

1 Polyvalenter Drogenkonsum

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

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

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

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

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

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

sondern gibt nur eine Zusammenfassung berichteter Konsummuster und erfasster riskanter Folgen. Da die Effektbeschreibung zum Großteil auf Berichten der Konsumenten beruhen, sind sie einerseits sehr authentisch, andererseits nicht im Sinne wissenschaftlich abgesicherter Wirkungszusammenhänge zu verstehen:

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

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

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

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

Ecstasy: Pillen, die als Ecstasy auf dem Markt sind, sind Mono- oder Kombinationspräparate mit den Wirkstoffen MDMA, MDA, MDE oder anderen (BKA 2000). Beimengungen (z.B. Coffein, Speed) und Verschnittstoffe (z.B. Lactose oder Saccharose) können ebenfalls enthalten sein. Antriebssteigerung, milde Euphorie und Halluzinationen, innere Verbundenheit mit anderen (entaktogene Wirkung) etc. können je nach Zustand des Konsumenten als positive Effekte der Substanz in Erscheinung treten. Negative Effekte können sein: Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz, motorische Unruhe, Schweißneigung, in der Folge können Erschöpfungszustände, Appetitminderung, Angst- und Panikerkrankungen, Verfolgungswahn oder Depressivität auftreten (Tossmann, Bold & Tensil 2000). Studien (z.B. Schroers & Schneider 1998) zeigen, dass häufig Gebrauch von antriebssteigernden und euphorisierenden Substanzen gemacht wird. Opiate, Cannabis, Amphetamine und Alkohol führen zu antagonistischer Wirkung von Ecstasy: Sie reduzieren die Effekte und bringen den Konsumenten seinem Normalzustand wieder näher. Ecstasy in Kombination mit Alkohol belastet Leber und Nieren sehr stark und führt zu Austrocknungseffekten. Eine Kombination mit Kokain birgt erhöhte Risiken eines Kreislaufkollapses.

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

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

Amphetamine/ Methamphetamine: Ermüdungshemmung, Leistungs- und Antriebssteigerung sind häufig die wichtigsten Einnahmegründe der Stimulantien. Psychosen und

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

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

1.1 Konsummuster und Konsumentengruppen

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

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

Häufigkeit und Muster des Mehrfachkonsums bei Ecstasykonsumenten (N = 527) waren ebenfalls Themen, die Flüsmeier & Rakete (1999) untersuchten. Insbesondere wurde untersucht, welche Drogen innerhalb des letzten Jahres als Beikonsum (unmittelbar vor, während oder nach dem Konsum von Ecstasy) bzw. Ersatzkonsum (nicht unmittelbar zusammen) gebraucht wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass folgende Substanzen am häufigsten in Kombination mit Ecstasy genommen wurden:

Cannabis (Beikonsum 76%, Ersatzkonsum 85%), Nikotin (Beikonsum 79%, Ersatzkonsum 81%), und Alkohol (Beikonsum 69%, Ersatzkonsum 83%). Zwischen 36% und 59% haben Kokain, LSD und Amphetamine gebraucht. Kokain, Cannabis und LSD werden dabei hochsignifikant häufiger als Ersatzdrogen genommen. Insgesamt zeigte sich eine Steigerungsdynamik: mit zunehmender Dauer des Ecstasykonsums nimmt der Gebrauch anderer psychotroper Substanzen zu. Besonders bei riskanteren Konsummustern wird Alkohol signifikant häufiger als Beikonsum getrunken. LSD, Kokain und Amphetamine werden sowohl als Beikonsum als auch als Ersatzsubstanzen zunehmend gebraucht.

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

Tabelle 1: Beigebrauch zu Ecstasy

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

Quelle: Tossmann, Bold & Tensil (2000)

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

- **Cluster 1 stellt mit 57% die größte Gruppe dar, bestehend aus Heroinabhängigen mit ausgeprägtem Kokainkonsum sowie geringem Konsum von Benzodiazepin**

- *In Cluster 2 gibt es keinen regelmäßigen Heroinkonsum, sondern überwiegend Kokain- und Methadon/Polamidonkonsum sowie leichtem Alkoholkonsum.*
- *Cluster 3 umfasst Obdachlose außerhalb von Substitutionsmaßnahmen mit häufigem Gebrauch von Heroin, Cannabis und Alkohol*
- *Cluster 4 ist die Teilgruppe mit besonders problematischem Konsum konsumiert von Benzodiazepinen, Opiaten, Kokain und Cannabis.*

Ähnliche Konsummuster finden sich auch bei der sozial insgesamt besser integrierten Klientel im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem. Aus den Daten der Basisdokumentation wurden mittels Clusteranalyse verschiedene Kliententypen herausgearbeitet (Schmid, Simmedinger & Vogt 1999). Von den erfassten Klienten, die 1999 in 28 Einrichtungen betreut wurden, befanden sich mehr als die Hälfte zu diesem Zeitpunkt in Substitution. Sechs Cluster ließen sich aus dieser Patientengruppe bei der Analyse herausfiltern (Tabelle 36) :

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

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

Tabelle 2: Cluster der Konsummuster

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

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

Tabelle 3: Cluster der Konsummuster nach Geschlecht

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

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

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

Tabelle 4: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Männern

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

EBIS 2000 (Strobl et al.2001)

Tabelle 5: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Frauen

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

8BIS 2000 (Strobl et al.2001)

1.2 Gesundheitliche und soziale Konsequenzen

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

Tabelle 6: Drogentodesfälle

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

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2000 (BKA 2001)

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

1.3 Spezifische Interventionsansätze

Zwischen Forschern und Praktiker besteht Konsens darüber, dass sich polyvalenter Konsum und politoxikomane Abhängigkeitsformen in den letzten Jahren deutlich

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

11.1 Methodische Aspekte

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