogen und Sucht" als eine fortlaufende Agenda zur Reduzierung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Am 15.02.2012 wurde die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ im Bundeskabinett verabschiedet (siehe dazu auch REITOX-Berichte 2012 und 2013), die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aus dem Jahr 2003 ablöst. 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 Gesundheitspolitik. Die Umsetzung des Aktionsplans wurde durch den Drogen- und Suchtrat (DSR) begleitet.

Der DSR wird von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung berufen und unterstützt diese bei ihrer Arbeit. Er 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 aus Experten und Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Vorsitzende des DSR ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

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 Suchtstoffe 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 (z. B. dem Aufkommen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS), Umgang mit zunehmenden Konsum von

Methamphetaminen (Crystal Meth), pathologischem Glücksspiel und so genannter Online-/Mediensucht) 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.

### **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 Liste der mit Beteiligung des Bundes finanzierten Forschungsprojekte und Modellvorhaben ist nachstehend aufgeführt.

#### **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

| <b>Geförderte Projekte</b>  | <b>Laufzeit</b>                                 | <b>Anmerkungen</b>  |
|---|---|---|
| <b>Prävention</b>   |   |   |
| Förderschwerpunkt: Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft, plus Evaluation | 03/11 – 02/13<br>10/12 – 09/14<br>07/12 – 12/14 | 7 Modellprojekte in 1. Phase;<br>3 Modellprojekte in 2. Phase;<br>Evaluationsprojekt  |
| ELSA  | 05/12 – 02/14                                   | Internetbasiertes Beratungsprogramm für Eltern suchtfährdeter Kinder und Jugendlicher   |
| Prävention und Reduktion von Substanzkonsum bei Studierenden                              | 04/13 – 10/15                                   | 3 Projekte  |
| Prävention des Amphetaminmissbrauchs  | 06/13 – 01/14<br>09/13 – 12/13                  |   |
| <b>Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen</b>                      |   |   |
| DRUCK-Studie  | 04/12 – 03/15                                   | Sero- und Verhaltenssurvey zu HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebern   |
| SCHULBUS  | 02/12 – 02/14                                   | Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln                                     |
| Spice II Plus   | 03/13 – 02/15                                   | Ko-Finanzierung EU-Projekt  |
| Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss        | 04/12 – 03/15                                   | Repräsentative Erhebung   |
| <b>Drogenbezogene Behandlung</b>  |   |   |
| Förderschwerpunkt: Sucht im Alter, 2. Phase   | 01/13 – 02/14                                   | 7 Modellprojekte zur besseren Kooperation von Sucht- und Altenhilfe (Verlängerung)  |
| Förderschwerpunkt: Sucht im Alter, Evaluation   | 03/13 – 05/14                                   | Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes  |
| Förderung kultursensibler Arbeit in der Suchthilfe – diversity training                   | 07/13 – 12/13                                   |   |
| FreD Strafverfolgung  | 05/13 – 02/14                                   | Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten  |
| CAN Stop Intramural   | 10/14 – 03/15                                   | Implementierung des Gruppentrainings CAN Stop in Einrichtungen des Jugendstrafvollzugs  |
| <b>Andere Projekte mit Förderung des BMG, die einen Bezug zu Drogen haben</b>             |   |   |
| safe – sauber feiern  | 08/14 – 01/15                                   | Entwicklung und Erprobung eines Fortbildungskonzepts für Beschäftigte in Tanzbetrieben und Diskotheken zum Umgang mit riskantem Suchtmittelkonsum ihrer Gäste |

**Tabelle 1.1** Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes  
(Fortsetzung)

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| CNN – Chancen nahtlos nutzen – konkret, Folgeprojekt                                       | 10/13 – 06/15 | Verbesserung der Darstellung der Suchtselbsthilfe und Schärfung der Kooperation/Kommunikation mit beruflicher Suchthilfe |
| <b>Andere Projekte mit Förderung des BMG, die einen Bezug zu Drogen haben</b>              |               |  |
| Selbstkontrolltraining (SKOLL), Qualitätssicherung   | 05/13 – 01/14 | Frühintervention für riskant Konsumierende psychotroper Substanzen   |
| Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen, Folgeprojekt                                      | 05/13 – 05/14 | Früherkennung suchtkranker alter Menschen  |
| Nationaler Transfer der MDFT als familienbasierte Frühintervention in der Jugendsuchthilfe | 09/12 – 12/13 | Implementierung der multidimensionalen Familientherapie (MDFT)   |

BMG 2014, persönliche Mitteilung.

### 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 und Sucht haben. Der REITOX-Bericht 2011 enthielt eine Übersicht über Projekte mit einem Bezug zu illegalen Drogen, bei denen deutsche Partner beteiligt oder als Koordinatoren 2010/2011 aktiv waren. Grundlage dieser Übersicht war eine Broschüre der Europäischen Kommission, die eine Zusammenstellung aller Projekte mit einem Bezug zu Drogen aus drei Förderprogrammen der Europäischen Kommission<sup>15</sup> auflistet und nicht in einer aktualisierten Form vorliegt. Die Broschüre, die auch Kurzbeschreibungen der Projekte (sowie auch älterer und abgeschlossener Vorhaben) enthält, kann z. B. über die Website der EBDD heruntergeladen werden<sup>16</sup>. Aktuelle neue Beteiligungen deutscher Partner finden sich z. B. im Projekt ALICE-RAP<sup>17</sup> (7. Forschungsrahmenprogramm, DG Research and Innovation) oder Spice II Plus<sup>18</sup>.

### Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA möchte Menschen motivieren, den Konsum von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial kritisch zu hinterfragen und sie bei der Entscheidung für einen risikoarmen Konsum oder Konsumverzicht unterstützen. Für Kinder wird in Zusammenarbeit mit Sportvereinen ein Lebenskompetenzprogramm<sup>19</sup> angeboten. Andere Altersgruppen

<sup>15</sup> Drug Prevention and Information Programme (DPIP) (DG Just); Public Health Programme (PHP) (DG SANCO); Seventh Framework Programme (FP7) (DG Research).

<sup>16</sup> [www.emcdda.europa.eu/themes/research](http://www.emcdda.europa.eu/themes/research) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>17</sup> [www.alicerap.eu](http://www.alicerap.eu) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>18</sup> <http://www.uniklinik-freiburg.de/giftberatung/spice-ii-plus-wissenschaftliche-studie-zu-aktuellen-party-drogen.html> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>19</sup> [www.kinderstarkmachen.de](http://www.kinderstarkmachen.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

werden mit nationalen Medienkampagnen erreicht, die mit lokalen Aktivitäten verzahnt werden. Darin wird der Umgang mit den verbreitetsten Suchtmitteln Alkohol<sup>20, 21</sup> und Tabak<sup>22</sup> thematisiert, aber auch der Missbrauch von Medikamenten und illegalen Drogen, pathologisches Glücksspiel<sup>23</sup> sowie die exzessive Internet- und Computerspielnutzung<sup>24</sup>.

Über das Internetportal PrevNet, ein Gemeinschaftsprojekt mit den Ländern, vernetzen sich Präventionsfachkräfte regional und bundesweit.

### **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 16 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. 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 Übergangwohnheime, 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

<sup>20</sup> [www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>21</sup> [www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>22</sup> [www.rauchfrei-info.de](http://www.rauchfrei-info.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>23</sup> [www.check-dein-spiel.de](http://www.check-dein-spiel.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>24</sup> [www.ins-netz-gehen.de](http://www.ins-netz-gehen.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

neben lokalen Ansätzen auch bundesweit verfügbare Projekte wie Frühintervention bei erstauffälligen 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 2013/2014 zahlreiche Aktivitäten und Projekte berichtet. Da die in der Vergangenheit an dieser Stelle berichteten Maßnahmen insgesamt nur eine Auswahl der zahlreichen mit Unterstützung der Länder durchgeführten Aktivitäten darstellten, die auf einer aktiven Berichterstattung der jeweiligen Länder an die DBDD beruhten, wurde das Format des REITOX-Berichtes bereits 2013 dahingehend geändert, dass a) die Informationserhebung in den Bundesländern stärker entlang der Kapitel des REITOX-Berichtes strukturiert wurde und b) die jeweiligen Informationen thematisch den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zugeordnet wurden. Dadurch konnten sowohl die thematische Einbettung der berichteten Aktivitäten als auch die Lesbarkeit des Berichts verbessert werden.

### **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 Angebots stehen soll.

- **6. Deutscher Suchtkongress in Bonn**

Der Deutsche Suchtkongress 2013 fand vom 18.-21. September 2013 in Bonn statt. Federführender Ausrichter war die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie DG-SPS in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DG-Sucht und mit Unterstützung zahlreicher weiterer Fachgesellschaften. Über 200 Referenten hielten Vorträge und unterstrichen damit die fachliche Vielfalt des Themas aus Sicht der medizinischen, psychologischen und bio- und sozialwissenschaftlichen Fächer. Erneut konnten sowohl nationale als auch internationale Experten gewonnen werden, die das inzwischen bewährte Renommee des Kongresses weitergetragen und ausgebaut haben.



- 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin  
Unter dem Motto „Volkskrankheit Sucht – Richtig behandeln und ausreichend finanzieren“ hat der 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) vom 1.-3. November 2013 in Berlin stattgefunden. Im Mittelpunkt stand neben zahlreichen inhaltlich breit gestreuten Veranstaltungen die kritische Auseinandersetzung mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS).
- Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)  
Vom 4.-6. November 2013 fand in Essen die DHS-Fachkonferenz zum Thema "Sucht und Arbeit" statt, an der zahlreiche nationale und internationale Referenten und Partner beteiligt waren<sup>25</sup>.
- 37. BundesDrogenKongress des Fachverbands für Drogen und Rauschmittel  
Der 37. BundesDrogenKongress fand unter dem Motto „Unsere Arbeit – Eure Arbeit! Erfolgreiche Wege, um Arbeit für Suchtkranke zu schaffen“ am 27. und 28. Mai 2014 in Köln statt. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) führt seit 1980 den BundesDrogenKongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Die Dokumentation der Tagung ist unter [www.fdr-online.info](http://www.fdr-online.info) verfügbar<sup>26</sup>.
- Sucht-Selbsthilfe-Konferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)  
Vom 25.-27. April 2014 fand in Erkner bei Berlin die Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2014 der DHS zum Thema "Sucht-Selbsthilfe und Prävention"<sup>27</sup> statt.
- Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin  
Vom 3.-5. Juli 2014 fand in München der 15. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin statt, bei dem sich Spezialisten der Suchtmedizin und Suchttherapie trafen. Der Kongress bietet die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben<sup>28</sup>.

### 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

<sup>25</sup> Tagungsdokumentation: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenzen.html> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>26</sup> Tagungsdokumentation: [http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/tagungen-seminare-fortbildungen/bundesdrogenkongress/37.fdrkongress\\_v1.php](http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/tagungen-seminare-fortbildungen/bundesdrogenkongress/37.fdrkongress_v1.php) (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>27</sup> Tagungsdokumentation: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/selbsthilfekonferenzen.html> (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

<sup>28</sup> Tagungsprogramm: [http://www.sv-veranstaltungen.de/site/wp-content/uploads/2014/07/Suchtmedizin\\_2014.pdf](http://www.sv-veranstaltungen.de/site/wp-content/uploads/2014/07/Suchtmedizin_2014.pdf) (Letzter Zugriff: 14.08.2014).

als eines der wichtigsten Geberländer die Arbeiten des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Zudem ist mit Werner Sipp, dem ehemaligen Leiter des Referates "Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr, Internationale Suchtstofffragen" im Bundesministerium für Gesundheit, ein international anerkannter, unabhängiger deutscher Experte im Suchtstoffkontrollrat 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 (Gesundheits-, Innenministerium, 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 Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien (IPA IV Projekt der EBDD), Zentralasien (Central Asian Drug Action Programme), Serbien (Twinning) sowie im Rahmen weiterer internationaler Projekte statt, in denen deutsche Experten mit Kollegen aus anderen Ländern innerhalb und außerhalb der EU zusammenarbeiten.

Die fünfte Phase des „Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP) der EU Kommission, durchgeführt von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Rahmen eines europäischen Konsortiums mit Partnern aus der Tschechischen Republik, Polen und Deutschland, wurde im Juni 2013 erfolgreich abgeschlossen. Eine sechste Phase wird unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) von der GIZ mit Partnern aus den Niederlanden, der Tschechischen Republik, Polen und Deutschland Mitte 2014 weitergeführt.

Ziel des Vorhabens ist es, die zentralasiatischen Regierungen in Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan für ein umfassendes und nachhaltiges Engagement im Bereich der Verbesserung des Monitorings der Drogensituation, der Prävention und der Behandlung von Drogenabhängigen zu gewinnen. Dabei liegt der Fokus auf den Kapazitäten im Bereich Gesundheitspolitik und der adäquaten Verknüpfung mit bestehenden Maßnahmen anderer Politikbereiche und internationaler Programme.

Bereits im November 2008 haben das BMG und das Gesundheitsministerium der Ukraine ein „Aktionsprogramm zur Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen“ unterzeichnet. Das Ziel dieses Aktionsprogramms stellt die Unterstützung der Psychiatriereform sowie die Förderung von Modellprojekten der psychiatrischen Versorgung in 4 Regionen unter Einbeziehung der Behandlung und Betreuung von Drogenkonsumenten dar. Die Staatliche Drogenkontrollbehörde besteht seit 4 Jahren, mit der Aufgabe, alle Aktivitäten im Bereich der Drogenprävention, -kontrolle und -behandlung sowie im Bereich Drogenpolitik zu koordinieren. Man kooperiert eng mit dem United Nations Office on Drugs

and Crime (UNODC). Man hat eine umfassende Drogenstrategie entwickelt und stimmt verschiedene, sich zum Teil widersprechende Politikansätze etwa der Innen- und Gesundheitsbehörden ab (etwa im Ausbau der Substitutionsprogramme mit Methadon, die teilweise durch strafrechtliche Verfolgung der Ärzte, die die Behandlung durchführten, konterkariert wurden). Im Mittelpunkt der Strategie steht ein Politikwechsel, weg von der wahllosen Verfolgung von Abhängigen, bei denen im Mittelpunkt die medizinische und psychologische Behandlung steht. Die Wahrung der Menschenrechte wird dabei in den Mittelpunkt gestellt. Bei der Strafverfolgung konzentriert man sich auf die Händlerstrukturen. Man will das alte Stereotyp der sowjetischen Politik, das auf Repression aufbaute, verlassen. Jetzt steht Prävention im Vordergrund und Hilfe für Abhängige. Auch die Rolle der Zivilgesellschaft muss stärker berücksichtigt werden. Bis zum Jahr 2020 soll jedes Jahr ein Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie erstellt werden, und die Umsetzung soll evaluiert werden. Vor allem fehlen noch immer Fachkräfte, um diese neue Strategie umzusetzen (Michels 2014).

### **1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik**

Neben den an anderen Stellen dieses Berichts erwähnten Veränderungen und Neuerungen gibt es keine weiteren 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. Daneben findet Kooperation zwischen Bund und Ländern z. B. in der AG Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (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 suchtpreventiver 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 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. Seine Kernaufgaben sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

## 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<sup>29</sup>. 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.

Grundlagen 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).

<sup>29</sup> [http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/Sonderkapitel/2007\\_oeffentliche\\_ausgaben.pdf](http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/Sonderkapitel/2007_oeffentliche_ausgaben.pdf) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

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. Es liegen somit keine aktuellen Daten vor.

### **1.4.3 Soziale Kosten**

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



## 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 des Gebrauchs 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 im Jahr 2011 mit einer Stichprobe von

5.000 Befragten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2012 von der BZgA veröffentlicht und im REITOX-Bericht 2012 unter 2.2 bzw. 2.3 vorgestellt<sup>30</sup>.

- 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. Im Juni 2014 wurden diese Umfragen um Ergebnisse aus dem Erhebungsjahr 2012 ergänzt (s.u.).
- Der bundesweite Epidemiologische Suchtsurvey (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey of Substance Abuse: ESA) ist eine kombinierte schriftliche, telefonische und online-Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung alle 3-4 Jahre statt<sup>31</sup> und wird mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1990 durch das IFT Institut für Therapieforschung 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. In diesem REITOX Bericht werden die aktuellen Ergebnisse des ESA 2012 vorgestellt. Informationen zum Studiendesign und der Methodik des ESA 2012 wurden von Kraus und Kollegen 2013 ausführlich beschrieben (Kraus et al. 2013a). Die bereinigte Stichprobe umfasst N=9.084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Nettoausschöpfung beträgt 53,6 %.
- Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs; ESPAD<sup>32</sup>) wird bereits seit 1995 in zahlreichen europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich im Jahr 2011 zum dritten Mal nach 2003 und 2007 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Im Jahr 2007 waren auch Hessen und das Saarland beteiligt. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN<sup>33</sup> (Stockholm) koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Die Studie 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

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> Die Zielgruppe änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012).

<sup>32</sup> [www.espad.org](http://www.espad.org) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>33</sup> Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.



Schülern aus 352 Klassen (Kraus et al. 2012). Für die ESPAD liegen aus allen teilnehmenden Bundesländern Einzelauswertungen vor.

- Im Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützten Studie Health Behavior in School-aged Children (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 Erhebungen wurden bereits in vergangenen REITOX-Berichten berichtet (Nickel et al. 2008; Settertobulte & Richter 2007). Die 2012 berichteten Trends (siehe Kapitel 2.3.1) basieren auf den Daten aus den Erhebungen 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); im Jahr 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). 2013 wurde basierend auf Daten der HBSC-Studien von 2002, 2006 und 2010 von ter Bogt und Kollegen (2014) untersucht, inwieweit internationale Veränderungen des häufigen Konsums von Cannabis im Zusammenhang mit gesellschaftlichem und/oder familiärem Wohlstand und Geschlecht stehen. Die Ergebnisse der Studie werden unter Kapitel 2.5 berichtet.
- 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 der 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 2007; 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 bereits unter den bundesweiten Datenquellen erwähnt wurden (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 Monitoringsystem Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel<sup>34</sup>, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Eine wesentliche Änderung im Vergleich zu sämtlichen Vorjahren ist der Umstand, dass die Schülerbefragung 2013 erstmals mithilfe von Tablet-PCs durchgeführt wurde (vgl. dazu auch: Baumgärtner & Kestler (2014)). Im Erhebungszeitraum 2013 gingen im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD N=1.511 Fragebögen in die Analyse ein (bezogen auf alle Befragten aus 10.-12. Klassen bzw. 1.-3. Ausbildungsjahr), n=1.004 (gewichtete Stichprobe: N=1.004) Befragte waren zwischen 15 und 18 Jahren alt (Werse et al. 2014). Darüber hinaus liegen 2014 auch Ergebnisse des Trendscout-Panels und der Expertenbefragung 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. Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

In Hamburg fand 2012 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2009 unter dem Namen „Hamburger SCHULBUS“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum fünften Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. In die Erhebung 2012 konnten N=1.013 (gewichtete Stichprobe; N=1.148 ungewichtete Stichprobe) 14- bis 17-jährige Schüler eingeschlossen werden. Die Befragungen an den nach stichprobentheoretischen Erwägungen ausgewählten Schulen erfolgten im Klassenverband der Schüler ab der 8. Jahrgangsstufe aufwärts (Klumpenauswahlverfahren) (Baumgärtner & Kestler 2014).

Das große Interesse verschiedener Städte und Kommunen, das Datenerhebungsverfahren des „Hamburger SCHULBUS“ zukünftig auch in ihren jeweiligen Gebietskörperschaften anzuwenden, hat dazu geführt, dass das Büro für Suchtprävention im Rahmen eines vom BMG geförderten Modellprojektes untersucht hat, wie und mit welchem konkreten Erkenntnisgewinn eine Adaption des Ansatzes in anderen Regionen ressourcenschonend möglich ist. Zu diesem Zweck wurden die bislang papiergestützten Erhebungsinstrumente auf ein Tablet-PC-basiertes Verfahren umgestellt und inzwischen über das Gebiet Hamburgs hinaus an vier Modellstandorten (zwei Gemeinden in Niedersachsen, einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern sowie einem Landkreis in Schleswig-Holstein) zur regionalen

<sup>34</sup> Das Trendscout-Panel des MoSyD ist ein teilstandardisiertes Erhebungsinstrument mit qualitativ-ethnografischem Charakter. Primäres Ziel dieses Modells ist das Aufspüren neuer Trends und Veränderungen hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen in Frankfurt am Main. Dazu werden Freizeit-Szenen, vor allem aus dem Bereich der Jugendkulturen, ausgewählt. Die Auswahl der unterschiedlichen Bereiche ist auf jene Szenen fokussiert, für die eine relativ hohe Konsumverbreitung illegaler Drogen angenommen werden kann. Die Trendscout-Befragung ist als Panelerhebung konzipiert – ein möglichst gleichbleibender Stamm von Informanten wird in einem regelmäßigen Turnus (seit 2006 zweimal pro Jahr) befragt. Die Erhebung erfolgt mittels eines halboffenen leitfadengestützten Interviews.

Datenerfassung eingesetzt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgte Anfang 2014 (Baumgärtner & Kestler 2014).

### **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 des letzten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA 2012) und der letzten DAS (2011).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

|            | Quelle                 | Alter | Prävalenz | Absolut <sup>1)</sup> |
|------------|------------------------|-------|-----------|-----------------------|
| Lebenszeit | ESA 2012 <sup>2)</sup> | 18-64 | 23,9 %    | 12.351.000            |
|            | DAS 2011               | 12-17 | 7,2 %     | 344.000               |
| 12 Monate  | ESA 2012 <sup>2)</sup> | 18-64 | 4,9 %     | 2.532.000             |
|            | DAS 2011               | 12-17 | 4,9 %     | 234.000               |
| 30 Tage    | ESA 2012 <sup>2)</sup> | 18-64 | 2,6 %     | 1.344.000             |
|            | DAS 2011               | 12-17 | 2,0 %     | 95.000                |

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen 18-<65 Jahre: 51.680.000 (Jahr 2012); 12-17 Jahre: 4.778.270 (Jahr 2011) (Quelle: Statistisches Bundesamt, GENESIS Online-Datenbank).

2) Die dargestellten Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) basieren auf einer Querschnittsanalyse des Jahres 2012. Die Zahlen können nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends mit Daten früherer ESA-Erhebungen verglichen werden, da die Daten des ESA 2012 im Unterschied zum ESA 2009 auch im Hinblick auf die Bildungsstruktur der Bevölkerung gewichtet wurden. Bei Verwendung einer identischen GewichtungsvARIABLE und unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle (KI 95%) wird deutlich, dass die Anzahl der Personen mit Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Konsum im Zeitraum 2009 bis 2012 statistisch betrachtet stabil geblieben ist.

BZgA 2012; Kraus et al. 2014.

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 ein 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).

Die Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV lassen sich aufgrund der Ergebnisse des ESA 2012 auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochrechnen. Demnach zeigen hochgerechnet

- etwa 283.000 Erwachsene (95 % KI = 201.000-397.000) einen Missbrauch und
- etwa 319.000 Erwachsene (95 % KI = 224.000-453.000) eine Abhängigkeit

im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

Weiterhin haben geschätzte

- 4,61 Millionen (KI = 4.20 Mio. - 5.05 Mio.) Personen eine Diagnose für den Missbrauch von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln. Etwa 2,31 Millionen Personen (KI = 2,03 Mio. - 2,62 Mio.) sind von (mindestens) einem dieser Medikamente abhängig.

In Bezug auf illegale Drogen weisen mehr Männer als Frauen in der Bevölkerung eine substanzbezogene Störung auf. Lediglich für Medikamente zeigt sich ein höherer Anteil an weiblichen Abhängigen (Kraus et al. 2014).

## 2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

### Bundesweite Daten

Die Daten der DAS 2011 wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich berichtet, die wichtigsten Kennziffern werden in Tabelle 2.2 gemeinsam mit den Daten des ESA dargestellt. Zum Konsum illegaler Substanzen unter Erwachsenen wurden zuletzt 2013 neue Ergebnisse aus dem ESA 2012 vorgelegt. In Tabelle 2.2 sind die Ergebnisse des ESA 2009 und 2012 sowie der DAS 2011 dargestellt.

Tabelle 2.2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

| Untersuchung          | DAS 2011           |                    | ESA 2009 <sup>1)</sup> |                    |                    | ESA 2012 <sup>1)</sup> |                    |                    |
|-----------------------|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
|                       | %;12-17 J          | %;18-25 J          | %; 18-64 Jahre         |                    |                    | %; 18-64 Jahre         |                    |                    |
| Substanz              | 12 M <sup>2)</sup> | 12 M <sup>2)</sup> | LZ <sup>1)</sup>       | 12 M <sup>2)</sup> | 30 T <sup>2)</sup> | LZ <sup>2)</sup>       | 12 M <sup>2)</sup> | 30 T <sup>2)</sup> |
| Cannabis              | 4,6                | 13,5               | 25,6                   | 4,8                | 2,4                | 23,2                   | 4,5                | 2,3                |
| Amphetamine           | 0,4                | 1,6                | 3,7                    | 0,7                | 0,3                | 3,1                    | 0,7                | 0,4                |
| Ecstasy               | 0,2                | 1,0                | 2,4                    | 0,4                | 0,2                | 2,7                    | 0,4                | 0,2                |
| LSD                   | 0,1                | 0,3                | 2,4                    | 0,1                | 0,1                | 2,2                    | 0,3                | 0,1                |
| Heroin                | 0,0                | 0,0                | 0,5                    | 0,1                | 0,0                | 0,6                    | 0,2                | 0,1                |
| Kokain                | 0,2                | 0,9                | 3,3                    | 0,8                | 0,3                | 3,4                    | 0,8                | 0,3                |
| Crack                 | 0,0                | 0,0                | 0,2                    | 0,1                | 0,0                | 0,3                    | 0,1                | 0,1                |
| Pilze                 | 0,4 <sup>3)</sup>  | 0,7 <sup>3)</sup>  | 2,8                    | 0,1                | 0,1                | 2,6                    | 0,3                | 0,1                |
| Schnüffelstoffe       | 0,1                | 0,2                | --                     | --                 | --                 | --                     | --                 | --                 |
| Irgendeine Droge      | 4,9                | 14,3               | 26,7                   | 5,1                | 2,6                | 23,9                   | 4,9                | 2,6                |
| Drogen außer Cannabis | 1,0                | 2,8                | 7,4                    | 1,3                | 0,6                | 6,3                    | 1,4                | 0,8                |

1) Aufgrund der geänderten Gewichtung sind die Daten der ESA-Erhebungen 2009 und 2012 nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends vergleichbar, vgl. dazu die erläuternde Fußnote zu Tabelle 2.1.

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

3) Psychoaktive Pflanzen.

BZgA 2012; Kraus et al. 2014; Pabst et al. 2010.

Eine differenzierte Darstellung und Kommentierung der Konsumprävalenzen nach einzelnen Substanzen, Altersgruppen und Geschlecht aus dem ESA (Kraus et al. 2014; Pabst et al. 2013) findet sich im REITOX-Bericht 2013.

Cannabis ist in Deutschland nach wie vor die dominierende illegale Droge. Kokain und Amphetamine sind nach Cannabis die gebräuchlichsten illegalen Substanzen. Die Verbreitung aller weiteren erfragten illegalen Drogen ist mit einer 12-Monats-Prävalenz von weniger als 0,5 % als gering zu bewerten.

### **ESA 1980-2012: Trends des Cannabiskonsums**

Innerhalb der letzten sechs Jahre zeigt sich in den meisten Bevölkerungsgruppen keine Veränderung in der Prävalenz des Cannabiskonsums. Lediglich bei jungen Männern im Alter zwischen 18 und 24 Jahren ist ein Rückgang zu beobachten. Auf lange Sicht gesehen findet sich jedoch fast durchgängig eine Zunahme des Anteils aktueller Konsumenten.

Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ging bei den 18- bis 24-jährigen jungen Männern und Frauen nach einem Anstieg bis Anfang der 2000er Jahre wieder deutlich zurück (Kraus et al. 2014). Das Maximum war bei beiden Geschlechtern fast viermal höher als im Jahr 1980. Eine ähnliche Entwicklung findet sich bei den 25- bis 39-jährigen Erwachsenen, wobei die Prävalenz weit niedriger war als die der jungen Erwachsenen und der Rückgang nach dem Maximum geringer ausfiel. Ein deutlich geringeres Prävalenzniveau und ein flacherer Verlauf der Kurven sind bei den 40- bis 59-Jährigen und bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten. Unterschiede zwischen Männern und Frauen betreffen in erster Linie die geringeren Anteile von weiblichen Cannabiskonsumern in allen Altersgruppen. Im Vergleich zum jeweiligen Ausgangsniveau sind die 12-Monats-Prävalenzwerte im Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern mit Ausnahme der 60- bis 64-Jährigen in allen Altersgruppen signifikant höher. Der Rückgang ab Mitte der 2000er Jahre ist lediglich in der jüngsten Altersgruppe statistisch bedeutsam.

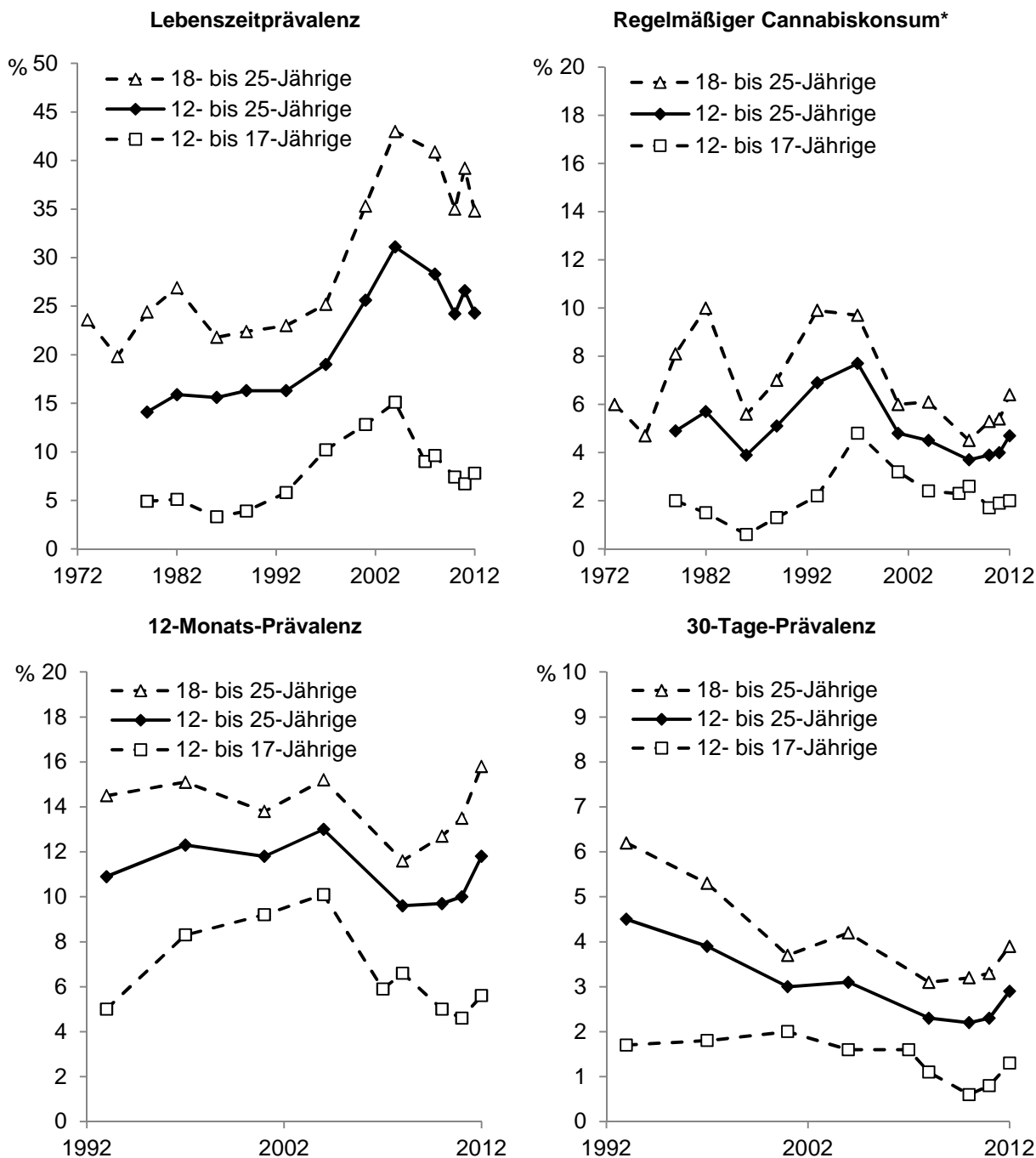
### **Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012**

Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 25 Jahren, die auf der DAS beruhen, wurden in Kapitel 2.3 des REITOX-Berichts 2012 berichtet.

Im Frühsommer 2014 wurden von der BZgA ergänzend zur DAS Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener (12–25 Jahre) vorgestellt, die aus dem „Alkoholsurvey 2012“ stammen<sup>35</sup> (BZgA 2014).

Ergebnissen der Studie zufolge hat im Jahr 2012 in Deutschland jeder dreizehnte Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren (7,8 %) mindestens einmal im Leben Cannabis genommen (Lebenszeitprävalenz). 5,6 % der 12- bis 17-Jährigen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis (12-Monats-Prävalenz) (269.000) und 1,3 % haben in den letzten zwölf Monaten regelmäßig, d. h. mehr als zehnmal, Cannabis genommen (63.000).

<sup>35</sup> Dabei handelt es sich um eine wiederholte deutschlandweite Repräsentativbefragung der 12- bis einschließlich 25-jährigen Bevölkerung zu Alkohol sowie Tabak und Cannabis. Methodische Kennziffern: Computergestützte Telefoninterviews (CATI), mehrfach geschichtete Zufallsauswahl aus dem Infratest Telefon Mastersample (ITMS, Computergenerierte Zufallstelefonnummern, Zufallsauswahl von 12- bis 25-Jährigen im Haushalt), Stichprobengröße: 5.000 Befragte, Ausschöpfung: 53,5%, Befragungszeitraum: 29. Mai bis 29. Juli 2012.



\* 1993 bis 1997: zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten. Ab 2001: häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten.

BZgA 2014.

Abbildung 2.1 Cannabiskonsum nach Altersgruppen. Trends 1973-2012 / 1993-2012

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet. Etwa ein Drittel dieser Altersgruppe (34,8 %) hat Cannabis zumindest einmal ausprobiert, knapp ein Sechstel (15,8 %) hat in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis genommen und 3,9 % konsumieren regelmäßig Cannabis.

Nach wie vor sind beim Cannabiskonsum Geschlechtsunterschiede zu beobachten. Mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene neigen zum Cannabiskonsum.

Der Vergleich der Befragungen seit 1993 zeigt, dass sich die Verbreitung des Cannabiskonsums im Laufe der Jahre verändert. Die Zahl der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die Cannabis einmal probiert haben, beginnt in den 1990er Jahren anzusteigen. Der Höhepunkt liegt je nach Geschlecht in den Jahren 1997 (weiblich) und 2004 (männlich). Seitdem zeichnet sich ein Rückgang ab. Nach dem gleichen Muster entwickelt sich der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der jeweiligen Befragung Cannabis genommen haben. Einer Zunahme bis in die Jahre 1997 (weiblich) und 2004 (männlich) folgt wieder eine Abnahme.

Der regelmäßige Cannabiskonsum der Jugendlichen ändert sich in den Jahren 1993 bis 2012 nur wenig. Die Anzahl der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen, die Cannabis zumindest einmal probiert haben, steigt ab 1993 an und erreicht 2004 ihren Höhepunkt. Danach fällt sie wieder niedriger aus. Davon abweichend hat der Anteil der jungen Männer, die in den letzten zwölf Monaten vor der jeweiligen Befragung Cannabis genommen haben, seit 2008 zugenommen und liegt jetzt wieder auf dem Niveau der 1990er Jahre. Bei den Frauen dieser Altersgruppe zeigt sich dieser statistisch signifikante Anstieg nicht. Die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums bei jungen Männern und Frauen bleibt in den letzten gut zehn Jahren praktisch unverändert.

Um den Cannabiskonsum nach sozialen Merkmalen zu untersuchen, wurden die Befragten anhand des Schultyps, den sie besuchen, bzw. ihrer Tätigkeit unterteilt. Da der Cannabiskonsum mit dem Lebensalter zusammenhängt, wurden die vergleichsweise jungen Schüler der Sekundarstufe I und die älteren Befragten, die die Sekundarstufe I schon verlassen haben, getrennt untersucht.

Bei Schülern der Sekundarstufe I gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied im Cannabiskonsum bezogen auf die erfassten Konsummerkmale (Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-Prävalenz, regelmäßiger Konsum) in Abhängigkeit vom Schultyp. Auch die Gruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund unterscheiden sich statistisch nicht signifikant.

Auch bei den älteren Befragten, die nach sozialen Merkmalen wie Schulbesuch, Ausbildung, Studium, Erwerbs- und Arbeitslosigkeit differenziert untersucht wurden, gibt es keine Unterschiede bezogen auf die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums. Zu beobachten waren aber folgende signifikante soziale Unterschiede:

- Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei Studierenden und Arbeitslosen über dem Durchschnitt. Bei Erwerbstätigen ist sie am geringsten.
- Die 30-Tage-Prävalenz ist bei Gymnasiasten sowie Erwerbstätigen vergleichsweise niedrig und bei Arbeitslosen am höchsten. Unter den Arbeitslosen ist der regelmäßige Cannabiskonsum mit 9,3 % deutlich weiter verbreitet als in den anderen Gruppen.
- Bei den Befragten außerhalb der Sekundarstufe I spielt auch der Migrationshintergrund eine Rolle. Bei Menschen mit dem Migrationshintergrund Türkei/Asien sind die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums deutlich geringer als in den anderen Gruppen.



## 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 riskante 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. 2008a). Aufgrund der besonderen Bedeutung des Konsums auch legaler psychotroper Substanzen (v. a. Alkohol, Tabak) durch Jugendliche und junge Erwachsene werden nachfolgend auch kurz Ergebnisse zum Konsum legaler Substanzen berichtet.

Die Verlaufsprognose von Substanzstörungen ist speziell für das Kindes- 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 2012) 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) (2 Mio.), 14,2 % dieser Altersgruppe trinken regelmäßig (d. h. mindestens wöchentlich) Alkohol (670.000), 15,2 % der Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Trinkgelegenheit fünf Gläser Alkohol hintereinander getrunken (Rauschtrinken) (720.000) 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 weiter verbreitet 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 und Kollegen berichtet (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 aktuelle bundesweite Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor (BZgA 2012). 2011 haben von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland insgesamt 70,8 % noch nie geraucht, 11,7 % rauchen aktuell (560.000). Bezogen auf die Gesamtgruppe rauchen 4,8 % täglich (230.000), 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.

Auch aus anderen Quellen (z. B. SCHULBUS Hamburg 2012 (Baumgärtner & Kestler 2014); Studie des KFN Niedersachsen (Baier & Rabold 2012); MoSyD Frankfurt (Werse et al. 2014)) liegen regionale Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum unter Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor, auf die hier aber aufgrund der Zielsetzung des REITOX-Berichts nicht näher eingegangen wird.

### 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). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich vorgestellt. Demnach ist der Anteil der Cannabiskonsumenten gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2003 deutlich zurückgegangen (Tabelle 2.4 im REITOX-Bericht 2012). 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.

Die zeitliche Entwicklung des problematischen Cannabiskonsums (erhoben über den Cannabis abuse Screening Test; CAST) kann nur für den Zeitraum der letzten vier Jahre betrachtet werden, da die entsprechenden Indikatoren 2003 nicht erhoben wurden. Demnach hat es sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe keine signifikante Veränderung des Anteils riskanter 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 riskanten Cannabiskonsums von 0,7 % auf 2,9 % (Gesamtstichprobe) bzw. von 5,0 % auf 17,0 % (Konsumenten) angestiegen ist.

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)***

Die Ergebnisse der letzten DAS wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich berichtet. Basierend auf den Ergebnissen der aktuellen DAS (BZgA 2012) 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.

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.

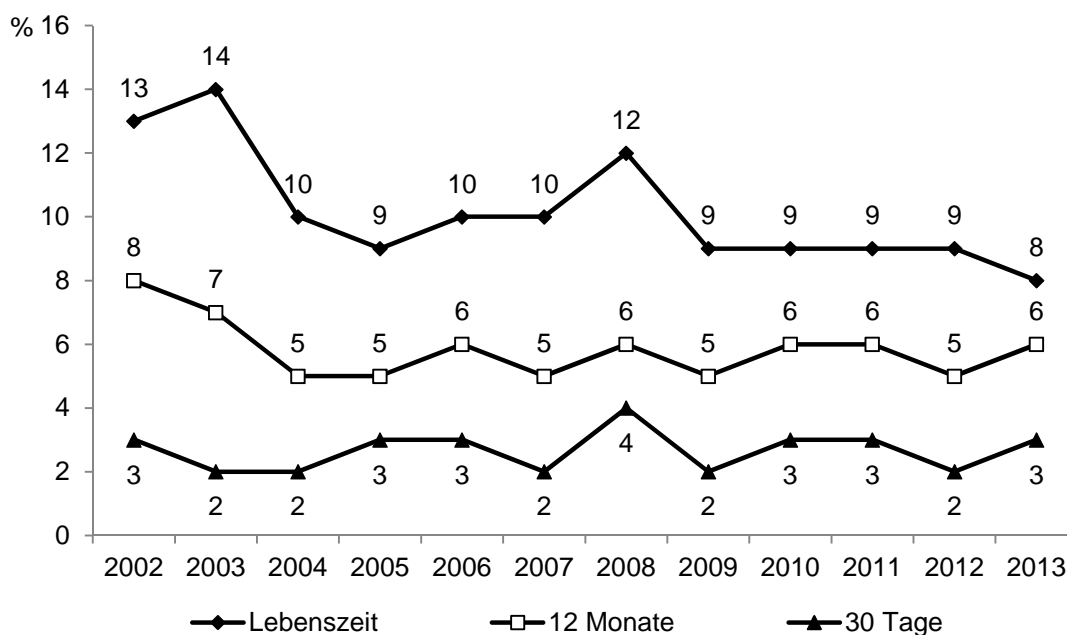
Die jungen Männer und Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren zeigen ähnliche Verlaufsmuster wie in der Gesamtgruppe, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In den 1990er Jahren beginnt bei den jungen Erwachsenen in beiden Geschlechtergruppen ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums. Männliche 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 bis etwa 2011 einen Rückgang bei Jugendlichen in Deutschland an. Unter 2.2.2 wurden basierend auf aktuellen Daten repräsentativer Studien der BZgA Trends berichtet, die diese Entwicklung in den letzten Jahren relativieren.

## Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

### Frankfurt (MoSyD)

2013 berichteten 8 % der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis<sup>36</sup> (Abbildung 2.2). Die 12-Monats-Prävalenz und die 30-Tage-Prävalenz lagen jeweils um einen Prozentpunkt über den Vergleichswerten des Vorjahres (6 % bzw. 3 %). Detaillierte Übersichten zu den Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen des Konsums einzelner Substanzen sind Tabelle 2.3 zu entnehmen.



Werse et al. 2014.

Abbildung 2.2 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren – 2002 bis 2013 (MoSyD)

Unter Frankfurter Schülern sind Schnüffelstoffe weiterhin relativ häufig verbreitet (Tabelle 2.3): 15 % der 15- bis 18-Jährigen haben mindestens einmal Inhalanzien ausprobiert. Jeweils 8 % haben Erfahrungen mit Lachgas, 5 % mit Speed, 4 % mit Kokain und jeweils 3 % mit psychoaktiven Pilzen und Ecstasy. 2 % haben mindestens einmal im Leben Hormonpräparate konsumiert. Bei LSD, GHB/GBL, Crystal (Methamphetamin), Crack und Heroin beträgt die Lebenszeit-Prävalenzrate jeweils 1 %.

<sup>36</sup> Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.

Tabelle 2.3 Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD)

|                            | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         | 2006         | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Sig. |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Lebenszeitprävalenz</b> |              |              |              |              |              |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Schnüffelstoffe            | 17           | 17           | 21           | 14           | 15           | 17   | 15   | 16   | 13   | 14   | 10   | 15   | ***  |
| Speed                      | 5            | 5            | 4            | 3            | 5            | 4    | 5    | 3    | 6    | 6    | 5    | 5    | **   |
| Lachgas                    | 5            | 5            | 3            | 6            | 5            | 5    | 5    | 6    | 6    | 5    | 5    | 8    | **   |
| Kokain                     | 4            | 5            | 4            | 4            | 5            | 4    | 6    | 3    | 4    | 3    | 4    | 4    | n.s. |
| Psych. Pilze               | 8            | 9            | 5            | 4            | 6            | 5    | 5    | 4    | 4    | 4    | 4    | 3    | ***  |
| Ecstasy                    | 5            | 5            | 3            | 3            | 4            | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 4    | 3    | *    |
| Hormonpräparate            | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | 3            | 4            | 2            | 3    | 4    | 3    | 3    | 3    | 1    | 2    | *    |
| LSD                        | 3            | 3            | 2            | 2            | 3            | 2    | 2    | 2    | 3    | 3    | 3    | 1    | n.s. |
| Crack                      | 1            | 2            | 1            | 2            | 1            | 2    | 1    | 2    | 2    | 1    | 1    | 1    | n.s. |
| Crystal                    | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | n.s. |
| GHB/GBL                    | <1           | 1            | 1            | 1            | <1           | 1    | 1    | <1   | 1    | <1   | 2    | 1    | *    |
| Heroin                     | 1            | 1            | 1            | 1            | 1            | 1    | <1   | <1   | 1    | <1   | <1   | 1    | *    |
| <b>12-Monats-Prävalenz</b> |              |              |              |              |              |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Schnüffelstoffe            | 7            | 7            | 8            | 7            | 7            | 9    | 8    | 8    | 6    | 8    | 5    | 8    | n.s. |
| Speed                      | 3            | 2            | 2            | 2            | 3            | 2    | 4    | 2    | 3    | 4    | 3    | 3    | *    |
| Lachgas                    | 2            | 2            | 1            | 1            | 1            | 2    | 2    | 3    | 2    | 2    | 2    | 2    | n.s. |
| Kokain                     | 3            | 3            | 2            | 3            | 2            | 2    | 3    | 2    | 3    | 2    | 2    | 3    | n.s. |
| Psych. Pilze               | 4            | 4            | 2            | 2            | 3            | 2    | 2    | 1    | 1    | 3    | 2    | 2    | ***  |
| Ecstasy                    | 3            | 2            | 1            | 1            | 2            | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | n.s. |
| Hormonpräparate            | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | 2            | 2            | 1            | 2    | 2    | 2    | 2    | 1    | 1    | 2    | n.s. |
| LSD                        | 1            | 1            | 1            | 1            | 2            | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | n.s. |
| Crack                      | 1            | 1            | <1           | 1            | 1            | 1    | 1    | 1    | 1    | <1   | <1   | <1   | n.s. |
| Crystal                    | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | 1    | 1    | 1    | <1   | 1    | <1   | 1    | n.s. |
| GHB/GBL                    | <1           | <1           | <1           | <1           | <1           | 1    | 1    | <1   | 1    | <1   | <1   | 1    | n.s. |
| Heroin                     | <1           | <1           | <1           | <1           | <1           | 1    | <1   | <1   | <1   | 0    | <1   | <1   | n.s. |

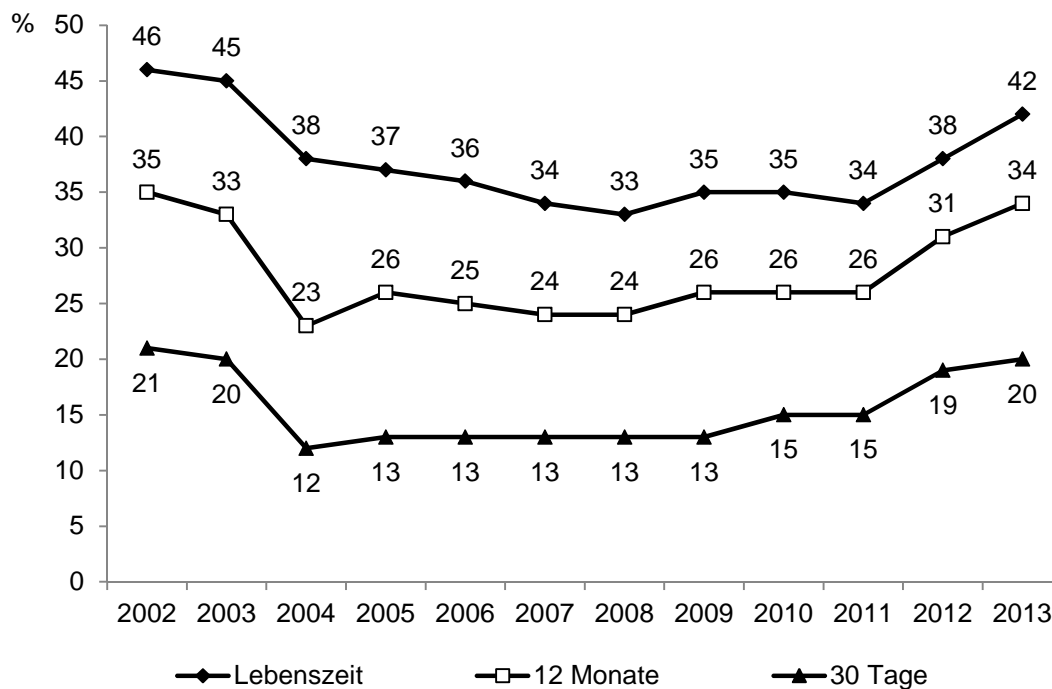
<sup>a</sup> Nicht erhoben.

Werse et al. 2014.

Bezogen auf die letzten 12 Monate berichten 8 % der 15- bis 18-Jährigen über den Konsum von Schnüffelstoffen, 3 % haben in diesem Zeitraum Speed oder Kokain konsumiert und jeweils 2 % Lachgas, psychoaktive Pilze, Hormonpräparate oder Ecstasy. Alle weiteren Substanzen erreichen bei der 12-Monats-Prävalenz maximal 1 %. Insgesamt 6 % haben im vergangenen Jahr mindestens eine „harte Droge“ konsumiert.

Bezogen auf den Konsum von Cannabis unter Frankfurter Schülern zeigt sich, dass die Lebenszeit-Prävalenz, nach einem zunächst deutlichen Rückgang bis 2008 und danach folgenden geringfügigen Schwankungen, wie bereits im Vorjahr erneut um vier Prozentpunkte angestiegen ist und damit fast das Niveau von 2003 erreicht (Abbildung 2.3). Ähnliches gilt für die 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz, die nach Rückgängen bis 2004 und recht konstanten Werten in den Folgejahren seit 2012 erneut steigen und praktisch die Höhe von 2002 erreicht haben.

Nachdem in den letzten Jahren somit von einer Stagnation des Cannabiskonsums auszugehen war, zeichnet sich unter Frankfurter Schülern weiterhin ein Anstieg ab. Dieser lässt sich auch bei den häufig Konsumierenden beobachten (mindestens 10 Mal im Vormonat): Wie bereits 2012 lag der entsprechende Anteil bei 7 % und liegt damit fast so hoch wie in den ersten Erhebungsjahren. Der Anteil derer, die maximal 9 Mal im Vormonat konsumiert haben, ist wie von 2011-2012 erneut um einen Prozentpunkt angestiegen.



Werse et al. 2014.

Abbildung 2.3 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2013 (MoSyD)

Seit 2008 werden die Schüler nach dem Konsum sogenannter Räuchermischungen, seit 2010 auch nach dem Konsum anderer „Legal Highs“ befragt. In der aktuellen Erhebung haben 5 % der 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben eine Räuchermischung konsumiert, 1 % auch in den zurückliegenden 30 Tagen. 0,5 % haben ein derartiges Produkt mehr als fünf Mal im Leben konsumiert. Zwischen den Altersjahrgängen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Auf die Frage nach anderen Legal-High-Produkten (neben „Badesalzen“, „Düngerpillen“ etc. wurden in der Fragestellung auch „Research Chemicals“ (RCs), also die wirksamen Reinsubstanzen, als Beispiel angegeben) geben 2 % an, ein derartiges Präparat mindestens einmal probiert zu haben. 1 % hat auch im letzten Monat andere Legal Highs genommen und fünf Befragte haben solche Produkte schon mehr als fünf Mal im Leben konsumiert. Auch hier zeigen sich keine signifikanten altersbezogenen Differenzen.

Die Antworten auf die Frage nach dem Konsum anderer Legal Highs bzw. RCs sind 2013 unter noch größeren Vorbehalten zu betrachten als zuvor: Lediglich zwei der 24 Personen, die Konsumerfahrungen angeben, nennen bei der offenen Frage nach dem Namen des konsumierten Stoffs mit „Badesalz“ überhaupt ein Produkt bzw. eine Substanz aus der engeren Gruppe der Legal Highs/RCs. Vier vorgeblich Konsumerfahrene nannten hier illegale Drogen oder Lachgas, jeweils zwei Räuchermischungen oder Herbal Ecstasy, drei gaben an, nicht mehr zu wissen, was sie konsumiert haben, vier gaben unsinnige Antworten und die restlichen sieben machten keine Angabe. Insofern dürften nach Einschätzung der Autoren des MoSyD vermutlich weitaus weniger Befragte synthetische Neue Psychoaktive Substanzen außer Cannabinoiden probiert haben; die Kennzahlen für aktuellen bzw. erfahrenen Gebrauch dürften gegen Null tendieren.

Die Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Räuchermischungen ist im Berichtsjahr um weitere zwei Prozentpunkte zurückgegangen, so dass sich seit dem Jahr 2010 im MoSyD eine insgesamt abnehmende Tendenz zeigt, die auch statistisch signifikant ist. Die Veränderung bei der 30-Tages-Prävalenz zeigt keinen klaren Trend, Gleiches gilt für den mehr als fünfmaligen Konsum, diese Kennzahl erreicht 2013 aber den niedrigsten Wert seit 2009. Insgesamt hat sich die rückläufige Tendenz beim Konsum cannabinoidhaltiger Kräutermischungen klar bestätigt. Bei anderen Legal Highs bzw. Research Chemicals zeigen sich keine signifikanten Änderungen. Der noch niedrigere Anteil derer, die ein konkretes Produkt aus diesem Bereich benennen (2011: 8 Nennungen; 2012: 5; 2013: 2) deutet indes auch hier auf eine rückläufige Tendenz hin.

### **Hamburg - SCHULBUS**

Die im Jahr 2012 zum fünften Mal erhobenen Daten zur Konsumverbreitung von Rauschmitteln unter Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie die daraus ableitbaren Schlussfolgerungen wurden bereits im REITOX-Bericht 2013 dargestellt (Baumgärtner & Kestler 2014).

Basierend auf Daten des SCHULBUS 2012 hat Baumgärtner (2013) eine Detailanalyse von Risikogruppen innerhalb der untersuchten Population vorgenommen. Die untersuchungsleitende Fragestellung war dabei, ob sich bei den Jugendlichen im Hinblick auf verschiedene Merkmale unterschiedlich stark ausgeprägte Risikogruppenanteile ausmachen lassen. In die Analyse gingen eine Reihe von Variablen wie z.B. Geschlecht, Migrationshintergrund, Schulform, familiäre Situation, Erstkonsumalter oder die Suchtmittelverbreitung im Freundeskreis ein.



Grundsätzlich erwiesen sich die Risikogruppenanteile unter den männlichen Jugendlichen sowohl für Alkohol-, Tabak- als auch Cannabiskonsum erwartungsgemäß als deutlich höher als unter den weiblichen Befragten (OR für Cannabis 5,18; KI: 2,14-11,14). Hinsichtlich eines spezifisch osteuropäisch geprägten Migrationshintergrundes ließen sich keine interpretierbaren Auffälligkeiten ausmachen. Ein interessantes Ergebnis war, dass Jugendliche mit eher muslimisch geprägtem Migrationshintergrund einen deutlich weniger riskanten Cannabiskonsum aufwiesen als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund (OR: 0,21; KI: 0,05-0,89). Hinsichtlich der Schulform war die Wahrscheinlichkeit, riskant Tabak oder Cannabis zu konsumieren, unter den Gymnasiasten deutlich geringer als unter den gleichaltrigen Jugendlichen an den Stadtteilschulen (OR: 0,36; KI: 0,13-0,99). Eine seitens der Befragten als „schlecht“ wahrgenommene familiäre oder schulische Situation erhöhte die Wahrscheinlichkeit zum Risikokonsum.

Basierend auf Daten zum Einstiegsalter in den Suchtmittelkonsum konnte Baumgärtner frühere Ergebnisse bestätigen, dass der frühe Einstieg in den Konsum das Risiko ihres späteren Missbrauchs enorm erhöht. Auch wenn Suchtmittel im Freundeskreis konsumiert werden, ist das Risiko des eigenen Drogenmissbrauchs um ein Vielfaches erhöht (OR für Cannabis: 26,57; KI: 10,45-67,56).

Baumgärtner beziffert den Anteil der 14- bis 17-Jährigen in Hamburg mit riskantem Konsummuster von mindestens einem Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Cannabis) auf 18,5 %, wobei dieses Ergebnis maßgeblich durch die Substanz Alkohol geprägt wird (Cannabis: 5,2 %).

### **Niedersachsen**

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) hat 2013 eine Prävalenzstudie zum Konsum psychotroper Substanzen bei niedersächsischen Schülern unter Berücksichtigung einer Subgruppe von riskant konsumierenden Jugendlichen durchgeführt. In einem Kooperationsprojekt mit dem Forschungsinstitut WINEG der Techniker Krankenkasse (TK) und dem Suchtmobil e.V. wurden in Niedersachsen 1.085 Jugendliche zu ihrem Gebrauch psychotroper Substanzen und der Risikoeinschätzung eines derartigen Konsums befragt. Der Endbericht wurde vom DZSKJ erstellt und der TK zur Verfügung gestellt. Die zentralen Ergebnisse wurden im April 2013 auf einer Pressekonferenz in der niedersächsischen Landesvertretung der Techniker Krankenkasse vorgestellt. Eine deutschsprachige Publikation mit ausgewählten Befunden wurde erstellt und soll nach der internen Begutachtung bei einer Fachzeitschrift eingereicht werden.

### **Gesamtbetrachtung und Trends**

Unverändert sind Alkohol und Nikotin die am weitesten verbreiteten Drogen, unter den illegalen Drogen rangiert Cannabis weiterhin an erster Stelle.

Entsprechend der Ergebnisse des MoSyD Frankfurt spielen in spezifischen Szenen darüber hinaus Heroin/Crack („offene Szene“) oder Speed („elektronische Tanzmusik“) eine wichtige Rolle – hier liegen aus Frankfurt auch Hinweise auf eine Ausweitung des Konsums auch auf

die Werkzeuge vor. Für den Konsum von MDMA/Ecstasy wurde im Rahmen des MoSyD im aktuellen Berichtsjahr eine Konsumsteigerung festgestellt, die in Übereinstimmung mit andernorts berichteten Entwicklungen steht.

Nachdem die Daten regionaler Monitoringsysteme (Frankfurt und Hamburg) bereits im Vorjahr auf eine Stagnation oder sogar Umkehr des seit mehreren Jahren beobachteten kontinuierlichen Rückgangs des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen hingewiesen haben, liegen mit Daten der BZgA (Erhebungsjahr: 2012) weitere Informationen vor, die diese Wahrnehmung stützen. Die 2014 von der BZgA veröffentlichte Studie kommt zu dem Schluss, dass *„(...) es verkehrt sein könnte, von einem weiteren Rückgang des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen in Deutschland auszugehen“* (BZgA 2014, S. 18).

Die im Rahmen des Trendscout Panels des Frankfurter MoSyD 2013 interviewten Kontaktpersonen berichten, 2013 eine Image-Verbesserung von Cannabis im Zuge der weltweiten Legalisierungsdebatten wahrgenommen zu haben (Werse et al. 2014). Demnach sei 2013 eine große Offenheit und Akzeptanz des Konsums in so gut wie allen Szenen berichtet worden.

Offensichtlich gelingt es aber nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten (so unterschiedlich sie in den einzelnen Studien auch definiert werden) zu erreichen, während es Hinweise darauf gibt, dass die etablierten Präventionsprogramme und -angebote das Alter des Erstkonsums erfolgreich weiter steigern konnten. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Cannabiskonsum ist in Frankfurt über Jahre hinweg konstant gestiegen (2002: 14,5 Jahre; 2012: 15,1 Jahre), auch wenn der Wert im Erhebungsjahr 2013 geringfügig unter dem Vergleichswert des Vorjahres lag (15,0 Jahre). Auch ist in Frankfurt der Anteil derjenigen Schüler, die bis zum 13. Lebensjahr erstmals Cannabis konsumiert haben, so niedrig wie nie zuvor im Rahmen des MoSyD (2002: 21 %; 2013: 10 %).

Besonderes Augenmerk sollte insbesondere auf den Zusammenhang des Cannabiskonsums mit dem Rauchverhalten gelegt werden. Diese Beziehung ist seit vielen Jahren bekannt und wurde wiederholt andernorts beschrieben.

Die Prävalenzraten so genannter „Legal Highs“ und verwandter Produkte scheinen unverändert relativ niedrig zu sein. Dennoch scheinen sie sich als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen zu etablieren. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten in diesem Segment ist mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden und wird sicherlich vor dem Hintergrund sich verändernder Konsumgewohnheiten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

Aus den verfügbaren Daten wird deutlich, dass die isolierte Betrachtung einzelner Substanzen ohne Berücksichtigung von Konsummustern und anderer relevanter (z. B. sozialer) Daten unzureichend ist, um die Entstehung und Aufrechterhaltung des Konsums illegaler Substanzen ausreichend zu beschreiben.

Die Tabellen 2.4 und 2.5 fassen die wichtigsten Ergebnisse jüngerer Studien zum Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Beim Vergleich der Daten ist Folgendes zu beachten:

- Die befragten Altersgruppen der einzelnen Studien sind nicht identisch.
- 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. klassengestützte Fragebogenerhebung) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.
- Regional existieren zum Teil erhebliche Unterschiede im Konsumverhalten und in den Charakteristika der Märkte (z. B. Verfügbarkeit, Preise und/oder Reinheitsgehalte für verschiedene Substanzen).

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

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.

Tabelle 2.4 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen *außer* Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

| Studie <sup>1)</sup> | Jahr | Altersgruppe | Region    | Prävalenz (%)         |           |            |
|----------------------|------|--------------|-----------|-----------------------|-----------|------------|
|                      |      |              |           | 30 Tage <sup>2)</sup> | 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                | 2013 | 15-18        | Frankfurt | 3                     | 6         | 8          |
| MoSyD                | 2012 | 15-18        | Frankfurt | 2                     | 5         | 9          |
| 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             | 2012 | 14-17        | Hamburg   | 2,2                   |           | 7,3        |
| SCHULBUS             | 2009 | 14-17        | Hamburg   | 0,9                   |           | 3,9        |
| SCHULBUS             | 2007 | 14-17        | Hamburg   | 2,2                   |           | 5,8        |
| SCHULBUS             | 2005 | 14-17        | Hamburg   | 4,8                   |           | 10,3       |
| SCHULBUS             | 2004 | 14-17        | Hamburg   | 3,4                   |           | 10,2       |

1) Die 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. Die dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich von den Vorjahren und beruhen auf einer Re-Analyse der Daten (Baumgärtner & Kestler 2013).

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

Tabelle 2.5 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien\*

| Studie                 | Jahr    | Altersgruppe | Region                 | Konsum im Zeitraum (%)  |           |            |
|------------------------|---------|--------------|------------------------|-------------------------|-----------|------------|
|                        |         |              |                        | 30 Tage <sup>1)</sup>   | 12 Monate | Lebenszeit |
| HBSC                   | 2010    | 15           | National <sup>2)</sup> |                         | 7,4       |            |
| HBSC <sup>3)</sup>     | 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 <sup>3)</sup>    | 2003/06 | 11-17        | National               |                         | 9,2/6,2   |            |
| BZgA                   | 2012    | 18-25        | National               | 6,4 (3,9) <sup>4)</sup> | 15,8      | 34,8       |
| BZgA                   | 2012    | 12-17        | National               | 2,0 (1,3) <sup>4)</sup> | 5,6       | 7,8        |
| BZgA                   | 2011    | 18-25        | National               | 5,4 (3,3) <sup>4)</sup> | 13,5      | 39,2       |
| BZgA                   | 2011    | 12-17        | National               | 1,9 (0,8) <sup>4)</sup> | 4,6       | 6,7        |
| BZgA                   | 2010    | 18-25        | National               | 5,3 (3,2) <sup>4)</sup> | 12,7      | 35,0       |
| BZgA                   | 2010    | 12-17        | National               | 1,7 (0,2) <sup>4)</sup> | 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        |
| ESPAD <sup>5)</sup>    | 2011    | 15-16        | 5 Länder               | 8,1                     | 17,4      | 22,2       |
| ESPAD <sup>5)</sup>    | 2007    | 15-16        | 7 Länder               | 8,1                     | 17,2      | 25,2       |
| ESPAD <sup>5)</sup>    | 2003    | 15-16        | 6 Länder               |                         | 24,0      | 31,0       |
| MoSyD                  | 2013    | 15-18        | Frankfurt              | 20                      | 34        | 42         |
| MoSyD                  | 2012    | 15-18        | Frankfurt              | 19                      | 31        | 38         |
| MoSyD                  | 2011    | 15-18        | Frankfurt              | 15                      | 26        | 34         |
| MoSyD                  | 2010    | 15-18        | Frankfurt              | 15                      | 26        | 35         |
| MoSyD                  | 2009    | 15-18        | Frankfurt              | 13                      | 26        | 35         |
| SCHULBUS               | 2012    | 14-17        | Hamburg                | 16,9                    |           | 29,3       |
| SCHULBUS <sup>6)</sup> | 2009    | 14-17        | Hamburg                | 11,3                    |           | 23,6       |
| SCHULBUS <sup>6)</sup> | 2007    | 14-17        | Hamburg                | 9,0                     |           | 22,7       |
| SCHULBUS <sup>6)</sup> | 2005    | 14-17        | Hamburg                | 15,5                    |           | 35,0       |
| SCHULBUS <sup>6)</sup> | 2004    | 14-17        | Hamburg                | 16,7                    |           | 38,0       |

\* Dargestellt sind im Falle wiederholter Erhebungen (z.B. BZgA, MoSyD) nur die Daten der letzten fünf veröffentlichten Studien.

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

2) Ohne Baden-Württemberg.

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

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

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

6) Die dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich von den Vorjahren und beruhen auf einer Re-Analyse der Daten (Baumgärtner & Kestler 2013).

## 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.

Daten aus verschiedenen aktuellen Untersuchungen (MoSyD, SCHULBUS, JDH-Studie Berlin) bestätigen, dass bei einem Vergleich der Jugendlichen aus muslimischen Elternhäusern mit Gleichaltrigen die Jugendlichen mit einem islamischen Hintergrund deutlich seltener Cannabis und andere illegale Drogen konsumieren.

### (Techno-) Partyszenen

Auch 2013 gibt es nach Einschätzung des im Rahmen des Frankfurter MoSyD befragten Expertenpanels (Werse et al. 2014) keine nennenswerten Änderungen im Konsumverhalten, mit Alkohol als wichtigster Droge, gefolgt von Cannabis, Amphetamin und Ecstasy/MDMA. Ein aktuelles Thema in der Szene 2013 war die wahrgenommene höhere Kontrolldichte seitens der Strafverfolgung.

## Offene Drogenszene – Frankfurt/Main

2013 wurde mit der „Szenestudie 2012“ der letzte umfangreiche Bericht des MoSyD zur offenen Drogenszene in Frankfurt am Main vorgelegt (Bernard & Werse 2013), dessen Ergebnisse im REITOX-Bericht 2013 vorgestellt wurden.

Nach Einschätzung des Expertenpanels des MoSyD 2013 (Werse et al. 2014) sind Heroin und Crack unverändert die meistkonsumierten Substanzen in diesem Umfeld. Benzodiazepine werden hingegen, nach der BtMG-Unterstellung von Flunitrazepam (Rohypnol®) 2011, deutlich seltener konsumiert als noch zwei Jahre zuvor. Gerüchte über das Auftauchen von Crystal Meth in der Szene haben sich nicht bestätigt.

Der Umbruch im Heroinhandel von Dealern vorwiegend mazedonischer Herkunft zu v. a. Nordafrikanern ist offenbar beendet. Der Wirkstoffgehalt ist augenscheinlich wieder angestiegen. Fortgesetzt hat sich auch die Tendenz zu weniger i.v. Konsum, hin zu mehr nasalem Gebrauch und Rauchkonsum.

Möglicherweise hat sich der illegale Verkauf von Substitutionsmitteln erhöht, parallel zu einem sinkenden Anteil „offiziell“ Substituierter. Etwas häufiger beobachtet wurden psychiatrisch-suchtbezogene Doppeldiagnosen. Wahrgenommen wurde auch ein erhöhter Druck auf die Szene seitens der Strafverfolgung.

## Substanzkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe

In Deutschland werden regelmäßig Kinder und Jugendliche zu ihrem Substanzmittelkonsum und teilweise zu suchtbezogenen Verhaltensweisen befragt (z. B. BZgA, ESPAD, KiGGS, SCHULBUS). Die repräsentativen Untersuchungen beziehen sich dabei auf die Allgemeinbevölkerung in der jeweiligen Alterskohorte. In der Fachöffentlichkeit, speziell im Bereich selektiver und indizierter Prävention, wird jedoch schon lange vermutet, dass Kinder und Jugendliche in öffentlicher Erziehungshilfe eine besonders belastete Subgruppe darstellen, ohne dass bislang Daten zu dieser Gruppe vorlagen.

Im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) führte FOGS im Herbst 2013 eine Vollerhebung in den trägereigenen stationären Jugendhilfeeinrichtungen durch, mit der Erkenntnisse zum Konsum von Suchtmitteln, suchtbezogenen Verhaltensweisen, weiteren Gesundheitsaspekten, Gewalt, u. a. von 12- bis 17-Jährigen gewonnen werden sollten (Sarrazin 2014)<sup>37</sup>. Eine zweite Befragung richtete sich an die Fachkräfte in den Jugendhilfeeinrichtungen und eruierte, wie diese suchtbezogene Probleme bei den ihnen anvertrauten Jugendlichen wahrnehmen, wie Teams und Einrichtungen damit umgehen und wie gut die Fachkräfte sich gerüstet fühlen, mit diesen Jugendlichen umzugehen. Zudem wurden ihre Unterstützungs- und Kooperationsbedarfe erfragt.

<sup>37</sup> Abschlussbericht unter: [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Publikationen/FORUM\\_SUCHT](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Publikationen/FORUM_SUCHT) (Letzter Zugriff: 15.08.2014).

Die Ergebnisse zum Suchtmittelkonsum der Kinder und Jugendlichen in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen des LWL sind aus Sicht der Autoren und Auftraggeber in vielerlei Hinsicht alarmierend, insbesondere mit Blick auf das Rauchen, den Cannabis-Konsum, die Gewalterfahrungen und die psychischen Auffälligkeiten. Die Untersuchungsergebnisse geben in für Deutschland einmaliger Weise deutliche Hinweise auf die erhebliche und komplexe Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen und insbesondere von Mädchen in stationärer Jugendhilfe. Die Jugendheime des LWL, in denen die Befragungen stattgefunden haben, können dabei als durchaus repräsentativ für das System stationärer Hilfen mit verschiedenen Wohnformen und einer unterschiedlich belasteten Klientel angesehen werden. Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung sind demnach in diesem Kontext keine Ausnahmethemen.

### **Substanzmissbrauch unter Jugendlichen mit ADHS**

Im Rahmen einer internationalen Studie wurden 1.017 unmittelbar Betroffene, ihre Geschwister und gesunde Kontrollpersonen untersucht, die im Rahmen der International Multicenter ADHD Genetics (IMAGE)-Studie in Belgien, den Niederlanden und Deutschland rekrutiert wurden (Groenman et al. 2013). Ziel der Untersuchung war es, die Beziehung zwischen einer in der Kindheit gestellten Diagnose einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Entwicklung einer späteren Störung aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen (Alkohol, Drogen, Tabak) zu untersuchen. Die Teilnehmer der Studie waren zwischen fünf und 17 Jahre alt, wurden über die Ambulanzen der teilnehmenden Kliniken rekrutiert und im Mittel nach 4,4 Jahren im durchschnittlichen Alter von 16,4 Jahren erneut untersucht. Ergebnis der Studie war, dass die Stichprobe der mit ADHS diagnostizierten Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung aufwies (HR=1.77, 95 % KI: 1,05-3,00). Die Autoren schließen aus diesem Ergebnis, dass die bereits in der Kindheit existierende Diagnose einer ADHS einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung in der Jugend darstellt und bestätigen damit auch andere zu diesem Themenbereich vorliegende Untersuchungen.

## **2.5 Weitere Forschungsergebnisse und Befunde**

### **Studie „Jugend, Drogen, Hintergründe“ (Berlin)**

Die explorative „JDH-Studie – Jugend, Drogen, Hintergründe“ (Cornel et al. 2014) wurde als Kooperationsprojekt der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH gemeinsam mit der Alice Salomon Hochschule Berlin unter Beteiligung von Studierenden der Hochschule durchgeführt. Ziel der Studie war es, Hintergrundwissen zum Substanzkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 16 und 27 Jahren zu generieren. Neben den Konsummotiven standen dabei insbesondere Einstellungen und Haltungen im Fokus der Betrachtung. Von November 2012 bis März 2013 nahmen insgesamt 441 Jugendliche und junge Erwachsene an der Studie, die im Mixed-Methods-Design konzipiert wurde, teil.



Erste Ergebnisse der Studie berichten von einer Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 69 % („gegenwärtiger Konsum“ definiert als „mindestens einmal im Monat oder seltener“: 35 %; „regelmäßiger Konsum“ definiert als „mehrmals pro Woche oder täglich“: 14 %). Die korrespondierenden Werte liegen für Amphetamine bei 26 %, (Lebenszeit; gegenwärtig: 12 %; regelmäßig: 1 %); Kokain: 19 % (6 %; 8 %); Ecstasy: 17 % (8 %; --); Räuchermischungen: 8 % (2 %; --) und „Badesalze“: 5 % (2 %; --). Fast jeder achte Befragte (12,5 %) wies ersten Auswertungen zufolge Merkmale eines problematischen Suchtmittelkonsums auf. Bei den problematisch Konsumierenden dominiert der Cannabiskonsum gegenüber dem Alkoholkonsum sowie gegenüber dem weiteren illegaler Substanzen. Bei den unter 18-Jährigen spielt das „dazu gehören wollen“ bzw. der „Gruppenzwang“ als Konsummotiv eine wesentlich größere Rolle als bei den älteren Befragten. Er wird von diesen fast doppelt so häufig genannt. Die 18- bis 20-Jährigen nennen demgegenüber häufiger als alle anderen Altersgruppen das „Problemen-Ausweichen“ als Konsummotiv. Die Intensität des Cannabiskonsums korreliert mit einem höheren Konsum anderer Substanzen. Dieser Zusammenhang zeigt sich insbesondere für den Konsum von Zigaretten und illegalen Substanzen. Ähnlich wie es sich in Bezug auf muslimische Jugendliche auch im Rahmen des Hamburger SCHULBUS gezeigt hat, wiesen Befragte, die sich einer Religion zugehörig bezeichneten, sowohl eine geringere Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums (51 %) als auch geringere Konsumintensitäten auf als Befragte ohne Religionszugehörigkeit. Die Häufigkeit und Intensität des Konsums von Alkohol ist bei den Befragten mit muslimischer Religionszugehörigkeit signifikant niedriger als bei denen mit christlicher und denen ohne Religionszugehörigkeit. Jeder zweite Befragte fühlt sich durch die Leistungsorientierung in der Gesellschaft belastet, mehr als die Hälfte (56 %) fühlen sich manchmal bis oft von Alltäglichem, wie z. B. durch schulische Pflichten oder Anforderungen der Eltern, überfordert. Regelmäßiger Cannabiskonsum geht mit einer Wahrnehmung der Substanz Cannabis als legal einher, wohingegen Nicht-Konsumierende es als eindeutig illegal ansehen.

### **Suchtbericht Sachsen**

Im Januar 2014 wurde durch die Sächsische Staatsregierung zum zweiten Mal nach 2009 ein Drogen- und Suchtbericht für den Freistaat Sachsen vorgelegt (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2014). Zur Darstellung der substanzbezogenen Drogen- und Suchtproblematik in Sachsen wurden insbesondere der ESA 2009 (Sachsen), die Kurzberichte des ESA 2009 (Deutschland) sowie die Jahrbücher Sucht der DHS herangezogen und durch weitere Literatur ergänzt. Für die Zielgruppe der Jugendlichen wurde v.a. auf die Studie „Jugend 2009 in Sachsen“, die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) und die HBSC Faktenblätter (2012) zurückgegriffen. Für einige Altersgruppen und Substanzen lagen keine sachsenspezifischen Daten vor. Diese wurden auf der Grundlage bundesweiter Daten und den nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselten sächsischen Bevölkerungszahlen (2011) hochgerechnet.

Ausgehend vom ESA 2009 werden im 2. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht für Sachsen folgende Schätzwerte genannt: Im Freistaat Sachsen leben in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen etwa 114.000 Konsumenten illegaler Drogen (wovon die Mehrheit, 105.000 Personen, Cannabis konsumiert vs. 32.000 Konsumenten anderer illegaler Drogen), 37.000 cannabisabhängige Personen und 85.000 Menschen, die eine problematische Medikamenteneinnahme aufweisen. Angenommen wird eine Größenordnung von etwa 490.000 Personen in Sachsen mit Lebenszeiterfahrung hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen, 114.000 Personen haben innerhalb der letzten zwölf Monate und 53.000 Personen innerhalb der letzten 30 Tage illegale Drogen konsumiert.

Besondere Aufmerksamkeit besteht in Sachsen hinsichtlich des Konsums von Stimulanzien. Im Freistaat Sachsen lag die 12-Monats-Prävalenz im ESA 2009 nur geringfügig höher (0,8 %) als der Vergleichswert des gesamten Bundesgebietes (0,7 %). Unabhängig dieser Prävalenzen wird im Drogen- und Suchtbericht ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Behandlungsbedarf in den Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung im Freistaat Sachsen insbesondere durch Personen, die Methamphetamin konsumieren, in jüngster Zeit erheblich gestiegen sei. Die Autoren schließen daraus, dass diese Steigerungen auf einen erhöhten Konsum schließen lassen. Belastbare aktuellere Zahlen zur Prävalenz lagen allerdings bei Redaktionsschluss des Berichts (30.1.2013) nicht vor.

### **Methamphetamin und andere synthetische Drogen**

Nach wie vor wurde im vergangenen Jahr an verschiedenen Stellen sowohl in der Presse als auch im Rahmen von Fachveranstaltungen über den wachsenden Konsum von Methamphetamin berichtet. Seitens der Strafverfolgungsbehörden und Versorgungseinrichtungen sind in einigen Regionen weiterhin deutliche Zuwächse bei Sicherstellungen, erstauffälligen Konsumenten und Betreuungen/Behandlungen berichtet worden, die sich nicht ausschließlich auf die an die Tschechische Republik angrenzenden Bundesländer beschränken. Nach wie vor liegen aber keine verlässlichen epidemiologischen Informationen vor, die Aufschluss über den Gebrauch von Methamphetamin in der Allgemeinbevölkerung liefern.

Insgesamt spielten illegale synthetische Drogen in den Expertenrunden des Frankfurter MoSyD 2013 nur eine Nebenrolle. Am ehesten war in diesem Zusammenhang noch – wohl wiederum aufgrund der hohen Medienpräsenz – von Methamphetamin die Rede; allerdings mit dem Tenor, dass die Substanz weiterhin nur eine äußerst marginale Rolle spielt. Aus der Peer-Prävention wurde in Frankfurt über vereinzelte Anfragen zur Substanz berichtet, zumeist aber wohl durch Personen, die sie nicht selbst konsumiert hatten. Aus der Frankfurter Strafverfolgung wurde berichtet, dass es zumindest im ersten Halbjahr 2013 kein einziges Verfahren im Zusammenhang mit Methamphetamin gegeben habe. Auch andere synthetische Substanzen spielen in Frankfurt laut der Angaben der befragten Experten nur eine geringe Rolle bzw. haben noch an Bedeutung eingebüßt. Die Anzahl der Verfahren wegen Amphetamin- und Ecstasy/MDMA-Handel habe abgenommen, und die

Sicherstellungsmengen dieser Substanzen seien gering. Unter den Jugendlichen, die Peer-Präventions-Kräfte über ein Schulprojekt erreichen, interessierte sich nur eine sehr kleine Gruppe für synthetische Drogen.

Das BMG hat 2013 eine Studie in Auftrag gegeben, die sich mit Konsummotiven der Gebraucher von (Meth-)Amphetaminen befasst hat. Das Ziel der Untersuchung war es, relevante Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum von Amphetamin und Methamphetamin zu identifizieren und als Grundlage für mögliche zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen Informationen zu deren Konsumbiographien, -motiven und -mustern zu gewinnen (Milin et al. 2014).

Das Projekt umfasste drei Module: 1.) die empirische Befragung von Personen, die aktuell Amphetamin und Methamphetamin konsumieren, 2.) die Auswertung von Beiträgen in relevanten Internetforen und 3.) die Untersuchung von Personen, die ihren Konsum eingestellt haben. Im Mittelpunkt stand die unter Punkt 1.) genannte empirische Befragung. Mit Hilfe eines innovativen, PC-gestützt bzw. online einsetzbaren Instruments wurden 392 Konsumierende über ein breites Spektrum von Feldzugängen für eine Teilnahme gewonnen (u.a. Kommunikationsplattformen im Internet, Freizeitveranstaltungen, Beratungs- und Behandlungsangebote). Der Befragung lag ein Mixed-Methods-Ansatz zugrunde, mit sorgfältig aufeinander abgestimmten quantitativen und qualitativen Elementen.

Verschiedene der im internationalen Kontext beschriebenen Konsumentengruppen konnten auch für Deutschland empirisch bestätigt werden. Dazu zählen neben Konsumierenden mit ausschließlich Freizeit-bezogenem Konsum unter anderem Konsumierende mit Konsum im beruflichen Kontext, Konsumierende mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen, Konsumierende mit Kindern und Konsumierende mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten. Neben den teilweise unterschiedlichen Konsummotiven, den Umständen des Einstiegs in den Konsum und weiteren Aspekten, aus denen sich Ansätze für präventive Maßnahmen ableiten lassen, konnten Befunde zur Einschätzung von Hilfsangeboten und Prävention durch die Betroffenen selbst gewonnen werden. Dabei zeigte sich eine besonders hohe Akzeptanz von Akteuren, die einen akzeptierenden und auf Risikominimierung zielenden Ansatz verfolgen. Die Stärken der vorliegenden Untersuchung liegen in der qualitativen Beschreibung der oben genannten Aspekte. Sie stellt keine repräsentative Befragung dar. Alle Aussagen, einschließlich der Unterschiede zwischen Amphetamin-Konsumierenden und Personen, die (auch) Methamphetamin konsumierten, müssen deshalb zurückhaltend interpretiert werden.

## **Ketamin**

Die im Rahmen des MoSyD Frankfurt 2012 aufgestellte Vermutung einer weiteren Ausweitung des Ketamin-Konsums auf Szenen außerhalb des Bereichs „elektronische Tanzmusik“ hat sich 2013 nicht bestätigt. In den relevanten Szenen ist es etwa jeder Zehnte der Szenegänger, die 2013 mindestens einige Male Ketamin konsumiert haben. Vier Trendscouts des MoSyD sprechen von einem anhaltenden Trend oder sogar wachsender Beliebtheit – nur in der Tech-House-Szene habe der Konsum nachgelassen. Die

wahrgenommene Verfügbarkeit in Frankfurt habe sich gegenüber dem Vorjahr wieder verbessert (Werse et al. 2014).

### **„Legal Highs“ und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)**

Den Ergebnissen der aktuellen Trendscout-Untersuchung des Frankfurter MoSyD zufolge spielen die so genannten „Legal Highs“ in allen untersuchten Szenen nach wie vor eine marginale Rolle (Werse et al. 2014). Gleiches gilt für „Research Chemicals“, die lediglich in spezialisierten, experimentierfreudigen Kreisen in gewissem Maße verbreitet sind. Die Mehrheit der Partygänger wurde hingegen als eher konservativ im Konsumverhalten eingeschätzt.

Aus dem Trendscout-Panel des Frankfurter MoSyD liegen einige Informationen zu NPS vor, die in Frankfurt auffällig geworden sind: Das potente Stimulans MDPV (Methylendioxypropylvaleron – seit 2012 dem BtMG unterstellt) habe demnach in einem überschaubaren Kreis der Gay Party- und Clubszene Verbreitung gefunden. Einzug gehalten habe die Substanz als Mitbringsel aus Berlin, wo sie in bestimmten Szene-Kreisen als Trend-Droge gilt. Die Konsumenten wurden vom Trendscout als drogenerfahrene Personen bezeichnet, die ausschließlich bei Afterhours im kleinen Kreis konsumiert haben. Handel wurde offensichtlich bislang nicht mit MDPV betrieben. Neben der euphorisierenden Wirkung habe die Droge einen negativen Effekt auf das Körpergefühl bzw. die eigene Körperwahrnehmung, was in manchen Fällen auch als psychisch belastend empfunden werde. Riskant wurde außerdem die schwierige Dosierbarkeit der Droge, die im Milligramm-Bereich wirksam ist, bezeichnet sowie die unbekanntenen Nebenwirkungen und die Verwechslungsgefahr mit MDMA wegen der Namensähnlichkeit.

Mephedron hat drei Jahre nach seiner Unterstellung unter das BtMG Einzug in die Goa-Szene gefunden. Es werde nasal gesniffelt oder mit Cannabis vermischt in Joints geraucht. Die Effektivität der letztgenannten Konsumform ist allerdings fragwürdig, da Mephedron, ein Salz, nicht rauchbar ist. Nichtsdestotrotz wird die Kombination als einem MDMA-Rausch ähnlich beschrieben, sie könne aber auch einen dissoziativen und „nachdenklichen“ Trip verursachen. Mephedron wurde bislang nur unter Bekannten unentgeltlich angeboten und vor allem aus Neugierde ausprobiert. Die Substanz wurde vermutlich im Internet zu einem dem Trendscout unbekanntem Preis in größeren Mengen erworben. Ein kleiner Kreis konsumiere die Substanz regelmäßig im privaten Rahmen und setze die Trips gezielt zur „Persönlichkeitsfindung“ bzw. „Krisenbewältigung“ ein.

Das IFT Institut für Therapieforschung München führt im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes „Phar-Mon“ in Kooperation mit dem Suchtpräventionsprojekt MINDZONE seit Anfang 2013 eine Untersuchung zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene durch, in deren Rahmen auch Informationen zu neuen Substanzen und Konsummustern unter Partygängern in München und Umgebung erhoben werden, da diese Population als sehr affin für den Konsum dieser Substanzen betrachtet werden kann. Erste Datenanalysen haben gezeigt, dass unter der befragten Population der Konsum von Cannabis (12-Monats-Prävalenz: 75 %), Ecstasy (52 %) und Speed (51 %) dominieren.

Darüber hinaus gab jeder sechste Befragte an, im letzten Jahr Crystal konsumiert zu haben. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Anforderungen an differenzierte, zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen (in diesem Fall für kristallines Methamphetamin) regional erheblich variieren können (Stumpf et al. 2014).

Im Frühjahr 2013 wurden weitere Kooperationen mit den Präventionsprojekten „Eve&Rave“ in Münster und „Musikszeneprojekt: Drogerie“ in Erfurt eingegangen. Im März 2014 wurden weitere Präventionsprojekte in Frankfurt (Alice), Berlin (Fixpunkt), Köln (Drogenhilfe), Leipzig (DrugScouts) und Potsdam (Chillout) kontaktiert.

Derzeit liegen insgesamt 1.200 ausgefüllte Fragebögen von 26 Veranstaltungen vor (Stand 12.06.2014), wobei der Großteil der Fragebögen aus München stammt. 753 Fragebögen konnten bislang in die Auswertung einbezogen werden. Dabei wurden insgesamt 72 „neue“ Substanzen genannt und verifiziert. Ausgenommen wurden etablierte Substanzen (Cannabis, MDMA, Speed, LSD etc.), Medikamente, Crystal Meth und Ketamin. Eingeschlossen wurden Sammelbegriffe (Badesalze, Research Chemicals, Spice, etc.) und Naturdrogen (Ayahuasca, Meskalin). Die Daten bestätigen, dass der Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei jungen Partygängern nach wie vor weiter verbreitet ist als in der Allgemeinbevölkerung. In der Stichprobe wurde innerhalb der letzten 12 Monate am häufigsten Cannabis konsumiert (75,1 %). Ecstasy (MDMA) und Speed (Amphetamine) stehen an zweiter und dritter Stelle der am häufigsten eingenommen Substanzen (52,0 % bzw. 51,1 % in den letzten 12 Monaten; 30,2 % bzw. 28,3 % in den letzten 30 Tagen). Crystal Meth erscheint an 10. Stelle nach Kokain, LSD, halluzinogenen Pilzen, Ketamin, neuen psychoaktiven Substanzen und GHB. Rund 16,4 % der Befragten haben innerhalb der vergangenen 12 Monate Crystal Meth konsumiert, 4,1 % in den vergangenen 30 Tagen. Nur Heroin, Naturdrogen und Substanzen, die nicht von den Befragten zugeordnet werden können, wurden seltener eingenommen (Hannemann & Piontek, persönliche Mitteilung, Juli 2014).

### **Risikobewertung als Prädiktor für den individuellen Konsum**

2014 haben Eul und Stöver (2014) eine umfangreiche Arbeit vorgelegt, die die Ergebnisse mehrerer aufeinander aufbauender Studien zu den Themen „Konsumerfahrung und -bereitschaft, Risikoeinschätzung, gewünschte Rechtslage und deren Wechselbeziehungen untereinander zu Cannabis und anderen Drogen in der Bevölkerung Deutschlands“ zusammenfasst. Basierend auf drei repräsentativen Umfragen aus den Jahren 2000 bis 2010 und einer Internet-Umfrage aus dem Jahr 2010<sup>38</sup> wurden der Gebrauch, die persönliche Risiko-Bewertung und die gewünschte Rechtslage zu Cannabis und anderen Drogen in der deutschen Bevölkerung untersucht. Wenig überraschend ist Ergebnissen der Studie zufolge Cannabis im Vergleich vor Amphetamin, Kokain, Ecstasy und anderen

---

<sup>38</sup> Es handelt sich um drei repräsentative und mittels Computer-unterstützter Telefoninterviews (CATI) durchgeführte Studien mit N=2.002 (2000), N=1.007 (2002) und N=1.001 (2010) befragten Personen zwischen 14 und 94 Jahren (2000), 14 und 90 Jahren (2002) und 14 und 91 Jahren (2010). Darüber hinaus wurden Ergebnisse einer nicht repräsentativen Interneterhebung mit N=4.104 Teilnehmern aus dem Jahr 2010 berücksichtigt. Weitere methodische Aspekte sind der Originalarbeit zu entnehmen.

Drogen die am meisten gebrauchte und dabei als am wenigsten risikoreich eingestufte, sowie in Richtung einer möglichen drogenrechtlichen Liberalisierung im Vergleich am stärksten favorisierte illegale Droge. Basierend auf ihren Ergebnissen kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die persönliche Risikobeurteilung einer Droge noch vor zahlreichen anderen Einflussgrößen den wichtigsten Prädiktor für den individuellen Konsum bzw. Nichtkonsum dieser Droge darstellt. Darüber hinaus wirke sich die Risikoeinschätzung auch maßgeblich auf die gewünschte Rechtslage im Zusammenhang mit der jeweiligen Substanz aus. Eul und Stöver weisen darauf hin, dass sich nach wie vor etwa 70 % der deutschen Bevölkerung gegen einen sanktionsfreien Besitz von Cannabis zum Eigenkonsum aussprechen. Allerdings votierten fast 60 % der im Rahmen der Untersuchungen Befragten für eine Entkriminalisierung des Besitzes von Cannabis zum persönlichen Gebrauch. Für eine mögliche Verwendung von Cannabis als Medizin sprachen sich 75 % der Befragten aus.

### **Gesellschaftlicher und familiärer Wohlstand - Internationaler Vergleich aus der HBSC**

Basierend auf Daten der HBSC-Studien von 2002, 2006 und 2010 wurde von ter Bogt und Kollegen (2014) untersucht, inwieweit internationale Veränderungen des häufigen Konsums von Cannabis (operationalisiert als mindestens 40-maliger Konsum im Lebenszeitraum bis zum Alter von 15 Jahren) im Zusammenhang mit gesellschaftlichem und/oder familiärem Wohlstand und Geschlecht stehen. Eingeschlossen wurden die Daten von 160.606 15-Jährigen aus repräsentativen Studien in 30 Ländern Europas und Nordamerikas. Als Ergebnis berichten die Autoren einen Rückgang der Frequenzen des Lebenszeitkonsums unter Jugendlichen in Europa und Nordamerika, insbesondere in Westeuropa und den USA. Ein vergleichbarer Trend ließ sich nicht in den sich schnell entwickelnden Ländern Ost-, Mittel- und Südeuropas beobachten. Über den Beobachtungszeitraum hinweg (2002-2010) erwies sich Cannabiskonsum als weniger charakteristisch für Länder mit hohem Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Kontrast zu solchen mit einem niedrigen BIP, sowie für Familien mit höherem Wohlstand im Gegensatz zu weniger ökonomisch gut gestellten Familien, bei einem wachsenden Abstand zwischen den Geschlechtern (mehr männliche Jugendliche). Die wahrgenommene Verfügbarkeit von Cannabis und entsprechende Kontakte innerhalb der Peergruppen erwiesen sich überdauernd als wichtige Prädiktoren für häufigen Cannabiskonsum. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sich der Cannabiskonsum insgesamt eher ausnivelliert und sich Konsummuster zwischen Ländern aber auch unterschiedlichen Einkommensschichten annähern.

### **Abwasseranalysen**

Im Rahmen einer internationalen Studie haben Ort und Kollegen (2014) die Variabilität der täglichen Belastungen mit Drogen in Abwässern untersucht, um der Frage nachzugehen, inwieweit Abwasseranalysen, die grundsätzlich eine alternative Möglichkeit zur Abschätzung des Drogenkonsums in der Bevölkerung darstellen, auch für kleine Populationen Ergebnisse liefern können, und um das Design des Monitorings für zukünftige Studien zu optimieren. Grundlage dafür waren tägliche Abwasserproben von 1.369 aufeinanderfolgenden Tagen

aus einer deutschen Kleinstadt mit 7.160 Einwohnern. Die Forscher haben das Abwasser mit geeigneten Verfahren auf das Vorhandensein von Kokain und Benzoyllecgonin untersucht und die Daten mit Verfahren zur Analyse von Zeitreihen ausgewertet. Sie beobachteten eine Zunahme der nachweisbaren Belastung mit Kokain im Zeitverlauf, mit erhöhten Werten im Winter und Frühjahr. Trotz erheblicher Tagesschwankungen erwiesen sich die Belastungen an den Wochenenden sowie an Tagen mit Frost und Schnee als signifikant höher. Basierend auf ihren Ergebnissen kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass mindestens 56 aufeinanderfolgende Proben notwendig seien, um zu reliablen Jahresschätzwerten der Belastung mit Drogen zu kommen. Um Veränderungen in Konsumgewohnheiten zu identifizieren oder Beziehungen zu weiteren Faktoren zu untersuchen, werden deutlich größere Stichprobenumfänge benötigt (sowohl bezogen auf hoch prävalente Drogen in kleineren Gemeinden als auch auf niedrig prävalente Substanzen in Großstädten). Zu diesem Themenkomplex sind weitere umfangreiche Informationen auf der Homepage der EBDD<sup>39</sup> zu finden.

### **Daten aus Giftnotrufzentralen**

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Bedeutung von Intoxikationen durch Substanzmissbrauch für die Toxikologie haben Liebetrau und Kollegen (2013) Daten<sup>40</sup> des Giftnotrufs Erfurt (Thüringen) der Jahre 2002-2011 retrospektiv nach Substanzklassen, Expositionsgründen, Symptomschwere, Altersgruppen und Geschlecht analysiert. Demnach stiegen Substanzmissbrauchsfälle im Beobachtungszeitraum (N=3.760; 3 % aller Expositionen) kontinuierlich von 252 (2002) auf 507 (2011) an, wobei im Vergleich zu allen Expositionen nur der Anstieg des Mischkonsums signifikant war. Der Missbrauch von Ethanol, Amphetamin-Typ-Stimulanzien, Benzodiazepin/Analoge und GHB nahm zu, während sich der von Cannabis verringerte. Missbrauchsfälle im Zusammenhang mit sogenannten „Legal Highs“ wurden erstmals 2010 beobachtet und führten häufiger zu mittelschweren Symptomen als Cannabismissbrauch. Die Autoren folgern aus ihren Daten, dass die klinische Bedeutung des Substanzmissbrauchs daran erkennbar wird, dass er im Vergleich zu Suizidversuchen häufiger zu mittelschweren und schweren Symptomen führte und empfehlen, Daten zum Substanzmissbrauch von Giftnotrufzentralen als Ergänzung zu anderen Datenquellen auch in der Berichterstattung zur Drogensituation zu berücksichtigen.

### **Joint Action zur Reduktion Alkohol-bedingter Schäden**

Auch wenn der Fokus dieses Projekts auf der Erhebung von Daten im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol liegt, soll das von der Europäischen Kommission geförderte Vorhaben „Reducing alcohol-related harm – RARHA“<sup>41</sup> aufgrund seiner Zielsetzungen der internationalen Abstimmung von Datenerhebung, Monitoring und Entwicklung von Leitlinien, die der REITOX-Berichterstattung strukturell ähneln, hier Erwähnung finden. Im Rahmen von

---

<sup>39</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Letzter Zugriff: 25.08.2014).

<sup>40</sup> Expositionen gegenüber einer Substanz unter akzidentellen, missbräuchlichen oder unbekanntem Umständen oder im Rahmen eines Suizidversuchs.

<sup>41</sup> <http://ec.europa.eu/eahc/news/news310.html> (Letzter Zugriff: 15.08.2014).

RARHA arbeiten 23 Mitgliedstaaten der EU mit dem Ziel zusammen, zu den Prioritäten der EU-Alkohol-Strategie gemeinsame Ansätze zu entwickeln, diese flächendeckend einzuführen und damit die alkoholbedingten Schäden in Europa zu reduzieren und risikoarmen Alkoholkonsum zu fördern. Deutschland ist in dieser Joint Action durch das BMG vertreten, das das Projekt auch fördert. Einige der anstehenden Aufgaben wurden an Institutionen in Deutschland delegiert, z. B. an die BZgA, das IFT München und die LWL-Koordinationsstelle Sucht, die Partner in RARHA sind. Im Rahmen des Projekts sollen der Wissensstand und der Zugang zu EU-weit vergleichbaren Daten über Alkoholkonsum, Konsummuster und alkoholbedingten Schäden verbessert werden. Entwickelt werden Leitlinien zum risikoarmen Alkoholkonsum sowie eine bevölkerungsbezogene Kampagne zur Information über die Inhalte der Leitlinien.



## 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 umfassenden Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Durch Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit entstehen neben schwerwiegenden psychischen und körperlichen Schäden bei den Betroffenen auch enorme volkswirtschaftliche Kosten. Prävention ist eine der vier Säulen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik (vgl. Kapitel 1.1.2).

Der Stellenwert der Suchtprävention zeigt sich auch darin, 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 werden soll.

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 Verwaltungsebene 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 Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik sieht vor, für jede Droge besondere Risikogruppen zu ermitteln und Prävention zukünftig stärker darauf zu fokussieren (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b).

Die aktuellen substanzbezogenen Entwicklungen und Trends werden ausführlich in Kapitel 2 dargestellt. Erkenntnisse aus der Epidemiologie liefern wertvolle Hinweise für die Ermittlung von Bedarfen an suchtpreventiven Maßnahmen in unterschiedlichen sozialen Gruppen und erleichtern die Ausrichtung an den spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppe. An dieser Stelle soll deshalb zunächst auf Ergebnisse aus Repräsentativbefragungen eingegangen werden, die Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Faktoren und dem Konsum illegaler Drogen in der Allgemeinbevölkerung erkennen lassen.

Die weiterhin mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland ist Cannabis. Der vom Institut für Therapieforschung (IFT) durchgeführte Epidemiologische Suchtsurvey 2012, eine Repräsentativbefragung, ermittelte eine 12-Monats-Prävalenz von 4,5 % in der Allgemeinbevölkerung (Pabst et al. 2013).

Der Anteil an Befragten, die angeben in den letzten zwölf Monaten Cannabis gebraucht zu haben, ist in den meisten Bevölkerungsgruppen in den letzten zehn Jahren relativ stabil geblieben.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt regelmäßig eine „Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ durch. Die in dieser repräsentativen Befragung ermittelte 12-Monats-Prävalenz von 11,8 % in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen liegt weit über dem Wert in der Allgemeinbevölkerung (BZgA 2014).

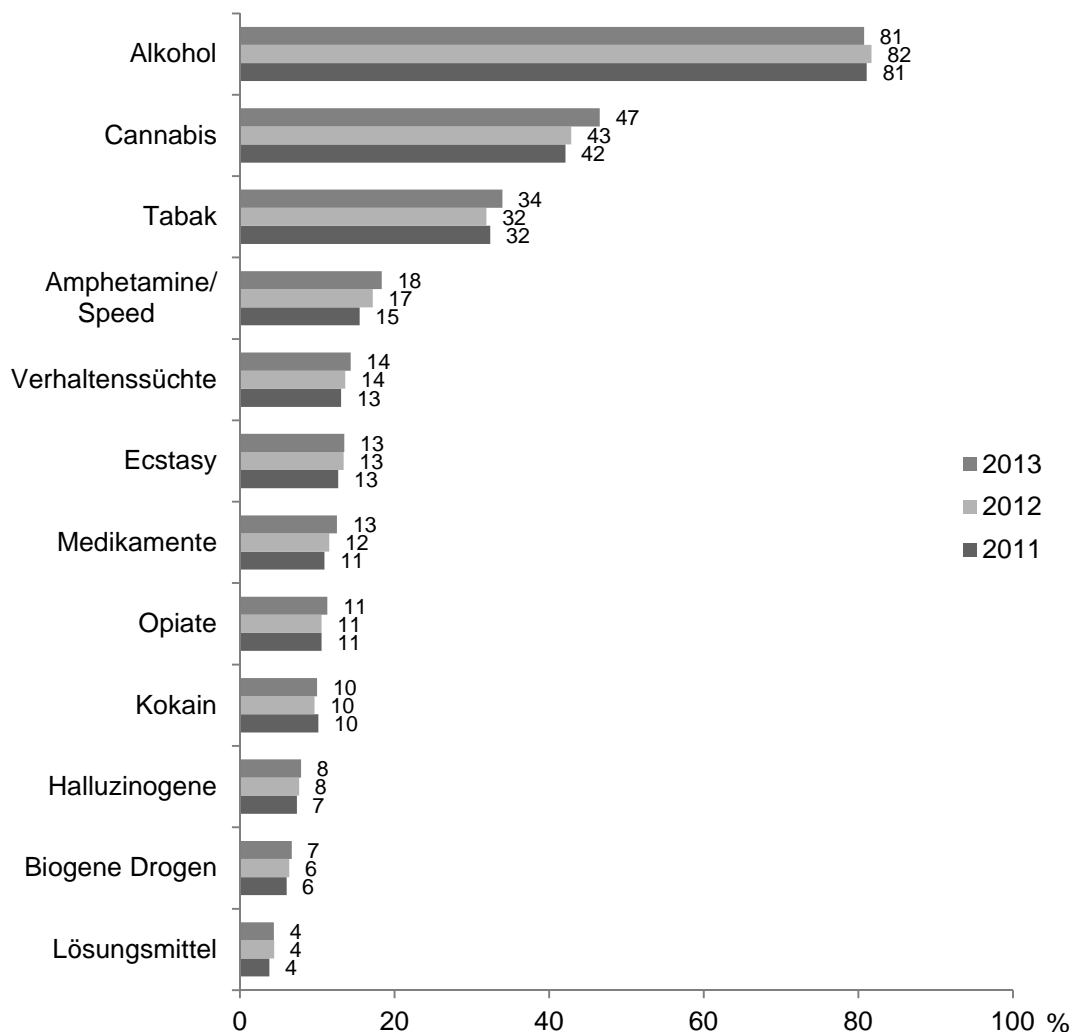
Der letzte Konsum liegt bei mehr als der Hälfte der 18- bis 25-Jährigen zwölf Monate oder länger zurück. Bei den meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen die Konsumerfahrungen also in der Vergangenheit. Unter den 12- bis 25-Jährigen mit Konsumerfahrung konsumieren weniger als 20 % aktuell Cannabis (BZgA 2014).

Für die Mehrheit beschränkt sich die Konsumerfahrung auf den einmaligen, gelegentlichen oder episodischen Gebrauch. Bei einer Minderheit der bereits im Jugendalter regelmäßig und häufig Cannabis Konsumierenden setzt sich der regelmäßige Konsum bis ins junge Erwachsenenalter und darüber hinaus fort. Das Jugendalter steht traditionell im Fokus suchtpreventiver Maßnahmen, um einem Persistieren missbräuchlichen Cannabiskonsums in spätere Lebensabschnitte entgegenzuwirken.

Die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys<sup>42</sup> zeigen, dass der Anteil spezifischer Angebote zur Senkung des Cannabiskonsums seit Jahren wächst (Abbildung 3.1). So beschäftigen sich die mit Dot.sys erfassten Aktivitäten zu 81 % mit Alkohol und zu 47 % mit Cannabis.

---

<sup>42</sup> 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 (2013) = 19.902, N (2012) = 19.942, N (2011) = 18.904

Dot.sys 2013, eigene Darstellung.

Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2011 bis 2013

Abgesehen von Cannabis, eignen sich Repräsentativbefragungen nicht zur verlässlichen Identifizierung von Risikogruppen bei illegalen Drogen, da die ermittelten 12-Monats-Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung unter einem Prozent liegen (Pabst et al. 2013).

Erkenntnisse über Veränderungen in der Sozialstruktur und im Konsumverhalten schaffen die Voraussetzung dafür, Angebote der Suchtprävention an veränderte Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe anzupassen. Damit kann die Wirksamkeit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen optimiert werden. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit einem erhöhten Risiko für problematischen Konsum. Zu prüfen bleibt, ob Angebote der Suchtprävention diese Gruppe in ausreichendem Maße erreichen.

Einrichtungen des Gesundheitswesens, Strafverfolgungsbehörden und Organe der Rechtspflege dokumentieren Kontakte mit Konsumenten illegaler Drogen. Die Falldatei Rauschgift des BKA liefert Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen (zur methodischen Diskussion siehe Kapitel 6).

Aus diesen Quellen ergibt sich, dass bei Konsumenten mit problematischem Konsum seit 2000 eine wesentliche Veränderung der Altersstruktur und der bevorzugt konsumierten Substanzen stattgefunden hat. Da diese Entwicklungen für die Planung suchtpreventiver Maßnahmen von Bedeutung sind, sollen an dieser Stelle die Faktoren Alter, Substanz und ihr Zusammenspiel kurz erläutert werden.

Die meisten Präventionsprogramme richten sich an Jugendliche und junge Erwachsene. Im Folgenden soll deshalb insbesondere auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen eingegangen werden.

### **Entwicklungen im Problemkonsum<sup>43</sup> bei den unter 25-Jährigen**

Die Zahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) sank seit 2000 insgesamt um 15 %, nahm bei den über 24-Jährigen (im Folgenden „die Älteren“) um 33 % zu und sank bei den unter 25-Jährigen (im Folgenden auch „die Jüngeren“) um 50 % (BKA 2014b). Die Gruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen (unter 25 Jahre) stellte im Jahr 2000 mit 58 % die Mehrheit der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen. Im Jahr 2013 lag ihr Anteil bei 38 % (BKA 2014b). Einträge im Polizeiregister müssen, wie in Kapitel 9 ausgeführt, nach gesetzlichen Fristen gelöscht werden, was zu einer systematischen Überschätzung erstauffälliger Konsumenten führt. Bei dem Anstieg der über 25-Jährigen könnte es sich also um ein Artefakt handeln. Die Systematik dieses Messfehlers führt umgekehrt dazu, dass Rückgänge systematisch unterschätzt werden. Während eine tatsächliche Steigerung höchstens so groß ist wie die gemessene, ist eine rückläufige Entwicklung also mindestens so groß wie die tatsächliche. Dies betrifft die Gruppe der unter 25-Jährigen in doppeltem Maße, da sie auch Jugendliche umfasst, für die um die Hälfte kürzere Löschrufen gelten. Der Rückgang bei den Jüngeren ist bei den meisten Substanzen sehr deutlich. Mittlerweile sind polizeilich erstauffällige Konsumenten (bis auf LSD und Meth-(Amphetamin)) überwiegend über 24 Jahre alt (BKA 2014b). Das Durchschnittsalter ist im Zeitraum 2000-2014 insgesamt von 25 auf 29 Jahre gestiegen (BKA 2014b). Dieser Anstieg ist bei Heroin am deutlichsten: von 27 auf 35 Jahre und liegt mittlerweile bei keiner Droge mehr unter 25 Jahren (BKA 2014b).

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den Rauschgifttoten ist im Zeitraum 2000-2014 von 14 % auf 5 % gefallen, während das durchschnittliche Alter zum Todeszeitpunkt von 33 auf 38 Jahre gestiegen ist (BKA 2014b).

Die Zahl der Krankenhausaufnahmen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen (ICD-10 F11-16, F18-19) stieg seit 2000 insgesamt um 15 %, nahm bei über 24-Jährigen um 38 % zu und sank bei den unter 25-Jährigen um 28 %. Der Anteil der Jüngeren am Behandlungsbedarf sank von 35 % auf 22 % (Statistisches Bundesamt 2013a).

Wenn man die absoluten Zahlen betrachtet und nach Substanzklassen differenziert, zeigt sich, dass der Rückgang des Anteils der Jüngeren bei Opioiden, Cannabinoiden und

---

<sup>43</sup> Der Begriff „Problemkonsum“ fasst in diesem Zusammenhang folgende Statistiken zusammen: „Polizeilich erstauffällige Konsumenten harter Drogen“ (EKHD), Rauschgifttote, Krankenhausaufnahmen, Zugänge zur ambulanten und stationären Suchthilfe, Tatverdächtige (BtMG) und Verurteilungen (BtMG).

Stimulanzen unterschiedliche Hintergründe hat. Während die Anzahl der Krankenhausaufnahmen im Zusammenhang mit Opioiden insgesamt um 20 % stieg, gab es eine Steigerung bei den Älteren um 82 % und bei den Jüngeren einen Rückgang um 74 %, so dass der Anteil dieser Gruppe von 40 % auf 9 % sank (Statistisches Bundesamt 2013a).

Die Zahl der Krankenhausaufnahmen wegen Cannabis wuchs insgesamt um 199 % (Statistisches Bundesamt 2013a). Hier ist bei beiden Altersgruppen ein Wachstum zu verzeichnen, das bei den Älteren mit 279 % allerdings deutlich höher ausfällt als bei den Jüngeren (163 %). Allerdings stellen jüngere Cannabiskonsumenten weiterhin die Mehrheit, wenngleich sich ihr Anteil von 69 % auf 60 % verringerte.

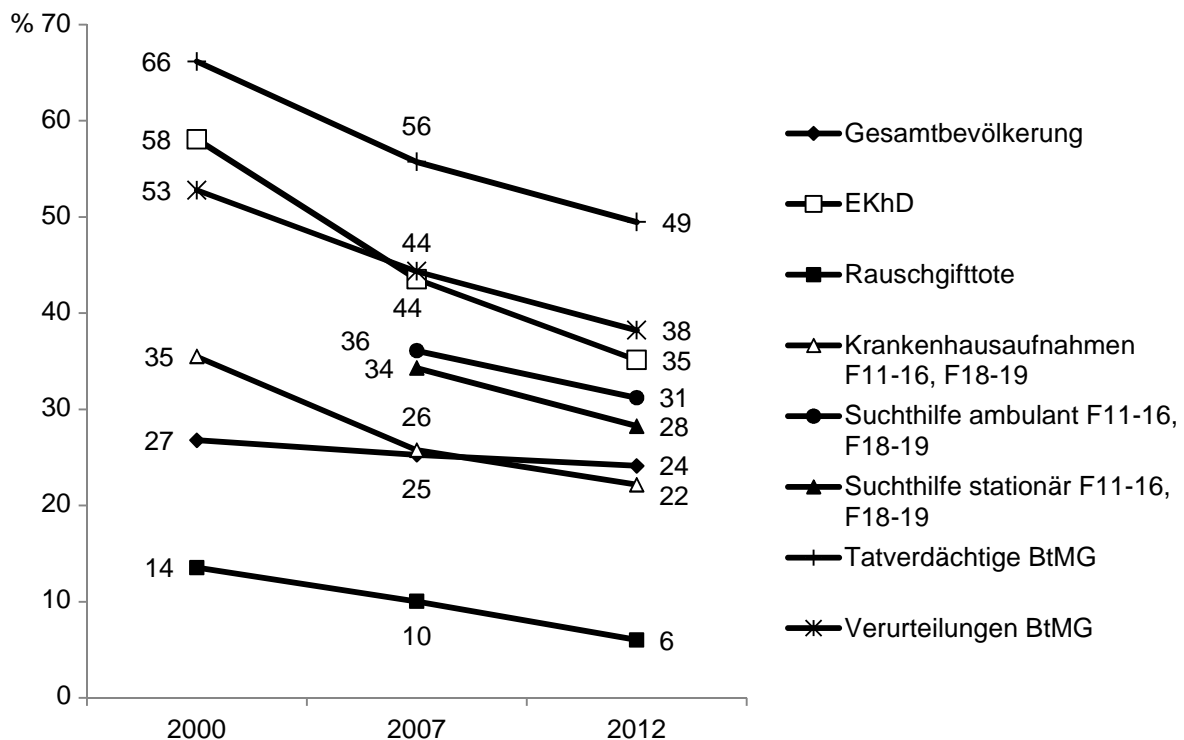
Bei den Stimulanzen ist mit einer Steigerung von 345 % insgesamt ein starker Anstieg bei den Krankenhausaufnahmen zu verzeichnen, der bei den Älteren 554 % beträgt und bei den Jüngeren 218 % (Statistisches Bundesamt 2013a). Damit hat sich der Anteil der Jüngeren, die 2000 noch die Mehrheit stellten, von 62 % auf 44 % reduziert.

Krankenhausaufnahmen wegen multiplen Substanzgebrauchs oder dem Missbrauch anderer psychotroper Substanzen gingen insgesamt um 7 % zurück (Statistisches Bundesamt 2013a). Bei den Älteren gab es einen Anstieg von 9 %, bei den Jüngeren einen Rückgang von 39 %, so dass der Anteil der Jüngeren von ehemals 34 % auf 22 % absank.

In der ambulanten Suchthilfe nahm die Anzahl der Behandlungsfälle bei den unter 25-Jährigen zu im Zeitraum 2007-2012 (Sonntag et al. 2008a; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a). Dieser Anstieg ist vermutlich jedoch auf eine um 20 % höhere Anzahl teilnehmender Behandlungseinrichtungen zurückzuführen, denn der Anteil der Jüngeren ist im Vergleich zu 2007 bei allen Substanzen zurückgegangen. Dieser Rückgang war bis auf Cannabinoide sehr deutlich. Auch in der stationären Suchthilfe (Sonntag et al. 2008b; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013b) sank der Anteil der Jüngeren gegenüber 2007 ebenfalls bei allen Substanzen deutlich, so dass der Behandlungsbedarf auch bei cannabisinduzierten Störungen nicht mehr mehrheitlich in dieser Altersgruppe entstand. In der stationären Suchthilfe lag im Jahr 2012 das Durchschnittsalter zu Behandlungsbeginn bei allen illegalen Drogen höher als 2007.

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2014) bildet diese Entwicklung ebenfalls ab. Der Anteil der Jüngeren an allgemeinen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist 2013 im Vergleich zum Jahr 2000 bei allen Substanzen deutlich gefallen. Während im Jahr 2000 Tatverdächtige bei BtMG-Verstößen, abgesehen von Heroin und Kokain, ganz überwiegend jünger als 25 Jahre waren, gilt dies mittlerweile nur noch für Cannabis, Ecstasy und LSD. Bei Heroin sank der Anteil auch hier am stärksten: von 39 % auf 9 %.

Bei den Verurteilungen wegen Rauschgiftkriminalität hat sich ein ähnlicher Wandel der Altersstruktur vollzogen (Statistisches Bundesamt 2014c). Im Jahr 2000 wurden zu 53 % Menschen unter 25 Jahren wegen Verstößen gegen das BtMG verurteilt. Nach einem kurzfristigen leichten Anstieg auf 55 % im Jahr 2001 sank der Anteil dieser Altersgruppe an den Verurteilungen auf 28 % im Jahr 2013.



Statistisches Bundesamt, BKA, DSHS (eigene Berechnungen).

Abbildung 3.2 Anteil der unter 25-Jährigen

### Substanzspezifische Entwicklungen bei Konsumenten unter 25 Jahren

Bei polizeilich erstauffälligen Konsumenten harter Drogen unter 25 Jahren lag der Anteil von (Meth-)Amphetamin 2013 bei 80 % (BKA 2014b). Im Jahr 2000 waren es noch 34 %. Der Anteil von Heroin bei Angehörigen dieser Altersgruppe sank von 28 % im Jahr 2000 auf 3 % und der Anteil von Ecstasy von 34 % auf 13 %.

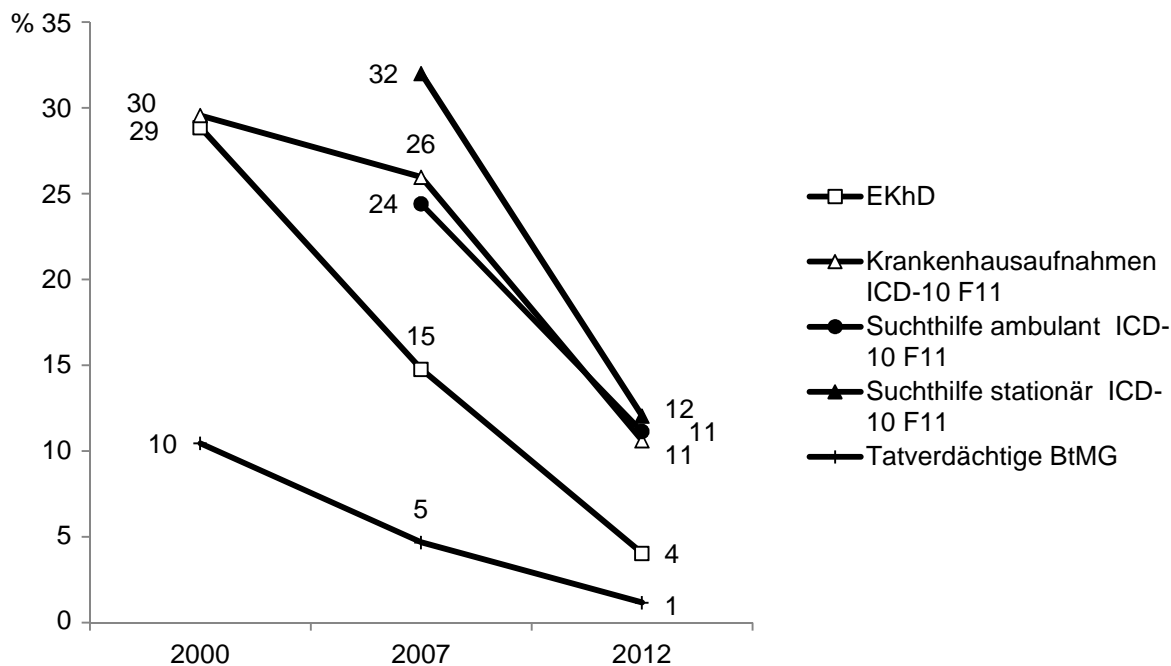
Bei den Krankenhausaufnahmen im Alter von unter 25 Jahren sank der Anteil von Opioiden an allen ICD-10 F11-16, F18-19 Diagnosen von 30 % im Jahr 2000 auf 11 % im Jahr 2012 (Statistisches Bundesamt 2013a), während Cannabinoide anteilmäßig mehr als dreimal so häufig zu Krankenhausaufenthalten führten (2000: 8 %; 2012: 29 %). Der Anteil von Diagnosen im Zusammenhang mit Stimulanzien in dieser Altersgruppe stieg um mehr als das Vierfache in diesem Zeitraum, von 2 % auf 9 %.

In der ambulanten Suchthilfe sind bei den unter 25-Jährigen ähnliche Tendenzen hinsichtlich der Substanzspezifität zu beobachten (Sonntag et al. 2008a; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a). Verglichen mit dem Jahr 2007 verringerte sich der Anteil von Hauptdiagnosen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden um mehr als die Hälfte von 24 % auf 11 % bei den unter 25-Jährigen, während Cannabinoide und Stimulanzien auch hier große anteilmäßige Zuwächse erfuhren. Cannabisdiagnosen stiegen von 59 % auf 68 % innerhalb dieser Altersgruppe, durch Stimulanzien veranlasste Diagnosen von 10 % auf 16 %.

Die gleichen tendenziellen Entwicklungen lassen sich in dieser Altersgruppe auch in der stationären Suchthilfe beobachten (Sonntag et al. 2008b; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013b).

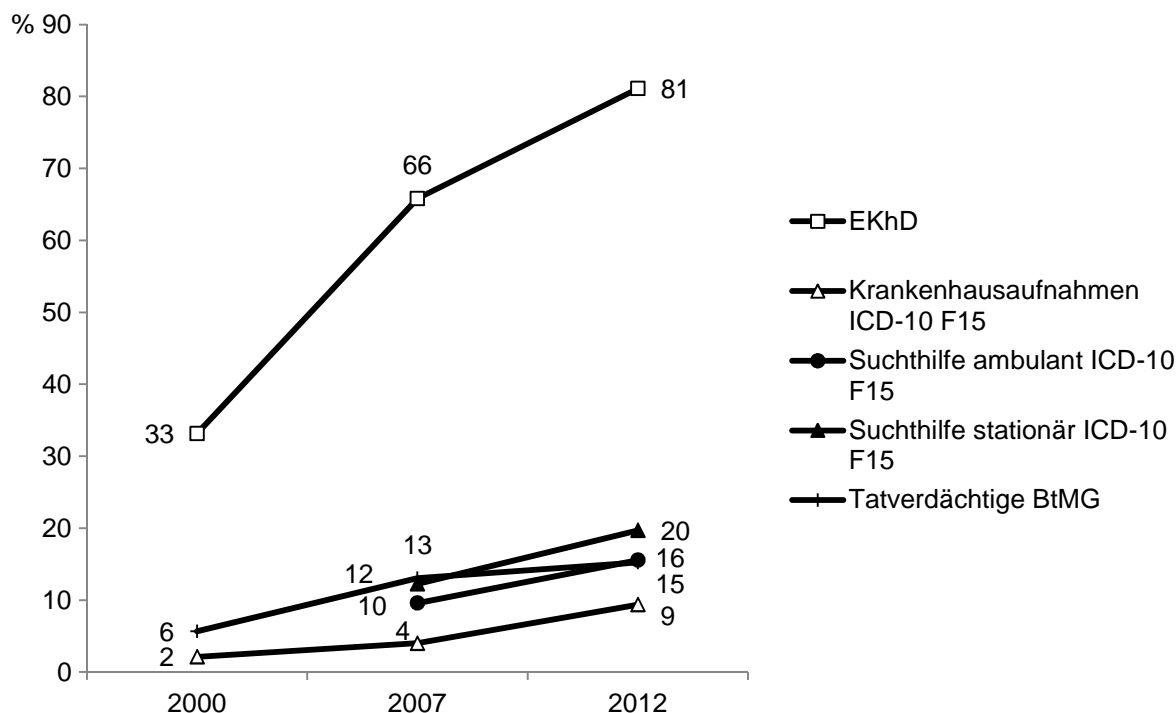
Bei den wegen allgemeiner Verstöße gegen das BtMG Verdächtigten im Alter unter 25 Jahren wuchs der Anteil von Cannabisdelikten von 67 % im Jahr 2000 auf 74 % im Jahr 2013, während sich der Anteil von Ermittlungen wegen (Meth-)Amphetamin von 6 % auf 14 % mehr als verdoppelte (BKA 2014b).

Bei den Verurteilungen wegen allgemeiner Verstöße gegen das BtMG stellten die Jüngeren im Jahr 2000 mit 51 % noch knapp die Mehrheit. Im Jahr 2012 waren nur noch 38 % der Verurteilten unter 25 Jahre alt (BMI 2014).



Statistisches Bundesamt, BKA, DSHS.

Abbildung 3.3 Anteil Heroin/Opioide, Altersgruppe unter 25 Jahre



Statistisches Bundesamt, BKA, DSHS (eigene Berechnungen).

Abbildung 3.4 Anteil (Meth-)Amphetamin, Altersgruppe unter 25 Jahre

Zusammenfassend lässt sich seit dem Jahr 2000 eine tiefgreifende Veränderung der Altersstruktur beobachten bei Konsumenten, denen Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen entstehen, hier definiert als Polizeikontakte, Krankenhausaufnahme und Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe. Der Anteil der Altersgruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen hat insgesamt stark abgenommen. Nichtsdestotrotz spiegeln sich allgemeine Entwicklungen in der Altersgruppe der Jüngeren noch deutlicher wider. Dazu zählen der Rückgang der Bedeutung von Opioiden an durch illegale Drogen verursachten Problemen, ein mittlerweile beständig hoher Anteil von Cannabis und ein Anstieg der Bedeutung von (Meth-)Amphetamin. Die bisher mit den schwerwiegendsten sozialen Problemen assoziierte Substanzklasse der Opioide spielt bei jungen Konsumenten hingegen nur noch eine untergeordnete Rolle.

In allen ausgewerteten Statistiken hat der Anteil der unter 25-Jährigen an mit dem Konsum illegaler Drogen assoziierten Problemen seit 2000 deutlich abgenommen. Probleme, die sich aus dem Konsum ergeben, treten mittlerweile überwiegend in späteren Lebensabschnitten auf.

Andererseits bedeutet diese erfreuliche Entwicklung natürlich auch, dass es einen deutlichen Anstieg des Anteils der über 25-Jährigen gibt. Wie sich aus den absoluten Zahlen ergibt, ist diese Entwicklung vor allem auf Anstiege bei den Älteren und Rückgänge bei den Jüngeren zurückzuführen. Die hohe Konsistenz der Befunde bei Datentriangulation über mehrere Quellen hinweg (EKhD, Rauschgifttote, Krankenhausaufnahmen, Suchthilfe ambulant und stationär, Tatverdächtige, Verurteilte) spricht dagegen, dass es sich dabei um Artefakte handelt.



Ungeklärt ist bisher, auf welche Ursachen diese Entwicklungen zurückzuführen sind. Aufschluss darüber könnten Studien nach Alters-, Kohorten- und Periodeneffekten liefern.

Fraglich ist, wie die Suchtprävention auf diese Entwicklungen reagieren sollte. Einerseits findet der Erstkonsum illegaler Substanzen auch weiterhin ganz überwiegend im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter statt, andererseits ist die Wirksamkeit ressourcenorientierter universeller Prävention ohne spezifischen Substanzbezug in diesem Lebensabschnitt gut belegt (Bühler & Thurl 2013). Diese Altersgruppe sollte deshalb bei der Ausrichtung suchtpreventiver Interventionen auch zukünftig vorrangig berücksichtigt werden.

Mittlerweile sind es überwiegend Personen im Alter von über 24 Jahren, die durch delinquentes Verhalten im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen in Erscheinung treten. Im Jahr 2000 waren es noch mehrheitlich Jugendliche und junge Erwachsene (unter 25 Jahre), gegen die wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz ermittelt wurde, die polizeilich als erstaußfällige Konsumenten harter Drogen registriert wurden und die wegen allgemeiner Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt wurden.

Zusammenfassend lässt sich also eine zunehmend geringere Kongruenz zwischen der Hauptzielgruppe suchtpreventiver Maßnahmen (unter 25 Jahre) und der Gruppe der durch Problemkonsum auffälligen Konsumenten (über 25 Jahre) konstatieren. Angesichts dieser historischen Entwicklung erscheint es angebracht und im Sinne einer stärkeren Ausrichtung der Suchtprävention nach Risikogruppen, verstärkt auch suchtpreventive Programme für Menschen anzubieten, die über 25 Jahre alt sind. Da diese Zielgruppe in der Regel bereits über langjährige Konsumerfahrungen verfügt, ist dabei vor allem an einen Ausbau des Angebots im Bereich der selektiven und der indizierten Prävention zu denken. Außerdem sollte verstärkt auf bereits bestehende Ausstiegshilfen (wie bspw. [www.quit-the-shit.net](http://www.quit-the-shit.net)) oder Angebote lokaler Beratungsstellen hingewiesen werden (BZgA 2012).

### 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 als gute 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 vereinbart 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 von vielen anderen Akteuren, und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer. Im Auftrag der BZgA erstellte das Institut für Therapieforschung (IFT) eine

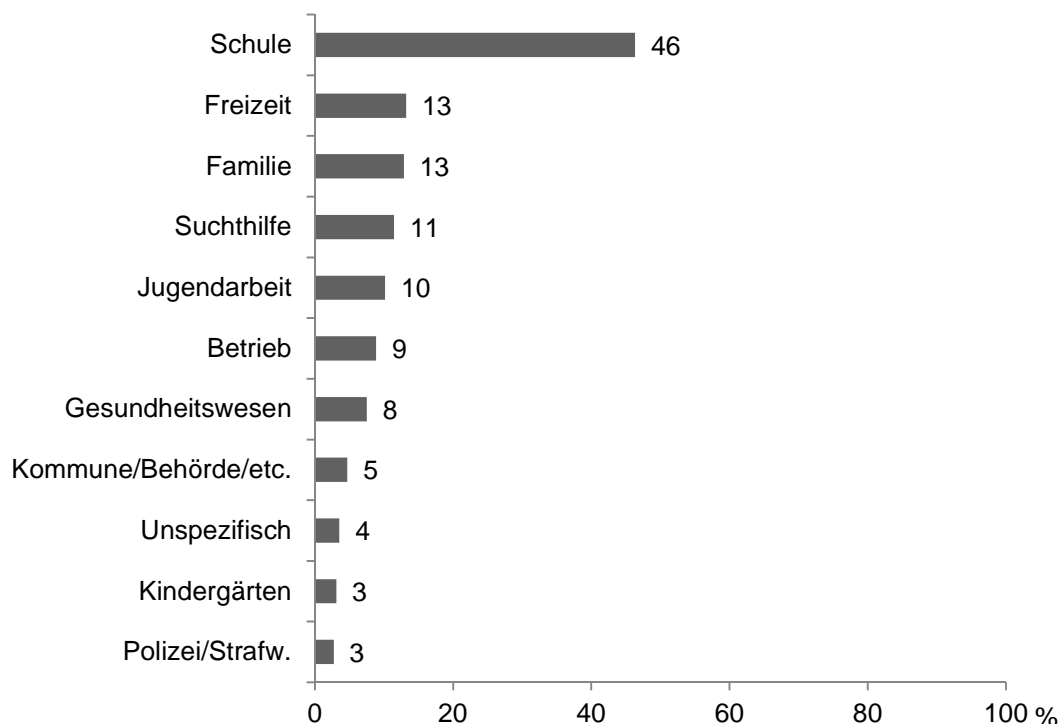
Expertise zur Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen (Bühler & Thurl 2013). Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* legt fest, dass Maßnahmen in der Prävention auf ihre Wirkung und Relevanz zu prüfen sind. „Dies gilt in besonderem Maße in Zeiten knapper Finanzen, um die vorhandenen Mittel zielgerichtet einzusetzen“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b). Zur Steigerung der Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen ist außerdem eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vorgesehen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b).

Die Forderung nach Evidenzbasierung in der Suchtprävention wurde 2013 in der Fachwelt kontrovers diskutiert (z. B. Hanewinkel & Morgenstern 2013; Uhl 2013). Unter dem Titel "Evidenz schaffen für die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen" richteten BZgA und das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit im Juni 2013 die dritte Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ aus, an der Experten aus allen Bundesländern teilnahmen. Im August 2013 machte das Fachjournal „Suchttherapie“ „Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ zum Schwerpunktthema. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte 2013 eine wissenschaftliche Klausurwoche, die im Frühjahr 2014 unter Leitung der Katholischen Hochschule NRW stattfand und in der ein Memorandum erarbeitet wurde (Expertengruppe „Kölner Klausurwoche“ 2014).

### **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. Das computerbasierte Dokumentationsystem der Suchtvorbeugung für Maßnahmen der Suchtprävention *Dot.sys* dient der Erfassung und Darstellung von Suchtpräventionsmaßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das System steht seit 2011 kostenfrei als Online-Datenbank unter [www.dotsys-online.de](http://www.dotsys-online.de) zur Verfügung.

Von den 32.335 im Jahr 2013 dokumentierten suchtpreventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen in *Dot.sys* 3.0 verfolgten 58 % einen universell-präventiven Ansatz, 17 % wurden als indizierte Prävention und 14 % als selektive Prävention durchgeführt. 11 % der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen. Das Setting Schule bleibt mit 46 % der durchgeführten und mit *Dot.sys* dokumentierten Maßnahmen das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Tätigkeiten in Deutschland 2013.



Dot.sys 2013, N = 32.335, eigene Darstellung.

Abbildung 3.5 Settings von Präventionsmaßnahmen im Jahr 2013

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Ähnlich wie im Vorjahr<sup>44</sup> richteten sich im Jahr 2013 54 % der durchgeführten Maßnahmen an Endadressaten. Der Anteil der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren richtet, blieb mit 39 % nahezu unverändert. Der sich seit 2008 abzeichnende Trend des Rückgangs der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressaten, hat sich in Deutschland auch 2013 also nicht fortgesetzt. Gut 7 % der Einträge lassen sich dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuordnen.
- Mit 30 % blieb der Anteil der Maßnahmen, die einen geschlechtsspezifischen Ansatz verfolgen, unverändert.
- 2013 wurden 19.205 Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug durchgeführt (59 % der dokumentierten Maßnahmen). Damit bleibt der Anteil im Vergleich zum Vorjahr unverändert.
- Der Schwerpunkt der Prävention in Bund und Ländern liegt weiterhin auf der Prävention des Missbrauchs der Substanzen Alkohol (81 %), Cannabis (46 %) und Tabak (32 %). 40 % der Maßnahmen wurden „ohne Substanzbezug“ durchgeführt und zielen damit suchtmittelübergreifend vor allem auf die Lebenskompetenzförderung. Unter Lebenskompetenzen versteht man Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und

<sup>44</sup> Im Bericht 2013 wurde irrtümlich ein zu niedriger Wert berichtet.

kritisches Denken, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit, Gefühls- und Stressbewältigung, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.

- Neben Trainings und Schulungen (39 %) stehen Beratung (24 %) und die Kooperation/Koordination im Vordergrund suchtpreventiver Aktivitäten (14 %).
- Meistgenanntes Ziel der Maßnahmen ist weiterhin Wissensvermittlung (77 %). Einstellungsänderungen (55 %) werden häufiger genannt als im Vorjahr (50 %), gefolgt von der Vermittlung von Kompetenzen und Ressourcen (45 %) sowie Verhaltensänderungen (17 %).
- Das Setting „Schule“ ist mit 46 % der dokumentierten Maßnahmen 2013 weiterhin das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Aktivitäten. Es folgen mit 13 % Maßnahmen, die im Setting „Familie“ durchgeführt werden, sowie mit ebenfalls 13 % Anteil Maßnahmen im Freizeitbereich. Das Setting „Suchthilfe“ stellt in 11 % den Rahmen für die Arbeit in der Suchtprevention und die Jugendarbeit hat einen Anteil von 10 %, gefolgt von Maßnahmen im Gesundheitswesen (8 %) und im Betrieb (9 %).
- 26 % der Maßnahmen werden oder wurden evaluiert. Das entspricht einem Rückgang von vier Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr<sup>45</sup>. Es handelt sich dabei in der Regel um interne Ergebnisevaluationen.

### 3.2 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, wenn ein niedrige oder durchschnittliches Risiko getragen wird, 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 ihrer Orientierung auf spezifische Substanzen, stoffungebundene bzw. Verhaltenssuchte sowie suchstoffübergreifende Projekte. Suchtstoffübergreifende Interventionen dienen vor allem der Vermittlung von Lebenskompetenzen oder der Bildung kritischer Einstellungen.

#### 3.2.1 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

<sup>45</sup> Eine Reanalyse der Dot.sys Daten für das Jahr 2012 auf Grundlage des vervollständigten Datensatzes ergab, dass der Anteil evaluerter Projekte 30 % betrug, nicht 32 % wie im Vorjahr berichtet.

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 Schulklassewettbewerb 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.

Ein früher Einstieg in den Konsum legaler Suchtmittel 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 Drogen prognostizieren (Brook et. al. 2002; Hanna et. al. 2001; Maruska et. al. 2011; McGue et. al. 2001).

Die Kultusministerkonferenz erließ 2012 eine "Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule" (KMK 2012). Darin heißt es: „Suchtprävention stellt ein besonders bedeutsames Thema von Gesundheitsförderung und Prävention dar. Es gilt, den Beginn von Suchtmittelkonsum und anderer suchtriskanter Verhaltensweisen zu verhindern sowie riskante Konsum- und Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren insbesondere durch frühzeitige Intervention und lebenskompetenzfördernde Maßnahmen“.

Durch Richtlinien und Lehrpläne machen die Kultusministerien der Länder Suchtprävention zum verbindlichen Thema des Unterrichts.

Das seit 1991 durchgeführte Lebenskompetenzprogramm für Grundschul Kinder „Klasse2000“ erreichte im Jahr 2013 über eine Million Kinder.

Die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule ist intensiv untersucht worden. Vor allem Maßnahmen, die auf dem psychosozialen Ansatz aufbauen und verhaltensmodifikatorische Interventionen sind erfolgversprechend, in aller Regel unter der Voraussetzung, dass sie durch Komponenten in außerschulischen Settings ergänzt werden (Bühler & Thrul 2013).

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 Lehr- oder Beratungsfachkräfte. Dies liegt unter anderem in der größeren sozialen Nähe Gleichaltriger, ihren gemeinsamen Sprachcodes und der daraus resultierenden stärkeren 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. Im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen in der

Cannabisprävention ist der Einsatz von Peers erfolgversprechender als die Vermittlung durch Lehrkräfte.

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

13 % der in Dot.sys 2013 dokumentierten Maßnahmen wurden im Setting Familie umgesetzt. 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 Kindergesundheit<sup>46</sup> aus dem Jahr 2008.

Das aus den USA stammende universelle Präventionsprogramm „Strengthening Families Program 10-14“ (deutsch: *Familien stärken*) zur familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen wurde 2013 vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für den Einsatz in Deutschland adaptiert (Bröning et al. 2014; Stappenbeck et al. 2013a). Das Manual und Filmmaterial wurde hinsichtlich Wirksamkeit evaluiert (Stappenbeck et al. 2013b). Insgesamt sind 292 Familien in die Untersuchung einbezogen, die zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Nach den Prä- und Postinterventionszeitpunkten wurden Datenerhebungen sechs beziehungsweise achtzehn Monate nach Interventionsende durchgeführt. Die Datenerhebung konnte mit einer Haltequote von 88 % erfolgreich abgeschlossen werden. Aktuell werden die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekts für Publikationen aufbereitet. Zwei randomisiert-kontrollierte Studien aus den USA liefern Belege für die Effektivität dieser substanzspezifischen Kurzintervention für die Prävention des Methamphetaminmissbrauchs (Spath et al. 2006). Der Anteil Methamphetamin konsumierender Personen in den Versuchsgruppen lag 4,5, bzw. 6,5 Jahre nach Durchführung des Programms signifikant unter dem Anteil in den Vergleichsgruppen. In einer Studie aus dem US-Bundesstaat Iowa erwies sich die Maßnahme auch als kosteneffizient (Guyl et al. 2011). Da die Kosteneffizienz einer Präventionsmaßnahme mit der Prävalenz des schädlichen Verhaltens steigt, lässt sich dieses Ergebnis nur begrenzt auf deutsche Verhältnisse übertragen, denn die Prävalenz des Methamphetaminkonsums ist bisher vergleichsweise gering. Allerdings handelt es sich um ein Programm ohne spezifischen

<sup>46</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_misc/psychische-Gesundheit\\_01.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

Problembezug. Positive Effekte für die Prävention anderer Sucht- und Verhaltensstörungen tragen deshalb ebenfalls zu einer Senkung von Gesundheitskosten bei und sollten bei einer Kostenanalyse entsprechend berücksichtigt werden.

Eltern, die Fragen zum Umgang mit dem Substanz- oder Medienkonsum ihrer Kinder haben, können sich seit Dezember 2012 an die „Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“ (ELSA) wenden. Das kostenfreie Online-Beratungsangebot von ELSA wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Modellprojektes entwickelt und getestet. Ziel des Beratungsangebotes ist es, Erziehungskompetenzen zu fördern, familiäre Konflikte zu reduzieren und so die Gemeinschaft innerhalb der Familie zu stabilisieren.

Für die Konzeptualisierung der Beratungsplattform und die dezentrale Umsetzung der Online-Beratung wurde ein bundesweites Netzwerk von elf Sucht- und Drogenberatungsstellen etabliert. Neben den bekannten onlinebasierten Beratungsformen via E-Mail oder Chat bietet ELSA den Eltern insbesondere auch eine mehrwöchige Begleitung, in Form eines strukturierten Beratungsprogramms. In den ersten 18 Monaten des Betriebs haben sich etwa 300 Eltern aus dem gesamten Bundesgebiet für das Beratungsangebot von ELSA registriert. Darunter waren überwiegend Mütter, die in erster Linie aufgrund des Cannabiskonsums oder der problematischen Computernutzung ihrer Söhne besorgt waren.

Die 2013 im Rahmen der projektbegleitenden Evaluation per Onlinefragebogen befragten Nutzer des mehrwöchigen ELSA Beratungsprogramms bewerten die Beratung via Chat sowie die erhaltenen Rückmeldungen als hilfreich (persönliche Mitteilung, delphi-Gesellschaft 2014). 90 % der Teilnehmenden waren insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit dem ELSA Beratungsprogramm. So gut wie alle User des Beratungsprogramms gaben an, durch die Teilnahme kompetenter oder sicherer im Umgang mit ihrem Kind/ihren Kindern geworden zu sein. Neben den Beratungsangeboten enthält die ELSA Webseite Informationen zu Substanzen und Suchtverhalten sowie zu Beratungsmöglichkeiten vor Ort.

### 3.2.3 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.

Zur Unterstützung von Kommunen hat die BZgA ein "Werkbuch Präventionskette" herausgebracht. Die Bildung sogenannter Präventionsketten soll dazu beitragen, die Gesundheitsvorsorge in alle Lebensbereiche einer Kommune zu integrieren (BZgA 2013).

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Klein- und Kleinstbetrieben, in denen ca. 8,7 Mio. Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Während es für größere Betriebe eine Vielzahl von Materialien und Handlungsanleitungen zum Umgang mit substanzbezogenen Störungen gibt und sich auch entsprechende betriebliche Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung und Suchtprävention entwickelt haben, fehlen entsprechende Ansätze im Bereich der Klein- und Kleinstbetriebe weitgehend. Suchtprobleme verursachen immense volks- und betriebswirtschaftliche Kosten. Von daher stellt sich die Frage, wie die Suchtprävention gerade in Klein- und Kleinstbetrieben gefördert werden kann. In Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. sowie weiteren Organisationen hat der Fachverband Sucht e.V. eine Broschüre entwickelt, welche praxisorientierte Informationen mit entsprechenden Fallbeispielen zu dieser speziellen Themenstellung enthält (Fachverband Sucht 2014).

#### **3.2.4 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 garantiert die flächendeckende Existenz von Sportvereinen in unterschiedlichen sozialen Milieus eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial Benachteiligten mit geringer Gefahr der Stigmatisierung dieser Zielgruppe.

### **3.3 Selektive Prävention**

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln. Dieses Risiko kann immanent sein, oder 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 suchtbelasteten Familien erfolgen vielfach im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können. Allerdings sollte die Gefahr einer Stigmatisierung der Zielgruppen selektiver Präventionsaktivitäten in der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* sieht eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vor (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b, S. 12) und sieht die Notwendigkeit, „...spezifische Angebote für gefährdete Jugendliche im Bereich der selektiven Prävention zu entwickeln“ (ebd.).

Von Juli bis Dezember 2013 befragte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg im Rahmen der Studie „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ bundesweit 392 aktuelle und 71 ehemalige Konsumierende von Amphetamintyp-Stimulanzien. Hierbei wurde Crystal Meth besonders berücksichtigt. Anhand der Daten lassen sich verschiedene Konsumentengruppen differenziert betrachten, die sich hinsichtlich ihrer Konsumumstände sowie der jeweiligen Bedarfe und möglichen Zugänge für präventive Maßnahmen unterscheiden. Damit liefert die Studie für Deutschland erstmals wissenschaftlich begründete Hinweise auf unterschiedliche Typen von Amphetamin und Methamphetamin Konsumierenden. Das ZIS hat auf der Grundlage dieser Erkenntnisse Empfehlungen für unterschiedliche Maßnahmen der selektiven Prävention vorgeschlagen. Bei der Konzeption des Studiendesigns wurde auf Nachhaltigkeit geachtet. So lassen sich die entwickelten Module des elektronisch umgesetzten Befragungsinstrumentes sowie die aufgebauten Netzwerke auch für zukünftige Studien einsetzen, um neue Trends effektiv zu erfassen und den Erfolg von zielgruppenspezifischen Maßnahmen zu evaluieren. Ebenso ist eine Anpassung an andere Substanzgruppen möglich und geplant.

Im Forschungsprojekt „SMOKE IT!“ (Stöver & Schäffer 2014) wurde untersucht, inwieweit durch die Bereitstellung neuer Konsumutensilien (Folie, Röhrchen) sowie begleitender medialer Angebote (Flyer, Postkarten, Poster) eine Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ) und damit eine Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erreicht werden kann. Es zeigte sich, dass durch gezielte mediale und personale Interventionen in Verbindung mit der Bereitstellung attraktiver Konsumutensilien Opiatkonsumenten zu einer Veränderung der Konsumform motiviert werden können. Trotz der erheblichen Belastungen der Atemwege durch den Rauchkonsum kann angenommen werden, dass der inhalative Konsum im Gegensatz zum i.v. Konsum – gemessen an den Indikatoren ‚Überdosierung‘ und ‚virale Infektionen‘ - deutlich weniger riskant ist. Die Autoren der Studie fordern, diese Konsumform zukünftig stärker als bisher zu thematisieren, der inhalative Konsum bei nur einem Viertel (26,9 %) der Untersuchungsgruppe die ausschließliche Konsumform darstellte. Angesichts der großen Akzeptanz (80 %) bei den

befragten Studienteilnehmern empfehlen die Autoren, dass alle Drogenhilfeeinrichtungen ihre Angebote des Spritzentauschs um die Bereitstellung von Rauchfolien erweitern sollten.

### 3.3.1 Risikogruppen

#### Sozial Benachteiligte

Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status erhöhen das Risiko der Entstehung bzw. Intensivierung von Suchtproblemen (Deutscher Bundestag 2008). 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 sie die Bedürfnisse der Zielgruppe nicht immer treffen.

Wie eine Erhebung der LWL-Koordinationsstelle Sucht im Jahr 2009 feststellte (LWL 2014), gehört die Gruppe der geistig behinderten Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren unabhängig von der Wohnsituation zu einer besonders gefährdeten Gruppe für problematischen Substanzkonsum. Für die Prävention stellt sich im Rahmen der Inklusion die (neue) Herausforderung, ihre Angebote auch auf diese jungen Menschen hin auszurichten. Dabei reicht es jedoch nicht aus, für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung die bereits etablierten Präventionsmethoden für andere Jugendliche anzuwenden. Vielmehr ist es wichtig, eigene Methoden zu entwickeln, die den Bedürfnissen und Voraussetzungen der Zielgruppe gerecht werden. Diese Methoden sind bislang ebenso wenig wie Erfahrungen in der Kooperation der Sucht- und der Behindertenhilfe vorhanden.

Mit dem Programm „Sag Nein! – Suchtpräventionswoche an Förderschulen“ trägt die LWL-Koordinationsstelle Sucht zur Qualifizierung dieser Schnittstelle bei (LWL 2014).

Menschen mit geistiger Behinderung wehren sich im sozialen Zusammenleben weniger gegen Angebote Rauschmittel zu konsumieren oder Substanzen zu missbrauchen. Sie geben ebenso häufiger an, Alkohol aus dem Grund zu trinken, weil es die anderen auch tun. Diese Konsum-Motivation des „Dazu-gehören-wollens“ ist ein zentraler Aspekt, der in dem eigenständigen Präventionskonzept „Sag Nein!“ aufgegriffen wird. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die Entwicklung von Handlungsalternativen, um Entspannung und Wohlbefinden, Geselligkeit und ein Gefühl von Freiheit herzustellen. Für junge Menschen mit geistiger Behinderung kann es schwieriger sein, solche Handlungsalternativen zu entwickeln. Daher ist es umso wichtiger, ihnen ein Set solcher Möglichkeiten zu vermitteln, damit Rauschmittel nicht als der exklusive Weg ins Wohlbefinden erlebt werden.

"Sag Nein - die Suchtpräventionswoche in Förderschulen für geistige Entwicklung" ist eine Kurz- und Frühinterventionsmaßnahme. Das Programm ist der selektiven Prävention zuzuordnen, da die teilnehmenden Schüler ein erhöhtes Risiko für einen Rauschmittelkonsum bzw. Missbrauch aufweisen. Die Lehrkräfte wählen die Teilnehmenden nach entsprechenden Kriterien aus. Dies kann der bereits bestehende experimentelle oder riskante Konsum sein aber auch der Umstand, dass der Konsum bzw. Missbrauch von Rauschmitteln im Elternhaus bekannt ist.

Im Rahmen des Projektes wurde ein Manual entwickelt, dessen Inhalte bereits erprobt wurden. Im Ergebnis wurde das entwickelte Konzept als sehr geeignet bewertet. Die beteiligten Schüler der Mittel- und Oberstufe haben sich gut eingebracht und Wissen gewonnen. Zufrieden zeigten sich auch die Lehrer. Das während der ersten Phase vermittelte Wissen soll nachfolgend während zweier Projektstage vier Wochen und drei Monate später vertieft werden. Erste Ergebnisse einer Wirksamkeitsstudie zeigen, dass den Teilnehmern vor allem Inhalte aus tiefergehenden Gesprächen auch nach mehreren Wochen noch präsent sind.

### **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.

Die Datenlage zur Prävalenz von Suchtverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund ist insgesamt noch unzureichend. Zudem ist die Bevölkerungsgruppe zu heterogen, um allgemeingültige Aussagen zum Suchtverhalten ihrer Mitglieder treffen zu können. Vielmehr muss stark nach spezifischer Gruppenzugehörigkeit differenziert werden. Zum Suchtverhalten jugendlicher Migranten liegen vereinzelte Studienergebnisse vor.

In einer Querschnittsstudie erfassten Bermejo und Frank (2014) den Alkoholkonsum bei älteren Personen mit türkischem, spanischem und italienischem Migrationshintergrund sowie bei Aussiedlern. Einen riskanten Konsum berichteten insgesamt 9 %. Aussiedler zeigten den höchsten (11,4 %) und die türkische Gruppe – in der mit 70,2 % auch die meisten Personen abstinent lebten – den niedrigsten Wert (5,3 %). Wurden lediglich Alkohol konsumierende Personen betrachtet, zeigte sich der höchste Wert für riskanten Konsum in der türkischen Gruppe (17,6 %). Der Alkoholkonsum von älteren Personen mit Migrationshintergrund liegt unter den Vergleichswerten für Deutsche. Die Ergebnisse bieten Hinweise, dass Alkohol konsumierende Personen aus Abstinenzkulturen eher problematische Konsummuster entwickeln.

### **3.3.2 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 (Klein 2001). Darüber hinaus sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtblasteten Familien

aufgewachsen<sup>47</sup>. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit betroffen ist, im Vergleich zu Kindern aus nicht suchtbelasteten Familien ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten 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 suchtbelasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

Um Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien zu helfen, ist ein abgestimmtes Wirken aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen, wie sie im Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) gefordert wird, notwendig<sup>48</sup>. Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Kinder und deren suchtkranke Eltern werden in Deutschland von Akteuren in der ambulanten und stationären Suchthilfe und der Selbsthilfe durchgeführt. „kidkit – Hilfe für Kinder und Jugendliche“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen KOALA e.V., der Drogenhilfe Köln e.V. und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln. Auf der Webseite erhalten Kinder und Jugendliche, die in dysfunktionalen Familien aufwachsen und/oder familiäre Gewalt erfahren, altersgerechte Informationen zu den Themen „Sucht und Familie“, „Gewalt in der Familie“ und „psychisch kranke Eltern“ sowie eine kostenlose und anonyme Beratung<sup>49</sup>.

Das in vergangenen REITOX-Berichten vorgestellte modulare Präventionskonzept „Trampolin“<sup>50</sup> für Kinder aus suchtbelasteten Familien wurde vom Bundesmodellprojekt überführt in ein Regelangebot. Aus einer 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 gefordert (DZSKJ & DISuP 2012).

Die Arbeiten am Manual waren Anfang 2013 abgeschlossen. Seit Juni 2013 ist das Manual im Hogrefe-Verlag erhältlich. Im Jahr 2013 wurde der Fokus auf den Praxistransfer gelegt, unter anderem wurde die Homepage weiter überarbeitet und das Schulungskonzept wurde finalisiert. Eine Basis-Zertifikatsschulung wird durch das DZSKJ, die erweiterte Fortbildung

---

<sup>47</sup> [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>48</sup> Art. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)  
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>49</sup> [www.kidkit.de](http://www.kidkit.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>50</sup> [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014)

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.

durch das DISuP angeboten. Beide Schulungsformen wurden mittlerweile erfolgreich durchgeführt. Das DZSKJ führte im Rahmen eines aus Mitteln des Landes Niedersachsen finanzierten Implementierungsprojekts eine Schulung für niedersächsische Fachkräfte aus Suchtprävention und -beratung durch. Diese wurden im Anschluss laufend in ihren aktuellen Fragen zur Umsetzung des Programms in ihrer Einrichtung begleitet. Eine weitere Schulung fand aus Mitteln der Stadt München im November in München statt. Das für die „drive-to-web“ Kampagne entwickelte Material (Flyer, Poster, Anzeigen, Banner, Postkarten) steht bisherigen und neu hinzugekommenen Einrichtungen, die „Trampolin“ anbieten, zur Verfügung und wird laufend angefordert. Die 27 kooperierenden Einrichtungen im Projekt erhielten regelmäßige Informationen über den Stand des Projekts und berichteten im Rahmen einer Online-Befragung über den aktuellen Stand der Arbeit mit Trampolin in ihren Einrichtungen. In 2014 wird die Praxisimplementierung von „Trampolin“ fortgesetzt.

### 3.3.3 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 suchtpreventive 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 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 Universitätsklinikum Regensburg bietet seit 2013 das aus den USA stammende Präventionsprogramm zur Unfallvermeidung "P.A.R.T.Y." für Jugendliche an. Der Name steht für "Prevent Alcohol and Risk Related Trauma in Youth". Darin erleben Jugendliche den langwierigen Heilungsweg, den man nach einem schweren Unfall im Krankenhaus zurücklegen muss (Universitätsklinikum Regensburg 2014).

### 3.4 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, 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 2009).

#### 3.4.1 Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sind ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtstörungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei einem Anteil von insgesamt ungefähr einem Fünftel Kinder und Jugendliche liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen weisen psychische Auffälligkeiten, d. h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (Hölling et al. 2007). 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 3.4.1).

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.

#### 3.4.2 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.

### 3.4.3 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 2009). Zur Initiierung einer Behandlung bedarf es (in der Regel) den Nachweis einer Abhängigkeit nach DSM-IV oder ICD-10.

Leicht et al. (2013) untersuchten verschiedene neuentwickelte Kurzinterventionen zur Prävention von Hepatitis C beim intravenösen Konsum von Drogen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich die Maßnahmen für niedrigschwellige Einrichtungen eignen, sofern sie evaluiert, kontinuierlich weiterentwickelt und auf lokale Verhältnisse angepasst werden.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht startete 2013 eine Informationsinitiative, um die Beachtung und Anwendung des Projekts FreD (Frühinterventionen für erstauffälligen Drogenkonsumenten) bei den Strafverfolgungsbehörden (Justiz/Polizei/Jugendhilfe im Strafverfahren) zu fördern. An den Standorten wo das FreD-Konzept bereits vorhanden ist, soll es verstärkt ausgebaut werden. Um dieses Ziel zu erreichen wurde zunächst eine Informationskampagne „top-down“ umgesetzt. In einem ersten Schritt wurden die Justiz- und Innenministerien der Länder einbezogen; im zweiten Schritt erhielten die (General-) Staatsanwaltschaften, Polizeipräsidien, -direktionen sowie die Jugendhilfe im Strafverfahren (Jugendämter) einerseits Informationen zu FreD und andererseits Unterstützungsangebote, FreD zu implementieren. Flankiert werden diese Aktivitäten durch Veröffentlichungen in relevanten Medien der Strafverfolgungsbehörden sowie durch die Ausbildung neuer FreD-Trainer. Die bundesweit angelegte Informationsinitiative FreD bei den Strafverfolgungsbehörden wird seit Mai 2013 durchgeführt und nun bis August 2014 verlängert. Das Projekt wird durch den Bund (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin) finanziell gefördert.

Das Projekt „WISEteens“ hatte zum Ziel, eine web-basierte, voll automatisierte Kurzintervention gegen problematischen Alkohol- und Substanzkonsum bei riskant konsumierenden Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 18 Jahren zu entwickeln und im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Forschungsdesigns zu evaluieren. Das Projekt erfolgte in einem gemeinsamen Konsortium von Forschungseinrichtungen aus Schweden, Belgien und der Tschechischen Republik unter Leitung des DZSKJ. 2013 endete die aktive Förderphase des Projekts durch die DG Justice der Europäischen Kommission. Es konnten insgesamt n=213 vollständige Datensätze von jugendlichen Teilnehmern gesammelt werden.

Dies erlaubte eine statistische Analyse, die die positive Wirkung der Kurzintervention gegenüber einer Kontrollgruppe signifikant nachweisen konnte.

Das Cannabispräventionsprogramm „Stark statt breit“ wurde von der *ginko-Stiftung für Prävention* im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt und soll dazu beitragen, den Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verhindern und Konsumenten zur Aufgabe ihres Cannabiskonsums zu motivieren.

Das Programm beinhaltet in erster Linie die Umsetzung zielgruppenspezifischer Maßnahmen und zielt im Einzelnen darauf ab, unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede

- die Entwicklung gesundheitsförderlicher Einstellungen zu unterstützen,
- das Wissen in Bezug auf die Risiken des Cannabiskonsums zu erhöhen,
- die Befähigung zu risikoarmem Verhalten zu fördern sowie
- den bedarfsgerechten Ausbau von Unterstützungs- und Hilfsangeboten zu intensivieren.

Dazu werden u.a. folgende Angebote auf unterschiedlichen Ebenen gemacht:

Informationsbroschüren für Jugendliche sollen zur Entwicklung einer kritischen Einstellung gegenüber dem Cannabiskonsum beitragen. „Info-Cards“ zu Cannabis werden in der mobilen Präventionsarbeit in der Jugendszene eingesetzt, um mit jugendlichen (potenziellen) Konsumenten in Kontakt zu treten und vorhandenen Cannabiskonsum zu thematisieren und zu problematisieren.

Eine Broschüre für Eltern enthält Basisinformationen zum Thema Cannabis sowie eine Anleitung zur Gesprächsführung mit ihren (Cannabis konsumierenden) Kindern.

Daneben werden aber auch Arbeitshilfen für Fachkräfte aus der Jugendarbeit und -hilfe angeboten, die Anleitungen zur Umsetzung interaktiver Programme vermitteln. „Hanf Dampf“ ist eine Arbeitshilfe für die offene Jugendarbeit, die Anregungen, Methoden und konkrete Vorlagen für eine kreative, jugend- und geschlechtergerechte Aufarbeitung der Cannabisproblematik speziell im Rahmen der Jugendfreizeitarbeit enthält. Darüber hinaus werden konkrete Hinweise für eine vernetzte Präventionsarbeit in der offenen Jugendarbeit gegeben. Eine weitere Arbeitshilfe vermittelt Anregungen und Handlungsanleitungen für Plan- und Rollenspiele im Rahmen der Prävention des Cannabiskonsums.

Über die Teilnahme an einer dreitägigen Schulung zur Motivierenden Kurzintervention bei cannabiskonsumierenden Jugendlichen (MOVE) erhalten Fachkräfte aus der Jugendarbeit/-hilfe schließlich ein Instrumentarium für eine gendersensible und an der Lebenswelt und den Erwartungen von Jugendlichen ausgerichtete Beratung, die dort stattfinden kann, wo Jugendliche sich ohnehin aufhalten (z. B. Jugendtreffpunkte, Jugendfreizeiteinrichtungen).

#### **3.4.4 Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen**

Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen sind Instrumente universeller Prävention. 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, je 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.

Die Fachstelle für Suchtprävention Berlin veröffentlichte 2013 ein neues Informationsblatt zu Crystal/Methamphetamin (Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin 2014).

Die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes hat es sich zur Aufgabe gemacht, über die verschiedenen Formen von Kriminalität zu informieren und aufzuzeigen, wie diese verhindert werden können. Sie ist eine Institution der Innenministerkonferenz und veröffentlicht bundesweit Medien wie Broschüren, Filme und PC-Spiele. Neben entsprechender Öffentlichkeitsarbeit entwickelt die Polizeiliche Kriminalprävention themen- und zielgruppenspezifische Kampagnen. In länderübergreifend finanzierten und konzipierten Projekten geht es u.a. um polizeiliche Suchtprävention. Sie richtet sich an die unterschiedlichsten Zielgruppen – von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern sowie Lehrkräften über Gewerbetreibende bis hin zu Journalisten.

Vor allem über die Homepage [www.polizei-beratung.de](http://www.polizei-beratung.de) werden Interessenten informiert. Unter <http://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/drogen.html> findet sich ein Abschnitt speziell zum Thema Drogen, in dem über Drogen im Allgemeinen, über den Schutz von Kindern vor Drogen sowie über die Thematik, wie man als Drogenkurier missbraucht werden kann, informiert wird. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Information zu „Legal Highs“. Des Weiteren gibt die Polizeiliche Kriminalprävention, über ihre Homepage für Jedermann bestellbar, folgende Printmedien heraus, die auch in ganz Deutschland bei allen Polizeidienststellen kostenlos erhältlich sind:

- Das Faltblatt „Sehn-Sucht“ mit Informationen zu „Legal Highs“
- Die Broschüre „Sehn-Sucht“, welche Informationen zu „Crystal Meth“ enthält und wertvolle Tipps gibt, wie man Kinder vor Drogen schützen kann. Die Broschüre enthält zudem eine Auflistung von Drogen, seien es legale, illegale und auch synthetische.

Beide Medien sind im Frühjahr 2014 neu überarbeitet und inhaltlich aktualisiert worden.

In den meisten Bundesländern gibt es noch zusätzlich landeseigene Medien oder Programme, beispielsweise für Schüler der 7. Klasse, in denen vor Drogen gewarnt wird oder die als Information zum Schutz vor Drogen dienen, so z. B. in Baden-Württemberg die vom Innenministerium herausgegebene Broschüre „Risiko Drogen“. In Brandenburg gibt es eine multimediale Drogenpräventionsreihe des Landeskriminalamtes unter dem Titel „Hast Du noch was vor?“.



## 4 Riskanter Drogenkonsum

### 4.1 Überblick

#### Definitionen

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

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

Als „riskanter Drogenkonsum“ wird der Konsum psychoaktiver Substanzen (ausgenommen Alkohol, Tabak und Koffein) nach hochriskanten Konsummustern (z.B. intensiv) und/oder mit hochriskanten Applikationsformen innerhalb der vergangenen zwölf Monate gewertet.

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 2010) 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 riskant sein, wenn nur der Konsument ihn selbst so empfindet und sich beispielsweise selbst als abhängig einschätzt, ohne dass eine objektive Klassifizierung dies bestätigen würde (Kleiber & Soellner 1998). Die an verschiedenen Stellen verwendeten Arbeitsdefinitionen umfassen jeweils unterschiedliche Teilmengen der beschriebenen Gesamtgruppe. Nur die Begriffe, die auf klinischen Klassifikationssystemen basieren, sind eindeutig definiert.

#### 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 riskanten Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizeidaten lediglich die höhere Aufgriffswahrscheinlichkeit intensiver Drogenkonsumenten als Hinweis

auf riskanten 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) bis 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 riskanten 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 wurde in der im Mai 2013 veröffentlichten fünften Ausgabe des Klassifikationssystems DSM der American Psychiatric Association (APA) die Differenzierung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) aufgegeben. Stattdessen wurde eine „Substanzgebrauchsstörung“ („Substance Use Disorder“) definiert, bei der unterschiedliche Ausprägungsgrade der Störung bestimmt werden: erfüllt, moderat und schwer (APA 2013). 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 riskanten 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 riskanten Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition riskanten Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von Opioiden, Kokain oder Amphetaminen“ (Kraus et al. 2003).

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

In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist diese Konsumform von erheblichem Interesse, wenn es um die Minimierung von Folgeschäden geht. Nach wie vor ist in Deutschland der intravenöse Konsum primär mit Heroin verknüpft, 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 riskantem Drogenkonsum

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

Für das Jahr 2013 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 2012 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 2013 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 der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe 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 (Kraus et al. 2003). Alle Multiplikatorenverfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die Erfassung erstaußfälliger 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 riskanter Konsumenten von Heroin zwischen 57.000 und 182.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2012 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,05 bis 3,4 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2005 bis 2013 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

| Datenquelle              | Referenzjahr |         |         |         |         |         |         |         |               | Prävalenz<br>pro 1.000 |
|--------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|------------------------|
|                          | 2005         | 2006    | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013          |                        |
| Behandlung <sup>1)</sup> | 137-163      | 130-154 | 110-130 | 164-195 | 163-194 | 167-198 | 171-203 | 153-182 | <sup>2)</sup> | 2,8-3,4                |
| Polizei-kontakte         | 128-166      | 117-159 | 108-149 | 99-137  | 89-127  | 81-117  | 79-106  | 74-95   | 68-90         | 1,3-1,7                |
| Drogen-todesfälle        | 79-96        | 103-130 | 99-113  | 117-178 | 91-119  | 82-137  | 63-91   | 62-65   | 57-59         | 1,05-1,10              |

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

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2013.

DBDD 2014, spezielle Berechnung.

Im Jahr 2013 wurde das Schätzverfahren auf der Basis der Behandlungsdaten für die Klienten mit Opioid-, Kokain- und Amphetaminproblemen verfeinert, indem nun auch Patienten in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berücksichtigt wurden. Zudem

wurde die Zahl der Klienten mit entsprechender Hauptdiagnose derselben Tabelle entnommen wie die Zahl der für die Deutsche Suchthilfestatistik dokumentierenden Einrichtungen. Die Schätzungen werden außerdem seit 2009 anhand der Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen vorgenommen, die auf dem Einrichtungsregister basiert (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2011). Eine genaue Darstellung der Methodik findet sich im REITOX-Bericht des Jahres 2010. Die Schätzungen für die vorhergehenden Jahre wurden entsprechend angepasst und unterscheiden sich darum von den bisher berichteten Schätzungen der riskanten Drogenkonsumenten.

Die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist im Jahr 2012 wieder gesunken, nachdem sie im Jahr 2011 den höchsten Wert seit 2007 erreicht hatte. Dies ist auf einen Rückgang sowohl der ambulant als auch der stationär behandelten Klienten zurückzuführen.

Die Zahl der erstaußälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren stark rückläufig (2000: 7.914; 2013: 1.789). Auch der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstaußällige Konsumenten registriert worden sind, ist zwischen 2003 (n=52) und 2013 (n=33) kontinuierlich gesunken, mit einem leichten Anstieg von 2011 auf 2012 (n=37). Die auf diesem Indikator beruhenden Schätzwerte sinken insgesamt seit dem Jahr 2000 kontinuierlich.

Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ basieren auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten und auf der Zahl der Drogentodesfälle. Erstere ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (2012: 1,4-1,5 %; 2013: 1,7-1,8 %). Auch letztere ist nach dem Rückgang zwischen 2010 und 2012 im Jahr 2013 wieder leicht gestiegen (2010: 1.237; 2011: 986; 2012: 944; 2013: 1.002). Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ sind (wegen des insgesamt gestiegenen Anteils der während einer Suchtbehandlung Verstorbenen) für das Jahr 2013 im Vergleich zu 2012 erneut 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 zwischen 2005 und 2007 gesunken, zwischen 2008 und 2011 wieder deutlich angestiegen und zum Jahr 2012 hin wieder deutlich gesunken. Es ist also keine eindeutige Tendenz zu beobachten.

Der Wertebereich (1,05-1,10/1.000) 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. 2011). 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 mit dem verfeinerten Schätzverfahren (s.o.) auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2012, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 217.000-258.000 (2011: 229.000-272.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 4,0-4,8 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15- bis 64-Jährigen (2010: 4,0-4,7; 2011: 4,3-5,0). Diese Hochrechnung stieg zwischen 2007 und 2011 kontinuierlich und ist nun zum Jahr 2012 wieder deutlich gesunken. 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**

Der letzte Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wurde im Jahr 2012 durchgeführt (Pabst et al. 2013). Die Methodik wurde bereits im REITOX-Bericht 2013 (Kapitel 2) dargestellt. Substanzbezogene Störungen wurden mithilfe der schriftlichen Version des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen et al. 1995) für Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Schmerzmittel, Schlafmittel und Beruhigungsmittel erfasst. Für alle Substanzen wurden die Kriterien für die Diagnosen Missbrauch (außer Tabak) und Abhängigkeit nach DSM-IV für den Zeitraum der letzten 12 Monate erhoben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllten jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit (ca. 250.000) (Pabst et al. 2013). Insgesamt 0,2 % wiesen eine Kokainabhängigkeit auf (ca. 100.000). Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigten 0,2 % der Befragten (ca. 100.000), weitere 0,1 % erfüllten die Kriterien für eine Abhängigkeit (ca. 50.000). Weitere Ergebnisse wurden bereits im REITOX-



Bericht 2013 vorgestellt. Multiple Diagnosen (Missbrauch und/oder Abhängigkeit) lagen bei insgesamt 6,6 % der Stichprobe vor (Piontek et al. 2013). Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren ergibt dies eine Gesamtzahl von ca. 3.407.000 Personen (95 % KI: 3.048.000-3.845.000). Im Vergleich der einzelnen Substanzen zeigte sich, dass der Anteil komorbider Störungen bei Schmerzmitteln (38,1 %), Tabak (39,8 %) und Alkohol (46,8 %) am niedrigsten lag. Demgegenüber wiesen mehr als 80 % der von Störungen durch Cannabis-, Schlafmittel- und Kokainkonsum betroffenen Personen mindestens eine weitere Diagnose auf, v.a. bei kokainbezogenen Störungen für Alkohol (73,6 %) und Schmerzmittel (69,1 %) sowie bei amphetaminbezogenen Störungen für Cannabis (73,4 %) und Alkohol (67,9 %).

Bezüglich der zeitlichen Entwicklung des Anteils von Personen in der Allgemeinbevölkerung, die substanzbezogene Störungen aufweisen, war Folgendes zu beobachten (Kraus et al. 2013b): Zwischen 2000 und 2012 stieg der Anteil cannabisabhängiger Männer von 0,5 % auf 0,8 %. Ebenso nahmen die Prävalenzwerte der Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln bei beiden Geschlechtern (m: 2000: 0,5 %, 2012: 1,0 %; w: 2000: 0,6 %, 2012: 1,1 %) und die der Abhängigkeit von Schmerz- (2000: 2,7 %; 2012: 3,4 %) und Schlafmitteln (2000: 0,3 %; 2012: 0,7 %) bei Frauen zu. Keine Hinweise auf bedeutsame zeitliche Veränderungen gibt es bezüglich des Missbrauchs sowie der Abhängigkeit von Cannabis bei Frauen.

#### **4.4 Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer riskanter Gebrauch von Drogen**

##### **4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der HRDU<sup>51</sup>-Definition der EMCDDA**

In verschiedenen Erhebungen ist das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums von Cannabis untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstrukts von Studie zu Studie, so dass die Vergleichbarkeit der Informationen nur sehr eingeschränkt gegeben ist. 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.

Ergebnisse zum problematischen oder riskanten Konsum von Cannabis wurden bereits in Kapitel 4.3 vorgestellt.

Mephedron wird laut des Trendscout Panels der MoSyD Studie (Werse et al. 2014) von einem kleinen Kreis regelmäßig im privaten Rahmen konsumiert und die Trips werden gezielt zur Persönlichkeitsfindung bzw. Krisenbewältigung eingesetzt. Dabei treten problematische Konsummuster zu Tage. Der Trendscout schätzt die geringe Erfahrung, bislang unbekannte mögliche Folgeschäden und die Gefahr des psychischen Selbstverlusts als besonders riskant ein.

In München wird, parallel zum Rückgang der Opioid-Konsumenten, eine starke Zunahme des Konsums Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) gemeldet, was entsprechende

---

<sup>51</sup> High Risk Drug Use.

Konsequenzen für die Häufigkeit und den Verlauf von Nottfällen hat (KBS, 2014, persönliche Mitteilung). In diesem Zusammenhang werden seit 2 Jahren im Stadtgebiet München zunehmend mehr Spritzen getauscht. Es wird vermutet, dass NPS eine höhere i.v. Konsumfrequenz mit sich zieht. Aus dem stationären Bereich wird berichtet, dass dort ebenfalls ein deutlich gestiegener NPS-Konsum bei fast allen Klienten zu verzeichnen ist. Auch die Anzahl der Klienten mit einer Methamphetaminabhängigkeit steigt diesen Aussagen zufolge an.

#### **4.4.2 Prävalenzschätzungen bei intensiven, häufigen, langzeitlichen und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der HRDU-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. 2008a). 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. 2008b).

Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zum problematischen Cannabiskonsum (die letzte Erhebung fand im Jahr 2011 statt) finden sich im REITOX-Bericht des Jahres 2012.

Laut der BZgA-Studie zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland (BZgA 2014) haben 2012 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung regelmäßig, d. h. mehr als zehn Mal, Cannabis genommen. Der regelmäßige Cannabiskonsum der Jugendlichen ändert sich in den Jahren 1993 bis 2012 nur wenig. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet. 3,9 % konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der

Befragung regelmäßig Cannabis. Auch die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums bei jungen Männern und Frauen blieb 2001 praktisch unverändert.

#### 4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

##### Übersicht

In der aktuellen Veröffentlichung der Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) wird berichtet, dass 3,4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen die Kriterien einer Schmerzmittelabhängigkeit aufwiesen (Pabst et al. 2013). Zudem zeigten 1,4 % der Befragten eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln und 0,8 % eine Abhängigkeit von Schlafmitteln. Insgesamt wurde hochgerechnet, dass 2,31 Millionen Personen in Deutschland von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig sind. Im Vergleich dazu ergaben die Hochrechnungen des ESA, dass 1,77 Millionen Personen alkoholabhängig sind.

Dahingegen zeigt der Deutsche Epidemiologische Gesundheitssurvey (DEGS) konservativere Schätzungen. Diese Bevölkerungsstudie wurde unter Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren durchgeführt. Die 12-Monats-Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit (Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel) lag bei 0,5 % (Jacobi et al. 2014). Hochgerechnet entspricht das 0,3 Millionen Menschen. Aufgrund deutlicher Unterschiede in der methodischen Herangehensweise, den Einschlusskriterien und erfassten Medikamenten lassen sich die Ergebnisse der beiden Studien nicht miteinander vergleichen.

Die Verschreibungszahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung können Anhaltspunkte für die Verbreitung der Arzneimittel liefern sowie über Trends des Arzneimittelmissbrauchs informieren. In den letzten Jahren zeichnen sich auffallende Veränderungen in der Verordnungsstruktur von Psychopharmaka in Deutschland ab. Verschreibungen von Sedativa/Hypnotika sind zwischen 1992 und 2012 um 76 % gesunken (Schwabe & Paffrath 2013). Gleichzeitig stieg die Anzahl der privaten Verordnungen für diese Arzneimittelgruppe (Glaeske & Schicktanz 2012) und es gibt sogar Hinweise darauf, dass Ärzte diese Mittel jenseits der als transparent geltenden Krankenkassendaten auf Privatrezepten verschreiben, zumindest für Zolpidem und Zopiclon (Hoffmann et al. 2009). Im Jahr 2012 sind insgesamt 105 Millionen Defined Daily Doses (DDD) an Benzodiazepinen und Z-Drogen verschrieben worden (Schwabe & Paffrath 2013). Bezüglich Schmerzmitteln wurden Opioidanalgetika 2012 dreimal so häufig wie 1997 verordnet, sodass mit 403 DDD ein Höchststand erreicht wurde (Schwabe & Paffrath 2013).

In Rahmen der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit ist ein aktuelles Modellprojekt zum ambulanten Entzug benzodiazepinabhängiger Patienten entstanden. Ziel des Projekts war es, ein ortsnahes und niedrigschwelliges Angebot zum ambulanten Entzug älterer Patienten in Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker zu ermöglichen. 102 Patienten wurden in das Projekt eingeschlossen. Darunter waren 72 % Frauen; das Durchschnittsalter lag bei 71 Jahren. 45 % der Patienten waren nach Ablauf des Projektes abstinent und weiteren

28 % gelang es, ihre Dosis zu reduzieren. 80 % der Patienten, die abstinent wurden bzw. ihre Dosis reduzierten, berichteten drei Monaten nach Abschluss der Intervention, keinen Rückfall erlitten zu haben (ABDA 2013).

In einer systematischen Literaturübersicht von Erbe und Bschor (2013) wurde auf die Gefahren einer Diphenhydramin (DPH)-Abhängigkeit hingewiesen. Eine PubMed-Recherche zwischen 1972 und 2012 ergab gesicherte Hinweise für ein Abhängigkeitspotenzial von DPH, insbesondere bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Vorgeschichte.

### 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 Abhängigkeitspotenzial von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2013 wurden Daten von n=32 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit am Projekt teilnehmen. 31 der 32 angeschriebenen Einrichtungen meldeten insgesamt n=698 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelgebrauchs von n=483 Klienten zurück. Die Nennungen stammen überwiegend von Männern (71,5 %) und Personen mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden (62,3 %). Da sich die Konsummuster je nach Hauptdiagnose der Klienten deutlich unterscheiden, werden Missbrauchsennungen in Phar-Mon getrennt für die Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opiode und Sedativa/Hypnotika dargestellt.

Kennzeichnend für Klienten, die wegen einer Alkoholproblematik in Betreuung sind, ist, dass sie mehrere Substanzgruppen zu vergleichbaren Anteilen missbrauchen, während sich der Missbrauch bei Personen mit einer Problematik im Bereich Opiode und Sedativa/Hypnotika stärker auf genau die Substanzgruppe beschränkt, wegen der Hilfe gesucht wird. In der Hauptdiagnosegruppe Alkohol werden Analgetika (n=30, 26,5 %) und Sedativa/Hypnotika (n=26, 23,0 %) zu vergleichbaren Anteilen missbraucht. Unter den Analgetika werden Ibuprofen (n=5, 4,4 %) und das Opioid-Schmerzmittel Tramadol (n=5, 4,4 %) am häufigsten genannt. Bei den Sedativa/Hypnotika überwiegen die Benzodiazepine im Vergleich zu den Z-Drogen deutlich. Am häufigsten werden Diazepam (n=14, 12,4 %) und Lorazepam (n=6, 5,3 %) missbraucht. Außerdem werden sonstige Substanzgruppen wie Antidepressiva (n=18, 15,9 %), Neuroleptika (n=10, 8,8 %) und Antihypertonika (n=7, 6,2 %) in kleineren Anteilen missbraucht.

Unter Klienten mit der Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden werden Substitutionsmittel am häufigsten nicht bestimmungsgemäß verwendet (n=227, 52,9 %). Der Anteil an nicht bestimmungsgemäß verwendetem Methadon (n=118, 27,5 %) ist etwa doppelt so hoch wie der von Buprenorphin (n=60, 14,0 %) und erscheint in ähnlichen Proportionen wie im Jahr zuvor. Levomethadon wird mit 11,4 % (n=49) weniger häufig nicht

bestimmungsgemäß verwendet. Die Nennungen eines Sedativa/Hypnotika-Missbrauchs (n=100, 23,3 %) machen ähnlich wie in den letzten Jahren fast ein Viertel der Stichprobe aus. Hierbei ist das Benzodiazepin Diazepam mit Abstand die am häufigsten missbrauchte Substanz (n=69, 16,1 %) der Stichprobe.

Das Benzodiazepin-Antiepileptikum Clonazepam (Handelsname: Rivotril®), das für die Behandlung von Epilepsien und Angstzuständen verwendet wird, ist eines der fünf am häufigsten missbrauchten Mittel in der Hauptdiagnosegruppe Opioiden (n=42, 9,8 %). Nach einem starken Anstieg der Nennungen des Clonazepam-Missbrauchs von 2011 (n=25; 4,7 %) auf 2012 (n=52; 10,3 %) scheinen sich die Zahlen im Jahr 2013 stabilisiert zu haben. Clonazepam wurde hauptsächlich von männlichen (83,3 %) Opioidabhängigen missbraucht und überwiegend auf dem Schwarzmarkt erworben (83,3 %). Das Medikament wurde v.a. zur Sedierung (69,0 %), Modulation der Wirkung anderer Substanzen (42,9 %), Vermeidung von Entzugserscheinungen (35,7 %) und Angstreduktion (28,6 %) eingenommen. In 95,2 % der Fälle wurde angegeben, dass Clonazepam in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert wurde (z. B. Heroin, Alkohol, Kokain, THC).

Der Missbrauch des Antiepileptikums Pregabalin (Handelsname: Lyrica®) wird seit einigen Jahren verstärkt beobachtet. Pregabalin wird missbräuchlich konsumiert, um unterschiedliche Effekte zu erzielen, z. B. Sedierung, Euphorie oder auch Ecstasy-ähnliche Effekte wie Dissoziation. Im Jahr 2013 sind mehr als dreimal so viele Fälle eines Pregabalin-Missbrauchs wie im Vorjahr durch Phar-Mon dokumentiert worden (2012=5, 2013=17). Nach wie vor wird das Medikament hauptsächlich von Opioidabhängigen (9 von 17 Fällen) und Männern (12 von 17 Fällen) missbraucht. Craving (10 von 17 Fällen), Kontrollverlust (5 von 17 Fällen), Toleranzentwicklung (7 von 17 Fällen), Zweckentfremdung (8 von 17 Fällen), Überschreitung der Höchstdosis (5 von 17 Fällen) und Überschreitung der Einnahmedauer (6 von 17 Fällen) erwiesen sich als wichtige Merkmale des Missbrauchs. Das Medikament wurde am häufigsten über ein ärztliches Rezept (12 von 17 Fällen) erworben. Außerdem berichteten 5 von 17 Klienten von einem Bezug über den Schwarzmarkt. Obwohl es Berichte über unterschiedliche Einnahmearten gibt, wurde am häufigsten die orale Einnahme angegeben (15 von 17 Fällen), häufig in Kombination mit anderen Substanzen (10 von 17 Fällen). Klienten berichten, dass sie Pregabalin zur Angstreduktion einnehmen (8 von 17 Fällen). Außerdem nannten sie Sedierung (6 von 17 Fällen), Euphorisierung (5 von 17 Fällen) und Vermeidung von Entzugserscheinungen (5 von 17 Fällen) als weitere Einnahmegründe. Vor dem Hintergrund des Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzials von Pregabalin und Clonazepam gilt nach wie vor, dass bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen in der Vorgeschichte Vorsicht bei der Verschreibung geboten ist.

Der nicht bestimmungsgemäße Gebrauch von Substitutionsmitteln unter opioidabhängigen Klienten ist verbreitet und wohlbekannt. Dennoch sind die Hintergründe eines nicht bestimmungsgemäßen Substitutionsmittelkonsums weniger bekannt. Dies wurde anhand der Phar-Mon Daten der Jahre 2007-2011 vertieft exploriert und kürzlich in der Zeitschrift *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* veröffentlicht. Die Publikation untersucht den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch von Substitutionsmitteln unter

Opioidabhängigen in ambulanter Suchtberatung. Zunächst wurden Gruppenunterschiede zwischen Buprenorphin, Levomethadon und Methadon bezüglich der Konsummuster untersucht. Dann erfolgte eine explorative Analyse der prädiktiven Faktoren des Gebrauchs. Der nicht bestimmungsgemäße Gebrauch von Levomethadon und Methadon war charakterisiert durch einen häufigeren Beikonsum anderer psychoaktiver Substanzen sowie intravenösen Gebrauch, wohingegen Buprenorphin öfter ohne Rezept beschafft wurde. Hinsichtlich der prädiktiven Faktoren wurde Methadon häufiger als Buprenorphin zur Linderung von Entzugserscheinungen eingenommen und Levomethadon wurde häufiger zur Modulation der Wirkung anderer Substanzen und seltener zur Stimmungsaufhellung eingenommen. Die Implikationen für Prävention, Behandlung und Suchtpolitik wurden anhand der Ergebnisse diskutiert (Casati et al. 2014).

Naturgemäß werden in der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika Schlaf- und Beruhigungsmittel am häufigsten (n=30, 53,6 %) missbraucht. Unter den Wirkstoffen dominierten im Jahr 2013 Lorazepam mit 19,6 % (n=11) der Nennungen, gefolgt von Diazepam und Bromazepam mit jeweils 8,9 % (n=5) und der Z-Droge Zolpidem mit 7,1 % (n=4). In dieser Hauptdiagnosegruppe tauchen die Z-Drogen vermehrt auf, was in den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Opioide nur selten der Fall ist. Die starke Zunahme im Bereich des Analgetika-Missbrauchs von 2011 auf 2012 setzt sich im Jahr 2013 unvermindert fort und erreicht den Stand von 32,1 %. Unter den Opioidanalgetika werden Tilidin (n=6, 10,7 %) und Tramadol (n=4, 7,1 %) am häufigsten missbraucht. Allerdings sind die teils großen Schwankungen in dieser Arzneimittelgruppe in den letzten Jahren durch die geringe Stichprobengröße beeinflusst.

## 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 Abstinentziel ausgerichtete Behandlung kann nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt werden („Phasenmodell“):

#### Kontakt- und Motivationsphase

- Erlangung, Erhalt und Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung
- Beratung inkl. medizinischer, psychischer und sozialer Diagnostik und Anamnese
- Grundlage sollte ein Behandlungs- bzw. Hilfeplan sein (unter Berücksichtigung aller regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung/Gesundheitsfürsorge)

#### Entgiftungs-/Entzugsphase

- Im Rahmen des „qualifizierten Entzugs“ werden in multiprofessionellen Teams verschiedene Aspekte der Abhängigkeit bearbeitet
- Dauer je nach Einzelfall: zwei bis sechs Wochen

#### Entwöhnungsphase

- Abstinenz soll stabilisiert und Abhängigkeit langfristig beendet werden
- Ambulant, teilstationär und stationär durchführbar
- Regelzeit für Drogenabhängige: bis zu 26 Wochen

#### Integrations- und Nachsorgephase

- Beinhaltet Nachsorge sowie betreutes Wohnen und andere ambulante Nachsorgemaßnahmen
- Bei der Nachsorge werden therapeutische Maßnahmen reduziert und der Fokus auf die Integration in Arbeit und Gesellschaft gelegt (Unterstützung durch Fachdienste der Arbeitsverwaltung und Rentenversicherungsträger der Klienten)

## Datenquellen

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung. Allerdings können diese – insbesondere im stationären Bereich – aufgrund ihrer Erhebungsform nur bedingt miteinander verglichen werden.

### **Ambulante Betreuung**

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 (2013: 822; 2012: 794) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Braun et al. 2014d). Seit Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der KDS (DHS 2010) verwendet.

Seit 2010 wurden in den hier berichteten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Gegensatz zu den Vorjahren bis einschließlich 2009 keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten<sup>52</sup> (> 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<sup>53</sup> 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.

### **Stationäre Betreuung**

Im stationären Bereich beteiligten sich 2013 an der Bundesauswertung der DSHS 200 (2012: 198) Einrichtungen (Braun et al. 2014c).

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 weiteren Quellen herangezogen.

---

<sup>52</sup> 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 % oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 % 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 Missingquote überproportional beeinträchtigt wird. Damit ist zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe verbunden, in Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse kann dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).

<sup>53</sup> Der TDI ist einer von fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren, der national erhoben und auf EU Ebene aggregiert wird. Erhoben werden standardisierte Kerndaten bzgl. problematischen Drogenkonsums, Abhängigkeit und daraus folgende Konsequenzen (EMCDDA 2012).



- Die Krankenhausdiagnosestatistik 2012 des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2013b) erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen sowie behandlungsleitende Diagnosen, Alter und Geschlecht. 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 2013). 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.

- Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden und dienen als wertvolle Ergänzung nationaler Statistiken.

### ***Substitutionsbehandlung***

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 wird in diesem Register nicht erfasst, sofern die Entgiftungsbehandlung maximal vier Wochen dauert und die Patienten unmittelbar anschließend keine Substitutionsmittel mehr benötigen. Seit 2010 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst. Seit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinien 2011 haben Substituierte auch einen Anspruch auf Psychotherapie, wenn sie nach mehr als 10 Therapiestunden noch nicht abstinent sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013).

## **5.2 Strategie, Politik**

Abhängigkeitskranken in Deutschland steht ein differenziertes und flächendeckendes Hilfesystem zur Verfügung. Sie können diese Hilfen kostenlos nutzen, allerdings sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger

notwendig (Leune 2014, S. 182f.). Hausärzten kommt eine besondere Rolle zu, da sie häufig erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben den Hausärzten (zu deren Suchtbehandlungen keine differenzierten Daten vorliegen) die ca. 1.300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 800 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 500 (ganztags) ambulante und 320 stationäre Therapieeinrichtungen (ebd.). Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Tabelle 5.1 Übersicht über Angebote der Suchthilfe

| <b>Art der Einrichtung</b>                          | <b>Anzahl<br/>[gerundet]</b> | <b>Plätze<br/>[gerundet]</b> |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.        | < 1.300 <sup>54</sup>        | > 500.000                    |
| Substitutionsbehandlung (registriert) <sup>1)</sup> | 8.416                        | 77.300                       |
| Niedrigschwellige Angebote                          | > 300                        |                              |
| Spezialisierte Krankenhausabteilungen               | > 300                        | > 7.500                      |
| Psychiatrische Kliniken                             | 300                          | > 220.000                    |
| Psychiatrische Institutsambulanzen                  | 300                          | 91.800                       |
| Entzug mit Motivationsanteilen                      | 190                          | > 2.000                      |
| (Ganztags) Ambulante Rehabilitation                 | 100                          | > 1.000                      |
| Vollstationäre Rehabilitation                       | 320                          | 13.200                       |
| Adaptionseinrichtungen                              | 115                          | > 1.200                      |
| Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie         | 268                          | > 10.700                     |
| Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie     | 112                          | > 1.200                      |
| Ambulantes Betreutes Wohnen                         | 460                          | > 12.000                     |
| Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen            | 250                          | > 4.800                      |
| Selbsthilfegruppen                                  | 8.700                        | keine gesicherten<br>Zahlen  |

1) 2013 haben 2.691 Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet (BOPST 2014). Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2012 wurden 8.416 suchttherapeutisch qualifizierte Ärzte gemeldet (BOPST 2014).

BOPST 2014; Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011; Leune 2013.

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung 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 auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Diese ist

<sup>54</sup> 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.

verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter 2011).

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden normalerweise 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.

### **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).

Seit langer Zeit ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfs 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 Sozialgesetzbuchs (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. 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 Selbsthilfeorganisationen. Zwar sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet, dennoch ist es Ziel der Bundesverbände der Selbsthilfe, sich mehr für Suchtkranke aller Suchtstoffe zu öffnen sowie mehr junge Suchtkranke für die Idee der Selbsthilfe zu gewinnen.

#### **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

Psychiatriebereich, siehe auch Kapitel 5.2, Abschnitt Behandlungen: Psychiatrie) vorgenommen. 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 kostenlos, die Einrichtungen finanzieren sich aus Mitteln der Kommunen und Bundesländer sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuermittel, etc.).

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) (vgl. hierzu Kapitel 11.2.1 im REITOX-Bericht 2012). 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). Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klienten, weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante, Behandlungsangebote wahrzunehmen.

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 Gemeinschaft gemacht, das sich an der individuellen Bedarfslage der Abhängigen orientiert. In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen. Alle diese Angebote verfolgen das Ziel der Stabilisierung von Drogenabstinenz.

Seit 2001 ist auch die substitutionsgestützte Behandlung detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch 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 (2008b) unterstreichen die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin. 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 Dihydrocodein (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 suchtmedizinische 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 Zielsetzungen 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.

Eine als erforderlich angesehene psychosoziale Betreuung von Patienten ist als Teil der OST gemäß den Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (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 führen zu einer bundesweit sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebots psychosozialer Betreuung.

Die Richtlinien der BÄK von 2010 (BÄK 2010) konkretisieren Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opioidabhängigkeit 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 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 zusammen und geben so – unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen – dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. 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). Derzeit befinden sich die bereits publizierten 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.

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). Anfang 2014 wurde die endgültige Fassung der Leitlinie „Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung“ der DGS e.V. verabschiedet (Backmund et al. 2014).

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 (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Rentenversicherung (RV)) federführend tätig sind (vgl. auch Kapitel 11.3 des REITOX-Berichts 2012). 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.

### 5.3.2 Verfügbarkeit und Behandlungsformen

Eine ausführliche Darstellung der grundsätzlich verfügbaren Behandlungsformen ist bereits weiter oben erfolgt (siehe Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3.1). 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 (trotz kommunaler Daseinsvorsorge, die verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert ist, vgl. Bürkle & Harter 2011). 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 Erwachsenen, Schwangeren oder älteren Konsumenten). Im Rahmen der personenzentrierten Suchtkrankenhilfe bestehen hierbei sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. 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 Cannabiskonsumern unter verschiedenen Rahmenbedingungen befasst haben (vgl. REITOX-Berichte der vergangenen Jahre). Auch bei der diarmorphingestützten 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).

## **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 2013 (Braun et al. 2014a,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 während eines Gefängnisaufenthalts 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 2013 insgesamt 334.804 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 822 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 2013 52 % aller erfassten Episoden aus).

### Diagnosen

Für das Jahr 2013 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 67.108 Behandlungen aus 820 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 37,6 % der Fälle (2012: 41,1 %; 2011: 44,9 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. 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 (2013: 38,7 %; 2012: 36,5 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Dieser Anteil steigt seit einem kleinen Rückgang 2011 wieder kontinuierlich. Wie in den vergangenen Jahren ist 2013 der Anteil der Klienten erneut gestiegen, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (14,2 %; 2012: 12,3 %) in Beratung und Behandlung begeben haben. Die Vergleichswerte für Kokain (5,7 %; 2012: 6,0 %) und andere Substanzen sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert.

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (59,5 %; 2012: 58,4 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand stehen erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien wie im Vorjahr (18,7 %; 2012: 16,6 %) an zweiter Stelle vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (12,7 %; 2012: 15,0 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit kokainbezogenen Störungen (5,5 %; 2012: 6,0 %) sowie aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert (Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2013)

| Hauptdiagnose schädlicher<br>Gebrauch/Abhängigkeit von<br>(ICD10: F1x.1/F1x.2x) | Alle Behandelten <sup>1)</sup> |               |               | Erstbehandelte <sup>2)</sup> |              |               |
|---|--------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|--------------|---------------|
|   | Männer                         | Frauen        | Gesamt        | Männer                       | Frauen       | Gesamt        |
| Opioiden  | 36,4 %                         | 41,6 %        | 37,5 %        | 12,3 %                       | 14,3 %       | 12,7 %        |
| Cannabinoiden   | 41,7 %                         | 27,8 %        | 38,7 %        | 63,3 %                       | 45,6 %       | 59,5 %        |
| Sedativa/Hypnotika  | 1,2 %                          | 5,5 %         | 2,1 %         | 1,0 %                        | 5,3 %        | 1,9 %         |
| Kokain  | 6,2 %                          | 3,8 %         | 5,7 %         | 5,9 %                        | 4,1 %        | 5,5 %         |
| Stimulanzien  | 12,7 %                         | 19,5 %        | 14,2 %        | 16,0 %                       | 28,8 %       | 18,7 %        |
| Halluzinogenen  | 0,2 %                          | 0,1 %         | 0,1 %         | 0,2 %                        | 0,1 %        | 0,2 %         |
| flüchtigen Lösungsmitteln   | 0,1 %                          | 0,2 %         | 0,1 %         | 0,1 %                        | 0,3 %        | 0,1 %         |
| multiplen/and. Substanzen   | 1,6 %                          | 1,6 %         | 1,6 %         | 1,3 %                        | 1,6 %        | 1,4 %         |
| <b>Gesamt (N)</b>   | <b>52.443</b>                  | <b>14.587</b> | <b>67.030</b> | <b>16.294</b>                | <b>4.445</b> | <b>20.739</b> |

1) Alle Behandelten sind in diesem Fall alle Zugänge/Beender des Berichtsjahres. Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

2) Angaben zu allen Erstbehandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.2.

Braun et al. 2014b,d.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen<sup>55</sup> wies 2013 etwa jeder Vierte (25,2 %) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (19,7 %) auf (Tabelle 5.3). Die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis stellt bei dieser Patientengruppe nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose dar (30,4 %).

Bei Klienten mit primären Kokainproblemen<sup>56</sup> standen Cannabis, Alkohol, Amphetamine und Ecstasy als substanzbezogene Sekundärdiagnosen im Vordergrund. Der Anteil der Klienten mit einer primären Kokainproblematik, die zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin erfüllen, stieg nach einem Tief 2012 wieder auf 9,7 % (2012: 7,3 %; 2011: 8,9 %).

Fast jeder Fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik<sup>57</sup> wies auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (17,9 %). Bei fast jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt

<sup>55</sup> Alle nachfolgenden Angaben zu Klienten mit primärer Opioidproblematik sind bezogen auf eine Gesamtzahl von 22.100.

<sup>56</sup> Bezogen auf eine Gesamtzahl von 2.754 (Hauptdiagnose Kokain).

<sup>57</sup> Bezogen auf eine Gesamtzahl von 23.253 (Hauptdiagnose: Cannabinoide).

(8,7 %). Knapp ein Viertel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (23,3 %). Über alle Substanzen hinweg hatte ein Viertel der Klienten zusätzlich zum primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol.

Nahezu jedem zweiten Klienten (45,9 %) mit der Hauptdiagnose Stimulanzien<sup>58</sup> wurde zusätzlich ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Cannabinoiden diagnostiziert, jeder sechste hatte als Zusatzdiagnose eine Störung wegen des Konsums von Ecstasy und 10,4 % wegen Kokain (Braun et al. 2014d).

Tabelle 5.3 Hauptdiagnosen und weitere substanzbezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2013)

| Einzel diagnose <sup>1)</sup> | Hauptdiagnose |               |              |              |              |
|-------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|                               | Opiode        | Cannabinoide  | Sed./Hypn.   | Kokain       | Stimulanzien |
| Alkohol                       | 25,2 %        | 23,3 %        | 31,7 %       | 33,0 %       | 26,3 %       |
| Heroin                        | 82,6 %        | 2,0 %         | 5,2 %        | 9,7 %        | 4,3 %        |
| Methadon                      | 39,5 %        | 0,4 %         | 1,4 %        | 2,1 %        | 0,4 %        |
| Buprenorphin                  | 10,6 %        | 0,2 %         | 1,0 %        | 0,8 %        | 0,2 %        |
| and. opiathaltige Mittel      | 13,6 %        | 0,6 %         | 4,9 %        | 1,8 %        | 0,8 %        |
| Cannabinoide                  | 30,4 %        | 99,8 %        | 13,0 %       | 39,2 %       | 45,9 %       |
| Benzodiazepine                | 13,0 %        | 0,9 %         | 71,9 %       | 3,2 %        | 1,7 %        |
| and. Sedativa/Hypnotika       | 0,5 %         | 0,2 %         | 20,9 %       | 0,3 %        | 0,4 %        |
| Kokain                        | 19,7 %        | 8,7 %         | 4,2 %        | 92,9 %       | 10,4 %       |
| Crack                         | 1,0 %         | 0,2 %         | 0,3 %        | 3,7 %        | 0,4 %        |
| Amphetamine                   | 9,1 %         | 17,9 %        | 6,1 %        | 16,4 %       | 67,8 %       |
| MDMA                          | 4,3 %         | 6,3 %         | 2,2 %        | 7,0 %        | 16,0 %       |
| andere Stimulanzien           | 1,1 %         | 2,0 %         | 1,1 %        | 1,3 %        | 33,4 %       |
| LSD                           | 2,6 %         | 2,2 %         | 0,7 %        | 3,0 %        | 3,6 %        |
| <b>Gesamt (N)</b>             | <b>22.100</b> | <b>23.253</b> | <b>1.313</b> | <b>2.754</b> | <b>9.021</b> |

1) Mehrfachnennungen möglich.

Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 25.1.1.

Braun et al. 2014d.

### Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2013 waren 78,2 % (2012: 78,7 %) der in der DSHS erfassten 67.030<sup>59</sup> ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 50,2 % (2012: 50,3 %) aller

<sup>58</sup> Bezogen auf eine Gesamtzahl von 9.021 (Hauptdiagnose Stimulanzien).

<sup>59</sup> Für die Angaben zum Geschlecht und zur Hauptdiagnose vorlagen.

Behandelten waren zwischen 15 und 29 Jahre alt. 83,3 % (2012: 83,2 %) waren deutsche Staatsbürger, 3,2 % (2012: 3,0 %) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union (EU), 8,4 % (2012: 8,6 %) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 5,1 %). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.4 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 5.4 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2013)

| Charakteristika  | Hauptdiagnose              |          |        |              |        |
|--|----------------------------|----------|--------|--------------|--------|
|  | Opioide                    | Cannabis | Kokain | Stimulanzien |        |
| Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (MW) <sup>1)</sup> | 36,7                       | 24,5     | 33,7   | 27,4         |        |
| Alter in Jahren bei Erstkonsum (MW) <sup>1)</sup>        | 21,4                       | 15,3     | 21,8   | 18,3         |        |
| Geschlecht (Anteil Männer) <sup>2)</sup>                 | 75,9 %                     | 84,4 %   | 85,4 % | 70,1 %       |        |
| Alleinstehend <sup>3)</sup>                              | 52,4 %                     | 61,1 %   | 43,8 % | 53,3 %       |        |
| Erwerbsstatus <sup>4)</sup>                              | Arbeitslos                 | 62,4 %   | 34,3 % | 41,2 %       | 49,0 % |
|  | Schüler/in / In Ausbildung | 2,1 %    | 32,0 % | 4,2 %        | 11,2 % |
| Wohnungslos <sup>5)</sup>                                | 2,8 %                      | 0,8 %    | 1,4 %  | 1,4 %        |        |

1) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 11.1.1.

2) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

3) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 14.1.1.

4) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 18.1.1.

5) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 16.1.1.

Braun et al. 2014d.

In Tabelle 5.5 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert (2013: 60,0 %; 2012: 57,8 %). Der Trend der letzten Jahre, nach dem der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert), hat sich seit 2010 einigermaßen stabilisiert. Der Anteil derjenigen, die Heroin rauchen (2013: 27,9 %; 2012: 28,0 %), blieb im Vergleich zum Vorjahr beinahe unverändert, während der nasale Konsum gestiegen ist (2013: 9,4 %; 2012: 7,8 %). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem sechsten Kokainkonsumenten (17,0 %). Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnupft (v. a. Kokain und

Amphetamine) oder geraucht (v. a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Tabelle 5.5 Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2013)

| Substanz     | Applikationsform <sup>1)</sup> |         |        |           |        | Gesamt |
|--------------|--------------------------------|---------|--------|-----------|--------|--------|
|              | Injektion                      | Rauchen | Oral   | Schnupfen | Andere |        |
| Heroin       | 60,0 %                         | 27,9 %  | 2,2 %  | 9,4 %     | 0,5 %  | 13.578 |
| Methadon     | 2,4 %                          | 1,2 %   | 96,0 % | 0,1 %     | 0,3 %  | 7.544  |
| Buprenorphin | 3,4 %                          | 1,3 %   | 89,1 % | 4,8 %     | 1,3 %  | 2.440  |
| And. Opioide | 10,8 %                         | 7,8 %   | 76,7 % | 1,7 %     | 3,0 %  | 2.432  |
| Kokain       | 17,0 %                         | 19,2 %  | 1,1 %  | 62,3 %    | 0,3 %  | 9.684  |
| Crack        | 5,3 %                          | 89,5 %  | 2,0 %  | 2,9 %     | 0,2 %  | 832    |
| Amphetamine  | 1,3 %                          | 12,3 %  | 29,1 % | 56,0 %    | 1,2 %  | 11.647 |

Mehrfachnennungen möglich.

1) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrighwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 19.1.1.

Braun et al. 2014d.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung<sup>60</sup>. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 21,1 (2012: 20,7) bei Opioidklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 9,9 am niedrigsten (2012: 10,2). Frauen nehmen durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.6). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel (MW) am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten.

<sup>60</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen bei Klienten mit primären Problemen im Zusammenhang mit Halluzinogenen (n=100) und flüchtigen Lösungsmitteln (n=59) wurden diese beiden Gruppen bei den Vergleichen nicht berücksichtigt.

Tabelle 5.6 Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2013)

| Hauptdiagnose            | Anzahl der Kontakte (MW) |        |        | Betreuungsdauer (MW) <sup>1)</sup> |        |        |
|--------------------------|--------------------------|--------|--------|------------------------------------|--------|--------|
|                          | Männer                   | Frauen | Gesamt | Männer                             | Frauen | Gesamt |
| Opioide                  | 19,9                     | 24,6   | 21,1   | 56,2                               | 61,0   | 57,3   |
| Cannabinoide             | 9,6                      | 11,1   | 9,9    | 24,4                               | 23,7   | 24,3   |
| Sedativa/Hypnotika       | 12,7                     | 15,4   | 14,3   | 29,4                               | 34,5   | 32,3   |
| Kokain                   | 14,1                     | 17,3   | 14,6   | 29,2                               | 27,6   | 29,0   |
| Stimulanzien             | 10,7                     | 12,0   | 11,1   | 29,3                               | 28,8   | 29,2   |
| Halluzinogene            | 11,3                     | 9,1    | 10,8   | 30,5                               | 30,4   | 30,2   |
| Flüchtige Lösungsmittel  | 16,7                     | 12,8   | 15,1   | 20,3                               | 28,9   | 23,9   |
| Multiple/and. Substanzen | 14,3                     | 23,3   | 16,3   | 32,7                               | 34,4   | 33,1   |

1) in Wochen.

Braun et al. 2014d.

#### 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 2012 wurden von insgesamt 47.354 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 200 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen, darunter 10.352 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Braun et al. 2014c). Darunter wurden 8.040 Mal Männer behandelt, dies entspricht einem Männeranteil von 77,7 % (2012: 77,9 %). In fast drei Viertel (71,8 %) der Fälle waren alkoholbezogene Störungen die primäre Ursache für stationäre Behandlungen (29.724 Behandlungen; 2012: 29.504). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch im stationären Versorgungsbereich basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Unter den Behandlungen mit primären Drogenproblemen im Rahmen der DSHS haben diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (28,3 %; 2012: 26,8 %) erstmalig den Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (27,1 %; 2012: 30,0 %) übertroffen und stellen somit erstmalig die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol). Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Opioiden ist seit 2007 (48,6 %) rückläufig, der

von Cannabis steigt seit 2007 kontinuierlich. Danach folgen Behandlungen aufgrund polyvalenten Konsums (15,3 %; 2012: 16,8 %). Dieser Anteil ist zum ersten Mal seit 2007 im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulanzien sind in 7,2 % (2012: 6,7 %) bzw. 18,3 % (2012: 15,5 %) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.7).

Fünf Jahre lang waren cannabisbezogene Störungen im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum der zweithäufigste Behandlungsgrund und sind 2013 gar zum häufigsten Behandlungsgrund geworden. 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 – wenn auch im Vergleich zum Vorjahr stark gestiegene – deutlich kleinere Rolle als bei den Männern: Nur 20,8 % (2012: 18,5 %) der Frauen vs. 30,4 % (2012: 29,2 %) 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 1:5 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (8,1 % vs. 4,1 %).

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 2012 etwa die Hälfte (44,7 %, 2011: 43,5 %) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr 42,2 % (2011: 46,7 %) aller Fälle. In der DRV Statistik sinkt dieser Anteil seit Jahren kontinuierlich, im Akutbereich ist dieser Wert von 2011 auf 2012 erstmalig wieder leicht gestiegen. In der DSHS wird am häufigsten der Konsum von Cannabis als behandlungsleitend kodiert<sup>61</sup>. 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.

Krankenhausaufenthalte aufgrund des Konsums von Sedativa/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 5.7).

---

<sup>61</sup> 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 5.7 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

| Hauptdiagnose          | Krankenhaus   | DRV           | DSHS                 |                      |                      |                      |
|------------------------|---------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                        | 2012          | 2012          | 2012                 | 2013                 |                      |                      |
|                        | Gesamt        | Gesamt        | Gesamt <sup>1)</sup> | Gesamt <sup>2)</sup> | Männer <sup>2)</sup> | Frauen <sup>2)</sup> |
| Opioide                | 27,5 %        | 24,0 %        | 30,0 %               | 27,1 %               | 26,7 %               | 28,5 %               |
| Cannabinoide           | 10,5 %        | 18,1 %        | 26,8 %               | 28,3 %               | 30,4 %               | 20,8 %               |
| Sedativa/Hypnotika     | 10,4 %        | 2,5 %         | 4,0 %                | 3,6 %                | 1,8 %                | 9,9 %                |
| Kokain                 | 1,5 %         | 4,4 %         | 6,7 %                | 7,2 %                | 8,1 %                | 4,1 %                |
| Stimulanzen            | 4,7 %         | 8,7 %         | 15,5 %               | 18,3 %               | 17,5 %               | 21,3 %               |
| Halluzinogene          | 0,5 %         | 0,1 %         | 0,1 %                | 0,1 %                | 0,1 %                | 0,1 %                |
| Flücht. Lösungsmittel  | 0,2 %         | 0,0 %         | 0,0 %                | 0,0 %                | 0,0 %                | 0,1 %                |
| Multiple/and. Subst.   | 44,7 %        | 42,2 %        | 16,8 %               | 15,3 %               | 15,4 %               | 15,2 %               |
| <b>Gesamt (Anzahl)</b> | <b>96.279</b> | <b>13.949</b> | <b>9.481</b>         | <b>10.352</b>        | <b>8.040</b>         | <b>2.312</b>         |

1) Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle: 14.1.1 aus dem Jahr 2012.

2) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

Braun et al. 2014c; DRV 2013; Statistisches Bundesamt 2013b.

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 5.8 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 5.4) sind die stationär behandelten Opioidkonsumenten etwas jünger, die Cannabiskonsumenten etwas älter, nur wenige Unterschiede gibt es bei Kokain- und Stimulanzenkonsumenten. Im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 hat sich der Anteil der Wohnungslosen bei den stationären Klienten mit den Hauptdiagnosen Opioide und Kokain jeweils verdoppelt und bei denen mit der Hauptdiagnose Stimulanzen im Vergleich zum Vorjahr sogar mehr als vervierfacht. Im Jahr

2012 ist der Anteil der Wohnungslosen unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Opioide wiederum gestiegen, während er für die Hauptdiagnosen Cannabis, Kokain und Stimulanzien leicht gefallen ist. Im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 ist der Anteil der Wohnungslosen bei den stationären Klienten mit den Hauptdiagnosen Kokain, Cannabis und Stimulanzien weiter gesunken und bei der Hauptdiagnose Opioide konstant geblieben. 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 – tendenziell 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 5.8 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2013)

| Charakteristika  | Hauptdiagnose              |          |        |              |        |
|--|----------------------------|----------|--------|--------------|--------|
|  | Opioide                    | Cannabis | Kokain | Stimulanzien |        |
| Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (MW) <sup>1)</sup> | 34,6                       | 27,5     | 33,5   | 28,1         |        |
| Alter in Jahren bei Erstkonsum (MW) <sup>1)</sup>        | 20,8                       | 15,2     | 21,0   | 18,3         |        |
| Geschlecht (Anteil Männer) <sup>2)</sup>                 | 76,5 %                     | 83,5 %   | 87,4%  | 74,0 %       |        |
| Alleinstehend <sup>3)</sup>                              | 55,8 %                     | 64,6 %   | 50,9 % | 63,0 %       |        |
| Erwerbsstatus <sup>4)</sup>                              | Arbeitslos                 | 67,9 %   | 65,3 % | 62,8 %       | 65,3 % |
|  | Schüler/in / In Ausbildung | 0,7 %    | 5,5 %  | 0,7 %        | 3,1 %  |
| Wohnungslos <sup>5)</sup>                                | 2,1 %                      | 1,5 %    | 2,0 %  | 1,4 %        |        |

1) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 11.1.1.

2) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

3) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 14.1.1.

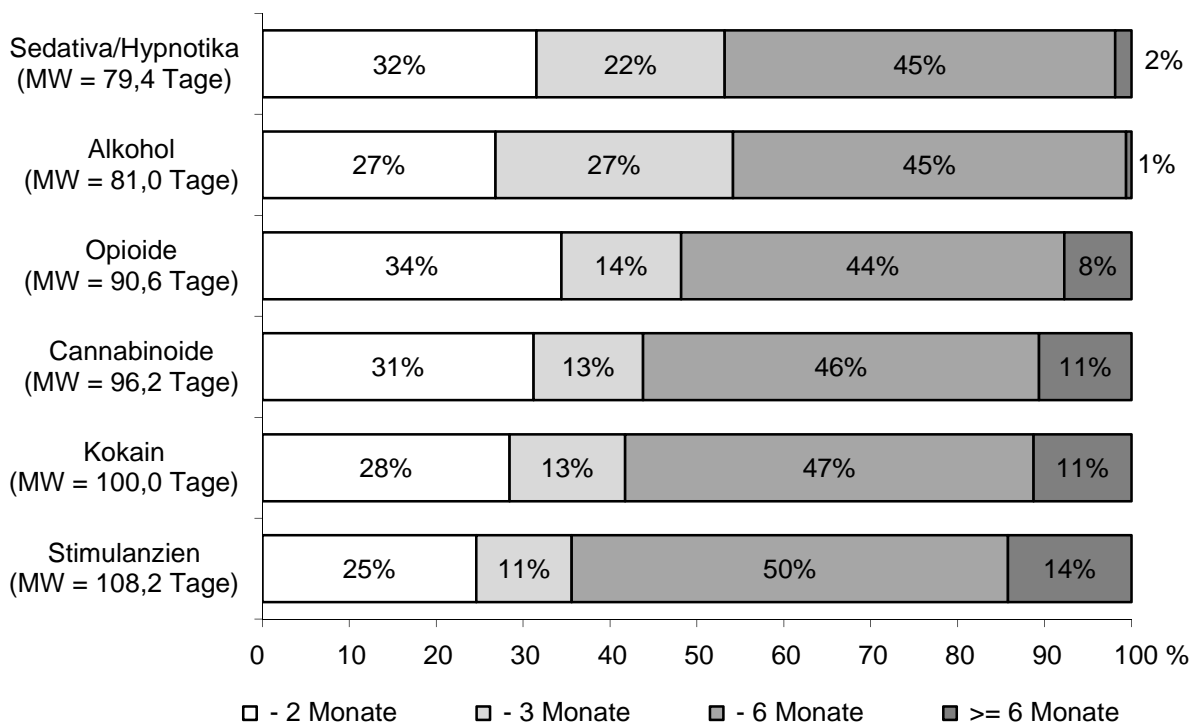
4) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 18.1.1.

5) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 16.1.1.

Braun et al. 2014c.

Die Ergebnisse der DSHS zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2013 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabinoiden 13,7 Wochen (2012: 12,7), 15,5 Wochen (2012: 15,2) bei Stimulanzien, 14,3 Wochen (2012: 13,6) bei Kokain, 12,9 Wochen (2012: 13,6) bei Opioiden und 11,3 Wochen (2012: 11,6) bei Sedativa/Hypnotika. Die als Vergleichswert aufgeführte Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 11,6 Wochen (2012: 11,7).

Die Behandlungsdauer weist z. T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit 13-15 Wochen im Durchschnitt mindestens 1,5 Wochen länger ist als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauer  $\geq 9$  Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für alkoholbezogene Störungen ist seit fünf Jahren leicht rückläufig, für die anderen Substanzgruppen (außer Opioiden) hat diese von 2012 auf 2013 z.T. deutlich zugenommen. Ein eindeutiger Trend für die vergangenen Jahre ist nicht erkennbar.



Braun et al. 2014c.

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2013)

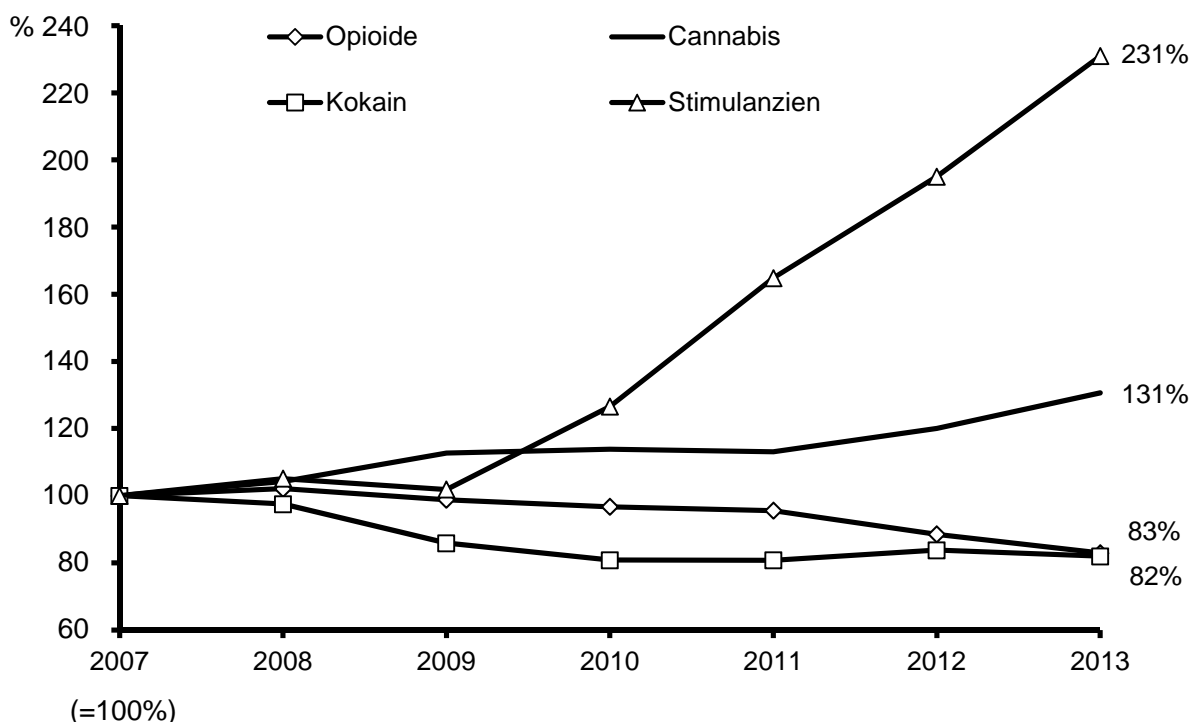
## 5.5 Behandlungstrends

### 5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin und Cannabinoiden die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Darüber hinaus steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioiden in dieser Gruppe nur noch bei weniger als jedem achten Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor acht Jahren lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel der Erstbehandelten. Unter allen Zugängen zu ambulanter Behandlung sinkt der Anteil der Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden seit einigen Jahren kontinuierlich, wohingegen der Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose

Cannabis kontinuierlich ansteigt. In 2013 überstieg der Anteil an Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis erstmals die mit Hauptdiagnose Opioiden und machte somit die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen aus.

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 seit 2007 ein leichter Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis, ein leichter Rückgang bei den Klienten mit Opioidproblemen, in den letzten zwei Berichtsjahren ein leichter Zuwachs der Klienten mit Kokainproblemen sowie mehr als eine Verdoppelung beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien (Abbildung 5.2).



Braun et al. 2014c.

Abbildung 5.2 Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)

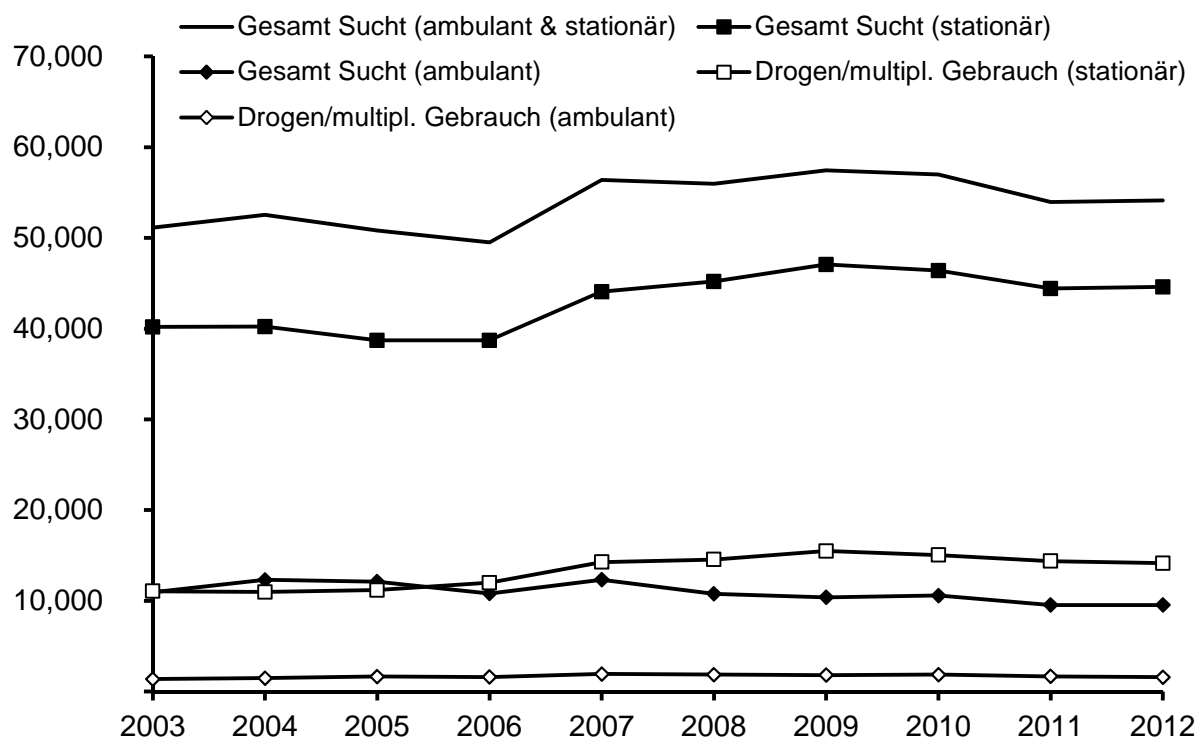
Im stationären Bereich (DSHS) sind Opioidkonsumenten seit 2013 nur noch die zweitgrößte Patientengruppe nach den Cannabiskonsumenten, in der Rehabilitationsstatistik der Rentenversicherung machen Opioidkonsumenten nach wie vor die größte Patientengruppe unter den Konsumenten illegaler Drogen aus. Die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt demnach eine zunehmend wichtigere Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsum (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ selten sind.

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen,

bis 2011 gesunken (2010: 56.997; 2011: 53.965) und 2012 wieder leicht gestiegen (54.142) (Abbildung 5.3). Der größte Teil dieser Leistungen (69,9 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen 29,1 % der Leistungen aus (Medikamente: 1,0 %). Dieser Anteil ist seit 2003 (24,3 %) um etwa fünf Prozentpunkte gestiegen, es werden also seit 2004 anteilig weniger von der RV finanzierte Rehabilitationsleistungen wegen einer primären Alkoholproblematik durchgeführt.

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) fast 5:1. Dieses Verhältnis hat sich zwischen 2003 und 2009 (insbesondere seit 2005) leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7:1 auf 4,7:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit knapp 9:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) sind für Drogenpatienten (Drogen/multipler Gebrauch) zwischen 2003 und 2009 im stationären Bereich kontinuierlich gestiegen und sinken seitdem wieder leicht. Im ambulanten Bereich stiegen entsprechende Fallzahlen bis 2007 kontinuierlich, blieben dann bis 2010 stabil und sinken seitdem wieder (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.



DRV 2013.

Abbildung 5.3 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen im Krankenhaus ist nach leichten Schwankungen in den Vorjahren zwischen 2010 und 2012 leicht gestiegen (Statistisches Bundesamt 2013a). Leichte Zuwächse waren bei der Zahl der Behandlungen wegen Stimulanzien (+16,5 %), Kokain (+16,0 %) und Cannabinoiden (+11,5 %) zu verzeichnen. Rückgänge waren bei der Behandlung wegen Opioiden (-8,4 %) und, bei niedriger Gesamtzahl, wegen Halluzinogenen (-17,8 %) und flüchtigen Lösungsmitteln (-21,7 %) zu beobachten (Tabelle 5.9).

Tabelle 5.9 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2009-2012

| Hauptdiagnose              | Jahr           |                |                |                | Veränderungen |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
|                            | 2009           | 2010           | 2011           | 2012           | 2012 vs. 2011 |
| Alkohol                    | 339.092        | 333.357        | 338.355        | 345.034        | 2,0 %         |
| Opioide                    | 31.496         | 32.538         | 28.956         | 26.512         | -8,4 %        |
| Cannabinoide               | 7.251          | 8.145          | 9.094          | 10.142         | 11,5 %        |
| Sedativa/Hypnotika         | 9.094          | 9.270          | 10.241         | 9.999          | -2,4 %        |
| Kokain                     | 1.050          | 1.076          | 1.222          | 1.417          | 16,0 %        |
| Stimulanzien               | 1.848          | 2.805          | 3.878          | 4.519          | 16,5 %        |
| Halluzinogene              | 431            | 430            | 574            | 472            | -17,8 %       |
| Tabak                      | 258            | 310            | 269            | 225            | -16,4 %       |
| Flüchtige Lösungsmittel    | 194            | 171            | 198            | 155            | -21,7 %       |
| Multiple/andere Substanzen | 42.468         | 41.449         | 41.777         | 43.063         | 3,1 %         |
| <b>Gesamt Sucht</b>        | <b>433.182</b> | <b>429.551</b> | <b>434.564</b> | <b>441.538</b> | <b>1,6 %</b>  |
| <b>Gesamt Drogen</b>       | <b>93.832</b>  | <b>95.884</b>  | <b>95.940</b>  | <b>96.279</b>  | <b>0,4 %</b>  |

Statistisches Bundesamt 2011a,b, 2013a,b.

### 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 Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen – zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 hingegen ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2013 bei 77.300 Patienten (BOPST 2014).

Im Jahr 2013 wurden rund 92.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. Wechsel des behandelnden Arztes, längere Klinik- oder JVA-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. ärztlicher Personalwechsel in Substitutionsambulanzen) liegen. 2013 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 170 Doppelbehandlungen von Patienten bestätigt, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden (BOPST 2014).

Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und im Substitutionsregister registrierten suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt deutlich höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2013 haben insgesamt 2.691 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2004 auf praktisch unverändertem Niveau. 2013 haben 496 Ärzte – also etwa 18 % der

substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen. Rund 15 % der substituierenden Ärzte hatten am Stichtag 1. Juli 2013 die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet (BOPST 2014).

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt stark, bundesweit beträgt sie durchschnittlich 29. Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen, Hamburg und Berlin), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen. Nur 2,7 % (n=2.078; 2012: 2,9 %; n=2.181) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2013) und 4,8 % (n=130; 2012: 5,3 %, n=146) der substituierenden Ärzte stammen 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 2013 durchschnittlich 41,6 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 39,2 und Berlin: 35,5), sind es in Brandenburg nur 5,3 (Mecklenburg-Vorpommern: 10,4; Thüringen: 15,0).

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen verschoben: auf Kosten von Methadon (2013: 49,3 %) und zugunsten von Levomethadon (2013: 28,6 %) sowie Buprenorphin, das 2013 in etwa jeder fünften Substitution (21,3 %) zum Einsatz gekommen ist (Tabelle 5.10). Der Anteil der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Patienten ist seit 2005 von 82,0 % auf aktuell 77,9 % gesunken.

Tabelle 5.10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2013)

| Substitutionsmittel | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Methadon            | 66,2 % | 64,1 % | 61,4 % | 59,7 % | 58,9 % | 57,7 % | 54,8 % | 51,6 % | 49,3 % |
| Levomethadon        | 15,8 % | 17,2 % | 19,0 % | 20,6 % | 21,8 % | 23,0 % | 25,4 % | 27,0 % | 28,6 % |
| Buprenorphin        | 17,2 % | 18,0 % | 18,6 % | 18,9 % | 18,6 % | 18,6 % | 19,2 % | 20,4 % | 21,3 % |
| Dihydrocodein       | 0,7 %  | 0,6 %  | 0,5 %  | 0,4 %  | 0,3 %  | 0,3 %  | 0,2 %  | 0,2 %  | 0,2 %  |
| Codein              | 0,1 %  | 0,1 %  | 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 %  | 0,7 %  | 0,5 %  |

BOPST 2014.

Anknüpfend an die wiederholt geführten Diskussionen um die zukünftige Gewährleistung der Substitution insbesondere im ländlichen Raum bestätigen im Rahmen der jährlichen REITOX-Berichterstattung exemplarisch für andere Regionen auch Experten (Falch-Knappe & Schoen-Blum 2014) aus dem Ortenaukreis (flächengrößter Landkreis in Baden-



Württemberg) von den Schwierigkeiten, eine qualifizierte wohnortnahe Substitutionsversorgung für Drogenabhängige aufrecht zu erhalten. Dies läge vor allem daran, dass ältere Substitutionsärzte altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden und keine Mediziner gefunden werden können, die eine längerfristige Substitutionsversorgung gewährleisten. Diese Situation habe im konkreten Fall zu einer Überlastung der bisher einzigen Schwerpunktpraxis des Landkreises und damit verbundenen Problemzonen im Öffentlichen Bereich geführt. Aus dieser Unterversorgungssituation entstand die Idee, ein grenzüberschreitendes Substitutionsprojekt mit der französischen Großstadt Straßburg und der Stadt Kehl zu entwickeln. Unter Einbeziehung vieler Partner wie der Straßburger Suchthilfeeinrichtung Ithaque, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, Kliniken, Eurodistrikt, dem Land Baden-Württemberg, dem Ortenaukreis und der Stadt Kehl wurde das grenzüberschreitende Projekt „Praxis für Suchtmedizin“ in der Jugend- und Drogenberatungsstelle (DROBS) in der Stadtmitte von Kehl realisiert. Durch die enge Kooperation mehrerer Fachdisziplinen unter einem Dach soll den Patienten erleichtert werden, psychosoziale Begleitung in Anspruch zu nehmen und gleichzeitig die Qualität der Behandlung durch die enge Verzahnung der Professionen steigen. Der deutsch-französische Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit hätten sich in diesem Prozess aus Sicht der Experten als sehr positiv erwiesen. Mit Unterstützung des Landes wird das Projekt von einer Forschungsgruppe des Universitätsklinikums Tübingen evaluiert. Ziel ist die Prüfung der Übertragbarkeit dieser Projektstrukturen auch auf andere Regionen.

Beck und Kollegen (2014) haben 2014 die Ergebnisse einer Untersuchung vorgestellt, in der die Wirksamkeit von Slow-Release Oral Morphine (SROM) mit Methadon in der Erhaltungstherapie für Patienten untersucht wurde, die zuvor mit Methadon behandelt worden waren. Es handelte sich um eine prospektive randomisierte Studie mit cross-over Design über einen Zeitraum von zwei 11-wöchigen Interventionsepisoden, an der 14 ambulante Einrichtungen aus der Schweiz und Deutschland beteiligt waren. Zur vergleichenden Messung der Wirksamkeit wurden Urinproben herangezogen, die auf Heroinkonsum untersucht wurden (Anzahl positiver Proben pro Patient und Behandlungsarm). Eingeschlossen wurden 157 Patienten. Bei globaler Betrachtung war die Anzahl positiver Proben unter SROM nicht höher als unter Methadongabe. Für SROM ergab sich ein Dosiseffekt dahingehend, dass bei Anstieg der individuellen Dosis die Anteile positiver Heroinproben sanken. Es ergaben sich keine Unterschiede bezüglich der Haltequote. Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass sich SROM bezogen auf die untersuchten Ergebnisindikatoren als ebenso wirksam wie Methadon erweist.

Schoofs und Kollegen (2014) haben eine Erhebung unter 986 Substituierten in Berlin (etwa ein Fünftel der Gesamtpopulation der substituierten Opioidabhängigen in Berlin) durchgeführt und umfassende Daten zu Dosierung und Nebenwirkungen veröffentlicht. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Dosierungen des Substituts häufig von den empfohlenen 80–120 mg/d Methadonäquivalent abwichen. Dabei wird Levomethadon im Durchschnitt höher dosiert als Methadon. Die den Patienten der untersuchten Stichprobe verordneten Dosierungen unterschieden sich teils erheblich von der derzeit offiziell empfohlenen durchschnittlichen Dosierung von Methadon bzw. Methadonäquivalenten. So

erhielten etwa 40 % der Befragten weniger als 80 mg Methadonäquivalent täglich, während etwa 15 % der Befragten deutlich höhere Dosen (bis zu 250 mg Methadonäquivalent) erhielten. Fast die Hälfte aller befragten Patienten berichteten Nebenwirkungen unter Substitution, am häufigsten genannt wurden Schwitzen und Sedierung. Nebenwirkungen wurden häufiger unter Levomethadon als unter Methadon berichtet. Insgesamt unterstützen die Befunde nach Einschätzung der Autoren die bestehenden Empfehlungen, welche Methadon als Substitut der ersten Wahl in der Substitutionsbehandlung ansehen.

Jagsch und Kollegen haben die Wirksamkeit, Akzeptanz, Verträglichkeit und Verbleiberate der Buprenorphin/Naloxon-Behandlung bei opioidabhängigen Patienten in einem ambulanten Setting unter Praxisbedingungen untersucht (Jagsch et al. 2013). Die Untersuchung wurde in einem open-label, prospektiven, multizentrischen Design in 25 Zentren mit 307 Patienten über einen Untersuchungszeitraum von 12 Monaten durchgeführt. Die Haltequote nach 12 Monaten betrug 45,6 %, wobei Patienten mit Buprenorphinvorbehandlung die höchste Retentionsrate aufwiesen. Die Dropout-Analyse erbrachte 3 signifikante Prädiktoren für einen vorzeitigen Studienabbruch: Eine kürzere Dauer der Heroinabhängigkeit, ein geringeres Alter beim Erstkontakt mit Heroin sowie eine höhere Einstellungsdosierung. Etwa zwei Drittel der Befragten zeigten sich mit der Behandlung sehr zufrieden bzw. zufrieden, wobei die Selbsteinschätzung mit der Fremdeinschätzung der Mediziner nicht deckungsgleich war. Die Untersuchung unterstreicht nach Einschätzung der Autoren den nach wie vor bestehenden erheblichen Schulungsbedarf zur Buprenorphin/Naloxon-Medikation. Die Autoren beurteilen das Ergebnis bezüglich der Retentionsrate und der beobachteten Zufriedenheit als in Übereinstimmung mit Ergebnissen aus Untersuchungen anderer chronischer Erkrankungen.

Schulte und Kollegen (2013) haben vor kurzem eine deutschsprachige Version der „Opiate Dosage Adequacy Scale“ (ODAS) für Buprenorphin vorgestellt, die bislang nur für Methadon vorlag. Dieses Instrument basiert auf dem wiederholt berichteten Ergebnis, dass auch bei der Substitution mit Buprenorphin höhere Dosierungen mehrheitlich zu einer erhöhten Retention und reduziertem Beigebrauch weiterer psychotroper Substanzen führen, wohingegen ein Teil der Patienten bereits von niedrigen bis mittleren Dosen profitiert. Damit ist offensichtlich nicht per se die Höhe der Dosierung ausschlaggebend für den Therapieerfolg, sondern deren Angemessenheit, ausgerichtet an den individuellen Bedürfnissen des Patienten. Durch eine Expertengruppe erfolgte eine sprachliche Anpassung der ODAS auf Basis der deutschen Skala für Methadon und eine Prüfung und Anpassung des Fragenalgorithmus. Damit liegt die „Opiate Dosage Adequacy Scale“ (ODAS) nun erstmals auch für Buprenorphin vor und könnte sich nach Einschätzung der Autoren nach einer Validierung in einer Anwendungsstudie als Instrument für die Qualitätssicherung in der Opiatsubstitution mit Buprenorphin erweisen.

Im Mai 2014 hat die Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS e.V.) die fünfte vollständig überarbeitete Auflage der „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter

opiatabhängiger Frauen und Männer<sup>62</sup> vorgelegt, die die vierte über zehn Jahre zurückliegende Version der Empfehlungen ersetzt. Die Aktualisierung wurde insbesondere deshalb erforderlich, weil sich in diesem Zeitraum für die substitutionsgestützte Behandlung einige, zum Teil gravierende Veränderungen und Erkenntnisse ergeben haben, zu denen unter anderem ein aus Sicht der Autoren deutlich erweiterter Fokus der substitutionsgestützten Behandlung oder die Einführung der diarmorphingestützten Behandlung in Deutschland gehören. Für letztere sieht der Gesetzgeber u.a. in den ersten sechs Monaten der Behandlung eine verpflichtende Teilnahme an der psychosozialen Betreuung vor. Die Überarbeitung erfolgte unter enger Einbeziehung der Praxis und stellt in seiner jetzigen Form ein aus Sicht der Beteiligten „offenes Dokument“ dar, dessen Fortschreibung und Anpassung an aktuelle Entwicklungen auch zukünftig erforderlich sein wird. Exemplarisch erwähnen die Autoren in diesem Zusammenhang die Optimierung der Substitutionsmöglichkeiten für inhaftierte Opiatabhängige.

### 5.5.3 Andere aktuelle Entwicklungen

#### Sucht im Alter

Sucht im Alter ist aufgrund der demografischen Entwicklung und verbesserten suchtmedizinischen Behandlung keine Seltenheit. Nicht nur bei Alkohol, Tabak und Medikamenten sondern auch bei illegalen Drogen gibt es eine wachsende Gruppe älterer Konsumenten, deren Bedarf an Hilfe und Unterstützung über die Behandlung der Drogenabhängigkeit hinausgeht. Im REITOX-Bericht 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013c) wurde auf unterschiedliche Projekte zum Thema bereits hingewiesen (z. B. Förderschwerpunkt des BMG mit 8 Modellprojekten, Projekt 40+ der mudra in Nürnberg). Weiterhin ist das Projekt „Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege (SANOPSA)“ zu nennen, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit einer Laufzeit von 3 Jahren (2012-2015). Das Ziel ist die Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen innerhalb und durch die ambulante und teil-/vollstationäre Altenpflege. Zu diesem Zweck sollen pflegerische Konzepte und Vorgehensweisen im Umgang mit dem Substanzkonsum älterer Pflegebedürftiger optimiert werden. Ermöglicht werden soll dies durch die Entwicklung und den Einsatz expertengeleiteter Pflegehandlungsempfehlungen (legale Substanzen) sowie eines manualisierten Pflegekonzepts (illegale Substanzen). Bereitgestellt werden die Pflege- und Handlungskonzepte im Portal [www.sanopsa.de](http://www.sanopsa.de). Hier werden einrichtungsspezifische Lösungsansätze aufgenommen und können moderiert diskutiert werden (Kuhn 2013)<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> <http://www.bas-muenchen.de/publikationen/papiere-empfehlungen.html> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>63</sup> Weitere Informationen zu Sucht im Alter sind zu finden unter [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

## **Komorbidität**

Komorbid Störungen sind die größte Herausforderung im Rahmen der Drogenbehandlung. Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 wurden erstmals Informationen zur Verbreitung komorbider Substanzstörungen auf Bevölkerungsebene in Deutschland vorgelegt (Piontek et al. 2013). Insgesamt 6,6 % der Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren weisen mehr als eine substanzbezogene Störung auf. Dies entspricht einer Gesamtzahl von 3,4 Mio. Menschen. Bei Substanzabhängigkeiten ergibt sich ein Anteil von 3,2 % (1,7 Mio. Menschen). Mehr als 80 % der von Störungen durch Cannabis-, Schlafmittel- und Kokainkonsum betroffenen Personen weisen mindestens eine weitere Diagnose auf. Die höchste homotypische Komorbidität, d. h. dem gemeinsamen Auftreten von Störungen aus derselben diagnostischen Gruppe, findet sich bei Vorliegen einer kokainbezogenen Störung für Alkohol (73,6 %) und Schmerzmittel (69,1 %) sowie bei Vorliegen einer amphetaminbezogenen Störung für Cannabis (73,4 %) und Alkohol (67,9 %). Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit mindestens eine sowie mehr als eine substanzbezogene Diagnose zu haben liegt für Personen mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit sowie für ledige und geschiedene Personen vor. Vorwiegend sind Männer im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter betroffen. Ein weiterer Risikofaktor ist eine niedrige Schulbildung.

Scherbaum & Specka (2014) stellen sowohl an Hand der Lebenszeitprävalenz wie auch der aktuellen Häufigkeit fest, dass bis weit über 50 % der Opiatabhängigen von komorbiden psychischen Störungen betroffen sind. Besonders verbreitet sind affektive und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen.

Allgemeingültige Aussagen über die Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und komorbiden Störungen sowie dessen Wirksamkeit sind nach jetzigem Wissensstand kaum möglich. Dies ist einerseits zurückzuführen auf die Heterogenität der Erkrankung und andererseits auf die Patienten-, Behandlungs-, Setting- und Ergebnismerkmale. Moggi (2014) konstatiert in seinem Übersichtsartikel, dass sich mehrere Behandlungskomponenten integrativer Behandlungsprogramme wiederholt als effektiv erwiesen haben: Integrative, nach Intensität gestufte Behandlungsprogramme, die störungsspezifische Interventionen kombinieren und motivierende Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, suchtmittelreduzierende Interventionen wie Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement und/oder Familieninterventionen enthalten, sind weniger aufwändigen Behandlungen überlegen (Moggi 2014).

Im Forschungsprojekt „PESu“, durchgeführt vom Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum der Universität Freiburg und finanziert von der DRV-Bund, werden Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation erarbeitet. Die Ergebnisse werden im September 2015 veröffentlicht (Institut für Qualitätsmanagement 2014).

## **Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtmittelkonsum**

Suchtproblematik bei Menschen mit geistiger Behinderung war lange Zeit kein Thema in der Behinderten- und in der Suchthilfe. Durch die zunehmende ambulante Betreuung und der

damit angestrebten Teilhabeförderung vergrößern sich die Möglichkeiten für die Zielgruppe, Suchtmittel zu erwerben und zu konsumieren. Ergebnisse aus dem 2013 abgeschlossenen Forschungsprojekt „Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung in NRW“ belegen, dass sich bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, neben unproblematischen Konsummustern, auch Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen manifestieren (Kretschmann-Weelink 2013; Kretschmann-Weelink & Hörning 2014). Mittels einer online-gestützten Befragung wurden Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Suchthilfe in NRW befragt sowie 100 strukturierte Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt. Ergänzend fanden zehn Interviews mit Experten aus der Suchthilfe statt. 66,7 % der befragten Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe in NRW bejahte die Frage, ob Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung bereits zu Problemen innerhalb der eigenen Einrichtung geführt hat. Die geschätzte Häufigkeit von problematischem Substanzkonsum in der eigenen Einrichtung ergab einen Mittelwert (n=780) von 32,5 % für Nikotin, 15,7 % für Alkohol und 11,6 % für Medikamente; beim illegalen Drogenkonsum ergab sich für Cannabis ein Mittelwert von 5,3 % und für i.v. applizierbare Drogen 2,1 %; für Ecstasy und andere Designerdrogen sowie für Schnüffelstoffe wurden 1,4 % und für Kokain wurde 1 % angegeben. Problematisches Konsumverhalten wird insbesondere innerhalb des ambulant betreuten Wohnens dargelegt. Knapp 50 % der befragten Mitarbeitenden der Suchthilfe kennen einen geistig behinderten Klienten mit problematischen Konsummustern. Auch die interviewten Personen mit geistiger Behinderung berichteten von Konsumerfahrungen legaler als auch illegaler Substanzen. Barrieren zur Inanspruchnahme von Suchthilfeleistungen geistig Behinderter sind neben der Scham oder Unwissenheit Betroffener nicht ausreichend vorhandene oder adäquate Therapieangebote. Hilfeangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik werden im Internetportal [www.geistige-behinderung-und-sucht.de](http://www.geistige-behinderung-und-sucht.de) aufgezeigt.

### **Neue Initiative wirbt für Substitutionstherapie**

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, die Deutsche AIDS-Hilfe und Akzept e.V. haben eine Initiative zur Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger gestartet. Erklärtes Ziel ist es, mehr Ärzte für die Substitutionstherapie von behandlungsbedürftigen opiatabhängigen, chronisch kranken Menschen zu gewinnen. Während die Zahl der behandelten Substitutionspatienten zwischen 2003 und 2013 von 52.700 auf 77.300 gestiegen ist, stagniert die Zahl der substituierenden Ärzte aktuell bei 2.691 (2003: 2.607) (BOPST 2014). Immer mehr ältere Ärzte gehen in den Ruhestand, jüngere folgen kaum nach. Des Weiteren werden viele opiatabhängige Patienten im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich erst gar nicht behandelt. So entsteht eine immer größer werdende Versorgungslücke (Initiativkreis Substitutionstherapie 2014). Deshalb haben sich die o. g. Organisationen zu einem Initiativkreis zusammengeschlossen, der dem Versorgungsengpass in der Behandlung opiatabhängiger Patienten entgegenwirken will. Nähere Informationen zur Initiative werden unter [www.bitte-substituieren-sie.de](http://www.bitte-substituieren-sie.de) bereitgestellt.



## 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 in Suchthilfeeinrichtungen (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 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht<sup>64</sup>. 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 werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-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 2014a) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI 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 Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten

<sup>64</sup> [www.rki.de](http://www.rki.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

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 Entzugerscheinungen (z. B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

#### Allgemeines Sterberegister<sup>65</sup>

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 Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

<sup>65</sup> 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).



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-Code 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 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 konnte bisher auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden. Seit dem Datenjahr 2012 verwendet das BKA jedoch eine neue Tabelle, durch die die einzelnen Todesursachen besser voneinander zu trennen sind bzw. Überlappungen in vielen Fällen kenntlich gemacht 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 2013. 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 bisher nicht vor. Die aktuell vom RKI durchgeführte „DRUCK-Studie“ (siehe weiter unten) wird hier in Zukunft zumindest teilweise Informationslücken zu schließen versuchen (Studienlaufzeit: 01.04.2012 bis 31.03.2015).

Außerdem wird eine aktuell laufende Studie zur Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten (ECHO-Studie) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg Ergebnisse zur Prävalenz und Inzidenz von HCV unter Opioidsubstituierten beitragen können (vgl. Kapitel 7) (ZIS Hamburg 2014).

Angaben zur Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis B und C sind auch in Standardtabelle 9 enthalten.

#### Entwicklung der HIV-Meldedaten

Dem RKI wurden 3.263 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2013 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 4,0 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Jahr 2012 (2.976) um 9,6 % angestiegen. Die Verteilung der Meldungen auf Bundesländer und nach Infektionsrisiken hat sich gegenüber 2012 geringfügig verändert.

Die höchste Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen fand sich in den Stadtstaaten Berlin (14,8 Fälle pro 100.000 Einwohner), Hamburg (9,2), und Bremen (7,4). Großstädte wie Köln, Düsseldorf, Frankfurt/Main, München, Stuttgart und Mannheim wiesen ähnlich hohe Inzidenzen wie die Stadtstaaten auf. Im Vergleich mit dem Vorjahr stieg die Inzidenz in der Mehrzahl der Bundesländer insbesondere im Osten und Süden an. In Hamburg und Schleswig-Holstein ging die Inzidenz zurück, in Nordrhein-Westfalen ergab sich keine Veränderung. Wird statt mit dem Vorjahr mit dem Median der Vorjahre 2008-2012 verglichen, stieg die Inzidenz auch in Nordrhein-Westfalen und Schleswig Holstein an. In absoluten Zahlen besonders ausgeprägt war der Anstieg in Berlin (von 384 auf 518 Fälle).

Die Inzidenz der neudiagnostizierten HIV-Infektionen lag bei Männern mit 6,6 Fällen pro 100.000 Einwohner etwas höher als im Vorjahr (6,2) und deutlich höher als bei Frauen, bei denen die Inzidenz mit 1,4 gegenüber 1,1 im Vorjahr aber ebenfalls anstieg. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Erstdiagnosen betrug 18 %. Nach einer 10 Jahre dauernden Periode eines rückläufigen Frauenanteils (Höchstwert 2002 mit 25 %, Tiefstwert 2010 mit 15 %) ist

dieser jetzt fast wieder auf dem Niveau von 2006 (19 %). Bei Männern wie bei Frauen liegt der Inzidenzspitzen neudiagnostizierter HIV-Infektionen in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 25 und 29 Jahren (16,9 bei Männern, 4,5 bei Frauen) (RKI 2014a).

### **HIV: Infektionsrisiken**

Angaben zum Infektionsweg lagen für 75 % der neudiagnostizierten HIV-Infektionen vor. Bei 814 Meldungen (25 %) liegen entweder gar keine Angaben oder nur unzureichende Angaben zum Infektionsrisiko vor, die keine eindeutige Einordnung erlauben.

Von den Meldungen mit ausreichenden Angaben (n=2.450) stellten Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) (n=1.735), mit 71 % zwar weiterhin die größte Gruppe, ihr Anteil sank aber um 3 %, während der Anteil der zweitgrößten Betroffenenengruppe – Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben – sowohl in absoluten Zahlen als auch relativ gesehen angestiegen ist (von n=484 auf n=593, das entspricht einem Anstieg von 21 % auf 24 %). Der Anteil der Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über i. v.-Drogengebrauch erworben haben (n=100), stieg um einen halben Prozentpunkt von 3,6 % auf 4,1 % an.

Unter den Personen, bei denen angegeben war, dass sie sich in Deutschland mit HIV infizierten, lag der Anteil der Personen mit nicht-deutscher Herkunft für MSM bei 13 %, unter i. v. Drogenkonsumenten bei 16 % und für Personen mit heterosexuellem Risiko bei 32 % (RKI 2014a).

### **HIV-Daten aus anderen Quellen**

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Infektionsrate lag 2012 mit 4,9 % fast auf dem Vorjahresniveau (2011: 5,2 %). Differenziert nach Geschlecht zeigt sich eine leicht höhere Infektionsrate bei den Frauen von 5,8 % (Männer 5,1 %). 3,8 % der opioidabhängigen Klienten gaben an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben (Rosenkranz et al. 2013).

Auch aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Förster & Stöver 2013) liegen Daten zum HIV-Status der im Jahr 2012 betreuten Klientel vor. Von 4.984 Konsumraumnutzern (2011: 4.714), zu denen Stammdaten vorlagen, beantworteten 2.944 (2011: 3.646) Personen die Frage, ob Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht hätten. Es liegen demnach gültige Angaben zu einem durchgeführten HIV-Test von 2.732 Personen, bzw. von 92,8 % (2011: 77 %) derjenigen Konsumraumnutzer des Jahres 2012 vor, die diese Frage bejaht hatten. Frauen ließen sich etwas häufiger (96,4 %) als Männer (92,1 %) auf eine HIV-Infektion testen. Dies war auch im Vorjahr beobachtet worden.

Für wiederum 71 % (2011: 75 %) der Konsumraumnutzer, die einen HIV-Test durchgeführt hatten, lagen Angaben zum Jahr des Tests vor. Bei 83 % der Konsumraumnutzer, für die Ergebnisse zum Jahr des Tests vorlagen, hatte ein HIV-Test im Jahr 2011 oder 2012 stattgefunden. Bei den übrigen war der letzte HIV-Test 2010 oder früher durchgeführt

worden. Diese Ergebnisse zeigen wie in den Vorjahren, dass die Testergebnisse vergleichsweise aktuell sind.

Obschon 2.732 Personen angaben, einen HIV-Test gemacht zu haben, gaben nur 2.640 dieser Klienten an, welches Ergebnis dieser Test hatte. Somit lagen Antworten zum Ergebnis des HIV-Tests von 53 % aller Konsumraumnutzer des Jahres 2012 auf der Basis der Stammdaten vor. Von diesen gaben 3,2 % an, HIV-positiv zu sein (Männer: 2,7 %, Frauen: 5,7 %). Insgesamt betrachtet ist der Anteil der HIV-Infizierten unter den Konsumraumnutzern seit 2009 gesunken und entsprach 2012 dem des Vorjahres (2011: 3,2 %; 2010: 3,7 %; 2009: 4,4 %). Des Weiteren zeigt sich, dass HIV-Infektionen bei Neuzugängen mit 2,2 % deutlich unter dem Anteil der Fortsetzer mit HIV liegen (3,9 %).

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Braun et al. 2014d). Die Prävalenz unter den Opioidklienten in ambulanten Einrichtungen beträgt insgesamt 3 % (n=452), wobei bei 44 % 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=590) eine HIV-Infektion auf.

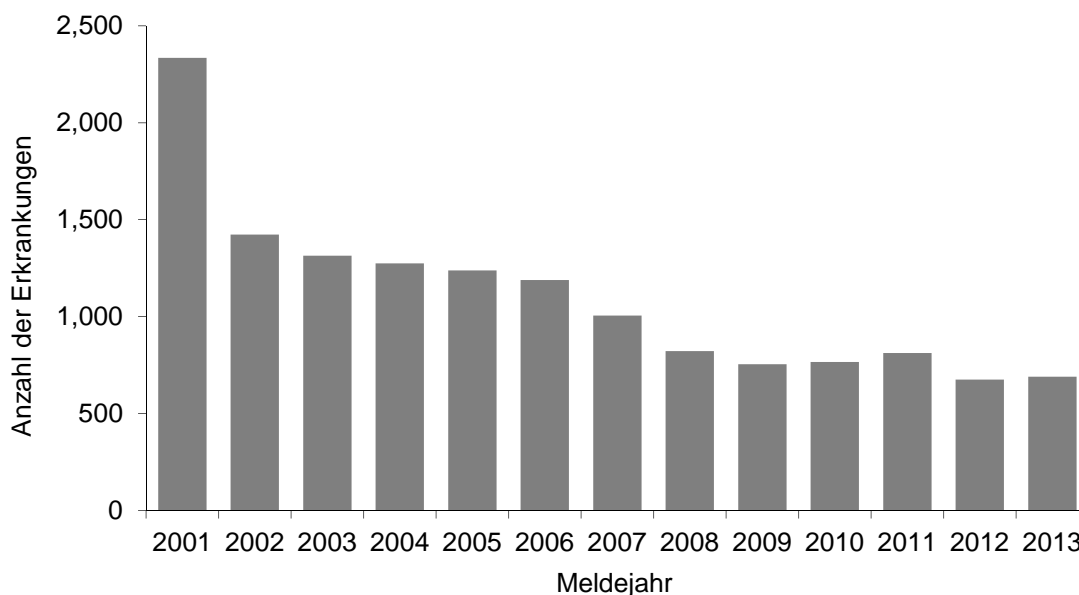
Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, Frankfurt am Main und der DSHS zusammen, so kommt man auf eine durchschnittliche HIV-Prävalenz von 3-5 %. Dieser Wert stellt eine konservative Schätzung der tatsächlichen Prävalenz dar und muss außerdem vor dem Hintergrund einer hohen Dunkelziffer mit Vorsicht interpretiert werden.

### **Entwicklung der Hepatitis-B-Meldedaten**

Im Jahr 2013 wurden dem RKI insgesamt 1.947 Hepatitis-B-Fälle übermittelt. Hiervon entsprachen 691 Fälle (35 %) der Referenzdefinition<sup>66</sup>. Damit war der Anteil der der Referenzdefinition entsprechenden Fälle im Vergleich zum Vorjahr um 5 % gesunken, bei minimal angestiegener absoluter Anzahl der Fälle. Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 0,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und ist somit im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (Abbildung 6.1). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf.

---

<sup>66</sup> Falldefinition: Klinisch-labordiagnostisch bestätigte HBV-Infektion.



RKI 2014a.

Abbildung 6.1 Übermittelte Hepatitis-B-Erkrankungen (nach Referenzdefinition) nach Meldejahr, 2001-2013

Nachdem seit 2001 ein Rückgang der übermittelten akuten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz beobachtet wurde, stagniert dieser Trend mit geringen Schwankungen seit 2009. Der Rückgang lässt sich vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz in der Bevölkerung durch die Einführung der generellen Impfpflicht für Säuglinge im Jahr 1995 sowie eine Verbesserung der Datenqualität – insbesondere den Ausschluss chronischer Infektionen – zurückführen. Das RKI empfiehlt, die Impfpflicht für die Hepatitis-B-Schutzimpfung für alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie für weitere definierte Risikogruppen konsequent umzusetzen, insbesondere bei Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung oder injizierendem Drogengebrauch (RKI 2014a).

### Hepatitis-B: Infektionsrisiken

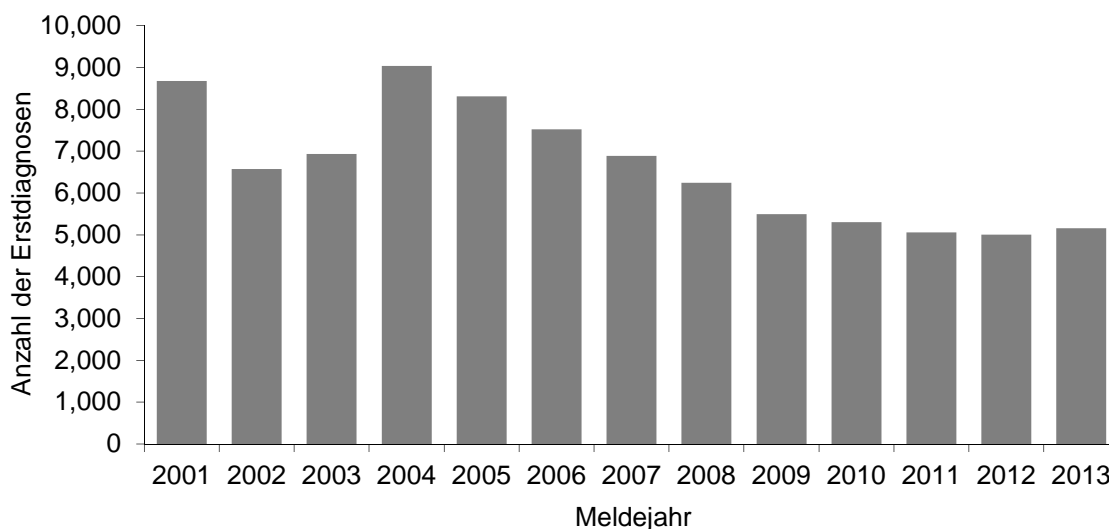
Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen von Hepatitis B nur mit den beiden Vorjahren vergleichbar. Es finden sich bei 83 (12 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. I. v.-Drogenkonsum wurde bei 19 Erkrankungen (23 %) und damit als zweithäufigster Übertragungsweg angegeben (RKI 2014a).

## Entwicklung der Hepatitis-C-Melddaten

### Fallmeldungen 2013

Für das Jahr 2013 wurden insgesamt 5.156 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt<sup>67</sup>. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 6,3 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit war die ermittelte Inzidenz von Erstdiagnosen höher als die des Jahres 2012 (6,1), aber niedriger als der Median der Jahre 2008 bis 2012 (6,5). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf.

Seit dem Jahr 2005 ist ein abnehmender Trend der Inzidenz und der absoluten Fallzahlen von erstdiagnostizierter Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009 verlangsamt hat. Seit 2011 ist die Inzidenz relativ stabil mit leichten Schwankungen. Für das aktuelle Meldejahr wird ein leichter Anstieg der Erstdiagnosen verzeichnet (Abbildung 6.2). Der Anstieg im Jahr 2013 ist möglicherweise auf eine Zunahme der diagnostischen Testung seit Zulassung neuer antiviraler Medikamente gegen Hepatitis C zurückzuführen und muss beobachtet werden. Die Inzidenz erstdiagnostizierter Fälle unter Jungen bzw. Männern war mit 8,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner wesentlich höher als unter Mädchen bzw. Frauen (4,5).



RKI 2014a.

Abbildung 6.2 Übermittelte Hepatitis-C-Erstdiagnosen, Deutschland, 2001-2013

<sup>67</sup> Falldefinition: Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden, werden derzeit 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 Melddaten 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.

Der Vergleich der Inzidenzen der einzelnen Bundesländer ergab eine weite Inzidenzspanne: die Inzidenzen variierten in den Bundesländern zwischen 2,7 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner in Brandenburg und 14,8 in Berlin. Seit 2003 ist Berlin das Bundesland mit der höchsten Inzidenz an erstdiagnostizierten Fällen. 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 und MSM angehören. Auswertungen für die Berliner Bezirke ergeben unter anderem eine Häufung der Fallzahlen in den Bezirken, in denen sich die Justizvollzugsanstalten befinden und wo deshalb mehr Testungen bei Risikogruppen als in anderen Bezirken durchgeführt werden (RKI 2014a).

### **Hepatitis-C: Infektionsrisiken**

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der überarbeiteten Auswertung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen von Hepatitis C nur mit den Daten der beiden Vorjahre, jedoch nicht mit denen vor dem Jahr 2011 vergleichbar. Es finden sich bei 1.324 (26 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erstdiagnosen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.157 Fälle (87 % der Fälle mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt, davon waren 887 der Erstdiagnostizierten männlich (77 %). Unter den Fällen mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg sind somit 88 % der Fälle bei Männern und 84 % der Fälle bei Frauen (n=264) am wahrscheinlichsten durch i.v.-Drogenkonsum übertragen worden. Die Tatsache, dass Männer häufiger i. v.-Drogen konsumieren als Frauen, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Bei den Männern mit der Angabe „i. v.-Drogenkonsum“ als wahrscheinlichem Transmissionsweg für die Hepatitis-C-Infektion waren 9 Personen (1 %) 15 bis 19 Jahre alt, 66 Personen (7 %) 20 bis 24 Jahre alt, 156 Personen (18 %) 25 bis 29 Jahre alt, 397 Personen (45 %) 30 bis 39 Jahre alt, 237 Personen (27 %) 40 bis 59 Jahre alt und 22 Personen (2 %) älter als 60 Jahre. Die Fallzahlen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg „i. v.-Drogenkonsum“ sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Unter den Fallmeldungen mit der Angabe „i. v.-Drogenkonsum“ gab es die Zusatzangabe „i.v.- Konsum in Haft“ bei 3 (1,0 %) Frauen und 13 (1,3 %) Männern. Injizierende Drogengebraucher stellen einen großen Teil der Hepatitis-C-Erstdiagnosen. Deshalb sollte in Deutschland der Prävention von Hepatitis C speziell unter i.v.-Drogenkonsumierenden höchste Priorität zukommen. Daneben sollte auf das Risiko der sexuellen Übertragung durch verletzungsträchtige Praktiken oder bei besonderer Vulnerabilität durch das Vorbestehen von Ko-Infektionen (wie z. B. HIV) verstärkt aufmerksam gemacht werden (RKI 2014a).

### **Hepatitis-B und C: Daten aus anderen Quellen**

In der DSHS wurden auch 2013 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Braun et al. 2014d). Die Prävalenz für Hepatitis B liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 7 % (n=523), bei den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 5 % (n=622). Die Prävalenz für Hepatitis C beträgt bei den getesteten Opioidklienten 50 % (n=4.932, davon bei 548 akut, bei 4.384 chronisch), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 35 % (n=5.489).

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2012 sind 50,1 % der Opioidkonsumenten mit Hepatitis C infiziert (2011: 48,8 %; 2009: 48 %; 2010: 44,5 %). 3,5 % der Klienten haben bisher keinen Test gemacht (Rosenkranz et al. 2013).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2012 (Förster & Stöver 2013) beantworteten 2.945 (59 %) von 4.984 Konsumraumnutzern die Frage zum Hepatitis-Test. Von diesen bejahten 2.760 (93,7 %) diese Frage, womit von 55,4 % der Konsumraumnutzer Informationen zum Hepatitis-Status abgefragt werden konnten. Von diesen Personen hatten sich 80,9 % der Männer und 87,6 % der Frauen im Jahr 2011 oder 2012 einem Hepatitis-Test unterzogen. Bei den übrigen 18,0 % der getesteten Konsumraumnutzer lag die Hepatitis-Testung schon länger zurück. Somit sind die Testergebnisse relativ aktuell.

Zum Ergebnis des Hepatitis-Tests lagen Angaben von 53,7 % (n=2.678) aller Konsumraumnutzer vor. Von diesen gaben 54,1 % an, keine hepatische Erkrankung zu haben. Umgekehrt heißt das, dass 45,9 % eine hepatische Infektion aufwiesen. Am häufigsten wurde eine Infektion mit Hepatitis C angegeben. 42,8 % der Konsumraumnutzer waren mit Hepatitis C, weitere 1,9 % mit Hepatitis B und C infiziert. Nur 1,0 % gaben eine Hepatitis-B-Infektion an. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren gering. Da von gut der Hälfte der Konsumraumnutzer Angaben zu einer möglichen Hepatitis-Infektion vorlagen und von diesen knapp die Hälfte ein positives Testergebnis hatte, kann dies auch für einen ähnlichen Anteil der Hälfte ohne Angaben zutreffen.

Differenziert man die Angaben nach dem Durchschnittsalter, zeigte sich wie in den Vorjahren, dass (unter den Klienten, die Angaben zum Hepatitis-Status gemacht haben) die Hepatitis-Infizierten deutlich älter waren als die Klienten ohne Infektion. So betrug das Durchschnittsalter der Konsumraumnutzer, die nicht mit einem Hepatitis-Virus infiziert waren, 35,4 Jahre; das Durchschnittsalter derjenigen, die mit einer Hepatitis infiziert waren, belief sich auf 36,7 Jahre.

### **Update zur DRUCK-Studie des RKI**

Das Robert Koch-Institut führt in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe seit April 2012 die DRUCK-Studie, einen Sero- und Verhaltenssurvey zu HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchern durch (RKI 2012; Ross et al. 2013; Zimmermann et al. 2014). Die Studie wird über einen Zeitraum von 3 Jahren vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und wird in insgesamt 8 Städten in Deutschland durchgeführt. Die



Pilotierung im Jahr 2011 in Berlin und Essen erbrachte bereits erste Ergebnisse und zeigte die Machbarkeit des Studiendesigns. Teilnehmer werden mit einem Schneeballverfahren rekrutiert und in Einrichtungen der Drogenhilfe von geschultem Studienpersonal untersucht.

Ziele der DRUCK-Studie sind es, Informationen zu Infektionsrisiken und Verhaltensweisen von Menschen, die sich Drogen spritzen, zu gewinnen. Außerdem soll durch eine Untersuchung von Blutproben festgestellt werden, wie häufig die Infektionskrankheiten Hepatitis B, Hepatitis C und HIV vorkommen, die durch Drogenkonsum oder sexuell übertragen werden können. Die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens soll helfen, derzeitige Präventionsempfehlungen zu aktualisieren und zu fokussieren.

Die Datenerhebung wurde im Mai 2014 abgeschlossen und damit biologische und Verhaltensdaten von über 2.000 IVD gewonnen. Derzeit läuft die Datenreinigung, gefolgt von den Analysen.

Erste vorläufige Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede der Drogenszenen, der hauptsächlich konsumierten Substanzen und auch der Prävalenz der getesteten Infektionen in den einzelnen Studienstädten. Neben einer Hepatitis C-Antikörper-Prävalenz zwischen 31 % und 73 % fand sich eine Prävalenz virämischer Hepatitis C-Infektionen zwischen 23 % bis 50 %, d. h. bis zu 50 % der IVD einer Stadt sind Hepatitis C-infiziert, können andere anstecken und sind potentiell behandlungsbedürftig. Dies entspricht in etwa der auf Basis der Daten der DSHS, BADO und Frankfurter Konsumraumdokumentation angenommenen Lage (s.o.).

Die HIV-Prävalenz schwankte zwischen 0 % und 9,1 % der Studienpopulation einer Stadt. Demnach wurde dieser Anteil durch die bisher zur Einschätzung herangezogenen Daten der DSHS, BADO und Frankfurter Konsumraumdokumentation (s.o.) eher unterschätzt. Durchgehend in allen bisherigen Studienstädten wurde eine niedrige Prävalenz gegen Hepatitis B geimpfter IVD gefunden: vorläufige Analysen zeigen, dass nur 15 % bis 25 % der IVD geimpft sind, und 15 % bis 30 % eine Hepatitis B durchgemacht haben. In allen Städten war ein hoher Anteil (76 % bis 86 % der IVD) bereits mindestens einmal im Leben inhaftiert und bis zu 37 % der jemals Inhaftierten gaben an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben mit den entsprechenden Risiken der Benutzung von unsterilem kontaminiertem Injektionsmaterial. 37 % bis 65 % der Studienteilnehmer einer Stadt waren zum Zeitpunkt der Erhebung in Substitution, und 57 % bis 76 % gaben an, bereits obdachlos gewesen zu sein. Über die Ergebnisse der erhobenen Daten hinaus zeigt die DRUCK-Studie auch die hohe Akzeptanz unter IVD von Angeboten der Testung auf Infektionsmarker von HIV, HBV und HCV und der Testberatung in Einrichtungen der Drogenhilfe. Das HIV-Schnelltestangebot wurde in den verschiedenen Städten von bis zu 20 % der Teilnehmer angenommen.

Detaillierte Ergebnisberichte für die einzelnen Studienstädte sowie ein Gesamtbericht mit Empfehlungen für die Prävention von Infektionen werden Ende 2014/2015 erwartet.

### **6.2.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten**

Es liegen derzeit keine aktuellen epidemiologischen Daten zu diesem Themenbereich vor.

### **6.2.3 Daten zu Risikoverhaltensweisen**

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe 2012 werden die betreuten Opioidkonsumenten unter anderem nach dem gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck gefragt: 5,7 % geben an, in den letzten 30 Tagen Spritzen gemeinsam mit anderen Konsumenten genutzt zu haben, die Lebenszeitprävalenz wurde mit 31,4 % angegeben (Rosenkranz et al. 2013).

Ausführliche Analysen zum Risikoverhalten injizierender Drogenkonsumenten aus der DRUCK-Studie des RKI werden voraussichtlich Ende 2014/2015 vorliegen.

## **6.3 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen**

### **6.3.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle**

Die Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe meldete, dass der zunehmende intravenöse Konsum von Badesalzen nach Aussage der Entgiftungsstationen bei Patienten verstärkt zu Organversagen führt, so dass eine Verlegung auf die Station der Inneren Medizin erforderlich ist (Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) über Cornelia Poth 2014, persönliche Mitteilung). Aus anderen Bundesländern liegen keine spezifischen Meldungen für den aktuellen Berichtszeitraum zu diesem Themenkomplex vor.

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Intoxikations- und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2012 des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen) zur Verfügung (Tabelle 6.2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener Medikamente statt um den Konsum illegaler Drogen handeln.

Tabelle 6.1 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2012

| ICD-10-Diagnose   | Anzahl<br>(ohne<br>Sterbefälle) | Alter (in Jahren) |         |         |         |     |
|---|---------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|-----|
|   |                                 | <15               | 15 - 25 | 25 - 45 | 45 - 65 | >65 |
| <b>akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)</b>                   | 14.774                          | 264               | 4.190   | 6.963   | 2.549   | 808 |
| durch Opioide (F11.0)   | 1.576                           | 17                | 190     | 846     | 289     | 234 |
| durch Cannabinoide (F12.0)  | 1.288                           | 112               | 847     | 283     | 44      | 2   |
| durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)  | 2.887                           | 42                | 471     | 1.143   | 831     | 400 |
| durch Kokain (F14.0)  | 365                             | 2                 | 97      | 237     | 29      | 0   |
| durch andere Stimulanzien (F15.0)   | 1.055                           | 20                | 502     | 460     | 57      | 16  |
| durch Halluzinogene (F16.0)   | 307                             | 1                 | 171     | 115     | 19      | 1   |
| durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)   | 75                              | 4                 | 25      | 33      | 10      | 3   |
| durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)        | 7.221                           | 66                | 1.887   | 3.846   | 1.270   | 152 |
| <b>Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)</b> | 2.236                           | 93                | 417     | 569     | 433     | 724 |
| durch Opium (T40.0)   | 128                             | 3                 | 7       | 13      | 29      | 76  |
| durch Heroin (T40.1)  | 154                             | 0                 | 21      | 99      | 34      | 0   |
| durch sonstige Opioide (T40.2)  | 1.242                           | 49                | 86      | 203     | 288     | 616 |
| durch Methadon (T40.3)  | 119                             | 4                 | 7       | 66      | 39      | 3   |
| durch sonstige synthetische BtM (T40.4)   | 54                              | 2                 | 21      | 20      | 8       | 3   |
| durch Kokain (T40.5)  | 83                              | 0                 | 25      | 53      | 5       | 0   |
| durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)                                      | 96                              | 4                 | 28      | 31      | 15      | 18  |
| durch Cannabis(-derivate) (T40.7)   | 293                             | 30                | 190     | 59      | 13      | 1   |
| durch Lysergid (LSD) (T40.8)  | 18                              | 0                 | 13      | 4       | 0       | 1   |
| durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)                         | 49                              | 1                 | 19      | 21      | 2       | 6   |

Statistisches Bundesamt 2014b, spezielle Berechnungen.

Eine weitere Annäherung an die Zahl drogenbezogener Notfälle kann über die Daten der Gif tinfor mations- bzw. Gif tnotru fzen tralen erfolgen. Es liegen aus fünf der neun deutschen Gif tinfor mationszen tralen<sup>68</sup> Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergif tungs fällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) vor (GIZ-Nord 2013; Informations- und Behandlungszentrum für Vergif tungen Homburg/Saar 2013; Informationszentrale gegen Vergif tungen 2013; Toxikologische

<sup>68</sup> <https://www.klinitox.de/77.0.html> (letzter Zugriff am 25.08.2013).

Abteilung der II. Medizinischen Klinik 2013; Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg 2014). Insgesamt wurden in diesen Institutionen im Jahr 2012 3.178 Fälle für illegale Drogen erfasst (Anfragen 2012 insgesamt: 125.438). Der Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl der Anfragen liegt demnach bei 2,5 %. Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich dabei um akzidentelle Vergiftungen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Prinzipiell nehmen die Giftinformationszentralen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen (und anderen Variablen) vor, die in den öffentlich verfügbaren Jahresdokumentationen aber meist nicht detailliert berichtet werden.

Der Giftnotruf München wurde 2012 in 36.117 Fällen zu Rate gezogen, in 1.856 Fällen handelte es sich um Anfragen wegen illegalen Drogen. Es wird von einem ansteigenden Trend bezüglich der Anfragen wegen der Einnahme von Legal Highs berichtet, die sich gleichmäßig auf das Jahr verteilten und keinen saisonalen Schwankungen unterworfen waren. Es scheint problematisch, dass viele dieser Drogen über das Internet unter rasch wechselnden Bezeichnungen bezogen werden (Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik 2013). Das GIZ Nord<sup>69</sup> dokumentierte für 2012 insgesamt 32.422 Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 1,7 % (n=548) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: 54,9 % (n=301) der Anfragen wegen illegaler Drogen geschahen auf Grund der Einnahme von Stimulanzien. Unter allen illegalen Drogen machte Kokain 18,6 % (n=102) und Amphetamin 33,8 % (n=185) der Anfragegründe aus. Von den Anfragen wegen Amphetaminen bezogen sich 49,2 % auf kristallines Methamphetamin (n=91), was 16,6 % aller Anfragen wegen illegalen Drogen entspricht. Nur auf Grund der Datensammlung der GIZ Nord kann allerdings noch keine Aussage über eine Verbreitung kristallinen Methamphetamins in den nördlichen Bundesländern gemacht werden. Über die Hälfte der von der Einrichtung als schwer eingestuften Vergiftungen waren auf Stimulanzien zurückzuführen. Notrufe wegen Cannabinoiden begründeten 12,8 % (n=70) der Anfragen wegen illegalen Drogen, Notrufe wegen Opioiden 4,7 % (n=26) (GIZ-Nord 2013).

### **6.3.2 Andere interessante Themen**

#### **Somatische und psychische Komorbidität bei Drogenkonsumenten**

Neben der Belastung durch die weiter oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher in erheblichem Maße von einer Reihe weiterer somatischer und psychischer Komorbiditäten betroffen. Umfassende nationale oder repräsentative Untersuchungen dazu liegen nicht vor.

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2012 finden sich jedoch sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Rosenkranz et al. 2013):

---

<sup>69</sup> Zuständig für Anfragen aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Die 4.668 Klienten der Opioidgruppe sind zumeist polyvalent konsumierende Menschen, die jedoch alle eine Opioidabhängigkeit aufweisen. Im Mittel weist diese Gruppe 4,1 Problembereiche inklusive Glücksspiel und Essstörungen auf, die gegebenenfalls noch zusätzlich zu einer Tabakabhängigkeit bestehen. Neben Opiaten werden insbesondere Kokain (65 %), Cannabis (62 %) und Alkohol (58 %), aber auch Crack (45 %) und Sedativa (43 %) konsumiert. 15 % der Klientinnen weisen zudem eine Essstörung auf (Männer: 3 %). 23 % 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. Knapp 52 % der Opioidklienten gaben an, unter Schlafstörungen zu leiden. Extrem bis erheblich psychisch belastet sind 35 % 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. 30 % der Opiatabhängigen berichten von mindestens einem Suizidversuch im Leben.

Bei den 2.305 Cannabis-Klienten sind dagegen nach Einschätzung der Mitarbeiter in den Suchthilfeeinrichtungen nur etwa 12 % erheblich oder extrem gesundheitlich-körperlich beeinträchtigt, 40 % weisen keinerlei entsprechende Belastungen auf. 42,4 % gaben an, unter Schlafstörungen zu leiden. Psychische Belastungen treffen Cannabis-Klienten häufiger als körperliche, etwa 31 % leiden unter erheblichen oder sogar extremen Beschwerden. 14 % der Cannabis-Klienten haben bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Auf neuere Erkenntnisse zur Behandlung von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik wird in Kapitel 5 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 darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden (vgl. Kapitel 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle laut Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamts (BKA) lag im Berichtsjahr 2013 bei 59 % (BKA 2014a,b).

2013 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle erstmals seit sechs Jahren wieder an. Im Jahr 2013 kamen insgesamt 1.002 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2012: 944). 80 % der Drogentoten waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug 38 Jahre. In den bevölkerungsreichsten Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen gab es mit 23 %, respektive 20 % den größten Anteil an Drogentoten. An den Einwohnerzahlen gemessen waren die Stadtstaaten Berlin und Hamburg wie im Jahr 2012 am stärksten belastet. Nürnberg war mit einer Belastungszahl von 6,1 Drogentoten pro 100.000 Einwohner die am stärksten belastete große Stadt in Deutschland, gefolgt von Köln mit einer

Belastungszahl von 4,1. Allerdings muss bei der Interpretation dieser Zahlen beachtet werden, dass die Obduktionsraten der einzelnen Länder sich teilweise erheblich unterscheiden, was eine Vergleichbarkeit der Drogentotenzahlen über die Bundesländer hinweg erschwert. Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 474 (2012: 427) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (47 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 25 % (255 Fälle), was einen Rückgang im Vergleich zu 2012 (29 %) um 4 Prozentpunkte bedeutet<sup>70</sup>. Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain/Crack und Amphetamin/Methamphetamin waren in 14 % der Fälle todesursächlich (Tabelle 6.3) (BKA 2014a,b).

---

<sup>70</sup> Hierbei handelte es sich nicht um geregelte Substitutionsbehandlungen.

Tabelle 6.2 Drogentodesfälle 2013 nach Todesursache

| Todesursachen  | % von Gesamt (N) |             | Anzahl      |
|--|------------------|-------------|-------------|
|  | 2012             | 2013        | 2013        |
| <b>Monovalente Vergiftungen durch Opioide</b>  | <b>25,5</b>      | <b>24,2</b> | <b>242</b>  |
| Heroin/Morphin   | 18,8             | 19,4        | 194         |
| Opiat-Substitutionsmittel  | 6,8              | 4,8         | 48          |
| - davon: Methadon/Polamidon  | 3,9              | 2,0         | 20          |
| - davon: Buprenorphin (u.a. Subutex)   | 0,1              | 0,2         | 2           |
| - davon: Sonstige  | 2,8              | 2,6         | 26          |
| <b>Polyvalente Vergiftungen durch Opioide<sup>1)</sup></b>                                   | <b>39,7</b>      | <b>42,0</b> | <b>421</b>  |
| Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)                             | 26,5             | 27,9        | 280         |
| Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.   | 21,8             | 20,7        | 207         |
| - davon: Methadon/Polamidon i.V.m.a.S.   | 15,5             | 15,7        | 157         |
| - davon: Buprenorphin (u.a. Subutex) i.V.m.a.S.  | 1,2              | 0,8         | 8           |
| - davon: Sonstige i.V.m.a.S.   | 5,2              | 5,1         | 51          |
| <b>Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide</b>                          | <b>5,4</b>       | <b>4,9</b>  | <b>49</b>   |
| Kokain/Crack   | 2,2              | 1,6         | 16          |
| Amphetamin/Methamphetamin  | 1,8              | 2,6         | 26          |
| - davon: Amphetamin  | 1,1              | 1,6         | 16          |
| - davon: Methamphetamin  | 0,7              | 1,0         | 10          |
| Amphetaminderivate   | 0,5              | 0,3         | 3           |
| Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)   | 0,8              | 0,5         | 5           |
| - davon: Neue Psychoaktive Substanzen/Designerdrogen   | 0,1              | 0,3         | 3           |
| <b>Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide<sup>1)</sup></b>             | <b>8,4</b>       | <b>8,7</b>  | <b>87</b>   |
| Kokain/Crack i.V.m.a.S.  | 3,4              | 3,0         | 30          |
| Amphetamin/Methamphetamin i.V.m.a.S.   | 3,7              | 3,9         | 39          |
| - davon: Amphetamin i.V.m.a.S.   | 2,8              | 3,2         | 32          |
| - davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.   | 1,0              | 0,8         | 8           |
| Amphetaminderivate i.V.m.a.S.  | 0,8              | 0,5         | 5           |
| Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten) i.V.m.a.S.                                      | 2,3              | 1,4         | 14          |
| - davon: Neue Psychoaktive Substanzen/Designerdrogen i.V.m.a.S.                              | 1,2              | 0,2         | 2           |
| Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.  | 0,6              | 2,5         | 25          |
| <b>Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)</b> | <b>2,5</b>       | <b>1,6</b>  | <b>16</b>   |
| <b>Suizide</b>   | <b>5,1</b>       | <b>5,9</b>  | <b>59</b>   |
| Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)             | 3,4              | 3,1         | 31          |
| Suizid durch andere Mittel als Intoxikation  | 1,7              | 2,8         | 28          |
| <b>Langzeitschäden</b>   | <b>11,7</b>      | <b>9,4</b>  | <b>94</b>   |
| - davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge                               | 3,7              | 2,6         | 26          |
| <b>Unfälle</b>   | <b>1,9</b>       | <b>2,8</b>  | <b>28</b>   |
| <b>Sonstige Fälle</b>  | <b>3,2</b>       | <b>0,5</b>  | <b>5</b>    |
| <b>Gesamt (N)<sup>2)</sup></b>   | <b>944</b>       |             | <b>1002</b> |

1) Auf der ersten Ebene der Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

2) Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

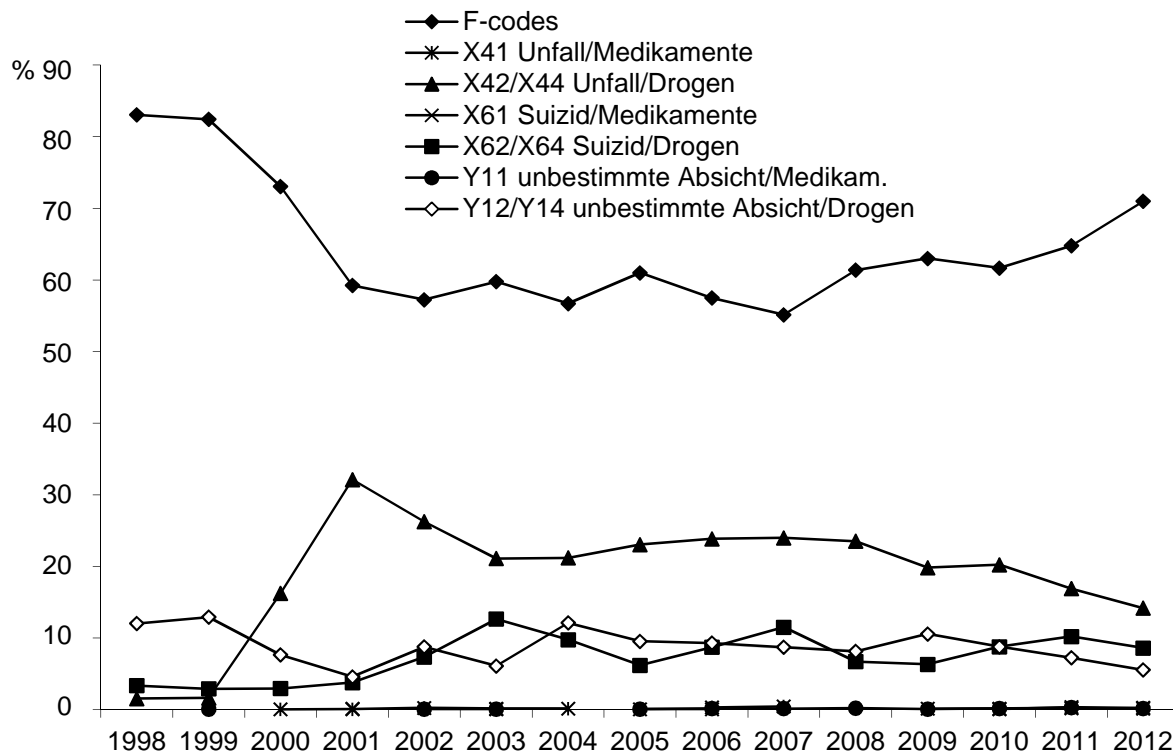
Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen („polyvalente Vergiftungen“) oder speziell die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt wird.

### **Daten aus dem allgemeinen Sterberegister**

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2012. Hier sind insgesamt 1.079 Personen und damit eine fast unveränderte Anzahl gegenüber dem Vorjahr (N=1.076) erfasst worden. Damit konsolidiert sich im allgemeinen Sterberegister der seit 2008 anhaltende Trend zu abnehmenden Fallzahlen, nachdem im Vorjahr bereits die niedrigste Fallzahl seit Beginn der Auswertung im Jahr 1998 verzeichnet wurde. Unter den 2012 Verstorbenen befanden sich 250 Frauen und 829 Männer (der Frauenanteil ist gegenüber dem Vorjahr um 2 % gestiegen auf 23,2 %), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle ist im Gegensatz zu der Statistik im Rauschgift-Lagebericht des BKA (basierend auf polizeilicher Definition, im Jahr 2012 -4,2 % gegenüber 2011) also nicht zurückgegangen. Das BKA-Register weist zudem traditionell eine deutlich niedrigere Fallzahl aus, obwohl hier in der Gesamtzahl "indirekte" Todesfälle mitgezählt werden, die sich nicht exakt von den "direkten" trennen lassen, da die Kategorien „Suizide“ sowie ggf. auch „Unfälle/Sonstiges“ im BKA-Register hinsichtlich ihrer Einordnung als "direkter" oder "indirekter" Fall uneindeutig sind.

2012 wurde bei 71,0 % der Todesfälle (2011: 64,8 %) die *Grunderkrankung* (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F 1x.x) kodiert; es fehlt bei diesen Fällen jedoch die Information zur *akuten* Todesursache. Zu befürchten ist angesichts der steigenden Anzahl von unter F-Kategorie kodierten Fällen, dass sich die Aussagekraft des nationalen Sterberegisters trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der Kodierregeln der WHO als zunehmend weniger aussagekräftig hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen darstellt (Abbildung 6.3).

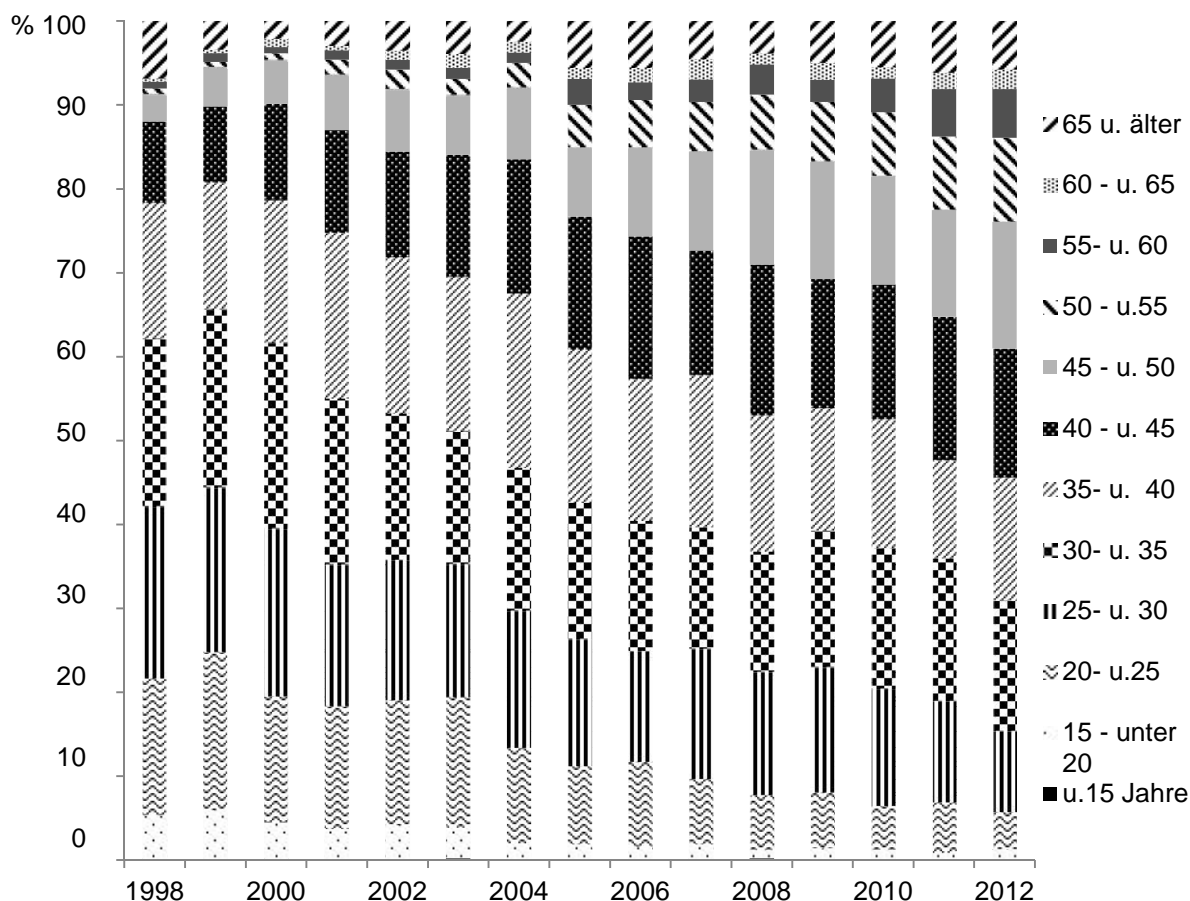




Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.3 Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2012)

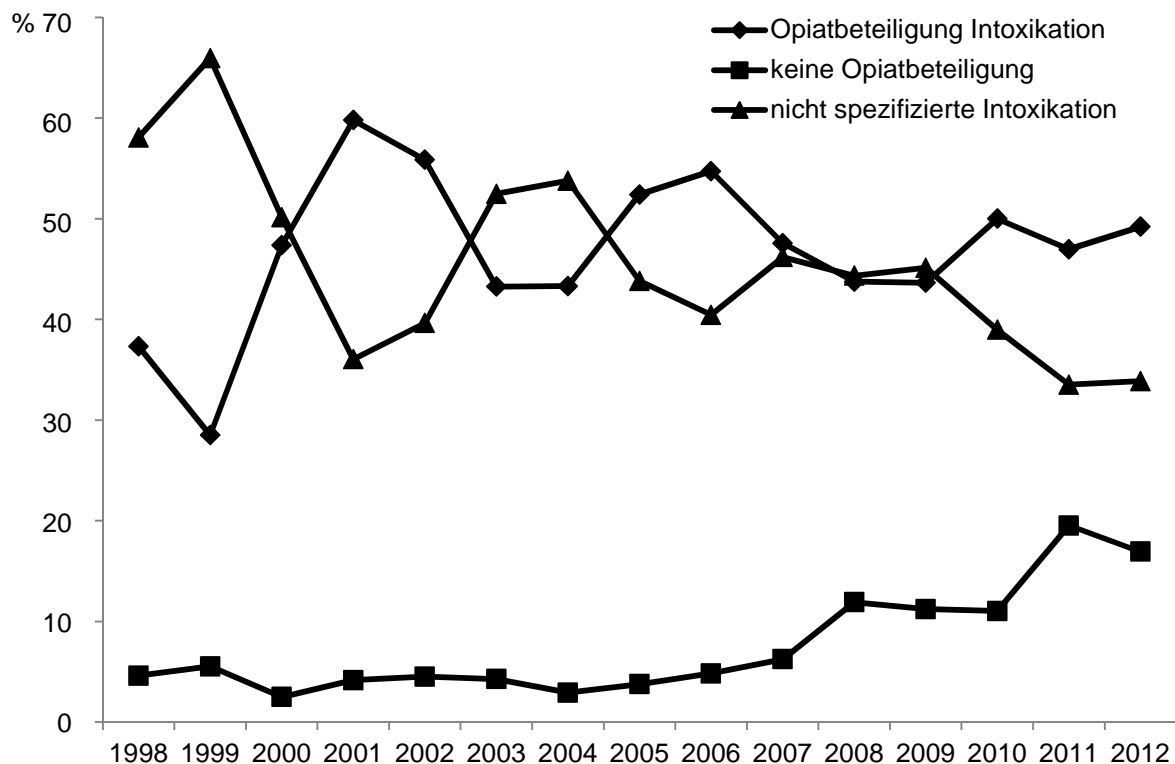
Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre zeigt einen sich fortsetzenden Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen, so dass die Altersgruppen oberhalb 45 Jahren die einzigen sind, die anteilig weiter stetig wachsen. Zu beachten ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen das ggf. zunehmende mögliche Artefakt, da möglicherweise Todesfälle von Schmerzpatienten durch den Kodierungsstandard für Drogentodesfälle aufgrund von Fehlkodierungen miterfasst werden könnten. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten harter Drogen – das Alterssegment der unter 25-Jährigen 2012 hatte mit 5,7 % den niedrigsten beobachteten Stand (Abbildung 6.4).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.4 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2012

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 2012 auf nur 29,0 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2012 in 49,2 % der Todesfälle vor. In 16,9 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 33,9 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen (Abbildung 6.5). Hier dürften wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.5 Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2012 mit ICD-X/Y-Kodierung

#### 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 (Braun et al. 2014d) für das Jahr 2013 bei 1,7 % (2012: 1,4 %; 2011: 1,6 %) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2013 85 % 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 von 1,5 % pro Jahr liegt 2013 etwas höher als im Vorjahr (Tabelle 6.4).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrucher – 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

|   | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Anteil von Todesfällen bei Beendern (%) | 1,2   | 1,2   | 1,4   | 1,3   | 1,4   | 1,2   | 1,5   | 1,5   | 1,6   | 1,4   | 1,7   |
| Betreuungsdauer (Tage)                  | 282,1 | 297,5 | 305,2 | 301,7 | 314,3 | 321,2 | 336,4 | 343,3 | 354,3 | 381,6 | 400,9 |
| Mortalität p.a. (%)                     | 1,5   | 1,5   | 1,7   | 1,6   | 1,6   | 1,4   | 1,6   | 1,6   | 1,6   | 1,3   | 1,5   |

Braun et al. 2014d 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.

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.

### 7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

- Information und Aufklärung zu den Risiken einer Überdosis,
- Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten (v. a. Substitution, siehe Kapitel 5) und Verbesserung der Haltequoten,
- Verbessertes Übergangsmanagement nach Haftentlassungen (siehe Kapitel 9),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,
- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

#### Bereitstellung von Drogenkonsumräumen

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.

Aktuell gibt es in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil in Berlin<sup>71</sup>.

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen bisher ausschließlich für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden exemplarisch Daten aus Frankfurt berichtet:

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2012 insgesamt 212.687 Konsumvorgänge von 4.984 Konsumraumnutzern (darunter 1.464 Neuzugänge) dokumentiert, dies entspricht einem Durchschnitt von 43 Konsumvorgängen pro Nutzer pro Jahr. Wie in den Vorjahren dominieren bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten (i.v.) Drogen Heroin und Crack. Bei 82 % aller Konsumvorgänge wurde Heroin und bei 50 % Crack (2011: 43 %) – allein oder in Kombination mit anderen Drogen – konsumiert (Mehrfachantworten). Nur noch knapp 2 % der Konsumraumnutzer konsumieren i.v. Benzodiazepine (2011: 14 %). Seit November 2011 fällt das Benzodiazepin Flunitrazepam (Rohypnol) ausnahmslos unter das Betäubungsmittelgesetz, was eine naheliegende Erklärung für den starken Rückgang der Zahl der Konsumvorgänge mit Benzodiazepinen ist. Der i.v. Konsum von Kokain wird nur von 1 % der Nutzer angegeben. Alle anderen psychotropen Substanzen werden nur selten genannt (0,4 %). Der Anteil nicht intravenöser Konsumvorgänge (v.a. rauchen/inhalieren der Substanz) stieg 2012 auf 5,1 % (2011 und 2010 ca. 3 %). Dies ist zwar auch durch logistische Gegebenheiten wie die Installation einer Lüftungsanlage bedingt, lässt sich aber vor allem auf das bundesweite Projekt „SMOKE IT!“ zurückführen, das offensiv Werbung für inhalativen Heroinkonsum als alternative Applikationsform gemacht hat. Differenziert man den i.v. Drogenkonsum nach Konsummustern, wird mit 48 % der Nennungen am häufigsten Heroin allein (ohne weitere Drogen) konsumiert. An zweiter Stelle der Nennungen folgt mit 32 % (2011: 24 %) Heroin in Kombination mit Crack und an dritter Stelle mit 17 % Crack allein. Kokain ohne weitere Drogen wurde von 0,6 % intravenös konsumiert (Förster & Stöver 2013).

### 7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

EBDD und ECDC benennen in einem gemeinsam veröffentlichten Dokument zur Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten sieben Schlüsselinterventionen (ECDC & EMCDDA 2011):

- Gesundheitsförderung/Bereitstellung von Information und Aufklärung zu Infektionskrankheiten mit Fokus auf Safer-Use- und Safer-Sex-Verhalten
- Bereitstellung von sterilem Injektionsbesteck und -zubehör (Safer-Use-Angebote)
- Bereitstellung von Impfungen (Hepatitis A und B, Tetanus, Influenza etc.)
- Bereitstellung von Testmöglichkeiten
- Bereitstellung effektiver Behandlungsangebote (insbesondere Substitution, s. Kapitel 5)

<sup>71</sup> Siehe auch <http://www.drogenkonsumraum.net/> (letzter Zugriff: 06.08.2014).

- Zugang zur Behandlung der Infektionskrankheiten
- Schaffung von an die Zielgruppe angepassten Rahmenbedingungen bei der Bereitstellung dieser Angebote (z. B. aufsuchende Angebote, Streetwork, niedrigschwellige Einrichtungen, Kooperation zwischen Drogenberatungsstellen und niedergelassenen Ärzten etc.).

Einige Risikogruppen für drogenbezogene Infektionskrankheiten werden durch Aufklärungs- und Informationsprogramme nur unzureichend erreicht. Mit dem Projekt „Baobab“ der Niedersächsischen AIDS-Hilfe Landesverband e.V. unternimmt diese kultursensible HIV-Aufklärung und Prävention, um auf die wachsende Zahl an Neuinfektionen unter Migranten zu reagieren. Baobab bietet ein zielgruppenspezifisches Aufklärungsangebot und richtet sich vor allem an Einwanderer aus den Subsahara-Staaten (10 %-15 % aller neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland betreffen Menschen aus dieser Region; 30 % dieser Neuinfektionen geschahen in Deutschland (Kasadi 2014)). Es gilt, sprachliche und kulturelle Klüfte zu überwinden, um auch afrikanischen Gemeinschaften im Bereich der tabuisierten Themen Sexualität und HIV/AIDS ein Aufklärungs- und Präventionsangebot zu machen (Kasadi 2014).

### **Nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland**

Im REITOX-Bericht 2013 berichtete die DBDD bereits vom Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland, den die Deutsche Leberstiftung gemeinsam mit dem „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ sowie der Deutschen Leberhilfe e.V. erarbeitet und vorgestellt hatte (Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch" et al. 2013; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013c). Am 28. Juli 2014 wurde auf dem Welt-Hepatitis-Tag in Köln ins Zentrum der Diskussion gerückt, dass der Scheitelpunkt der Spätfolgenwelle der Virushepatitis noch nicht erreicht sei. Die Zahl der Toten durch Virushepatitis übersteige die durch HIV und habe gleichzeitig eine wesentlich geringere mediale Präsenz in der Öffentlichkeit (Deutsche Leberhilfe e.V. 2014).

### **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.

Daten zum Spritzentausch werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der vorhandenen Daten findet nicht statt. Eine Übersicht über die Standorte der 153 in 10 Bundesländern verfügbaren Spritzenautomaten findet sich auf einer von der Deutschen Aidshilfe (DAH) bereitgestellten Internetseite<sup>72</sup>. Von den 153 von der Aidshilfe gezählten

<sup>72</sup> <http://www.spritzenautomaten.de/> (letzter Zugriff: 7.08.2014)

Spritzenautomaten befinden sich 100 in Nordrhein-Westfalen und 20 in Berlin, womit deutlich wird, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland noch nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings ist die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern sehr lückenhaft, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte und nicht einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik entsprechen muss.

Das einzige Bundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet, ist Nordrhein-Westfalen. Für das Jahr 2013 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 1.850.169 in Einrichtungen abgegebenen losen Spritzen (2012: 2.040.100; 2011: 1.927.626) sowie von 117.915 (2012: 215.059; 2011: 228.262) an Automaten abgegebenen Spritzen<sup>73</sup>.

Safer-Use-Angebote in Haft liegen in Deutschland weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. In nur einem von 185 deutschen Gefängnissen existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH eine Kampagne gestartet, um die Situation Inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (DAH 2013). Die DAH lädt dazu ein, an einer Online-Kampagne teilzunehmen<sup>74</sup>, mit der sich für das Recht Gefangener auf Gesundheit eingesetzt wird. Die Initiative wird vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und von akzept e.V. unterstützt.

Weitere Informationen zu Spritzentauschgeboten finden sich in Standardtabelle 10.

### **Bereitstellung von Testmöglichkeiten**

Die tatsächliche Zahl der Hepatitis-Kranken in Deutschland ist auf Grund eines Defizits im Bereich der Diagnostik noch unbekannt, obwohl Schätzungen aus verschiedenen Datenquellen vorliegen (vgl. Kapitel 6) (Wedemeyer 2013). Die Deutsche Leberstiftung und ihre Partner fordern daher ein systematisches Screening auf Hepatitis aller Patienten. Vor allem sollen die Empfehlungen für eine Testung einfacher werden und die Erfassung von Risikogruppen wie Migranten, Gefängnisinsassen und Drogengebrauchern verbessern. Das Projekt „TEST IT“ (Januar bis September 2010) der DAH, das in Kooperation mit der Dortmunder Drogenhilfeeinrichtung KICK durchgeführt und von der Fachhochschule Dortmund wissenschaftlich begleitet wurde, erwies sich als erfolgreich bezüglich einer Steigerung der Test-Rate auf HIV und wird in erweiterter Form z.B. in Berlin<sup>75</sup> fortgeführt (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2010). Ca. 10 % der in Berlin festgestellten HIV-Infektionen waren im Rahmen des Schnelltestprojekts diagnostiziert worden (aerzteblatt.de 2013b).

### **Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten**

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen (bng) berichtet auf der Basis von Daten des Deutschen Hepatitis-C-Registers, dass nur etwa die Hälfte der diagnostizierten

---

<sup>73</sup> [http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/abfrage\\_spritzen\\_2011-2013.pdf](http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/abfrage_spritzen_2011-2013.pdf) (letzter Zugriff: 7.08.2014).

<sup>74</sup> [www.drogenundmensenrechte.de](http://www.drogenundmensenrechte.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>75</sup> <http://www.testit.fixpunkt-berlin.de/> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).



Patienten mit einer Hepatitis C in der Vergangenheit eine adäquate medikamentöse Behandlung erhalten hat (aerzteblatt.de 2014). Dieses Defizit ist in Bezug auf die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten noch gravierender. Obwohl sie in Deutschland die größte Gruppe der mit Hepatitis C Infizierten darstellen, werden sie in sehr viel geringerem Umfang behandelt als Infizierte mit einem anderen Infektionsrisiko, was mitunter an einer in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber Drogenkonsumenten liegt (Gölz 2014).

Die Correlation Hepatitis C Initiative versucht, in dieser Situation Abhilfe zu schaffen, indem sie Drogengebrauchende sowohl in politische Entscheidungsprozesse als auch in die Entwicklung von Therapiekonzepten integrieren will (Schatz 2014): in einem Zusammenschluss aus über 30 europäischen Organisationen wird angestrebt, Kenntnisse und Kapazitäten auf praktischem und politischem Niveau zu verbessern und das Bewusstsein für die HCV-Problematik in Bezug auf Drogenkonsumenten zu schärfen. Konkret werden z.B. die Hindernisse in niedrighschwelligen Einrichtungen, Klienten über HCV-Tests zu informieren und sie zu testen, bzw. testen zu lassen untersucht. Des Weiteren wird eine Datenbank eingerichtet, in der wissenschaftliches Material, das sich auf das spezifische Feld von Hepatitis C und Drogengebrauch richtet, zur Verfügung gestellt wird. Ein Trainingsprogramm für Betroffene und Peers zu Hepatitis wurde ebenfalls entwickelt und ausgeführt. Auf diese Weise haben sich Drogenkonsumenten selbst als wertvolle Experten auf dem Gebiet der HCV-Forschung und Prävention erwiesen.

Chronische Hepatitis C ist vor allem wegen der hohen Mortalität grundsätzlich auch bei suchtkranken Patienten behandlungsbedürftig. Dennoch kann sich Medizinern momentan die Frage „Starten oder Warten“ stellen, abhängig von den Erfolgsaussichten der Therapie (Schäfer 2013). Ärzte und Patienten sollten angesichts der aktuellen Entwicklungen (vor allem der Einführung neuer Medikamente) *„gemeinsam abschätzen, wie dringlich eine antivirale Therapie ist und dabei die potentiellen Nebenwirkungen und Erfolgchancen berücksichtigen“* (zitiert nach: Zeuzem, S., in Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2014). Mit dem neuen Wirkstoff Sofosbuvir („Sovaldi<sup>®</sup>“ der Firma Gilead) wurde 2014 ein Hepatitis C Medikament auf dem deutschen Markt zugelassen, das die Heilungschance („sustained virologic response“ SVR) für HCV vom Genotyp 1 in Kombination mit Ribavirin und pegyliertem Interferon auf bis zu 90 % erhöht und auch die Heilungschancen für HCV vom Genotyp 2 bis 6 verbessert, aber als zu teuer kritisiert wird (aerzteblatt.de 2013a; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2013). Der Preis des neuen Wirkstoffs wird in der Herstellung auf 68-136 US-Dollar geschätzt (für die Gesamtration einer 12-wöchigen Therapie), der Verkaufspreis in den USA liegt allerdings bei 1.000 US-Dollar pro Tablette, womit der Preis für die Gesamtration einer 12-wöchigen Therapie 84.000 US-Dollar beträgt (aerzteblatt.de 2013a; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2013). In Deutschland liegt der Preis bei 725 Euro pro Tablette, also bei 60.900 Euro für eine 12-wöchige Therapie (van den Heuvel 2014). Es ist noch nicht absehbar, inwiefern auch Drogen konsumierende oder substituierte Patienten von dieser neuen, teuren Therapiemöglichkeit profitieren können werden.

Gerade in der Hepatitis Behandlung von abhängigen Klienten stellen sich besondere Herausforderungen wie z.B. die Koordination der Ärzte (Suchtmediziner und Gastroenterologen), der Behandlung der komorbiden Erkrankungen (häufige psychiatrische Komorbidität, Wechselwirkungen zwischen Drogen, Substitutionsmitteln und Medikamenten, somatische Begleiterkrankungen etc. Abhängig vom Genotyp der Hepatitis können mit der Triple-Therapie gute Behandlungserfolge erzielt werden. Besonders suchtkranke Patienten in Substitutionsbehandlung befinden sich in einem für die Behandlung der chronischen Hepatitis C vorteilhaften Setting: Ihre Heilungschancen sind mit denen von Patienten vergleichbar, die keinen i.v. Drogenkonsum aufweisen (Schäfer 2013). Dennoch wird die Hepatitis C Therapie von Patienten in Substitutionsbehandlung oft als schwierig gesehen, obwohl viele dieser Schwierigkeiten durch intensive Aufklärung der Patienten gemindert werden können (Reimer et al. 2013). Zusätzlich bemühen sich Institutionen wie die DAH um mehr Aufklärung, z.B. durch die Möglichkeit für infizierte Konsumenten, sich in einer Art Online Schnelltest<sup>76</sup> über Wechselwirkungen zwischen ihren Hepatitis/HIV Medikamenten und Drogen zu informieren.

Um die Entwicklung der Hepatitis Therapie von Drogenabhängigen weiter voran zu bringen, untersucht die ECHO Studie (Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) im Zeitraum November 2013 bis Dezember 2015 die Lage zu Hepatitis C unter substituierten Opioidabhängigen:

Die Standardtherapie für die Behandlung der Opiatabhängigkeit, die Opioidsubstitution, bietet aufgrund des engmaschigen Kontaktes zwischen Arzt und Patient exzellente Möglichkeiten zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) Infektion, von der diese Patientengruppe häufig betroffen ist. Ziel der Studie ist es, anhand einer repräsentativen Stichprobe von ca. 200 ambulanten Substitutionseinrichtungen mit ca. 2500 Patienten die aktuelle HCV-Prävalenz und Inzidenz in der Opioidsubstitution zu erfassen. Zudem sollen Einflussfaktoren für Therapieinitiierung und Serokonversion beschrieben werden. Dazu sollen sowohl patientenbezogene Daten aus der Regelversorgung als auch aus Patientenfragebögen erfasst werden, um folgende Fragestellungen zu beantworten (ZIS Hamburg 2014):

- Wie ist der aktuelle HCV-Status (Prävalenz) von Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Therapieinitiierung verbunden? Welche Faktoren stehen einer Therapieinitiierung entgegen?
- Wie hoch ist die HCV-Inzidenz bei Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Serokonversion während der Opioidsubstitution verbunden?

---

<sup>76</sup> <http://www.hiv-drogen.de/> (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

#### **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.



## 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.

Der soziale bzw. gesellschaftliche Ausschluss (Exklusion) von Drogenkonsumenten bezieht sich nach Kronauer auf folgende fünf Dimensionen der gesellschaftlichen Teilhabe (Kronauer 2010; Wiese 2008):

- Ausschluss aus der gesellschaftlichen Arbeitsteilung durch fehlende Erwerbsarbeit
- Ausschluss aus sozialen Netzen, der zur sozialen Isolation führt und sich auf zweierlei Weise zeigt:  
Verlust/Fehlen von partnerschaftlichen Beziehungen, Freundschaften oder Verwandtschaftsbeziehungen  
Konzentration der sozialen Beziehungen auf Menschen in gleicher, benachteiligter Lage
- Keine materielle Teilhabe, d. h. der Lebensstandard bleibt deutlich hinter dem gesellschaftlich erreichten und akzeptierten zurück
- Keine politisch-institutionelle Teilhabe, d. h. Macht- und Chancenlosigkeit durch Fehlen politischer und sozialer Rechte (z.B. Wahlrecht, Recht auf soziale Absicherung, freie Wahl der schulischen Ausbildung etc.)
- Keine kulturelle Teilhabe, d. h. sozial Ausgeschlossene teilen die wesentlichen Ziele der Gesellschaft, sind allerdings von deren Verwirklichung ausgeschlossen

Auf jeder dieser fünf Dimensionen besteht für Drogenkonsumenten eine erhöhte Gefahr der Exklusion. Es liegt ob der (drohenden) Marginalisierung von Suchtkranken in der Natur der Sache, dass (sozial-)epidemiologische Daten über Ausgeschlossene schwierig zu erheben sind. Dennoch wird versucht, die Lage zu sozialen Begleiterscheinungen und der sozialen Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten in Deutschland zumindest zu skizzieren.

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, aber auch Daten aus lokalen Monitoringsystemen wie z.B. aus der Szenebefragung im Rahmen des Frankfurter MoSyD.

## 8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

### 8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zu Klienten ambulanter Einrichtungen 2013 sind 17,6 % der Klienten mit einer primären Opioidproblematik, 16,8 % der Klienten mit primärer Kokainproblematik und 12,2 % der Cannabisklienten ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Fast zwei Drittel der Klienten mit primärer Opioidproblematik (62,4 %) und jeweils etwas mehr als ein Drittel (34,3 % bzw. 41,2 %) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos<sup>77</sup> (siehe Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung nichts (Braun et al. 2014d).

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor. Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2013 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=31 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote<sup>78</sup> in Deutschland wiedergibt (vgl. Kapitel 5) und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen (Braun et al. 2014f).

---

<sup>77</sup> D. h. arbeitslos nach SGB II oder III.

<sup>78</sup> Am 29.07.2013 betrug die Gesamtzahl der niedrigschwelligen Einrichtungen („Einrichtungstyp 2“) im Einrichtungsregister der deutschen Suchthilfe 283.

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2013)

| Hauptdiagnose         | Ambulante Betreuung            |                          |                            | Niedrigschwellige Einrichtungen |                          |                            |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|                       | Ohne Schulabschluss abgegangen | Arbeitslos <sup>1)</sup> | Ohne Wohnung <sup>2)</sup> | Ohne Schulabschluss abgegangen  | Arbeitslos <sup>1)</sup> | Ohne Wohnung <sup>2)</sup> |
|                       | %                              |                          |                            | %                               |                          |                            |
| Alkohol               | 4,7                            | 36,9                     | 0,5                        | 7,9                             | 49,6                     | 3,7                        |
| Opioide               | 17,6                           | 62,4                     | 2,8                        | 20,0                            | 76,6                     | 11,2                       |
| Cannabinoide          | 12,2                           | 34,3                     | 0,8                        | 21,3                            | 51,8                     | 7,4                        |
| Sedativa/Hypnotika    | 5,7                            | 33,9                     | 0,4                        | 0,0                             | 50,0                     | 0,0                        |
| Kokain                | 16,8                           | 41,2                     | 1,4                        | 26,4                            | 61,5                     | 7,0                        |
| Stimulanzien          | 12,5                           | 49,0                     | 1,4                        | 20,9                            | 62,0                     | 7,4                        |
| Halluzinogene         | 11,4                           | 48,8                     | 3,5                        | 0,0                             | 100,0*                   | 0,0                        |
| Tabak                 | 4,1                            | 15,0                     | 0,3                        | 0,0                             | 0,0                      | 0,0                        |
| Flücht. Lösungsmittel | 5,8                            | 18,5                     | 0,0                        | --                              | --                       | --                         |
| Multiple/and. Subst.  | 14,7                           | 48,6                     | 1,4                        | 100,0 <sup>3)</sup>             | --                       | 100,0*                     |

1) Am Tag vor Betreuungsbeginn; nach Sozialgesetzbuch (SGB) III (ALG I) oder SGB II (ALG II).

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

3) Hier handelt es sich jeweils um nur eine Person, der diese Frage gestellt werden konnte.

Braun et al. 2014d,f.

Auch im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation 2012 (Buth et al. 2012; Rosenkranz et al. 2013) wurden bei den im Jahr 2012 insgesamt 4.772 registrierten Opioidklienten (2011: 4.668; 2010: 5.143), die ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, Daten zur sozialen Situation erfasst. 89 % dieser Klienten hatten mindestens einen primären Schulabschluss (2010: 88 %; 2009: 89 %) und 60 % (2010 und 2009: 66 %) konnten eine abgeschlossene Berufsausbildung nachweisen. Doch obwohl 9 von 10 Opioidklienten einen Schulabschluss und mehr als die Hälfte eine Berufsausbildung aufwiesen, hatten nur 16 % eine regelmäßige Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt. Mit einer Arbeitslosenquote von 72 % (ohne Inhaftierte) kann somit die Arbeitssituation wie in den vergangenen Jahren unverändert als katastrophal bezeichnet werden. Auch auf Grund der hohen Abstinenzrate von 62 % bedarf es demnach weiterhin dringend Maßnahmen zur Wiedereingliederung der Betroffenen in das Erwerbsleben. Lediglich 15 % der Klientel bestritten 2012 ihren Lebensunterhalt aus regulärer Erwerbstätigkeit, 64 % bezogen Arbeitslosengeld II. Lediglich 26 % der Opioidklientel war nicht verschuldet. Ein Viertel der Klienten hatte Schulden bis 5.000 Euro, bei 20 % betrug die Schuldenhöhe bis 50.000 Euro. Nur bei 7 % wurden die Schulden bereits reguliert, obwohl dies von der betreuenden Einrichtung bei 62 % der Klienten für notwendig erachtet wurde. Die Notwendigkeit die Arbeit der Suchthilfeeinrichtungen mit einer systematischen Schuldnerberatung zu verbinden, ist

nach wie vor groß und wird häufig als unabdingbar für eine langfristige Genesung betrachtet (Zimmermann & Lunkenheimer 2013).

Indikatoren für das Ausmaß der sozialen Reintegration von Suchtkranken sind z.B. die Anzahl ihrer sogenannten „Clean-Kontakte“<sup>79</sup> außerhalb der professionellen Betreuung, Freizeitaktivitäten und Besuche kultureller, politischer oder sportlicher Veranstaltungen. Auch hierzu liegen Daten aus dem Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation 2012 (Rosenkranz et al. 2013) vor. Unter den Opioidklienten hatten 18,0 % keine Tage mit Clean-Kontakten innerhalb der letzten 30 Tage, aber 56,9 % verbrachten in diesem Zeitraum 15-30 Tage mit Clean-Kontakten. Unter den Cannabiskonsumenten gestaltete sich die Situation etwas besser: 10,5 % hatten keine, 73,0 % verbrachten mindestens die Hälfte der vergangenen 30 Tage Zeit mit Clean-Kontakten. 38,9 % der Opioidklienten (32,1 % der Cannabisklienten) verbrachten innerhalb des vergangenen Monats keinen Tag mit Freizeitaktivitäten, 68,4 % (61,8 % der Cannabiskonsumenten) besuchten keinmal eine kulturelle, politische oder sportliche Veranstaltung, was auch durch ökonomische Faktoren bedingt sein könnte.

Die Daten der Szenebefragung im Rahmen des Frankfurter MoSyD 2012 (Bernard & Werse 2013) zeichnen ein Bild der sozialen Lage von Drogenkonsumenten in der offenen Drogenszene, die auf der Straße befragt wurden (Anteil Befragter: n=146). 86 % von ihnen besitzen einen Schulabschluss, 58 % eine Berufsausbildung, aber nur 23 % sind in regelmäßiger Voll- oder Teilzeitbeschäftigung, was umgekehrt eine Arbeitslosenquote von 77 % bedeutet. Der Anteil derjenigen, die Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe als Einnahmequelle nannten, beträgt 56 %. Die Abstinenzrate ist im Vergleich zum ambulanten Suchthilfebereich sehr gering: Die 30-Tage-Prävalenz für Heroingebrauch liegt bei 80 %, die 24-Stunden-Prävalenz bei 68 %. Es besteht ein signifikanter Unterschied in der 30-Tage-Prävalenz des Heroinkonsums zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten, wobei Letztere mehr als doppelt so häufig Heroin konsumieren (37 % versus 91 %). Auch die Wohnsituation ist in der offenen Drogenszene deutlich schlechter als im ambulanten Suchthilfebereich. 12 % der Befragten waren obdachlos und 29 % nutzten Notschlafunterkünfte. Mit offiziellem Wohnsitz gemeldet waren allerdings 95 % der Szenegänger, was die geringe Aussagekraft dieser offiziellen Statusangabe über die tatsächliche Wohnsituation der Betroffenen verdeutlicht.

In der hessischen Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (COMBASS) 2012 gestaltete sich die soziale Situation der Opioidklienten ähnlich wie in der Hamburger Basisdokumentation: 80 % lebten in einer eigenen Wohnung oder bei Angehörigen/Eltern, 15 % dahingegen befanden sich in einer prekären Wohnsituation, 85 % besaßen einen Schulabschluss oder befanden sich in schulischer Ausbildung, aber nur bei 21 % war ein Arbeits- oder Ausbildungsplatz vorhanden, dagegen bezogen 58 % Arbeitslosengeld II (Neumann-Runde et al. 2013). Der Vergleich dieser Ergebnisse mit denen der Hamburger Basisdokumentation (s.o.) macht klar,

---

<sup>79</sup> Clean-Kontakte sind nicht substanz- oder glücksspielabhängige Personen, zu denen Klienten der Suchthilfe außerhalb dieser Kontakt haben.



dass sich die hochproblematische soziale Situation von Opioidklienten nicht nur in Ballungszentren finden lässt, sondern auch in einem Flächenland besteht.

## 8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

### Drogenkonsum und Obdach- / Wohnungslosigkeit

Im Folgenden werden Definitionen aus der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung (ETHOS) verwendet (FEANTSA 2005). Demnach bezieht sich „obdachlos“ auf obdachlose Menschen und Personen in Notunterkünften, wohingegen „wohnungslos“ für Menschen, die in Wohnungsloseneinrichtungen leben, von Institutionen entlassen werden (z.B. Gefängnisse, Strafanstalten), in Frauenhäusern oder in Dauereinrichtungen für Wohnungslose wohnen.

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 liegen jedoch weder für Drogenabhängige, die von Wohnungs- oder Obdachlosigkeit betroffen sind, noch für Wohnungs- oder Obdachlose, die von Drogenabhängigkeit betroffen sind, vor.

In Deutschland existiert keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung auf gesetzlicher Grundlage, weshalb die Situation mit Hilfe von Schätzungen zu erfassen versucht wird (BAG W. 2013a,b): Die Zahl der Wohnungslosen in Deutschland betrug laut Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) 2012 ca. 284.000 (2010: ca. 248.000). Bis 2016 wird ein weiterer Anstieg der Wohnungslosenzahlen auf 380.000 Menschen prognostiziert. Die Zahl der Obdachlosen stieg ebenfalls auf ca. 24.000 in 2012 (2010: ca. 22.000). Der Suchtmittelgebrauch bei Wohnungslosen wird in älteren, unterschiedlichen lokalen und regionalen Studien auf bis zu 80 % geschätzt, wobei ein Anteil unversorgter suchtkranker Wohnungsloser bei über 70 % angenommen werden kann (Kostrzewa 2014; Lutz & Simon 2007; Salize et al. 2006). Diese Zahlen beinhalten vor allem Alkoholabhängige, aber auch Konsumenten illegaler Drogen. Aktuelle bundesweite Daten stehen in diesem Bereich nicht zur Verfügung, was unter anderem auch durch spezifische Merkmale der Klientel, wie z.B. schwierige Erreichbarkeit und Vorbehalte gegenüber Angehörigen von Institutionen, bedingt ist (Salize et al. 2006). Eine epidemiologische Analyse der Situation drogenabhängiger Wohnungsloser in Deutschland scheint auf Grund der sich heute zunehmend verschärfenden Wechselwirkung zwischen Sucht, Armut und Wohnungslosigkeit (Lutz 2013; Salize et al. 2006) angezeigt.

Um die Lage der Gesundheitsversorgung Wohnungs- und Obdachloser besser bewerten zu können, fordert die BAG W in ihrem „Aufruf zu einer Nationalen Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Armut in Deutschland“ (BAG W 2014a) in Zukunft eine Verbesserung

ambulanter Hilfsangebote für diese Risikogruppe durch gesetzliche Änderungen. Des Weiteren soll das einheitliche Erfassungstool „BAGW\_MEDTOOL14“, das auch zur Dokumentation von Suchterkrankungen nach ICD-10 verwendet werden soll, 2015 bundesweit in Einrichtungen, die von (suchtkranken) Wohnungs- und Obdachlosen aufgesucht werden, von den Ärzten dort verwendet und die erhobenen Daten 2016 durch die BAG W ausgewertet werden (BAG W 2014b; BAG W über Peters-Steinwachs, B., 2014, persönliche Mitteilung).

### **Drogenkonsum und Prostitution**

Im Unterschied zur professionellen Prostitution weist die Beschaffungs- oder Drogenprostitution folgende acht wesentliche Merkmale auf (Zurhold 2005; Rummel 2012):

- Das Hauptmotiv für die Prostitution ist der Suchtmittelkonsum.
- Kennzeichnend sind schneller Einstieg, flexible Arbeitszeiten, eine räumliche Nähe zur Drogenszene und eine hohe Mobilität.
- Die Einnahmen aus der Sexarbeit verbleiben zu 100% bei den Frauen, da sie auf Grund ihres hohen Finanzbedarfs für Zuhälter weniger interessant sind.
- Es handelt sich zumeist um Straßenprostitution. Der Ort, an dem die Kontakte hergestellt werden, ist die Straße und die sexuellen Leistungen finden dann an abgelegenen Orten, im Freien, im Auto oder in Stundenhotels statt.
- Der Drogenstraßenstrich liegt meistens im Sperrgebiet.
- Da keine oder nur eine höchst unzureichende Einführung in die Prostitutionstätigkeit stattfindet, besteht ein geringer Professionalisierungsgrad.
- Die Möglichkeiten, bestimmten Anforderungen der Sexarbeit (z. B. Preiseinhaltung, Schutzstrategien) gerecht zu werden, sind unter Suchtmiteleinfluss eingeschränkt.
- Lebens- und Arbeitsraum überschneiden sich.

Die Beschaffungsprostitution von Drogenkonsumentinnen wird oft als frauenspezifischer Risikofaktor gesehen, welcher sowohl die Lebenssituation der Betroffenen verschlimmert als auch das Transmissionsrisiko von sexuell übertragbaren Krankheiten wie HIV in die Allgemeinbevölkerung erhöht (Bernard 2013). Wiederholt hat sich in Studien gezeigt, dass Drogen- und/oder Alkoholkonsum ein Prädiktor für sexuelle Ausbeutung sind und umgekehrt (Czarnecki et al. 2014; Klatt et al. 2014; Strobl 2006). Obwohl die Risikogruppe der sogenannten Drogen- oder Straßenprostituierten in Deutschland seit den 1980er Jahren mehr Aufmerksamkeit von Forschung und Politik erhält, liegen keine deutschlandweiten epidemiologischen Daten zu Prostitution und Drogenkonsum vor.

Es existieren Projekte in Deutschland, die Unterstützung für drogenabhängige Prostituierte anbieten. Exemplarisch sollen hier vier genannt werden:

- Projekt „Hotline“ der integrativen Drogenhilfe e.V.<sup>80</sup>, Frankfurt am Main: Streetwork und Beratung für drogengebrauchende Frauen, die auf dem Straßenstrich im Bahnhofsviertel arbeiten und dabei täglich mit Vergewaltigung, Körperverletzung, Nötigung, Freiheitsberaubung und Raub konfrontiert werden.  
Angebot: Schwerpunkt Straßensozialarbeit, Beratung – besonders zu Safer-Use, Safer-Sex und Safer-Work – vor Ort und im Büro, Warnsystem zum Schutz vor gewalttätigen Freiern in Kooperation mit der Kriminalpolizei u.a.
- Projekt „Le Trottoir - Hilfen für Prostituierte“ des Drogenhilfezentrums DHZ gGmbH<sup>81</sup>, Saarbrücken: Projekt zur Straßenstrichverlagerung und niedrigschwelligen Unterstützung von Beschaffungsprostituierten.  
Angebot: sanitäre Anlagen, Beratung, Gewaltprävention, Gesundheitsprophylaxe u.a.
- Projekt „Nachtschicht“ des Diakonischen Werks<sup>82</sup>, Osnabrück: Streetwork Projekt für Drogen konsumierende Straßenprostituierte.  
Angebot: zweimal pro Woche; Beratung, Spritzentausch, Ausgabe von Safer-Use und Safer-Sex Materialien u.a.
- Ragazza e.V.<sup>83</sup>, Hamburg: Kontakt- und Beratungsstelle, Treffpunkt und Schutzraum für Drogen gebrauchende, der Prostitution nachgehende Frauen.  
Angebot: Konsumraum, Spritzentauschprogramm, gynäkologische Versorgung, Schlafstelle u.a.

## Drogenkonsum und Migrationshintergrund

Der Umgang mit suchtkranken Migranten stellt unter anderem aufgrund von Schwierigkeiten, die mit dem ausländerrechtlichen Status der Betroffenen zusammenhängen und diesen den Zugang zum Suchthilfesystem erschweren können, eine besondere Herausforderung dar (Deimel 2013; Schu & Czycholl 2014). Unklar ist nach wie vor die Zahl suchtkranker Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, da keine aktuellen epidemiologischen Publikationen zu diesem Thema vorliegen. Auf Grundlage des Zensus 2011 beträgt der Ausländeranteil an der deutschen Allgemeinbevölkerung 8,2 %, was etwa 6.640.290 Menschen entspricht (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014). Die drei größten Gruppen in dieser Population machen Menschen mit türkischem, polnischem und russischem Migrationshintergrund aus (Statistisches Bundesamt 2014d). Im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 betrug der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund an allen Personen mit einer Störung in Bezug auf illegale Drogen 32,6 %. Es wird allerdings angenommen, dass im ESA dieser Anteil an Suchtkranken immer noch unterschätzt wird, da Menschen mit Migrationshintergrund auf Grund von Sprachbarrieren eventuell unterrepräsentiert in der Stichprobe sind (Piontek, D. 2014;

---

<sup>80</sup> [www.idh-frankfurt.de/hotline](http://www.idh-frankfurt.de/hotline) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>81</sup> [www.drogenhilfezentrum.de/index.php/9-uncategorised/50-trottoir](http://www.drogenhilfezentrum.de/index.php/9-uncategorised/50-trottoir) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>82</sup> [www.suchtberatungsstelle.de/standorte/osnabrueck/frauenprojekt-nachtschicht.html](http://www.suchtberatungsstelle.de/standorte/osnabrueck/frauenprojekt-nachtschicht.html) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

<sup>83</sup> [www.ragazza-hamburg.de](http://www.ragazza-hamburg.de) (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

persönliche Mitteilung). Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an allen Suchtkranken wird auch von anderen Experten auf 33 % bis 35 % geschätzt (Deimel 2013). Basierend auf den (lückenhaften) verfügbaren Schätzungen, ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, der Drogen konsumiert oder entsprechende Störungen entwickelt, deutlich höher als im Rest der Bevölkerung.

Offensichtlich nimmt aber nur ein geringer Teil dieser Betroffenen Angebote der Suchthilfe in Anspruch (Deimel 2013). Mit Hilfe von Daten aus dem Versorgungssektor wird durch die deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) versucht, die Lage präziser darzustellen: Im Kurzbericht der DSHS zu Klienten mit Migrationshintergrund<sup>84</sup> in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2013) wurde der Anteil dieser Personen in ambulanter Behandlung zuletzt auf 16,8 % und der Anteil derer, die in stationärer Behandlung sind, auf 13,0 % geschätzt. Diese Zahlen beziehen sich allerdings nicht nur auf Abhängige illegaler Drogen sondern z.B. auch auf Alkohol- und Tabakabhängige.

2012 führte der Deutsche Caritasverband e.V. eine Erhebung in ambulanten (n=273) und stationären (n=35) Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe (Rücklaufquote: 53,6 %) zur Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund<sup>85</sup> durch (Ruf & Walter-Hamann 2014). 40 % der Einrichtungen haben demnach spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, die im Mittel 16,5 % (Standardabweichung SD= 10,6) der Klienten ausmachen. Die große Standardabweichung ist hierbei indikativ für stark schwankende Anteile der Klienten mit Migrationshintergrund über die Einrichtungen hinweg. Unter den häufigsten Herkunftsländern der Klienten fanden sich – teilweise analog zu denen der Menschen mit Migrationshintergrund in der deutschen Allgemeinbevölkerung – Russland (34,4 %), die Türkei (26,9 %), Kasachstan (15,0 %) und Polen (10,6 %). 94 % der Einrichtungen gaben an, dass eine Integration der betreffenden Klienten in Regelangebote gelingt, wenn ausreichend Sprachkenntnisse bestehen. 72,0 % der Einrichtungen bieten außerdem muttersprachliche Beratung an (im stationären Bereich sind es sogar 90,9 %). In 91,4 % der Einrichtungen wurden Probleme bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erlebt. Dabei stehen Sprachprobleme an erster Stelle, gefolgt von kulturellen Unterschieden und einem unterschiedlichen Sucht-/ Krankheitsverständnis (Freitextangaben) (Ruf & Walter-Hamann 2014; Zakhalev 2014).

### 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.

<sup>84</sup> Definition Menschen mit Migrationshintergrund: Migrationshintergrund liegt vor, wenn der Klient entweder selbst migriert ist oder als Kind von Migranten geboren wurde.

<sup>85</sup> Definition Menschen mit Migrationshintergrund: Der Begriff ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ umfasst nach 1950 zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer (einschließlich Flüchtlinge), Spätaussiedler und Eingebürgerte sowie jeweils deren Kinder (Ruf & Walter-Hamann 2014).

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.

Es gibt aktuell einige Maßnahmen in Deutschland, die die soziale Reintegration von (ehemals) Drogenabhängigen zum Ziel haben. Eines dieser Projekte ist BuddyCare von der Integrativen Drogenhilfe e.V. in Frankfurt am Main, das seit mehreren Jahren erfolgreich ehrenamtlich engagierte Personen (sog. „Buddys“) mit einem (ehemals) Drogenabhängigen zusammenführt. Dieses Buddy-Paar unternimmt dann ein Jahr lang wöchentlich etwas miteinander wie z.B. einen Kino- oder Cafébesuch. 2012 konnten 20 Buddy-Paare erfolgreich vermittelt werden (2011: 14; 2012: 16), 10 wurden aus dem Vorjahr übernommen (2011: 12; 2012: 11) und 7 konnten regulär beendet werden (2011: 11, 2012: 5). Die drogenabhängigen Teilnehmer machen in diesem Projekt die wichtige Erfahrung, dass sie in der Lage sind, außerhalb der Szene soziale Kontakte einzugehen und ohne Drogen eine gute Zeit zu verbringen (akzept e.V. et al. 2014; Integrative Drogenhilfe e.V. (idh) 2014; Pfeiffer-Gerschel et al. 2012).

### **8.3.1 Bildung, berufliche Ausbildung**

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.

### **8.3.2 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.

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.

Die vorliegenden Statistiken der Arbeitsverwaltung weisen die Teilgruppe der Menschen mit Substanzproblemen jedoch in aller Regel nicht gesondert aus, so dass Maßnahmen und Ergebnisse für die Zielgruppe dieses Berichts nicht getrennt dargestellt werden können.

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 Aufsichtsbefugnis 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.

### **Förderung durch die Rentenversicherungsträger**

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 Aspekte, die die notwendigen persönlichen und sozialen Fähigkeiten des Klienten beinhalten, um im Arbeitsalltag bestehen zu können.

Die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Boder et al. 2013). Des Weiteren gilt es als belegt, dass gelungene berufliche Reintegration nach einer Suchtrehabilitation einen der wichtigsten Prädiktoren für Langzeitabstinenz darstellt (Indlekofer 2013). Es besteht demnach eine positive Wechselwirkung zwischen gelungener Genesung von einer Suchterkrankung und materieller Teilhabe von Drogenkonsumenten. Henkel und Zemlin kommen in einer eigenen Studie unter Verwendung der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zu dem Ergebnis, dass die tatsächliche Nutzung dieses positiven Zusammenhangs in der Realität noch nicht ausreichend möglich ist (Henkel & Zemlin 2013): In Relation zur hohen Prävalenz von Suchtproblemen in der Gruppe der ALG II-Beziehenden ist die Zahl der Vermittlungen sehr klein und zudem seit 2010 rückläufig. Darüber hinaus erfolgen die Vermittlungen suchtdiagnostisch selektiv mit einer Bevorzugung von Personen mit Alkoholproblemen und einer Benachteiligung von Opiatabhängigen.

Sowohl auf dem ersten als auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt werden vereinzelt Möglichkeiten geschaffen, um (ehemals) Drogenabhängige in die Erwerbstätigkeit zu reintegrieren, wie in Baden-Württemberg z.B. durch das Modellprojekt „BISS“ (Berufliche Integration nach Stationärer Suchtrehabilitation) (2010 bis 2012) (Indlekofer 2013). In der Bewertung dieses Projekts wird eine positive Bilanz gezogen: Die Ergebnisse sind nach Einschätzung der Autoren hervorragend. Mittlerweile ist das BISS-Modell deshalb zu einem Regelangebot geworden.

Weiterhin werden auch in anderen Bundesländern verschiedene Projekte zur Verbesserung der (Wieder-) Eingliederung (ehemals) Drogenkonsumierender in den Arbeitsmarkt durchgeführt. So sind z. B. auch in Bayern die Suchthilfeträger nach wie vor bemüht, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte zur Wiedereingliederung von Drogenabhängigen zu installieren, insbesondere in den Großstädten, hier verstärkt für ältere Drogenabhängige. Aufgrund der Schnittstellenproblematik (SGB II und SGB XII) ist eine Finanzierung der Projekte nach wie vor schwierig. Zur Förderung der Kooperation zwischen den bayerischen Jobcentern und der Suchthilfe veranstaltet die KBS im 2-Jahres-Rhythmus eine Fachtagung zum Thema „Suchtkrank und Arbeit“ (Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) über Cornelia Poth 2014, persönliche Mitteilung).





## 9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

### 9.1 Überblick

Da neben dem Erwerb oder dem Handel 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 geringen Mengen 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 2013 wurden in Deutschland insgesamt 253.525 Rauschgiftdelikte erfasst (2012: 237.150, 2011: 236.478, 2010: 231.007), davon 189.783 allgemeine Verstöße gegen das BtMG (2012: 173.337, 2011: 170.297) und 44.555 Handelsdelikte (2012: 45.040, 2011: 48.291). Die drogenbezogene Kriminalität insgesamt ist mit einer Zunahme um 6,9 % gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen (BMI 2014).

#### Beschaffungskriminalität

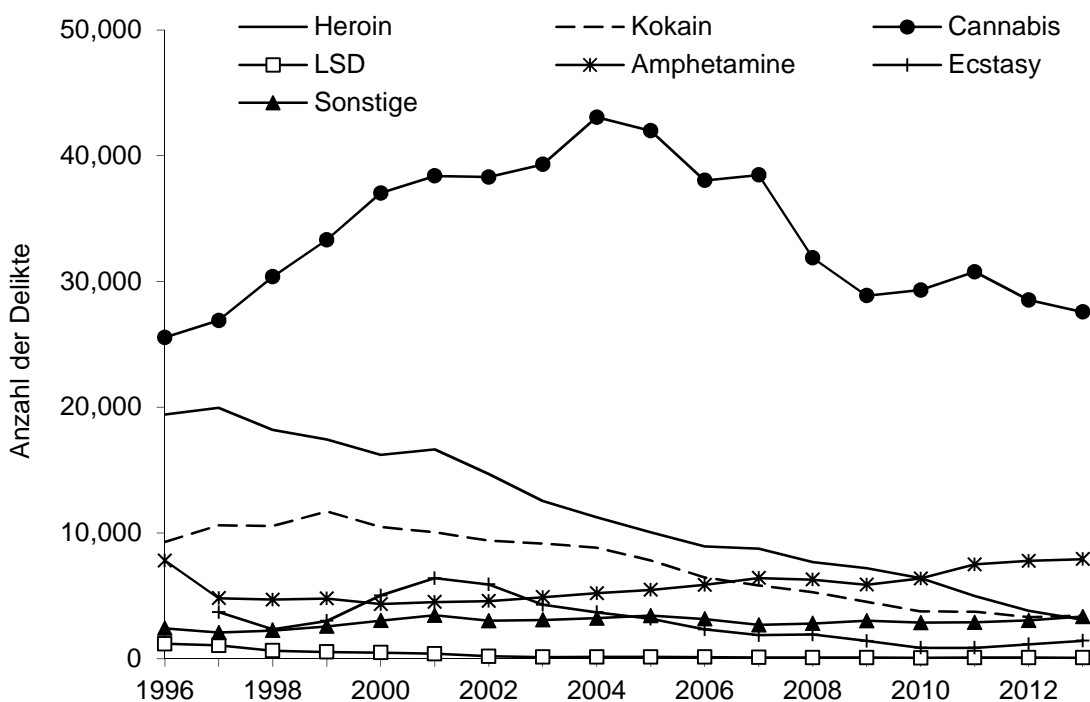
Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2013 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.091 Fälle (2012: 2.152, 2011: 3.013) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Das bedeutet einen Rückgang von 2,8 % gegenüber dem Vorjahr und ist somit nahezu stabil geblieben. Die Zahl dieser Delikte sinkt somit nach einem Höchstwert in 2011 kontinuierlich und liegt damit weiterhin unter dem bisherigen Tiefstand von 2005 (2.210) (BMI 2014).

#### Handelsdelikte

Handelsdelikte beinhalten Verstöße, die im Zusammenhang mit gewerblichem/ professionellem Handel mit Betäubungsmitteln oder Schmuggel größerer Mengen stehen.

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 (27.570 Delikte, 58,9 % aller Delikte; 2012: 28.524 Delikte, 59,8 %; 2011: 30.765 Delikte, 60,6 %), mit großem Abstand gefolgt von **Amphetamin** (7.915 Delikte, 16,9 %; 2012: 7.778, 16,3 %; 2011: 7.497, 14,8 %), das 2011 Heroin sowohl in Anteil als auch Fallzahl überholt hat (Abbildung 9.1). Seitdem nimmt **Heroin** bzgl. beiden Indikatoren kontinuierlich ab und stand im Jahr 2013 bei 6,6 % (3.086 Delikte; 2012: 3.806, 8,0 %; 2011: 4.980, 9,8 %) und lag damit deutlich hinter **Kokain** (3.431 Delikte, 7,3 %; 2012: 3.304, 6,9 %; 2011: 3.731, 7,3 %). Sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl der Handels- und Schmuggeldelikte in Verbindung mit Ecstasy steigen wieder, nach einem kontinuierlichen Rückgang seit 2001 und einem Tiefstand in den Jahren 2010 und 2011 (2013: 1.424 Delikte, 3,0 %; 2012: 1.138 Delikte, 2,4 %) (BMI 2014).



BMI 2014.

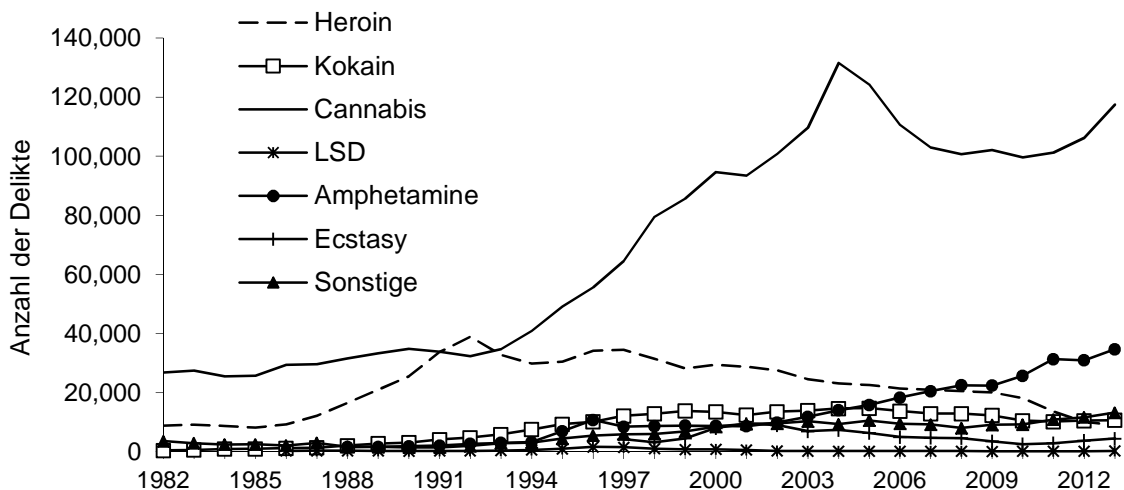
Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten (1996-2013)

### Konsumnahe Delikte<sup>86</sup>

In diesem Abschnitt geht es um Betäubungsmitteldelikte, die aufgrund der Rahmenbedingungen (Menge, beteiligte Personen) von der Polizei als „allgemeine Verstöße“ und damit eher als Konsumentendelikte gewertet werden (Abbildung 9.2).

<sup>86</sup> 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 2014) zeigt, dass auch bei den konsumnahen Delikten Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 61,9 % aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (4,7 %), Amphetamine (18,3 %) und Kokain (5,6 %) machen zusammen weitere 28,6 % der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy und LSD. Die Gesamtzahl 2012 (189.783) ist im Vergleich zum Vorjahr (2011: 173.337) deutlich um 9,5 % gestiegen. Die Zahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit LSD stieg von 2012 auf 2013 stark an (+67,5 %). Ebenso war diesbezüglich bei Ecstasy (+18,8 %), Amphetaminen (+12,1 %) und Cannabis (+10,6 %) sowie bei sonstigen Substanzen (+13,7 %) ein deutlicher Zugang zu verzeichnen. Einen deutlichen Rückgang gab es bei Konsumdelikten im Zusammenhang mit Heroin (-11,1 %). Die Zahl der Konsumdelikte in Zusammenhang mit Kokain ist relativ stabil geblieben (+1,6 %).



BMI 2014.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten (1982-2013)

### 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 dürfen bei Erwachsenen zehn Jahre, bei Jugendlichen fünf Jahre und bei Kindern zwei Jahre nicht überschreiten, wobei nach Zweck der Speicherung sowie Art und Schwere des Sachverhalts zu unterscheiden ist). 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 sinkt seit einem Hoch in 2011 (21.315) kontinuierlich (2011-2012: - 8,2 %; 2012-2013: -1,8 %) auf insgesamt 19.210 in 2013.

Die einzigen Drogenarten, deren Zahl der EKHD von 2012 auf 2013 gestiegen sind, sind – mit einer sehr niedrigen Gesamtzahl – LSD (2012: 144; 2013: 156; +8,3 %) und Ecstasy (2012: 1.257, 2013: 1.480; +17,7 %), dessen Zahl der EKHD seit einem Tief in 2010 kontinuierlich zunimmt. Nahezu unverändert geblieben ist die Zahl der EKHD im Zusammenhang mit (Meth-)Amphetamin (2012: 13.728, 2013: 13.721), die seit einem Hoch in 2011 tendenziell sinkt. Deutlich gesunken ist die Zahl der EKHD im Zusammenhang mit Crack (2012: 369; 2013: 242; -52,5 %) und von Heroin (2012: 2.090; 2013: 1.789; -14,4 %), was den Trend seit 2004 bestätigt. Leicht gesunken ist die Zahl von EKHD von Kokain (2012: 3.263; 2013: 3.173; -2,8 %), was ebenfalls die Entwicklung seit 2004 fortsetzt, und von sonstigen „harten“ Drogen (2013: 312; 2012: 330; -5,5 %).

Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen und Methamphetamin machen 2013 knapp 2/3 (65,7 %) der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Kokain: 15,2 %, Heroin: 8,6 %, Ecstasy: 7,1 %, Sonstige: 1,5 %, Crack: 1,2 % und LSD: 0,7 %)<sup>87</sup>. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden (BKA 2014b).

In Bayern ist die Anzahl der EKHD Crystal von 528 im Jahr 2012 auf 385 im Jahr 2013 gesunken (BLKA, persönliche Mitteilung 2014).

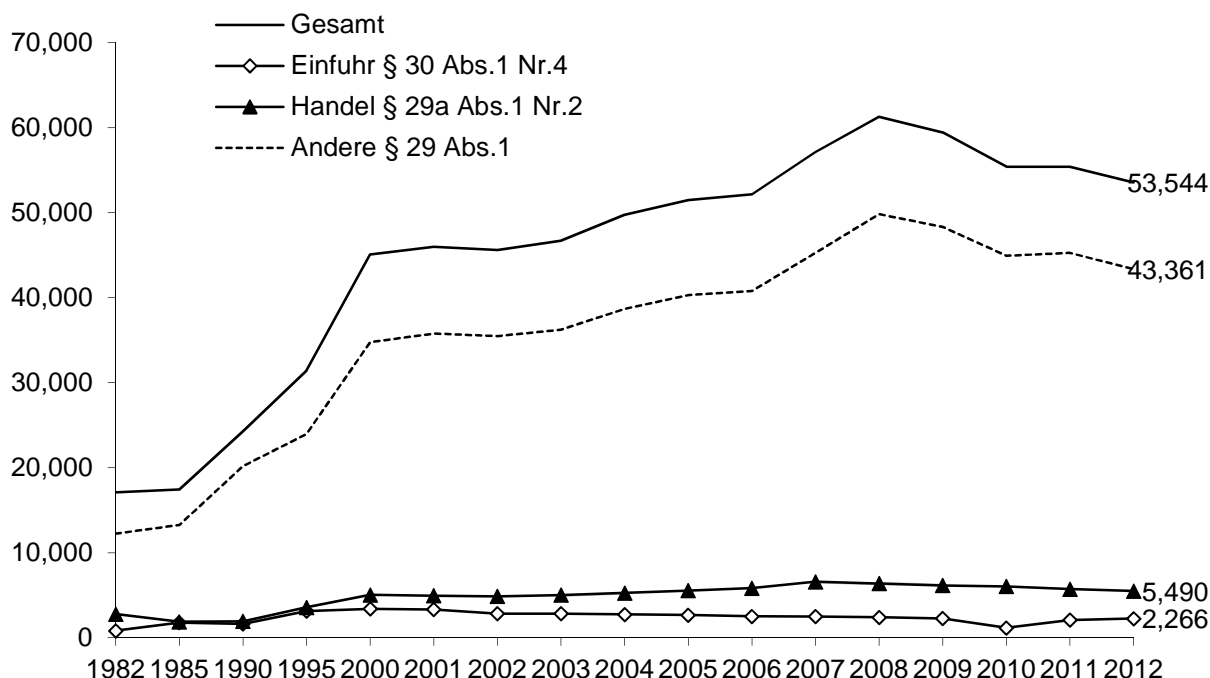
### **Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug**

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2014c) wurden im Jahr 2012 53.544 Personen (2011: 55.391) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2013 liegen noch nicht vor). 47.194 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2011: 48.573), 6.350 (2011: 6.818) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 15.163 (2011: 16.041) Freiheitsstrafen – davon 9.953 (2011: 10.258) zur Bewährung – sowie 32.030 (2011: 32.532) Geldstrafen verhängt. Die Gesamtzahl der Verurteilungen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Dieser Rückgang zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg, d. h.

<sup>87</sup> 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.

bei erwachsenen, heranwachsenden<sup>88</sup> und jugendlichen<sup>89</sup> Straftätern. Nur bei weiblichen jugendlichen Straftätern ist eine Zunahme in den Verurteilungen zu verzeichnen. Der Rückgang der Gesamtzahl ist v.a. auf einen Rückgang der Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs. 1 BtMG) auf 43.361 Fälle (2011: 45.251; 2011-2012: -4,2 %) zurückzuführen (Abbildung 9.3).

Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz machten 2012, wie in den Vorjahren, ca. 7 % aller Verurteilungen aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 12,1 % deutlich höher ist als der bei den Frauen (4,9 %). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 4,6 %. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Betäubungsmitteldelikte mit 8,8 % deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität.



Statistisches Bundesamt 2014c.

Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

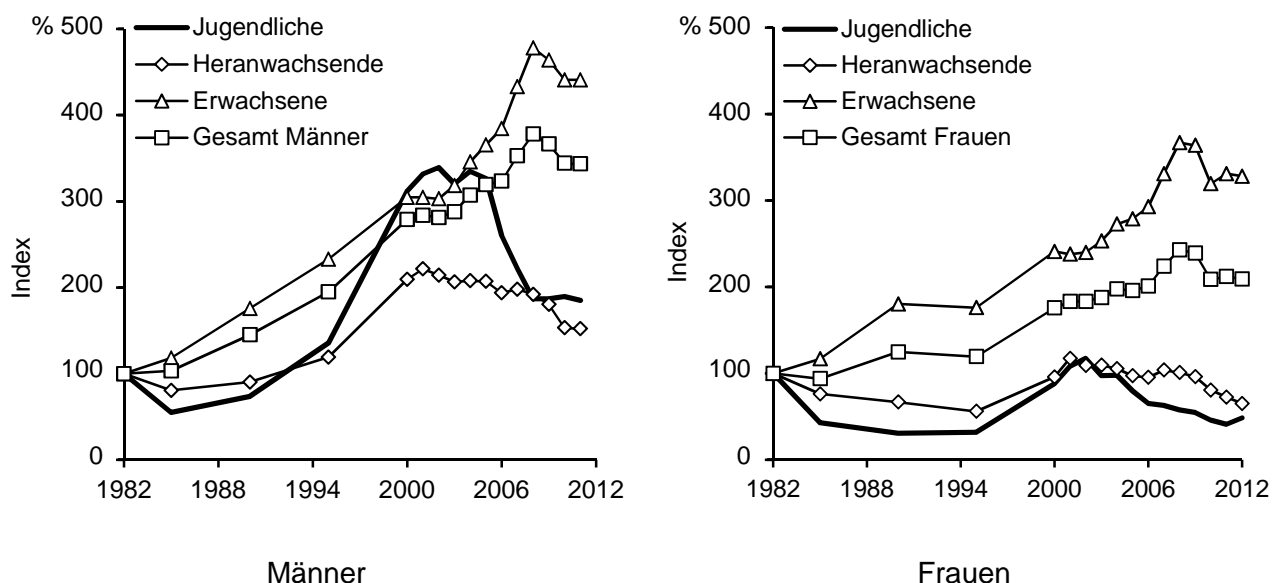
Wie bereits in den Vorjahren wurden auch im Jahr 2012 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen Betäubungsmitteldelikten (BtM-Delikten) verurteilt (Männer: 48.183; Frauen: 5.361). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 29 Jahre gibt es deutliche Unterschiede. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100 %), so hat sich die Zahl der

<sup>88</sup> 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.

<sup>89</sup> Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

Verurteilungen bei den Männern bis zum Jahr 2012 mehr als verdreifacht (331 %), bei den Frauen mehr als verdoppelt (209 %).

Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei jugendlichen (49 %) und heranwachsenden (65 %) Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2012 deutlich unter denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche (179 %) und für Heranwachsende (142 %) 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 der Anteil der verurteilten männlichen Jugendlichen fast halbiert (-43 %), von 2008 bis 2012 gab es keine nennenswerten Veränderungen. Die Zahl der weiblichen jugendlichen Verurteilten sank zwischen 2002 (Index: 118) und 2011 (Index: 41) kontinuierlich und ist seither wieder leicht angestiegen. Unter heranwachsenden Männern ist die Zahl der Verurteilungen seit 2001 (Index: 222) rückläufig (Index 2012: 142). Während es unter weiblichen Heranwachsenden zwischen 2000 (Index: 96) und 2009 (Index: 96) nur leichte Schwankungen gab, sinkt die Zahl seither deutlich und lag im Jahr 2012 bei 65 % (Abbildung 9.4). Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standardtabelle 11.



Statistisches Bundesamt 2014c.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Laut Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich (BADO) 2012 (BADO e.V. 2013) hatten im Jahr 2012 über ein Drittel der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Klienten Probleme mit der Justiz (35,1 %). Dieser Anteil ist seit 2009 (38,0 %) kontinuierlich gesunken. Insbesondere der Anteil der Klienten, die sich aktuell in Haft (Erwachsene in U-Haft oder Strafhaft) befinden, lag 2012 deutlich niedriger als noch 2005 (2005: 17 %; 2012: 13,8 %). Ebenso hat der Anteil der Personen mit Bewährungsauflagen seit 2009 kontinuierlich abgenommen (2009: 9,0 %; 2012: 8,0 %). Am stärksten justiziell

belastet sind die Opiatklienten, die etwa zur Hälfte (47,1 %) angeben, aktuell Probleme mit der Justiz zu haben. Opiatklienten weisen außerdem den höchsten Anteil an Personen in Haft auf (19,1 %) und haben besonders häufig Gerichtsverfahren (11,8 %) oder Bewährungsauflagen (10,9 %). Innerhalb der Cannabisgruppe (32,6 % mit aktuellen justiziellen Problemen) ist zwischen männlichen und weiblichen Klienten zu unterscheiden. So haben aktuell 37,5 % der Männer, aber nur 10,3 % der Frauen Probleme mit der Justiz, und auch der Anteil der sich in U-Haft oder Strafhaft befindenden Personen ist bei den männlichen Klienten mit 14,3 % um ein Vielfaches höher als bei den Klientinnen (1,4 %).

Knapp die Hälfte der im Jahr 2011 betreuten und in der BADO Hamburg dokumentierten Klienten ist bereits mindestens einmal im Leben verurteilt worden (49,2 %). Dieser Anteil ist seit 2005 fast sieben Prozentpunkte zurückgegangen (2005: 56,0 %; 2012: 49,2 %). Hinsichtlich der Art der Delikte ist in diesem Zeitraum insbesondere ein Rückgang des Anteils der Betäubungsmitteldelikte (von 37,0 % auf 28,6 %), der Beschaffungskriminalität (von 29,0 % auf 23,8 %) und der anderen bzw. unbekanntem Delikte (von 28 % auf 23,9 %) zu beobachten. Der höchste Anteil an Verurteilten ist wiederum in der Opiatgruppe zu finden (80,9 %). Circa zwei Drittel haben hier bereits Verurteilungen wegen Betäubungsmitteldelikten (65,0 %), über die Hälfte wegen Beschaffungsdelikten (53,9 %), über ein Drittel wegen unbekannter bzw. anderer Delikte (41,2 %) und ein Viertel wegen Körperverletzungsdelikten (25,4 %). Ein Drittel der Cannabisklienten ist mindestens einmal im Leben verurteilt worden (32,5 %). Am häufigsten waren hier Körperverletzungen und andere/unbekannte Delikte mit 13,4 % bzw. 14,3 %, gefolgt von Betäubungsmitteldelikten (11,3 %), Beschaffungskriminalität (6,9 %) und Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer (4,8 %).

Wie sich schon im Hinblick auf die aktuelle justizielle Belastung zeigte, gibt es in der Gesamtklientel auch bei den Verurteilungen große geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Frauen wurden insgesamt seltener verurteilt (w: 31,7 %; m: 55,4 %) und weisen auch bei allen Delikten geringere Anteile an Verurteilten auf als die Männer. Besonders deutlich wird dies beim Delikt der Körperverletzung, für welches etwa jeder fünfte Mann (21,8 %), aber nur jede achtzehnte Frau verurteilt wurde (5,4 %).

Insgesamt gaben 37,3 % aller im Jahr 2012 betreuten und von der BADO Hamburg dokumentierten Klienten an, in ihrem bisherigen Leben schon einmal in Haft gewesen zu sein. Dies sind neun Prozentpunkte weniger als noch im Jahr 2005. Der weitaus größte Anteil an Klienten mit Hafterfahrung ist in der Opiatgruppe zu finden (67,6 %), wohingegen nur 19,1 % der Cannabisklienten Hafterfahrung haben. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass der Anteil der Hafterfahrenen bei den Männern (43,1 %) etwa doppelt so hoch liegt wie bei den Frauen (21,4 %).

## 9.2.2 Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen

### Drogenkonsum und Unfallgeschehen

In einer Meta-Analyse auf der Basis von 66 Studien wurde das Risiko auf einen Verkehrsunfall unter dem Einfluss von Drogen ermittelt (Elvik 2013). Es wurden die Odds Ratio zur Unfallbeteiligung berechnet (u. a. für Amphetamine, Schmerzmittel, Antidepressiva, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Opiate und Zopiclon). Bei Gebrauch der meisten Substanzen wurden ein kleiner und mittlerer Anstieg im Unfallrisiko beobachtet. Die meisten Studien, die die Dosis-Wirkungsbeziehung evaluiert haben, konnten deren Existenz bestätigen. Effekte von Drogenkonsum auf Unfallrisiko aus gut kontrollierten Studien tendierten dazu, kleiner zu sein als in schlechter kontrollierten Studien.

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<sup>90</sup>. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Als Anhaltspunkt für die zu berücksichtigenden Grenzwerte der jeweiligen Substanzen können nach der Rechtsprechung die Empfehlungen der sog. Grenzwertkommission dienen. Das sind bei THC 1 ng/ml, bei Morphin 10 ng/ml, BZE 75 ng/ml, bei Ecstasy 25 ng/ml, bei MDE 25 ng/ml und bei Amphetamin 25 ng/ml (Burhoff 2006).

Im Jahr 2013 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 291.105 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 444.637 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.1). Davon standen 13.327 Unfallbeteiligte (3,0 %) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.350 (0,3 %) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2014a). Damit setzt sich der seit 2003 rückläufige Trend (nach einem zwischenzeitlichen Anstieg von 2010 auf 2011) bezüglich der Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss fort. Die absolute Zahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Ebenso ist der Anteil der Unfallbeteiligten, die unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln standen, von 2012 auf 2013 gesunken (Alkohol 2011: 3,0 %; „andere berauschende Mittel“ 2011: 0,3 %). Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zu Alkohol muss aber nach wie vor mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

<sup>90</sup> Eine Liste dieser Substanzen findet sich unter [http://www.gesetze-im-internet.de/stvg/anlage\\_108.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stvg/anlage_108.html) (Letzter Zugriff: 04.08.2014).



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                        |
| 2012 | 299.637                     | 362.993                          | 14.380                            | 1.393                        |
| 2013 | 291.105                     | 350.381                          | 13.327                            | 1.350                        |

Statistisches Bundesamt 2014a.

Die Polizei benötigt zuverlässige und schnelle Methoden, um mit Fahrern, die unter Drogeneinfluss stehen, am Straßenrand in kurzer Zeit ein Drogenscreening durchführen zu können (Musshoff et al. 2014). Obwohl Oralflüssigkeit für Testungen von unter Drogeneinfluss stehenden Fahrern vor Ort geeignet sein mag, sind die Messinstrumente für Oralflüssigkeiten heute immer noch zu wenig sensibel (Methamphetamin, Benzodiazepine) und zu unspezifisch (THC). Die schlechten Bewertungen von Benzodiazepintestungen könnten auch auf die geringe Zahl positiver Testergebnisse zurückzuführen sein. Obgleich die Sensibilität der Testverfahren für THC etwas höher ausfällt als in der Literatur beschrieben, lässt die Testspezifität (nur <90 %) noch zu wünschen übrig. Des Weiteren leidet die Spezifität der Tests unter herabgesetzten Schwellenwerten, die zu vielen falsch positiven Testergebnissen führen.

### Selbsterfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

In der BADO Hamburg kann unter allen Klienten seit dem Jahr 2005 ein durchweg stabiler Anteil von rund 60 % konstatiert werden, der bereits körperliche Gewalterfahrungen gemacht hat (BADO e.V. 2013). 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 (2012) mehr als zwei Drittel davon, schon einmal Opfer körperlicher (69,6 %) und mehr als jeder Vierte davon, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (25,6 %). Am seltensten finden sich sexuelle Gewalterfahrungen bei den Cannabisklienten (15,0 %), und auch körperliche Gewalterfahrungen treten bei diesen im Vergleich etwas weniger häufig auf (56,8 %) als in der Gesamtstichprobe.

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: 68,4 %; m: 58,1 %), in weit stärkerem Maße jedoch für die Frage nach sexuellen Gewalterfahrungen. Demnach berichten im Jahr 2012 über die Hälfte (52,2 %) aller Klientinnen davon, bereits Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, unter den männlichen Klienten sind es hingegen 8,2 %. Unter den Frauen bilden wiederum die Opiatklientinnen die am stärksten betroffene Gruppe. Sie berichten zu mehr als drei Vierteln von körperlichen (78,1 %) und zu knapp zwei Dritteln von sexuellen Gewalterfahrungen im Leben (65,6 %).

### 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 PREMOS (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) Studie ist eine prospektive Längsschnittstudie an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe von 2.694 opioidabhängigen Patienten (Soyka et al. 2012). Untersucht wurden Verurteilungen und kriminelles Verhalten zu Beginn (Baseline) der Studie und nach 6 Jahren aufrechterhaltender Opioidsubstitution (OST) (Follow-up). Anklagen und Verurteilungen wegen drogenbezogenen Delikten, Beschaffungskriminalität und Gewaltdelikten reduzierten sich in den letzten 12 Monaten vor dem Follow-up, was auf eine signifikante und klinisch relevante Reduktion des kriminellen Verhaltens von opioidabhängigen Patienten, die sich in aufrechterhaltender OST befinden, schließen lässt.

### 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).

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“, wurde bis April 2013 in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB von 2001 bis 2011 enorm angestiegen ist. Deutlich wurde zudem, dass nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt werden. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor, sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage mit 43 % regulären Therapiebeendigungen. Eine ausführlichere Darstellung der Studie findet sich im REITOX-Bericht 2013.

#### 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 vermeiden<sup>91</sup>.

Auf staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche<sup>92</sup> und Heranwachsende<sup>93</sup>, 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

<sup>91</sup> 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.

<sup>92</sup> siehe Fußnote 89.

<sup>93</sup> siehe Fußnote 88.

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).

### **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 31.03.2013 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 7.555 Personen (13,4 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 14,9 % (473) der inhaftierten Frauen und 3,5 % (194) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) nach 2013 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 12,3 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 21,1 % gesunken (Tabelle 9.2). Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden (insbesondere unter den männlichen Inhaftierten) leicht rückläufig (Statistisches Bundesamt 2014e).

Tabelle 9.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

|      |               | Strafgefangene und<br>Sicherungsverwahrte |        |        | Freiheitsstrafen für<br>Erwachsene |        | Jugendstrafen |        | Sicherungs-<br>verwahrung |
|------|---------------|---|--------|--------|------------------------------------|--------|---------------|--------|---------------------------|
|      |               | Gesamt                                    | Männer | Frauen | Männer                             | Frauen | Männer        | Frauen |                           |
| 2013 | Inhaftierte N | 56.562                                    | 53.378 | 3.184  | 47.609                             | 2.997  | 5.281         | 184    | 491                       |
|      | BtMG N        | 7.555                                     | 7.082  | 473    | 6.902                              | 459    | 180           | 14     | 0                         |
|      | BtMG %        | 13,4                                      | 13,3   | 14,9   | 14,5                               | 15,3   | 3,4           | 7,6    | 0,0                       |
| 2012 | BtMG %        | 14,0                                      | 13,9   | 15,9   | 15,2                               | 16,5   | 3,6           | 7,5    | 0,2                       |
| 2011 | 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 2014e.

## 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 GG), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Aktuell gilt das StVollzG noch in 6 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), Hessen (HStVollzG, seit dem 28.06.2010), Brandenburg (BbgJVollzG, seit dem 01.06.2013), Mecklenburg-Vorpommern (StVollzG M-V, seit dem 01.06.2013), Rheinland-Pfalz (LJVollzG, seit dem 01.06.2013), Sachsen (SächsStVollzG, seit dem 01.06.2013) und im Saarland (SLStVollzG, seit dem 01.06.2013). 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 Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V)<sup>94</sup>.

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 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).

In einer umfassenden Analyse der Suchtfachverbände für das Jahr 2009 wurde dargelegt, dass bei einer großen Zahl von haftentlassenen Rehabilitanden in der Suchttherapie (39 % Alkohol und 77 % Drogen) zu Beginn der Therapie kein Krankenversicherungsschutz besteht und sich dieser in manchen Fällen erst nach mehreren Wochen herstellen lässt (Drogen- und Suchtrat 2013). Zur Lösung dieses Problems muss die zeitliche, örtliche und sachliche Zuständigkeit der entsprechenden Institutionen (Jobcenter, Krankenkasse) möglichst frühzeitig und unbürokratisch geklärt werden. Das kann i. d. R. nur gelingen, wenn entsprechende Anfragen oder Anträge noch vor Ende der Haftzeit erfolgen. Durch den Sozialdienst der JVA sollte demnach rechtzeitig (ca. 3 Monate) vor dem Entlassungstermin durch Befragung des Betroffenen eine Klärung des voraussichtlichen Aufenthaltsortes nach der Haft herbeigeführt werden. Das so ermittelte zuständige Jobcenter am voraussichtlichen Aufenthaltsort kann dann die Feststellung zur Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II noch vor der Haftentlassung vornehmen, um Verzögerungen bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen im Zusammenhang mit dem Antritt der Reha-Maßnahme zu vermeiden.

---

<sup>94</sup> Das SGB V regelt Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern, wie beispielsweise Ärzten, Zahnärzten und Apothekern.

## 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

In einem systematischen Review von Hedrich et al. (2012) wurde ein Überblick gegeben über die Effektivität von aufrechterhaltender Substitutionsbehandlung (opioid maintenance treatment, OMT) im Gefängnissetting. Ergebnisse zeigen, dass die Vorteile von OMT im Gefängnissetting vergleichbar sind mit denen in der Allgemeinbevölkerung. OMT stellt eine Möglichkeit dar, um problematische Opioidkonsumenten dazu zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben, um illegalen Opioidkonsum und Risikoverhalten im Gefängnis zu reduzieren und möglicherweise auch um Überdosierungen nach Haftentlassungen zu minimieren. Wenn es eine Anbindung an gemeindenahe Behandlungsprogramme gibt, erleichtert OMT im Gefängnis auch die Kontinuität von Behandlung und hilft dabei, langfristige positive Effekte zu erzielen.

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Braun et al. 2014e). Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2013 nur 13 Einrichtungen umfasst (2012: 12 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. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2012 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 30,2 Jahre (N= 1.171) (2012: 29,3 Jahre), das der Frauen 37,5 Jahre (N=2) (2012: 29,8 Jahre). Bemerkenswert ist, dass 50,0 % (2012: 56,3 %) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 25,3 % (2012:

24,9 %) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose (HD) Stimulanzien (45,6 %) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit (vgl. Tabelle 5.2). Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine Behandlung im Gefängnis aufgrund von Hypnotika/Sedativa (1,2 %) eine ähnliche große Rolle wie in Freiheit. Bei den inhaftierten Frauen ist die Zahl der dokumentierten Fälle zu gering, um Vergleiche mit den ambulant Behandelten in Freiheit anzustellen (Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

| Hauptdiagnose            | Männer |       | Frauen |       | Gesamt |       |
|--------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|                          | N      | %     | N      | %     | N      | %     |
| Opioide                  | 296    | 25,3  | 1      | 50,0  | 297    | 25,4  |
| Kokain                   | 109    | 9,3   | 0      | 0,0   | 109    | 9,3   |
| Stimulanzien             | 533    | 45,6  | 0      | 0,0   | 533    | 45,5  |
| Hypnotika/Sedativa       | 14     | 1,2   | 0      | 0,0   | 14     | 1,2   |
| Halluzinogene            | 6      | 0,5   | 0      | 0,0   | 6      | 0,5   |
| Cannabinoide             | 207    | 17,7  | 1      | 50,0  | 208    | 17,8  |
| Multiple/and. Substanzen | 4      | 0,3   | 0      | 0,0   | 4      | 0,3   |
| Gesamt                   | 1.169  | 100,0 | 2      | 100,0 | 1.171  | 100,0 |

Braun et al. 2014e.

### 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 2011.

### 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 fördern. 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 Abstinente 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.

Suchtgefährdeten oder abhängigkeiterkrankten Menschen ein angemessenes Angebot bei der Entlassung aus dem Justizvollzug machen zu können, ist für die Suchthilfe eine Herausforderung (fdr 2013). Daher gab der Fachverband Drogen und Sucht e.V. (fdr) eine Empfehlung zum Übergangsmangement ab, das u.a. folgende Elemente enthält:

- Verbesserung der suchtmmedizinischen Versorgungssituation, u. a. Substitutionsbehandlung in Haft, Drogennotfalltraining
- Teilhabe auch für suchtkranke Inhaftierte an vollzugsinternen Möglichkeiten
- Enge Begleitung im Übergang und Vernetzung mit Angeboten der Suchthilfe und der Straffälligenhilfe, z. B. Vermittlung in betreutes Wohnen, ärztliche Ambulanzen etc.
- Schaffung zur haftbegleitenden ambulanten Rehabilitation, beginnend ca. 6 Monate vor Entlassung, in einer Behandlungsstelle außerhalb und fortgeführt nach Haftentlassung.



## 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 von 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 in 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 zum Teil große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass in einem mehr oder weniger binnengrenzkontrollfreien Europa „europainterne“ Grenzaufgriffe eher gering sind. 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 (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), erhoben. 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 beeinflussen 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 Gewichtung 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 Landeskriminalamt 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 Wirkstoffgehalt 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**

Im REITOX-Bericht 2012 wurden bereits die Daten der DAS 2011 zur subjektiven Verfügbarkeit und den Orten der Verfügbarkeit von Cannabis sowie zu Trends der leichten Cannabis-Verfügbarkeit bei 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen dargestellt.

#### **Trendscout-Panel des Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt/M.**

Dem Trendscout-Panel des Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt/M. sind Informationen zur (subjektiven) Verfügbarkeit von illegalen Drogen in verschiedenen Partyszenen zu entnehmen (Werse et al. 2014).

Cannabis ist nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge, die weiterhin als sehr leicht erhältlich eingestuft wird. Die Mehrheit der Konsumenten bevorzugt immer noch Marihuana gegenüber Haschisch. Haschisch wird in einigen Szenen als minderwertig oder verunreinigt angesehen. In den Jugendszenen spielt die Glorifizierung der besonders potenten Grassorte „Haze“ durch Rap-Musiker eine große Rolle bei ihrer Wahl. Gleichzeitig ist von einer schlechteren Verfügbarkeit von Haschisch auszugehen. In den traditionell besonders cannabisaffinen Szenen Reggae und Hip Hop hat sich teilweise eine regelrechte Abneigung gegenüber „überzüchtetem“ Gras, dessen psychedelische Wirkung als zu extrem empfunden wird, entwickelt. Eine deutliche Image-Verbesserung hat im vergangenen Jahr stattgefunden und Cannabiskonsum wird unproblematischer als zuvor gesehen. Diese Sicht setzt sich langsam aber sicher gesamtgesellschaftlich durch. Viele halten die Droge für weniger gefährlich als Alkohol oder Tabak. Wegen der steigenden gesellschaftlichen Akzeptanz trauen sich die Konsumenten offener als bisher Cannabis zu rauchen.

Speed ist nach wie vor die wichtigste synthetische Droge in der Gesamtheit der untersuchten Szenen. Durchschnittlich weniger als jeder Fünfte hat im vergangenen Jahr wenigstens gelegentlich Speed konsumiert. In den Szenen aus dem Bereich „elektronische Tanzmusik“ waren es über 50 %. In den Party-Szenen wird Speed insbesondere zur Leistungssteigerung und erhöhten Kommunikationsfreude konsumiert, aber auch zur Abschwächung unerwünschter Nebenwirkungen sämtlicher anderer Drogen (insbesondere Alkohol und Ecstasy/MDMA). Zum Teil wird Speed auch an den Werktagen konsumiert, vornehmlich um sich zwischen den durchgefeierten Wochenenden für die Arbeit oder andere Verpflichtungen „fit zu machen“. Speed wird weiterhin vorwiegend nasal konsumiert. Was mögliche

Infektionsgefahren angeht, herrscht ein hohes Risikobewusstsein. Viele Konsumenten benutzen ausschließlich ihr eigenes Ziehröhrchen. In der Techno-Szene ist oraler Gebrauch teilweise verbreitet, um Schädigungen der Nasenschleimhäute zu vermeiden oder weil bereits irreversible Schäden entstanden sind. Was Crystal Meth bzw. Methamphetamin angeht, gab es aus den verschiedenen Szenen im Berichtsjahr außer Gerüchten oder Geschichten von versehentlichem Konsum (etwa, wenn minderwertiges Speed mit geringen Mengen Methamphetamin versetzt wurde) keinerlei Hinweise auf den Handel oder den Konsum dieser Substanz.

Die Popularität von Ecstasy bzw. MDMA ist weiterhin auf die Szenen aus dem Bereich „elektronische Tanzmusik“ begrenzt. Dort hat es 2013 einen Anstieg der Konsumentenzahlen gegeben. Die Trendscouts gehen davon aus, dass etwa die Hälfte aller Szeneangehörigen im vergangenen Jahr mindestens einige Male Ecstasy bzw. MDMA genommen hat; die Verfügbarkeit wird als „hervorragend“ eingeschätzt. Einen leichten Anstieg gab es außerhalb dieser Umfelder nur in der Punkrock-Szene im Zuge der Etablierung von Partys mit elektronischer Musik. Das Angebot und die Verbreitung von Ecstasy-Tabletten sind immer noch höher als diejenigen von kristallinem MDMA. Ecstasy-Tabletten mit besonders hohem Wirkstoffgehalt (bis zu 200 mg) haben vermehrt zur unfreiwilligen Einnahme großer Mengen MDMA geführt, was zu einer sichtbaren Häufung des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen geführt hat.

Was die vermuteten Kokain-Konsumentenzahlen angeht, hat sich gegenüber den Werten von 2012 in diesem Berichtsjahr kein Unterschied ergeben. Durchschnittlich hat 2013 schätzungsweise jeder Zehnte zumindest gelegentlich Kokain konsumiert. Im Szenebereich „Elektronische Tanzmusik“ war es etwa ein Viertel. Die Verfügbarkeit insgesamt wurde hier überwiegend mit „leicht erhältlich“ oder „mit ein wenig Mühe erhältlich“ angegeben. In beinahe allen Szenen gilt Kokain als Prestige- und Status-Droge. In Teilen der Techno-Szene ist es deshalb eher verpönt. In manchen Situationen wird Kokain allerdings partizipativ konsumiert, zum Beispiel weil kein Speed mehr verfügbar ist. Einen festen Konsumentenkreis gibt es in der Party-Untergrund-Szene, wo Kokain zur Lieblingsdroge von linken Fußballfans geworden sei, die es für „gesünder“ als Speed halten. In der Tech-House-Szene hat Kokain die höchste geschätzte Jahresprävalenz (über 75 %). Bei einem Teil der Szeneangehörigen stünden auf den Partys Beschaffung und Konsum von Kokain im Vordergrund.

Halluzinogene wurden 2013 insgesamt von maximal 10 % konsumiert. LSD und/oder Psilocybin haben in unterschiedlichen Szenen einen kleinen Kreis von Liebhabern. In den meisten Szeneumfeldern findet der Konsum im Privaten statt. Der Konsum als Party-Droge ist nur aus der Techno- und aus der Goa-Szene bekannt. In der Goa-Szene ist die Verwendung unter anderem zwecks mystischer bzw. spiritueller Erfahrungen verbreitet. Eine neue Anwendung von LSD ist aus der Hip-Hop-Szene bekannt geworden: einige Graffiti-Künstler benutzen LSD als kreatives Stimulans bei den Entwürfen ihrer Werke. Weil der Markt relativ klein ist, wurden von allen Trendscouts sehr unterschiedliche Angaben zur Verfügbarkeit gemacht.

Die 2012 aufgestellte Vermutung einer weiteren Ausweitung des Ketamin-Konsums auf Szenen außerhalb des Bereichs „elektronische Tanzmusik“ hat sich in diesem Berichtsjahr nicht bestätigt. In den relevanten Szenen sind es etwa 10 % der Szenegänger, die 2013 mindestens einige Male Ketamin konsumiert haben. Vier Trendscouts sprechen von einem anhaltenden Trend oder sogar wachsender Beliebtheit – nur in der Tech-House-Szene habe der Konsum nachgelassen. Die Verfügbarkeit hat sich gegenüber dem Vorjahr wieder verbessert.

Der Konsum von GHB/GBL („Liquid Ecstasy“, „K.O.-Tropfen“) ist nur noch in der Gay Party- und Clubszene mit geringer Prävalenz verbreitet; anderswo ist die Substanz nahezu bedeutungslos geworden, obwohl immer noch in mehreren Szenen Gerüchte über den Missbrauch als K.O.-Tropfen kursieren. In der Gay-Szene findet das flüssige Narkotikum aufgrund der aphrodisierenden und betäubenden Wirkung, die es in geringen Dosen entfaltet, hauptsächlich als Sex-Droge Verwendung – vor allem in der Fetisch-Szene zwecks Schmerzvermeidung bei extremen Sexualpraktiken. GBL wird von Einzelpersonen über Internet-Shops bezogen und im Bekanntenkreis weitergegeben. Profitorientierter Handel findet demnach nicht statt.

Ein aktuelles Phänomen sind sogenannte Research Chemicals (RC), die auch als sog. „Legal Highs“ bezeichnet werden. Nach dem EuGH Urteil vom 10.07.2014 kann das Arzneimittelgesetz (AMG) nicht mehr ohne weiteres dazu genutzt werden, den Handel mit diesen sogenannten „Legal Highs“ gesetzlich zu verbieten. Mit „RC“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z. B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabinomimetische Substanzen) bezeichnet, die (noch) nicht dem Betäubungsmittelrecht unterstellt sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere, dem BtMG bereits unterstellte Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Solche Substanzen werden einerseits (zumindest vorgeblich) als Reinsubstanz unter ihren tatsächlichen chemischen Namen über Online-Shops vertrieben. Andererseits sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe), verschleiern als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o. ä. aufgemacht, über Onlinehändler und zum Teil auch noch über immobile Headshops erhältlich.

Laut Trendscout-Panel (Werse et al. 2014) ist von keiner weiten Verbreitung sogenannter „Legal High“-Produkte auszugehen. Fast alle Trendscouts haben die Prävalenzrate für Räuchermischungen und sogenannte „Badesalze“ auf annähernd 0 % geschätzt. Immer noch finden jedoch Research Chemicals in den Szenen aus dem Bereich „elektronische Tanzmusik“ einen kleinen Konsumentenkreis. Der Konsum von 3-FA, einem Amphetaminderivat, und 3-MMC, einem Mephedron-ähnlichen Stimulans, wurde von einem Trendscout aus der Techno-Szene beobachtet. In beiden Fällen sei der Konsum allerdings auf den Zeitraum von einigen Monaten sowie auf einen relativ geschlossenen Freundeskreis von besonders drogenaffinen Szeneangehörigen begrenzt geblieben. Ein anderer Techno-Szeneexperte führt das Auftauchen von diesen Substanzen auf das Verbot der zuvor in diesen Kreisen beliebten Stoffe Methylone und 6-APB („Benzo Fury“) zurück. Diese Stoffe

wirken aufputschend und/oder empathogen und sind daher als Party-Drogen geeignet. Research Chemicals, die psychedelisch wirken, werden hingegen nur von einer kleinen Gruppe sogenannter Psychonauten konsumiert, die damit oft ein experimentelles Interesse im Sinne von Selbstversuchen verbinden. Insbesondere mit noch nicht verbotenen Phenethylaminen der 2C-Serie und diversen Tryptaminen wurde im vergangenen Jahr von diesen Personen experimentiert.

### 10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

Der Cannabisanbau auf Außenflächen und in Indoor-Plantagen setzt sich unvermindert fort. Während die Zahl sichergestellter Cannabisplantagen<sup>95</sup> mit 782 leicht zurückging (-3 %), nahm die Gesamtzahl der in Cannabisplantagen sichergestellten Pflanzen zum Jahr 2013 um 10 % auf 107.766 Stück deutlich zu.

Die Zahl der sichergestellten Cannabis-Indoor-Plantagen stieg im Jahr 2013 auf 691 (+4 %), was auf die deutliche Zunahme der Großplantagen auf 184 Anlagen (+22 %) und der Profiplantagen auf 28 Anlagen (+22 %) zurückzuführen ist. Hingegen wurden bei den sichergestellten Kleinplantagen mit 479 Anlagen (-2 %) ein Rückgang verzeichnet<sup>96</sup>.

Während die in den Indoor-Kleinplantagen sichergestellte Pflanzenmenge mit 15.565 Stück 9 % höher als im Vorjahr war, stieg sie bei den Großplantagen auf 47.007 Stück (+40 %) und bei den Profiplantagen auf 31.199 (+84 %).

Neben Cannabis-Indoor-Plantagen wurden 91 Cannabis-Outdoor-Plantagen (-37 %) beschlagnahmt. Dies beruht auf einer deutlichen Abnahme der Sicherstellungen von Plantagen aller Größe: Kleinplantagen: 85 (-31 %), Großplantagen 6 (-67 %) und keine Profiplantagen.

Die in den Outdoor-Kleinplantagen sichergestellte Pflanzenmenge sank auf 1.932 Stück (-45 %), jene in den Großplantagen sank auf 944 Stück (-28 %).

### 10.3 Beschlagnahmungen

Beamte des Rauschgiftdezernats im Bayerischen Landeskriminalamt (BLKA) haben im Juli 2013 einen internationalen Drogenring ausgehoben, der im verschlüsselten „Darknet“ operierte (heise online 2013). Insgesamt wurden drei Männer und eine Frau zwischen 24 und 28 Jahren im bayerischen Deggendorf, in Berlin sowie Brandenburg an der Havel als tatverdächtig festgenommen. Bei ihren Durchsuchungen haben die Fahnder mehr als 17 Kilo Amphetamine beschlagnahmt, ferner rund 700.000 Euro Bargeld sowie mehrere Fahrzeuge, Konten und Immobilien gesichert.

---

<sup>95</sup> Als Cannabisplantagen zählen Anlagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Pflanzen.

<sup>96</sup> Als Profiplantage werden Anlagen mit Anbaukapazitäten ab 1.000 Cannabispflanzen, als Großplantagen solche mit Anbaukapazitäten von 100 bis 999 Pflanzen und als Kleinplantagen jene mit Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen erfasst. Anbaukapazitäten sind nicht mit sichergestellten Pflanzenmengen gleichzusetzen (z. B. bei bereits erfolgter Ernte).



### 10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

Im Vergleich der Jahre 2012 und 2013 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von Ecstasy (+53,5 %), psychoaktiven Pilzen (+16,5 %), Amphetamin (+12,6 %), Heroin (+11,8 %), Kokain (+4,5 %) und kristallinem Methamphetamin (Crystal; +2,8 %), wohingegen die Beschlagnahmungsmengen von Khat (-49,6 %), Haschisch (-25,8 %), Crack (-20,0 %), LSD (-3,1 %) und Marihuana (-2,3 %) zurückgegangen sind. Tabelle 10.1 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jahren 2011-2013.

Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2011 bis 2013

| Substanz   | 2011        | 2012        | 2013        | Veränderung<br>2013 vs. 2012 |
|------------|-------------|-------------|-------------|------------------------------|
| Heroin     | 497,8 kg    | 241,7 kg    | 270,2 kg    | +11,8 %                      |
| Kokain     | 1.940,6 kg  | 1.258,4 kg  | 1.314,5 kg  | +4,5 %                       |
| Crack      | 2,8 kg      | 0,5 kg      | 0,4 kg      | -20,0 %                      |
| Amphetamin | 1.368,4 kg  | 1.120,6 kg  | 1.261,8 kg  | +12,6 %                      |
| Crystal    | 40,0 kg     | 75,2 kg     | 77,3 kg     | +2,8 %                       |
| Ecstasy    | 484.992 KE  | 313.179 KE  | 480.839 KE  | +53,5 %                      |
| Haschisch  | 1.747,5 kg  | 2.385,7 kg  | 1.769,7 kg  | -25,8 %                      |
| Marihuana  | 3.957,4 kg  | 4.942,0 kg  | 4.827,1 kg  | -2,3 %                       |
| LSD        | 25.978 Tr.  | 36.988 Tr.  | 35.823 Tr.  | -3,1 %                       |
| Khat       | 45.913,8 kg | 45.270,1 kg | 22.794,7 kg | -49,6 %                      |
| Pilze      | 13,2 kg     | 17,3 kg     | 20,1 kg     | +16,5 %                      |

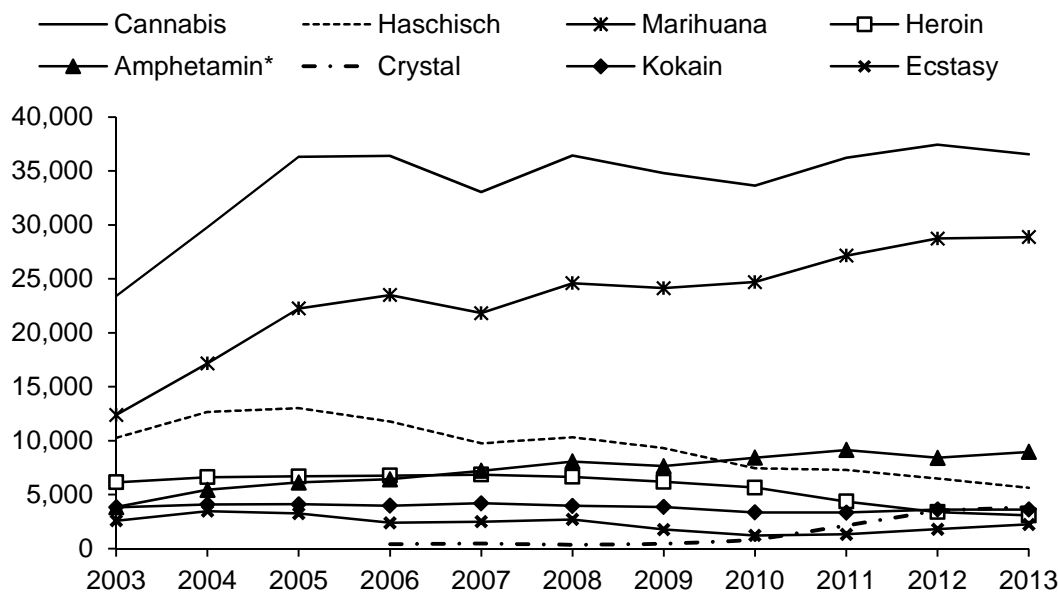
BKA 2014b.

Ein genauere 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 2013 (56.855 Fälle) 1,2 % unter der von 2012 (57.519 Fälle<sup>97</sup>) und blieb damit im Vergleich zum Vorjahr relativ stabil. Die stabile Gesamtfallzahl von Sicherstellungen sind zum einen auf die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crystal (+9,5 %), Ecstasy (+25,0 %), LSD (+10,4 %) und Amphetamin (+6,5 %) zurückzuführen, zum anderen auf den Rückgang in den Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crack (-78,4 %)<sup>98</sup>, Heroin (-9,3 %) und Cannabis (-2,4 %)<sup>99</sup> (BKA 2014b).

<sup>97</sup> Die Fallzahl beinhaltet Mehrfachzählungen; die Gesamtzahl an Sicherstellungsfällen liegt aufgrund zahlreicher Fälle, in denen mehrere Drogenarten sichergestellt wurden, niedriger.

<sup>98</sup> Der deutliche Rückgang der Fallzahl bei Crack ist auf ein geändertes Erfassungsverhalten in der FDR zurückzuführen.

<sup>99</sup> Fallzahlen bei Cannabis beziehen sich auf Sicherstellungen von Haschisch, Marihuana und Cannabispflanzen.



\* In der Kategorie Amphetamin sind auch Methamphetaminsicherstellungen enthalten. Seit 2006 werden allerdings Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" gesondert erfasst.

BKA 2014b.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 2003 bis 2013

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem eine deutliche Zunahme für Amphetamine (Menge: +365 % bzw. Fälle: +140 %) und Rückgang bei Heroin (-66 % bzw. -62 %) und Ecstasy (-71 % bzw. -52 %) (Tabelle 10.2). Die Fallzahlen 2013 für Kokain sind im Vergleich zu 2000 mit -25 % zurückgegangen, während die Sicherstellungsmenge um 44 % gestiegen ist. Für Cannabis verhält es sich umgekehrt: Bei gestiegener Fallzahl (+16 %) ist die Sicherstellungsmenge um 54 %<sup>100</sup> zurückgegangen (BKA 2014b).

Deutschlandweit liegt der Schwerpunkt der Crystalproblematik nach wie vor in Sachsen und Bayern. Trotz Rückgang der Fallzahlen um 15,4 % hat sich bei den Sicherstellungen ein erheblicher Anstieg ergeben (+151,8 %). Dies liegt unter anderem an einer Einzelsicherstellungen von ca. 20 kg am Flughafen in München. Diese Lieferung war nicht für den deutschen Markt bestimmt. Zieht man diese von der Gesamtmenge an Sicherstellungen ab, ergibt sich annähernd die gleiche Sicherstellungsmenge wie im Jahr 2012.

<sup>100</sup> Sicherstellungsmengen bei Cannabis beziehen sich auf Sicherstellungen von Haschisch und Marihuana.

Tabelle 10.2 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen

|       | 2013 vs. | Heroin | Kokain | Amphetamine | Crystal | Ecstasy | Cannabis* | Pilze | Khat  |
|-------|----------|--------|--------|-------------|---------|---------|-----------|-------|-------|
| Fälle | 2012     | -9 %   | +0 %   | +7 %        | +10 %   | +25 %   | -2 %      | +12 % | -17 % |
| Menge | 2012     | +12 %  | +4 %   | +13 %       | +3 %    | +54 %   | +9 %      | +16 % | -50 % |
| Fälle | 2000     | -62 %  | -25 %  | +224 %**    |         | -52 %   | +16 %     |       |       |
| Menge | 2000     | -66 %  | +44 %  | +394 %**    |         | -71 %   | +188 %    |       |       |

Hinweis: Zuwächse >10 % sind durch Rahmen, Rückgänge >10 % durch Schattierung gekennzeichnet.

\* In der Kategorie Cannabis sind Cannabisharz, Cannabiskraut und Cannabispflanzen enthalten.

\*\* Amphetamine und Crystal werden erst seit 2006 getrennt erfasst, dem Rückvergleich liegt die Summe der beiden Kategorien zugrunde.

BKA 2014b.

Im Jahr 2013 wurden in 2.026 Fällen (2012: 2.204) 107.766 Cannabispflanzen (2012: 97.829) beschlagnahmt (Tabelle 10.3), was einen deutlichen Anstieg der sichergestellten Pflanzen (+10,2 %) bei einem gleichzeitigen Rückgang der Fallzahl (-8,1 %) bedeutet. Die Sicherstellungsmenge ist damit nach einem Tief in 2012 wieder leicht gestiegen, die Fallzahl hingegen seit einem Hoch in 2012 wieder gesunken. Die stabilen Sicherstellungszahlen bei Marihuana (s. 10.3.1) deuten bei einer gleichzeitigen Abnahme der Fallzahlen von Haschisch auf eine zunehmende Präferenz für diese Drogenart gegenüber einer verminderten für Haschisch (BKA 2014b).

Tabelle 10.3 Sicherstellung von Cannabispflanzen

|                     | 2005   | 2006    | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    | 2012   | 2013    |
|---------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Menge <sup>1)</sup> | 93.936 | 190.241 | 135.252 | 121.663 | 127.718 | 101.549 | 133.650 | 97.829 | 107.766 |
| Fälle               | 1.035  | 1.121   | 1.463   | 1.526   | 1.359   | 1.517   | 1.804   | 2.204  | 2.026   |

1) in Stück.

BKA 2014b.

### 10.3.2 Menge und Anzahl der Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen

Zusätzlich zu den in illegalen Drogenlaboren beschlagnahmten Grundstoffen und Chemikalien (s. 10.3.3) wurden 2013 4.500 kg -Phenylacetoacetonitril (APAAN), 4 kg Chlorephedrin, 0,84 kg Ephedrin, 4.034 Stück Ephedrin in Tablettenform, 137 kg PMK-Glycidsäure und 1 l Salzsäure sichergestellt, welche offensichtlich zur illegalen Betäubungsmittelherstellung bestimmt waren (BKA 2014a).

### 10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2013 wurden 20 illegale Drogenlabore sichergestellt, was einen leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr (24 Labore) bedeutet. Es handelte sich um 11 Labore zur Herstellung von Amphetamin und neun zur Synthese von Methamphetamin.

Insgesamt wurden in den sichergestellten Laboren die Betäubungsmittel Amphetamin (157 kg) und Methamphetamin (0,26 kg) sowie die Grundstoffe Salz- und Schwefelsäure (14 l bzw. 48 l), Aceton (12 l), Ethylether (0,1 l), Benzylmethylketon (BMK; 0,35 l), Methylethylketon (0,7 l), Toluol (20 l), Kaliumpermanganat (1,4 kg) und Pseudoephedrin in Tablettenform (78 Stück) sichergestellt. Ferner wurden in den Produktionsstätten die für die Betäubungsmittelherstellung signifikanten Chemikalien Benzaldehyd (25 l), Nitroethan (13 l) und (roter) Phosphor (1,2 kg) aufgefunden (BKA 2014a).

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

## 10.4 Preis / Reinheit

### 10.4.1 Preise illegaler Drogen auf Wiederverkaufsebene

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise im Kleinhandel (Tabelle 10.4) wurden von 2012 nach 2013 nur für Amphetamin (-18 %), Heroin (+14 %) und Ecstasy (+12 %) nennenswerte Veränderungen festgestellt. Die Preise für Kokain (+6 %), Crystal (+6 %), Marihuana (+3 %), Haschisch (+7 %) und LSD (-4 %) blieben nahezu unverändert. Der durchschnittliche Preis für Crack ist von 2012 auf 2013 deutlich gestiegen (+32,5 %).

Nachdem eine internationale Expertengruppe unter Leitung der EBDD die Harmonisierung der Datenerhebungsverfahren zu Drogengroßhandelspreisen in Europa initiiert hatte, wird seit 2011 eine 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) sowie darüber hinausgehende Mengen<sup>101</sup> vorgenommen und vom BKA umgesetzt. Damit sind zumindest die Daten seit 2011 miteinander vergleichbar.

Im Vergleich zu 2012 sind 2013 die Preise für Großmengen von Heroin sowohl für Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg als auch für Mengen von 1,5 bis < 10 kg gestiegen. Gestiegen sind auch die Preise für Marihuana bei Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg, Kokain bei Mengen von 1,5 bis < 10 kg sowie von Amphetamin bei Mengen von 10 bis < 100 kg (Preisangaben, die auf einer sehr geringen Datengrundlage basieren, sind in Tabelle 10.4 mit Sternchen gekennzeichnet). Alle anderen Großhandelspreise sind im Vergleich zum Vorjahr entweder unverändert geblieben oder gesunken.

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

---

<sup>101</sup> 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 21).

Tabelle 10.4 Preise verschiedener Drogen 2012-2013 (alle Preise in €)

|                                      |      | Heroin  | Kokain   | Crack              | Ecs-<br>tasy | Amphe-<br>tamin | Crystal | Mari-<br>huana | Hasch-<br>isch | LSD  |
|--------------------------------------|------|---------|----------|--------------------|--------------|-----------------|---------|----------------|----------------|------|
| Kleinmengen <sup>1)</sup>            |      |         |          |                    |              |                 |         |                |                |      |
|                                      | 2013 | 49,1    | 68,7     | 77,5*              | 7,9          | 11,6            | 79,6    | 9,4            | 8,0            | 10,5 |
|                                      | 2012 | 42,9    | 64,9     | 58,5 <sup>3)</sup> | 7,0          | 14,2            | 75,3    | 9,1            | 7,5            | 10,9 |
| <b>Änderung</b>                      |      | +14 %   | +6 %     | +32,5 %            | +13 %        | -18 %           | +6 %    | +3 %           | +7 %           | -4 % |
| Großmengen <sup>2)</sup>             |      |         |          |                    |              |                 |         |                |                |      |
| 0,5 bis <1,5kg<br>(500 bis <1.500KE) | 2013 | 30.917  | 36.500   | --                 | 2.664        | 3.944           | 31.733* | 4.700          | 3.088          | --   |
|                                      | 2012 | 27.444  | 38.786   | --                 | 2.642        | 4.052           | 33.750* | 4.488          | 2.942          | --   |
| 1,5 bis <10kg<br>(1.500- <10.000KE)  | 2013 | 21.250* | 35.250*  | --                 | 1.567*       | 2.500*          | --      | 3.700          | 2.650          | --   |
|                                      | 2012 | 21.000* | 30.900   | --                 | 2.150        | 3.146           | --      | 4.120          | 2.625          | --   |
| 10 bis <100kg<br>(10.000-100.000KE)  | 2013 | --      | 35.000** | --                 | --           | 2.700*          | --      | 3.500*         | 2.100*         | --   |
|                                      | 2012 | 12.000* | --       | --                 | --           | 1.500*          | --      | 3.500*         | 2.700*         | --   |

1) Preis pro Gramm.

\* Mittelwert basiert auf sehr geringer Datengrundlage (weniger als fünf Bundesländer).

2) Preis pro Kilogramm.

\*\* Wert basiert auf der Zulieferung aus nur einem Bundesland.

3) Wert stammt aus 2011.

Bundeskriminalamt SO 21, 2014, persönliche Mitteilung.

Laut Trendscout-Panel des MoSyD-Jahresberichts Frankfurt/M. (Werse et al. 2014) sind die durchschnittlichen Preise für Cannabisprodukte gegenüber dem Vorjahr wieder angestiegen auf 9,50 € für Marihuana (2012: 8,60 €) und 8,50 € für Haschisch (2012: 7,00 €). Aus den Szenen, für die ein besonders hoher Haschisch-Preis (10 € pro Gramm) angegeben wurde, gab es mehrere Berichte über Qualitätsverbesserungen. In 2013 wurde Haschisch v.a. dann geraucht, wenn das Geld für „Haze“, das bis zu 14 € pro Gramm kosten kann, nicht ausreicht. Trotz eines gleichbleibenden Grammpreises von Speed (etwa 10 €) unterliegt Speed erheblichen Qualitätsschwankungen. Die Mehrheit der Konsumenten ist sich darüber im Klaren, dass sie teilweise stark gestreckte Ware konsumiert. Erneut habe sich die Qualität von MDMA „Pillen“ im letzten Jahr verbessert, verbunden mit einer weiteren durchschnittlichen Preiserhöhung (8,50 € pro Tablette / 2012: 8,00 €). Insgesamt unterliegen Preis und Qualität von Kokain starken Schwankungen. Im Mittel kostet ein Gramm 68 € (2012: 65 €). Der Preis von Ketamin beträgt sowohl für ein Gramm des kristallinen Pulvers als auch für eine Ampulle mit flüssiger Lösung ca. 40 €. Der getrocknete Ampulleninhalt ergibt zwar nur etwa ein halbes Gramm, jedoch handelt es sich bei den meisten gehandelten Ampullen um das Präparat „Ketanest“, das als Wirkstoff S-Ketamin enthält: eine für die Humanmedizin entwickelte Ketamin-Variante, deren anästhetische Wirkung etwa doppelt so hoch ist wie die des gewöhnlichen Ketamin-Racemats, das für den Schwarzmarkt oder die Tiermedizin produziert wird. In allen bekannten Fällen wurden Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) von Einzelpersonen im Internet bestellt oder selbst synthetisiert und anschließend im Freundes- und Bekanntenkreis unentgeltlich oder zum Unkostenpreis

abgegeben. Dealen im Sinne des profitorientierten Handels habe es mit keiner dieser Drogen gegeben.

### **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 Ertragerrechnung angenommene Durchschnittswert ist auf 40 g abgerundet. Bei den Berechnungen zum Ertrag einer Cannabis-Indoor-Plantage 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 (2013: 9,40 €/g) bzw. mit dem Großhandelspreis (2013: 3.500 €/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 Cannabis-Indoor-Plantagen der für den Betrieb erforderliche Strom illegal abgezweigt wurde. Im Ergebnis können mit 1.000 Cannabispflanzen Gewinne beim Straßenverkauf zwischen 225.000 € und 366.000 €, beim Großhandel zwischen 77.500 € und 130.000 € erzielt werden.

Für das Jahr 2013 bedeutet das bei 107.766 sichergestellten Pflanzen einen nicht erzielten Profit von 8,4 Mio. € bis 14,0 Mio. € im Großhandel und zwischen 24,2 Mio. € und 39,4 Mio. € im Straßenhandel (Bundeskriminalamt, SO 21, und eigene Berechnungen).

### **10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen<sup>102</sup>**

#### **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 2003.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2.863 (2012: 2.368) 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

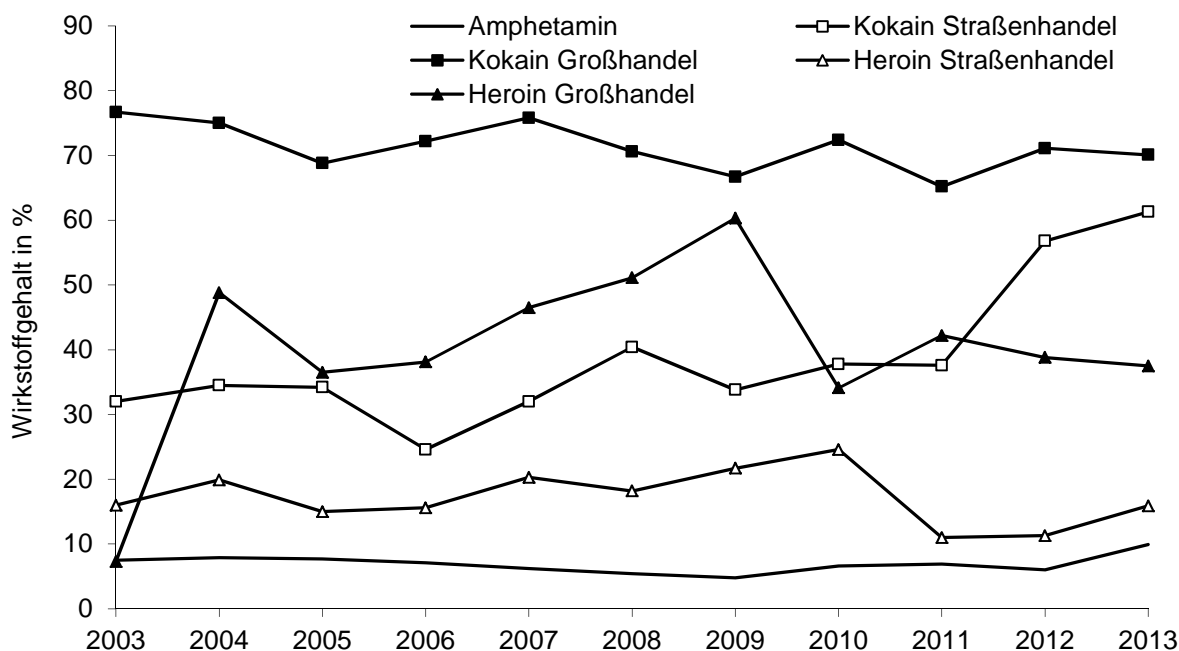
<sup>102</sup> Die Zahlen für die Wirkstoffgehalte stammen aus der Kriminaltechnik des Bundeskriminalamtes (KT 34). Die Interpretation der Daten wurde von der DBDD vorgenommen.

differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigster Verschnittstoff Laktose. Der Wirkstoffgehalt von Amphetamin ist, nachdem er von 2011 (6,9 %) auf 2012 (6,0 %) gesunken ist, wieder stark angestiegen (9,9 %).

Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Insgesamt wurden im Jahr 2013 2.801 (2012: 2.683) Kokainproben ausgewertet. Auch 2012 liegt der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel mit 70,1 % in der Spannweite der vergangenen zehn Jahre (um 70 %, +/-5 %). Im Straßenhandel dagegen erreichte der Wirkstoffgehalt nach einem Anstieg von fast 20 Prozentpunkten zwischen 2011 (37,6 %) und 2012 (56,8 %) in 2013 mit 61,3 % den mit Abstand größten Wert der vergangenen zehn Jahre. Als Zusätze wurden wie im Vorjahr vor allem Tetramisol/Levamisol, Phenacetin und Lidocain und als Verschnittstoff Laktose nachgewiesen.

Für 2013 wurden 2.015 (2012: 2.102) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.2). Zusatzstoffe waren, wie in den Vorjahren, vor allem Koffein und Paracetamol; der häufigste Verschnittstoff war Laktose. Der Wirkstoffgehalt von Heroin im Straßenhandel hat sich, nachdem er sich von 2010 nach 2011 halbierte, von 2012 (11,3 %) auf 2013 (15,9 %) wieder zugenommen. Im Großhandel unterlag der Wirkstoffgehalt des Heroins großen Schwankungen: Zwischen 2005 (36,5 %) und 2009 (60,3 %) hat sich die Reinheit des Heroins nahezu verdoppelt. Nach einem starken Rückgang in 2010 (34,1 %) ist der Wirkstoffgehalt in 2011 leicht auf 42,2 % gestiegen und sinkt seither wieder kontinuierlich (2013: 37,5 %).

Die aktuellen Werte sind den Standardtabellen 15 und 16 zu entnehmen.

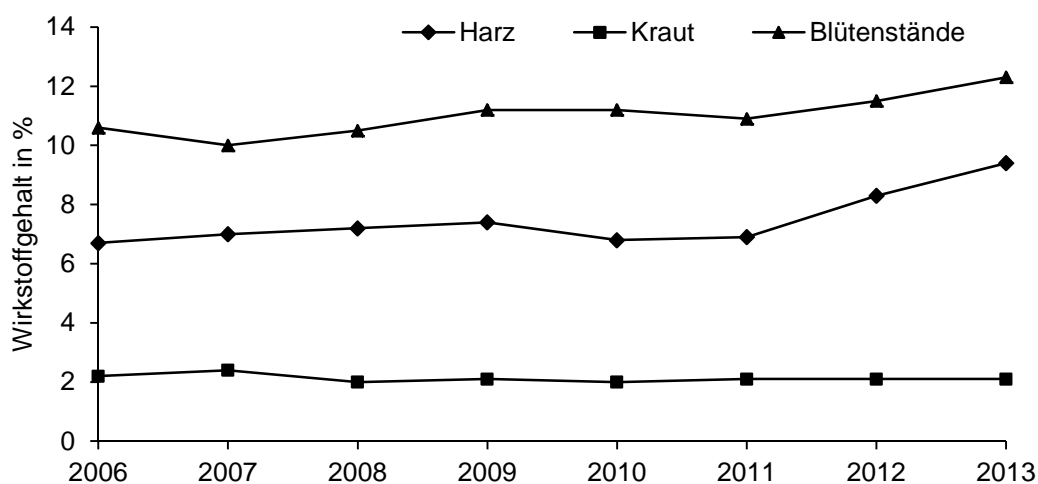


Bundeskriminalamt KT 34, 2014.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin 2003-2013

## 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-Gehalts<sup>103</sup> erfolgte 2012 auf der Basis von gemeldeten Datensätzen zu 2.821 Proben Cannabiskraut, 6.629 Proben mit Blütenständen und 2.349 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Die Blütenstände hatten 2013 einen Wirkstoffgehalt von 12,3 % (2012: 11,5 %), das Cannabiskraut von 2,1 % (2012: 2,1 %). Seit 2006 werden Blütenstände und Cannabiskraut getrennt erfasst. Der Wirkstoffgehalt von Blütenständen steigt seit einem Tief in 2007 (10,0 %) kontinuierlich (2013: 12,3 %), der von Cannabiskraut weist seit 2008 (2,0 %) keine wesentlichen Veränderungen auf (2013: 2,1 %). Cannabisharz wies 2013 einen Wirkstoffgehalt von 9,4 % auf und ist damit über das bisherige Hoch von 2003 (8,4 %) gestiegen (Abbildung 10.3).



Bundeskriminalamt KT 34, 2014.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalt von Cannabis 2006 bis 2013

## Ecstasy

Im Jahr 2013 wurden für insgesamt 157.375 Tabletten und Kapseln (2012: 413.010) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 99,2 % (entsprechend 156.065) aller Konsumeinheiten (2012: 94,9 %) enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate). Bei den Monopräparaten dominierte 3,4-Methylendioxy-N-methyl-amphetamin (MDMA) mit einer Häufigkeit von 92,6 %, gefolgt von Amphetamin (6,6 %), m-CPP (0,7 %) sowie MDA und MDE (jeweils <0,1 %).

<sup>103</sup> Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mitberücksichtigt.



Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.5 dargestellt. Der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA ist seit 2008/2009 (51 bzw. 50 mg/KE) kontinuierlich gestiegen und lag 2013 bei 91 mg/KE. Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurden als Beimengungen wie im Vorjahr am häufigsten Laktose, Cellulose und Koffein gemeldet.

Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

| Wirkstoff                          | Menge   |        |       |         | Median |      |      |      |
|------------------------------------|---------|--------|-------|---------|--------|------|------|------|
|                                    | 2010    | 2011   | 2012  | 2013    | 2010   | 2011 | 2012 | 2013 |
| MDMA                               | 0,1-140 | 6-242  | 1-216 | 0,3-243 | 58     | 73   | 83   | 91   |
| Amphetamine                        | 0,3-21  | 0,4-54 | 2-11  | 0,5-92  | 3      | 5    | 5    | 9,6  |
| Methamphetamin                     | 1,7-33  | 7-14   | 11-21 | -       | 5      | 12   | 12   | -    |
| m-CPP 1(-3-Chlor-phenyl)-piperazin | 0,1-100 | 0,2-39 | 5-46  | 0,7-33  | 30     | 29   | 21   | 8,5  |

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Bundeskriminalamt KT 34, 2014, persönliche Mitteilung.



## TEIL B: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

### 11 Bibliographie

#### 11.1 Literatur zum Bericht

- ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2013). Modellprojekt Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt, Berlin.
- 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 (2013a). Hepatitis C: Teure Heilung in Sicht [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56929> [letzter Zugriff: 29-08-2014].
- aerzteblatt.de (2013b). Aids-Hilfe fordert Erhalt des Berliner Schnelltestangebots [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55313/Aids-Hilfe-fordert-Erhalt-des-Berliner-Schnelltestangebots> [letzter Zugriff: 11-08-2014].
- aerzteblatt.de (2014). Hepatitis-C-Patienten oft unterversorgt [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57498> [letzter Zugriff: 30-10-2014].
- Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V., & Deutsche Leberstiftung (2013). Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung, Berlin, Hannover.
- akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., & JES-Bundesverband (2014). Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014. Frankfurt, Berlin.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2013). "Compassionate Use": DGVS begrüßt Vergabe von Hepatitis C-Wirkstoff an Schwerstkranke [online]. Verfügbar unter: <http://idw-online.de/de/news561911> [letzter Zugriff: 29-08-2014].
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2014). DGVS empfiehlt neue Behandlungsstrategien für Patienten mit Hepatitis C [online]. Verfügbar unter: <http://idw-online.de/de/news579669> [letzter Zugriff: 29-08-2014].
- Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Backmund, M. & Meyer-Thompson, H.-G. (2013). Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen! Die BtMVV-Änderungsinitiative der DGS nimmt Fahrt auf. Suchttherapie **14** (2) 93-94.
- 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.
- Backmund, M., Lüdecke, C., Isernhagen, K., Walcher, S., Rütger, T., & Leitliniengruppe der DGS (Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konsensuskonferenzen) (2014). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.). Therapie der Opiatabhängigkeit - Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **16** (1) 7-20.
- BADO e.V. (2013). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation 2012. ergänzender Tabellenanhang. BADO e.V., Hamburg.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (2013a). Schätzung der Wohnungslosigkeit in Deutschland 2003-2012. BAG W, Bielefeld.
- BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (2013b). Pressemitteilung. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen. BAG W, Bielefeld.
- BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (2014a). Aufruf zu einer Nationalen Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Armut in Deutschland. BAG W, Berlin.
- BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (2014b). Manual. Erhebungs-Tool für medizinische Projekte. BAG W, Bielefeld.
- Baier, D. & Rabold, S. (2012). Kinder- und Jugenddelinquenz im Bundesland Saarland. Forschungsbericht Nr. 120. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hannover.
- Baumgärtner, T. (2013). "Risikogruppen in der aktuellen Hamburger SCHULBUS-Studie. **Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln**", in *DZSKJ-Fachtagung 2013 "Risikogruppen in der Suchtprävention"*, Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2013). Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2014). Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland - Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional-Studie 2012. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Beck, T., Haasen, C., Verthein, U., Walcher, S., Schuler, C., Backmund, M., Ruckes, C., & Reimer, J. (2014). Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non-inferiority study versus methadone. Addiction **109** (4) 617-626.

- 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.
- Bernard, C. (2013). Frauen in Drogenszenen - Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt am Main und New York City. Springer, Wiesbaden.
- Bermejo, I. & Frank, F. (2013). Zugänge zur transkulturellen Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Personen mit Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen
- Bernard, C. & Wese, B. (2013). MoSyD Szenestudie 2012. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research - Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- BKA (Bundeskriminalamt) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2014a). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013. BKA, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2014b). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013 - Tabellenanhang. BKA, Wiesbaden.
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2014). Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. BMI, Berlin.
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatorenendatenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Boder, H., Heinsohn, J., Koch, A., Müller, J., Schönfelder, C., Voigt, W., & Wessel, B. (2013). MBOR Sucht - Konzept zur Übertragung der Anforderungen für die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung auf den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen. Konturen **5** 42-45.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2014). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2014. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014a). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014b). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. 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.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014c). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014d). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. 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.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014e). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014f). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bröning, S., Sack, P. M., Thomsen, M., Stolle, M., Wendell, A., Stappenbeck, J., & Thomasius, R. (2014). Implementing and evaluating the German adaptation of the "Strengthening Families Program 10 - 14" - a randomized-controlled multicentre study. BMC Public Health **14** (83).
- 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. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs", Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Burhoff, D. (2006). Praktische Fragen der Drogenfahrt nach § 24a Abs. 2 StVG [online]. Verfügbar unter: [http://www.burhoff.de/insert/?/veroeff/aufsatz/zap\\_f9\\_s781.htm](http://www.burhoff.de/insert/?/veroeff/aufsatz/zap_f9_s781.htm) [letzter Zugriff: 06-08-2013].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. [online]. Verfügbar unter: [http://www.caritas-suchthilfe.de/aspe\\_shared/form/download.asp?nr=395135&form\\_type=115&acid=01C4E62E959C48609379B3F6EC6A48D3C3B1C&ag\\_id=5505](http://www.caritas-suchthilfe.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=395135&form_type=115&acid=01C4E62E959C48609379B3F6EC6A48D3C3B1C&ag_id=5505) [letzter Zugriff: 14-07-2014].
- Buth, S., Verthein, U., Schütze, C., Neumann-Runde, E., & Martens, M.-S. (2012). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. 2011. BADO e.V., Hamburg.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2011). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.

- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2013). Werkbuch Präventionskette. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Casati, A., Piontek, D., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Patterns of non-compliant buprenorphine, levomethadone, and methadone use among opioid dependent persons in treatment. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy **9** (19).
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Transkulturelle Psychiatrie, Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.). Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Cornel, H., Daubitz, S., Jüngling, K., Schmidt, A., Seidel, A., & Straub, J. (2014). JDH-Studie - Jugend, Drogen, Hintergründe. Erste Ergebnisse einer Befragung Berliner Jugendlicher und junger Erwachsener. Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, Berlin.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- Czarnecki, D., Engels, H., Kavemann, B., Steffan, E., Schenk, W., & Törnau, D. (2014). Prostitution in Deutschland - Fachliche Betrachtung komplexer Herausforderungen, Berlin.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion [online]. Verfügbar unter: <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aids-hilfe-startet-unterschriftenaktion> [letzter Zugriff: 31-10-2013].
- Deimel, D. (2013). Ausländerrechtliche Rehabilitationshindernisse in der Behandlung suchtkranker Migranten. Suchttherapie **14** (4) 155-159.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin 2010.
- Deutsche Leberhilfe e.V. (2014). Virushepatitis: Höhepunkt der Spätfolgenwelle ist noch nicht erreicht. Welt-Hepatitis-Tag am 28. Juli: Vermeidbare Todesopfer durch späte Diagnose und geringe Zahl der Therapien. Deutsche Leberhilfe e.V., Köln.
- Deutscher Bundestag (2008). Lebenslagen in Deutschland - Dritter Armuts- und Reichtumsbericht [online]. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/099/1609915.pdf> [letzter Zugriff: 14-10-2013].
- Deutscher Bundestag (2014). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 18/555. Drogenpolitik der Bundesregierung und Aufgaben der Drogenbeauftragten. Drucksache 18/725. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Köln.

- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2010). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 05.10.2010. DHS, Hamm.
- 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 (2013). Beschluss des Drogen- und Suchtrats. Sozialrechtliche Statusklärung als Grundlage für die Gewährleistung des KV-Schutzes Haftentlassener [online]. Verfügbar unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier\\_UEbergangsmanagement\\_Haft.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier_UEbergangsmanagement_Haft.pdf) [letzter Zugriff: 29-08-2014].
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2013). Rehabilitation 2012. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 194. DRV, Berlin.
- Duffert, A. (2014). Current challenges and problems in the field of new psychoactive substances in Germany from a law enforcement perspective. Drug Testing and Analysis **6** (7-8) 876-878.
- DZSKJ (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters) & DISuP (Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung) (2012). "Trampolin" - Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Abschlussbericht [online]. Verfügbar unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende\\_Themen/Downloads/BMG\\_Endbericht\\_Trampolin\\_submit\\_01.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/BMG_Endbericht_Trampolin_submit_01.pdf) [letzter Zugriff: 08-09-2014].
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) & EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC, Stockholm.
- Elvik, R. (2013). Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. Accident Analysis & Prevention **60** 254-267.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009). 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.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2010). EMCDDA Manuals. Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges. EMCDDA, Lissabon.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012). Treatment demand indicator (TDI) [online]. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi> [letzter Zugriff: 02-10-2013].



- Erbe, S. & Bschor, T. (2013). Diphenhydramin-Abhängigkeit und -Entzug. Psychiatrische Praxis **40** (5) 248-251.
- Eul, J. & Stöver, H. (2014). Konsumerfahrung, Konsumbereitschaft, Risikoeinschätzung und gewünschte Rechtslage und deren Wechselbeziehungen untereinander zu Cannabis und anderen Drogen in der Bevölkerung Deutschlands. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug-Work **11** 1-64.
- Expertengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014). Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln. Verfügbar unter: [http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder\\_zu\\_Pressemitteilungen/ab\\_2014/Koelne\\_rMemorandum\\_EBSP2014.pdf](http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/Koelne_rMemorandum_EBSP2014.pdf) [letzter Zugriff: 31-10-2014].
- Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (2014). Neues Informationsblatt Crystal/Methamphetamin. Newsletter Nr. 33 - Ausgabe 03/2014.
- Fachverband Sucht e.V. (2014). "Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben" - Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte. Verfügbar unter: <http://www.sucht.de/broschuere-suchtprobleme-in-klein-und-kleinstbetrieben.html> [letzter Zugriff: 08-10-2014].
- Falch-Knappe, M. & Schoen-Blum, T. (2014). "Praxis für Suchtmedizin" der Stadt Kehl (Baden-Württemberg, Deutschland) - ein grenzüberschreitendes Projekt. Offenburg.
- fdr (Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V.) (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug. fdr, Berlin.
- FEANTSA (European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL) (2005). ETHOS - Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. FEANTSA, Brussels.
- Flöter, S. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Analyse der Länderkurzberichte 2010/2011. DBDD, München.
- Förster, S. & Stöver, H. (2013). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2012. Dokumentationszeitraum 01.01.-31.12.2012. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert am 18. April 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.06.2013 B6), in Kraft getreten am 19. Juni 2013. Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin.
- GIZ-Nord (Gif tinformationszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) (2013). Jahresbericht 2012. Universitätsmedizin Göttingen - Georg-August-Universität, Göttingen.
- Glaeske, G. & Schicktanz, C. (2012). GEK-Arzneimittel-Report 2012. Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie **15** (1) 16-21.

- Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N., Franke, B., Roeyers, H., Oades, R. D., Sergeant, J. A., Buitelaar, J. K., & Faraone, S. V. (2013). Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. Addiction **108** (8) 1503-1511.
- Guyll, M., Spoth, R., & Crowley, D. M. (2011). Economic analysis of methamphetamine prevention effects and employer costs. Journal of Studies on Alcohol and Drugs **72** (4) 577-585.
- Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2013). Evidenzbasierung der Suchtprävention - Pro. Suchttherapie **14** (3) 110-111.
- 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.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction **107** (3) 501-517.
- 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.
- heise online (2013). Bayerische Polizei sprengt Darknet-Drogenring [online]. Verfügbar unter: <http://www.heise.de/newsticker/meldung/Bayerische-Polizei-sprengt-Darknet-Drogenring-1914770.html> [letzter Zugriff: 29-08-2014].
- Henkel, D. & Zemlin, U. (2013). Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit - eine kritische Bilanz. Sucht **59** (5) 279-286.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C., & Bühringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht **55** (Sonderheft 1) S15-S34.
- Hoffmann, F., Scharffetter, W., & Glaeske, G. (2009). Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. Der Nervenarzt **80** (5) 578-583.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **50** (5-6) 784-793.
- 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.
- Indlekofer, F. (2013). BISS - ein Erfolgsprogramm zur beruflichen Reintegration nach stationärer Suchtrehabilitation. Konturen **6** 3.
- Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar (2013). Jahresbericht 2012. Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.

- Informationszentrale gegen Vergiftungen (2013). Jahresbericht 2012. 45. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Universitätsklinikum Bonn, Bonn.
- Initiativkreis Substitutionstherapie (2014). Bitte substituieren Sie! Die Kampagne [online]. Verfügbar unter: <http://www.bitte-substituieren-sie.de/> bitte-substituieren-sie.de/die-kampagne.html [letzter Zugriff: 07-07-2014].
- Institut für Qualitätsmanagement (2014). Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (PESu-Projekt) [online]. Verfügbar unter: <http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/projekte/leitlinien/pesu.html> [letzter Zugriff: 07-07-2014].
- Integrative Drogenhilfe e.V. (idh). (2014). Jahresbericht 2013. idh, Frankfurt am Main.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt **85** (1) 77-87.
- Jagsch, R., Fischer, G., Köchl, B., & Unger, A. (2013). Buprenorphin/Naloxon - Ergebnisse aus dem niedergelassenen Bereich. Suchttherapie **14** (2) 84-91.
- Kasadi, K. (2014). Baobab - Zusammensein. Aufbau eines landesweiten, transkulturellen HIV-Präventionsnetzwerks für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen. impulse für Gesundheitsförderung **82** 23-24.
- Klatt, T., Cavner, D., & Egan, V. (2014). Rationalising predictors of child sexual exploitation and sex-trading. Child Abuse & Neglect **38** (2) 252-260.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie 2001 (2) 118-124.
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2012). Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012.
- Körner, H., Patzak, J., & Volkmer, M. (2012). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz. Grundstoffüberwachungsgesetz. C.H.Beck, München.
- Kostrzewa, R. (2014). Wohnungslos und Suchtkrank - ein Randthema? Editorial. Infodienst Sucht **2014** (1) 1.
- 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., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction **98** (4) 471-485.
- Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2012). 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., Piontek, D., Pabst, A., & Gomes de Matos, E. (2013a). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. Sucht **59** (6) 309-320.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Gomes de Matos, E. (2013b). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. Sucht **59** (6) 333-345.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012 [online]. IFT Institut für Therapieforschung, München. Verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=429> [letzter Zugriff: 11-03-2014].
- Kretschmann-Weelink, M. (2013). Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht [online]. Verfügbar unter: <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/GBS-Datenbank/Abschlussbericht-AWO.pdf> [letzter Zugriff: 03-07-2014].
- Kretschmann-Weelink, M. & Hörning, M. (2014). Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtmittelkonsum. In: Jahrbuch Sucht 2014, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 248-257. Pabst, Lengerich.
- Kronauer, M. (2010). Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Campus, Frankfurt / New York.
- Kuhn, S. (2013). Für Sie unterwegs - Neue Pflegekonzepte für die Suchthilfe im Alter. Suchttherapie **14** (3) 97.
- Künzel, J., Steppan, M., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht Nr. 1/2013 - Deutsche Suchthilfestatistik 2011. 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.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **50** (5/6) 600-608.
- Leicht, A., Dettmer, K., & Blättner, N. (2013). Brief interventions - innovative approaches for preventing infections with hepatitis C among drug users. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (4) 249.
- Leune, J. (2013). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2013, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 181-196. Pabst, Lengerich.
- Leune, J. (2014). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2014, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 181-202. Pabst, Lengerich.

- Liebetrau, G., Prasa, D., Hentschel, H., & Deters, M. (2013). Substanzmissbrauch - Entwicklung des Vergiftungsgeschehens im Einzugsbereich des Giftnotrufes Erfurt 2002-2011. Das Gesundheitswesen [Epub ahead of print] (DOI: 10.1055/s-0033-1355368).
- Lutz, R. (2013). Soziale Erschöpfung, Armut und Sucht. Konturen **6** 10-13.
- Lutz, R. & Simon, T. (2007). Lehrbuch Wohnungslosenhilfe. Juventa, Weinheim.
- LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) (2014). Erprobungsphase in Förderschulen läuft erfolgreich. LWL-KS-Newsletter 12. Jahrgang / Nr. 3 Mai 2014.
- 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. (2014). Die Drogen- und AIDS-Situation in der Ukraine. Suchttherapie **15** (2) 49-50.
- 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: 29-08-2014].
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U., & Schäfer, I. (2014). Amphetamin und Methamphetamin - Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg.
- Moggi, F. (2014). Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen eine unmögliche Aufgabe? Suchttherapie **15** (1) 9-15.
- 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.
- Musshoff, F., Große Hokamp, E., Bott, U., & Madea, B. (2014). Performance evaluation of on-site oral fluid drug screening devices in normal police procedure in Germany. Forensic Science International **238** 120-124.
- Neumann-Runde, E., Kalke, J., & Werse, B. (2013). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2012. Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt am Main.
- 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.
- 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].
- Ort, C., Eppler, J. M., Scheidegger, A., Rieckermann, J., Kinzig, M., & Sörgel, F. (2014). Challenges of surveying wastewater drug loads of small populations and generalizable aspects on optimizing monitoring design. *Addiction* **109** (3) 472-481.
- 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.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* **59** (6) 321-331.
- 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.
- Patzak, J. & Bohnen, W. (2011). *Betäubungsmittelrecht*. C.H. Beck, München.
- 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.
- Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2008a). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction* **103** (3) 439-449.
- Perkonigg, A., Bühringer, G., Arnold, M., Böhm, M., Antoni, J., Gorgas, B., Hirtsiefer, F., Kronthaler, F., Küfner, H., Lubinski, A., Rieger, W., Sonntag, D., Tretter, F., Wiggerhauser, K., & Wittchen, H.-U. (2008b). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* **10** (3) 151-163.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., & Steppan, M. (2010). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Rummel, C. (2012). *Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012*. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M., & Brand, H. (2013a). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender Erstbehandelte ohne EK. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M., & Brand, H. (2013b). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A., & Rummel, C. (2013c). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Sucht **59** (6) 347-354.
- 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., Schmidt, C. S., Schulte, B., Gansefort, D., Gölz, J., Gerken, G., Scherbaum, N., Verthein, U., & Backmund, M. (2013). Psychoeducation Improves Hepatitis C Virus Treatment During Opioid Substitution Therapy: A Controlled, Prospective Multicenter Trial. Clinical Infectious Diseases **57** (S2) 97-104.
- Richter, M., Pförtner, 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.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2007). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012). DRUCK-Studie - Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland. Ergebnisse der Pilotierung eines Sero- und Verhaltenssurveys bei i. v. Drogengebern. Epidemiologisches Bulletin, 33. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013). DRUCK-Studie. 3. Newsletter, August 2013. Update zur DRUCK-Studie des RKI. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2014a). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013. Datenstand: 1. März 2014. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2014b). DRUCK-Studie. 5. Newsletter, Juni 2014. DRUCK-Studie schließt Datenerhebung in der letzten Studienstadt erfolgreich ab. RKI, Berlin.
- Rosenkranz, M., Neumann-Runde, E., Buth, S., & Verthein, U. (2013). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation 2012. BADO e.V., Hamburg.
- Ross, R. S., Stambouli, O., Grüner, N., Marcus, U., Cai, W., Zhang, W., Zimmermann, R., & Roggendorf, M. (2013). Detection of infections with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus by analyses of dried blood spots - performance

- characteristics of the ARCHITECT system and two commercial assays for nucleic acid amplification. Virology Journal **10** (72).
- Ruf, D. & Walter-Hamann, R. (2014). Suchtberatung, Suchtbehandlung und Suchtselbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund. Suchttherapie **15** (2) 75-81.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2014). 2. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden.
- 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. Mattejat, & A. Warnke (Hrsg.), S. 376-386. Thieme, Stuttgart.
- Salize, H., Dillman-Lange, C., Kentner-Figura, B., & Reinhard, I. (2006). Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung - Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. Der Nervenarzt **77** 1345-1354.
- 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.
- Sarrazin, D. (2014). Substanzkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe.
- 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, B. (2013). Hepatitis-C Therapie: Starten oder Warten? Welche Patienten jetzt therapiert werden sollen! Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (4) 266-268.
- 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.
- Schatz, E. (2014). Europäisches Netzwerk für soziale Eingliederung und Gesundheit: Die Correlation Hepatitis C Initiative. Suchttherapie **15** (1) 43-44.
- Scherbaum, N. & Specka, M. (2014). Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. Suchttherapie **15** (1) 22-28.
- Schmidt, L., Gastpar, M., Falkai, P., & Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Schoofs, N., Riemer, T., Bald, L. K., Heinz, A., Gallinat, J., BERPohl, F., & Gutwinski, S. (2014). Methadon und Levomethadon - Dosierung und Nebenwirkungen. Psychiatrische Praxis **41** (2) 82-87.



- Schu, M. & Czycholl, D. (2014). Transkulturelle Suchthilfe - Erfahrungen im Bundesmodellprojekt transVer. Suchttherapie **15** (2) 61-66.
- Schulte, B., Gonzales-Saiz, F., Jeschke, P., Reimer, J., Schäfer, I., Walcher, S., Weber, B., & Verthein, U. (2013). Die "Opiate Dosage Adequacy Scale" (ODAS) für die Beurteilung der Angemessenheit der Buprenorphindosierung während der Opiatsubstitution. Suchttherapie **14** (4) e1-e6.
- 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. & Paffrath, D. (Hrsg.) (2013). Arzneiverordnungs-Report 2013. Springer-Verlag, Berlin, 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.
- Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt **2008** (1) 34-35.
- Sonntag, D., Bauer, C., & Eichmann, A. (2008a). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. Institut für Therapieforschung, München.
- Sonntag, D., Bauer, C., & Eichmann, A. (2008b). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. Institut für Therapieforschung, München.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Haberthür, A., Bühringer, G., Rehm, J., & Wittchen, H.-U. (2012). Criminal behavior in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. Journal of Forensic Sciences **57** (6) 1524-1530.
- Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine **160** (9) 876-882.
- 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, Folsom, CA. Verfügbar unter: [http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC\\_IOM\\_Policy.pdf](http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf) [letzter Zugriff: 31-10-2011].
- Stappenbeck, J., Wendell, A., & Thomasius, R. (2013a). Familien stärken: Adaptation und Evaluation eines amerikanischen Suchtpräventionsprogramms für Familien in Deutschland - Projektbeschreibung. Abhängigkeiten, **19** (1) 24-31.
- Stappenbeck, J., Wendell, A., & Thomasius, R. (2013b). Evaluation des familienbasierten Programms "Strengthening Families" zur Prävention von Sucht- und Verhaltensproblemen bei Kindern im Alter von 10-14 Jahren in einer randomisiert-kontrollierten Multicenterstudie. Das Gesundheitswesen, **75** 1-2.

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014). Gebiet und Bevölkerung - Ausländische Bevölkerung [online]. Verfügbar unter: [http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/de\\_jb01\\_jahrtab2.asp](http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/de_jb01_jahrtab2.asp) [letzter Zugriff: 31-10-2011].
- 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 (2013a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2011. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2012. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014a). Verkehr. Verkehrsunfälle 2013. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014b). Krankenhausdiagnosestatistik. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stundenfälle, ohne Sterbefälle). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014c). Rechtspflege. Strafverfolgung 2012. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014d). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1 Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014e). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - 2013. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt **104** (28-29) A2061-A2069.
- Stöver, H. & Schäffer, D. (2014). SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern - from injecting to inhaling. Harm Reduction Journal **11** (18) 1-8.
- Strobl, I. (2006). Es macht die Seele kaputt: Junkiefrauen auf dem Strich. Orlanda, Berlin.
- Stumpf, D., Hannemann, T.-V., Piontek, D., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Crystal Methamphetamin in Deutschland - Epidemiologie und Präventionslage. Pro Jugend.
- Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. Sucht **57** (6) 469-477.
- ter Bogt, T. F., de Looze, M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Gabhainn, S. N., Pejnovic Fanelic, I., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W., & Pickett, W. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. Addiction **109** (2) 273-283.

- Thomasius, R. (2009). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, C. Möller (Hrsg.), S. 13-38. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung. 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., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.
- Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik (2013). Jahresbericht 2012. Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München.
- Uhl, A. (2013). Evidenzbasierung der Suchtprävention - Kontra. Suchttherapie **14** (3) 112-113.
- Universitätsklinikum Regensburg (2014). P.A.R.T.Y. im Universitätsklinikum Regensburg Pressemitteilung vom 19.02.2014.
- van den Heuvel, M. (2014). Hepatitis-C Therapie: Wirkung um jeden Preis? [online]. Verfügbar unter: <http://news.doccheck.com/de/41490/hepatitis-c-therapie-wirkung-um-jeden-preis/> [letzter Zugriff: 31-10-2011].
- Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg (2014). Jahresbericht 2012. Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Freiburg.
- 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.
- Wedemeyer, H. (2013). "Es steht ein dramatischer Therapiewandel bevor!" [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/hepatitis/article/843213/welt-hepatitis-tag-steht-dramatischer-therapiewandel-bevor.html> [letzter Zugriff: 31-10-2011].
- Werse, B., Morgenstern, C., & Sarvari, L. (2014). MoSyD Jahresbericht 2013. Drogentrends in Frankfurt am Main. CDR Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Wiese, B. (2008). Konsumentensouveränität im Bereich sozialer Dienstleistungen: Ein Mittel zur sozialen Integration? Eine qualitative Studie am Beispiel der Obdach- und Wohnungslosenhilfe. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Winkler, KR. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht **53** (4) 238-241.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008a). 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. et al. (1995). Münchner Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008b). 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., 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. (2011). 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.
- Zakhalev, R. (2014). Migranten aus den GUS-Staaten haben ein anderes Suchtverständnis. Suchttherapie **15** (2) 82-83.
- Zimmermann, D. & Lunkenheimer, C. (2013). Schuldnerberatung - Ein unverzichtbarer Teil der Drogenhilfe. Konturen **6** (14) 20.
- Zimmermann, R., Marcus, U., Schäffer, D., Leicht, A., Wenz, B., Nielsen, S., Santos-Hövener, C., Ross, R. S., Stambouli, O., Ratsch, B.-A., Bannert, N., Bock, C.-T., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2014). A multicentre sero-behavioural survey for hepatitis B and C, HIV and HTLV among people who inject drugs in Germany using respondent driven sampling. BMC Public Health **14** (1) 845.
- ZIS Hamburg (2014). ECHO-Studie Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten [online]. Verfügbar unter: <http://www.echo-studie.de/index.php?mindex=1> [letzter Zugriff: 31-10-2011].
- Zurhold, H. (2005). Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie. VWB, Berlin.

## 11.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Nachfragereduzierung ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

### Wichtige Einrichtungen

| Website  | Inhalt   |
|--|--|
| <a href="http://www.bmg.bund.de">www.bmg.bund.de</a>                   | Bundesministerium für Gesundheit (BMG)   |
| <a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>                           | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)   |
| <a href="http://www.dbdd.de">www.dbdd.de</a>                           | Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)  |
| <a href="http://www.dhs.de">www.dhs.de</a>                             | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)   |
| <a href="http://www.drogenbeauftragte.de">www.drogenbeauftragte.de</a> | Drogenbeauftragte der Bundesregierung  |
| <a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a>                     | BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger   |
| <a href="http://www.emcdda.europa.eu">www.emcdda.europa.eu</a>         | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)   |
|  | Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)   |
| <a href="http://www.prevnet.de">www.prevnet.de</a>                     | Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien |
| <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>                             | Robert Koch-Institut (RKI), Berlin   |
| <a href="http://www.fdr-online.info">www.fdr-online.info</a>           | Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)  |
| <a href="http://www.sucht.de">www.sucht.de</a>                         | Fachverband Sucht e.V. (FVS)   |

### 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   |
|--|--|
| <a href="http://www.fh-frankfurt.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff.html">www.fh-frankfurt.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff.html</a>       | Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main  |
| <a href="http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/">www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/</a> | Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP; ehemals Kompetenzplattform Suchtforschung) an der katholischen Fachhochschule NRW |
| <a href="http://www.dg-sucht.de">www.dg-sucht.de</a>   | Deutsche Gesellschaft für Sucht  |
| <a href="http://www.heroinstudie.de">www.heroinstudie.de</a>   | Deutsche Heroinstudie  |
| <a href="http://www.ift.de">www.ift.de</a>   | Institut für Therapieforschung München   |
| <a href="http://www.medizin.uni-greifswald.de/prevention/forschung/inter">www.medizin.uni-greifswald.de/prevention/forschung/inter</a>   | Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT))   |

| <b>Website</b>   | <b>Inhalt</b>  |
|--|--|
| vention/earlint_start.html                             |  |
| www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/index.html  | Technische Universität Dresden<br>Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie                          |
| www.nsfv.de  | Norddeutscher Suchtforschungsverbund e.V.  |
| www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php | Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf<br>Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) |
| www1.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html | Goethe Universität Frankfurt am Main<br>Centre For Drug Research (CDR)   |
| www.zi-mannheim.de                                     | Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim  |
| www.zis-hamburg.de                                     | Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg                                       |

### Websites anderer relevanter Institutionen / Arbeitsgruppen

| <b>Website</b>      | <b>Inhalt</b>   |
|---------------------|---|
| www.gangway.de      | Gangway e.V. – Straßensozialarbeit in Berlin  |
| 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.<br>Büro für Suchtprävention  |

### Spezifische Cannabisprojekte

| <b>Website</b>                 | <b>Inhalt</b>   |
|--------------------------------|---|
| www.averca.de                  | Projekt „AVerCa“, Arbeitsplattform zu „Best-Practice“-Materialien, Projekten und Programmen, um die Arbeit mit und den Zugang zu jungen Cannabiskonsumern zu optimieren   |
| www.be-u-online.de             | Informationskampagne des Drogenreferats der Stadt Frankfurt   |
| www.candis-projekt.de          | Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen   |
| www.canstop.med.uni-rostock.de | Gruppentraining „CAN Stop“, 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.incant.eu                  | International Cannabis Need of Treatment Study  |
| www.quit-the-shit.net          | Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter <a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a> nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum  |

| <b>Website</b>     | <b>Inhalt</b>   |
|--------------------|---|
| www.realize-it.org | Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz |

### **Partyprojekte**

| <b>Website</b>          | <b>Inhalt</b>   |
|-------------------------|---|
| www.alice-project.de    | Alice Projekt – Frankfurt   |
| www.chill-out.de        | Chill-Out – Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen          |
| www.chillout-pdm.de     | Chill Out, Fachstelle für Konsumkompetenz – Potsdam   |
| www.drobs-hannover.de   | Jugend- und Suchtberatungszentrum / Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle – Hannover |
| www.drogerie-projekt.de | Musikszeneprojekt Drogerie, Präventionszentrum – Erfurt                                       |
| www.drugscouts.de       | SZL Suchtzentrum gGmbH – Leipzig  |
| www.eve-rave.de         | Eve & Rave – Münster  |
| www.fixpunkt-berlin.de  | Partyteam von Fixpunkt – Berlin   |
| www.mindzone.de         | Mindzone Projekt – München  |
| www.odyssee-kiel.de     | Partyprojekt des Vereins Odyssee – Kiel   |
| www.partypack.de        | Projekt der Drogenhilfe Köln e.V.   |
| www.sapere-aude-ac.de   | Safer Party Projekt – Aachen  |

### **Safer Use / Schadensminimierung**

| <b>Website</b>                 | <b>Inhalt</b>   |
|--------------------------------|---|
| www.drogenkonsumraum.net       | Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt Drogenkonsumräume              |
| www.drogenundmenschenrechte.de | Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt saubere Spritzen für Gefangene |
| 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**

| <b>Website</b>         | <b>Inhalt</b>  |
|------------------------|--|
| 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    |





## 12 Tabellen

|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| Tabelle 1.1  | Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes .....   | 13  |
| Tabelle 2.1  | Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland.....  | 28  |
| Tabelle 2.2  | Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen.....   | 29  |
| Tabelle 2.3  | Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD)..... | 38  |
| Tabelle 2.4  | Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien .....          | 44  |
| Tabelle 2.5  | Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien* .....                  | 45  |
| Tabelle 4.1  | Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2005 bis 2013 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre) .....                     | 86  |
| Tabelle 5.1  | Übersicht über Angebote der Suchthilfe .....  | 98  |
| Tabelle 5.2  | Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2013).....  | 107 |
| Tabelle 5.3  | Hauptdiagnosen und weitere substanzbezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2013) .....  | 108 |
| Tabelle 5.4  | Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2013) .....   | 109 |
| Tabelle 5.5  | Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2013).....   | 110 |
| Tabelle 5.6  | Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2013) .....   | 111 |
| Tabelle 5.7  | Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....  | 113 |
| Tabelle 5.8  | Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2013) .....  | 114 |
| Tabelle 5.9  | Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2009-2012.....  | 119 |
| Tabelle 5.10 | Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2013) .....   | 120 |
| Tabelle 6.1  | Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2012.....   | 139 |
| Tabelle 6.2  | Drogentodesfälle 2013 nach Todesursache .....   | 143 |
| Tabelle 6.3  | Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten: Trend .....   | 148 |
| Tabelle 8.1  | Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2013).....                 | 159 |

|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| Tabelle 9.1  | Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle: Personenbezogene Ursachen ..... | 177 |
| Tabelle 9.2  | Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte .....                    | 181 |
| Tabelle 9.3  | Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen .....            | 184 |
| Tabelle 10.1 | Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2011 bis 2013.....  | 193 |
| Tabelle 10.2 | Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen.....                 | 195 |
| Tabelle 10.3 | Sicherstellung von Cannabispflanzen .....                                 | 195 |
| Tabelle 10.4 | Preise verschiedener Drogen 2012-2013 (alle Preise in €) .....            | 197 |
| Tabelle 10.5 | Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE .....                                | 201 |

## 13 Abbildungen

|                |   |     |
|----------------|---|-----|
| Abbildung 2.1  | Cannabiskonsum nach Altersgruppen. Trends 1973-2012 / 1993-2012.....  | 31  |
| Abbildung 2.2  | Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren – 2002 bis 2013 (MoSyD)..... | 37  |
| Abbildung 2.3  | Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2013 (MoSyD).....                               | 39  |
| Abbildung 3.1  | Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2011 bis 2013.....  | 59  |
| Abbildung 3.2  | Anteil der unter 25-Jährigen.....   | 62  |
| Abbildung 3.3  | Anteil Heroin/Opioide, Altersgruppe unter 25 Jahre .....  | 63  |
| Abbildung 3.4  | Anteil (Meth-)Amphetamin, Altersgruppe unter 25 Jahre.....  | 64  |
| Abbildung 3.5  | Settings von Präventionsmaßnahmen im Jahr 2013 .....  | 67  |
| Abbildung 5.1  | Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2013).....   | 115 |
| Abbildung 5.2  | Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant) .....   | 116 |
| Abbildung 5.3  | Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen.....   | 118 |
| Abbildung 6.1  | Übermittelte Hepatitis-B-Erkrankungen (nach Referenzdefinition) nach Meldejahr, 2001-2013.....  | 133 |
| Abbildung 6.2  | Übermittelte Hepatitis-C-Erstdiagnosen, Deutschland, 2001-2013.....   | 134 |
| Abbildung 6.3  | Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2012) .....  | 145 |
| Abbildung 6.4  | Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2012.....   | 146 |
| Abbildung 6.5  | Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2012 mit ICD-X/Y-Kodierung.....  | 147 |
| Abbildung 9.1  | Entwicklung von Handelsdelikten (1996-2013).....  | 170 |
| Abbildung 9.2  | Entwicklung von Konsumdelikten (1982-2013).....   | 171 |
| Abbildung 9.3  | Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz .....  | 173 |
| Abbildung 9.4  | Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.....  | 174 |
| Abbildung 10.1 | Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 2003 bis 2013 .....   | 194 |

---

|                |   |     |
|----------------|---|-----|
| Abbildung 10.2 | Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin 2003-2013..... | 199 |
| Abbildung 10.3 | Wirkstoffgehalt von Cannabis 2006 bis 2013 .....                  | 200 |