



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Tim Pfeiffer-Gerschel & Ingo Kipke, IFT Institut für Therapieforschung
Marion David-Spickermann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

DEUTSCHLAND

**Neue Entwicklungen, Trends
und Hintergrundinformationen zu
Schwerpunktthemen**

Drogensituation 2006/2007

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Tim Pfeiffer-Gerschel (Dr. Dipl.-Psych., Leiter der DBDD)

Ingo Kipke (Dipl. Psych.)

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

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

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

Email: pfeiffer-gerschel@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)

Marion David-Spickermann

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

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

Email: marion.spickermann@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Gabriele Bartsch

Westring 2

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: bartsch@dhs.de

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	NATIONALE POLITIK UND IHR KONTEXT	1
1.1	ÜBERBLICK	1
1.1.1	Die Struktur Deutschlands	1
1.1.2	Gesetzliche Grundlagen	2
1.1.3	Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“	4
1.1.4	Koordination	5
1.2	RECHTLICHE ASPEKTE	6
1.2.1	Gesetze	6
1.2.2	Rechtspraxis	7
1.3	INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN, STRATEGIEN UND POLITIK	8
1.3.1	Koordination	8
1.3.2	Nationale Pläne und Strategien	8
1.3.3	Umsetzung von Politik und Strategien	9
1.3.4	Effekte von Politik und Strategien	15
1.4	BUDGETS UND ÖFFENTLICHE AUSGABEN	16
1.5	SOZIALER UND KULTURELLER KONTEXT	16
2	DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG	19
2.1	ÜBERBLICK	19
2.2	DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG	21
2.2.1	Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen	21
2.2.2	Konsum einzelner Drogen im Vergleich	23
2.3	DROGENKONSUM AN SCHULEN UND UNTER JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN	25
2.4	DROGENKONSUM IN SPEZIFISCHEN GRUPPEN	32
3	PRÄVENTION	33
3.1	ÜBERSICHT	33
3.2	UNIVERSELLE PRÄVENTION	36
3.2.1	Schule	36
3.2.2	Familie	37
3.2.3	Gemeinde	37
3.3	SELEKTIVE/INDIKATIVE PRÄVENTION	38
3.3.1	Der Freizeitbereich	38
3.3.2	Risikogruppen	41
3.3.3	Risikofamilien	44

3.4	INDIZIERTE PRÄVENTION	46
4	PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM	49
4.1	ÜBERSICHT	49
4.2	SCHÄTZUNGEN DER PRÄVALENZ UND INZIDENZ	51
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren	51
4.2.2	Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum	52
4.3	BESCHREIBUNG BEHANDELTEN KLIANTEN	53
4.3.1	Ambulante Betreuung	54
4.3.2	Stationäre Betreuung	61
4.3.3	Diagnosedaten aus anderen Bereichen	63
5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG	65
5.1	ÜBERSICHT	65
5.2	BEHANDLUNGSSYSTEM	68
5.3	DROGENFREIE BEHANDLUNG	69
5.4	MEDIKAMENTENGESTÜTZTE BEHANDLUNG	75
5.5	QUALITÄTSSICHERUNG	78
5.6	FORSCHUNG	80
6	GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	83
6.1	ÜBERSICHT	83
6.2	DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE UND MORTALITÄT VON DROGENKONSUMENTEN	85
6.2.1	Drogentote	85
6.2.2	Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten	90
6.3	INFEKTIONSKRANKHEITEN BEI DROGENKONSUMENTEN	92
6.3.1	HIV	92
6.3.2	Virushepatitiden	93
6.3.3	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere	95
6.4	PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	95
6.5	ANDERE GESUNDHEITLICHE FOLGEN	96
7	UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS	99
7.1	ÜBERSICHT	99
7.2	PRÄVENTION DROGENBEZOGENER TODESFÄLLE	99
7.3	PRÄVENTION UND BEHANDLUNG VON DROGENBEDINGTEN INFEKTIONSKRANKHEITEN	100
7.4	MAßNAHMEN GEGEN PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	102
7.5	MAßNAHMEN GEGEN ANDERE GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	102
8	SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	103
8.1	ÜBERBLICK	103
8.2	SOZIALER AUSSCHLUSS	103
8.3	DROGENKRIMINALITÄT	105
8.3.1	Beschaffungskriminalität	105
8.3.2	Handelsdelikte	105
8.3.3	Konsumnahe Delikte	106
8.3.4	Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten	107
8.3.5	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug	107
8.3.6	Drogenkonsum und Unfallgeschehen	109

8.4 DROGENKONSUM IM GEFÄNGNIS	110
8.5 SOZIALE KOSTEN	111
9 UMGANG MIT SOZIALEN BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	113
9.1 ÜBERSICHT	113
9.2 SOZIALE REINTEGRATION	113
9.2.1 Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für Menschen mit Substanzproblemen	113
9.2.2 Wohnung	114
9.2.3 Ausbildung	114
9.2.4 Beschäftigung	114
9.2.5 Soziale Hilfen und Unterstützung	115
9.3 PRÄVENTION VON DROGENKRIMINALITÄT	115
9.3.1 Hilfen für Drogenkonsumenten im Gefängnis	115
9.3.2 Andere Interventionen zur Vermeidung von Drogenkriminalität	116
10 DROGENMARKT	117
10.1 ÜBERBLICK	117
10.2 VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG	118
10.2.1 Verfügbarkeit	118
10.2.2 Produktion, Vertriebsquellen und Versorgung	118
10.3 BESCHLAGNAHMUNGEN VON BETÄUBUNGSMITTELN	119
10.4 PREIS UND REINHEIT DER DROGEN	121
10.4.1 Preis	121
10.4.2 Reinheit	122

Teil B: Ausgewählte Themen

11 ÖFFENTLICHE AUSGABEN	127
11.1 EINLEITUNG	127
11.2 ANGABEN ZU GEKENNZEICHNETEN KOSTEN	131
11.2.1 Bundeshaushalt	131
11.2.2 Gesetzliche Rentenversicherung	131
11.2.3 Deutsche Suchthilfestatistik	132
11.2.4 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankheitskosten 2004	132
11.2.5 Angaben aus den Bundesländern	135
11.3 ANGABEN ZU NICHT-GEKENNZEICHNETEN KOSTEN - COFOG	136
11.4 NATIONALE STUDIEN, METHODEN UND ERGEBNISSE	137
11.4.1 Systematische Literatursuche	138
11.4.2 Spezialstudien im Rahmen des Modellprojektes zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige	138
11.4.3 Alkoholismusstudie des Robert Koch-Instituts (RKI)	139
11.4.4 Kosten-Nutzen-Analyse zu Einspareffekte in Gefängnissen	140
11.4.5 Übersichtsarbeit zu Ausgaben für illegale Suchtmittel	140
11.4.6 Kosten des Umgangs mit harten Drogen, Schätzung von 1995	141
11.5 EXPERTENKONTAKTE	143
11.6 ERGEBNIS DER LITERATURERECHERCHE	144

12 BESONDERS GEFÄHRDETE JUNGE MENSCHEN	145
12.1 ZUSAMMENFASSUNG	145
12.2 RISIKOGRUPPENPROFILE	145
12.2.1 Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe	145
12.2.2 Schulabbrecher/Schulversagen	146
12.2.3 Kinder aus suchtblasteten Familien	147
12.2.4 Junge Obdachlose/Straßenkinder	147
12.2.5 Junge Straftäter	149
12.2.6 Jugendliche in sozial benachteiligten Wohngebieten und/oder mit hoher Verfügbarkeit von Drogen	150
12.2.7 Junge Menschen mit Migrationshintergrund	150
12.2.8 Partyszene	152
12.2.9 Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien	152
12.3 DROGENKONSUM UND PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM BEI BESONDERS GEFÄHRDETEN JUNGEN MENSCHEN	153
12.3.1 Prävalenzen	153
12.3.2 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Heimkindern	155
12.3.3 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Kindern in suchtblasteten Familien	155
12.3.4 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Straftätern	155
12.3.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund	156
12.3.6 Besonders gefährdete Gruppen in der behandelten Bevölkerung	157
12.4 BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN DES SUBSTANZGEBRAUCHS BEI BESONDERS GEFÄHRDETEN GRUPPEN JUNGER MENSCHEN	159
12.4.1 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen	159
12.4.2 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen	160
12.5 UMGANG MIT DROGENPROBLEMEN IN BESONDERS GEFÄHRDETEN GRUPPEN	160
12.5.1 Politische und gesetzgeberische Entwicklungen	160
12.5.2 Prävention und Behandlung	161
12.5.3 Spezifische Maßnahmen für besonders gefährdete Gruppen	161
12.5.4 Institutionelle Maßnahmen und Angebote	162
12.5.5 Soziale Integration	163
12.5.6 Trends und Veränderungen	164
12.5.7 Linkliste Projektdatenbanken	166
13 DROGENBEZOGENE FORSCHUNG	169
13.1 FORSCHUNGSSTRUKTUREN	169
13.1.1 Drogenbezogene Forschung in der nationalen Politik	169
13.1.2 Beziehung Forschung - Politik - Praxis	170
13.1.3 Bedeutende nationale Strukturen für drogenbezogene Forschung	170
13.2 NEUESTE BEDEUTENDE STUDIEN UND PUBLIKATIONEN	172
13.2.1 Bedeutende Studien seit 2000	172
13.2.2 Wissenschaftliche peer-reviewed Zeitschriften mit nationalen Autoren	178
13.3 SAMMLUNG UND VERBREITUNG VON FORSCHUNGSERGEBNISSEN	178
13.3.1 Informationsfluss	178
13.3.2 Nationale Wissenschaftliche Zeitschriften	179
13.3.3 Andere Arten der Verbreitung	180

Teil C: Bibliographie und Anhang

14 BIBLIOGRAPHIE	183
14.1 LITERATUR ZUM BERICHT	183
14.2 WEBSITES	193
15 ANHANG	195

Teil D: Standardtabellen und Standardfragebögen

16 STANDARDTABELLEN (ST) UND STANDARDFRAGEBÖGEN (SQ)	196
17 TABELLEN	197
18 ABBILDUNGEN	199

ABKÜRZUNGEN

AMG	Arzneimittelgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtM-ÄndV.	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMG-ÄndG	Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
BUB-Richtlinien	Richtlinien über die Bewertung von ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBDD	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DND	Drogennotdienst
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECDP	European Cities on Drug Policy
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action (Austausch über Aktivitäten zur Reduzierung der Drogennachfrage)
ESA	Epidemiological Survey on Addiction (früher „Bundesstudie“)
EU	Europäische Union
GRV	Gesetzliche Rentenversicherungen
HAART	Highly Activating Antiretrovirale Treatment
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
IFT	Institut für Therapieforschung
IVU	Intravenös applizierende Drogenkonsumenten
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LAAM	Levoalphaacetylmethadol
NGO	Non-governmental organization (Nichtstaatliche Organisation)
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht
RKI	Robert Koch – Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt (DESTATIS)
StGB	Strafgesetzbuch
THC	Tetrahydrocannabinol
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentrales Institut der Kassenärztlichen Versorgungen

Abkürzung	Bundesland	Abkürzung	Bundesland
BW	Baden-Württemberg	NI	Niedersachsen
BY	Bayern	NW	Nordrhein-Westfalen
BE	Berlin	RP	Rheinland-Pfalz
BB	Brandenburg	SL	Saarland
HB	Bremen	SN	Sachsen
HH	Hamburg	AT	Sachsen-Anhalt
HE	Hessen	SH	Schleswig-Holstein
MV	Mecklenburg-Vorpommern	TH	Thüringen

Einführung

Der REITOX-Bericht für Deutschland für das Berichtsjahr 2006/2007 folgt den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2006, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2007, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten Informationen zum Hintergrund enthält - etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung eines Landes oder zu den vorhandenen Datenquellen bei der Übersicht über den Drogenkonsum in der Bevölkerung. Diese Teile werden bei Bedarf überarbeitet und beschreiben jeweils die aktuelle Situation für das Berichtsjahr.

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse aus dem Berichtsjahr. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen. Es wird im Text jeweils auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturieren Fragebogen (SQ) der EBDD verwiesen, welche die Basisinformationen enthalten. Da diese bisher nur elektronisch verfügbar sind und nicht alle ein druckfähiges Layout besitzen, sind sie nicht im Bericht enthalten. Auf Anfrage werden sie gern elektronisch zur Verfügung gestellt. Sie werden in Kürze auch auf der Website der DBDD zur Verfügung stehen.

Weitere Informationen finden Sie für den nationalen Bericht unter www.dbdd.de, für den europäischen Bericht unter www.emcdda.europa.eu.

Tim Pfeiffer-Gerschel

Geschäftsführer DBDD

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 Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt, in der das IFT 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 und die EBDD gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter www.dbdd.de elektronisch zur Verfügung.

Nationale Politik und ihr Kontext

An der Stelle isolierter „Drogen“-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Der aktuelle „Aktionsplan Drogen und Sucht“ stellt das politische Gesamtkonzept dar, in das die unterschiedlichen Aktivitäten eingebettet sind. Der „Drogen- und Suchtrat“, der die Ziele und Maßnahmen des Aktionsplans begleiten und überprüfen soll, hat im September 2005 ein Arbeitsprogramm verabschiedet. Schwerpunkte darin sind die Senkung der Raucherquote und der Quote der Alkoholkonsumenten bei Jugendlichen sowie die Senkung der Quote der Probierer und der regelmäßigen Konsumenten von Cannabis. Schwerpunkte nationaler Politik im Bereich illegaler Substanzen im Berichtsjahr hatten vor allem die Verbesserung der Hilfeangebote für Personen mit Cannabisproblemen, die Erforschung der Auswirkungen missbräuchlichen Cannabiskonsums sowie die Umsetzung der Ergebnisse der Heroinstudie in die Praxis zum Gegenstand.

Drogenkonsum: Verbreitung

Die Ergebnisse des letzten epidemiologischen Suchtsurveys, der 2006 durchgeführt wurde, bestätigen die Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. Auf 5% gesunken ist der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, nur noch rund 3% haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung nach wie vor höher, fällt aber auch geringer aus als in Vergleichsuntersuchungen der Vorjahre. Nur noch 13% der 14- bis 17-jährigen gaben in einer repräsentativen bundesweiten Befragung 2007 an, mindestens einmal in ihrem Leben bereits Cannabis geraucht zu haben. Der Vergleichswert aus dem Jahr 2004 lag noch bei 22%. Die 12-Monats-Prävalenz für Cannabiskonsum bei Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 11 und 17 Jahren liegt neueren Ergebnissen nach unter 10%. Unverändert hingegen ist offensichtlich der Anteil der jungen Erwachsenen, die regelmäßig Cannabis konsumieren. Die letzte Erhebung, die in Hamburger Schulen stattfand, zeigte zwischen 2004 und 2005 keine signifikante Veränderung bei der Prävalenz des Drogenkonsums im letzten Monat. Allerdings zeigte sich ein Trend zur Angleichung der Situation zwischen den Geschlechtern.

Prävention

Die in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 beschriebenen Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden in Deutschland konsequent umgesetzt. Der Gesundheitsschutz und die Prävention haben dabei weiterhin Priorität.

Die Schule ist nach wie vor das wichtigste Setting der Suchtprävention in Deutschland. Zielgruppenspezifische Suchtprävention findet häufig im Freizeitbereich, zunehmend auch in der Schule und in der (internetgestützten) Beratungsarbeit statt. Vermittelt wird der kritische Umgang psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) unter Anwendung der Strategien der Früherkennung und Frühintervention. Den Multiplikatoren und Eltern werden Möglichkeiten für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen aufgezeigt.

Neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen gewinnen strukturelle Ansätze - besonders im Bereich der legalen Suchtstoffe - zunehmend an Bedeutung. Neben den suchtpreventiven Maßnahmen im Bereich der legalen und illegalen Drogen gewannen die Verhaltenssüchte, vor allem die Bekämpfung des „Pathologischen Glücksspiels“, an Bedeutung. Durch gestiegene Qualitätsansprüche im Bereich der Suchtprävention, gewinnen Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen zunehmend an Bedeutung.

Problematischer Drogenkonsum: Umfang und Behandlung

Berechnungen des Umfangs problematischen (d.h. riskanten, schädlichen oder abhängigen) Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 76.000 bis 161.000 Personen (0,1-0,3%). Zu problematischem Konsum im weiteren Sinne finden sich folgende aktuelle Zahlen: „Regelmäßiger“ Konsum bei 12-25-Jährigen bei 3%; gewohnheitsmäßiger (mindestens 25 Mal im Lebenszeitraum), bis in den letzten Monat fortgesetzter Konsum von Cannabis bei 12%, von anderen illegalen Drogen bei 2%. Bei den 14- bis 17-Jährigen beträgt der Anteil der Personen, die regelmäßig Cannabis konsumieren, seit 1993 etwa 2% bis 3% und bei den 18- und 19-jährigen jungen Erwachsenen variiert dieser Anteil zwischen 3,6% und 6,4% und liegt 2007 bei 4,3% (BZgA 2007a).

51% der Klienten, die in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, haben ein primäres Opiatproblem, 31% leiden primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 57% (Opiate: 22%). Im stationären Bereich spielen Opioide unter den illegalen Drogen die größte Rolle. Auch hier steigt jedoch die Zahl der Cannabisfälle. 2006 kam ein Cannabispatient auf 2,4 Patienten mit einer Opiatdiagnose.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

2006 starben in Deutschland 1.296 Menschen an Drogen. Dies entspricht erneut einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem letzten Höchstwert von 2.030 im Jahr 2000 bedeutet diese Zahl einen Rückgang um fast 40%. Ursächlich für die Todesfälle sind in der Regel Opiate, die häufig in Kombination mit anderen psychotropen Suchtmitteln einschließlich Alkohol gebraucht wurden.

Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

Im Jahr 2006 wurden rund 179.000 Delikte im Zusammenhang mit Rauschgiftkonsum erfasst. Handelsdelikte sind dabei nicht berücksichtigt. Die Zahl entspricht erneut einem Rückgang (-8,0%) gegenüber dem Vorjahr. Ursächlich dafür waren rückläufige Deliktzahlen für Cannabis (-10,9%), Heroin (-5,2%), Ecstasy (-21,0%), Kokain (-6,6%) und sonstigen Drogen (-10,3%). Ausschließlich Amphetamindelikte (+15,7%) nahmen im gleichen Zeitraum zu.

Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildung und ein niedriges Einkommen finden sich nach wie vor häufig unter Drogenkonsumenten. Spezielle Maßnahmen der Arbeitslosenversicherung und Angebote des zweiten Arbeitsmarkts setzen an diesem Problem an, das für einen dauerhaften Therapieerfolg von sehr großer Bedeutung ist. Unter den aktuellen Arbeitsmarktanforderungen sind jedoch trotz guter Konjunktur die Chancen sehr begrenzt in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren.

Drogenmarkt

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2005 bis 2006 nur wenig geändert. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana wie bereits im Vorjahr erneut gestiegen und auch der Preis auf Ebene des Straßenhandels ist im Vergleich zum Vorjahr um fast 14% gestiegen. Nach einem leichten Preisrückgang im Vorjahr ist Heroin 2006 auf Straßenebene um etwa 5% teurer als im Vorjahr. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu einem Rückgang des Heroinpreises auf Großhandelsebene um 22%. Auch die Straßenpreise für Amphetamin und Cannabisharz (die ebenfalls zuvor leicht zurückgegangen waren), sind im Vergleich zu 2005 gestiegen. Nur marginale Änderungen ergaben sich für Kokain. Mit gewissen Schwankungen ist seit 1996 der Wirkstoffgehalt von Amphetamin und von Kokain im Straßenhandel kontinuierlich gesunken. Der Wirkstoffgehalt von Heroin ist im Straßenhandel gestiegen, im Großhandel aber mit starken Schwankungen eher stabil geblieben. Wie bereits im Vorjahr, zeigt sich auch von 2005 nach 2006 erneut ein Rückgang des mittleren THC-Gehalts von Cannabisharz und Marihuana. Ein Teil des Rückgangs bei Marihuana erklärt sich aus der Tatsache, dass 2006 alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen gemeldet haben, die mit 10,6% einen höheren Wirkstoffgehalt aufweisen als das Cannabiskraut.

Sonderthema: Drogenbezogene öffentliche Ausgaben

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich systematisch mit gesundheitsökonomischen Aspekten von Suchterkrankungen beschäftigt haben. Eine systematische Analyse der mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen Kosten oder Ausgaben der öffentlichen Hand existiert bislang für Deutschland nicht. Die Mehrheit der bislang zu Kostenschätzungen vorliegenden Studien befasst sich mit den Kosten (volkswirtschaftlich, Versorgung, sozial) von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Studien, die sich mit gesundheitsökonomischen Aspekten des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von illegalen Substanzen befasst haben, sind hingegen nur vereinzelt zu finden. Die überwiegende Mehrheit der zur Verfügung stehenden Arbeiten beschränkt sich auf die Sekundäranalyse bereits vorhan-

dener Daten. Ein grundlegendes Problem aller systematischen Analysen zur Schätzung von Kosten im deutschen Gesundheitswesen stellt dabei die stark fragmentierte Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik dar. Die für Sekundäranalysen verfügbaren Daten sind auf eine Vielzahl von Institutionen und Datenhaltern verteilt und unterliegen zum Teil erheblichen datenschutzrechtlichen Auflagen. Verfügbar sind die direkten Ausgaben der Bundes- und Landesministerien sowie einzelne Studien und einige Statistiken (z.B. der Rentenversicherung oder der deutschen Suchthilfestatistik), die aber insgesamt nur sehr eingeschränkt Aufschluss über umschriebene Ausgabenbereiche geben können. Zudem sind diese Bereiche in der Regel nicht nach einzelnen Substanzen differenziert.

Sonderthema: Besonders gefährdete junge Menschen

In Deutschland gibt es eine umfassende Forschung zu jugendlichen Gruppen, die in besonderem Maße gefährdet sind, Drogen zu konsumieren. Es handelt sich in der Regel jedoch nicht um epidemiologische, sondern um soziologische Studien, die sich bemühen, Zusammenhänge zu erklären, die zu Drogenkonsum führen können. Die beteiligten Disziplinen haben zudem unterschiedliche Blickwinkel: Während repräsentative Studien zur Prävalenz des Drogenkonsums nur bedingt Informationen über die verschiedenen Risikogruppen liefern, ist die Forschung in der Jugend- und Suchthilfe - die den Kontakt zu den Risikogruppen hat - eher prozess- und outputorientiert oder qualitativ ausgerichtet. Wirkungsforschung ist bisher selten, da hierzu häufig die Instrumente und die Finanzen fehlen. Im therapeutischen Setting dagegen ist die Forschung meist quantitativ und outcomeorientiert, aber wenig risikogruppenbezogen. Als Reaktion auf gestiegene Qualitätsansprüche in der Suchtprävention hat es verstärkte Anstrengungen in den vergangenen Jahren gegeben, um verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze von Präventionsmaßnahmen und -programmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen (Bühler & Kröger 2006).

Den vielschichtigen Problemlagen der besonders gefährdeten Jugendlichen steht ein breit gefächertes Angebot an Präventions-, Beratungs-, Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten gegenüber.

Sonderthema: Drogenbezogene Forschung

Forschung mit Bezug zu Drogen in Deutschland deckt die gesamte Bandbreite der Grundlagen- und Anwendungsforschung ab. Den Schwerpunkt bilden Studien zu Tabak- und Alkoholkonsum. Darüber hinaus werden einige bedeutende Projekte zu illegalem Drogenkonsum durchgeführt.

Es gibt keine zentrale nationale Koordinationsstelle für drogenbezogene Forschung in Deutschland. Eine Schlüsselrolle nehmen aber die interdisziplinären Suchtforschungsverbände ein, die seit dem Jahr 2001 im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und in denen substanzspezifische und substanzübergreifende Fragen bearbeitet werden. Hinzu kommen diverse universitäre und unabhängige Institute, die ganz unterschiedliche Schwerpunkte setzen und sich dabei um Fördermittel für ausgeschriebene

Projekte (z.B. vom BMG, BMBF) bewerben oder z.T. auch grundfinanziert sind. Eine Auswahl wichtiger (hinsichtlich der Fördermittel: großer) Studien seit 2000 beinhaltet u.a. das „Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“.

Der Informationsaustausch in der wissenschaftlichen Gemeinschaft wird zu einem großen Teil von den Wissenschaftlern selbst, den Verbänden und Fachgesellschaften organisiert und erfolgt hauptsächlich über wissenschaftliche Kongresse und einschlägige wissenschaftliche Zeitschriften.

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 joint work between the German Reference Centre (DBDD), the Institute for Therapy Research (IFT), the Federal Centre for Health Education (BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (DHS). The German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to EMCDDA guidelines and is available for download at www.dbdd.de

National policy in context

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction” policy which increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. The current “Action Plan for Fighting Drugs and Addiction” is the mainstay of the overall policy concept in which various activities are embedded. The national “Board on Drugs and Addiction” which is to accompany and evaluate the goals and measures laid down in the action plan, introduced its work programme in September 2005. The programme focuses on reducing smoking and alcohol consumption among teenagers as well as on bringing down experimental and regular use of cannabis. Focal points of national policy-making in the field of illicit substances in the reporting year were mainly the improvement of care offers for persons with cannabis problems, the research of the effects of abusive cannabis use as well as putting the results of the heroin study into the field of practice.

Drug use: prevalence and prevention

The results of the last epidemiological survey carried out in 2006 corroborate the findings of earlier surveys, showing that about a quarter of the adult population in Germany has had experience with drugs. The portion of adults who took drugs in the last 12 months fell to 5%; only about 3% used drugs in the last 30 days. Prevalences among teenagers and young adults continue to be higher, but have also decreased compared to studies of previous years. Only 13% of the 14- to 17-year-olds stated in a representative national survey carried out in 2007 to have smoked cannabis at least once in their lifetime compared to 22% in 2004. According to the most recent results, cannabis consumption among teenagers in the age group from 11 to 17 years lies below 10% in the 12-month-category. Unchanged however appears to be the portion of young adults who regularly use cannabis. The last data collection which was conducted in schools in Hamburg didn't show any significant change in the prevalence of drug use in the 30-day-category between 2004 and 2005. However, there are indications that gender differences seem to level off.

Prevention

The guidelines spelled out by the EU-drug strategy 2005-2012 for supply and demand reduction are implemented with resolution in Germany. Hereby, health protection and prevention continue to be given priority.

Schools are still the most important setting for addiction prevention in Germany. Target group specific prevention is commonly taking place in recreational settings, to an increasing extent also in schools and in (Internet-assisted) counselling work. Using strategies of early recognition and early intervention, young people are taught to critically deal with psychoactive substances (risk competence). Multipliers and parents are shown possibilities of dealing with substance abusing youth.

In addition to behavioural measures, structural approaches increasingly gain in importance especially in the area of licit addictive substances. Measures of addiction prevention undertaken in the field of licit and illicit drugs and behavioural addictions have been complemented by a new concentration area dedicated to fighting "pathological gambling" since 2006. In response to higher quality demands in the area of addiction prevention, documentation and evaluation of the measures carried out increasingly gain in importance.

Problem drug use: extent and treatment

Based on the figures from treatment, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates venturing the prevalence of problem (i.e. risky, harmful or dependent) drug use make the number of problematic users of heroin range between 76,000 and 161,000 persons (0.1-0.3%). For problem use in a broader sense, the following figures were found: "regular" use among the 12- to 25-year-olds was found in 3%, habitual (at least 25 times in the lifetime) use of cannabis which was continued until the last month in 12%, use of all other illicit drugs in 2%. Among the 14- to 17-year-olds, the portion of persons who regularly use cannabis has remained roughly between 2% and 3% since 1993. In the age group from 18 to 19 years, this portion ranges between 3.6% and 6.4%, lying at 4.3% in 2007 (BZgA 2007a).

51% of the clients who seek help from outpatient drug counselling facilities, have a primary opiate problem; 31% suffer primarily from cannabis-related problems. Of those who are in therapy for the first time, 57% have cannabis-related disorders (opiates: 22%). In inpatient facilities, opioids continue to play a predominant role among illicit drugs. Here also, the number of cannabis cases is on the rise. In 2006, there was one cannabis patient in 2.4 patients with an opioid diagnosis.

Health correlates and consequences of drug use

1,296 people died of drugs in Germany in 2006. This is again a slight decrease relative to the previous year and a substantial decrease by almost 40% compared to the peak of 2,030 death cases in the year 2000. The death cases were mostly related to opiates which were frequently used in combination with other psychotropic substances including alcohol.

Social correlates and consequences of drug use

In the year 2006, about 179,000 offences in connection with drug use (excluding drug dealing) were recorded. This corresponds to a decrease of -8% relative to the previous year, which can be explained by the declining figures found for cannabis (-10.9%), heroin (-5.2%) ecstasy (-21.0%), cocaine (-6.6%) and other drug offences (-10.3%). Only amphetamine-related offences (+15.7%) increased in the same period of time.

Unemployment, low education and low income are still commonly found problems among drug users. Special measures undertaken by social security agencies and offers made by the second labour market are geared to tackle these problems, which play a decisive role for the outcome of the therapy, but which are hard to solve under current labour market conditions.

Drug Market

There was little change in the development of drug prices between 2005 and 2006. As in the previous year, the wholesale price of marijuana rose again. The price at street level increased by almost 14% relative to the previous year. After a slight decrease in the previous year, heroin at street level is about 5% more expensive in 2006. This development is in contrast with the decline of heroin prices at wholesale level by 22%. Street prices for amphetamines and cannabis resin (which had slightly decreased in the previous year) have gone up compared to 2005. The changes found for cocaine were only marginal. Despite some variations, the level of active substance in amphetamines and cocaine at street level has been on a continual decline since 1996. The level of active substance of heroin increased at street level while remaining rather stable at wholesale level despite strong fluctuations. As in the previous year, the mean THC-content of cannabis resin and marijuana declined again between 2005 and 2006. The decrease in marijuana can be partly explained by the fact that in 2006 all participating laboratories reported their data differentiating between cannabis leaves and flowering tops which have a higher concentration of active substance (10.6%) than the rest of the plant.

Selected issue: drug-related government expenditures

In German-speaking territory there have been very few studies systematically dealing with health-economic aspects of addiction-related illnesses. Nor has there been any systematic analysis of the costs of or governments' expenditures relating to the consumption of illegal drugs in Germany. The majority of studies venturing estimates of costs thus far have focused on the costs (macro-economic, health-care and social) of alcohol abuse and dependence. There have only been scattered studies, on the other hand, which explore the health-economic aspects of abuse or dependence on illegal substances. The vast majority of the studies available are limited to secondary analysis of existing data. One fundamental problem shared by all systematic analyses estimating costs in the German health-care system is illustrated by the highly fragmented health-care system in Germany. The data available for secondary analyses are spread out among a large number of institutions and data sources and in some cases are subject to considerable data-protection requirements. There are data

available on the direct expenditures of the Federal and Länder ministries as well as individual studies and statistics, but these only allow very limited conclusions to be drawn on the areas of expenditures analysed, which moreover are generally not broken down by individual substances.

Selected issue: vulnerable young people

In Germany considerable research has been performed on groups of young people who are particularly at risk of consuming drugs. Generally speaking, these are not epidemiological, but rather sociological studies which seek to explain the factors which may lead to drug consumption. The disciplines involved furthermore adopt different perspectives: while representative studies on the prevalence of drug consumption only provide information on the various risk groups to a limited extent, research on help for adolescents and addicts - who have contact with the risk groups - tends to be process and output-oriented or more qualitative in nature. Research to date on impact is rather scanty, as the tools and funding required are often lacking. In the therapeutic setting, on the other hand, research is usually quantitative and outcome-oriented, but less focused on risk groups. In response to increased quality demands in the area of prevention of addictions, greater efforts have been made in the past years in order to review behavioural and condition preventive approaches in prevention measures and programmes to determine their impact (Bühler & Kröger 2006).

The manifold problems facing youth and adolescents who are particularly vulnerable are matched by a broad range of prevention, counselling, support and treatment opportunities.

Selected issue: drug-related research

Research focusing on drugs in Germany covers the entire bandwidth of basic and application-related research. Although several important projects are also being carried out on illicit drug consumption, the focal point of studies is on tobacco and alcohol consumption.

There is no central national coordinating office for drug-related research in Germany. A key role in drug-related research is however played by interdisciplinary addiction research associations which have been receiving funding since 2001 from the Federal Ministry of Education and Research within the framework of the Federal Government's Health-Research Programme. These research associations explore questions relating to specific substances as well as more general substance-related issues. On top of this, there are various university and independent institutes which have very different focal points and apply for funding in tendered projects (e.g. by the Federal Ministry of Health) or in some cases receive basic funding. A selection of important studies (which in terms of the funding provided can be termed large-scale) since 2000 must also include *inter alia* the "Federal German Model Project on Heroin-Supported Treatment of Persons Dependent on Opium".

The exchange of information in the research community is to a large extent organised by researchers themselves, associations and specialised enterprises and organisations and takes place primarily through research congresses and scholarly journals addressing the field.

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Nationale Politik und ihr Kontext

1.1 Überblick

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

Darüber hinaus erweitert sich das Blickfeld vom ursprünglichen Hauptinteresse an der Substanzabhängigkeit auch hin zu riskantem und schädlichem Konsumverhalten und damit zu einem umfassenden Verständnis einer Gesundheitspolitik für substanzbezogene Störungen und Risiken. Die deutsche Sprache kennt dafür allerdings keinen Kurzbegriff, so dass vor allem der (unzureichende) Begriff der „Suchtpolitik“ weiterhin Verwendung findet. Für die jährlichen Berichte der DBDD hat das zur Folge, dass 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.

1.1.1 Die Struktur Deutschlands

Kompetenzen von Bund und Ländern

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

nen, 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 (z.B. Hessisches Sozialministerium 2006). Dadurch soll nicht zuletzt die Integration von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Tendenziell schwieriger wird dadurch allerdings der überregionale Austausch von Informationen und die Erfassung der Gesamtsituation.

Die Rolle der Leistungsträger

Die Finanzierung von Behandlung und Rehabilitation erfolgt weitgehend durch die Rentenversicherungen bzw. die gesetzlichen Krankenversicherungen. Subsidiär tritt der Sozialhilfeträger ein. Kosten im Zusammenhang mit (sekundären) Erkrankungen in Folge von Drogenkonsum und körperlicher Entgiftung werden in der Regel durch Krankenversicherungen getragen. Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Die Träger der Sozialversicherung sind eigenständig als selbstverwaltete 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 (SGB VIII).

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

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen

Betäubungsmittelgesetz

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) enthält alle wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit diesen Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittel-

telgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe enthalten:

- Anlage I: Nicht-verkehrsfähige und nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. MDMA, Heroin, Cannabis).
- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), Dexamphetamin).
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Amphetamin, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, LAAM, Morphin und Opium).

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

Sozialgesetze

Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind die Rentenversicherungsträger. Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitutionsgestützte Behandlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen.

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II) 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 sogenannten optierenden Kommunen.

Sonstige Gesetze

Weitere relevante 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 Fahrerlaubnisverordnung (FeV), in der Auflagen, Eignungszweifel und der Entzug der Fahrerlaubnis z.B. aufgrund einer vorliegenden Abhängigkeit von Betäubungsmitteln thematisiert werden.

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

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

- Prävention des Suchtmittelkonsums
- Beratung und Behandlung von Konsumenten
- Überlebenshilfen und Schadensreduzierung
- Repression und Reduzierung des Angebots

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

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

Inhaltliche Schwerpunkte bei Drogen- und Suchtthemen des letzten Jahres waren eine umfangreiche und intensive Debatte um den Nichtraucherschutz, die Alkoholprävention insbesondere bei Jugendlichen sowie die Diskussion um die Fortsetzung der heroingestützten Behandlung. Darüber hinaus standen Cannabiskonsum und Rauschtrinken bei Jugendlichen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Im Rahmen der Deutschen Ratspräsidentschaft fand ein Treffen der EU-Drogenbeauftragten statt und es wurde gemeinsam mit der EBDD eine REITOX-Academy zum Thema „Cannabis“ in Berlin durchgeführt. Innerhalb der Horizontalen Gruppe Drogen des Europäischen Rates wurden Themen wie niedrigschwellige Hilfen, Infektionen durch HIV/AIDS und andere durch Blut übertragbare Krankheiten bei Drogenkonsumenten sowie die internationale Kooperation zur Kontrolle von Vorläufer- und Grundstoffen behandelt.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt ist durch die Diskussion um die Aufrechterhaltung des in Deutschland bestehenden staatlichen Wettmonopols entstanden. Durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts im März 2006 wurden die staatlichen Glückspielanbieter mit der Auflage belegt, bis Ende 2007 den Nachweis dafür zu liefern, dass ein staatliches Wettmonopol die besten Voraussetzungen bietet, effektive Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung von Spielsucht strukturell zu verankern und durchzuführen.

1.1.4 Koordination

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 Länder. Alle Länder haben gemeinsam ein Anforderungsprofil für ambulante regionale Suchthilfeeinrichtungen vorgelegt. Es bestehen keine einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Ansätze dazu - die Entwicklung von Leitlinien und Programmen zur Qualitätssicherung - werden jedoch auf fachlicher Ebene durch Fach- und Wissenschaftsverbände und durch die Leistungsträger verfolgt, ohne dass deren Anwendung und Berücksichtigung verpflichtend wäre (siehe 5.5). Aus den dargestellten Gründen kommt in den einzelnen Bundesländern und Kommunen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Die Koordination zwischen Bund und Ländern findet in den Fachministerkonferenzen und deren Gremien statt. Der „Drogen- und Suchtrat“ (DSR) sowie die Bund-Länder-Steuerungsgruppe spielen in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle. Dem DSR angegliedert ist die Arbeitsgruppe „Deutsche Suchthilfestatistik“, die der Abstimmung der statistischen Erhebungen in diesem Bereich dient. Mit Koordinationsaufgaben befasst sich auch die AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des DSR. Die Hauptthemen dieser AG: Verbesserungsideen zu den Übergängen der Hilfen für Suchtkranke von Behandlung in Arbeit, von Haft in Behandlung und Freiheit oder generell eine verbesserte Frühintervention in der Beratung und Behandlung von Sucht- und Drogenkranken. Daneben findet Kooperation zwischen Bund und Ländern projektbezogen statt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (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 „Drogen- und Suchtrat“ zugeordnet ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten. Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche die Abgabe von Betäubungsmitteln mengenmäßig erfasst, sowie das nationale Substitutionsregister führt, das seit 2003 arbeitet.

1.2 Rechtliche Aspekte

1.2.1 Gesetze

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf relevante gesetzliche Änderungen im Berichtsjahr.

Das Betäubungsmittelgesetz

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Umgangs mit Drogen haben sich im Jahr 2006 nicht wesentlich geändert. Mit der 20. Betäubungsmittel-Rechtsänderungsverordnung (BtMÄndV 14.02.2007) wurde die synthetische Droge „Meta-Chlorphenyl-Piperazin (M-CPP)“ der Anlage II (verkehrs-, aber nicht verschreibungsfähige Substanz) des Betäubungsmittelgesetzes unterstellt. Mit der grundlegenden Umstrukturierung und Änderung des Grundstoffrechts auf EU-Ebene im Jahr 2005 werden wesentliche Teile des Grundstoffüberwachungsgesetzes nunmehr auf europäischer Ebene geregelt. Daraus ergibt sich ein erheblicher Anpassungsbedarf für das nationale Recht. Die neue Fassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes in Deutschland wird voraussichtlich Ende 2007 in Kraft treten. Mit der vorgezogenen Änderung einzelner Vorschriften bereits ab 01. Januar 2006 wurden einige Strafbarkeitslücken, die sich in Folge der Änderung des EU-Rechts seit August 2005 entstanden waren, kurzfristig wieder geschlossen.

Rechtliche Aspekte der Heroïnverschreibung

Nach Beendigung der Studie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger („Heroinstudie“) (Naber & Haasen 2006) wurde im Frühjahr 2006 die Zulassung von Diamorphin als Medikament beim BfArM beantragt. Trotz der positiven Ergebnisse des Modellprojektes „heroingestützte Behandlung“ (siehe auch Kapitel 5.6 und 13.2.1) ist der Fortgang der Diamorphin-Behandlung in Deutschland ungewiss. Das BfArM hat den Zulassungsantrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, das gegenwärtig die Verschreibung von Diamorphin verbietet. Eine entsprechende Gesetzesinitiative konnte bisher von der Bundesregierung nicht in den deutschen Bundestag eingebracht werden. Die bereits in das Modellprojekt eingeschlossenen Patienten werden seit Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß § 3.2 des BtMG zunächst weiter mit Diamorphin behandelt.

Diskussion eines Präventionsgesetzes

Der Entwurf eines Präventionsgesetzes konnte in der verkürzten letzten Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 wurde jedoch der Entschluss erneuert, ein solches Gesetz zu schaffen. Zur Zeit wird an einem Entwurf gearbeitet, der sich auf dem Entwurf der letzten Legislaturperiode stützt. Eine Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag im Frühjahr 2008 wird angestrebt. Im Mittelpunkt der Regelungen steht die Stärkung der Gesundheitsförderung und der primären Prävention. Ein Schwerpunkt des Gesetzes ist der Ausbau von Settingmaßnahmen (Kindertagesstätte,

Schule, Betrieb, Senioreneinrichtung, Stadtteil), da auf diese Weise gesundheitlich besonders belastete Personengruppen erreicht werden können. Dies sind insbesondere sozial Benachteiligte und auch Menschen mit Migrationshintergrund, die bislang Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nur wenig wahrnehmen.

Strafgesetz (Maßregelrecht)

Im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung des Maßregelrechts wurde Ende April 2007 eine Reihe von Änderungen durch den deutschen Bundestag beschlossen. U.a. wird es zukünftig stärker als bisher vom absehbaren Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung abhängig sein, ob ein drogenabhängiger Straftäter während des Haftzeitraumes eine Entwöhnungsbehandlung machen kann. Basierend auf dieser Änderung sollen zukünftig nicht therapiefähige oder therapiewillige Patienten schneller als bisher aus dem Maßregelvollzug zurück ins Gefängnis überwiesen werden.

1.2.2 Rechtspraxis

Studie zur Rechtspraxis der Strafverfolgung

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) räumt in § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Allerdings weisen diese Landesregelungen in entscheidenden Punkten - wie etwa bei der Bestimmung der „geringen Menge“ - Unterschiede auf.

Im Rahmen einer rechtsvergleichenden Studie zum Thema „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ wurde die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31a des BtMG - die Möglichkeit des Absehens von der Strafverfolgung - im Kontext anderer Einstellungsvorschriften evaluiert (Schäfer & Paoli 2006). Die Ergebnisse dieser vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg durchgeführten Studie stellte als Ergebnis eine unterschiedliche Anwendung des § 31a des BtMG in den Bundesländern fest. Die Untersuchung wurde bereits im REITOX-Bericht 2006 vorgestellt. Im Jahr 2007 soll festgestellt werden, ob und inwieweit es länderübergreifend zu einer Vereinheitlichung der Richtlinien und der Einstellungspraxis gekommen ist und ob weiterer Handlungsbedarf besteht.

Nach Schleswig-Holstein und Hamburg haben im Juli 2007 auch die Justizministerien der Länder Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen die „geringe Menge“ von Cannabis, bis zu der Besitz strafrechtlich nicht verfolgt wird, von 10g auf 6g abgesenkt (Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz 2007; Justizministerium Nordrhein-Westfalen 2007). Damit haben mittlerwei-

le 14 Bundesländer (Stand: 25.09.2007) diesen Grenzwert (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Die gesamte Bandbreite aller Bundesländer variiert noch deutlich und reicht bis zu 15g. Vor dem Hintergrund, dass sich das Wirkungspotential von Cannabiszubereitungen insbesondere durch die Züchtung von Hochleistungscannabis in Indoor-Plantagen drastisch erhöht hat, empfehlen auch Patzak et al. (2007a, 2007b), die uneinheitlich definierten Unter- bzw. Obergrenzenmodelle der Bundesländer zur Handhabung der Einstellungspraxis wegen der hohen Wirkstoffgehalte des aktuellen Cannabis möglichst zu modifizieren und auf einen einheitlichen Grenzwert festzulegen.

1.3 Institutionelle Rahmenbedingungen, Strategien und Politik

1.3.1 Koordination

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Bereich Gesundheitsversorgung, Sucht und Drogen wird durch eine Reihe von Informationsangeboten unterstützt. Die BZgA hat in Kooperation mit den Landesbeauftragten für Suchtvorbeugung unter dem Namen „Prevnet“ eine nationale Plattform geschaffen, auf der sich Experten und Institutionen der Prävention austauschen können. Das Expertennetzwerk nutzen derzeit etwa 800 Fachkräfte aus über 560 Einrichtungen. Über 300 Projekte sowie Materialien und über 80 Studien sind in dem Portal zu finden. Im interaktiven Bereich haben sich viele Fachkräfte in mehr als 60 (länderübergreifenden) Internetarbeitsgruppen auf PrevNet vernetzt.

1.3.2 Nationale Pläne und Strategien

Der jährliche Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde im Mai 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt. Als eine nach wie vor wichtige Aufgabe wurde darin die Verbesserung des Nichtraucher-schutzes durch Regelungen für einen besseren Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene genannt. Im Oktober 2006 wurde die Jahrestagung der Drogenbeauftragten unter dem Titel „Schutz vor Passivrauchen: Erfahrungen - Modelle - Perspektiven“ durchgeführt. Die Vorbereitung der Aktionswoche „Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze“, die bundesweit vom 14. bis 18. Juni 2007 stattgefunden hat, war ein weiterer Schwerpunkt im Jahr 2006. Ziel der Kampagne war es, eine Diskussion zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol in der Bevölkerung anzustoßen. Einen wichtigen Ansatz zur Verringerung des übermäßigen Alkoholkonsums wird über das Bundesmodellprojekt „HaLT - Hart am Limit“ angestrebt, das Jugendliche nach einer Alkoholvergiftung begleitet und sich gleichzeitig für eine stärkere Beachtung des Jugendschutzgesetzes vor Ort einsetzt. Um die Datenlage zum Medikamenten- und Alkoholmissbrauch im Alter zu verbessern, sollen 2007 vorliegende Daten aus dem Gesundheitssurvey von 1997 für die Altersgruppe der 59- bis 79-Jährigen ausgewertet werden. Mit diesen Informationen sollen das Wissen und erforderliche Angebote zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs verbessert werden. Weiterhin hat das Bundeskabinett aufgrund der bekannt gewordenen Vorfälle im Spitzensport beschlossen, den Besitz von Dopingmitteln unter Strafe zu stellen.

Schwerpunkte aus dem Bereich illegaler Substanzen beziehen sich auf die Verbesserung der Hilfeangebote für Personen mit Cannabisproblemen, den Zugang junger Cannabiskonsumern in das Hilfesystem, den Forschungsstand neuer Konzepte in der Therapie von Cannabiskonsumern und die Auswirkungen des missbräuchlichen Cannabiskonsums sowie die Umsetzung der Ergebnisse der Heroinstudie in die Praxis. Weiterhin ist geplant, die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung durch eine dreijährige Forschungsstudie zu untersuchen.

Der Rahmen der aktuellen „Drogen- und Suchtpolitik“ ist der Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003. Der „Drogen- und Suchtrat“ (siehe 1.3.3) ist das wichtigste Begleit- und Steuerungsgremium für die Umsetzung dieses Plans.

1.3.3 Umsetzung von Politik und Strategien

Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ beschlossen. Zur Umsetzung des Aktionsplans ist ein „Drogen- und Suchtrat“ (DSR) eingesetzt worden, der die Ziele und Maßnahmen begleitet und die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung überprüft sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreitet. Dieser setzt sich aus Vertretern der verantwortlichen Ministerien des Bundes und der Länder sowie der Kostenträger, Verbände, der Forschung und Selbsthilfe zusammen.

Nach seiner Neukonstituierung nach den Bundestagswahlen im Herbst 2005 bestätigte er die übergeordnete Zielsetzung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“, den Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie die stoffungebundenen Süchte zu reduzieren. Folgende Schwerpunkte wurden dabei festgelegt:

- Die Raucherquote bei Jugendlichen (12-17 Jahre) soll bis 2008 auf unter 17% sinken. Sie ist zwischen 2001 und 2005 bereits von 28% auf 18% zurückgegangen.
- Die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken soll von derzeit 20% auf unter 18% bis 2008 gesenkt werden.
- Die Quote von Cannabisprobiern bei 12- bis 25-Jährigen soll von über 31% im Jahr 2004 auf unter 28 % im Jahr 2008 gesenkt werden.
- Die Quote regelmäßiger Cannabiskonsumern bei 12- bis 25-Jährigen soll auf unter 3% im Jahr 2008 zurückgehen.

Zur Umsetzung dieser Ziele wird eine breite Palette von Angeboten sowie die Unterstützung der Länder und der Leistungsträger für notwendig erachtet. Die Ergebnisse aus der Verbundforschung des BMBF und aus der Heroinstudie sollen ebenfalls berücksichtigt werden.

Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Seit 2001 besteht in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung, der in der zweiten Förderperiode bis November 2007 laufen wird. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert werden, kooperieren Wissenschaft-

ler aus verschiedenen Disziplinen in ihrem regionalen Umfeld mit Einrichtungen der Primärversorgung und der Suchthilfe im Rahmen anwendungsorientierter Forschungsprojekte. Schwerpunkt des Arbeitsprogramms ist unter anderem die Optimierung der Zuordnung von Hilfebedarf und Behandlungsangebot (Allokation). Aus der Vielzahl der Teilprojekte werden im Folgenden nur diejenigen aufgeführt, deren Schwerpunkt im Bereich illegaler Substanzen liegt und die im Berichtsjahr noch nicht abgeschlossen waren. Eine Reihe von Ergebnissen, die in dem vorliegenden Bericht enthalten sind sowie die zugehörigen Publikationen, entstammen diesen Projekten:

- Gezielte Frühinterventionen bei Cannabis, Ecstasy und Alkoholkonsumenten:
Aufbauend auf den Ergebnissen einer ersten von 2001-2005 geförderten Studie wird in zwei Arbeitsgruppen in Bonn und Essen im Rahmen des Projektes „Intervention and Neural Psychology in Cannabis Abuse (INCA)“ eine individualisierte Kurzintervention, die eine Reduktion des Cannabiskonsums bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum Ziel hat, untersucht. Vorläufige Analysen der Follow-up-Untersuchungen nach 3 und 6 Monaten zeigen eine deutliche Reduktion des Cannabiskonsums. Ein Teil der Probanden wurde darüber hinaus mittels Computertomographie und bildgebenden Verfahren auf kognitive Veränderungen untersucht. Die endgültigen Ergebnisse dieser Untersuchungen liegen noch nicht vor.
- Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen (CANDIS):
Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie wurde von Januar bis Dezember 2006 ein modulares Behandlungsprogramm für Patienten mit Cannabisstörungen entwickelt und auf Effektivität geprüft. Wegen der hohen Akzeptanz bei teilnehmenden Patienten und Therapeuten, sowie den ermutigenden Therapieergebnissen (deren Stabilität derzeit noch in 3 und 6-Monats-Katamnesen überprüft wird), soll eine Fortführungsstudie zur Implementierung und Evaluierung der CANDIS-Therapie im ambulanten Suchthilfesystem starten (Förderung: Bundesministerium für Gesundheit). Eine Ausweitung der Studie auf europäischer Ebene wird derzeit angedacht (www.candis-projekt.de). Weitere Informationen zum Projekt finden sich auch in Kapitel 13.2.1.
- Versorgungsqualität und Allokation in der Substitutionstherapie (COBRA):
Die Studie untersucht die Praxis der Substitutionsbehandlung in Deutschland, vergleicht dabei den Einsatz von Methadon und Buprenorphin, die Effekte bestimmter Praxismerkmale und beschreibt die betreute Klientel. Ergebnisse der Studie wurden Ende 2006 der Presse vorgestellt (www.cobra-projekt.de).
- Gemeindeorientierte Bedarfsevaluation II, gemeindeorientierte und epidemiologisch basierte Daten als Grundlage für die Planung und Priorisierung von Allokations- und Interventionsstrategien bei Störungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen. Drei Hauptziele werden im zweiten Förderabschnitt bis 2007 verfolgt: Die Abstimmung von Problemprofilen und Hilfsdiensten bei Substanzstörungen, der Transfer verbesserter Allokationsressourcen und -strategien für die im ersten Förderabschnitt identifizierte Hochrisikogruppen und Vergleiche ungedeckten Bedarfs bei Personen mit Substanzstörungen durch Verknüpfung der Befunde mit neun internationalen Längsschnittstudien.

- Prüfung alternativer Allokationsprozesse in der Substitutions-Therapie von opiatabhängigen Patienten auf Basis empirisch ermittelter Behandlungsbedarfe um zur Verbesserung der Behandlungsqualität durch Erkenntnisgewinn für zielgerichtete differenzielle Indikations- und Allokationsentscheidungen beizutragen.

Weitere Forschungsprojekte mit Bundesbeteiligung

- International Cannabis Need of Treatment Study (INCANT)
Ende 2006 begann die dreijährige Hauptstudie der multizentrischen Studie INCANT (International Cannabis Need of Treatment Study), die parallel in den Niederlanden, Frankreich, Belgien, der Schweiz und Deutschland durchgeführt wird. Aus Deutschland ist die Einrichtung „Therapieladen“ aus Berlin, die seit langem auf die Betreuung von Klienten mit primären Cannabisproblemen spezialisiert ist, an INCANT beteiligt (<http://www.incant.de/>). INCANT wurde auch im Rahmen der REITOX-Academy zu Cannabis Ende März 2007 in Berlin durch Vertreter aus Frankreich, den Niederlanden und Deutschland vorgestellt.
- Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“
Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum. Seit April 2006 kooperiert die BZgA mit zwölf Sucht- und Drogenberatungsstellen in sieben Bundesländern, um eine die Verbreitung und Integration des Programms in die kommunalen Strukturen sicherzustellen.
- Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it“
Das deutsch-schweizerische Projekt „Realize it“ zielt auf eine signifikante Konsumänderung bei den teilnehmenden 15- bis 30-jährigen Cannabiskonsumenten. Es wird modellhaft in sechs Drogenberatungsstellen umgesetzt.
- EU-Projekt DRUID
Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt, www.bast.de) ist Konsortialführer eines Projekts der Europäischen Kommission mit 37 Partnern zum Thema "Alcohol, Drugs, Medicines and Driving" (Laufzeit: 2006-2010). Die Thematik der psychoaktiven Substanzen im Straßenverkehr wird umfassend in sieben Arbeitspaketen aufgearbeitet. Von den Ergebnissen dieses interdisziplinären Forschungsprojekts werden wichtige Informationen über die Auftretenshäufigkeit psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr (allein oder in Kombination) und deren Risikopotential erwartet. Darüber hinaus werden im Rahmen experimenteller Studien für diese psychoaktiven Substanzen Vorschläge für bislang nicht vorliegende Gefahrgrenzwerte in Analogie zu Promillegrenzen bei Alkohol ermittelt. Methoden und Richtlinien für die Entdeckung, Verfolgung und Bestrafung von Fahrten unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und Medikamenten sowie Rehabilitationsmaßnahmen werden bewertet und Informationsmaterial sowohl für Fachkreise als auch für das breite Publikum entwickelt und verbreitet (weitere Informationen unter www.druid-project.eu).

Aktivitäten der Bundesländer

Auch die Bundesländer setzten 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. Die Aktivitäten der Länder werden 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.

In Berlin wurde im Jahr 2006 eine zentrale Fachstelle für Suchtprävention aufgebaut, um die vorhandenen präventiven Ressourcen zu bündeln und die verschiedenen Akteure im Land Berlin besser zu vernetzen. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es seit kurzem ein spezialisiertes Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Suchterkrankungen, das an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Stralsund angegliedert ist. Mit der Einrichtung eines Kontaktladens für drogengefährdete und -abhängige Menschen in Rostock wurde darüber hinaus ein niedrighschwelliges Angebot für Betroffene geschaffen. In einem lokalen Projekt wurden die Entwicklungen des Alkohol- und Drogenmissbrauchs im Raum Greifswald/Vorpommern untersucht. Im Rahmen erster veröffentlichter Ergebnisse berichten die Autoren insbesondere bei jungen Menschen unter 25 Jahren von einer bemerkenswerten Zunahme des Cannabiskonsums im Zeitraum 2001-2006 (Hoffmann & Moll 2007). Auch beim Kokainmissbrauch sind erhebliche Zuwächse zu verzeichnen, wobei die absoluten Zahlen jedoch erheblich geringer sind. Amphetamine, einschließlich Ecstasy und neuerer Designerdrogen, zeigen, verglichen mit den anderen Drogen, eher eine geringe Zunahme, wobei hier aber von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Die Hamburger Suchtberatungsstellen sollen zukünftig ihr Angebot auf auch Minderjährige ausweiten und verstärkt Jugendliche und junge Erwachsene ansprechen. In einem Bekanntgabeverfahren wurden drei Suchthilfeträger ausgewählt, in Kooperation mit den Jugendämtern der Hamburger Bezirke und mit Freien Trägern der Jugendhilfe in fünf ausgewählten Regionen ein Angebot der Beratung für suchtgefährdete Jugendliche aufzubauen. Hierzu stellt die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) jährlich 550.000 € zur Verfügung. Um Suchthilfe und Jugendhilfe in Hamburg systematisch zu vernetzen, wurden die Suchthilfeträger verpflichtet, bereits im Rahmen ihrer Bewerbung Kooperationsbeziehungen zu Jugendhilfeträgern oder zumindest entsprechende Bemühungen deutlich zu machen. In einem Modellprojekt wird der Aufbau neuer Beratungsangebote erprobt, wie die Suchtberatung wirkungsorientiert gesteuert werden kann. Zwischen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz sowie den Suchthilfeträgern werden bis zum Sommer 2007 so genannte Wirkungsorientierte Vereinbarungen abgeschlossen, in denen nicht nur die Zielgruppen der neuen Beratungsangebote sondern auch

erwünschte Wirkungsziele, wie zum Beispiel ein regelmäßiger suchtmittelfreier Besuch von Schule und Ausbildung, festgelegt werden.

Im November 2006 wurde in 13 Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe eine Aktionswoche gegen Hepatitis C durchgeführt. Dabei wurden Möglichkeiten der Prävention, Diagnostik und Behandlung aufgezeigt. Es ist geplant, auch zukünftig ähnliche Veranstaltungen durchzuführen, da die Angebote, die z.B. Sprechstunden mit anschließender Impfmöglichkeit (Hepatitis B), Informationsveranstaltungen oder ein Filmbeitrag von den Klienten der Suchthilfeeinrichtungen überwiegend positiv angenommen wurden.

Im Oktober 2006 wurde in Hamburg das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) gegründet. Ziel des DZSKJ ist es, die Qualität der Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen mit fortgeschrittener Suchtgefährdung zu verbessern und an der Praxis orientierte Forschung zu gewährleisten. Das DZSKJ ist an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) angegliedert und z.B. mit der ebenfalls dort bestehenden Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien eng vernetzt. Die Aufgaben des DZSKJ umfassen Forschung, Konzeptentwicklungen, Evaluation sowie Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von gesundheitsschädlichen Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster zu etablieren. Neben den illegalen Drogen stehen insbesondere die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Drogen Nikotin und Alkohol. Hinzu kommt seit 2006 der neue Schwerpunkt: Bekämpfung des „Pathologischen Glücksspiels“ (Details befinden sich in Kapitel 3). Folgende innovative Maßnahmen wurden in 2006 durchgeführt:

- **Beteiligung an der Fußballweltmeisterschaft 2006**

Im Sommer 2000 erhielt der DFB von der FIFA den Zuschlag für die Durchführung der Fußballweltmeisterschaft 2006. Die BZgA bekam den Auftrag, die WM 2006 mit der Kampagne „Kinder stark machen“ zur Vermittlung von Lebenskompetenzen zu begleiten.

Fußballvereine wurden aufgefordert, an dem größten Vereinswettbewerb „Klub 2006 - Die FIFA WM im Verein“ mit einem eigenen Beitrag aktiv mitzuwirken. Eine Möglichkeit war, sich mit einem WM-Tag zu dem Thema „Kinder stark machen“ bei dem Wettbewerb zu bewerben. Die Fußballvereine wurden von der BZgA dabei unterstützt, Suchtvorbeugung zum festen Bestandteil ihrer Kinder- und Jugendarbeit zu machen.

Insgesamt haben 900 Vereine einen WM-Tag ausgerichtet. Davon entschieden sich mit 477 Vereinen mehr als die Hälfte für das BZgA - Thema „Kinder stark machen“. Details befinden sich in Kapitel 3.

- **Transfer des internetgestützten Cannabisausstiegsprogramms „quit the shit“ in kommunale Suchthilfeeinrichtungen**

Das im Jahr 2003 entwickelte Cannabisausstiegsprogramm „quit the shit“ wurde im August 2004 auf dem Internetportal für drogenaffine Jugendliche www.drugcom.de online geschaltet (weitere Informationen in vorherigen Berichten).

Nach Konzeption und Evaluation der ersten Modellphase galt es, in einer zweiten Modell- bzw. Transferphase in 2006, das Programm „quit the shit“ in die kommunalen Strukturen der Jugend- und Drogenhilfe bzw. der Suchtprävention zu integrieren. Mit Hilfe einer Befragung von 629 Sucht- und Drogenberatungsstellen in Deutschland wurden geeignete Kooperationspartner rekrutiert, die sich bei dem Transfer von „quit the shit“ in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe beteiligen wollten. Das „quit-the-shit“-Angebot sollte für die kommunale Ebene ausgebaut werden, um der großen Nachfrage an der Teilnahme an dem Programm nachkommen zu können. Beteiligte Mitarbeiter wurden qualifiziert, die aktuelle Software angepasst und die Organisation der klientenbezogenen „quit-the-shit“-Arbeit umstrukturiert.

Ende 2007 wird ein Evaluationsbericht vorliegen, auf dessen Grundlage der Ausbau des Modellangebots diskutiert wird (weitere Details befinden sich in Kapitel 3).

- **Rap Attack - Musikwettbewerb für sozial benachteiligte Jugendliche im Jugendfreizeitbereich**

Um die Integration des Internetportals für drogenaffine Jugendliche www.drugcom.de in die Alltagspraxis der Jugendfreizeitarbeit zu befördern, wurde Mitte 2006 der Online-Musikwettbewerb Rap Attack durchgeführt.

Mit einem Musikwettbewerb als Projektpromotion wurden sozial benachteiligte Jugendliche über Jugendfreizeitstätten angesprochen. Rap Attack fand als Modellprojekt in den vier Bundesländern Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Sachsen statt. Hier bekamen Jugendliche die Möglichkeit, eigene Rap-Tracks zum Thema „Rausch“ aufzunehmen. Per Uservoting wurden die 30 besten Tracks ausgewählt, von denen wiederum 3 durch eine Profi-Jury aus der Musikbranche zum Sieger erklärt wurden.

Der Wettbewerb wurde so konzipiert, dass er in Zukunft regelmäßig bundesweit durchgeführt werden kann. Aus der Kooperation innerhalb des Wettbewerbs sind zwei Arbeitshilfen zum Thema Cannabis und Alkohol für den Einsatz des Internets und drugcom in der pädagogischen Arbeit mit Jugendlichen entstanden (www.bzqa.de: Themenschwerpunkt Suchtprävention).

Tagungen und Arbeitsgruppen

Die DHS veranstaltete auch im Jahr 2006 eine Kooperationstagung, um die Versorgungsgebiete Psychiatrie und Medizin mit der Suchthilfe auf hochrangiger Ebene zu verknüpfen. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Tagungsverlauf bestätigte, dass die Versor-

gung Suchtkranker im medizinischen System entweder in isolierter, spezialisierter Form (in der Regel in „Substitutionspraxen“) erfolgt oder nur randständig angeboten wird.

„Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze“ lautete das Motto einer bundesweiten Aktionswoche vom 14. bis 18. Juni 2007 die von der DHS, der BZgA und vielen weiteren Partnern durchgeführt wurde. Insgesamt fanden mehr als 2.000 Veranstaltungen im ganzen Bundesgebiet statt, um den Alkoholkonsum zu reduzieren, das Bewusstsein für die Problematik zu vergrößern und die Stigmatisierung von Menschen mit Alkoholproblemen zu überwinden.

Ende März 2007 wurde in Zusammenarbeit zwischen EBDD, DBDD, dem BMG und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine REITOX-Academy zum Thema „Prevention and therapy of cannabis disturbances in Europe: status, projects, need for development“ durchgeführt, an dem Vertreter fast aller nationalen Knotenpunkte der EBDD und zahlreiche Experten teilgenommen haben. Die Ergebnisse der Tagung wurden in einer gemeinsamen Stellungnahme von EBDD und DBDD zusammengefasst.

Die nationalen Drogenkoordinatoren der EU trafen sich im Mai 2007 zu ihrem halbjährlichen Treffen im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft in Berlin, an dem auch der Exekutivdirektor des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), der Vorsitzende der Pompidou-Gruppe des Europarats und der Direktor der EBDD teilnahmen.

Internationale Zusammenarbeit

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die Europäische Kommission, die Horizontale Drogen Gruppe (HDG), die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und die Pompidou-Gruppe beim Europarat sind dabei die wichtigsten Partner. Bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht fanden mit Polen und Kroatien (Twinningprojekte, Austausch zum Programm FreD) und mit Frankreich statt. Insbesondere im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 wurden zahlreiche themenspezifische Veranstaltungen und Arbeitstreffen mit internationalen Partnern organisiert, die z.T. bereits an anderer Stelle Erwähnung fanden (z.B. verschiedene inhaltliche Schwerpunkte der HDG, REITOX-Academy zu Cannabis).

1.3.4 Effekte von Politik und Strategien

Auf einen deutlichen Anstieg des Konsums von spirituosenhaltigen Mischgetränken („Alkopops“) reagierte die Bundesregierung 2004 mit einer Sondersteuer, die diese Getränke deutlich verteuerte. Die Ergebnisse einer bereits im Vorjahr erwähnten Studie der BZgA (Christiansen, von Rüden & Töppich 2005) als auch einer regionalen Untersuchung von Baumgärtner (2006a) zeigten, dass bei Jugendlichen sowohl der Alkopopskonsum als auch der Alkoholkonsum insgesamt zurückgegangen waren.

Die Alkoholindustrie hat auf die politischen Maßnahmen unter anderem mit der Einführung von Mischgetränken auf der Basis von Bier und Wein reagiert. Erste Hinweise auf Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Gesamtkonsummengen wurden im Juni 2007 anlässlich der Suchtwoche 2007 von der BZgA in Form aktueller Ergebnisse der Repräsentativuntersu-

chung 2007 zum Alkoholkonsum Jugendlicher vorgestellt. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Untersuchungen aus den Jahren 2004 und 2005 war festzustellen, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen - nach einem Rückgang zwischen 2004 und 2005 - wieder deutlich angestiegen ist. Dieser Anstieg ist besonders auffällig bei den 16- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen. Die Trinkmenge liegt 2007 in etwa wieder auf dem Niveau von 2004.

Sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen nimmt die Bereitschaft zu, innerhalb kürzerer Zeit mehr als fünf Gläser alkoholischer Getränke zu trinken. Dies auch als „Binge Drinking“ bezeichnete Verhalten ist ein Indikator für riskanten Alkoholkonsum. Jeder zweite Jugendliche im Alter von 16 bis 17 gibt Anfang 2007 an, im letzten Monat mindestens an einem Tag fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. Im Jahr 2005 lag dieser Wert noch bei 40% der Jugendlichen.

Der Anstieg im Alkoholkonsum ist im Wesentlichen auf eine Zunahme des Konsums von Bier, Bier-Mixgetränken und Spirituosen zurückzuführen. Die noch vor wenigen Jahren bei den Jugendlichen so populären Alkopops werden dagegen weiterhin kaum noch getrunken.

1.4 Budgets und öffentliche Ausgaben

Ausführliche Angaben zu diesem Bereich sind dem Sonderkapitel „Öffentliche Ausgaben“ (Kapitel 11, ab Seite 127) im Teil B dieses REITOX-Berichtes zu entnehmen.

1.5 Sozialer und kultureller Kontext

Im Berichtsjahr war die öffentliche Diskussion in Deutschland nach wie vor stark von den Themen Wirtschaft, Arbeitslosigkeit, Gesundheits- und Steuerpolitik geprägt. Das größte Interesse in öffentlichen Diskussionen und der Berichterstattung zu süchtigem Verhalten fand insbesondere im Frühjahr 2007 exzessiver Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Rahmen so genannter „flatrate“-Parties und das damit verbundene binge drinking („Komasaufen“), das im Frühjahr 2007 auch zu einem Todesopfer geführt hat. Unter den illegalen Drogen steht Cannabis als eine in allen gesellschaftlichen Schichten verbreitete Substanz, aber auch vereinzelt Kokain im Zentrum der Aufmerksamkeit. Außerdem gab es im ersten Halbjahr 2007 einige Berichte zu biogenen Drogen (insbesondere zu *Salvia divinorum*). Im Frühjahr 2007 gab es darüber hinaus eine rege Berichterstattung zu den Ergebnissen der Heroinstudie und der ungewissen Zukunft des Projektes.

Öffentliche Meinung zu Drogenfragen

Es liegen keine neuen Studien hierzu vor.

Einstellungen zu Drogen und Drogenkonsumenten

Im Rahmen der Hamburger Schülerbefragung werden auch Informationen über das „Image“ verschiedener Substanzen gesammelt und nach drei Dimensionen ausgewertet, um daraus zukünftige Entwicklungen im Konsumverhalten abzuleiten. Die aktuelle Erhebung des Jahres 2005 zeigt im Vergleich zum Vorjahr für Amphetamine, Pilze, Kokain und LSD signifikant rückläufige positive Bewertungen in allen drei Dimensionen, bei Cannabis in zwei Dimensio-

nen und bei Ecstasy und Tabak in einer Dimension. Das Image von Alkohol blieb unverändert. Folgt man der Logik des Ansatzes, so sind damit in den kommenden Jahren eher rückläufige Prävalenzen des Konsums zu erwarten (Baumgärtner 2006a). Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigt im Langzeittrend ebenfalls eine sinkende Bereitschaft zum Konsum von Amphetaminen und Ecstasy (BZgA 2004).

Parlamentarische Initiativen und die Bürgergesellschaft

Parlamentarier des Bundestags waren an der Diskussion aktueller Themen aktiv beteiligt (zum Beispiel zur diamorphingestützte Behandlung, Umsetzung der Substitutionsbehandlung, Fahren unter Cannabiseinfluss, Verbreitung von Methamphetamin). Neben den Regierungsaktivitäten zur Drogenpolitik fanden keine weiteren spezifischen Initiativen statt.

Durch das Prinzip der Subsidiarität spielt die DHS als Dachorganisation der Wohlfahrtsverbände in der Suchthilfe eine wichtige Rolle in der deutschen Bürgergesellschaft. Anknüpfend an das Projekt „Bridging the Gap“, das von 2003-2006 durchgeführt wurde, arbeitet sie im Rahmen des Folgeprojektes „Building Capacity“ derzeit mit Partnern aus 30 europäischen Ländern und internationalen Partnerorganisationen an einem Netzwerk für Alkoholpolitik, um die Entwicklung einer umfassenden Strategie zur Reduzierung alkoholverursachter Schäden in Europa zu fördern. Das Projekt wird von der Europäischen Union und vom BMG finanziell gefördert. Größer angelegte nicht-staatliche Initiativen im Bereich der Drogenproblematik sind derzeit nicht bekannt.

Darstellung von Suchtthemen in den Medien

Die Darstellung von Suchtthemen in den Medien ist eng mit dem sozialen und kulturellen Kontext verbunden. Die Berichterstattung prägt die gesellschaftlichen Diskussionen in erheblichem Maße mit. Daher ist die Berichterstattung zu Sucht und (illegalen) Drogen hinsichtlich ihrer Inhalte praktisch identisch mit den bereits oben unter 1.5 genannten Themen. So gab es Ende 2006/Anfang 2007 eine rege Debatte um die Fortführung der Heroinstudie. Praktisch alle relevanten regionalen und überregionalen Medien haben zu diesem Thema berichtet. Im Frühjahr 2007 gab es eine breite Berichterstattung zu binge drinking bei Jugendlichen, die insbesondere durch einen Todesfall in diesem Kontext initiiert wurde. Diese Berichterstattung dauert - wenn auch weniger intensiv - nach wie vor an. Die Resonanz des Drogenberichts der EBDD war stärker als in den Vorjahren.

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.1 Überblick

Aspekte des Drogenkonsums

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 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.

Datenquellen

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.

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen für den Gebrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle 3-4 Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) in einer Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 2004 statt (BZgA 2004). Ergänzend dazu wurden von der BZgA 2007 erste Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Cannabiskonsum unter 3.602 Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007a). Die Datenerhebung wurde mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Die Durchführung der Interviews fand im Januar und Februar 2007 statt.
- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey on Substance Abuse: ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finan-

zieller Unterstützung des BMG seit 1990 durch das IFT 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. Die letzte Erhebung fand 2006 statt, die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2007 veröffentlicht (Kraus et al. in Druck). Erste Daten konnten aber bereits in den diesjährigen REITOX-Bericht aufgenommen werden.

- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) wurde bereits 1995 in 26, 1999 in 31 und 2003 in 35 europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligen sich in 2007 zum zweiten Mal nach 2003 an dieser Erhebung. Es nehmen die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen teil. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN, Stockholm, koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Sie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. Bei der aktuellen Erhebung lag die bereinigte Stichprobengröße bei 12.448 Schülern aus 586 Klassen an 567 Schulen, die Ergebnisse werden für Ende 2007 erwartet.
- Im Rahmen der von der WHO unterstützten Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC), die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern durchgeführt wird, haben sich 2005/06 fünf Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hamburg, Sachsen, Hessen) an der Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren beteiligt. Bei der Erhebung 2006 wurden auch Angaben zum Konsum illegaler Drogen erfasst. Erste Ergebnisse liegen seit dem Sommer 2007 vor (Setttertobulte & Richter 2007).
- Anfang 2007 wurden die ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vorgelegt (Lampert & Thamm 2007). Die Ergebnisse beruhen auf bundesweiten repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Für die Analysen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum wurde auf Informationen aus Befragung der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sowie deren Eltern zurückgegriffen.

Neben diesen zum größten Teil regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden im Auftrag einiger Bundesländer in unregelmäßigen Abständen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich unter anderem auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz, auf Gebrauchsmuster oder Merkmale einer bestimmten Konsumentengruppe konzentrieren.

In Hamburg fand 2005 im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum zweiten Mal eine Erhebung unter 14 bis 18-jährigen Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ statt. Die Ergebnisse wurden bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt (Baumgärtner 2006a).

Es wird jeweils über die Ergebnisse der aktuellen Drogenaffinitätsstudie und der Bundesstudie sowie über relevante Teilergebnisse der anderen genannten Quellen berichtet. Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, so werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt, Details finden sich hierzu in den früheren REITOX-Berichten. Von der BZgA wurden 2007 zwei Untersuchungen vorgestellt, die den Cannabis- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersucht haben. Beide Studien werden nachfolgend dargestellt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist allerdings 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). 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 1. Sie basiert auf den Ergebnissen der letzten beiden ESA (2003, 2006) und der DAS (2004). Die Daten aus der DAS wurden bereits detailliert im REITOX-Bericht 2004 dargestellt. Aufgrund des mehrjährigen Abstands zwischen den Erhebungen wurden die Absolutzahlen der DAS (2004) und der letzten ESA (2006) nicht zu Gesamtzahlen addiert. In 2008 werden voraussichtlich die Ergebnisse einer neuen Drogenaffinitätsstudie vorliegen.

Aus dieser Darstellung wird deutlich, dass sich im ESA 2006 die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen seit der Erhebung im Jahr 2003 praktisch nicht verändert hat (2006: 25,4%; 2003: 25,2%). Allerdings liegen die Vergleichswerte sowohl für den Konsum illegaler Drogen innerhalb der letzten 12 Monate (2006: 5,4%; 2003: 7,3%) als auch innerhalb der letzten 30 Tage (2006: 2,7%; 2003: 3,9%) deutlich unterhalb der Ergebnisse der ESA 2003 (Details sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten) (Tabelle 1). Diese Rückgänge werden praktisch ausschließlich durch niedrigere Prävalenzen beim Konsum von Cannabis erklärt und deuten möglicherweise (insbesondere unter Berücksichtigung einer neueren Studie der BZgA, die zu ähnlichen Ergebnissen kommt) auf eine Trendwende beim Cannabiskonsum hin. Legt man die aktuellen Zahlen des ESA 2006 zugrunde, läge die Zahl der aktuellen Konsumenten (12 Monate, 30 Tage) in der Altersgruppe 18-59 Jahre deutlich unterhalb der Vergleichswerte von 2003.

Die im aktuellen ESA gewonnenen Ergebnisse liegen nach wie vor oberhalb der von Raschke und Kollegen (2005) in Schleswig-Holstein (SH) erhobenen 12-Monats-Prävalenzen für illegale Drogen außer Cannabis (SH: 0,3%; Bund: 1,2%), wobei sich die Angaben für Cannabis nur noch geringfügig unterscheiden (SH: 4%; Bund: 5%).

Tabelle 1. Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland¹⁾

	Quelle	Alter	Prävalenz	Population	Absolut
Lebenszeit					
	ESA '06	18-59	25,4%	47.106.787	11.965.000
	ESA '03	18-59	25,2%	47.140.383	11.879.000
	DAS '04	12-17	15,7%	5.684.349	892.000
	DAS '04 + ESA '03 ³⁾	12-59	24,2%	52.824.732	12.784.000
12 Monate					
	ESA '06	18-59	5,4%	47.106.787	2.544.000
	ESA '03	18-59	7,3%	47.140.383	3.441.000
	DAS '04	12-17	10,4%	5.684.349	591.000
	DAS '04 + ESA '03	12-59	7,6%	52.824.732	4.015.000
30 Tage²⁾					
	ESA '06	18-59	2,7%	47.106.787	1.272.000
	ESA '03	18-59	3,9%	47.140.383	1.838.000
	DAS '04	12-17	2,5%	5.684.349	142.000
	DAS '04 + ESA '03	12-59	3,7%	52.824.732	1.958.000

¹⁾ DAS 2004 (BZgA 2004); ESA 2003 (Kraus, Augustin & Orth 2005), ESA 2006 (Kraus et al. in Druck)
Bevölkerungszahlen: Statistisches Bundesamt 2006b.

²⁾ DAS: „gegenwärtiger Konsum“ statt 30-Tage-Prävalenz, Absolut: Zahlen gerundet.

³⁾ Gesamtzahlen ohne Berücksichtigung von Gewichten berechnet, reine Addition der Einzelwerte, die sich aus der Multiplikation von Prävalenzen und Bevölkerungszahl in der jeweiligen Altersgruppe ergeben.

Tabelle 2. Prävalenz im Lebenszeitraum für illegale Drogen¹⁾

Substanz	Untersuchung	DAS (%)		ESA (%)		Gesamt (N) ²⁾
	Altersgruppe	12-17 Jahre	18-59 Jahre	18-59 Jahre	12-59 Jahre	2004 und 2003
	Jahr	2004	2003	2006	2004 und 2003	
Amphetamine		0,7	3,4	2,7		1.643.000 ⁴⁾
Cannabis		15,2	24,5	24,7		12.413.000
Ecstasy		1,0	2,5	2,2		1.235.000
LSD		< 0,5	2,5	1,9		1.207.000
Kokain		< 0,5	3,1	2,7		1.490.000
Pilze		0,8	2,7	2,6		1.318.000
Schnüffelstoffe		0,9	1,5	1,2		758.000
Drogen außer Cannabis		--	7,1	6,3		3.347.000

¹⁾ DAS 2004 (BZgA 2004); ESA 2003, 2006 (eigene Berechnungen).

²⁾ Gesamtzahlen ohne Berücksichtigung von Gewichten berechnet, reine Addition der Einzelwerte, die sich aus der Multiplikation von Prävalenzen und Bevölkerungszahl in der jeweiligen Altersgruppe ergeben.

³⁾ Prävalenzen < 0,5 wurden bei der Berechnung der Gesamtzahl als Prävalenzen = 0,5 gesetzt; die Ergebnisse werden dadurch konservativer im Sinne einer höheren Schätzung.

⁴⁾ Alle Angaben gerundet auf Tsd.; Aufgrund des mehrjährigen Abstands zwischen den Erhebungen wurden die Absolutzahlen der DAS (2004) und der letzten ESA (2006) nicht zu Gesamtzahlen addiert.

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Zur Prävalenz einzelner Drogen liegen mit der aktuellen ESA-Studie neue Ergebnisse vor. Die wichtigsten Angaben zur Prävalenz einzelner Substanzen im Lebenszeitraum sind für die beiden Altersgruppen in Tabelle 2 zusammengestellt worden. Dabei wurden den neuesten Daten des ESA 2006 auch die Ergebnisse aus 2003 gegenüber gestellt. Es zeigen sich in 2006 im Vergleich zu 2003 für praktisch alle Substanzen leichte Rückgänge der Prävalenzen - außer für Cannabis, dessen Wert praktisch unverändert geblieben ist.

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse des ESA 2006 für Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage Prävalenzen getrennt nach Geschlecht und einzelnen Substanzen noch einmal im Detail dargestellt. Die im Vergleich zu Tabelle 2 leicht differierenden Werte der Lebenszeitprävalenzen ergeben sich durch den Bezug auf die Altersgruppe von 18-64 Jahren (im Vergleich zu 18-59 Jahren). Betrachtet man den Konsum innerhalb der letzten 12 Monate als Hinweis auf die Größe der Gruppe der aktiven Konsumenten, lässt sich feststellen, dass Cannabis nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch Kokain (0,6%), Amphetamine (0,5%), Ecstasy und Pilze (beide 0,4%). Der Konsum von Heroin, LSD und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

Der Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem in den Altersgruppen bis etwa 40 Jahre auftritt. Für die Bevölkerungsgruppe 18-39 Jahre liegen für den ESA seit 1990 Vergleichswerte vor, die für Trendanalysen genutzt werden können. Abbildung 1 und Tabelle 4 beinhalten die Ergebnisse für die 12-Monats-Prävalenzen (Tabelle 4: zzgl. Lebenszeit) einzelner Substanzen sowie für illegale Drogen insgesamt für die Erhebungsjahre des ESA seit 1990 (Kraus et al. in Druck).

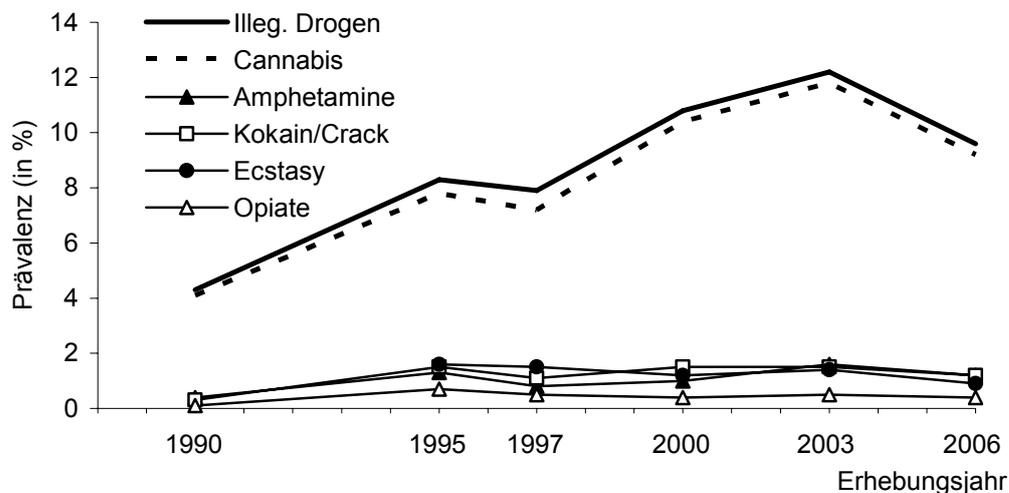
Es wird deutlich, dass Variationen in der 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen (insgesamt), die als Näherung für die Zahl der aktiven Konsumenten betrachtet werden kann, zu jedem Zeitpunkt primär auf die Unterschiede in der Zahl der Cannabiskonsumenten zurückzuführen ist. Auffallend ist auch in dieser enger gefassten Altersgruppe der in 2006 zu beobachtende deutliche Rückgang der 12-Monats Prävalenz von Cannabis im Vergleich zu 2003 und ein Absinken unterhalb des Wertes aus dem Jahr 2000. Bei den anderen Substanzen lassen sich über die Jahre nur geringe Variationen beobachten.

Angaben über den Konsum von Methamphetaminen liegen in den gängigen epidemiologischen Studien nicht getrennt vor. Es ist jedoch nach wie vor davon auszugehen, dass sie im Vergleich zu den anderen Substanzen in Deutschland nach wie vor nicht sehr verbreitet sind. Sicherstellungen von Methamphetaminen finden sich vor allem in Bayern und Sachsen im Grenzgebiet zu Tschechien. Methamphetamin wird in Deutschland fast ausnahmslos in kristalliner Form sichergestellt. Im Jahr 2006 wurden in 416 Fällen rund 11kg kristallines Methamphetamin sichergestellt. Rund 90 Prozent der Fälle wurden wiederum durch die Länder Bayern, Sachsen und Thüringen erfasst, wobei die Sicherstellungsmengen in Thüringen im Vergleich zu Bayern und Sachsen nur gering sind (Bundeskriminalamt 2007a).

Tabelle 3. Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (Altersgruppe 18-64 Jahre)

Prävalenz (in %)	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
Lebenszeit			
Cannabis	23,0	26,6	19,2
Amphetamine	2,5	3,0	2,0
Ecstasy	2,0	2,5	1,5
LSD	1,7	2,4	1,1
Heroin	0,4	0,5	0,4
Kokain	2,5	3,0	2,0
Crack	0,3	0,4	0,2
Pilze	2,4	3,1	1,6
12-Monate			
Cannabis	4,7	6,4	2,9
Amphetamine	0,5	0,8	0,2
Ecstasy	0,4	0,8	0,1
LSD	0,1	0,2	0,0
Heroin	0,1	0,1	0,1
Kokain	0,6	0,9	0,3
Crack	0,1	0,1	0,0
Pilze	0,4	0,6	0,2
30-Tage			
Cannabis	2,2	3,1	1,3
Amphetamine	0,3	0,5	0,1
Ecstasy	0,2	0,3	0,0
LSD	0,0	0,1	0,0
Heroin	0,1	0,1	0,1
Kokain	0,2	0,3	0,1
Crack	0,0	0,1	0,0
Pilze	0,1	0,1	0,0

ESA 2006 (Kraus et al. in Druck).



Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1990-2006 (Kraus et al. in Druck).

Abbildung 1. Trends: 12-Monatsprävalenz illegaler Drogen in der Altersgruppe 18-39 Jahre

Tabelle 4. Trends der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18-39 Jahre)

		Prävalenz in %					
		1990	1995	1997	2000	2003	2006
Illeg. Drogen	LT	14,6	19	18,9	27,7	33,8	34,7
	12M	4,3	8,3	7,9	10,8	12,2	9,6
Cannabis	LT	14,0	18,2	17,6	27,2	33,1	33,9
	12M	4,1	7,8	7,2	10,4	11,8	9,2
Amphetamine	LT	2,8	3,6	2,1	3,0	4,6	4,0
	12M	0,4	1,3	0,8	1,0	1,6	1,2
Ecstasy	LT		2,5	2,8	2,8	4,4	4,3
	12M		1,6	1,5	1,2	1,4	0,9
LSD	LT	1,8	2,3	1,8	2,3	3,1	2,3
	12M	0,1	0,9	0,6	0,3	0,4	0,2
Opiate	LT	1,4	2,2	1,1	1,4	1,9	1,4
	12M	0,1	0,7	0,5	0,4	0,5	0,4
Kokain/Crack	LT	1,3	3,2	2,0	3,7	4,8	4,1
	12M	0,3	1,5	1,1	1,5	1,5	1,2

LT = Lebenszeitprävalenz; 12M = 12 Monats-Prävalenz.
Kraus et al. (in Druck).

Überwiegend wird Methamphetamin in kristalliner Erscheinungsform „Crystal“ in der Republik Tschechien für die deutschen Abnehmermärkte hergestellt und über die Anrainergrenze zu Bayern und Sachsen in das Bundesgebiet eingeschmuggelt. Es ist davon auszugehen, dass der größte Teil der Drogen auf dem Markt aus Tschechien stammt, wo - neben der Slowakei - eine größere Zahl kleiner Drogenlabors besteht und die Substanz unter dem Namen „Pervitin“ seit langem verbreitet ist (Deutscher Bundestag 2006).

2.3 Drogenkonsum an Schulen und unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Konsum legaler psychotroper Substanzen

Im Jahr 2005 wurde in Hamburg die Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln („Schulbus“) zum zweiten Mal durchgeführt. Über die Ergebnisse wurde bereits im letzten REITOX-Bericht ausführlich berichtet (Baumgärtner 2006a).

In einer aktuellen Studie der BZgA aus dem Jahr 2007 wurden 3.602 Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung war, dass der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die regelmäßig (d.h. mindestens ein alkoholisches Getränk pro Woche) konsumieren, nach einem leichten Rückgang von 2004 bis 2005 im Erhebungsjahr 2007 wieder angestiegen ist. Im Jahr 2007 haben 22% der Jugendlichen regelmäßig Alkohol getrunken, 2005 lag dieser Anteil bei 19%, 2004 bei 21%.

Nach Einführung der Sondersteuer für spirituosenhaltige Alcopops ist der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal im Monat spirituosenhaltige Alcopops trinken, weiterhin rückläufig. Der Anteil 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal monatlich spirituosenhaltige Alcopops trinken, ist von 28% im Jahr 2004 über 16% im Jahr 2005 auf 10% im

Jahr 2007 gesunken. Seit 2005 steigt aber die pro Kopf konsumierte Alkoholmenge bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen wieder. Dieser Gesamtanstieg ist auf den vermehrten Konsum von Bier, Bier- bzw. weinhaltigen Mischgetränken sowie Spirituosen insbesondere bei den männlichen Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren zurückzuführen.

Insgesamt hat sich der in einer Untersuchung aus dem Jahr 2005 festgestellte Rückgang des Gesamtalkoholkonsums Jugendlicher nicht fortgesetzt. Der Konsum alkoholischer Getränke ist sogar bei Teilgruppen der Jugendlichen über den Wert von 2004 angestiegen.

Auch der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die im letzten Monat mindestens einmal an einem Tag fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke trinken (Binge-Trinken), steigt deutlich an und beträgt nun 26% (BZgA 2007b).

Auch aus der der HBSC-Studie stammen neuere Informationen zum Alkoholkonsum von Jugendlichen (Setttertobulte & Richter 2007). Demnach trinken nur wenige 11- und 13-Jährige regelmäßig Alkohol. Unter den 11-jährigen Jungen sind es 2,2% die mindestens einmal pro Woche Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke zu sich nehmen. Bei den 11-jährigen Mädchen sind es weniger als 1%. Unter den 13-Jährigen konnten bereits 5,9% der Jungen und 3,4% der Mädchen als regelmäßige Alkoholkonsumenten ermittelt werden. Für viele Jugendliche wird Alkoholgenuss etwa ab dem 14. Lebensjahr üblich. So trinkt bereits etwa ein Viertel der 15-jährigen Jungen regelmäßig. Mädchen dieses Alters sind mit einem Anteil von 15% zurückhaltender. Differenziert man die einzelnen Getränkearten weiter, so zeigt sich, dass Bier bei den 15-Jährigen das beliebteste Getränk ist. Alkopops und andere alkoholhaltige Getränke stehen nach wie vor an zweiter Stelle mit einer regelmäßigen Konsumhäufigkeit für Alkopops von 9,6% bei Jungen und 5,8% bei Mädchen. Auffällig ist, dass im Vergleich zu früheren Erhebungen der Konsum von Spirituosen bei 15-jährigen zugenommen hat. Heute trinken 6,7% der Jungen und 4,8% der Mädchen diese regelmäßig.

Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) haben von den 11- bis 17-Jährigen 64,8% der Jungen und 63,8% der Mädchen schon einmal Alkohol getrunken (Lampert & Thamm 2007). Als regelmäßige Alkoholkonsumenten können 38,6% der 11- bis 17-jährigen Jungen und 22,2 % der Mädchen gleichen Alters bezeichnet werden. Von den 17-jährigen Jungen gaben 67,2% an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken, von den Mädchen sind es hingegen nur 39,7%. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch bei der bevorzugten Getränkesorte. Bier wird von 45,9% der 14- bis 17-jährigen Jungen mindestens einmal pro Woche getrunken, im Vergleich zu 17,4% der Mädchen dieses Alters. Der regelmäßige Konsum von Wein, Obstwein und Sekt wird von 9,1% der Jungen und 12,3% der Mädchen angegeben. Spirituosen werden von 17,5% der Jungen und 11,2% der Mädchen wöchentlich konsumiert.

In der letzten HBSC-Studie wurden die Jugendlichen auch nach ihren Erfahrungen mit Tabak befragt. 11,7% der befragten 11-jährigen Jungen (7,5% der Mädchen) bejahten, mindestens einmal eine Zigarette oder Zigarre oder Pfeife geraucht zu haben. In den höheren Altersgruppen kehrt sich dieser Erfahrungsvorsprung der Jungen gegenüber den Mädchen um: Unter den 13-Jährigen sind es bereits mit 32,9% zu 29,6% mehr Mädchen als Jungen, welche be-

reits einmal geraucht haben. Besonders groß wird dieser Unterschied dann bei den 15-Jährigen, von denen Mädchen zu 60,1% und Jungen zu 54,4% mindestens einmal geraucht haben. In früheren HBSC-Studien finden sich diese Datenmuster kaum (Settortobulte & Richter 2007).

Nach den Daten des KiGGS rauchen 20,5 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,3 % der gleichaltrigen Mädchen. Die Prävalenzen steigen im Altersgang von unter 2% bei den 11- und 12-Jährigen auf über 40% bei den 17-Jährigen an (Lampert & Thamm 2007). Der Großteil der 11- bis 13-Jährigen, der raucht, greift nur gelegentlich zur Zigarette. Von den 14- bis 17-Jährigen rauchen hingegen viele regelmäßig: 25,5 % der Jungen und 25,7 % der Mädchen rauchen mindestens einmal in der Woche, 21,4% der Jungen bzw. 20,8% der Mädchen sogar täglich. Als starke Raucher lassen sich, gemessen an einem Konsum von 10 Zigaretten und mehr am Tag, 13,1% der Jungen und 10,3% der Mädchen einstufen. Dass sie 20 oder mehr Zigaretten am Tag rauchen, wurde von 2,4% der Jungen und 1,9% der Mädchen angegeben. Im Durchschnitt konsumieren die 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die regelmäßig rauchen, 9,2 bzw. 7,9 Zigaretten am Tag.

Die Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Längsschnittuntersuchung an 3.021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Alter bei Baseline: 14-24 Jahre), die zwischen 1995 und 1999 untersucht wurden, haben relativ hohe Raten an Substanzmissbrauch und -abhängigkeit in der Population ergeben. Demnach betrug die Lebenszeit-Inzidenz (bis zu einem Alter von 28 Jahren) für irgendeinen Substanzmissbrauch oder eine -abhängigkeit 43,8% (12-Monats-Prävalenz: 24,4%), wobei die Werte für Nikotinabhängigkeit (24,8%) und Alkoholmissbrauch (19,3) am höchsten waren. Darüber war ein sinkendes Einstiegsalter für substanzbezogene Störungen bei den jüngeren Kohorten zu beobachten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass insbesondere der Prävention (universell und selektiv) von Nikotingebrauch bzw. -abhängigkeit eine Schlüsselrolle zukommt, da Nikotinabhängigkeit eine hohe Assoziation mit anderen Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen aufweist (Perkonig et al. 2007).

Konsum einzelner Drogen

Erfahrungen mit Cannabis sind am häufigsten; Pilze, Amphetamine und Ecstasy folgen mit deutlich niedrigeren Prävalenzen nach. Erfahrungen mit allen weiteren Substanzen sind noch seltener. Abbildung 2 zeigt die Situation in der Altersgruppe 12 bis 25 für ganz Deutschland für das Jahr 2004. Die Daten wurden bereits in den Vorjahren berichtet. Insbesondere die Angaben für Cannabis aus dem Jahr 2004 können mittlerweile als überholt angesehen werden. 2007 wurden die Ergebnisse zwei neuer Studien vorgestellt, die zu Ergebnissen kommen, die hinsichtlich des Cannabiskonsums deutlich unterhalb der Vergleichswerte aus dem Jahr 2004 liegen.

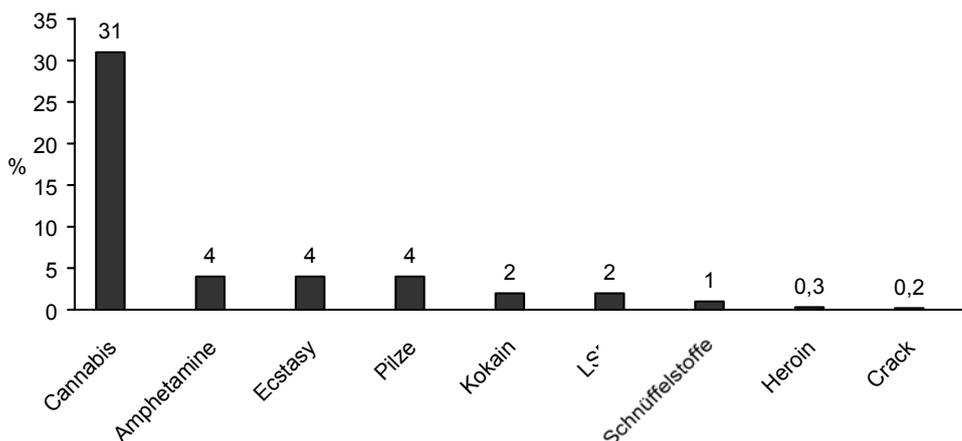
Jüngste Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativerhebung, die im Frühjahr 2007 von der BZgA unter Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren durchgeführt wurde, deuten auf einen starken Rückgang des Cannabiskonsums in dieser Altersgruppe hin. 13% der 14- bis 17-jährigen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben bereits Cannabis geraucht zu ha-

ben. Der Vergleichswert aus dem Jahr 2004 lag noch bei 22% (DAS 2004). Besonders starke Zuwächse der Lebenszeitprävalenz für Cannabis waren zwischen 1997 und 2004 in der Altersgruppe der 18- bis 19-jährigen zu beobachten. Die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum betrug 2004 40% (1997: 19%). In der aktuellen Studie ist dieser Wert auf etwa ein Drittel (32%) der jungen Erwachsenen gesunken. Ein Rückgang ist auch bei der 12-Monats-Prävalenz zu beobachten. Im Vergleich zu den Werten aus der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2004 (15%) liegt dieser Wert bei den 14- bis 17-Jährigen in der aktuellen Erhebung nur noch bei 8%. Bei den 18- bis 19-jährigen liegt dieser Wert bei 14%, während es 2004 noch 18% waren. Unverändert hingegen ist der Anteil der jungen Erwachsenen, die regelmäßig Cannabis konsumieren. Etwa 4% der 18- und 19-jährigen geben an, im letzten Jahr mehr als 10 Mal Cannabis konsumiert zu haben. Dabei liegt der Prozentanteil bei den jungen Männern mit etwa 7% deutlich höher als bei den jungen Frauen, von denen etwa 2% einen regelmäßigen Cannabiskonsum angeben (BZgA 2007a).

Auch aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) stammen aktuelle Angaben zum Konsum von Cannabis unter Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren (Lampert & Thamm 2007). Die 12-Monats-Prävalenz für Cannabiskonsum beträgt demnach 9,2%, wobei die Prävalenzraten in der Altersgruppe 11 bis 13 Jahre extrem niedrig sind (Abbildung 3). Zwischen dem 14. Lebensjahr (3,8% bei den Jungen, 3,2% bei den Mädchen, und dem 17. Lebensjahr (24,7% bei den Jungen, 14,5% bei den Mädchen) steigen die Prävalenzraten kontinuierlich an, wobei der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen immer größer wird. Die Beobachtung eines steigenden Gebrauchs von Cannabis im Laufe der Adoleszenz steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Drogenaffinitäts-, ESPAD- und HBSC-Studie.

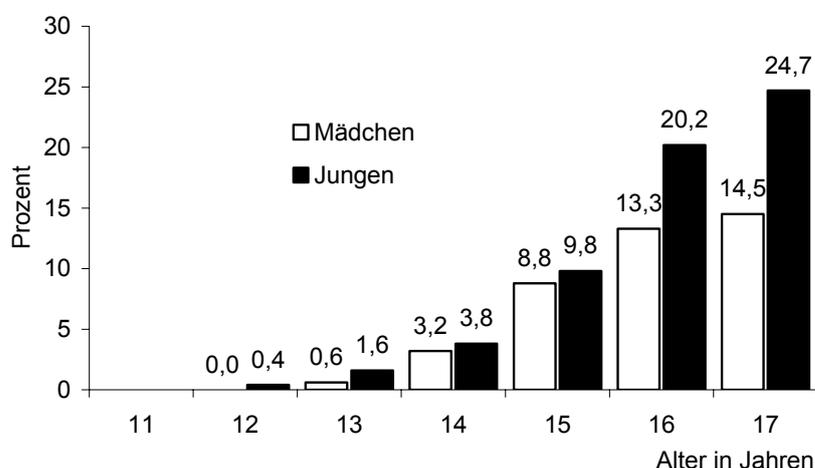
Andere illegale Drogen spielen für die Jugendlichen offensichtlich eine untergeordnete Rolle (Abbildung 4). Die 12-Monatsprävalenz für Ecstasy beträgt im KiGGS 0,5% der 14- bis 17-jährigen Jungen und 0,6% der gleichaltrigen Mädchen. Vergleichbar geringe Werte liegen für Aufputschmittel, wie z.B. Speed oder Amphetamine vor (0,6% der Jungen, 0,8% der Mädchen). Damit ist Cannabis nach wie vor die wichtigste Droge in dieser Altersgruppe. Auffallend ist, dass Mädchen mit Ausnahme von Cannabis und Alkohol (und Tabak, der von beiden Geschlechtern praktisch gleich häufig konsumiert wird) bei allen anderen Substanzen höhere Prävalenzen aufweisen als die Jungen. Differenzierte Analysen nach Sozialstatus, Schultyp, Migrationshintergrund und Wohnregion haben lediglich Unterschiede für einen häufigeren Gebrauch von Cannabis bei Jungen, die auf eine Gesamtschule gehen, im Vergleich zu denen, die ein Gymnasium besuchen, feststellen können.

Die Ergebnisse der letzten Schulumfragen in Hamburg (Baumgärtner 2006a) wurden bereits ausführlich im REITOX-Bericht 2006 vorgestellt.



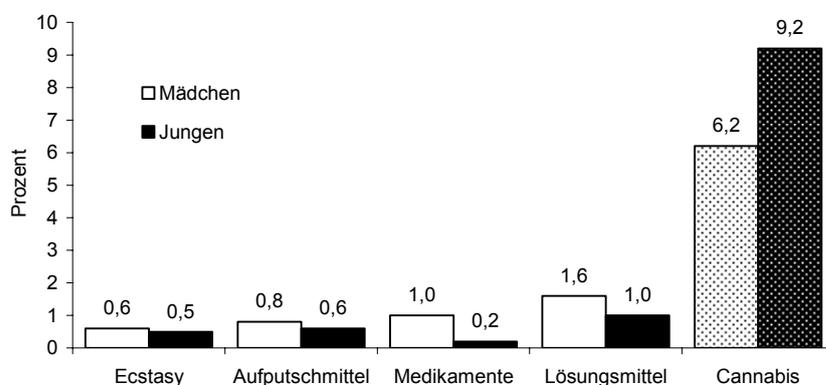
BZgA 2004.

Abbildung 2. Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre in Deutschland im Jahr 2004



KiGGS; Lampert & Thamm 2007.

Abbildung 3. 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 11-17-jährigen Jungen und Mädchen



KiGGS; Lampert & Thamm 2007.

Abbildung 4. 12-Monats-Prävalenz des Konsums verschiedener Substanzen bei 14-17-jährigen Jungen und Mädchen (Cannabis: 11-17 Jahre)

Gesamtbetrachtung und Trends

Tabelle 5 und Tabelle 6 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der neuesten vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen noch einmal zusammen. Beim Vergleich der Werte ist zu beachten, dass die befragten Altersgruppen nicht identisch sind. Es ist auch zu beachten, dass ESPAD und HBSC nur in einigen der 16 Bundesländer durchgeführt wurden, was ebenfalls eine Ursache für Verzerrungen sein kann. Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auch z.B. auf unterschiedliche Methoden (Telefon- vs. face-to-face Interviews) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurück zu führen sein. Die voraussichtlich Ende 2007 vorliegenden Ergebnisse der aktuellen ESPAD-Studie werden die aktuellen Daten der BZgA, der HBSC und des KiGGS um wertvolle weitere Daten ergänzen.

Für Erfahrungen mit der Gesamtgruppe illegaler Substanzen liegen im Berichtsjahr allerdings keine neuen Ergebnisse vor. Die in Tabelle 5 berichteten Prävalenzen wurden bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt.

Tabelle 5. Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Erhebung im Jahr	Altersgruppe	Substanz	Region	Zeitraum		
					30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2004	12-15	Illegale	National	1,3%	5,5%	7,8%
BZgA	2004	16-17	Illegale	National	5,2%	20,8%	32,2%
BZgA	2004	18-19	Illegale	National	6,0%	20,0%	36,0%
ESPAD	2003	15-16	Illegale	6 Länder	15,0%	26,0%	33,0%
Schulbus	2004	14-18	Illegale	Hamburg	18,5%		41,6%
Schulbus	2005	14-18	Illegale	Hamburg	19,0%		40,5%

Hinweis: BZgA („gegenwärtiger Konsum“ = 30 Tage), Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage).

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.

Im Gegensatz zu Angaben zum Konsum illegaler Substanzen insgesamt liegen im Berichtsjahr eine Reihe neuer Ergebnisse für den Konsum von Cannabis unter Kindern und Jugendlichen vor, die in Tabelle 6 noch einmal zusammenfassend dargestellt sind. Wie bereits unter 2.2.2 (Seite 24, Abbildung 1) im Zusammenhang mit der erwachsenen Bevölkerung erwähnt, unterscheidet sich auch bei jungen Konsumenten die Prävalenz des Cannabiskonsums nicht wesentlich von den Zahlen zur Gesamtheit der illegalen Drogen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass praktisch jeder Konsument illegaler Drogen mit Cannabis begonnen hat und dass diese Substanz auch dann weiter verwendet wird, wenn andere hinzukommen. Interessant ist, dass die Ergebnisse der HBSC (2006) und der BZgA Studie (Altersgruppe 14-17 Jahre) von 2007 trotz unterschiedlicher Populationen und Catchment Areas (Bundesgebiet vs. ausgewählte Bundesländer) insbesondere hinsichtlich der der Lebenszeitprävalenzen nicht erheblich voneinander unterscheiden.

Der (im Rahmen der ESA Ergebnisse auch in der erwachsenen Bevölkerung zu beobachtende) Rückgang der Prävalenzen in den BZgA-Studien (eingeschränkt auch: HBSC 2002 vs. 2006) kann als Hinweis auf einen möglichen Rückgang der Provierbereitschaft von Cannabis durch junge Konsumentengruppen interpretiert werden.

Tabelle 6. Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC²⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3		18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		18,0	24,0
KiGGS²⁾	2003-2006	11-17	National		9,2/6,2	
KiGGS	2003-2006	14	National		3,8/3,2	
KiGGS	2003-2006	15	National		9,8/8,8	
KiGGS	2003-2006	16	National		20,2/13,3	
KiGGS	2003-2006	17	National		24,7/14,5	
BZgA	2007	12-19	National	3,4 (2,3)³⁾	8,0	15,1
BZgA	2007	18-19	National	6,4 (4,3)³⁾	13,9	32,3
BZgA	2007	14-17	National	3,3 (2,3)³⁾	8,4	12,8
BZgA	2007	12-13	National	0,1 (0,0)³⁾	0,4	0,4
BZgA	2004	12-19	National	(2,3) ³⁾	12,1	21,3
BZgA	2004	18-19	National	(4,4) ³⁾	18,4	40,1
BZgA	2004	14-17	National	(2,0) ³⁾	14,5	22,0
BZgA	2004	12-13	National	(0,7) ³⁾	1,4	1,6
BZgA	2004	12-15	National	1,0 (1,0) ³⁾	5,0	7,0
BZgA	2004	16-19	National	6,0 (3,0) ³⁾	19,0	36,0
ESPAD ⁴⁾	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
Schulbus	2004	14-18	Hamburg	17,3		40,3
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	17,1		39,1

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

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

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

⁴⁾ ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt. Quelle: BZgA (2004).

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

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. Neben Sprachbarrieren und möglichen Ängsten vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen wurden dafür auch kulturelle Unterschiede verantwortlich gemacht. Heimann & Kollegen (2007) haben Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen untersucht. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme kultureller Unterschiede in den Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens, die zu Verständigungsproblemen mit den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtungen führen können. Neben der Überschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit gegenüber Suchtmitteln spielten auch Ängste vor Stigmatisierung und sozialer Marginalisierung eine wichtige Rolle.

Auf besondere Aspekte von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wird auch im Sonderkapitel „Besonders gefährdete junge Menschen“ (ab Seite 145) eingegangen.

3 Prävention

3.1 Übersicht

In Deutschland steht die „Drogen- und Suchtpolitik“ auf den vier bewährten Säulen, Prävention, Therapie, Schadensminimierung und Repression. Grundlage ist der geltende Aktionsplan Drogen und Sucht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Bei der Umsetzung des Plans berät die Facharbeitsgruppe Prävention den „Drogen- und Suchtrat“. Sie unterbreitet Vorschläge für Strategien und Maßnahmen, die erforderlich sind, um die gesetzten Ziele im Bereich Tabak, Alkohol und Cannabis erreichen zu können.

Die in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 beschriebenen Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden in Deutschland konsequent umgesetzt. Der Gesundheitsschutz und die Prävention haben dabei weiterhin Priorität.

Neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen gewinnen strukturelle Ansätze - besonders im Bereich der legalen Suchstoffe - zunehmend an Bedeutung. Dazu gehören bspw. gesetzgeberischen Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums wie Einflussnahme auf den Preis, die Verfügbarkeit durch die Anzahl der Verkaufsstellen, das Abgabebalter, Abgabezeiten, Lizenzen und Werbeverbote. Der Policy Mix aus Einflussnahme auf das Angebot einerseits (verhältnispräventive Maßnahmen) und Beeinflussung der Nachfrage andererseits (verhaltenspräventive Maßnahmen) gilt als besonders wirksam (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

Schwerpunkte der Prävention

Wie bereits im vergangenen Jahr berichtet, legen Bund und Länder den Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums. Hinzu kommt seit 2006 der neue Schwerpunkt: Bekämpfung des „Pathologischen Glücksspiels“.

Da die Aufrechterhaltung des in Deutschland bestehenden staatlichen Wettmonopols¹ in Frage gestellt worden ist, wurden die staatlichen Glücksspielanbieter (z.B. Lotto- und Totoblock, Casinos usw.) im März 2006 durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts mit der Auflage belegt, bis Ende 2007 den Nachweis zu liefern, dass ein staatliches Wettmonopol die besten Voraussetzungen bietet, effektive und umfassende Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung von Spielsucht strukturell zu verankern und durchzuführen.

¹ Das Glücksspielmonopol bezeichnet im allgemeinen Sprachgebrauch die staatliche Verfügungsgewalt über öffentlich zugängliche Spiele um Vermögenswerte. Das Bundesverfassungsgericht spezifizierte das staatliche Glücksspielmonopol in seiner Entscheidung vom 28. März 2006 (1 BvR 1054/01). Demnach stellt ein staatliches Monopol für Sportwetten einen Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit privater Wettanbieter dar und ist nur durch eine konsequente und glaubhafte Erfüllung der staatlichen Suchtprävention zu rechtfertigen. Kritisch sieht das Bundesverfassungsgericht deshalb den Ausschluss privater Anbieter von Wett- und Glücksspielen durch den Staat bei gleichzeitiger Bewerbung von Sportwetten beispielsweise durch den staatlich lizenzierten Anbieter ODDSET.

Um die durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts geforderten Maßnahmen zu realisieren, hat der deutsche Lotto und Totoblock eine Kooperationsvereinbarung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geschlossen. Vorgesehen ist eine nationale Dachkampagne mit folgenden Bausteinen:

- ein Monitoring-System zur Beobachtung des (Wett-)Spielverhaltens und der Spielsuchtgefährdung,
- ein bundesweites telefonisches Beratungsangebot für gefährdete Spieler,
- internetgestützte Hilfsangebote und Informationsmaterialien zur Spielsuchthematik.
- Realisierung einer massenmedialen Kampagne zur Prävention von Glücksspielsucht.

Die Maßnahmen der BZgA ergänzen diejenigen auf Länderebene, bei denen die Landeslotteriegesellschaften bereits verstärkt mit regionalen Suchtberatungsorganisationen zusammenarbeiten.

Initiativen und Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums von illegalen Suchtstoffen treten aber nicht in den Hintergrund. Dazu zählt eine Risikodebatte über den Konsum von Cannabis ebenso wie eine erhöhte Aufmerksamkeit besonders gegenüber riskanten Konsummustern, vor allem unter jungen Menschen. Auch der Ausbau von Präventions- und Hilfsangeboten für suchtgefährdete/suchtkranke Menschen bleibt ein Thema. Fast alle Bundesministerien und vor allem Länder und Kommunen sind in diesem Feld aktiv (ebd).

Die Expertise von Bühler und Kröger (2006) bietet eine qualifizierte Unterstützung für die Konzeption suchtpreventiver Maßnahmen in den Settings Familie, Schule, Freizeit und Community. Sie thematisiert darüber hinaus die Wirkung von Medienkampagnen und den Einfluss gesetzgeberischer Maßnahmen.

Jede Schlussfolgerung der Expertise erhielt einen Evidenzstärkegrad (von „A - Ergebnis basiert auf einer Metaanalyse mit hochwertigen Studien“ bis „F - widersprüchliche Befundlage zwischen Reviews“) und wurde mit einem Hinweis versehen, auf welchen Arbeiten sie basiert. Die Expertise spricht unter Berücksichtigung der Evidenzgrade eine Reihe von *Empfehlungen* für zukünftige Präventionsmaßnahmen aus, die bereits im letzten REITOX-Bericht zusammenfassend dargestellt wurden.

Die Studie weist auf die Schwierigkeit hin, von Seiten der Wissenschaft zu entscheiden, welche Maßnahmen bevorzugt werden sollen. Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird von den Autoren favorisiert. „Konsumverhalten“ als das alleinige Effektivitätskriterium für suchtpreventive Maßnahmen wird kritisch beurteilt. Schließlich wird der Stand der Suchtpreventionsforschung im deutschsprachigen Raum eingeschätzt und nächste notwendige Schritte für Praxis und Forschung aufgezeigt.

Kooperation, Transfer und Evaluation

Die praktische Umsetzung präventiver Maßnahmen erfolgt auf lokaler, regionaler und auf Bundesebene. Die Landes- und Fachstellen für Suchtprevention in den Bundesländern spielen eine wichtige Rolle für die Zusammenarbeit auf bzw. zwischen Bundes-, Landes- und

kommunaler Ebene sowie für die intersektorale Koordinierung. Zunehmend werden begrenzte Ressourcen gebündelt und gemeinsame Maßnahmen realisiert.

Da ein zeitnaher Wissenstransfer über dokumentierte und evaluierte Maßnahmen die Voraussetzung für die qualitätsgesicherte Planung von Maßnahmen verschiedener Akteure schafft, dokumentiert ein großer Teil der in der Suchtvorbeugung aktiven Einrichtungen mit dem Dokumentationssystem Dot.sys in einheitlicher Weise ihre Maßnahmen. Es wurde von der BZgA gemeinsam mit den Landeskoordinatoren der Suchtvorbeugung entwickelt. Im Jahr 2006 wurden ca. 29.000 Maßnahmen aus 16 Bundesländern von über 300 Fachkräften erhoben.

Hier die wichtigsten Ergebnisse im Überblick:

- 51% der Maßnahmen richten sich an Multiplikatoren, weitere 44% an Endadressaten. 5% fallen in die Kategorie „Öffentlichkeitsarbeit“,
- Als Setting der Maßnahmen wird am häufigsten die Schule genannt (44%). Das außerschulische Feld ist sehr heterogen strukturiert. Die wichtigsten Betätigungsfelder sind hier die „Jugendarbeit“ (...) sowie das „Gesundheitswesen“ (...),
- Als konkrete Substanzen werden am häufigsten Alkohol, Cannabis oder Tabak thematisch aufgegriffen. Bei den stoffungebundenen Süchten stehen nach wie vor Essstörungen an erster Stelle,
- Die „Vermittlung von Informationen“ bzw. die „Bildung kritischer Einstellungen“ wird am häufigsten als Konzept der Maßnahmen genannt: Bei der Zielgruppe der Multiplikatoren folgen „strukturgestaltende Maßnahmen“ (52%) und „Kompetenzförderung“ (41%). Aktivitäten für Endadressaten zielen am zweithäufigsten auf die „Förderung von Kompetenzen“ (58%). An dritter Stelle steht die „Bildung von Normen“ (39%),
- Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt vielgestaltig. Gruppenbezogene Umsetzungsformen² kommen dabei häufiger in der Zusammenarbeit mit Endadressaten zur Anwendung (57% vs. 30% bei Maßnahmen für Multiplikatoren). „Individuelle Methoden“³ werden zu 30% bei Maßnahmen mit Multiplikatoren) bzw. 25% bei Endadressaten eingesetzt. Querschnittsaufgaben⁴ machen einen Anteil von 39% (Multiplikatoren) bzw. 6% (Endadressaten) aus. Öffentlichkeitsarbeit⁵ findet sich zu 5% (Multiplikatoren) bzw. 3% (Endadressaten) im dokumentierten Methodenspektrum und
- Für 14% aller Maßnahmen ist eine Evaluation geplant, weitere 24% befinden sich momentan in dieser Phase. Bei 62% ist keine Evaluation vorgesehen. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass eine nicht erfasste Anzahl von Fachkräften bereits mit evidenzbasierten Projekten arbeitet und eine eigene Evaluation nicht mehr nötig ist (Die-

² Kategorien „Fachtagung/Fortbildung/Schulung“, „Vortrag/Referat“, „Sem./Workshop“, „Ausstellungen/Projektstage/ Aktionswochen“, „Leitung v. Gruppen“.

³ Kategorien „Info über und Vermittlung in Hilfsdienste“, „Info/Berat./Supervision“.

⁴ Kategorien „Konzeptionelle Arbeiten“, „Vernetzung/Kooperation/Koordination“.

⁵ Kategorien „Interviews/Presserklärungen/Fernseh- u. Filmbeitrag“, „Erzeugung von Materialien/Medien“.

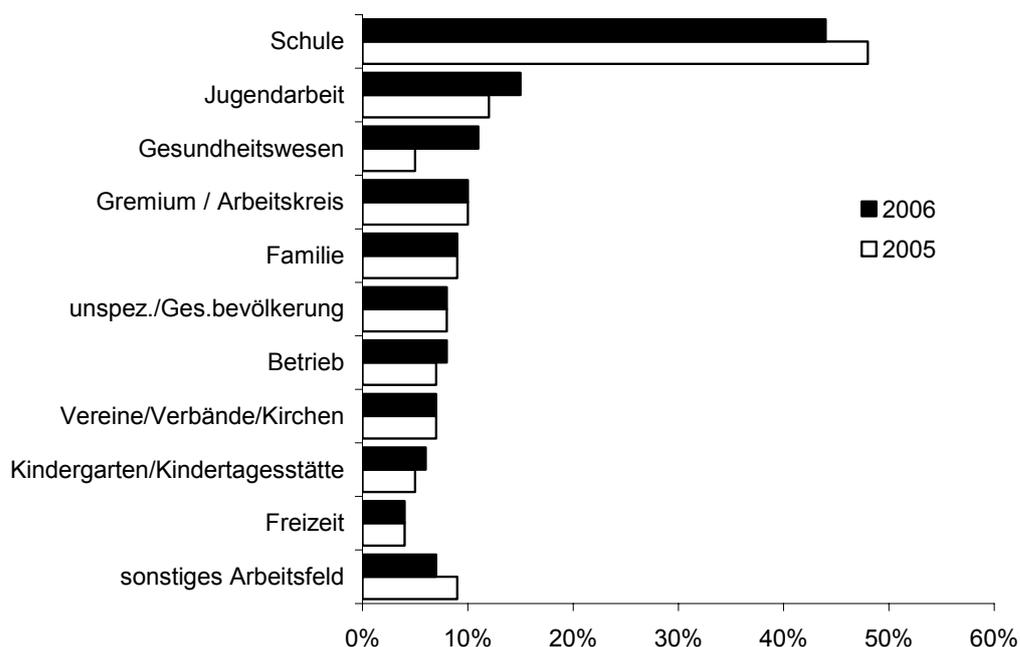
se bereits in vorhergehenden Untersuchungen evaluierten Projekte sollen ab 2007 ebenfalls in dem Code-Schema erfasst werden). (BZgA 2007c).

Das Fachportal „PrevNet“ (www.prevnet.de) dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien. Ca. 800 Fachkräfte aus über 560 Einrichtungen der Suchtprävention sind Mitglieder des Portals. Über 300 Projekte sowie Materialien und über 80 Studien sind in dem Portal zu finden. Im interaktiven Bereich haben sich viele Fachkräfte in mehr als 60 (länderübergreifenden) Internetarbeitsgruppen auf PrevNet vernetzt.

Mit den von BZgA und Ländern gemeinschaftlich getragenen Programmen wurden bessere Grundlagen geschaffen für eine fundierte Berichterstattung über die Suchtprävention in Deutschland. Informationen aus Prevnet und Dot.sys fließen in diesen Bericht ein.

3.2 Universelle Prävention

Die Auswertung der in 2006 mit Dot.sys erfassten Präventionsmaßnahmen in Deutschland, zeigt die Verteilung der Maßnahmen nach Settings (hier im Vergleich zu 2005). Mit 44% aller Nennungen sind schulische Präventionsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr zwar etwas gesunken, aber nach wie vor am häufigsten vertreten. Daneben sind weiterhin auch Jugendarbeit, Gesundheitswesen und Familie wichtige Felder (Abbildung 5).



BZgA 2007c; Basis: 28.626 (2006) bzw. 21.516 (2005) Maßnahmen; Prozente; keine Angabe = 0,1% (2006) bzw. 0,2% (2005); Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 5. Settings für Präventionsmaßnahmen 2006 im Vergleich zu 2005 (Dot.sys)

3.2.1 Schule

Die Schule ist nach wie vor das wichtigste Setting der Suchtprävention in Deutschland. Inzwischen liegt eine Vielzahl von Programmen vor, die in der Schule regulär zur Umsetzung

von Suchtprävention eingesetzt werden (z.B. ALF, Lions Quest, Klasse 2000, Eigenständig werden, BASS-Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung u.a.m) (Hallmann et. al 2006).

Mit insgesamt 44% aller in Dot.sys dokumentierten Präventionsmaßnahmen in der Schule fällt dieser Anteil im Jahr 2006 im Vergleich zu 2005 zwar etwas geringer aus, dominiert jedoch nach wie vor gegenüber allen anderen Arbeitsfeldern.

Suchtpräventive Aktivitäten in der Schule befassten sich 2006 vorrangig mit legalen Suchtmitteln, am häufigsten mit der Alkoholprävention (67%). An zweiter Stelle standen die Suchtmittel Tabak (66%) und Cannabis (62%) (Mehrfachnennungen waren möglich).

Über die „Informationsvermittlung und Bildung kritischer Einstellungen“ (81%) hinaus, standen bei den schulischen Maßnahmen die Themen „Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen“ (53%) und die „Normenbildung“ (32%) im Vordergrund. In den Schulen wächst weiterhin das Bewusstsein, dass die Suchtprävention auch strukturell verankert sein muss, um wirksam zu werden (27%). Die gesamte Schule, die Schulleitung und das Kollegium sollten sich damit befassen, wie Suchtprävention im Schulalltag implementiert werden kann (BZgA 2007c).

Universelle schulische Prävention ist demnach verhaltensbezogen und zunehmend auch verhältnisbezogen. Verhaltensbezogene Prävention stärkt die Kompetenzen des Einzelnen. Verhältnisbezogene Prävention bedeutet eine Verbesserung der Lebensraumgestaltung. Die Gestaltung von Schule und Schulleben, die Förderung eines guten Schulklimas und die Pausen- und Pausenhofgestaltung werden zum Thema.

Ganzheitliche Suchtvorbeugung in der Schule lässt auch das Erziehungsverhalten nicht außer Acht. Gerade was den Umgang mit den Suchtmitteln Nikotin und Alkohol anbelangt, ist die Vorbildfunktion der Lehrer angesprochen.

3.2.2 Familie

Ein wesentlicher Teil der Suchtprävention wird über die Erziehung vermittelt. Deshalb sind Familien bzw. Eltern eine ganz entscheidende Zielgruppe für die Suchtprävention. Der Schwerpunkt liegt auf der Elternarbeit, sowohl bei der Einbindung in suchtpreventive Projekte in Schule und Kindergarten oder bei schulischen Lebenskompetenzprogrammen, vorwiegend in Form von Elternabenden. Hierbei geht es um grundlegende auf die Pädagogik bezogene Fragestellungen wie u.a. die Schaffung von Konfliktfähigkeit, Eingengenverantwortlichkeit oder Frei- und Spielräumen. Daneben werden suchtpreventive Elemente eingeflochten wie Basisinformationen über Sucht und Substanzen sowie familiäre Schutz- und Risikofaktoren (www.starke-eltern.de 26.07.07).

3.2.3 Gemeinde

Die Gemeinden als unmittelbarer Lebensraum für Erwachsene, Jugendliche und Kinder bieten eine geeignete Grundlage für umfassende suchtpreventive Aktionen und Projekte. Gemeindeorientierte Suchtpräventionsstrategien haben in Deutschland noch keine große Tradi-

tion. Um die Bedeutung der Gemeinde hervorzuheben, lobt die BZgA auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung seit 2001 den Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ aus.

Im Juli 2006 wurden insgesamt 105 Beiträge zum Thema „Alkoholprävention vor Ort“ eingewandt. 13 deutsche Städte, Gemeinden und Kreise wurden für ihre Konzepte prämiert. Neben Ansätzen zur Verhaltensprävention wurden auch Maßnahmen eingereicht, die auf die Verhältnisse Einfluss nehmen, z.B. durch verstärkte Kontrolle der Einhaltung der Abgabeverbote von Alkohol an Kinder und Jugendliche.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Wettbewerben sind die Maßnahmen stärker integriert in die jeweilige übergreifende suchtpreventive Gesamtkonzeption der Kommune. Dadurch wird deutlich, dass gesetzliche Regelungen zum Jugendschutz ohne kommunales Engagement weitgehend ins Leere laufen (www.kommunale-suchpraevention.de).

3.3 Selektive/indikative Prävention

Zielgruppenspezifische Suchtprävention findet in Deutschland häufig im Freizeitbereich, zunehmend auch in der Schule und in der (internetgestützten) Beratungsarbeit statt. Gegenstand der Maßnahmen für die Jugendlichen ist die Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) unter Anwendung der Strategien der Früherkennung und Frühintervention. Den Multiplikatoren und Eltern werden Möglichkeiten für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen aufgezeigt. Ca. 7.300 der Nennungen in Dot.sys für das Jahr 2006 beziehen sich auf die Bereiche Jugendarbeit, Freizeit und Verbands-/Vereinsarbeit.

3.3.1 Der Freizeitbereich

Suchtprävention im Freizeitbereich will einerseits Kinder und Jugendliche befähigen und stärken, eine gesunde Lebensweise zu führen und Suchtverhalten vorzubeugen. Dem Konsum von Suchtmitteln werden attraktive Handlungsalternativen gegenübergestellt, Lebenskompetenzen wie Genussfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Selbstverantwortung und Selbstwertgefühl werden gestärkt. Andererseits werden Strukturen im Freizeitbereich unterstützt, die den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen nach Entfaltung und Gestaltung entgegenkommen und ihre Kreativität und ihr Verantwortungsbewusstsein für die Gemeinschaft fördern.

Auf kommunaler Ebene wird das Bestreben gefördert, den präventiven Charakter struktureller Änderungen zu nutzen und jugendpolitische Anliegen stärker in der Gemeinde zu verankern (Schmidt 2004).

Der organisierte Freizeitbereich

- **Jugendzentren**

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) regelt und beschreibt das Recht junger Menschen, in ihrer Entwicklung gefördert und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit erzogen zu werden. Die Suchtprävention ist ein Teil dieser Aufgabenbeschreibung.

Klassische Einrichtungen der Jugendhilfe und des Jugendschutzes sind Kindertagesstätten, Jugendzentren und Einrichtungen, in denen Hilfe zur Erziehung angeboten wird. In den Jugendzentren sind häufig Jugendliche anzutreffen, die mit besonderen Risiken wie hoher bzw. riskanter Substanzkonsum, Delinquenz, ökonomischer bzw. sozialer Benachteiligung, psychische Auffälligkeiten usw. fertig werden müssen.

Um den Jugendlichen Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement zu vermitteln, ist es für Jugendzentren und ihre Mitarbeiter wichtig im Rahmen der Suchtprävention die Lebenswelt der Jugendlichen ernst zu nehmen, nicht ausschließlich auf die Verringerung des Konsums oder auf Schadensminimierung abzielen, sondern dabei Unterstützung zu gewähren, bestehende Risiken oder schwierige Lebenssituationen zu verbessern, die Suchtmittel selbst und ihrer Risiken zu thematisieren, Regeln in den Einrichtungen einzusetzen, um den Konsum psychoaktiver Substanzen zu steuern bzw. in Grenzen zu halten und Strategien zu entwickeln, diese Regeln zu implementieren und für ihre Einhaltung zu sorgen (Hallmann et al. 2006).

- **Sportvereine**

Sportvereine sind neben Schule und Elternhaus ein wichtiger Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, in dem Suchtprävention stattfinden muss. Mehr als 70% aller Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein.

Mitwirkung bei der Fußballweltmeisterschaft 2006 mit dem Thema Suchtprävention

Vor dem Hintergrund der positiven Zusammenarbeit zwischen DFB und BZgA bei der Kampagne „Kinder stark machen“ und der sehr guten Resonanz in den Sportvereinen entstand die Idee, die WM 2006 auch mit der Kampagne „Kinder stark machen“ zu begleiten.

Unter dem Motto „Klub 2006 - Die FIFA WM im Verein“ wurde vom Organisationskomitee der WM 2006 ein Vereinswettbewerb ins Leben gerufen. Fußballvereine wurden aufgefordert, an dem größten Vereinswettbewerb in Deutschland mit einem eigenen Beitrag mitzuwirken. Eine Beteiligungsmöglichkeit bestand u.a. darin, sich mit einem WM-Tag zum Thema Kinder stark machen zu bewerben. Fußballvereine wurden von der BZgA dabei unterstützt, Suchtvorbeugung zu einem festen Bestandteil ihrer Kinder- und Jugendarbeit zu machen.

Insgesamt haben 900 Vereine einen WM-Tag ausgerichtet. Davon entschieden sich mit 477 Vereinen mehr als die Hälfte für das Thema *Kinder stark machen*. Für die Durchführung erhielten die Vereine ein Unterstützerpaket mit Materialien zur Kampagne sowie Be-

ratung. Darüber hinaus waren sie aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen zu Umfang und Intensität des Materialeinsatzes sowie zur Akzeptanz des Themas Suchtprävention im Verein.

Mit der Auswertung der Fragebögen wurde die BZgA darin bestätigt, das Thema Suchtprävention in die Arbeit der Fußballvereine zu integrieren. Die Vereine erklärten, dass dieses Thema für sie relevant sei und dass sie weitere Aktionen planten. Zahlreiche Vereine wollen Regeln zum Umgang mit Alkohol und Tabak entwickeln. Die Auswertung hat gezeigt, dass der Bereich Suchtprävention nachhaltig in vielen Vereinen verankert werden soll (BZgA 2007e).

Kooperation mit den Breitensportverbänden

In Folge der Fußballweltmeisterschaft hat die BZgA mit den Breitensportverbänden entsprechende Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen die Zusammenarbeit zum Thema Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit festgelegt wurde. Für die vereins- und alltagsnahe Präsentation der Inhalte hat die BZgA ein personalkommunikatives Konzept mit verschiedenen Bausteinen entwickelt, das 2006 fortgeschrieben wurde und 2007 in Kooperation mit den Partnern ausgebaut werden soll. Dazu gehören:

Multiplikatorenarbeit: Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen werden qualifiziert und erhalten Arbeitshilfen. Mittlerweile haben 12.500 Verantwortliche daran teilgenommen.

Personale Kommunikation: Die BZgA steht auf Sport- und familienorientierten Veranstaltungen im Dialog mit Eltern, ihren Kindern sowie haupt- und ehrenamtlichen Betreuern (in 2006 bundesweit 24 Sport- und Familienveranstaltungen, die jeweils von 3.000-180.000 Menschen besucht wurden)

Massenkommunikation: Sport- und Familienveranstaltungen werden öffentlichkeitswirksam begleitet (19% der sportinteressierten Deutschen zwischen 14 und 65 Jahren ist die Kampagne „Kinder stark machen“ bekannt und 72% von ihnen wissen, dass sich dabei um eine Initiative zur Suchtvorbeugung handelt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

Der nicht-organisierte Freizeitbereich

Im nicht organisierten Freizeitbereich ist Suchtprävention - vor allem Maßnahmen für den Bereich Nachtleben - weiterhin die Ausnahme. Inzwischen haben sich einige der von Szeneinitiativen durchgeführten Party-Projekte weiter etabliert und in Netzwerken mit kommunalen Jugend- bzw. Drogenhilfeeinrichtungen oder anderen Partyprojekten zusammengeschlossen. Beispiele für Party-Projekte sind unter www.partyack.de (Köln), www.drugscouts.de (Leipzig), www.eve-rave.net (Berlin), www.party-project.de (Bremen), www.chill-out.de (Aachen), www.alice-project.de (Frankfurt), www.drobs-hannover.de (Hannover) zu finden. Fast alle Initiativen bieten auf ihren Internetseiten ebenfalls eine Online-Beratung für Konsumenten an.

3.3.2 Risikogruppen

Jugendliche und junge Erwachsene mit (problematischem) Cannabiskonsum

Die Lücke zwischen Vorbeugung und Behandlung im Bereich des problematischen Cannabiskonsums wird kleiner. Das zeigt sich daran, dass traditionelle Einrichtungen der Drogenberatung in den letzten Jahren vermehrt von Cannabiskonsumenten in Anspruch genommen werden.

- **Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten“**

In der Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten“ gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, wird der gegenwärtige Stand der Maßnahmen für die Zielgruppe untersucht. Der mögliche Zugang zu dieser Konsumentengruppe wird anhand von „best practice“ Beispiele aus dem Bereich der Sucht- und Drogenhilfe dargestellt. Um die Angebote weiter zu verbessern, wird in der Studie empfohlen:

- Eine enge Kooperation u.a. mit justiziellen Einrichtungen, Krankenhäusern, Arztpraxen, Schulen und der Jugendhilfe zu entwickeln,
- Die Öffentlichkeitsarbeit zu verändern (z.B. Image der Drogenberatung als bürgernahe Dienstleistung),
- Die Bündelung vorhandener Einzelprojekte zu einem umfassenden Angebot

Die Ergebnisse der Expertise wurden im Dezember 2006 veröffentlicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

- **Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“**

Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum. Innerhalb von 50 Tagen soll der individuelle Konsum von Cannabis signifikant reduziert werden. Daher werden die Teilnehmer angehalten, mit Hilfe eines Internet-Tagebuchs, kontinuierlich ihre Konsumgewohnheiten zu beobachten.

Seit April 2006 kooperiert die BZgA mit zwölf Sucht- und Drogenberatungsstellen in sieben Bundesländern, um eine Verbreitung und Integration des Programms in die kommunalen Strukturen sicherzustellen.

Zur Qualitätssicherung wird jeder vierte betreute Fall vom drugcom-Team mit einem Fallmonitoring begleitet. Die Evaluation hat ergeben, dass das Cannabisausstiegsprogramm von Jugendlichen sehr gut angenommen wird. Es führt selbst dann zu einem Konsumrückgang, wenn nicht über den vollen Zeitraum am Programm teilgenommen wird (BZgA 2007d).

Die beiden Studien INCANT - „International Cannabis Need of Treatment Study“, die CANDIS-Studie - „Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen“ sowie das deutsch-schweizerische Projekt „Realize it“ wurden bereits in Kapitel 1.3.3 (Seite 9ff.) dargestellt.

Als Beispiel für die vielen regionalen und lokalen Aktivitäten sei hier die Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt „Be.U! (www.be-u-online.de) genannt. Sie wendet sich an Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren mit einem Angebot aus allgemeiner und auch detaillierter Information, Selbsttests für Konsumenten und Hinweisen auf Hilfeangebote in der Region.

Junge Straffällige

- ***Ambulante sozialpädagogische Maßnahmen***

In fast allen Bundesländern stellt die Jugendgerichtshilfe (JGH) für junge Straffällige unterschiedliche Betreuungen unter der Bezeichnung "ambulante sozialpädagogische Maßnahmen" als Alternative zu traditionellen jugendgerichtlichen, insbesondere freiheitsentziehenden Sanktionen bereit (<http://www.sgbviii.de/S108.html> 26.07.07).

- ***Kooperationen***

Problematisch ist oft die Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Systeme, etwa zwischen Suchthilfe und Justiz, vor allem aber zwischen Jugendhilfe und Sucht/Drogenhilfe. „Die Erkenntnis hat in jüngster Zeit zu Kooperationsabsprachen und Kooperationsverpflichtungen zwischen Jugend- und Drogenhilfe in einigen Bundesländern geführt“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). In einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde ebenfalls eine engere Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe im Internet angeregt und eingeleitet (www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de 26.06.07).

- ***FreD - Frühintervention bei auffälligen Drogenkonsumenten***

Das Modell „FreD - Frühintervention bei auffälligen Drogenkonsumenten ist nach wie vor das erfolgreichste Programm in diesem Bereich und wird inzwischen bundesweit eingesetzt. Im Rahmen des Projekts wird 14- bis 18-Jährigen, aber auch jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr, nach einer polizeilichen Erstauffälligkeit frühzeitig ein spezifisches (suchtpräventives) Angebot gemacht.

Zur Umsetzung des Angebots ist eine enge Abstimmung zwischen der Drogenhilfe als Träger des Angebots und der Polizei sowie Staatsanwaltschaft erforderlich. Dabei zeigen die Modellerfahrungen, dass insbesondere in den Regionen die Umsetzung gelungen ist, in denen transparente und verbindliche Absprachen zwischen den Beteiligten getroffen wurden (http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/, 26.07.07, mehr Details finden sich in früheren REITOX-Berichten).

Ethnische Gruppen

Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe für Migranten und Aussiedler werden in Deutschland vorwiegend von Institutionen der Suchthilfe durchgeführt. In der Suchtpräventionspraxis sind Projekte, die speziell auf diese Gruppen ausgerichtet sind, nach wie vor eher selten (www.prevnet.de, Berichte der Landeskoordinatoren der Suchtvorbeugung 2006).

- **Leitfaden „Interkulturelle Öffnung der Suchtberatung“**

Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V hat 2006 im Rahmen seiner Schriftenreihe Theorie und Praxis einen Leitfaden für die Praxis mit dem Titel „Interkulturelle Öffnung der Suchtberatung“ veröffentlicht. Zum Abschluss des Projektes „Lebenswelt junger Migranten als Ausgangspunkt einer migrationssensiblen Suchthilfe“ wurde ein psychosozialer Beratungsführer für Migranten in verschiedenen Sprachen erarbeitet, um Anspruchsberechtigte mit Migrationshintergrund erreichen zu können. Über viele Aspekte der Projektschwerpunkte konnten verantwortliche Akteure vor Ort sensibilisiert, neue Umsetzungsstrategien entwickelt und Veränderungen schrittweise eingeleitet werden (AWO Bundesverband e.V. 2006).

- **Beratungsstellen zur Integration junger Zuwanderer**

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert rund 400 Beratungsstellen, die bundesweit die Integration junger Zuwanderer in Deutschland unterstützen und begleiten. Das Thema Sucht- und Drogenprävention wird über Gruppenangebote behandelt und bei der Beratung wird auf örtliche Veranstaltungen zum Thema Sucht und Drogen hingewiesen. Jugendliche, die Probleme mit Suchtmitteln haben, werden an Drogenhilfsdienste vermittelt, die primär zuständig sind (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

- **Integrationsprojekte für Jugendliche Migranten**

Darüber hinaus wird aus Mitteln des BMFSFJ vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Rahmen gemeinwesenorientierter, jugendspezifischer Integrationsprojekte eine große Anzahl von Maßnahmen zur Suchtprävention mit jungen Migranten durchgeführt. Bei den 40 Projekten ist neben der sozialen Integration auch eine gezielte Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs und des Konsums illegaler Drogen enthalten. Diese wurden im Jahr 2006 mit einer Gesamtbundeszuwendung von 1.447.907 € zur Suchtprävention junger Menschen mit Migrationshintergrund gefördert. (ebda).

- **Förderprogramm „Suchtmittelkonsum jugendlicher Migranten und Spätaussiedler“**

Ein Förderprogramm der Landesstiftung Baden-Württemberg befasst sich mit dem Suchtmittelkonsum von jugendlichen Migranten und Spätaussiedlern. Aufgrund von Integrationsschwierigkeiten hat der Suchtmittelkonsum bei dieser Personengruppe in den letzten Jahren eine sehr problematische Dimension erreicht. Innerhalb der Gruppe der Migranten gelten junge Spätaussiedler als besonders suchtgefährdet. Die Zahl der Todesfälle junger Aussiedler hat bundesweit von 36 im Jahr 1999 auf 132 im Jahr 2006 zugenommen und ihr Anteil an der Gesamtzahl der Rauschgiftopfer (bezogen auf die Daten des BKA) ist mit 10,2% überproportional hoch (Anteil der Aussiedler an der Gesamtbevölkerung: 5,5%). Das Förderprogramm der Landesstiftung Baden-Württemberg verfolgt deshalb das Ziel, die gesellschaftliche Integration jugendlicher Spätaussiedler und Migranten durch die Unterstützung entsprechender Projekte zu verbessern. Im Rahmen von zwei Ausschreibungsrunden konnten zwischen 2002 und 2006 15 Projekte für ju-

gendliche Migranten und Spätaussiedler gefördert werden, von denen einige wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden (<http://www.landesstiftung-bw.de>, 26.07.07).

- **Berufliche Qualifikation „Interkulturelle Suchtberatung“**

Die Kompetenzplattform Suchtforschung der Katholischen Fachhochschule NRW und die Otto Benecke Stiftung e.V. aus Bonn bieten gemeinsam eine 13-monatige Qualifikation im Bereich „Interkulturelle Suchtberatung“ an. Fortgebildet werden Absolventen von Studiengängen aus dem psychosozialen Bereich für eine Tätigkeit in der Suchtkrankenhilfe. Die Vollzeitmaßnahme qualifiziert russigsprachige Zuwanderer und Bildungsinländer (auch mit Migrationsgeschichte), die Arbeitslosengeld II beziehen. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Teilnehmer in den Arbeitsmarkt im Bereich niedrighschwelliger Suchtberatung und Suchtprävention zu integrieren (DHS 2007).

Schulabbrecher

Angebote für Schulabbrecher werden in dem Sonderkapitel 12 „Besonders gefährdete junge Menschen“ (ab Seite 146) beschrieben.

3.3.3 Risikofamilien

In Deutschland leben etwa 20.000 drogenabhängige Mütter. Zwischen 40.000 und 60.000 Kinder wachsen in Familien auf, in denen die Eltern substituiert werden oder Drogen konsumieren. Insgesamt 2,65 Millionen Kinder leben in alkoholbelasteten Familien. Durchschnittlich jedes 5. bis 6. Kind (17,6%) ist von der Suchtkrankheit in der Familie betroffen. Die Zahl der Kinder, die unter nichtstofflichen Süchten im Elternhaus leiden (Spielsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, Co-Abhängigkeit), lässt sich nicht quantifizieren. Es muss davon ausgegangen werden, dass ca. 10 Prozent der Bevölkerung Deutschlands in ihrer Kindheit durch ein familiäres Suchtproblem belastet wurden bzw. akut belastet sind. (<http://www.nacoa.de/fakten1.html>, 27.07.07). Diese erschreckenden Fakten sind seit der Verabschiedung der 10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien durch das BMG und Fachleuten im Jahr 2003 verstärkt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. Folgende Hilfsmaßnahmen zeigen beispielhaft das bundesweite Engagement in diesem Bereich:

- **Selbsthilfeangebote**

Für suchtkranke Familien gibt es In vielen deutschen Städten Selbsthilfeangebote. Gezielte Angebote für Kinder und Jugendliche bieten die Alateen-Gruppen⁶ sowie die Kindergruppen der Selbsthilfeverbände (Guttempler, Kreuzbund, Blaues Kreuz, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe). Wo keine gezielten Angebote für Kinder aus Suchtfamilien existieren, gibt es zumindest oft Hilfen für Süchtige und deren Angehörige (www.nacoa.de 30.07.07).

⁶ Alateen ist eine Selbsthilfegemeinschaft für Kinder und Jugendliche aus alkoholkranken Familien und gehört zu den Al-Anon Familiengruppen Alateen hat in Deutschland ca. 40 Selbsthilfegruppen.

- **Stationäre und ambulante Hilfsangebote**

Zudem gibt es professionelle Hilfsangebote, das sind ambulante Angebote der Drogenberatungsstellen und stationäre Angebote, bei denen Kinder während der stationären Therapie der suchtkranken Eltern in der Einrichtung mit aufgenommen und teilweise auch gezielt therapeutisch unterstützt werden. Auch wenn diese Angebote sich nicht immer direkt an die Kinder aus Suchtfamilien wenden, können sie dazu beitragen, die Familiensituation so zu verbessern, dass auch die Kinder entlastet werden (ebda).

- **Internetgestützte Beratungsangebote**

Im Internet gibt es zahlreiche Portale zur Unterstützung von Kindern suchtkranker Eltern, (suchtkranken) Eltern und Multiplikatoren. Hierzu einige Beispiele:

- www.kidkit.de: Auf dieser spendenfinanzierten Internetseite können Kinder sich über Suchtfragen informieren und beraten lassen. Die Seite wird von einem 15-köpfigen Team begleitet.
- www.proli-sucht.de: Bundesweite Liste von Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Die Homepage gibt einen bundesweiten Überblick über Projekte und Hilfemaßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Fachleute und Betroffene finden auf dieser Seite gleichermaßen schnelle Informationen über ortsnahe Hilfen (nach PLZ sortiert).
- www.huckleberry-und-pippilotta.de: Verein zur Förderung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Eltern aus suchtbelasteten Familien e.V.
- www.seitenstark.de: Arbeitsgemeinschaft vernetzter Kinderseiten.
- www.encare.de: ENCARE (European Network for Children Affected by Risky Environments within the family) - Europäisches Netzwerk für Fachleute, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Website des deutschen ENCARE-Netzwerks.
- www.nacoa.de: Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.

- **Telefonische Beratungsangebote**

Im Jahr 2003 wurde die bundesweite „Sucht & Drogen Hotline“ eingerichtet. Sie besteht aus einem Zusammenschluss regionaler Anbieter von Drogennotrufeinrichtungen in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt das organisatorische Dach zur Verfügung.

Unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer **01805/313031** ist die „Sucht & Drogen Hotline“ zu erreichen. Sie bietet telefonische Beratung, Hilfe und Informationen durch erfahrene Fachleute aus der Drogen- und Suchthilfe. An die Sucht & Drogen Hotline können sich sowohl Menschen mit Suchtproblemen als auch deren Angehörige, Freunde oder Kollegen wenden. Die Hotline ist 24 Stunden am Tag besetzt und kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Im Jahr 2006 haben ca. 3.500 Hilfesuchende bei der Sucht & Drogen Hotline angerufen.

Die Bundes-Arbeits-Gemeinschaft (BAG) Kinder- und Jugendtelefon e.V. unterhält in Deutschland zwei anonyme, telefonische Beratungsangebote. Die Beratungstelefone sind deutschlandweit kostenlos zu erreichen.

Das Kinder- und Jugendtelefon und das Elterntelefon sind zwei voneinander getrennte Angebote. Insbesondere Kinder und Jugendliche sollen nicht den Eindruck haben, dass die Berater möglicherweise auch mit ihren Eltern sprechen.

An beiden Beratungstelefonen wird den Anrufern - Kinder, Jugendliche, Eltern - Anonymität zugesichert. Wenn Anrufer weitere - auch persönliche - Hilfe wünschen, können die Telefonberater an der jeweiligen Fragestellung entsprechende Organisationen vermitteln (www.kinderundjugendtelefon.de 30.07.07).

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie in dem Sonderkapitel 12 „Besonders gefährdete junge Menschen“.

3.4 Indizierte Prävention

Kinder mit ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat aufgrund der hohen Prävalenz, aber auch im Hinblick auf die häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen eine große klinische Bedeutung. So konnten verschiedene Studien zeigen, dass die ADHS auch ein bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist. In einer deutschen Studie der medizinischen Hochschule Hannover wurden 152 erwachsene Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (n=91) bzw. einer multiplen Substanzabhängigkeit (n=61) auf das Vorliegen von ADHS untersucht. Bei 23,1% (DSM-IV Diagnosekriterien) der alkoholabhängigen Patienten ergaben sich retrospektiv Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit. Bei 26,3% der Patienten ließ sich eine Fortführung der Diagnose im Erwachsenenalter feststellen. In der Gruppe der Substanzabhängigen erfüllten 54,1% (DSM-IV) der Patienten die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit, bei 65,5% bestand die Erkrankung noch im Erwachsenenalter.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass bei Suchterkrankungen von einer hohen Komorbidität mit ADHS auszugehen ist, die sowohl in Form eines Alkoholmissbrauchs als auch durch den Konsum illegaler Drogen zum Ausdruck kommen kann. Die Ergebnisse unterstreichen die große Bedeutung einer frühzeitigen und adäquaten Diagnostik und Therapie der ADHS zur Prävention von Suchterkrankungen (Ohlmeier et. al 2005).

Die Regelbehandlung von ADHS erfolgt in Deutschland auf mehreren verzahnten Ebenen, einem sogenannten „multimodalen Behandlungskonzept“. Es bezieht neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ein. Verschiedene Vorgehensweisen wie Psychotherapie, medikamentöse Therapie, pädagogische Maßnahmen und psychosoziale Hilfestellungen greifen ineinander. Die Zusammenarbeit mit dem Kindergarten und der Schule ist ein wichtiger Bestandteil. Spezielle Förderung in verschiedenen problematischen Bereichen erfordert die Zusammenarbeit unter-

schiedlicher Fachleute, z.B. von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Lehrern.

Bisher wird der mögliche Zusammenhang von ADHS und Sucht zwar von der ADHS Forschung berücksichtigt, selten jedoch in Therapiekonzepte der Suchttherapie einbezogen (BZgA 2005).

Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Eine wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik ist von psychischen Störungen und Erkrankungen betroffen. Als Ursache für diese Entwicklung werden von Experten, neben der Komplexität der heutigen Anforderungen, auch mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern angeführt, die ihrerseits selber überfordert sind.

Ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland leidet laut dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) an einer seelischen Störung. Die Bandbreite der Erkrankungen reicht von Kontaktschwierigkeiten über Essstörungen bis hin zu Depressionen. Junge Menschen sind zunehmend gefordert und finden bei ihren oftmals ebenso überforderten Eltern keine Unterstützung.

Erwachsene, die nicht mehr weiter wissen, greifen häufig zu Gewalt. Die erfahrene Gewalt verarbeiten die betroffenen Kinder aber nicht, sondern „behandeln“ sie mit Drogen oder zeigen wiederum selbst aggressives Verhalten (<http://www.bkjpp.de/> 30.07.07).

Formen der Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen bei Kindern bestehen in der Elternberatung sowie einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen oder -psychiatrischen Therapie unter Einbeziehung der Eltern und manchmal auch der Geschwister. In einigen Fällen ist eine medikamentöse Behandlung notwendig. Meistens erfolgt die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ambulant, d.h. ohne Krankenhausaufenthalt. Bei besonders schweren Fällen erfolgt ein stationärer Aufenthalt in der psychosomatischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses.

Die bedeutsamste Behandlungsmethode psychosomatischer Störungen ist die Psychotherapie. Wissenschaftlich anerkannte Verfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

Bei der Eingangsdagnostik wird neben Familienbeziehungen, Peer—Beziehungen, Freizeitverhalten, bestrafte Delinquenz und Dunkelfelddelinquenz, sexuelle Entwicklung und Selbstbild auch möglicher Drogenkonsum mit abgefragt (www.uni-duesseldorf.de/SWMF/II/028-020.htm 30.07.07).

In Deutschland gibt es 281 Kliniken und Tageskliniken sowie 183 Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (<http://www.dgkjp.de/einrichtungen.php> 30.07.07).

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Siehe Kapitel 3.3 (Selektive Prävention) und Sonderkapitel 12 (Besonders gefährdete junge Menschen). Hier gibt es große Überschneidungen zu den Maßnahmen der indizierten Prävention.

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Übersicht

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

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

- der Konsum ist mit Risiken verbunden (riskanter Konsum),
- es liegt ein schädlicher Gebrauch (F1x.1) oder eine Abhängigkeit (F1x.2x) im Sinne einer klinischen Diagnose (ICD oder DSM) vor,
- es entstehen Schäden für andere Personen,
- es finden sich negative soziale Konsequenzen oder Delinquenz.

Ergänzend zu der Erfassung der klinischen Diagnosen „Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, für die die internationalen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2005) Anwendung finden, wird im Deutschen Kerndatensatz Sucht 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 WHO, der British Medical Association und des Kuratoriums der DHS. Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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

Methoden zur Messung und Schätzung

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten aus bestimmten Erhebungssystemen oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen über problematischen Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizeidaten lediglich die höhere Aufgriffswahrscheinlichkeit intensiver Drogenkonsumenten als Hinweis auf problematischen Gebrauch interpretiert werden kann, werden in Umfragen Zusatzinformationen (Konsumhäufigkeit, Begleitumstände, Diagnosekriterien) oder angepasste

Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Eine relativ sichere Zuordnung ist in Behandlungseinrichtungen möglich, deren Mitarbeiter über eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle verfügen.

Neben den inhaltlichen und generellen methodischen Schwierigkeiten bei der Bestimmung des problematischen Konsums bestehen spezifische Schwierigkeiten bei der Datenerhebung zu illegalen Drogen. Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, dass Konsumenten „harter Drogen“ in Befragungen dazu neigen, lediglich den Konsum von „weichen“ Drogen, wie z. B. Haschisch, richtig anzugeben, dagegen aber die Verwendung z.B. von Heroin verneinen oder die Konsumhäufigkeit und Dosierung nach unten 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 der Stichprobe unterrepräsentiert. Zudem wird bei ihnen das Problemausmaß „unterberichtet“. Eine Darstellung der methodischen Probleme findet sich bei Kraus et al. (1998) und bei 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. Dabei sei eine Differenzierung zwischen legalen/illegalen Substanzen sowie eine Fokussierung auf das Konzept des problematischen Konsums einer Primärdroge bzw. der medizinischen Klassifikation einer Hauptdroge nicht ausreichend. Diese Problematik spielt insbesondere bei Hochrechnungen, die auf Behandlungsdaten beruhen, eine wichtige Rolle.

Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

Die EBDD hat eine Reihe von Verfahren zur Schätzung der Prävalenz problematischen Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition problematischen Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von Opiaten, Kokain oder Amphetaminen“ (Kraus et al. 2003). Da bei den Zahlen aus dem Polizeibereich in Deutschland Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden gewesen wären, und da valide Schätzungen der Mortalität nur für Heroinklienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroinkonsumenten beschränkt.

Injizierender und nicht-injizierender Konsum von Drogen

In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist die Konsumform von erheblichem Interesse, wenn es um die Minimierung von Folgeschäden geht. Nach wie vor ist in Deutschland der intravenöse Konsum stark mit Heroin verknüpft. 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 Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren

Für das Jahr 2006 wurden, ebenso wie für das Vorjahr, drei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch für die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstaufälliger (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 Zugängen zu Behandlung
Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen im ambulanten und stationärer Betreuung, der Gesamtzahl von Beratungsstellen sowie eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe errechnet.
- Eine 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 Opiaten in der Bevölkerung hochgerechnet.

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen gemacht 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. Die übrigen Verfahren wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 76.000 und 161.000 Personen und fällt damit etwas niedriger aus als in den Vorjahren. Dies entspricht einer Rate von 1,4 bis 2,9 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Wertebereich liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen vor kurzem für die Altersgruppe 18 bis 65 errechnet hat (3,0/1.000; Grenzwerte: 2,0-6,0; Wittchen & Jacobi 2005). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

Aufgrund neuerer Ergebnisse (Perkonigg et al. 2004) wurde ab 2004 eine mit 41% höhere Erreichungsquote für ambulante Betreuung angesetzt als in den Vorjahren. Der Wert stellt den Mittelwert aus zwei Untersuchungen aus München (vorher Augsburg) und Hamburg dar.

An dieser Stelle muss noch einmal auf die eingeschränkte Definition der Zielgruppe bei diesen Schätzungen hingewiesen werden (Tabelle 7).

Tabelle 7. Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 1995 bis 2006 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr					Prävalenz pro 1.000
	1995	2003	2004	2005	2006	
Behandlung	78-124	109-177	102-150	155-184	136-161	2,5-2,9
Polizeikontakte	131-142	144-182	136-172	128-166	117-159	2,1-2,9
Drogentodesfälle	78-104	92-123	87-115	78-111	76-108	1,4-2,0

Wählt man eine breitere Definition der Zielgruppe, die andere Opiate, 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 wird eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Es folgt daraus möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 167.000-198.000 (2005: 188.000-223.000). Dies entspricht einer Prävalenz (pro 1.000 Einwohnern) von 3,0-3,6. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der in 4.1 dargestellten Probleme nicht vorgenommen.

4.2.2 Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum

Um das schmale Konzept des „Problematischen Drogenkonsums“ in der Definition der EBDD etwas zu erweitern, werden im Folgenden für Deutschland weitere Datenquellen und Ansätze zur Schätzung der Zielgruppe verwendet.

In einer jungen Altersgruppe von Konsumenten (14-18 Jahre) in Hamburg fand sich Gewohnheitskonsum (mindestens 25maliger Konsum im Lebenszeitraum und mindestens einmaliger Konsum im letzten Monat) von Cannabis bei 11,6% der Befragten, gewohnheitsmäßiger Konsum anderer illegaler Drogen bei 2,4%. (Baumgärtner 2006a).

Das Risiko einer Cannabisabhängigkeit hängt von der Konsumintensität ab, wie eine Studie an 2.446 Probanden einer Bevölkerungsstichprobe im Alter von 14 bis 24 Jahren in München zeigte. Von den Personen, die an mindestens drei Tagen pro Woche Cannabis konsumierten, erfüllten 81% mindestens ein Merkmal von Abhängigkeit. Entzugs- und Toleranzsymptome treten dabei am häufigsten auf (Nocon et al. 2005). Kombiniert man dieses Ergebnis mit den Zahlen der Drogenaffinitätsstudie, die in der Altersgruppe 12-25 regelmäßigen Konsum bei 3% der Befragten feststellt, so ergibt sich für rund 2,4% dieser Altersgruppe ein Hinweis auf Abhängigkeit in Form mindestens eines zutreffenden Merkmals.

In einer Meta-Analyse auf der Basis von 27 Studien mit mehr als 150.000 Probanden im Alter von 18 bis 65 Jahren aus 16 Europäischen Ländern zeigten Substanzstörungen neben Angststörungen, Depressionen und somatoformen psychischen Erkrankungen die höchsten Prävalenzen. Abhängigkeit von illegalen Substanzen war dabei mit einer Prävalenz von 0,3% (Konfidenzintervall: 0,2-0,6) um den Faktor 10 weniger häufig zu finden als eine Alkoholabhängigkeit (3,3%; 2,8-4,0) (Wittchen & Jacobi 2005).

Die hier dargestellten Studien und Ansätze sind nur als grobe Näherungen zu verstehen. Beschränkungen in der Repräsentativität der Daten (regionale Datensätze, kleine Stichproben), ein unzureichende Standardisierung der Altersgruppen und andere Punkte lassen einen exakten Vergleich der Gruppen nicht zu. Problemkonsum in der Definition der EBDD macht unter 0,5% der Gesamtpopulation aus. Wird das Kriterium für problematischen Konsum (Substanz, Folgen) niedriger angesetzt und eine jüngere Altersgruppe als Bezugsgröße verwendet, so steigt die Prävalenz auf rund 3% an, intensive Konsummuster finden sich bei über 10%.

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

4.3 Beschreibung behandelter Klienten

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung. Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a) auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) umfangreiche Daten von rund 80% (N=744) aller ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Gesamtzahl bundesweit: N=934, Simon 2005). Der „Treatment Demand Indicator“ der EBDD (TDI) ist im KDS integriert. Die ambulanten Beratungsstellen sind 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 weitestgehend kostenlos, die Einrichtungen werden vor allem von den Kommunen und Bundesländern finanziert.

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

Für den stationären Bereich existieren ebenfalls umfangreiche Statistiken aus der DSHS. Allerdings beteiligten sich an der Bundesauswertung 2006 nur rund 157 (2005: 140; 2004: 102) Einrichtungen (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007b). Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in dieser Statistik vertreten. Um diese Lücken soweit wie möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus zwei weiteren Quellen herangezogen. Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation. Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden. Damit entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden. Die Beschreibung der stationär behandelten Drogenpatienten ist deshalb schwieriger der ambulant behandelten. Es müssen verschiedene Quellen gleichzeitig berücksichtigt werden, wobei jedoch jede eine bestimmte Art der Selektivität aufweist.

Angaben zu den Charakteristika behandelter Drogenkonsumenten finden sich in Standardtabelle 3.

4.3.1 Ambulante Betreuung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der nationalen Suchthilfestatistik des Jahres 2006 für Deutschland (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a). Im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik wurden im Jahr 2006 insgesamt 267.496 (2005: 265.245) Fälle in ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz im Mittelpunkt der Betreuung stand.

Soziodemographische Informationen

Im Jahr 2006 waren 79,5% (2005: 79,0%) aller in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten 55.246 (2005: 55.524) ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. Etwa 56,6% (2005: 57,9%) von ihnen sind zwischen 15 und 30 Jahre alt. 82,1% (2005: 83,3%) waren deutsche Staatsbürger, 3,0% (2005: 2,7%) stammen aus Staaten der Europäischen Union, 8,7% (2005: 10,0%) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion.

Zunehmend werden aus der Praxis Probleme bei der Betreuung und Weitervermittlung von älteren Drogenklienten berichtet. Rahmenbedingungen, Motivationslage, Behandlungskonzeption und -ziele der Angebote passen oft nicht zur Realität dieser Personengruppe. Mit der zunehmenden Zahl älterer Heroinabhängiger wird der Bedarf an entsprechenden Angeboten in den nächsten Jahren in Deutschland wie in anderen westeuropäischen Ländern wachsen.

Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 8 eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 8. Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (ambulant)

Charakteristika	Hauptdiagnose			
	Opiate	Cannabis	Kokain	Amphetamine
Alter zu Behandlungsbeginn (Mittelwert)	32,3	23,6	31,1	25,3
Alter bei Erstkonsum (Mittelwert)	20,1	15,6	20,1	17,9
Geschlecht (Anteil Männer)	76,9%	86,0%	85,3%	75,2%
Alleinstehend	50,9%	60,0%	45,7%	53,1%
Erwerbsstatus				
arbeitslos	53,9%	28,2%	39,1%	32,6%
Schüler/in in Ausbildung	4,3%	34,0%	6,7%	18,9%
Wohnungslos	4,7%	1,0%	2,3%	1,2%

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Konsumverhalten

In Tabelle 9 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt, so wie sie für die Klienten ambulanter Beratungsstellen im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik für 2003-2006 berichtet wurde.

Heroin wird von 63,0% (2005: 64,7%) der Klienten vorwiegend injiziert. Dieses Konsummuster findet sich ebenfalls bei knapp einem Drittel der Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert bzw. geraucht. Beim Heroinkonsum hat sich der intravenöse Gebrauch gegenüber dem Vorjahr leicht reduziert, seit 2003 geht der Anteil der i.v. Konsumenten unter den Nutzern von Heroin kontinuierlich zurück. Bei den anderen Opiaten hat sich der Anteil der i.v. konsumierenden Klienten (7,4%) gegenüber dem Vorjahr ebenfalls nur geringfügig verringert, wobei für diese Substanzen eine deutliche Reduktion des i.v. Konsums seit 2003 zu beobachten ist. Auch bei Kokain hat sich der Anteil der i.v. Konsumenten mit 29,1% (2005: 32,8%) kaum verändert.

Da die Stichprobe der Einrichtungen in der DSHS jährlichen Schwankungen unterliegt, sollten diese kleineren Veränderungen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Da das Rauchen von Heroin seit 2003 deutlich zugenommen hat, scheint - auch auf Grund der Fallzahlen - die Aussage gerechtfertigt, dass hier ein Trend weg vom i.v. Konsum auch in Deutschland sichtbar wird (Tabelle 9).

Tabelle 9. Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 2003-2006

Substanz	Jahr	Applikationsform					Gesamt
		Injektion	Rauchen	Oral	Schnüffeln	Andere	
Heroin	2003	70,2%	17,6%	1,6%	9,6%	1,1%	16.181
	2004	66,6%	23,8%	3,7%	5,0%	1,0%	11.649
	2005	64,7%	25,3%	3,4%	5,6%	1,0%	13.492
	2006	63,0%	25,6%	4,2%	6,1%	1,1%	10.935
Methadon	2003	3,3%	3,1%	93,0%	0,2%	0,4%	8.298
	2004	3,6%	1,8%	92,1%	0,2%	2,2%	4.356
	2005	4,1%	1,9%	91,7%	0,2%	2,2%	5.406
	2006	3,8%	1,7%	92,2%	0,1%	2,2%	4.812
Andere Opiate	2003	21,1%	8,3%	64,3%	4,2%	2,2%	2.509
	2004	15,2%	7,7%	72,0%	0,8%	4,2%	880
	2005	8,7%	6,3%	80,1%	0,6%	4,3%	1150
	2006	7,4%	8,2%	78,3%	1,7%	4,5%	907
Kokain	2003	33,8%	19,8%	1,7%	38,8%	5,9%	8.049
	2004	34,3%	26,3%	1,7%	30,2%	7,5%	5.468
	2005	32,8%	26,1%	1,4%	32,8%	6,9%	6.451
	2006	29,1%	26,1%	1,4%	36,7%	6,7%	5.003
Crack	2003	17,9%	47,5%	2,5%	31,7%	0,4%	1.344
	2004	8,7%	65,3%	4,0%	19,7%	2,3%	173
	2005	6,7%	85,8%	2,0%	4,4%	1,0%	586
	2006	5,4%	74,2%	4,8%	13,4%	2,2%	186

Mehrfachnennungen möglich.
Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Diagnosen

Für das Jahr 2006 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 55.246 (2005: 55.524) Personen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe eine Betreuung begonnen haben. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD 10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit).

Beschränkt man sich bei der Betrachtung auf illegale Substanzen, handelt es sich in gerade noch etwas mehr als der Hälfte der Fälle (50,7%; 2005: 52,2%) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opiaten in Beratung oder Behandlung begeben. In fast einem Drittel der Fälle (31,1%; 2005: 30,8%) handelt es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Kokain betrifft 7,0% (2005: 6,7%) der Klienten, Stimulantien 6,3% (2005: 5,7%). Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Be-

handlung sind, steht Cannabis mit 57,1% der Klienten als Substanz deutlich an erster Stelle (Tabelle 10).

Berechnet man die prozentuale Veränderung der Klientenzugänge nach verschiedenen Hauptdiagnosen seit 1994, so zeigt sich die deutlichste Zunahme für Cannabis, auch wenn sich im Berichtsjahr nach den Zuwächsen in den Vorjahren eine gewisse Stagnation abzeichnet. Diese Klientengruppe hat sich seit 1994 etwa verzehnfacht. Auch die Zahlen der Klienten mit einer primären Problematik im Umgang mit Stimulantien oder Kokain sind im gleichen Zeitraum erheblich gestiegen und haben sich etwa versechsfach bzw. verfünffacht. Opiode haben sich etwa verdoppelt und Alkohol ist vergleichsweise stabil geblieben. Die letzt genannten Gruppen stellen aber in absoluten Zahlen die größten Personengruppen dar (Abbildung 6).

Tabelle 10. Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von .. (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Zugänge (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	49,1	57,2	50,7	20,2	29,0	21,8
Cannabinoide	33,7	21,1	31,1	60,2	42,6	57,1
Sedativa/ Hypnotika	1,1	6,4	2,2	0,9	6,7	1,9
Kokain	7,6	5,0	7,0	8,1	5,3	7,6
Stimulantien	6,0	7,7	6,3	9,0	15,1	10,1
Halluzinogene	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Andere psychotrope Substanzen	2,3	2,4	2,3	1,4	1,1	1,3
Gesamt	43.908	11.226	55.246	11.345	2.488	13.859

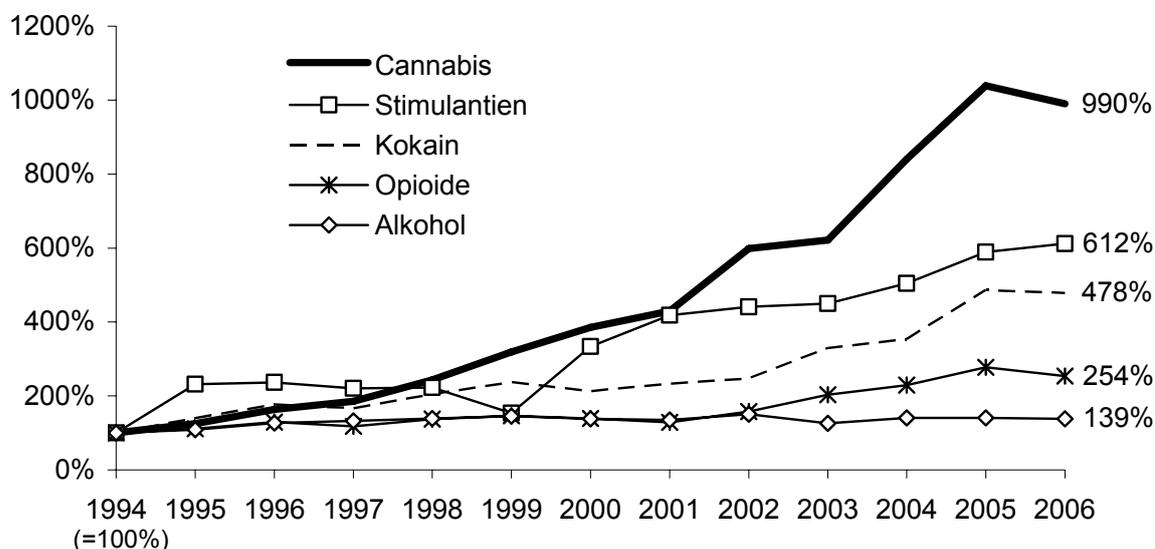
Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Weitere Detailinformationen finden sich in den Standardtabellen für die EBDD im Anhang (Standardtabelle TDI).

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opiatproblemen weisen 22,5% (2005: 24,6%) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) und 24,0% (2005: 27,1%) eine Kokainstörung auf. Bei primären Kokainproblemen stehen Cannabis (45,6%; 2005: 44,4%), Amphetamine (18,0%; 2005: 17,5%) und Ecstasy (14,8%; 2005: 13,2%) im Vordergrund. Immerhin 10,6% (2005: 10,1%) der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik weisen auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain auf, 15,8% (2005: 14,0%) von Amphetaminen und 10,7% (2005: 11,3%) von Ecstasy (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a).

Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den Deutschen Kerndatensatz nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden. Da die Auswertungen dabei teilweise auf

den Originaldaten beruhen und eine weitgehend vollständige Erhebung ganzer Regionen beinhalten, stellen sie bei der Beschreibung der Situation eine wertvolle Ergänzung der nationalen Statistiken dar.



Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Abbildung 6. Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdrogen (1994=100%)

Ergebnisse des hessischen „COMBASS-Systems“ aus 103 ambulanten Einrichtungen in Hessen unterstützen die Aussage der Bundesstatistik in vieler Hinsicht, auch wenn der Auswertung im Einzelfall abweichende Definitionen zugrunde liegen (z.B. Auswertung nur namentlich bekannter Personen mit mindestens einem dokumentierten Termin im Berichtsjahr) bzw. bei der Auswertung auf Landesebene einer anderen Logik folgen (Dokumentation der Betreuung von Einzelpersonen im Kalenderjahr). Die Auswertung des Jahres 2005 basiert auf 20.897 Betreuungen (18.874 Personen mit eigener Suchtproblematik und 1.142 Angehörige). Mit 17.562 namentlich erfassten Klienten wurden Termine für Hilfe- und Beratungsleistungen vereinbart, darüber hinaus wurden 2.847 anonyme Kontakte dokumentiert. Trotz einer gestiegenen Zahl teilnehmender Einrichtungen ist die Zahl der dokumentierten anonymen Kontakte gegenüber dem Vorjahr deutlich gesunken (2004: 3.418, N=99 teilnehmende Einrichtungen). Diese Entwicklung kann sowohl eine veränderte Dokumentationsweise in den Einrichtungen als auch eine tatsächliche Einschränkung von Angeboten anonymer Beratungen z.B. aus Kostengründen widerspiegeln. 40% der Klienten wurden wegen Alkoholproblemen behandelt, 35% wegen Opiaten. Cannabis war bei 12% der Klienten die Hauptsubstanz, Kokain, Crack und Amphetamine (und andere Stimulantien) jeweils bei 2%. Andere Diagnosen machten 7% der dokumentierten Fälle aus. Der Anteil der Opiatkonsumenten ist von 2003 bis 2005 von 31% auf 35% gestiegen (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2006a).

Die Verteilung der ambulant betreuten Klienten nach illegaler Hauptdroge zeigt in Schleswig-Holstein Opiate (einschließlich Substitutionsmittel) mit 50% an erster Stelle, Cannabis mit

24% danach und Kokain mit knapp 7% an dritter Stelle. Der Anteil von Cannabisfällen liegt damit etwas niedriger als im Bundesmittel, was strukturelle Gründe (z.B. geringe Intensität der Strafverfolgung im Bundesland) und Unterschiede bei der Datenerhebung (rund ein Drittel der Klienten werden anonym erfasst und gehen hier nicht ein) haben kann. Die Trends der letzten Jahre - Stabilität oder Rückgang bei Opioiden und Zunahme bei Cannabis - sind dennoch die gleichen wie auf Bundesebene (Raschke, Buth & Kalke 2005).

Missbrauch von Medikamenten

Missbräuchlicher Konsum und Abhängigkeit von Medikamenten sind relativ häufige Phänomene, die allerdings wegen ihrer beschränkteren negativen Auswirkungen auf die soziale Umgebung und einer geringeren Auffälligkeit der Betroffenen sehr viel weniger erfasst und wahrgenommen werden als etwa die Abhängigkeit von illegalen Drogen. Auch wenn der Missbrauch von Arzneimitteln aktuell wieder etwas stärker in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit gerückt ist, besteht aus wissenschaftlicher Sicht nach wie vor erheblicher Informationsbedarf (Soyka et al. 2005a).

Eine Schätzung der Bundesländer geht von 1,2-1,3 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus (Simon 2005), andere Schätzungen reichen von 1,4-1,9 Millionen (Soyka et al. 2005a; Kraus et al. 2006). Basierend auf eigenen Berechnungen hat Schwabe (2007) in Erwägung gezogen, dass die bisherigen Schätzungen zu hoch seien und sich die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland nur bei etwa 700.000 Personen bewege.

Unter den im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik in ambulanten Einrichtungen erfassten Klienten befinden sich insgesamt nur 0,8% mit einer Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika. Unter den Frauen ist der Anteil mit 1,7% mehr als viermal so hoch wie unter den Männern (0,4%) (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a). Ein vergleichbarer Anteil dieser Klientengruppe und eine ähnliche Verteilung zwischen den Geschlechtern wurde für das Jahr 2005 auch im Rahmen der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) berichtet (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2006a).

Um Hinweise darauf zu erhalten, welche Wirkstoffe und Medikamente ein besonders hohes Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential haben und welche Trends sich dabei abzeichnen, wird in Deutschland seit mehr als 10 Jahren unter dem Namen „ebis-med“ ein Monitoringssystem zur Erfassung von missbräuchlichem bzw. abhängigem Konsum von Medikamenten unter Personen in ambulanter Suchtbehandlung durchgeführt. Dabei geht man davon aus, dass es sich dabei um eine Hochrisikogruppe handelt, in der sich Missbrauch und Veränderungen im Konsummuster schneller und besser erfassbar abzeichnen als in der Normalbevölkerung.

Einbezogen werden dabei zunächst Klienten, deren primäre Problematik Medikamente sind. Daneben sind solche Störungen aber auch häufig bei Personen mit einer primären Alkohol- oder Drogenproblematik zu finden. Seit 2004 erfasst das Monitoringssystem neben Charakteristika der missbrauchten Medikamente auch die detaillierten Kriterien des Missbrauchs und abhängigen Konsums von Medikamenten durch Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen mit Hilfe einer Stichprobe von 36 repräsentativ ausgewählten Einrichtungen aus ganz

Deutschland. Die neuesten Ergebnisse dieser Erhebung liegen für das Berichtsjahr 2005 vor (Rösner & Kufner 2007). Es wurden 542 (2004: 518) Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von 393 (2004: 396) Patienten in die Auswertung einbezogen.

Tabelle 11. Häufigste Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen bei den von Opioidklienten missbrauchten Medikamenten

Gruppe	Arzneimittel	N	%	Gruppe	Arzneimittel	N	%
Tranquilizer		94	44,1	Hypnotika		38	17,8
	<i>Benzodiazepine</i>	93	43,6		Flunitrazepam	37	17,4
	Diazepam	82	38,5		Zolpidem	1	0,5
	Oxazepam	5	2,3				
	Bromazepam	4	1,9	Substitutionsmittel		44	20,7
	Lorazepam	1	0,5		Methadon	28	13,1
	Nitrazepam	1	0,5		Buprenorphin	15	7,0
	<i>Pflanzl. Tranquilizer</i>	1	0,5		Levomethadon	1	0,5

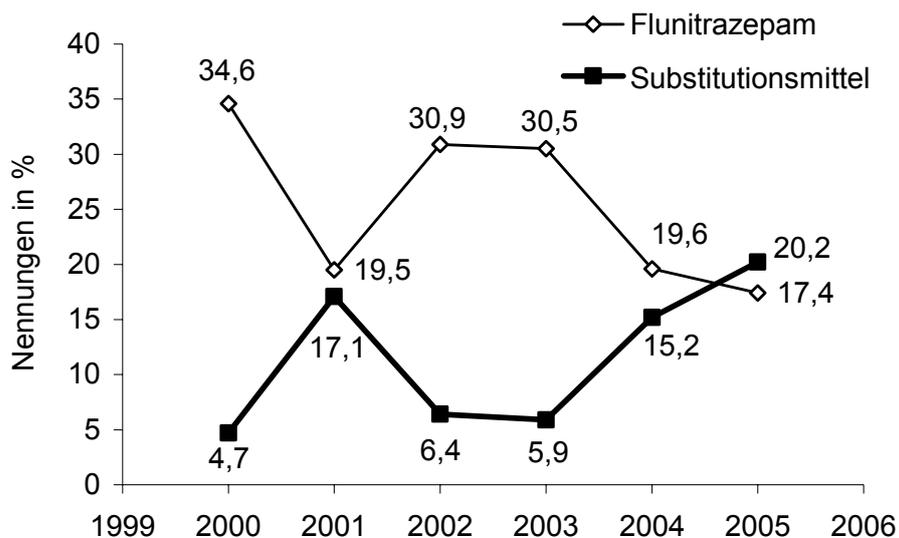
Rösner & Kufner 2007.

Tabelle 11 zeigt, welche Wirkstoffe und Arzneimittelgruppen von Opiatkonsumenten am häufigsten missbraucht wurden. Von diesen Klienten werden neben Tranquilizern überwiegend Substitutionsmittel und Hypnotika missbräuchlich konsumiert. Tranquilizer und Hypnotika vom Benzodiazepintyp (v.a. Diazepam und Flunitrazepam) decken gemeinsam fast zwei Drittel (61,4%) der Nennungen der erfassten Missbrauchsfälle in dieser Klientengruppe ab, etwa ein Fünftel der Nennungen geht auf den Missbrauch der Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin zurück.

Beim Missbrauch von Substitutionsmitteln wurden Fälle erfasst, in denen die Substanz nicht im Rahmen einer geordneten Behandlung gebraucht wurde, sondern ohne medizinische Betreuung verwendet bzw. auf dem Schwarzmarkt besorgt wurde.

Bei Klienten mit der Hauptdiagnose Opioide setzt sich der bereits im Vorjahr beobachtbare Trend eines ansteigenden Missbrauchs von Substitutionsmitteln fort. Mit 20,7% der Nennungen wurde 2005 ein maximaler Anteil erreicht. Umgekehrt zur Entwicklung des Substitutionsmittelmissbrauchs verläuft der missbräuchliche Konsum von Hypnotika, v.a. des Benzodiazepins Flunitrazepam.

Abbildung 7 illustriert die gegenläufigen Entwicklungen von Substitutionsmitteln und Flunitrazepam während der letzten Jahre.



Rösner & Küfner 2007.

Abbildung 7. Verlauf des Flunitrazepam- und Substitutionsmittelmissbrauchs durch Klienten aus der Hauptdiagnosegruppe Opioider 2000-2005

4.3.2 Stationäre Betreuung

Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)

Im Jahr 2006 wurden von insgesamt 32.474 (2005: 31.569) in der Deutschen Suchthilfestatistik dokumentierten stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 6.915 (2005: 5.802 Personen) wegen illegaler Substanzen (inklusive Medikamente) behandelt (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007b). Darunter waren 5.503 Männer (2005: 4.505), dies entspricht einem Männeranteil von 79,6% (2005: 77,6%). Hauptursache für stationäre Behandlungen insgesamt sind nach wie vor alkoholbezogene Störungen. Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch hier basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit/ schädlichem Gebrauch von Opiaten die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (41,8%; 2005: 44,0%). Die zweitgrößte Gruppe bilden Klienten mit polyvalentem Konsum (25,7%; 2005: 26,2%). Wie bereits im Vorjahr stand Cannabis mit 17,6% (2005: 15,2%) der Fallzahlen an dritter Stelle und ist in seiner Bedeutung weiter gestiegen, während die Anteile der Opiatabhängigen weiterhin rückläufig sind. Cannabis spielt bei Frauen nach wie vor eine deutlich geringere Rolle als bei den Männern: Nur 10,4% der Frauen vs. 19,4% der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich sonst nur noch für Sedativa/ Hypnotika, bei denen das Verhältnis seit vielen Jahren umgekehrt ist (Tabelle 12).

Die stationäre Behandlung von Cannabisstörungen war bis vor einiger Zeit noch ein Ausnahmefall. In letzter Zeit hat sich das zahlenmäßig geändert. In einem Positionspapier zum

stationären qualifizierten Entzug von Cannabispatienten haben Holzbach et al. (2006) Kriterien erstellt, die eine stationäre Entzugsbehandlung und deren Dauer bei Cannabisabhängigkeit begründen sowie inhaltliche Behandlungsansätze skizziert. So fordern die Autoren, Entzugsbehandlungen für Cannabisabhängige stationär durchzuführen, falls eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde und ein ambulanter Entzug misslungen ist oder eine schwere psychiatrische Komorbidität, Desintegration, psychosoziale Unreife oder hohe Konsumhäufigkeit vorliegt. Sie weisen auf die besondere Problemsituation dieser schwer kranken (wenn auch sehr kleinen) Gruppe von Cannabisabhängigen hin, die in der Regel früh mit dem Konsum begonnen haben.

Tabelle 12. Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS)

schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von ... (ICD10 F1x.1/F1x.2x)	2005	2006		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opiate	44,0%	42,3%	39,8%	41,8%
Cannabis	15,2%	19,4%	10,4%	17,6%
Hypnotika/ Sedativa	4,5%	2,1%	12,5%	4,2%
Kokain	6,6%	6,6%	2,9%	5,8%
Stimulantien	3,4%	5,1%	3,9%	4,9%
Halluzinogenen	0,1%	<0,1%	0,1%	<0,1%
Flüchtigen Lösungsmitteln	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%
anderen psychotropen Substanzen	26,2%	24,5%	30,4%	25,7%
Gesamt	5.802	5.503	1.409	6.915

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007b.

Daten aus anderen Quellen

Eine Gesamtübersicht über alle stationär betreuten Patienten in Deutschland bietet die Statistik der Krankenhausbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2005 vorliegen. Sie erfasst die behandlungsleitende Diagnose, Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik, die spezifische Informationen ergänzen kann. Die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) beziehen sich auf Rehabilitationsbehandlungen von Suchtkranken. Die Verteilung dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entspricht 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.

Opioide stehen bei den Akutbehandlungen (Krankenhausbehandlungen) zahlenmäßig klar im Vordergrund. Danach folgen Sedativa/Hypnotika sowie an dritter Stelle Cannabis. Die bei weitem größte Subkategorie betrifft jedoch den multiplen Substanzgebrauch. In vielen Fällen dürfte sich dahinter primärer Konsum illegaler Substanzen verbergen, da Alkohol sehr viel

häufiger als einziges Suchtmittel auftritt. Da diese substanzbezogenen Angaben jedoch nicht vorliegen, ist eine Prüfung dieser Annahme nicht möglich.

Vergleicht man die Daten aus der suchtspezifischen Diagnostik (DSHS) mit diesen Statistiken, so kann man folgendes feststellen: Opiate stehen unter den illegalen Substanzen an erster Stelle. Rechnet man die Fälle mit multiplem Substanzgebrauch dazu, hinter denen in den meisten Fällen eine Kombination aus Opiatabhängigkeit und Kokain- oder anderen Suchtproblemen stecken dürfte, so summiert sich dieser Anteil von 70-80% der stationär behandelten Patienten. Vergiftungen durch Sedativa und Hypnotika sind in der Akutbehandlung relativ häufig, etwa jede zehnte Suchtdiagnose bei den Krankenhausbehandlungen bezieht sich auf diese Substanzen. Bei den Entwöhnungsbehandlungen spielen sie dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Patienten mit einer Cannabisstörung stehen bei der Rehabilitation an zweiter Stelle der Einzelsubstanzen, wenn auch mit großem Abstand zu den Opioiden. Kokain folgt an dritter Stelle (Tabelle 13).

Tabelle 13. Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2004-2005

Diagnosen	Krankenhaus- behandlungen		DRV		DSHS	
	2004	2005	2004	2005	2005	2006
F11 Opiode	30,8%	32,2%	19,6%	19,9%	44,0%	41,8%
F12 Cannabinoide	6,1%	6,5%	5,4%	7,1%	15,2%	17,6%
F13 Sedativa oder Hypnotika	10,1%	9,8%	2,6%	2,3%	4,5%	4,2%
F14 Kokain	1,3%	1,4%	3,4%	3,5%	6,6%	5,8%
F15 Stimulantien, incl. Koffein	1,4%	1,4%	1,4%	1,9%	3,4%	4,9%
F16 Halluzinogene	0,7%	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%	<0,1%
F18 flüchtige Lösungsmittel	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	<0,1%
F19 Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen.	49,6%	48,0%	67,4%	65,2%	26,2%	25,7%
Gesamt	84.147	88.487	10.311	10.573	5.802	6.915

Statistisches Bundesamt 2007, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2007, Sonntag, Bauer, Hellwich 2007b.

Bei den illegalen Drogen dominiert Heroin die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Allerdings steht Cannabis bei Personen in ambulanter Erstbetreuung an erster Stelle und spielt im Vergleich zu Opiaten dort auch eine wichtige Rolle. Die höhere Schwelle vor der Aufnahme einer stationären Behandlung (Kosten, Organisations- und Zeitaufwand) bewirkt neben der meist weniger schwierigen Drogenproblematik, dass nur ein recht kleiner Teil der Cannabisfälle stationär behandelt wird.

4.3.3 Diagnosedaten aus anderen Bereichen

Gefängnisinsassen weisen eine erhöhte Prävalenz beim Konsum psychotroper Substanzen und bei Substanzstörungen auf. Personen, die wegen Drogendelikten - in der Regel Han-

deldelikten - oder aus anderen Gründen in Haft sind, konsumieren auch innerhalb der Gefängnisse psychotrope Substanzen. Epidemiologische Daten zum Konsum psychotroper Substanzen sind in den Justizvollzugsanstalten sehr schwer zu erheben und oft wenig valide. Einen groben Überblick über die Situation geben Simon & Tischer (2006) auf der Basis von Angaben aus den Justizministerien der Bundesländer. Soweit dabei Angaben und Schätzungen zur Prävalenz von Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen gemacht werden, liegen diese zwischen 40 und 50%. Der Anteil der Gefangenen, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vermutet wird, liegt bei etwa 33%. Für inhaftierte Frauen liegen die Prävalenzen tendenziell etwas höher als für Männer.

Aus wiederholten Szenebefragungen in der offenen Drogenszene Frankfurt in den Jahren 2002-2006 geht hervor, dass Heroin und Crack in der Frankfurter Szene in vergleichbarem Maße konsumiert werden. Die 30-Tage-Prävalenz für Heroinkonsum beträgt demnach 87%, für Crack 85%. Während der letzten Jahre ist die Bedeutung des ausschließlich intravenösen Konsums von Crack weiterhin gestiegen und erreicht 2006 einen vergleichbaren Wert wie der ausschließlich inhalative Konsum. Die Gruppe der täglichen Crack-Konsumenten ist 2006 erneut gestiegen (Müller et al. 2007). Ergebnis früherer Befragungen war bereits, dass etwa 60% der Crack-Konsumenten nahezu täglich Crack konsumieren. Die Mehrheit der Crack-Konsumenten befindet sich in einer schlechten sozialen Situation, fast jeder Zweite ist obdachlos und die Arbeitslosenquote beträgt rund 80%. Auffallend ist, dass sich in der Gruppe der exzessiven Crackkonsumenten (>8 Konsumeinheiten täglich) etwa 60% Frauen befinden. In einer kürzlich erschienenen Publikation von Zurhold und Müller (Hrsg.) (2007) werden die Ergebnisse einer umfassenden Studie zu Kokain- und Crackkonsum in Frankfurt umfassend dargestellt.

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Übersicht

Für Menschen, die ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen, stehen Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote zur Verfügung. Es bestehen einerseits Substitutionsangebote mit einer zunächst begrenzten Zielsetzung hinsichtlich einer Stabilisierung des Gesamtzustandes und andererseits abstinenzenorientierte Angebote. Beide Konzepte sind komplementär zu sehen, da auch Substitution langfristig auf Drogenfreiheit abzielt, wo diese erreicht werden kann.

Abstinenzorientierte Behandlung wird nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt:

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

Die Behandlung ist entsprechend dem o.a. Phasenmodell strukturiert, wobei das Ziel der Kontaktphase die Erlangung, der Erhalt und die Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung ist. Für die Behandlung sollte ein Hilfeplan entwickelt werden. An seinem Beginn steht eine Beratung, die medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Anamnese umfasst. Im Hilfeplan sollen alle regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung und Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden, um die individuell am besten geeigneten Maßnahmen zu wählen.

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

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

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

Die Durchführung von Behandlung

Im Rahmen der Substitution bestehen medikamentengestützte Behandlungsangebote, mit denen eine recht große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird. Die substitutionsgestützte Behandlung ist seit dem Jahr 2001 detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt: Die Bundesärztekammer hat schon 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft (state of the art) durch Richtlinien festgelegt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Substitutionsbehandlung 2003 ohne Einschränkung als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt und die Kosten für die gesetzlich Versicherten übernommen. 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 Substitutionsbehandlung auf. Bisher ist es noch nicht zufrieden stellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialsystem der Drogenhilfe in Deutschland zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung soll grundsätzlich von einer psychosozialen Betreuung begleitet werden. Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug werden überwiegend in so genannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen vorgenommen. Entwöhnung kann in Fachabteilungen von Krankenhäusern, in Fachkliniken oder in therapeutischen Gemeinschaften erfolgen.

Als Ergebnis der 2006 erfolgreich abgeschlossenen Medikamentenstudie zum Einsatz von Heroin bei der Behandlung Opiatabhängiger wird derzeit die Zulassung von Diamorphin zur Regelbehandlung geprüft. Diese Art der Behandlung ist für einen kleinen Teil der Betroffenen gedacht, die von anderen Behandlungsangeboten nicht ausreichend profitieren konnten. Die notwendigen Gesetzesänderungen und die Regelung weiterer Modalitäten, die eine Behandlung mit Diamorphin auch nach Studienende ermöglichen, befinden sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess. Die positiven Ergebnisse des Modellprojektes „heroingestützte Behandlung“ ist der Fortgang der Diamorphin-Behandlung in Deutschland ungewiss. Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) liegt seit Mitte 2006 ein Antrag auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel vor. Das BfArM hat den Antrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, das gegenwärtig die Verschreibung von Diamorphin verbietet. Eine entsprechende Gesetzesinitiative konnte bisher von der Bundesregierung nicht in den deutschen Bundestag eingebracht werden. Die bereits in das Modellprojekt eingeschlossenen Patienten werden seit Januar 2007 auf der Basis einer auf das

öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß §3.2 des BtMG zunächst weiter mit Diamorphin behandelt.

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.

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie und Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten (Beratungsstellen u.ä.) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger federführend tätig sind. Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter therapeutischer Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Organisationen wird in vielen Bundesländern durch landesfinanzierte Institutionen gefördert, zum Beispiel durch die Bayerische Suchtakademie (BAS), die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) oder die Thüringer Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

Finanzierung und Trägerschaft

Die nach wie vor aktuellste verfügbare Übersicht aus 2005 nennt für Deutschland eine Zahl von 934 spezialisierten Suchtberatungsstellen, die Drogen vorrangig oder neben anderen psychotropen Substanzen behandeln. Mehr als 2.078 Plätze für stationäre Entgiftung und etwa 5.260 Plätze für Entwöhnungsbehandlung stehen bundesweit zur Verfügung. Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig (Simon, 2005).

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 finanziert. Ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht für die Einrichtungen nicht. Während der Entzugsphase ist die gesetzliche Krankenversicherung federführend tätig. Für die Entwöhnungsbehandlung ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, die diese Behandlung als medizinische Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen ihrer Leistungen finanziert. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf wesentliche Ausnahmen keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier häufig auf Finanzierungsmodelle angewiesen, die staatliche Mittel, der Sozialversicherung und der Agenturen für Arbeit nutzen.

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) müssen auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert werden.

Datenquellen

Durch die Integration weiterer Dokumentationssysteme in die Berichterstattung hat die nationale Suchthilfestatistik in den letzten Jahren einen deutlich höheren Anteil an Betreuungen erfasst als in der Vergangenheit. Es wurden im Berichtsjahr 2006 744 von 934 (79,7%) Einrichtungen mit Bundes- oder Landesförderung erfasst (2005: 80,2%).

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 01. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung soll nicht in diesem Register erfasst werden. Für 2006 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.

Krankenhausbehandlung in Deutschland betrifft die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung, während Rehabilitation der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dient. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert. Zu den Rehaleistungen liegen Statistiken der Rentenversicherungsträger vor, die sich an den erbrachten Leistungen dieser Institutionen orientieren.

5.2 Behandlungssystem

Institutionen und Organisationen

Die Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung - also vor allem Substitutionsbehandlung - ist für die Beschreibung des Behandlungssystems in Deutschland nur begrenzt geeignet. Zwar lässt sich ein großer Teil der Aktivitäten von niedergelassenen Ärzten der medikamentös unterstützten Behandlung zuordnen. Eine klare Zuordnung der psychosozialen Beratungsstellen, die ein zentrales Versorgungselement darstellen, ist jedoch nur in den wenigen Fällen möglich, in denen sie selbst Substitutionsmittel vergeben. In vielen Fällen findet jedoch die medizinische Substitution außerhalb der Beratungsstelle statt. Die psychosoziale Betreuung oder Therapie, die in der Beratungsstelle geleistet wird, ist damit per se weder dem drogenfreien noch dem medikamentös unterstützten Ansatz verpflichtet. Um Wiederholungen zu vermeiden, werden in der folgenden

Darstellung ambulante Beratungsstellen unter der Überschrift drogenfreie Behandlungen dargestellt.

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

Eine von Queri et al. (2005) durchgeführte Studie zu Kooperationsbeziehungen und Vermittlungswege zwischen verschiedenen Hilfeeinrichtungen wurde bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt.

Behandlungsbedarf und Evaluation

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Beispiele für eine Bedarfsplanung auf der Grundlage von Bestandsanalysen und der Gesundheitsberichterstattung finden sich etwa in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2005), Frankfurt (Müller et al. 2007) und Hamburg (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2006, Baumgärtner 2006a, b). In Hessen wird zurzeit, ähnlich wie in anderen Teilen Deutschlands, die Kooperation von Suchthilfe und Jugendhilfe speziell für die jüngeren Drogenkonsumenten mit Hilfebedarf intensiviert. In diesem Bundesland hat man dazu integrierte Jugend- und Suchthilfezentren geschaffen (Hessisches Sozialministerium, 2006).

Bisher wurden substanzbezogene Störungen im Alter noch wenig beachtet. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur, die steigende Lebenserwartung und ein geändertes Konsumverhalten auch jenseits von 60 Jahren machen dieses Thema zunehmend wichtig. Bei den legalen Substanzen spielt dabei der teilweise spät einsetzende (late onset) problematische Gebrauch von Alkohol, häufig aber auch der Missbrauch von Medikamenten eine wichtige Rolle (DHS 2005).

Neben dieser Gruppe von Abhängigen von legalen Substanzen wächst auch die Zahl alternierender Opiatkonsumenten in Substitution und außerhalb. Hier zeichnen sich neue Anforderungen an das Hilfesystem ab. Für diese Zielgruppe bestehen nach wie vor kaum Betreuungsplätze, die von der Therapiezielen, dem Rahmen und den versicherungstechnischen Anforderungen her wirklich adäquat sind.

Die zur Verfügbarkeit von Behandlung vorliegenden Informationen finden sich in Standardtabelle 24.

5.3 Drogenfreie Behandlung

Insgesamt hat sich die Angebotssituation nicht grundsätzlich geändert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt häufig zu Finanzierungsproblemen. Die Kommunen, die den größten Anteil dieser Angebote finanzieren, leiden unter erheblichen Budgetproblemen. Angebote der ambulanten Suchthilfe, für deren Finanzierung

keine rechtliche Verpflichtung besteht, werden deshalb stellenweise reduziert. Allerdings ist gleichzeitig neben der fachlichen auch eine betriebswirtschaftlich orientierte Professionalisierung von Einrichtungen festzustellen. Die Charakteristika der ambulant bzw. stationär betreuten Klienten wurden bereits unter 4.3 (ab Seite 53) beschrieben. Hier soll lediglich eine Darstellung der Zahl betreuter Personen erfolgen.

Klientenzahlen im stationären Bereich

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da die Dokumentation sich an der Finanzierung orientiert und nicht an der Art der Behandlung (drogenfrei vs. medikamentengestützt) werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit Hauptdiagnose F11-F16 oder F18-F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus und Reha-Behandlung dargestellt. Krankenhausbehandlung dient der Entgiftung, der körperlichen oder psychiatrischen Behandlung oder der Bekämpfung der Folgen einer akuten Intoxikation. Eine umfassende Statistik zur Behandlung dieser Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und der Drogenfreiheit als Voraussetzung für die Wiederherstellung oder Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Klienten. Sie findet in der Regel stationär, in zunehmend größerem Umfang aber auch ambulant statt.

Tabelle 14. Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2002-2005

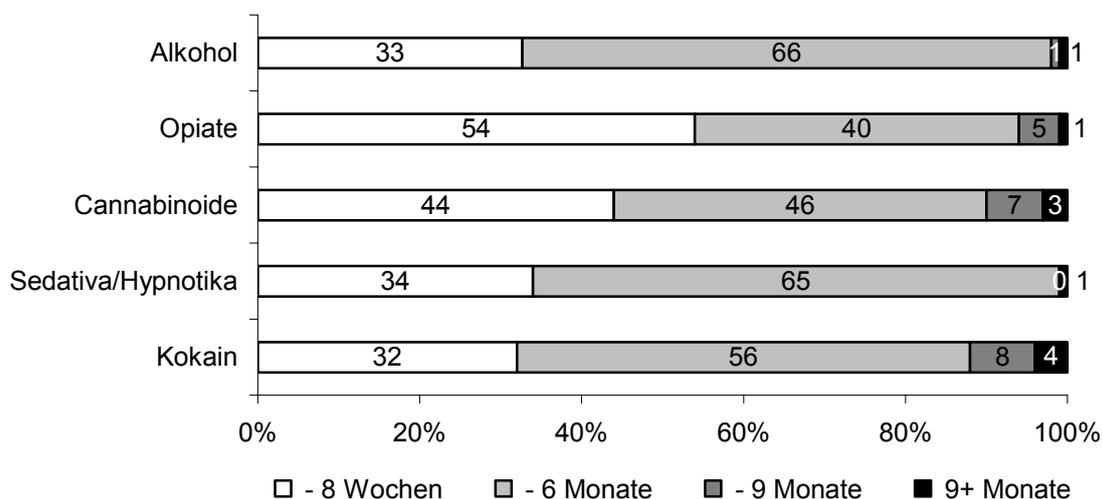
ICD	Hauptdiagnose Substanz	Jahr				Veränderungen 2005 vs. 2004
		2002	2003	2004	2005	
F10	Alkohol	258.083	288.115	290.864	299.428	+2,9%
F11	Opioide	24.663	25.145	25.889	28.476	+10,0%
F12	Cannabinoide	3.113	4.151	5.107	5.789	+13,4%
F13	Sedativa/ Hypnotika	8.359	8.035	8.504	8.667	+1,9%
F14	Kokain	887	1.112	1.096	1.210	+10,4%
F15	Stimulantien	912	1.074	1.139	1.226	+7,6%
F16	Halluzinogene	741	573	562	518	-7,8%
F17	Tabak	1.110	944	420	278	-33,8%
F18	Flüchtige Lösungsmittel	269	197	151	122	-19,2%
F19	Multipl. Gebrauch/ and. Subst.	43.529	43.252	41.699	42.479	+1,9%
	Gesamt Sucht	341.666	372.598	375.431	388.193	+3,4%
	Gesamt Drogen	73.845	75.307	84.147	88.487	+5,2%

Statistisches Bundesamt 2007a.

Im Akutbereich steht Alkohol mit großem Abstand an erster Stelle der Hauptdiagnosen. Bei den illegalen Substanzen spielen Opiate und Cannabinoide die wichtigste Rolle. Die große Verbreitung von multipl. Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken zeigen sich auch daran, dass mehr als die Hälfte aller Drogenfälle in Krankenhausbehandlung eine sol-

che Diagnose erhalten hat. Während die Gesamtzahl an Sucht- bzw. Drogenbehandlungen von 2004 nach 2005 sich nur um etwa 5% erhöht hat, haben sich die Behandlungszahlen für Opioid- und Cannabisfälle um 10% bzw. 13% erhöht. Behandlungen wegen Stimulanzien haben sich erneut um fast 8% erhöht. Die größten Rückgänge sind bei den Halluzinogenen (-8%) und den flüchtigen Lösungsmitteln (deren Fallzahl aber sehr klein ist) ergeben (-19%) (Tabelle 14).

Die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik für stationäre Einrichtungen (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007b) zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen, aber auch in ihrer Varianz. Die Ergebnisse für 2006 liegen bei einer Behandlungsdauer (Wochen) von 10,4 (SD: 8,1; n=2.892) für Opioide, 14,1 (SD: 39,5; n=1.215) für Cannabinoide, 11,8 (SD: 5,5; n=289) für Sedativa/Hypnotika und 15,3 (SD: 9,8; n=402) für Kokain. Die Therapiedauer ist für die meisten Drogenabhängigen in stationärer Betreuung seit einigen Jahren deutlich rückläufig, was vor allem auf die kritischere Bewilligungspraxis der Leistungsträger zurückzuführen ist (Abbildung 8).



Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007b.

Abbildung 8. Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten 2006

Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation (basierend auf den Angaben zur Zahl der Entwöhnungsbehandlungen) zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Behandlungen nahm nach einem leichten Rückgang zwischen 2003 und 2004 von 2004 nach 2005 wieder um 6,2% auf 8.086 zu, während die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen bei dieser Gruppe seit 2003 deutlich steigt und zwischen 2004 und 2005 um 11,9% auf 1.141 Fälle zugenommen hat. Hier findet seit Jahren eine Verschiebung zu ambulanter Behandlung statt, die auch durch regionale Erhebungen (z.B. in Hessen) bestätigt wird (Hessisches Sozialministerium 2006).

Tabelle 15. Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)

Hauptdiagnose	Stationär				Ambulant			
	2003	2004	2005	Δ '04/'05	2003	2004	2005	Δ '04/'05
Alkohol	28.782	28.884	27.213	-5,8%	9.477	10.739	10.387	-3,3%
Drogen	7.731	7.613	8.086	+6,2%	931	1.020	1.141	+11,9%
Medikamente	347	372	314	-15,6%	78	83	77	-7,2%
multipler Gebrauch	3.332	3.359	3.097	-7,8%	445	466	520	+11,6%
Gesamt Sucht	40.192	40.228	38.710	-3,8%	10.931	12.308	12.125	-1,5%

VDR 2004, 2005, DRV 2007.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Zahl der Patienten mit multipltem Gebrauch von psychotropen Substanzen (bei dem in der Regel auch Drogenkonsum eine Rolle spielen dürfte) zu beobachten. Die prozentualen Veränderungen bei den Patienten mit einer Entwöhnung von Medikamenten sollten aufgrund der kleinen Fallzahlen nur mit Vorsicht interpretiert werden. Nach wie vor sind etwa sieben Mal so viele Drogenpatienten in stationären wie in ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, während das Verhältnis bei Alkohol nur 1:2,6 beträgt (VDR 2004, 2005, DRV 2007) (Tabelle 15).

Klientenzahlen im ambulanten Bereich

Die Zugänge bei ambulanter Betreuung werden auf der Basis der Nennungen von 742 Einrichtungen in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dargestellt. Unter den illegalen Substanzen stehen Opiate mit 50,7% (2005: 52,2%) Zugängen an erster, Cannabis mit 31,1% (2005: 30,8%) an zweiter Stelle. Deutlich seltener stehen Kokain (7,0%; 2005: 6,8%) oder Stimulantien (6,3%; 2005: 5,7%) im Zentrum der Problematik. Alle anderen Substanzen wie Halluzinogene oder flüchtige Lösungsmittel spielen quantitativ nur eine untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 16).

Zwischen 2005 und 2006 zeigen sich bezogen auf alle Suchtdiagnosen nur wenige Veränderungen. Der Anteil der Alkoholabhängigen ist erstmals seit einigen Jahren wieder leicht gestiegen. Die Anteile der übrigen Störungen haben sich nur geringfügig verändert und der deutliche Anstieg der Cannabispatienten ist zunächst zum Stillstand gekommen, der Anteil der Opiatkonsumenten ist gegenüber dem Vorjahr erneut gesunken (Tabelle 16). Weiterhin fortgesetzt (wenn auch nur minimal) haben sich die steigenden Anteile der Klienten mit einer Hauptdiagnose Kokain oder Stimulantien. Vernachlässigt man die primären Alkohol- und Tabakdiagnosen, stellen die Opiatdiagnosen nach wie vor (wenn auch sinkend) den größte Anteil als Einzelgruppe unter den Drogenkonsumenten in ambulanter Behandlung, gefolgt von Cannabis. Kokain und Stimulantien als dritt- bzw. viertgrößte Gruppe von Drogenkon-

sumenten, sind zahlenmäßig im Vergleich zu den vorher genannten Gruppen bereits deutlich abgeschlagen.

Einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung sind in der DSHS enthalten (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a). Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 22,0 (2005: 20,6) bei Opiatklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 10,6 (2005: 10,0) am niedrigsten. Durchgängig kann man feststellen, dass Frauen mehr Kontakte wahrnehmen als Männer und dass bei vorliegender Abhängigkeit mehr Kontakte anfallen als in Fällen von schädlichem Gebrauch.

Tabelle 16. Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen

Haupt- diagnose	Substanz	Gesamt (%)				Drogen (%)		N
		2003	2004	2005	2006	2005	2006	2006
F10	Alkohol	64,5	60,2	55,6	56,5			74.319
F11	Opioide	18,8	20,5	22,5	21,3	52,2	50,7	28.029
F12	Cannabinoide	9,6	11,5	13,3	13,1	30,8	31,1	17.200
F13	Sedativa/ Hypnotika	1,0	1,0	0,9	0,9	2,0	2,2	1.216
F14	Kokain	2,2	2,3	2,9	3,0	6,8	7,0	3.887
F15	Stimulantien	2,4	2,4	2,5	2,7	5,7	6,3	3.497
F16	Halluzinogene	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	107
F17	Tabak	0,7	1,0	1,3	1,4			1.899
F18	flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21
F19	multipler Gebrauch	0,6	0,9	1,0	1,0	2,3	2,3	1.269
Gesamtanzahl		102.757	115.284	128.819	131.464			131.464
Gesamtanzahl Drogen		38.308	44.509	55.524	55.246	100,0	100,0	
Anzahl berichtender Einrichtungen		699	682	703	742			

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Die mittlere Bereuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opiatklienten sind im Mittel 43,1 (2005: 43,6) Wochen in Betreuung, Cannabisklienten 24,6 (2005: 23,7) Wochen, Kokainklienten 30,0 (2005: 30,6) Wochen und Klienten mit primären Problemen mit Stimulantien 28,1 (2005: 30,1) Wochen (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a) (Tabelle 17).

Tabelle 17. Zahl der Kontakte bei verschiedenen Hauptdiagnosen

	Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulantien		
	M	F	Ges	M	F	Ges	M	F	Ges	M	F	Ges
Gesamt												
<i>MW</i>	21,4	24,0	22,0	10,4	12,2	10,6	15,9	21,4	16,7	12,7	12,8	12,7
<i>SD</i>	44,9	46,9	45,4	16,3	24,0	17,6	19,2	35,5	22,8	13,9	12,7	14,2
<i>N</i>	15.952	4.724	20.752	11.467	1.792	13.310	2.587	444	3.040	1.816	609	2.428
Abhängigkeit												
<i>MW</i>	23,1	25,6	23,6	11,5	12,7	11,7	17,2	23,9	18,2	13,3	13,8	13,4
<i>SD</i>	49,2	50,8	49,5	18,5	21,6	18,9	20,8	40,9	25,4	14,7	12,6	14,8
<i>N</i>	11.951	3.606	15.576	6.131	972	7.116	1.720	293	2.018	1.285	394	1.681
Schädlicher Gebrauch												
<i>MW</i>	13,0	15,2	13,4	7,9	10,7	8,2	11,5	14,1	11,8	10,2	11,0	10,6
<i>SD</i>	13,1	18,4	15,2	10,1	26,0	13,7	10,8	13,9	11,4	8,5	7,9	8,4
<i>N</i>	270	79	353	2.839	428	3.289	217	33	253	291	125	421

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Regionale Daten

Kalke, Schütze und Kollegen (2005) haben aus der Basisdokumentation ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Schleswig-Holstein Informationen für die beiden Altersgruppen 14-17 und 18-26 ausgewertet, die bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt wurden. Angaben zu den Betreuungszeiten nach unterschiedlichen Hauptdiagnosen aus Schleswig-Holstein wurden ebenfalls im letzten REITOX-Bericht vorgestellt (Raschke, Buth & Kalke 2005).

Auch aus Hessen liegen keine neueren Daten als die bereits im letzten REITOX-Bericht präsentierten Ergebnisse vor (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2006a).

Innovative Behandlungsangebote und Modellprojekte

Im Rahmen des Internetangebots drugcom.de der BZgA wurde ein Ausstiegsprogramm für Personen mit Cannabisstörungen konzipiert („quit the shit“), das unter anderem unter 3.3.2 (ab Seite 41) und im letzten REITOX-Bericht vorgestellt wurde (Jordan, Tossmann, Tensil & Jonas 2006).

Auch das binationale Projekt "realize it", ein Programm zur Beratung von Cannabiskonsumenten, wurde bereits unter 1.3.3 (ab Seite 9) und im letzten REITOX-Bericht vorgestellt.

Das Modellprojekt CANDIS, das sich mit einem modularen Therapieprogramm an Cannabiskonsumenten wendet, wird in Kapitel 13.2.1 ausführlicher vorgestellt.

Die Weiterentwicklung der Angebote der Stadt Hamburg wird seit 2005 mit Methoden der „Wirkungsorientierten/Outcome-orientierten Steuerung“ (Schröder & Kettiger 2001; Baumgärtner 2006b) begleitet.

5.4 Medikamentengestützte Behandlung

Entzug

Beim Entzug von Opiatabhängigen werden zur Reduktion negativer Begleiterscheinungen kurzzeitig unter anderem Methadon oder Buprenorphin eingesetzt. Wegen geringer Nebenwirkungen und schneller abklingender Entzugserscheinungen wird letzteres dabei immer häufiger verwendet. Statistische Zahlen zu dieser Behandlungsform liegen nicht differenziert vor. Die Fälle sind jedoch in der Krankenhausstatistik (vgl. Tabelle 14) enthalten.

Missbrauch von Benzodiazepinen findet sich bei Personen in Methadonsubstitution relativ häufig. Der stationäre Entzug von Benzodiazepinen - in vielen Fällen kombiniert mit dem Entzug weiterer Stoffe wie Kokain - ist für eine sichere Substitution notwendig und in den meisten Fällen möglich. Allerdings wird der Großteil der Probanden innerhalb von 3 Monaten wieder rückfällig (Specka & Scherbaum 2005). Es wird diskutiert, ob Methadon-induzierte Schlafstörungen ein möglicher Auslöser für den Benzodiazepingebrauch sein könnten (Elsner 2006b).

Substitution

Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren zur Standardbehandlung von Opiatabhängigen geworden (Michels, 2005) und hat in zahlreichen Studien seinen Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Gerlach & Stöver (2005) geben in ihrer Publikation einen ausgezeichneten Überblick über den Stand und der Substitution in Deutschland nach 20 Jahren Anwendung und über die Themen, die derzeit diskutiert werden. Busch et al. (2007) haben kürzlich im Rahmen einer Übersichtsarbeit im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einen zusammenfassenden Bericht zur Langzeitbehandlung Opioidabhängiger vorgelegt. Nach Auswertung von insgesamt 2.376 Studien kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Verringerung der Mortalität nach wie vor den empirisch fundiertesten Beleg für die Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung darstellt. Auch für verbesserte Haltequoten, eine Reduktion des Drogenkonsums, Reduktion der Inzidenz von HIV-Infektionen, Verringerung des drogenspezifischen Risikoverhaltens und der Kriminalität fanden die Autoren Evidenz. Der direkte Vergleich zwischen abstinenzorientierter Behandlung und Substitutionsbehandlung wird von den Autoren als problematisch erachtet. Stattdessen empfehlen sie, für eine Optimierung der Allokation der Klienten zu optimalen Behandlungsbedingungen unter Berücksichtigung der individuellen Lage zu sorgen.

In Deutschland zur Substitution zugelassene Substanzen sind Methadon und Buprenorphin; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Der Anteil von Buprenorphin hat sich seit 2002 mehr als verdoppelt, Methadon ist - trotz seit Jahren rückläufiger Anteile - nach wie vor vorherrschend (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007) (Tabelle 18). Verthein und Kollegen (2007) haben kürzlich untersucht, ob es beim Wechsel zwischen den Substitutionsmitteln Levomethadon und d,1-Methadon zu Veränderungen des psychischen Befindens und des Verlangens nach Drogen bei den Substitu-

ierten kommt. Dazu wurde mit 75 Patienten, die sich seit mindestens einem Jahr in Substitutionsbehandlung befanden, eine stratifizierte, randomisierte 2x2-Cross-over-Studie doppelblind über 8 Wochen durchgeführt. Zu Beginn und nach 4 Wochen wurde die Studienmedikation umgestellt. Ergebnis der Studie war, dass es in keinem der erhobenen Merkmale (psychische Befindlichkeit, depressive Verstimmungen, Ängstlichkeit, Drogenverlangen und -konsum) ein mit der Umstellung in Zusammenhang stehender Effekt beobachtet werden konnte. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass Levomethadon und d,1-Methadon im entsprechenden Dosisverhältnis gleichberechtigt eingesetzt werden können.

Die Zahl der Substituierten wird auch in Hessen in einer Stichtagserhebung erfasst. Die Daten aus dem Jahr 2004 zeigen, dass der Anteil der auf der Vergabe von Buprenorphin basierenden Substitutionsbehandlungen in Hessen mit 9,8% allerdings noch unter dem Bundesdurchschnitt lag (Hessisches Sozialministerium 2006). Diese Angaben illustrieren, dass es in Deutschland nach wie vor erhebliche regionale Unterschiede gibt, die sich aber vor allem in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen und ergänzender Angebote zur psychosozialen Betreuung widerspiegeln dürften.

Tabelle 18. Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005	2006
Methadon	72,1%	70,8%	68,3%	66,2%	64,1%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%	17,2%
Buprenorphin	9,7%	13,0%	15,6%	17,2%	18,0%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%	0,6%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007.

Auf den Aspekt des steigenden Anteils älterer Klienten in Substitutionsbehandlung wurde bereits im letzten REITOX-Bericht hingewiesen (Backmund, Schäfer et al. 2006).

Laut BfArM-Register waren im Frühjahr 2007 mehr als 6.325 Ärzte als zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen beim BfArM registriert. Die tatsächliche Anzahl der Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation ist aber vermutlich noch größer, da einige Bundesländer (zumindest zeitweise) allen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie diese Qualifikation automatisch erteilt haben, ohne dass diese bereits vollständig im Register erfasst worden wären. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2006 nur 2.706 Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Es ist zu vermuten, dass zahlreiche Ärzte die Zusatzqualifikation zwar erwerben (z.B. im Rahmen eines speziellen Fortbildungsangebotes in Kliniken), jedoch weder mit entsprechenden Klienten arbeiten noch dies für die Zukunft konkret planen. Die Zahl der substituierenden Ärzte ohne entsprechende Qualifikation ist von 153 im Jahr 2003 auf 40 in 2006 gefallen. Darüber hinaus konnten 2006 über das Substitutionsregister ca. 300 Doppelbehandlungen aufgedeckt und nach Mitteilung des Registers an die behandelnden Ärzte beendet werden. Betrachtet man die Relation zwi-

schen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern, führen die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und (bereits mit deutlichem Abstand:) Berlin die Liste erwartungsgemäß an. Die geringste Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden von den drei östlichen Bundesländern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und (mit deutlichem Abstand:) Brandenburg gemeldet. Für das Land Brandenburg ist zu vermuten, dass zahlreiche Konsumenten auf die Metropole Berlin ausweichen, um sich substituieren zu lassen.

Der Zugang zu Substitutionsbehandlung ist insgesamt insbesondere in den ländlichen Regionen im Osten Deutschlands schwierig, so stammen nur 2,7% (N=1.772) der gemeldeten Patienten und 3,4% der substituierenden Ärzte (N=93) aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Zum aktuellen Stand der rechtlichen, medizinischen, psychosozialen und finanziellen Aspekte der Substitutionsbehandlung fand am 14. Februar 2007 ein Expertentreffen in Berlin statt. Im Rahmen dieses Gespräches wurden auch Versorgungsprobleme identifiziert. So wurden z.B. Behandlungszugang und -qualität (v.a. hinsichtlich des interdisziplinären Austausches) als verbesserungswürdig beurteilt. Der hohe Regulierungsgrad der Substitutionsbehandlung, die besonderen Probleme der Klientel und der administrative Aufwand wird von Experten immer wieder als wichtiger Hinderungsgrund genannt, entsprechende Behandlungen anzubieten. Aus dem Expertengespräch wurde eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der identifizierten Versorgungsprobleme entwickelt, die sich an unterschiedliche Entscheidungsträger (Bund, Länder, Kammern, Selbstverwaltung, Kostenträger, etc.) wenden (Stöver et al 2007).

Zahl der Substitutionsbehandlungen

Innerhalb der knapp fünf Jahre der bestehenden Meldepflicht (01.07.2002 bis 31.12.2006) wurden rund 253.900 (2005: 206.000) Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon wurden ca. 186.000 (2005: 142.000) Behandlungen bereits wieder beendet. Da keine eindeutigen Codes verwendet werden, werden die gleichen Personen bei mehrmaliger Aufnahme in verschiedenen Praxen unter Umständen mehrfach gezählt. Je nach betrachtetem Zeitraum ergeben sich deshalb unterschiedliche Schätzungen für die Zahl erreichter Personen. Für das gleiche Jahr wurden für einen Stichtag 56.000 Fälle berichtet, für einen Stichmonat 59.000, für das Gesamtjahr 95.000 Fälle genannt (Wittchen, Apelt & Mühlig 2005).

Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 01.07. des Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems von 46.000 im Jahr 2002 auf 64.500 in 2006 deutlich angestiegen (2004: 57.700; 2005: 61.000) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Ein Teil dieser Zunahme ist sicher darauf zurückzuführen, dass die Einführung des Registers zum Jahr 2002 mit einigen Problemen auf Seiten der Erfassung (niedergelassene Ärzte) und der Verarbeitung verbunden war. Nachdem diese Startschwierigkeiten offensichtlich inzwischen

behooben sind, ist die erneute Zunahme um 5,7% von 2005 nach 2006 vermutlich einer tatsächlich zunehmenden Fallzahl der Substituierten zuzurechnen.

In der aktuellen Diskussion um die Substitutionsbehandlung, die heute einen festen Platz im Versorgungssystem hat, spielt die Frage um die Zielsetzung einer Substitutionsbehandlung nach wie vor eine wichtige Rolle. So unterscheiden sich die Erfolgskriterien für Substitutionsbehandlungen durchaus mit der Perspektive des Betrachters: Die Verringerung des Beikonsums anderer psychotroper Substanzen kann ebenso einen Erfolg darstellen wie der (langfristige) Ausstieg aus der Opiatabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen. Der Versuch, einen Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in Deutschland abgeben zu wollen, ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und daraus resultierender regionaler Unterschiede problematisch.

Substitution wird heute zum überwiegenden Teil durch niedergelassene Ärzte angeboten. Psychosoziale Betreuung wird bei Bedarf durch die ambulanten Beratungsstellen geleistet. Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung sollen durch eine dreijährige Forschungsstudie mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit untersucht werden (Ausschreibung im Frühjahr 2007).

Psychosoziale Betreuung

Psychosoziale Betreuung von Patienten in Substitution wird zwar ausdrücklich gefordert, die Angebote werden jedoch nur in recht begrenztem Umfang aus Mitteln der Renten- oder Krankenversicherung finanziert. Neben kommunalen Mitteln spielen deshalb für diesen Bereich der Versorgung Mittel der Kommunen und der Länder eine große Rolle.

In diesem Zusammenhang spielt die bundesweit unterschiedliche Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebotes psychosozialer Betreuung und damit verbundene unterschiedliche Interpretationen in Ländern und Kommunen eine wichtige Rolle.

5.5 Qualitätssicherung

Leitlinien für die Behandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt. Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so - unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen - dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al. 2003), für die postakute Behandlung von Opiatabhängigen (Havemann-Reinecke et al. 2004), für Patienten mit Cannabis bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2004) sowie für Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004) publiziert. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

Im Jahr 2006 wurden auf einer Consensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet. In Abgrenzung zu der bislang gängigen Praxis betonen diese Leitlinien, dass Opioid-Abhängige mit Hepatitis C, insbesondere wenn sie sich in einem Substitutionsprogramm befinden, behandelt werden sollen (Backmund, Hinrichsen et al. 2006). Bislang galt „Drogenabhängigkeit“ in den Empfehlungen der National Institutes of Health (NIH) der USA, der auch die Europäer und Deutschland gefolgt sind, als Kontraindikation zur Therapie der Hepatitis C.

ASTO

Das Projekt ASTO zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger wurde bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt (Nolting & Folmann 2005).

Qualifikation der Mitarbeiter

Zurzeit werden viele Studiengänge in Deutschland wie in vielen anderen europäischen Staaten neu strukturiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle. Die Relevanz der gegenwärtigen Umstellung in Bachelor- und Masterstudiengänge ist noch in Diskussion.

Qualitätsmanagement

Eine Einzelfallstudie zeigte am Beispiel einer Drogen- und Suchtberatungsstelle mit etwa 1.500 Klienten, dass sich im Laufe eines 5-jährigen Einsatzes von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach EFQM eine Verbesserung des Qualitätsniveaus von Niveau drei auf Niveau vier in der Bewertung nach EFQM erreichen lässt (Nabitz, Schaefer & Walburg 2006).

Qualitätssicherung auf Länderebene umfasst auch regelmäßige Erhebungen zur Feststellung des Problemstatus sowie Dokumentation der Interventionen. In einer Reihe von Bundesländern geschieht dies inzwischen systematisch und regelmäßig.

Neuer Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe

Im Sommer 2006 wurde nach mehrjähriger Entwicklung gemeinsam von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der DBDD (deutscher REITOX-Knotenpunkt), den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern ein neuer deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe verabschiedet. Im Rahmen eines breiten Konsensverfahrens trägt dieser neue deutsche Kerndatensatz dazu bei, die bislang nebeneinander bestehenden Dokumentationsstandards bundesweit zu vereinheitlichen. So

wurden einige Items neu in den Kerndatensatz aufgenommen, andere wurden modifiziert oder gestrichen. Insgesamt ist es aber gelungen, mehrere bislang parallel existierende und sich zum Teil überlappende Dokumentationsstandards ineinander zu überführen und zu einem einzigen Standard zu vereinheitlichen (DHS 2006a).

Dokumentation und Durchführung von Katamnesen

In Ergänzung zu o.g. Kerndatensatz wurde ein Katamnesemodul verabschiedet, das auch für ambulante Einrichtungen die Möglichkeit geben soll, den Erfolg der Behandlung nach Ende der Betreuung zu untersuchen. Die Organisation der Erhebung bis hin zur Frage der Stichprobenziehung und zur Berechnung der Erfolgsquoten wurden in einem umfassenden Manual publiziert (www.dhs.de, www.dbdd.de).

5.6 Forschung

Forschungsschwerpunkt „Sucht“

In den Jahren von 2001 bis 2004 wurde ein erster Forschungsschwerpunkt „Sucht“ etabliert, in dem mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Reihe von Projekten zur Prävention, Früherkennung, Verbesserung der Behandlung Abhängiger und zur Vermeidung von Rückfällen durchgeführt wurde. Im Rahmen der dabei entstandenen Forschungsverbände läuft derzeit die zweite Förderphase, in der es um die Implementierung der Ergebnisse aus der ersten Phase in die Versorgung geht. Ein zentrales Thema dabei ist „Allokation“. Ein Großteil der Projekte in diesem Forschungsschwerpunkt ist auf Tabak- und Alkoholkonsum ausgerichtet, ausgewählte Projekte, die sich mit dem Konsum illegaler Substanzen beschäftigen, wurden bereits unter 1.3.3, „Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes“ dargestellt.

Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten

Im Dezember 2006 wurde die Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten“ vorgelegt, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2007). Ziel war es, einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Hilfen für junge Cannabiskonsumenten zu gewinnen und Faktoren zu identifizieren, die den Zugang zu dieser Konsumentengruppe aus der Perspektive der Sucht- und Drogenhilfe vereinfachen. Die von der FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH durchgeführte Studie hat vor allem Projekte und Angebote als erfolgreich identifiziert, die

- Eine enge Kooperation unter anderem mit justiziellen Einrichtungen, Krankenhäusern, Arztpraxen, Schulen und der Jugendhilfe aufweisen,
- Eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit betreiben (z.B. Image der Drogenberatung als bürgernaher Dienstleistung),
- Die vorhandenen Einzelprojekte zu einem umfassenden Gesamtangebot gebündelt haben.

Heroinstudie

Die Studie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger begann nach Vorbereitungsarbeiten in den Jahren 2000 und 2001 im Jahr 2003. Im Jahr 2006 wurden die Endergebnisse des Projekts vorgelegt (Naber & Haasen 2006), die bereits im letzten REI-TOX-Bericht Erwähnung gefunden haben.

Trotz der positiven Ergebnisse des Modellprojektes „heroingestützte Behandlung“ (siehe auch Kapitel 5.6) ist der Fortgang der Diamorphin-Behandlung in Deutschland ungewiss. Das BfArM hat den Zulassungsantrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, das gegenwärtig die Verschreibung von Diamorphin verbietet. Die bereits in das Modellprojekt eingeschlossenen Patienten werden seit Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß § 3.2 des BtMG zunächst weiter mit Diamorphin behandelt.

Weitere Studien und Ergebnisse

Anfang 2007 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein „Überblick über die aktuelle Forschungslage zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums 1996-2006“ vorgelegt. Im Rahmen dieser Studie wurden 246 Publikationen gesichtet, die zuvor in anerkannten internationalen Wissenschaftsdatenbanken gesichtet worden sind. Die Hauptergebnisse stellen eine Erhöhung des Risikos für eine spätere Drogenaffinität, die Auslösung einer Psychose, einer schnellen Entwicklung der Cannabisabhängigkeit und langfristiger kognitiver Beeinträchtigungen vor allem bei frühem Cannabiskonsum fest (Petersen & Thomasius 2007).

Auf weitere Studien insbesondere im Bereich der Behandlung cannabisbezogener Störungen wurde bereits unter 1.3.3 (ab Seite 9) und 3.3.2 (ab Seite 41) eingegangen.

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Übersicht

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 (StBA). Zur Morbidität von unbehandelten Drogenabhängigen liegen wenig epidemiologisch nutzbare Informationen vor, so dass ersatzweise häufig die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Klienten bei Beginn ihrer Betreuung als Annäherung verwendet wird. Da diese jedoch häufig eine Positivauswahl der Drogenkonsumenten insgesamt darstellt, werden die gesundheitlichen Probleme vermutlich unterschätzt.

Falldatei Rauschgift

Rauschgifttodesfälle 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 Rauschgifttodesfällen. 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 von Rauschgifttodesfällen zu erleichtern und Fehler zu reduzieren, wurden die folgenden Kategorien für Drogentodesfälle vom BKA in einem Merkblatt ausformuliert (Bundeskriminalamt 1999):

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge einer Gesundheitsschädigung (körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis C, Organschwäche) durch langzeitigen Drogenmissbrauch,
- Selbsttötungen aus Verzweiflung über die eigenen Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen (z.B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Allgemeines Sterberegister⁷

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personalangaben 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.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die EBDD Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die im zeitlich möglichst engen Zusammenhang nach dem Konsum von Opiaten, 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 (ICD10-Codes F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD10-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 Codierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. Insbesondere in Verbindung mit den bis 2006 gültigen Codierungsregeln der WHO dürften die in der ICD-10-Codeselektion enthaltenden F1x.x- Codes („Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) Spezifitätsprobleme aufgewiesen haben. Die Ablösung der Priorität der Codierung für „Abhängigkeit“ bzw. „schädlichen Gebrauch“ durch zukünftig neugefasste Codierregeln für Intoxikationen dürfte dieses Problem indirekt verringern. Die Daten des Bundeskriminalamtes dagegen weisen zusätzlich explizit der Polizei bekanntgewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle kann jedoch auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien (Suizide) nur näherungsweise vorgenommen werden.

Vergleiche mit dem europäischen Ausland sollten auf der Grundlage des Allgemeinen Sterberegisters vorgenommen werden, da bei diesem Verfahren bereits weitgehend gemeinsamen Standards gefolgt wird. Daten aus dem Polizeiregister ergeben wegen der breiteren Definition von „Drogentod“ vergleichsweise höhere Schätzwerte. Sie sind für den langjährigen Vergleich der nationalen Trends von großer Bedeutung, aufgrund der Unterschiede bei den Einschlusskriterien und berichteten Altersgruppen für europaweite Vergleiche jedoch weniger geeignet.

⁷ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

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.

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 (www.rki.de). Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung (seit 1987) und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion.

Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. 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 werden seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (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 „Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (Robert Koch-Institut 2007b).

6.2 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten

6.2.1 Drogentote

Daten aus dem polizeilichen Spezialregister zu Drogentodesfällen

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden (vgl. 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogener Todesfälle lag im Berichtsjahr 2006 im Mittel bei 67% (2005: 64%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (Bundeskriminalamt 2007a). Während der letzten Jahre ist die Obduktionsrate tendenziell eher sinkend, was von Experten vor allem auf steigende Kosten bzw. sinkende Budgets zurückgeführt wird.

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle hat sich von 2005 nach 2006 um 2,3% (2004 vs. 2005: -4,3%) auf 1.296 Fälle verringert und erreicht damit den niedrigsten Stand seit 1989. Die Überdosierung von Heroin (incl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 837 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache (65%; 2005: 63%) dar. Der Anteil dieser Fälle hat in den letzten Jahren eher zugenommen. Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, ist erneut deutlich gesunken (2006: 16%; 2005: 25%), 2002 betrug dieser Anteil noch 40%. Erstmals wurden 2006 in der Statistik des BKA die nachgewiesenen Substitutionsmittel auch getrennt nach Methadon/Polamidon und Buprenorphin ausgewiesen. Demnach standen alle Fälle, in denen der Drogentod allein auf ein Substitutionsmittel zurückzuführen war, im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=60). Unter den 152 Todesfällen, bei denen neben dem Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren auch zwei Fälle, in denen Buprenorphin nachgewiesen wurde.

Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind kann ein Todesfall z.B. als Suizid und Überdosis Kokain codiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl der Todesfälle. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen aufweisen. Dies gilt zum Beispiel für „Überdosis durch Heroin“ (allein) und „Überdosis durch Heroin und andere Drogen“. Die Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle lässt sich deshalb nicht errechnen (Tabelle 19), sondern nur näherungsweise abschätzen.

Obwohl die Zahl der Drogentoten seit Jahren kontinuierlich sinkt, zeigt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil der Drogentoten, die aufgrund von Mischkonsum von Heroin und anderen Drogen versterben. Die Zahl der Fälle, bei denen Substitutionsmittel zum Tod beigetragen haben, ist nach wie vor gering, was auf eine gute Qualifikation der Behandler und die weitgehende Zuverlässigkeit der getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zurückgeführt werden könnte. Es ist insgesamt aber davon auszugehen, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen (Kombinationskategorien), aber auch die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt werden kann. Regionale Stichprobenauswertungen toxikologisch untersuchter Fälle zeigen, dass z.B. in Hamburg unter 151 Intoxikationen zwischen 2002 und 2005 nur 6,6% reine Heroinintoxikationen waren, 42,5% Heroinintoxikationen in Mischung mit anderen Substanzen sowie 43,7% der Fälle eine Methadonbeteiligung aufwiesen. In Berlin zeigten sich zwischen 2002 und 2006 unter 750 toxikologisch untersuchten Fällen in 10,4% reine Heroinintoxikationen waren, 50,4% Heroinintoxikationen in Mischung mit anderen Substanzen sowie 32,7% der Fälle eine Methadonbeteiligung aufwiesen (pers. Mitteilung⁸).

⁸ Quelle: Bundesländeranalyse für den Feldversuch zur Verbesserung der toxikologischen Berichterstattung der EBDD. Daten aus Berlin/Hamburg/Baden-Württemberg stammen jeweils aus den LKAs, also die polizeilich registrierten Fälle (LKA-Zulieferungen der BKA-Berichterstattung) in Verbindung mit der Auswertung aller dort zugrundeliegender toxikologischer Gutachten.

Tabelle 19. Drogentodesfälle 2006

Todesursachen	Prozent					Anzahl
	2002	2003	2004	2005	2006	2006
1. Überdosis:						
Heroin	36	31	34	40	38	493
Heroin + andere Drogen	19	18	22	23	27	344
Kokain	3	2	2	2	2	23
Kokain + andere Drogen	6	6	10	9	9	114
Amphetamine	1	0	0	1	<1	3
Amphetamine + andere Drogen	2	1	2	2	3	34
Ecstasy	1	0	0	0	<1	4
Ecstasy + andere Drogen	1	1	1	0	1	7
Medikamente / Substitutionsmittel (ab 2006: Substitutionsmittel)	10	4	3	6	5	60
- davon: Methadon/Polamidon						60
- davon: Subutex (Buprenorphin)						--
Substitutionsmittel + andere Drogen (ab 2006)					12	152
- davon: Methadon/Polamidon						132
- davon: Subutex (Buprenorphin)						2
Betäubungsmittel + Alkohol + Substitutionsmittel (existiert nicht mehr in 2006)	30	24	22	19		
Sonstige Betäubungsmittel / unbekannt	4	9	10	10	8	109
2. Suizid	9	8	7	8	6	80
3. Langzeitschäden	11	14	12	12	11	140
4. Unfall / Sonstige	2	3	2	2	13	173
5. Gesamt (N)	1.513	1.477	1.385	1.326	1.296	

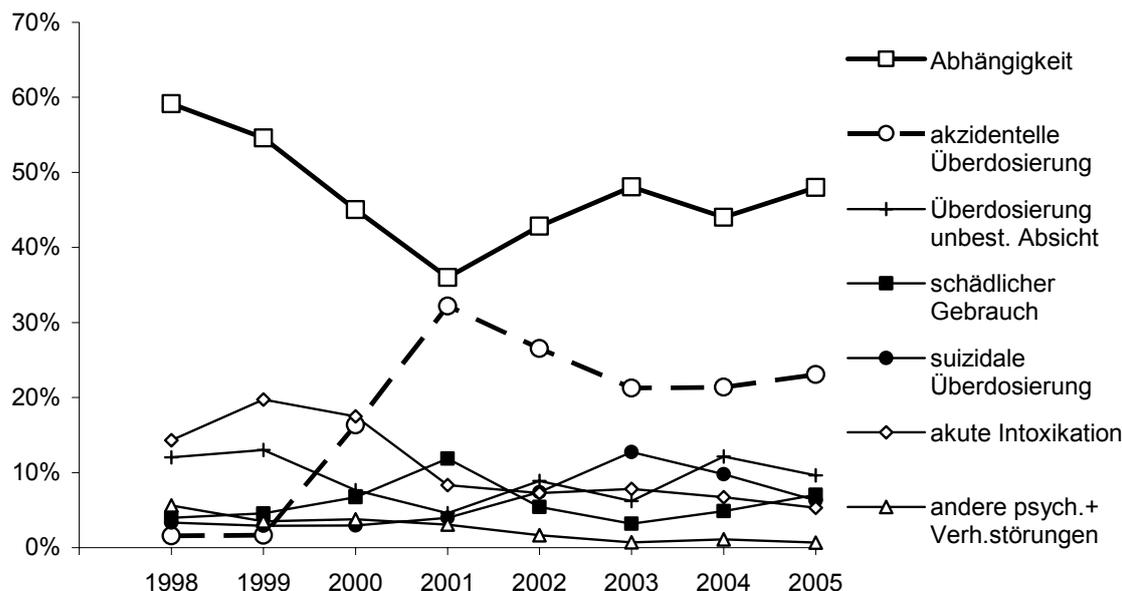
Bundeskriminalamt 2007a.

Hinweis: Aufgrund von Mehrfachnennungen in den Rubriken „Überdosis“ (verschiedener Rauschgift-Arten) und „Suizid“ liegt die Summe der genannten Todesursachen über der Gesamtzahl.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2005. Hier können nicht-intoxikationsbedingte Todesfälle, bei denen Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit nur eine Nebendiagnose ist, bislang jedoch nicht systematisch gefiltert werden. Es wird von der Definition „direkter“ Drogentodesfälle - im Regelfall durch Intoxikation - ausgegangen. Hier sind im Berichtsjahr insgesamt 231 Frauen (2004: 212) und 992 Männer (2004: 892) registriert worden, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit liegt die Zahl der direkten Drogentodesfälle in der Erfassung durch das allgemeine Sterberegister im Jahr 2005 rund 8% (2004: rund 20%) unter den Zahlen des BKA (absolute Vergleichbarkeit eingeschränkt, da BKA indirekte Todesfälle miterfaßt wie Langzeitfolgeerkrankungen und Unfälle sowie nicht-

intoxikationsbedingte Suizide). Im Erfassungsjahr 2005 wurde bei mehr als der Hälfte der Todesfälle (55%; 2004: 49%) die zugrunde liegende Erkrankung, also die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch der Droge, als Todesursache codiert. Weitere rund 39% (2004: 43%) beziehen sich auf die Überdosierung. Im Vergleich zu 1999 sind erhebliche Verschiebungen zu Gunsten der Kategorie „akzidentelle Überdosierung“ und Reduktionen bei der „akuten Intoxikation“ zu beobachten, die vermutlich vor allem auf Änderungen der Codierpraxis und den damit einhergehenden Anweisungen und Schulungsvorgaben zurückzuführen sind (Abbildung 9).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

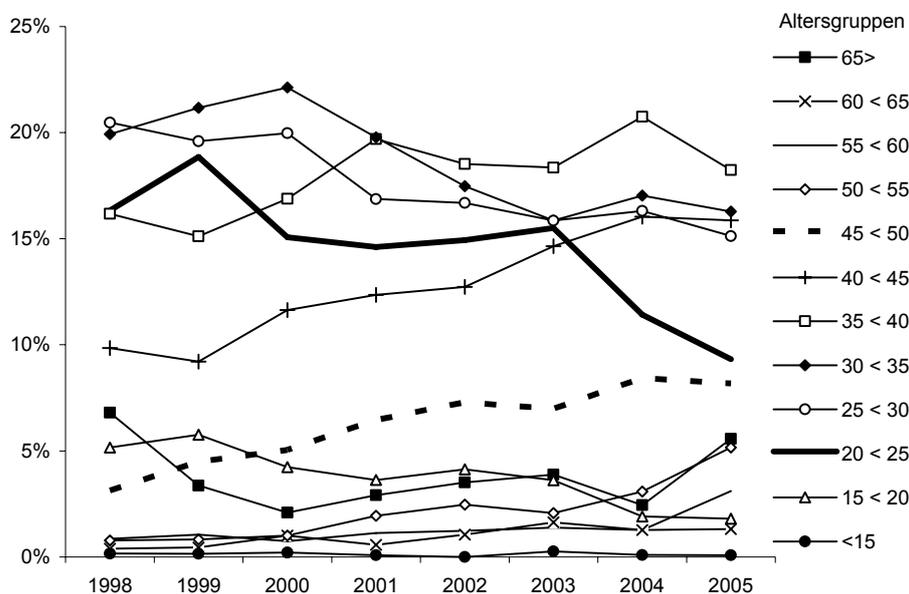
Abbildung 9. Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2005)

Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten acht Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten beobachten. Im Gegensatz dazu sind insbesondere die Anteile der Altersgruppe 20 bis <25 Jahre im Allgemeinen Sterberegister in der Tendenz rückläufig⁹. Diese Veränderungen können in Verbindung mit dem ebenfalls seit einigen Jahren steigenden Durchschnittsalter der Opiatkonsumenten in ambulanter Behandlung als weiterer Hinweis dafür gesehen werden, dass die Zahl der „nachwachsenden“ Heroinkonsumenten zurückgeht (Abbildung 10).

Die Substanzen, die in der Todesursachenstatistik als ursächlich für den jeweiligen Todesfall kodiert wurden, werden in Tabelle 20 dargestellt. Bei der Kodierung der Todesfälle wurden sie entweder unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit F1x.x oder als äußere Todesursachen mit X/Y-Codes angegeben. Neben Opiaten liegt

⁹ Diese Entwicklung ist im Prinzip auch im Register des Bundeskriminalamtes zu beobachten - wobei es von 2005 nach 2006 zu einem leichten Anstieg der Todesfälle in dieser Altersgruppe gekommen ist (2006: 128 Fälle, 2005: 120 Fälle).

fast ausschließlich Mischkonsum vor, der wiederum Opiate beinhalten dürfte. Andere Substanzen liegen bei maximal 2% der Todesfälle. Grundlage für diese Kodierungen sind die Annahmen und Angaben des im Einzelfall hinzugezogenen Arztes auf dem Totenschein. Die Vollständigkeit oder Richtigkeit dieser Kodierungen kann durch die verschlüsselnde Institution in der Regel nicht überprüft werden.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 10. Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2005

Tabelle 20. Substanzen bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (Zusammenfassung von substanzbezogenen Codierungsgruppen; %- Anteile von gesamt pro Jahr)

	Jahr								Gesamt		
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005			
	%	%	%	%	%	%	%	%	abs.	%	
Opiate	49,1	46,7	45,5	47,0	43,5	37,3	37,0	36,6	448	43,1	
Kokain	4,8	1,6	0,9	1,5	1,6	1,4	0,9	1,5	18	1,8	
Andere Stimulan-tien	0,8	0,3	0,2	0,2	0,8	0,8	0,4	0,2	3	0,5	
Cannabis	0,7	0,6	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	6	0,4	
Halluzinogene	1,6	1,3	1,3	1,2	0,1	0,3	0,3	0,1	1	0,8	
Andere / multiple Substanzen	43,0	49,5	51,6	49,6	53,7	59,9	61,2	61,1	747	53,4	
Summe									1.223		

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Nach wie vor geplant ist eine Studie, die in mehreren Bundesländern die Übereinstimmung zwischen dem Allgemeinen Sterberegister und den durch die Polizei erfassten Drogentodesfällen prüfen soll (Heinemann & Simon 2005). Im allgemeinen Sterberegister werden Intoxikationen jedoch ebenfalls häufig ohne ausreichende toxikologische Informationen codiert. Hinzu kommt das Problem, dass die bisherigen Codierregeln und die monokausale Orientierung des Registers den Informationsgehalt ggf. vorliegender toxikologischer Informationen nicht differenziert abbilden.

Detailldaten zu den Drogentodesfällen finden sich in der Standardtabelle 5, die Entwicklung der Fallzahlen in der Standardtabelle 6.

6.2.2 Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten

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 2006 bei 1,3% (2005: 1,4%) der Opiatklienten mit dem Tod (Opiatklienten machten 2006 86% der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten aus). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 1996 im Mittel um über 9 Wochen verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zu Grunde gelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr ist 2006 nach einem geringen Anstieg in 2005 wieder auf das Niveau der Vorjahre (seit 2000) gesunken.

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität - insbesondere der Behandlungsabbrecher - vermutlich über den 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 21).

Tabelle 21. Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten - Trend

	1996	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,7%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%
Betreuungsdauer (Wochen)	33,9	32,1	34,9	37,6	40,1	40,3	42,5	43,6	43,1
Mortalität p.a.	2,6%	1,9%	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,6%

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a und eigene Berechnungen.

Die Mortalität von Patienten in Substitutionsbehandlung im Laufe eines Jahres wurde in der COBRA-Studie mit 1,1% gemessen (Wittchen & Apelt 2006). Dabei war das Mortalitätsrisiko unter Methadon und Buprenorphin ungefähr gleich. Ein Deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko ergab sich für substituierte Klienten, die die Behandlung aus disziplinarischen Gründen (v.a. wg. Beigebrauch) abgebrochen haben (2,4% vs. 0,75% bei „gehaltenen“ Klienten).

Zeitlich parallel zur Zunahme von Angeboten zur Substitutionsbehandlung ist die Zahl von Drogentodesfällen in Deutschland national und regional zurückgegangen. Eine Untersuchung der Drogentodesfälle, die in den Jahren 2002 und 2003 (n=272) im Institut für Rechtsmedizin in München untersucht worden sind, zeigte zudem ein niedrigeres Risiko von Überdosierungen bei Substitution mit Buprenorphin im Vergleich zu Methadon (Soyka, Penning & Wittchen 2006). Die erstmalig für das Jahr 2006 ausdifferenzierte Darstellung der Beteiligung unterschiedlicher Substitutionsmittel an den durch das Bundeskriminalamt registrierten Drogentodesfällen bestätigt die bislang zu vernachlässigende Rolle von Buprenorphin bei Todesfällen im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln. Im Gegensatz zu Methadon, das allein an 60 Todesfällen ausschließlich und an weiteren 132 Todesfällen in Verbindung mit anderen Substanzen beteiligt war, wurde Buprenorphin nur in zwei Fällen in Verbindung mit weiteren Drogen registriert.

Gesamtsituation

Die Zahl der Drogentodesfälle ist, verglichen zur Situation der letzten 10 Jahren, relativ niedrig und gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht gesunken. Todesfälle durch Überdosierungen von Opiaten sind bei weitem die häufigste Ursache, wobei in vielen Fällen zusätzlich weitere illegale und legale Suchtmittel konsumiert wurden. Im Berichtsjahr gab es auch keine weiteren Hinweise auf einen Anstieg der Todesfälle im Behandlungsbereich, der noch im Vorjahr befürchtet wurde. Auffallend ist der seit Jahren zu beobachtende Anstieg des Anteils älterer Konsumenten an den Drogentodesfällen. Im Gegensatz dazu ist insbesondere der Anteil der 20-25jährigen während der letzten Jahre erheblich gesunken.

Im Vergleich zu den Polizeidaten sind bei den Drogentodesfällen des allgemeinen Sterberegisters andere Substanzen außer Opioiden noch seltener erfasst. Dies könnte daran liegen, dass die Ergebnisse differenzierter toxikologischer Untersuchungen zu spät vorliegen, um für die Codierung verwendet zu werden, während im Polizeiregister diese Informationen auch noch relativ spät ergänzt werden kann. Grundsätzlich erscheint derzeit das allgemeine Sterberegister für eine substanzbezogene Auswertung ungeeignet. Die derzeit in Planung befindliche Umstellung von mono- auf multikausale Codierung von Todesursachen könnte hier eine deutliche Verbesserung bringen.

Zwei Quellen weisen auf Drogentodesfälle hin, die normalerweise kaum wahrgenommen werden. So wurden in Deutschland seit 1996 mindestens 24 Todesfälle durch Schnüffelstoffe nachgewiesen (Elsner 2006a). Der Autor kommt aber zu der Bewertung, dass keine validen Daten zu schwerwiegenden Zwischenfällen oder Todesfällen bei Schnüffelstoffkonsum auf nationaler Ebene zu erheben sind und damit ein wichtiger Indikator zur Gefährlichkeit des tatsächlichen Schnüffelstoffkonsums entfällt. Diese Situation wird mit Verweis auf die Folgen des Missbrauchs von Schnüffelstoffen in England (insbesondere für die Mitte der neunziger Jahre) als prekär beurteilt, da es vielfache Hinweise zu Todesfällen bzw. schwerwiegenden Konsumzwischenfällen im Zusammenhang mit Schnüffelstoffen gebe, die jedoch nicht systematisch erfasst werden.

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

6.3 Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten

6.3.1 HIV

Drogenkonsumenten sind nach wie vor eine der wichtigsten Risikogruppen für HIV-Infektionen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts stammten 2006 6,2% (2005: 5,6%) der Personen mit einer HIV-Erstdiagnose aus der Gruppe der injizierenden Drogengebraucher (Robert Koch-Institut 2007a). Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10,1% (2000: 170 von 1.688). Berücksichtigt man nur diejenigen Fälle, bei denen auch Informationen über das Vorliegen eines Infektionsrisikos vorlagen, erhöht der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten auf 7,2%. Die Absolutzahl der neu infizierten Personen mit injizierendem Drogenkonsum ist gegenüber dem Vorjahr um 15% gestiegen (161 Fälle; 2005: 140 Fälle) und liegt deutlich über den Vergleichswerten aus den Jahren 2001 (N=115) und 2002 (N=108). Zwischen 2003 und 2005 wurden zwischen 131 (2004) und 140 (2003 und 2005) Personen aus dieser Risikogruppe unter den HIV-Erstdiagnosen registriert. Die Zahl der weiblichen i.v. Drogenkonsumenten lag mit 42 Fällen um rund 30% höher als im Vorjahr (N=32), während der Anstieg bei den Männern mit rund 10% (114 Fälle in 2006 vs. 103 Fälle in 2005) geringer ausfällt.

Angaben zum Infektionsweg lagen für 85% der im Jahr 2006 (2005: 84%) neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. 61% (2005: 59%) davon sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese Gruppe ist seit Jahren am stärksten und nimmt weiter zu. Erstmals seit 2001 stellen 2006 Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben und nicht aus Hochprävalenzländern stammen, mit 17% die zweitgrößte Betroffenenengruppe dar und verdrängen damit Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung stammen, mit 14% auf den dritten Platz bei den HIV-Neudiagnosen. Es ist zu vermuten, dass der überwiegende Teil der letztgenannten Personengruppe sich bereits im Herkunftsland infiziert hat. Infektionen durch heterosexuelle Kontakte betreffen 16% (Robert Koch-Institut 2007a).

In der Gesamtbevölkerung lag die HIV-Inzidenz 2006 bei 3,2 pro 100.000 (2005: 3,0). Allerdings bestehen erhebliche regionale Unterschiede. So fand sich unter den Bundesländern die höchste Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit Werten über 10/100.000 Fälle. Noch höhere Werte traten in Köln (17,1) und München (13,2) auf, die Angaben aus Frankfurt am Main (8,9) und Dortmund liegen etwas unterhalb der Vergleichswerte aus den Stadtstaaten.

Nach Angaben des BKA wurde bei 2,9% der Drogentoten (38 von 1.296) ein positiver HIV-Status festgestellt. In einigen Bundesländern liegen allerdings keine Informationen zu HIV-Erkrankungen vor. Z.B. wird in Berlin das Ergebnis durchgeführter Untersuchungen auf HIV von den gerichtsmedizinischen Instituten nicht an die Polizei weitergegeben; die dortige Zahl resultiert aus der Aktenlage (Befragung von Angehörigen oder des Hausarztes) und stellt damit keine statistisch verwertbare Größe dar. Daten aus ambulanten Beratungsstellen zeigen eine Prävalenz von 4,2% (N=897 getestete Klienten mit bekannten Ergebnissen; Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a). Aufgrund der kleinen Zahl berichteter Fälle und der dabei anzunehmenden Selektivität sind diese Daten jedoch nur wenig aussagekräftig.

Bei Drogenabhängigen im qualifizierten Entzug zeigte sich im Vergleich der Kohorten 1991-1996 (N=1.070) und 2001-2005 (N=1.390) ein Rückgang der Prävalenz der HIV-Infektion von 5% auf 2% (Backmund, Bernhard-Wehmeier et al. 2006). Unter den N=2.694 Substitutionspatienten, die ursprünglich in die COBRA-Studie eingeschlossen wurden, waren 14% HIV-positiv, fast alle von ihnen wiesen daneben eine HCV-Infektion auf (Gölz 2006). Der Infektionsstatus basiert dabei primär auf den Selbstangaben der Patienten. Da bei dieser Rate das Stichprobendesign der Studie noch nicht berücksichtigt wurde, kann der Wert nicht als HIV-Prävalenz der Substituierten interpretiert werden. Unter denjenigen Patienten, für die am Ende des Untersuchungszeitraums verwertbare follow-up Informationen vorlagen (N=1.615), betrug die HIV-Infektionsrate hingegen nur noch 7%. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass erwartungsgemäß unter den drop-outs der Studie vor allem schwer kranke Patienten zu finden waren (die z.B. die Substitutionsbehandlung abgebrochen haben oder verstorben sind) und der Infektionsstatus unter diesen besonders hoch war. Ein interessantes Ergebnis der COBRA-Studie war, dass sich die Rate der HIV/HCV-Infizierten unter den N=1.613 Patienten, deren Daten beim follow-up Berücksichtigung fanden, insgesamt erhöht hat (Wittchen 2006).

Die HIV-Quote in der Klientel von Drogenkonsumräumen in Frankfurt lag 2005 bei 6,5%. Grundlage der ist hier eine Selbstauskunft der Klienten (Simmedinger & Vogt 2006). Für das Jahr 2006 liegen nur von wenigen Nutzern der Konsumräume (9%) Angaben zum HIV-Status vor. Dies stellt keine ausreichende Datengrundlage dar, um sich ein Bild zur Verbreitung von HIV-Infektionen unter den Frankfurter Konsumraumnutzern machen zu können (Simmedinger & Vogt 2007).

Eine von der EBDD in Auftrag gegebene Literaturübersicht kommt unter anderem zu dem Schluss, dass die effektivste Präventionsmaßnahme um HIV-Infektionen unter Opiatkonsumenten zu vermeiden, die flächendeckende Einführung von Substitutionsprogrammen ist (Backmund & Reimer 2007). Das insgesamt relativ gut ausgebaute Substitutionsangebot in Deutschland trägt daher sicherlich dazu bei, dass die HIV-Infektionsrate unter injizierenden Drogenkonsumenten relativ gering ist.

6.3.2 Virushepatitiden

Daten aus der Bevölkerungsstatistik

Für die Allgemeinbevölkerung liegen Basisdaten zu Virushepatitiden vor. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (2006) ist bei 5-8% der Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Hepatitis B-Infektion erfolgt, 0,4-0,8% sind Virusträger. Im 1998 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey ergab sich eine Seroprävalenz für HBC-Antikörper als Indikator für eine stattgehabte Infektion von 7,7% in den alten und 4,3% in den neuen Bundesländern (Thierfelder et al. 2001).

Im Jahr 2006 wurden 1.179 (2005: 1.236) Fälle von akuter Hepatitis B gemeldet. Die Inzidenz lag in der Bevölkerung bei 1,4 pro 100.000 Einwohner (2005: 1,5). Bezüglich möglicher Übertragungswege wurde am häufigsten eine sexuelle Exposition angegeben (400 Fälle,

Mehrfachnennungen möglich). Intravenöser Drogenkonsum wurde nur noch in 38 Fällen (2005: 81) genannt (3,8%). Von diesen Fällen, in denen i.v. Drogengebrauch genannt wurde, waren 30 männlich. Damit ist der Anteil der i.v. Drogengebraucher unter den vom RKI registrierten Fällen seit 2004 (von 138 Fällen) um 72% gesunken (Robert Koch-Institut 2007b).

Im gleichen Jahr wurden 7.509 (2005: 8.363) Erstdiagnosen von Hepatitis C an das RKI übermittelt. Die Inzidenz lag bei 9,1/ 100.000 Einwohner (2004: 10,1), wobei zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede bestehen (Pole: Saarland: 3,7; Berlin: 26,5). Eine Differenzierung zwischen akuter und chronischer Hepatitis-C-Infektion bei den Fallmeldungen ist im Rahmen des Meldeverfahrens derzeit nicht möglich. Seit 2003 werden Meldungen, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, ausgeschlossen. In allen anderen Fällen, also immer dann, wenn nicht dokumentiert ist, dass die Infektion bereits früher bestanden hat, wird der Fall in die Statistik aufgenommen (erstmaliger Labornachweis). Intravenöser Drogenkonsum wird als Ansteckungsursache in 35% der Fälle mit Expositionsangaben (1.992 von 5.686 Fällen) übermittelt. In der Gruppe der 20 bis 29-jährigen Männer mit HCV-Infektionen und Angaben zum Expositionsrisiko liegt der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten mit 72% deutlich höher (661 Fälle) (Robert Koch-Institut 2007b). Die Tatsache, dass Männer unter den i.v. Drogenkonsumenten deutlich überrepräsentiert sind, erklärt die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen.

Daten aus Einrichtungen und Impfprogrammen

Bei Drogenabhängigen im qualifizierten Entzug zeigt sich im Vergleich der Kohorten 1991-1996 (N=1070) und 2001-2005 (N=1390) stabile bzw. leicht sinkende Prävalenzen. Hepatitis B fand sich zu beiden Zeitpunkten bei 6% der Patienten, die Prävalenz von Hepatitis C sank von 61% auf 53% (Backmund, Bernhard-Wehmeier et al. 2006).

44% der Nutzer von Konsumräumen in Frankfurt am Main gaben an, keine hepatische Erkrankung zu haben. Fast die Hälfte der Klienten sind mit Hepatitis C, weitere 6% mit Hepatitis B und C infiziert. Frauen geben häufiger als Männer an, mit einer Hepatitis B und/oder C infiziert zu sein (Simmedinger & Vogt 2007).

Die seit 2002 zu beobachtende hohe Hepatitis-C Rate unter Drogenkonsumenten der offenen Frankfurter Drogenszene stellt sich auch 2006 unverändert dar (61%; 2004: 63%). Bei Hepatitis A und B ist die Infektionsrate dagegen seit 2003 deutlich rückläufig (5% bzw. 11%; 2004: 7% bzw. 15%). Die HIV-Infektionsrate ist seit 2004 praktisch unverändert und beträgt 2006 13%. Wie bei Hepatitis, sind auch bei HIV die Frauen stärker betroffen als die Männer (Müller et al. 2007).

Von den 2.694 Patienten in ärztlichen Substitutionspraxen, die im Rahmen der COBRA-Studie untersucht wurden, waren 69% HCV-positiv. Im Laufe von 12 Monaten wurde bei 76 von anfangs 512 HCV-negativen Patienten eine HCV-Infektion festgestellt (Backmund, Schäfer et al. 2006). Die resultierende Inzidenz von 15% pro Jahr könnte allerdings durch eine Verzögerung der Diagnosestellung überhöht sein. Insgesamt hat sich die Infektionsrate bei denjenigen Studienpatienten, für die auch Ergebnisse im follow-up vorlagen, von 67% auf

50% reduziert, Unterschiede zwischen den Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) waren dabei nicht zu beobachten (Wittchen, 2006).

Eine Studie, die im Jahr 2002 an mehr als 1.000 konsekutiv aufgenommenen Häftlingen einer deutschen Justizvollzugsanstalt für männliche Straffällige zwischen 16 und 24 Jahren durchgeführt wurde, fand eine HCV-Prävalenz von 8,6%. Gemessen wurden HCV-Antikörper bzw. HCV-RNA. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung war der signifikante Unterschied in der Prävalenz zwischen Häftlingen, die in Deutschland geboren wurden (6%) und Spätaussiedlern, die in der UdSSR geboren worden waren (31%). Die Autoren empfehlen daher, neben dem i.v. Konsum auch das Herkunftsland als zusätzlichen Risikofaktor in Zukunft stärker zu berücksichtigen (Meyer et al. 2006).

Erste Ergebnisse eines Projektes zum Wissenstand, Risikomanagement und Selbstüberzeugungen bei intravenösen Drogengebern in der offenen Szene in Frankfurt am Main deuten darauf hin, dass ein erheblicher Informationsbedarf bei den Drogenkonsumenten hinsichtlich der Infektion mit Hepatitiden besteht und dass die Notwendigkeit zur Entwicklung präventiver Maßnahmen für ein angemessenes Problembewusstsein der mit Hepatitis einhergehenden Risiken besteht. Von 462 Teilnehmern der Studie wiesen 282 einen positiven Hepatitis C-Befund auf. Von diesen wussten 69 (25%) nicht, dass sie mit dem Hepatitis C-Virus infiziert sind (Happel 2006).

Zusammenfassend kann man in Deutschland bei für i.v. Drogenkonsumenten für Hepatitis B von einer Antikörperprävalenz („Durchseuchungsrate“) von 40-60%, für Hepatitis C von 60-80% ausgehen. Trotz unbefriedigender Datenlage muss man feststellen, dass eine sehr hohe Antikörperprävalenz der i.v. Drogenkonsumenten mit Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Antikörpern besteht. Drogenkonsumenten sind von Neuinfektionen stark betroffen und spielen damit eine zentrale Rolle bei der Ausbreitung dieser Infektionen.

6.3.3 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere

Infektionen durch HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomonas werden seit Ende 2002 durch ein vom Robert Koch-Institut geleitetes bundesweites Sentinel-Netzwerk erfasst. Hier übermitteln insgesamt ca. 235 ausgewählte Arztpraxen, Fachambulanzen und Gesundheitsämter Informationen zu den in ihrer Einrichtung diagnostizierten sexuell übertragbaren Krankheiten. Zusätzlich erhalten die betroffenen Patienten anonyme Fragebögen mit Fragen zu ihrem sexuellen Verhalten, zu Drogengebrauch und Sozialstatus. Aktuelle Daten über die Belastung der Drogenabhängigen mit diesen Erkrankungen liegen nicht vor.

Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C und von HIV bei i.v. Drogenkonsumenten sind in Standardtabelle 9 enthalten.

6.4 Psychische Komorbidität

Drogenabhängige weisen eine höhere Suizidalität als vergleichbare Gruppen auf. Bei mindestens 6% der Drogentodesfälle in der Polizeistatistik (vgl. Tabelle 19) handelt es sich um Suizide aufgrund der Lebensumstände. In einer Studie an den Klienten einer Drogenambulanz der Universität Hamburg für Jugendliche und junge Erwachsene fanden sich bei mehr

als 20% der Klienten neben dem Substanzabhängigkeit auch andere psychische Erkrankungen (Sack et al. 2005).

Basierend auf den Ergebnissen einer prospektiven Längsschnittstudie, in deren Rahmen 1.395 Jugendliche in der Altersgruppe von 14-17 Jahren über einen Zeitraum von 10 Jahren verfolgt worden sind, weisen Wittchen et al. (2007) noch einmal auf die Bedeutung anderer psychischer Erkrankungen (vor allem depressive und bipolare Störungen; weniger konsistent: Angststörungen) sowie das Ausmaß der individuell vorhandenen Komorbidität für die Inzidenz des Cannabisgebrauchs und dessen Weiterentwicklung zu missbräuchlichem oder abhängigem Gebrauch hin. Die Autoren äußern die Hoffnung, dass ein besseres Verständnis der komplexen Interaktionen zwischen psychischen Erkrankungen und Cannabisgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit langfristig in bessere ätiologische Modelle und Interventionsstrategien mündet.

6.5 Andere gesundheitliche Folgen

Fasst man den heutigen Kenntnisstand zusammen, so ist davon auszugehen, dass der problematische Konsum von Cannabis das Risiko einer nicht altersgerechten Entwicklung erhöht und die Gesundheit gefährdet. Vor diesem Hintergrund kommt der Förderung von Präventions- und Frühinterventionsforschung eine besondere Bedeutung bei (Thomasius & Petersen 2006).

Konsumenten von Ecstasy und Cannabis (N=24) zeigten in neuropsychologischen Tests signifikant stärkere Einschränkungen der Aufmerksamkeit sowie des Kurzzeitgedächtnisses als reine Cannabiskonsumenten. Die Lebenszeitdosis von Kokain und LSD wurden dabei als Kovariante berücksichtigt (Wartberg et al. 2005).

In einer kürzlich erschienen Arbeit von Thomasius et al. (2006), in der Stimmung, Kognition und zentrale Serotonin-Transporter untersucht wurden, haben sich Hinweise auf überdauernde funktionale Schädigungen aufgrund der Neurotoxizität von MDMA ergeben - auch wenn alternative Erklärungen für diesen Befund aufgrund des Studiendesigns nicht vollständig ausgeschlossen werden konnten.

Auch eine aktuelle Übersichtsarbeit zu neurotoxischen Effekten von MDMA kommt zu dem Schluss, dass Änderungen im serotonergen Übermittlungssystem bei MDMA-Nutzern möglicherweise auch nach langer Abstinenz nicht vollständig verschwinden. Wegen methodischer Probleme kann jedoch kein endgültiges Fazit gezogen werden. Insbesondere kann multipler Konsum auch anderer Drogen und vorher bereits bestehende Merkmale der Konsumenten als Ursache für diese Veränderungen nicht ausgeschlossen werden (Gouzoulis-Mayfrank & Daumann 2006).

Die Studie „Mixed Up?“ der Universität Köln beschäftigt sich mit der Frage, ob der Konsum von Ecstasy neurotoxische Folgewirkungen beim Menschen hat. Im Rahmen einer Langzeitstudie sollen bis zu 250 Probanden eingeschlossen werden, die bei Aufnahme in die Studie maximal 5 Einheiten Amphetamin oder Ecstasy konsumiert haben.

Angaben zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Unfallgeschehen sind unter 8.3.6 (ab Seite 109) zu finden.

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Übersicht

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung beobachtet. Informationen über Umfang und Art dieser Maßnahmen stehen im Allgemeinen nur für einen Teil der spezifischen Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden.

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Daten zur allgemeinen Gesundheitsversorgung liefern keine Angaben, die sich speziell auf die Zielgruppe der Drogenabhängigen beziehen ließen. Deshalb fehlen abgesehen von Einzelfällen Daten zur Zahl von Notfalleinsätzen wegen Überdosierungen oder wegen anderer lebensbedrohlicher Zustände in Folge von Drogenkonsum. Auch Angaben über die Behandlung anderer Folgeerkrankungen durch ärztliche Praxen oder Kliniken liegen nicht vor.

Spezielle Angebote

Ambulante Einrichtungen erleichtern den Zugang zur medizinischen Grundversorgung, die konsiliarisch in der Regel durch niedergelassene Ärzte angeboten wird. Lange aufgeschobene Zahnbehandlungen ebenso wie andere medizinische Behandlungen sind während stationärer Suchtbehandlungen häufig. Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert dazu einige Basisdaten. Im Rahmen der niedrigschwelligen Drogenhilfe werden in einzelnen Bundesländern spezielle Projekte zur Zahnhygiene und Infektionsprophylaxe durchgeführt.

7.2 Prävention drogenbezogener Todesfälle

Verschiedene Ansätze der letzten Jahre sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Drogennotfallprophylaxe, „Therapie sofort“, Naloxoneinsatz, Drogenkonsumräume und Ausweitung der Substitution.

Drogenkonsumräume

In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot. 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 anzubieten. Auf der Grundlage des §10a 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. In 6 von 16 Bundesländern sind entsprechende Verordnungen erlassen worden. 2004 existierten insgesamt 26 Drogenkonsumräume in Deutschland mit 214 Konsumplätzen und einer Betreuung durch 175 Mitarbeiter (Simon 2005).

Die vier Konsumräume in Frankfurt wurden 2006 von 4.544 Personen genutzt, wie die Auswertung der Konsumraumdokumentation belegt (Simmedinger & Vogt 2007). Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr (N=4.253) einer Zunahme von 7%. 2006 fanden 164.164 (2005: 156.834) Konsumvorgänge statt. Regelmäßige Nutzer, die mehr als 50 Mal in den Räumen konsumiert haben, stellen mit 15% nur einen kleinen Anteil dieser Gruppe dar. Nach Selbstauskunft waren 51% der Nutzer in den letzten 30 Tagen wegen ihres Drogenkonsums in ärztlicher Betreuung. Mit 78% (2005: 74%) konsumiert die Mehrzahl der Besucher Heroin, 43% (2005: 44%) Crack, 9% (2005: 13%) Benzodiazepine. Im Durchschnitt sind die erstmalig erfassten Benutzer 33 Jahre alt.

Die Kontakteinrichtung Step (Step 2006) aus Hannover berichtet über 35.109 Konsumvorgänge in den vorhandenen Räumen im Jahre 2005 (2004: 34.450). Der leichte Anstieg aller Konsumvorgänge erklärt sich nahezu allein durch mehr Konsumvorgänge von Frauen (2005: 6.320; 2004: 5.844). In Hannover wird ausschließlich der intravenöse Konsum von Heroin (90%), Kokain (6%) und der Mischkonsum von Heroin und Kokain 4% dokumentiert. Auffällig ist die deutliche Erhöhung des Mischkonsums 2005 (1.405) gegenüber dem Vorjahr (1.087).

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbedingten Infektionskrankheiten

Spritzenaustauschprogramme im Gefängnis

Die Verteilung von Spritzen an i.v. Drogenkonsumenten in Haft wurde seit etwa Mitte der 90er Jahre in Deutschland erprobt und in insgesamt 7 Gefängnissen über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Mit Ausnahme eines relativ kleinen Gefängnisses für Frauen in Berlin wurden diese Programme inzwischen alle wieder eingestellt. Grund dafür ist unter anderem wohl die mangelnde Akzeptanz dieses Ansatzes beim Gefängnis-Personal, das sein Handeln zwischen Durchsetzung und Akzeptanz von Verboten als widersprüchlich erlebte.

In 2 Gefängnissen wurden während einer Studie in den Jahren 1998 und 1999 sterile Injektionsnadeln an die Insassen ausgegeben. Von den 174 i.v. Drogenkonsumenten setzten 75% während des Projekts den i.v. Konsum fort. Der Anteil des needle sharing sank in dieser Zeit von 71% bis auf 0%. Die Seroprävalenz betrug zu Beginn der Studie für HIV 18%, für HBV 53% und für HCV 82%. Während des Beobachtungszeitraums trat kein neuer Fall von HBC oder HIV auf, jedoch 4 Fälle von HCV (Stark et al. 2006).

Spritzenprogramme in der niedrigschwelligen Arbeit

Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Es sollen bundesweit etwa 200 Automaten zur Spritzenvergabe vorhanden sein (siehe dazu auch den REITOX-Bericht 2005). Bundesweite Statistiken über die exakte Zahl der Vergabestellen oder die Zahl verteilter Spritzen stehen nicht zur Verfügung. Hinweise auf Entwicklungen und Trends können jedoch möglicherweise aus Berichten einzelner Einrichtungen oder Trägern entnommen werden.

Daten aus ausgewählten Einrichtungen in Schleswig-Holstein wurden bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt (Raschke, Buth & Kalke 2005).

Angaben zur Verfügbarkeit von Spritzen sind in Standardtabelle 10 enthalten.

Information über Infektionsrisiken, Impfung und Behandlung

Impfprogramme für intravenös Drogenkonsumierende sind in Anbetracht der hohen Infektionsrisiken für Hepatitis A und B wichtige Instrumente der Infektionsprophylaxe. Sie werden an vielen Stellen eingesetzt.

Mit finanzieller Unterstützung des BMG erstellte das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch das Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“, das aktuelle Informationen über Prävention und Therapie von Hepatitis C in dieser Personengruppe sowie Hinweise und Material für Beratung, Betreuung und Rechtslage enthält (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006). Eine Fachtagung zu Hepatitis C und Drogengebrauch, die für Mitte September 2007 geplant und bereits die vierte ihrer Art ist, beschäftigt sich im Rahmen des Titels „Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit“ unter anderem mit Hepatitis C bei drogenabhängigen Migranten, HCV-Therapie und Substitution, integrativer HCV-Behandlung und HCV-Arbeit in stationärer Langzeittherapie (www.hepatitiscfachtag.org).

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert einen Forschungs- und Anwendungsverbund unter dem Namen „Hep-Net“, der durch rationeller diagnostische Verfahren und Schulung der Ärzteschaft die Früherkennung von Hepatitis B und C verbessern und die Qualität der Behandlung vorantreiben soll. Über die Kooperation des Hep-Net mit anderen europäischen Initiativen in diesem Umfeld (www.virgil-net.org) wurde bereits im letzten Jahr berichtet (Meyer & Deterding 2005).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Zu den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern vgl. 5.5 (Seite 78).

In Anbetracht der erheblichen Folgekosten chronischer Hepatitis C - bei 25% entsteht im Zeitraum von 20 Jahren eine Leberzirrhose, bei 5% Leberkrebs - ist die Behandlung dieser Erkrankung auch bei Drogenabhängigen nicht nur medizinisch sondern auch ökonomisch wichtig und sinnvoll. Die Behandlung kann unter den richtigen Bedingungen dabei durchaus erfolgreich durchgeführt werden (Gölz 2006).

Im Rahmen der COBRA-Studie war die Behandlung von Hepatitis C während der Substitution bei 56% der Patienten erfolgreich. Dieser Wert entspricht den Erfolgsquoten von Studien in der Allgemeinbevölkerung (Backmund, Schäfer et al. 2006).

In spezialisierten Einrichtungen sind noch bessere Resultate erreichbar, wie Backmund und Meyer (2006) anhand von Ergebnissen aus einer Münchner Substitutionsambulanz berichten konnten. Auch bei gleichzeitigem Vorliegen von psychischen Störungen neben der Drogenabhängigkeit ist nach Einschätzung einer Studie von Schäfer (2005) eine antivirale Therapie bei Drogenabhängigen möglich.

7.4 Maßnahmen gegen psychische Komorbidität

Für Drogenkonsumenten, bei denen zusätzlich zur Drogenproblematik behandlungsbedürftige psychische Störungen vorliegen, muss die Betreuung beide Fachgebiete berücksichtigen. Diese Personen sind in besonderer Weise auf die diagnostische Kompetenz der Suchttherapeuten auch im Bereich psychischer Störungen angewiesen, ebenso wie auf eine für die Störung geeignete Form der Kooperation zwischen klinischer Psychologie/Psychiatrie und Suchthilfe. Das Problem ist bereits an vielen Stellen erwähnt und beschrieben worden, die praktischen Konsequenzen in der alltäglichen Arbeit sind jedoch nicht einfach umzusetzen, da Profession, Finanzierungsmodalitäten und Verantwortlichkeiten für beide Bereiche unterschiedlich sind.

In der Praxis bestehen zwei Modelle, um mit dieser Problematik umzugehen: Entweder werden die beiden Problem-Aspekte von zwei verschiedenen Therapeuten bzw. Institutionen bearbeitet, die ihre Arbeit jedoch eng abstimmen müssen. Alternativ erfolgt die Betreuung an einer Stelle, was aber eine doppelte Kompetenz in beiden Störungsbereichen notwendig macht. Insgesamt hat sich eine Mischung dieser Klientel mit den anderen Drogenklienten oft als negativ erwiesen, da bei Doppeldiagnosen mit manchen therapeutischen Ansätzen (z.B. Medikation, Einhaltung von Vereinbarungen, Akzeptieren von Strukturvorgaben) langsamer und flexibler verfahren werden muss.

7.5 Maßnahmen gegen andere gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Niedrigschwellige Hilfen. Niedrigschwellige Hilfen, Spritzenaustauschprogramme (vgl. 7.3) und insbesondere die Einrichtung von Konsumräumen (vgl. 7.2) helfen, die negativen gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums zu reduzieren.

Kinder süchtiger Eltern. Nach wie vor lebt etwa jede dritte Opiatabhängige in ambulanter Behandlung mit einem Kind zusammen, davon sind etwa zwei Drittel allein erziehend (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a). Geht man von den bekannten Fallzahlen aus, so ist mit mehreren Hundert betroffenen Neugeborenen jedes Jahr zu rechnen. Mit einer speziellen Infobroschüre mit dem Titel „Du bist schwanger ... und nimmst Drogen?“ wird versucht, die Zielgruppe der schwangeren Drogenkonsumenten anzusprechen, um Risiken und Folgeschäden für das Kind und sie selbst zu reduzieren (DHS 2006b). Einige Therapieeinrichtungen bieten Behandlungsplätze für Mutter und Kind an. Insgesamt gibt es jedoch wenig gezielte Angebote für dieses Problemfeld, in dem zwischen der staatlichen Fürsorge für das Kind und dem Wunsch und Recht der Mutter, ihr Kind aufzuziehen, oft schwere Entscheidungen zu treffen sind. Auch drogenabhängige Mütter, die sich bereits in Substitutionsbehandlung befinden, bedürfen nach Einschätzung von Experten noch der erheblichen Unterstützung, um den komplexen Anforderungen und Belastungen der Mutterrolle entsprechen zu können (Bartsch & Fröhlingdorf 2007).

Unfallgeschehen. Angaben zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Unfallgeschehen sind unter 8.3.6 (ab Seite 109) zu finden.

8 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

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 intensiven Konsumenten.

Da der Besitz von Drogen illegal ist, gehören strafrechtliche Konsequenzen nicht nur in den EU-Mitgliedsstaaten zu den wichtigsten negativen 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 Rauschgiften nach §29 BtMG,
- illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge nach §30 BtMG,
- sonstige Verstöße gegen das BtMG,
- Beschaffungskriminalität ist vor allem in Hinblick auf Diebstahl und Raub von Bedeutung.

8.2 Sozialer Ausschluss

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opiatabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik und aus den regionalen Monitoringsystemen wie zum Beispiel in Frankfurt und Hamburg.

Ein erheblicher Teil der Opiatklienten ambulanter Einrichtungen hat bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte der Klienten mit primärer Heroinproblematik (53,9%) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos, bei Klienten mit primären Kokainproblemen sind es fast 40%. An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung praktisch nichts. Nach wie vor hat etwa jeder sechste Klient keinen Schulabschluss (18,0%). Während dies bei vielen Cannabisklienten einfach am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a) (Tabelle 22). Der Anteil unter den Klienten der Frankfurter Drogenkonsumräume, die in prekären Wohnverhältnissen leben (obdachlos, in Notschlafstellen oder sonstigen provisorischen Wohnverhältnissen), beträgt 11,5% und hat sich gegenüber den Vorjahren verringert (Simmedinger & Vogt 2007). Die Mehrheit der Crack-Konsumenten der

offenen Frankfurter Drogenszene befindet sich in einer schlechten sozialen Situation, fast jeder Zweite ist obdachlos und die Arbeitslosenquote beträgt rund 80%. Auffallend ist, dass sich in der Gruppe der exzessiven Crackkonsumenten (>8 Konsumeinheiten täglich) etwa 60% Frauen befinden (Müller et al. 2007).

Tabelle 22. Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung

Hauptdroge	Substanz	ohne Schulabschluss	Arbeitslos		Ohne Whg.
			Beginn	Ende	
F10	Alkohol	5,3%	26,8%	26,6%	0,8%
F11	Opioide	17,7%	53,9%	53,2%	4,7%
F12	Cannabinoide	24,3%	28,2%	27,3%	1,0%
F13	Sedativa/ Hypnotika	6,8%	27,3%	27,1%	0,5%
F14	Kokain	17,1%	39,1%	38,9%	2,3%
F15	Stimulantien	17,1%	32,6%	30,2%	1,2%
F16	Halluzinogene	21,7%	45,9%	35,7%	1,1%
F17	Tabak	9,7%	16,2%	9,6%	0,2%
F18	flüchtige Lösungsmittel	33,3%	14,3%	27,3%	
F19	multipler Gebrauch	15,0%	48,9%	39,7%	2,6%

Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Lampert, Richter & Klocke (2006) beschäftigen sich mit Chancenungleichheit in Deutschland und gehen dem Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und den Gesundheitschancen des Kindes nach. In der Übersichtsarbeit wird ein Zusammenhang zwischen niedrigem familiärem Wohlstand und Entwicklungsverzögerungen, Allergien, Unfallgefahren und allgemeinem Wohlbefinden festgestellt. Die Familien mit dem niedrigeren Wohlstand nutzen auch Gesundheitsangebote weniger, selbst wenn diese kostenlos sind. Es fand sich jedoch kein Unterschied im Tabak- und Alkoholkonsum Jugendlicher aus beiden Bevölkerungsgruppen. Möglicherweise entwickelt sich dieser jedoch später vermittelt durch unterschiedliche Schuwahl. Diese Vermutung wird durch Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gestützt (Lampert & Thamm 2007). Demnach rauchen Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, 4,6- bzw. 3,4-mal häufiger im Vergleich zu denjenigen auf einem Gymnasium; Jungen und Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule 1,7- bis 3,1-mal häufiger. Der soziale Status hingegen wirkt sich nur bei Mädchen auf das Rauchverhalten aus: Mädchen aus der niedrigsten und mittleren Statusgruppe rauchen 1,8- bzw. 1,5-mal häufiger als diejenigen aus der höchsten Statusgruppe. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund vergleichsweise selten rauchen und der Tabakkonsum in den neuen Bundesländern stärker verbreitet ist als in den alten Bundesländern. Hingegen hat der Sozialstatus weder bei Jungen noch bei Mädchen einen Einfluss auf den Alkoholkonsum.

Dennoch ist ein schlechteres Gesundheitsverhalten nicht direkt mit der benachteiligten Lebenslage verknüpft. Vielmehr kann ein hohes soziales Kapital im Sinne eines starken Rückhalts in Familie, Freundes- und Bekanntenkreis einen starken protektiven Effekt haben.

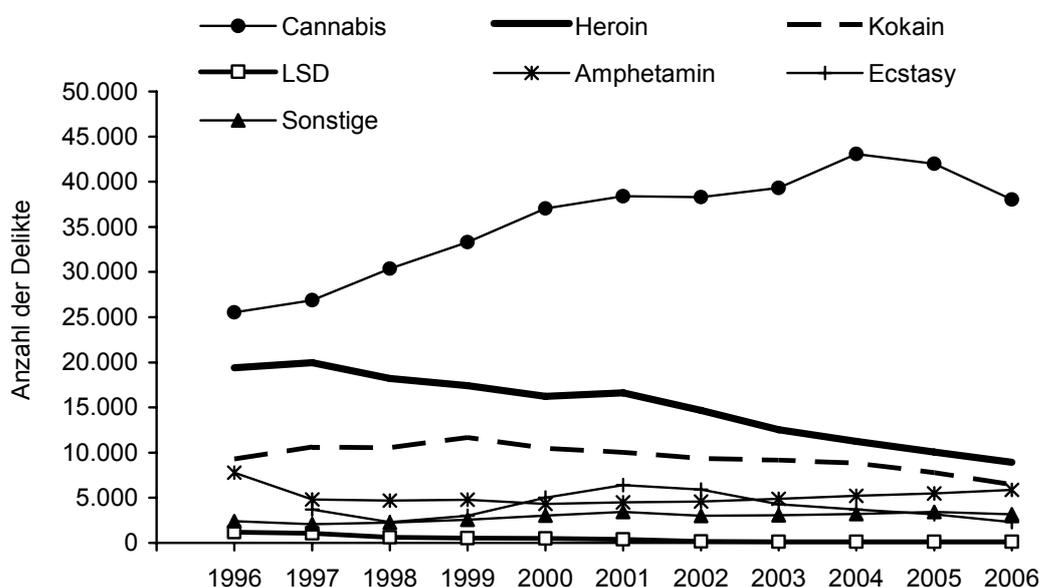
8.3 Drogenkriminalität

8.3.1 Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2006 wurden 2.234 Fälle (2005: 2.210; 2004: 2.568) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Die Zahl dieser Delikte ist damit im Berichtsjahr nach Rückgängen in den Vorjahren praktisch stabil geblieben und gegenüber dem Vorjahr nur minimal um 1,1% gestiegen. Mehr als zwei Drittel (68%) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle (Bundeskriminalamt 2007b).

8.3.2 Handelsdelikte¹⁰

Diese Delikte beinhalten Verstöße, die im Zusammenhang mit gewerblichem/professionellem Handel mit Betäubungsmitteln oder Schmuggel größerer Mengen verbunden sind. Dabei werden - wie auch bei den Konsumdelikten - alle Fälle berücksichtigt, die polizeilich erfasst werden - unabhängig vom Ergebnis einer eventuellen späteren Verurteilung.



Bundeskriminalamt 2007b.

Abbildung 11. Entwicklung von Handelsdelikten

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (38.029 Delikte, 59% aller Delikte; 2005: 41.974, 58%), gefolgt von

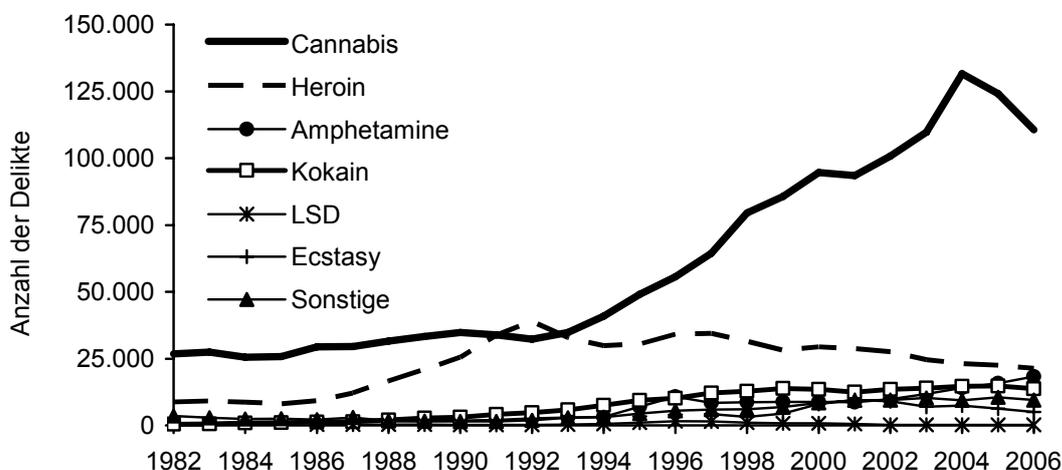
¹⁰ Unter "Handelsdelikten" werden Delikte des illegalen Handels mit und Schmuggels von Rauschgiften nach § 29 BtMG sowie die Delikte der illegalen Einfuhr von Betäubungsmitteln nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG zusammengefasst.

Heroin (8.927, 14%; 2005: 10.051, 14%) und Kokain (6.462, 10%; 2005: 7.800, 11%) (Abbildung 11). Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Heroin und Kokain sind während der letzten Jahre rückläufig, bei Cannabis sinkt die absolute Anzahl entsprechender Verstöße nach einem kontinuierlichen Anstieg bis 2004 erst seit kurzem. Seit 2000 steigt die Zahl entsprechender Delikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an. Amphetamine machen 2006 einen Anteil von 9% (5.858 Delikte; 2005: 5.462, 8%) aus, der nur noch knapp unterhalb des Vergleichswertes für Kokain liegt (Bundeskriminalamt 2007b).

8.3.3 Konsumnahe Delikte¹¹

In diesem Abschnitt geht es um Rauschgiftdelikte, die wegen der Rahmenbedingungen (Menge, beteiligte Personen) von der Polizei als „allgemeine Verstöße“ und damit eher als Konsumentendelikte gewertet werden.

Bei diesen Delikten spielt vor allem Cannabis eine herausragende Rolle: Ca. 62% aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (12,0%), Amphetamine (10,3%) und Kokain (7,7%) machen - in ähnlicher Größenordnung - zusammen noch einmal 30% der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Der nochmals deutliche Rückgang der Gesamtzahl (2006: 178.841; 2005: 194.444; -8,0%) ist vor allem auf die erneut rückläufige Zahl der Cannabisdelikte zurückzuführen (2006: 110.638; 2005: 124.170; -10,9%).



Bundeskriminalamt 2007b.

Abbildung 12. Entwicklung von Konsumdelikten

In 2006 wurden aber auch weniger Verstöße mit Heroin (2006: 21.422; 2005: 22.592; -5,2%), Ecstasy (2006: 4.996; 2005: 6.328; -21,0%), Kokain (2006: 13.755; 2005: 14.728; -6,6%) und sonstigen Drogen (2006: 9.480; 2005: 10.574; -10,3%) registriert. Ausschließlich die Zahl der

¹¹ 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 Rauschgiften sowie ähnliche Delikte umfassen.

Amphetamindelikte ist wie bereits im Vorjahr weiterhin gestiegen (2006: 18.329; 2005: 15.845; +15,7%) (Abbildung 12).

8.3.4 Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten

Neben Angaben zu Rauschgiftdelikten 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. Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Die Gesamtzahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen lag 2006 mit 19.319 Fällen nur geringfügig unterhalb des Vergleichswertes des Vorjahres (2005: 19.900 Fälle; -2,9%). Die deutlichsten Rückgänge finden sich für Ecstasy (2006: 2.319; 2005: 3.145; -26,3%). Auch die Zahlen der erstauffälligen Konsumenten von Heroin (2006: 4.489; 2005: 4.637; -3,2%) und Kokain (2006: 4.225; 2005: 4.489; -5,9%) sind gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig. Erneut gestiegen sind die Erfassungen auf Grund des Konsums von Amphetaminen (2006: 9.835; 2005: 9.339; +5,3%). Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen machen inzwischen 45,5% der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 20,8%; Kokain: 19,5%, Ecstasy: 10,7%, Crack: 1,6% und Sonstige inkl. LSD:1,8%). In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden.

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass die Zahl der erfassten Erstauffälligen auch von der Intensität der Strafverfolgung abhängt. Rauschgiftdelikte 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.

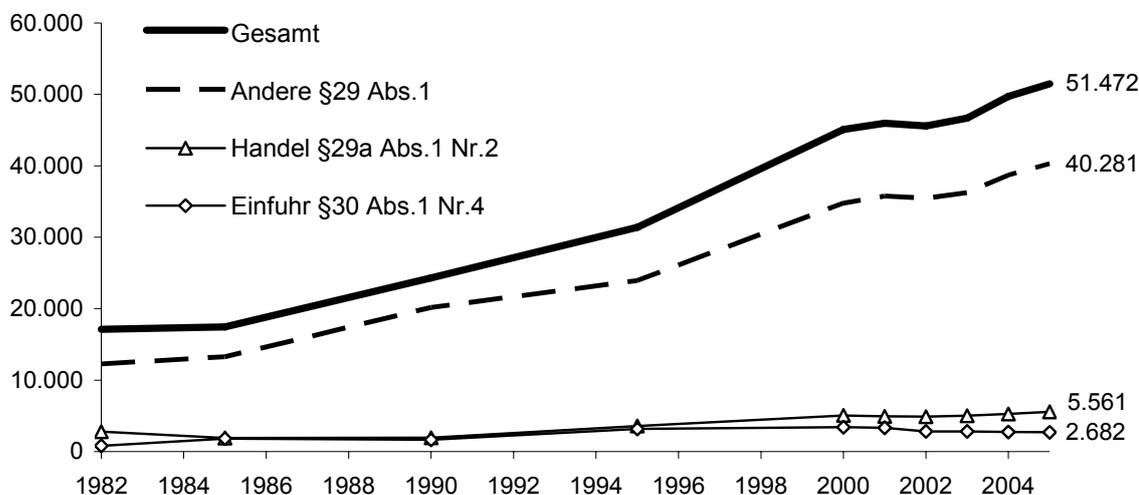
8.3.5 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) wurden im Jahr 2005 51.472 Personen nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2006 liegen noch nicht vor). 41.057 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt, 10.415 nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 17.049 Freiheitsstrafen - davon 10.587 zur Bewährung - sowie 24.008 Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt 2007c)

Die Gesamtzahl der Verurteilungen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 3,5% leicht erhöht (2004: 49.739). Der Anstieg ist ausschließlich auf eine Zunahme der erwachsenen Straftäter (leichte Rückgänge bei Jugendlichen¹² und Heranwachsenden¹³) und vor allem unspezifi-

¹² Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach

scher Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG) zurückzuführen. Auch die Zahl der Handelsdelikte ist gegenüber dem Vorjahr (2004: 5.279; +5,3%) leicht gestiegen, allerdings auf weiterhin niedrigem Niveau (Abbildung 13).



Statistisches Bundesamt 2007c.

Abbildung 13. Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

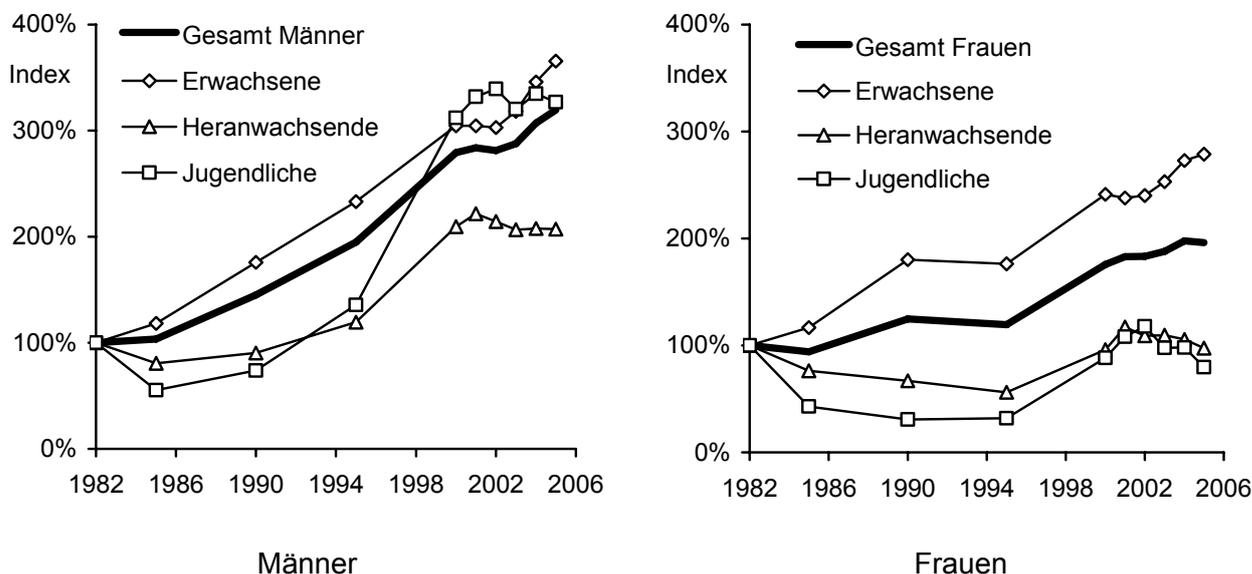
Strafverfahren wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) betrafen 2005 6,6% aller Verurteilungen, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,3% etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,6%). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 6,6%. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Rauschgiftdelikte mit 11,6% (2004: 10,6%) deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 60,4% der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 61,5%, Frauen: 50,4%); in etwa 60% dieser Fälle handelte es sich dabei bereits um mehrfache Wiederholungstäter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2007).

Wie bereits im Vorjahr, wurden auch im Jahr 2005 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 46.452; Frauen: 5.020). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 20 Jahre gibt es deutliche Unterschiede. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100%), so hat sich die Zahl der Verurteilungen bei den Männern bis zum Jahr 2005 etwa verdreifacht, bei den Frauen etwa verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei Frauen hat es in diesen Gruppen im gesamten Zeitraum nur relativ wenige Veränderungen gegeben, während sich

Jugendstrafrecht.

¹³ 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.

bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche mehr als verdreifacht und für Heranwachsende etwa verdoppelt hat. Erst ab dem Jahr 2000 hat es auch in diesen beiden Gruppen keinen weiteren Anstieg mehr gegeben (Abbildung 14).



Statistisches Bundesamt 2007c.

Abbildung 14. Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) finden sich in Standardtabelle 11.

8.3.6 Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Seit 2003 gibt das Statistische Bundesamt jährlich in seinem Verkehrsunfallbericht auch darüber Auskunft, ob die an einem Unfall beteiligten Fahrzeugführer unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel als Alkohol standen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Az. BvR 2652/03 vom 21.12.2004). Grotenhermen et al. (2005) setzen in einer Stellungnahme zu Cannabis im Straßenverkehr, in die Ergebnisse einer Metaanalyse von Berghaus und Krüger (1998) eingegangen sind, einen Blut-THC-Gehalt von 3,5-5 ng/ml Blut als Grenzwert an.

Im Jahr 2006 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 327.984 Unfälle, an denen 403.886 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 23). Davon standen 19.405 Unfallbeteiligte (4,8%) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.320 (0,3%) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2007d). Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Die Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ hat sich von 1997 (580) bis 2005 (1.343) mehr als verdoppelt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Dabei ist allerdings zu bedenken, dass sich das öffentliche und politische Interesse an dieser Problematik parallel zur empirischen Basis, durch den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Messung des Drogeneinflusses und Schulungen der Polizeibeamten, entwickelt hat.

Tabelle 23. Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle

	Unfälle insgesamt	Beteiligte Fahrzeugführer	Fahrzeugführer unter Einfluss von Alkohol	Fahrzeugführer unter Einfluss anderer berauschender Mittel
2003	354.534	443.293	22.674	1.341
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

Statistisches Bundesamt 2007d.

8.4 Drogenkonsum im Gefängnis

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz Inhaftierten betrug 2006 insgesamt 9.579 (2005: 9.277). Dies entspricht einem Anteil von 14,8% aller Inhaftierten. Bei Erwachsenen liegt der Anteil relativ stabil bei 15,7% der männlichen und 18,8% der weiblichen Häftlinge, bei Jugendlichen bei 6,8% bzw. 11,4%. Die Zahl der Strafgefangenen mit Betäubungsmitteldelikten hat von 2005 nach 2006 um etwa 3% zugenommen. Der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten unter allen Strafgefangenen steigt (wenn auch minimal) seit 2003 kontinuierlich an. Wie bereits im Vorjahr, machen Frauen nur rund 6% dieser Gruppe aus, der Anteil der BtMG-Fälle unter den weiblichen Strafgefangenen liegt jedoch seit 2003 stabil zwischen 3-5 Prozentpunkten über dem Vergleichswert der Männer. Der Anteil der Btm-Delikte an den Jugendstrafen geht bei den Männern seit 2003 kontinuierlich zurück und liegt 2006 bei 6,8%. Auch bei den jungen Frauen liegt der Wert aus 2006 (11,4%) unterhalb des Vergleichswertes von 2003, ist aber im Vergleich zum Vorjahr 2005 wieder leicht gestiegen (Tabelle 24). Sicherstellungen von Drogen im Gefängnis finden regelmäßig statt. Neben einem umfangreichen Kontrollsystem werden Urinkontrollen, aber auch groß angelegte Durchsuchungsaktionen mit Polizeikräften und Drogenspürhunden durchgeführt. Neue Daten zu Sicherstellungen in Gefängnissen aus den Bundesländern liegen aber nicht vor.

Unter Berücksichtigung der Parameter Körpergewicht, Hepatitismarker, biochemischer Parameter und der Ergebnisse von Kurzinterviews kommen Meyer et al. (2007) nach Durchführung einer prospektiven Untersuchung an 100 jungen drogenabhängigen Gefangenen (Durchschnittsalter 20,3 Jahre) zu dem Schluss, dass eine Inhaftierung von jungen männlichen Drogenabhängigen zu in mehreren Dimensionen nachweisbaren Verbesserungen von subjektiven und objektiven Parametern des Gesundheitszustandes führt. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass der Gedanke, Gefängnisse seien als drogenfreie Räume zu führen, „*lediglich eine Illusion*“ sei, denn mehr als die Hälfte der Befragten gab an, zumindest gele-

gentlich in Haft Cannabis zu rauchen und auch der Konsum von Heroin (intravenös) wurde in einigen Fällen berichtet.

Angaben über Drogenkonsum im Gefängnis finden sich in Standardtabelle 12.

Tabelle 24. Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2006	Inhaftierte N	64.512	61.250	3.262	54.170	2.972	6.705	290	375
	BtMG N	9.579	8.986	593	8.530	560	456	33	0
	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0,0
2005	BtMG %	14,6	14,4	19,2	15,4	20,1	7,3	10,2	0,0
2004	BtMG %	14,5	14,3	18,1	15,3	18,6	7,6	13,8	0,0
2003	BtMG %	14,4	14,2	17,9	15,2	18,2	8,0	15,0	0,3

Hinweis: „BtMG N“: Anzahl der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen, „BtMG %“: Anteil der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen.

Statistisches Bundesamt 2006a.

8.5 Soziale Kosten

Eine Gesamtabstschätzung der finanziellen Folgen des Drogenkonsums für die deutsche Gesellschaft liegt nach wie vor nicht vor. Direkte Kosten für einzelne staatliche Stellen sowie Träger von Renten- und Krankenversicherung sind in Kapitel 11 dargestellt, soweit hierfür differenzierte und zuordenbare Daten vorliegen.

9 Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen und Folgen

9.1 Übersicht

Ähnlich wie bei den gesundheitlichen Folgen gibt es auch bei den sozialen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums spezifische und allgemeine Ansätze bei den Hilfen.

Spezifische Hilfen bestehen insbesondere bei den komplementären Einrichtungen der Suchthilfe. Sie bieten beschützte Arbeitsstellen, Schulen zur Erlangung fehlender Abschlüsse und andere Maßnahmen, die bei der Reintegration in den Lebensalltag außerhalb der Drogenszene helfen sollen. Auch betreute Wohnheime, die zwischen Therapieende und einer selbständigen Lebensweise noch ein gewisses Maß an Unterstützung bieten, gehören zu diesen Ansätzen. Weitere Details finden sich in Kapitel 4.3 bei der Beschreibung des Systems der Suchthilfe in Deutschland. Auch hier zeichnen die Bundesländer verantwortlich. Es stehen standardmäßig keine nationalen Statistiken für diese Leistungen zur Verfügung.

Daneben stehen die normalen Angebote der Sozialhilfe auch für Drogenabhängige zur Verfügung, wenn es darum geht, eine preisgünstige Wohnung, Sozialhilfe zum Leben oder Unterstützung in anderen Lebensbereichen zu erhalten. Da hierfür jedoch keine Statistiken vorliegen, welche die Aktivitäten speziell für diese Personengruppe erfassen, ist eine quantitative Darstellung nicht möglich.

9.2 Soziale Reintegration

9.2.1 Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für Menschen mit Substanzproblemen

Das in den letzten Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit Substanzstörungen geschaffen. Genauer hierzu findet sich im REITOX-Bericht 2005.

In der Folge der Umgestaltung der staatlichen Einrichtungen zu Vermittlung von Arbeit und der Arbeitsförderung („Hartz IV“) zeichnen sich erste Tendenzen ab. Durch die starken - auch strukturellen - Veränderungen benötigte die Umgestaltung der betroffenen Institutionen und Behörden relativ viel Zeit, bevor mögliche Effekte für die Gruppe der Drogenabhängigen sichtbar werden konnten. Der Effekt ist bisher noch nicht abzuschätzen.

Mit dem im August 2006 in Kraft getretenen „Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuche“ wurde der Status von Personen in stationären Einrichtungen hinsichtlich ihres Anspruches auf staatliche Grundsicherung umfassend geregelt.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, die zum 01. 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. Im Rahmen des weiteren Ausbaus eines flächendeckenden Netzes der ambulanten Rehabilitation für Suchtmittelabhängige wurde bis Ende des Jahres 2006 die Anzahl der zur „ambulanten Rehabilitation Sucht“ zugelassenen Beratungsstellen von 35 (2004) auf 80 er-

hört. Dieser Ausbau stellt eine Grundlage für die Bildung regionaler Behandlungsverbände dar, die auf regionaler Ebene eine Versorgung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich und an den Schnittstellen zwischen diesen Versorgungsebenen gewährleisten können. Im Rahmen eines 18-monatigen Modellprojektes der ehemaligen LVA Sachsen wird seit dem 01. Januar 2007 bei der Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen auf die Erstellung eines Sozialberichtes verzichtet. Damit soll ein wesentlicher Beitrag zur Verkürzung des Antragsverfahrens für Abhängigkeitserkrankte geleistet werden.

9.2.2 Wohnung

Für Drogenabhängige steht eine Reihe von Angeboten zur Verfügung, um eine bestehende Wohnungslosigkeit zu überbrücken. Einige statistische Zahlen hierzu finden sich in den Angaben der Bundesländer im Rahmen der Länderkurzberichte für das Bezugsjahr 2004 (Simon 2005). In 45 niedrighschwelligigen Einrichtungen stehen 632 Notschlafstellen speziell für diese Zielgruppe zur Verfügung. 277 Einrichtungen bieten 7.599 Plätze für betreutes Wohnen. Den Übergang zwischen stationärer Behandlung und einem vollständig eigenständigen Leben sollen Adaptationseinrichtungen erleichtern. Von diesen gibt es im ganzen Land 81, die insgesamt 983 Plätze für Suchtkranke zur Verfügung stellen (Simon 2005). Neuere Angaben liegen hierzu nicht vor.

9.2.3 Ausbildung

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Maßnahmen zur besseren Eingliederung schwer zu vermittelnder Arbeitsloser in das Erwerbsleben erprobt worden. Die Maßnahmen wurden zwar in der Regel nicht speziell für Menschen mit Substanzproblemen entwickelt, diese sind jedoch in der Zielgruppe dieser Aktivitäten häufig zu finden. Ein Teil der Ergebnisse wurde auch in die Novellierungen der Sozialgesetzbücher II, III und XII mit einbezogen.

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 keine Verbesserung der Lage ab.

9.2.4 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.

Bundesweit existierten 2004 51 Arbeitsprojekte oder Qualifizierungsmaßnahmen mit 711 Plätzen speziell für Drogenabhängige. Für alle Personen mit Suchtproblemen stehen insge-

samt 1.787 Plätze in 124 Einrichtungen zur Verfügung (Simon 2005). Neuere Daten liegen nicht vor.

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherung auf Bundesebene (Deutsche Rentenversicherung Bund)¹⁴ 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.

Spezielle Programme der Arbeitsverwaltung zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen betreffen nicht selten Personen mit Suchtproblemen. Die vorliegenden Statistiken weisen diese Teilgruppe jedoch in aller Regel nicht gesondert aus, so dass Maßnahmen und Ergebnisse für die Zielgruppe dieses Berichts nicht getrennt dargestellt werden können.

Weitere Aktivitäten wurden in Kapitel 9.2.1 und 9.2.2 beschrieben.

9.2.5 Soziale Hilfen und Unterstützung

Suchtkranke erhalten die gleichen Hilfen und Unterstützungsleistungen durch Staat, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherungen wie andere bedürftige Gruppen. Gesonderte Statistiken hierzu liegen nicht vor.

9.3 Prävention von Drogenkriminalität

9.3.1 Hilfen für Drogenkonsumenten im Gefängnis

Spritzenaustausch

Spritzenprogramme für i.v. konsumierende Gefängnisinsassen wurden in der Vergangenheit in verschiedenen Bundesländern entwickelt und evaluiert. Sie sind mit einer Ausnahme inzwischen alle wieder eingestellt worden.

Therapie im Gefängnis

Substitution im Gefängnis wird regional sehr unterschiedlich gehandhabt. In der Regel ist die Weiterführung einer Substitutionsbehandlung, die bereits vor Haftantritt bestand, in allen Bundesländern gewährleistet. Das Gleiche gilt für den Einsatz von Methadon zur Entzugsbehandlung. Ob mit einer Substitution im Gefängnis begonnen werden kann, ist im Rahmen der Landesvorgaben vom Anstaltsarzt zu entscheiden. Eine flächendeckende Versorgung mit diesen Angeboten findet sich jedoch nur in einigen Bundesländern. Zeitliche Befristungen auf 3-6 Monate sind weit verbreitet (Pollähne & Stöver 2005).

¹⁴ Am 01.10.2005 wurden BfA und LVAs gemeinsam in die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) überführt.

Eine Umfrage der DBDD bei den Landesjustizministerien, die im Auftrag der Arbeitsgruppe Suchthilfestatistik im Jahr 2005 stattfand, ermöglicht einen groben Überblick über den aktuellen Stand. In 6 der 10 Länder, zu denen Detailinformationen vorlagen, wird die Betreuung überwiegend durch externe Berater geleistet. Dabei handelt es sich in aller Regel um ambulante Beratungsstellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (NGOs). In vier Ländern werden externe und interne Berater eingesetzt.

Substitutionsbehandlung wird in erster Linie durch das interne medizinische Personal betreut (Simon & Tischer 2006). Schwerpunkte der Arbeit der Suchthilfe im Gefängnis sind neben Prävention vor allem die Motivation zur Entwöhnungsbehandlung, die Vermittlung in stationäre Entwöhnungseinrichtungen oder die Weiterbetreuung (Hessisches Sozialministerium 2006).

Therapie statt Strafe

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) 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 die 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 ab. Mittlerweile haben 11 Bundesländer einen Grenzwert von 6g als Grenzwert (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Weitere Details finden sich unter 1.2.2 (Seite 7).

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe diese Strafe bis zu zwei Jahre zurückgestellt werden, um dem Drogenabhängigen die Chance zu einer Behandlung zu geben („Therapie statt Strafe“, §35 BtMG).

Alternative juristische Maßnahmen zur Prävention von Drogendelikten

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.

9.3.2 Andere Interventionen zur Vermeidung von Drogenkriminalität

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. Auch der Einsatz von Frühinterventionsmaßnahmen innerhalb der selektiven Prävention wie das weit verbreitete Programm FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten), stellen eine Möglichkeit dar, zu intervenieren ohne gleich strafrechtlich aktiv werden zu müssen (vgl. Kapitel 3.3.2, ab Seite 41).

10 Drogenmarkt

10.1 Überblick

Verfügbarkeit und Versorgung

Die Einschätzung der Bevölkerung oder der Konsumenten hinsichtlich der Verfügbarkeit verschiedener illegaler Substanzen lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, dass eine Substanz innerhalb eines bestimmten Zeitraums „leicht“ oder „sehr leicht“ beschaffbar sei. Diese Angaben werden in Deutschland regelmäßig im Epidemiologischen Suchtsurvey (nicht in 2006), der Drogenaffinitätsstudie der BZgA sowie in einigen Schulumfragen erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten und an Flughäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben 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 des Bundeskriminalamtes durchgeführt.

Preise

Das Bundeskriminalamt errechnet für verschiedene Drogen seit 1975 auf der Grundlage von Zulieferungen durch die Landeskriminalämter einen Durchschnittspreis. Dabei werden neben Kleinmengen im Grammbereich auch Mengen ab einem Kilogramm betrachtet. Erstere geben eher die von den Konsumenten gezahlten Preise im Straßenhandel, letztere die für den Drogenhändler relevanten Großmarktpreise wieder. Es werden Mittelwerte angegeben, die auf den ermittelten Marktpreisen in den einzelnen Bundesländern basieren.

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 wenigen Sachverhalten Preise bekannt werden, so dass Zufallseffekte die Zahlen stark verändern können.

Reinheit

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienen Proben aus Drogenbeschlagnahmungen. Wegen der besseren Vergleichbarkeit werden die

Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die chemische Form der Base bezogen. Dies geschieht unabhängig davon, in welcher Form die Substanz in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als Richtwerte zu verstehen, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Da die Verteilung der Werte deutlich von der Normalverteilung abweicht, werden statt arithmetischer Mittelwerte Medianwerte angegeben.

Die Darstellungen basieren auf dem „Statistischen Auswerteprogramm Rauschgift (SAR)“ (Zerell et al. 2007) und der „Jahreskurzlage Rauschgift 2006“ (Bundeskriminalamt 2007a). Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1g), Kleinhandel (>1g bis <1.000g) und Großhandel (>=1.000g). 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

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Drogenmarkt aus zwei verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters.

10.2.1 Verfügbarkeit

Zur wahrgenommenen Verfügbarkeit von Drogen finden sich Angaben im REITOX-Bericht des Jahres 2005. Neuere epidemiologische Studien zur Verfügbarkeit liegen nicht vor.

10.2.2 Produktion, Vertriebsquellen und Versorgung

Für den deutschen Heroinmarkt stellt Südwestasien und dort vor allem Afghanistan die wichtigste Ursprungsregion dar. Der Transport nach Deutschland erfolgt vornehmlich über die Türkei und die verschiedenen Varianten der Balkanroute. Kokain wird größtenteils aus den Niederlanden und direkt aus Südamerika (Kolumbien, häufig über Brasilien, Peru, Venezuela und Argentinien, z.T. auch im Transit über die Inseln der Karibik) nach Deutschland geschmuggelt. Amphetamin kommt zumeist aus den Niederlanden, in weit geringerem Umfang aber auch aus Polen. Kristallines Methamphetamin („Crystal“) gelangt aus der Tschechischen Republik nach Deutschland, insbesondere nach Bayern, Sachsen und Thüringen.

Die Niederlande sind bedeutender Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestelltes Marihuana. Zudem hat sich inzwischen der Anbau von Cannabis in Indoor-Plantagen in Deutschland nahezu flächendeckend etabliert (Patzak et al. 2007a, b). Cannabis harz stammt häufig aus Marokko. Es wird unter anderem auf dem Landweg oder per Schiff nach Spanien und über die Niederlande nach Deutschland gebracht.

Die Bedeutung des Anbaus von Marihuana in Deutschland ist schwer abzuschätzen, da die Zahl der Sicherstellungen von Pflanzen stark schwankt. Ein klarer Trend ist nicht daraus abzulesen. Allerdings stellt die Kriminalpolizei insbesondere an der Grenze zu den Niederlanden einen vermehrten Anbau von Cannabis in so genannten Indoor-Großplantagen fest (Patzak et al. 2007a, b). Die Verschärfung der Strafverfolgung in den Niederlanden ist eine mögliche Ursache dieser Entwicklung.

10.3 Beschlagnahmungen von Betäubungsmitteln

Tabelle 25 gibt einen Überblick über die in den Jahren 2005 und 2006 in Deutschland sichergestellten Mengen illegaler Drogen.

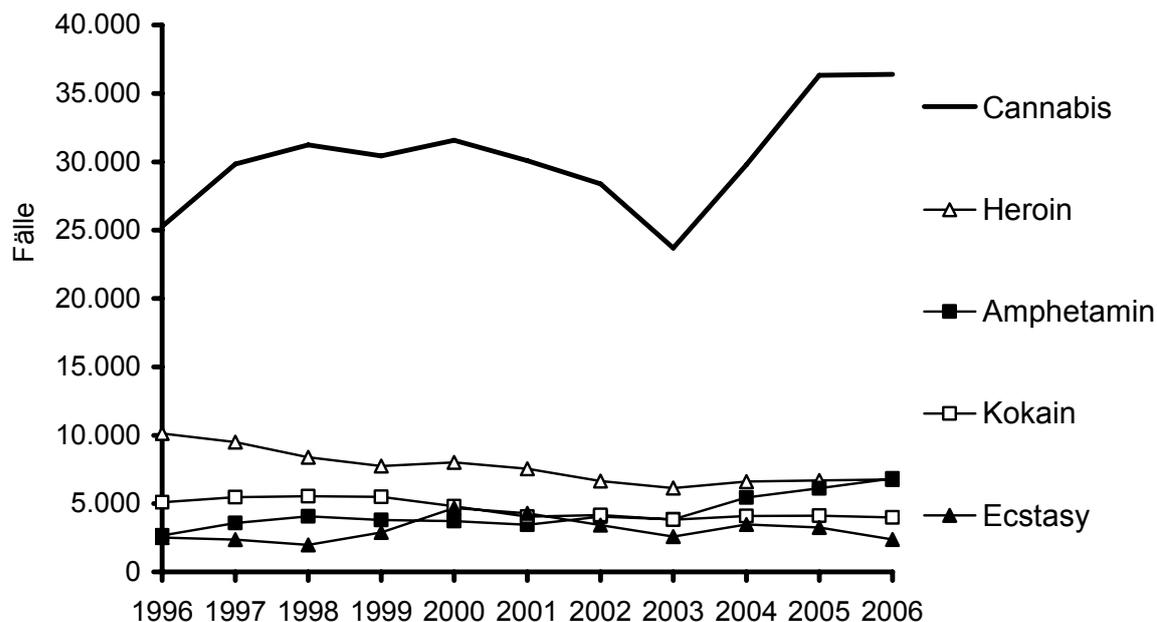
Tabelle 25. Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2005 und 2006

Substanz	2005	2006	Veränderung
Heroin	786,6 kg	878,9 kg	+11,7%
Kokain	1.078,9 kg	1.716,6 kg	+59,1%
Crack	5,6 kg	3,9 kg	-30,4%
Amphetamin	668,8 kg	723,2 kg	+8,1%
Ecstasy	1.588.908 KE	1.082.820 KE	-31,9%
Haschisch	3.637,5 kg	5.606,1 kg	+54,1%
Marihuana	3.013,7 kg	2.954,1 kg	-2,0%
LSD	16.558 Tr.	12.488 Tr.	-24,6%
Khat	14.321,6 kg	15.985,1 kg	+11,6%
Pilze	85,5 kg	99,7 kg	+16,6%

Bundeskriminalamt 2007a.

Während die Beschlagnahmungsmengen von Pilzen, Heroin, Khat und Amphetamin gestiegen sind, lagen die sichergestellten Mengen für Ecstasy und Crack deutlich niedriger als im Vorjahr. Marihuana weist praktisch keine Veränderung auf, die Mengen bei Kokain und Haschisch sind deutlich angestiegen.

Da die jährlichen Sicherstellungsmengen durch große Einzelbeschlagnahmungen stark schwanken können, wird auch die Zahl der Sicherstellungen untersucht. Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle in Bezug auf die wichtigsten oben genannten Drogen ist 2006 gegenüber dem Vorjahr praktisch stabil geblieben. Erwähnenswerte Zunahmen gegenüber dem Vorjahr zeigen sich nur bei Crack (+19,2%) und Amphetamin (+11,7%), Rückgänge zeigen sich bei Ecstasy (-26%) und LSD (-10%). Langfristig zeigt die Grafik eine Zunahme bei der Zahl der Beschlagnahmungen von Cannabis und Amphetamin, während die Werte für Heroin eher rückläufig sind. Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy sinkt während der letzten drei Jahre kontinuierlich, im selben Zeitraum variieren die Sicherstellungsfälle von Kokain nur wenig. Insgesamt erfolgten im Jahr 2006 56.551 Beschlagnahmungen. Damit hat sich die Gesamtfallzahl gegenüber dem Vorjahr praktisch nicht verändert (2005: 56.711 Fälle) (Bundeskriminalamt 2007a) (Abbildung 15).



Bundeskriminalamt 2007a.

Abbildung 15. Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2006

Bei der Betrachtung der beschlagnahmten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 deutliche Zunahmen für Amphetamine. Im Vergleich zu 2003 gilt das auch für Pilze und Khat, die vorher nicht erfasst wurden, wobei sich die Fallzahl für beide Substanzen zwischen 2005 und 2006 praktisch nicht verändert hat. Die Zahl der Sicherstellungen und die sichergestellten Mengen für Ecstasy sind rückläufig, die Fallzahlen für Heroin und Kokain unterscheiden sich trotz der Zuwächse bei den sichergestellten Mengen nur wenig und sind im Vergleich zu 2000 eher rückläufig. Bei Cannabis zeigte sich im letzten Jahr ebenfalls keine Veränderung bei den Fallzahlen (Tabelle 26).

Tabelle 26. Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000

	2006 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Cannabis	Pilze	Khat
Zahl	2005	+1%	-3%	+12%	-26%	0%	-1%	-2%
Menge	2005	+12%	+59%	+8%	-32%	+29%	+225%	+139%
Zahl	2000	-16%	-18%	+84%	-49%	+15%	--	--
Menge	2000	+10%	+88%	+167%	-34%	-41%	--	--

Hinweis: Zuwächse >10% durch Rahmen, Abnahmen >10% durch Schattierung gekennzeichnet.
Bundeskriminalamt 2007a.

Im Jahr 2006 wurde mit rund 190.000 Cannabispflanzen die seit 1999 größte Zahl von Pflanzen beschlagnahmt, nachdem bereits 2005 die bis dahin größte Menge mit rund 94.000 Pflanzen sichergestellt wurde. In den Sicherstellungszahlen von 2006 sind allerdings ca. 75.000 Pflanzen enthalten, die aus einer Aussaat von 5 kg Hanfsamen resultierten und bei

denen es sich um so genannten Nutzhanf gehandelt haben dürfte. Gegenüber 2005 hat sich die Zahl mehr als verdoppelt, die Zahl der Fälle um 8,3% erhöht (Tabelle 27).

Tabelle 27. Sicherstellung von Cannabispflanzen

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Menge in Stück	81.097	168.833	25.277	68.698	29.352	35.863	68.133	93.936	190.241
Fälle	1.661	1.254	1.048	785	887	750	1.008	1.035	1.121

Bundeskriminalamt 2007a.

Erstmals wurden bei den Beschlagnahmungen die Fälle im Zusammenhang mit in freie Base umgewandeltem Methamphetamin („Crystal“) (als Teilmenge der Angaben für Amphetamin) getrennt ausgewiesen. Demnach wurden 2006 bei 416 Sicherstellungsfällen insgesamt 10,7 kg „Crystal“ sichergestellt.

Im Jahr 2006 wurde kein einziges Labor¹⁵ zur Herstellung von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB, „Liquid Ecstasy“) sichergestellt. Damit gibt es weiterhin keine Hinweise auf eine deutliche Zunahme dieser Substanz in Deutschland. Mit der Aushebung von 6 Laboren zur Herstellung von ATS (Amphetamine-Type-Stimulancies) gab es diesbezüglich keine Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr.

Die Übersicht zu den aktuellen Beschlagnahmungen findet sich in Standardtabelle 13.

10.4 Preis und Reinheit der Drogen

10.4.1 Preis

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2005 bis 2006 nur wenig geändert. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana wie bereits im Vorjahr erneut gestiegen und auch der Preis auf Ebene des Straßenhandels ist im Vergleich zum Vorjahr um fast 14% gestiegen. Nach einem leichten Preisrückgang im Vorjahr ist Heroin 2006 auf Straßenebene um etwa 5% teurer als im Vorjahr. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu einem Rückgang des Heroinpreises auf Großhandelsebene um über 20%. Auch die Straßenpreise für Amphetamin und Cannabisarz (die ebenfalls zuvor leicht zurückgegangen waren), sind im Vergleich zu 2005 gestiegen. Praktisch keine Änderungen ergaben sich für Kokain (Tabelle 28).

Die Übersicht der aktuellen Zahlen zu Drogenpreisen findet sich in Standardtabelle 16.

¹⁵ Dabei ist allerdings die Begrifflichkeit "GHB-Labor" als Abgrenzung zur "GHB-Küche" zu beachten, die in der FDR analog zu Crack-Küchen nicht erfasst werden. Für die Definition des Begriffes „Labor“ vgl. Jahreskurzlage RG 2005 des BKA

Tabelle 28. Preise verschiedener Drogen 2003 bis 2006 (alle Preise in €)

Preis pro Gramm (Kleinmengen) / Kilogramm (Großmengen)	Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphetamine	Marihuana	Cannabis	LSD
Kleinmenge 2006	36,7	59,1	55,0	6,6	12,9	8,2	6,4	8,6
Kleinmenge 2005	35,0	60,5	--	--	11,9	7,2	6,0	8,5
Änderung 2006 vs. 2005	+4,9%	-2,3%	--	--	+8,4%	+13,9%	+6,7%	+1,2%
Änderung 2005 vs. 2004	-11,4%	2,7%	--	--	-1,7%	0,0%	-1,6%	-16,7%
Großmengen 2006	17.938	36.120	--	1.942	4.109	3.739	2.377	--
Großmengen 2005	22.992	36.007	--	1.908	4.258	3.487	2.358	--
Änderung 2006 vs. 2005	-22,0%	+0,3%	--	+1,8%	-3,5%	+7,2%	+0,8%	--
Änderung 2005 vs. 2004	+11,0%	+1,1%	--	-14,0%	-20,4%	+5,2%	+5,0%	--

Bundeskriminalamt, persönliche Mitteilung.

10.4.2 Reinheit

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Ecstasy, Heroin und Kokain ist das „Statistische Auswertungsprogramm Rauschgift (SAR)“ (Zerell et al. 2007).

Tabelle 29 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 1996. Mit gewissen Schwankungen ist der Wirkstoffgehalt von Amphetamin und von Kokain im Straßenhandel in der gleichen Zeit kontinuierlich gesunken. Der Wirkstoffgehalt von Heroin ist im Straßenhandel gestiegen, im Großhandel aber mit starken Schwankungen eher stabil geblieben.

Die aktuellen Werte finden sich in der Übersicht in Standardtabelle 15 und 16.

Tabelle 29. Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003 (Median) in Prozent

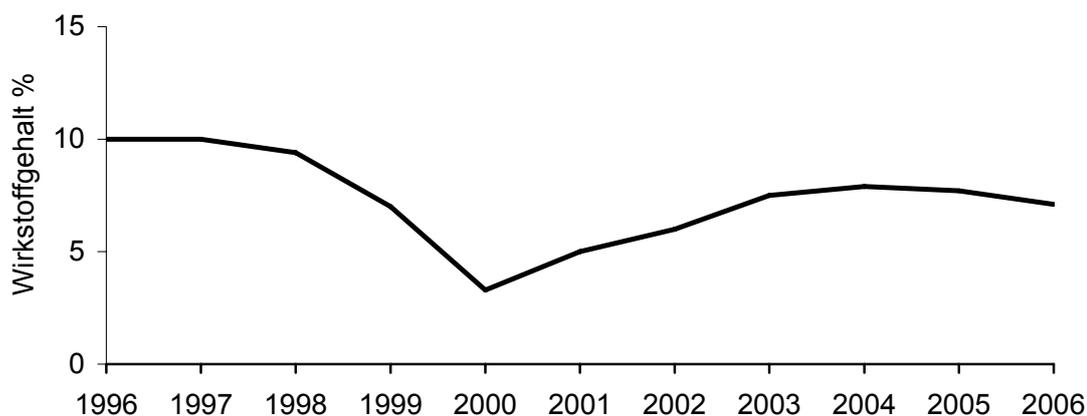
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amphetamin	10,0	10,0	9,4	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7	7,1
Kokain Straßenhandel	46,8	50,7	40,2	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2	24,6
Kokain Großhandel	77,3	79,4	74,3	69,1	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8	72,2
Heroin Straßenhandel	13,4	9,0	9,0	9,4	11,1	12,0	9,9	17,0	19,9	15,0	15,6
Heroin Großhandel	46,4	31,9	20	29,2	35,1	45,8	27	7,3	48,8	36,5	38,1

Zerell et al. 2007.

Amphetamin

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 2.362 (2005: 2.047) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet, der im Mittel bei 7,1% lag. Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetamin nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert.

Die häufigsten Zusatzstoffe bei 2.087 ausgewerteten Proben war Coffein (71%), bei den Verschnittstoffen wurden Lactose (54%), Kreatin (8,4%), 1-Phenylethylamin (7,4%), Glucose (5,5%), Mannit (2,5%), Saccharose (1,6%), Stärke/Mehl (1,5%), Kreatinin (1,3%) und Sorbit (1,0%) gefunden (Abbildung 16).



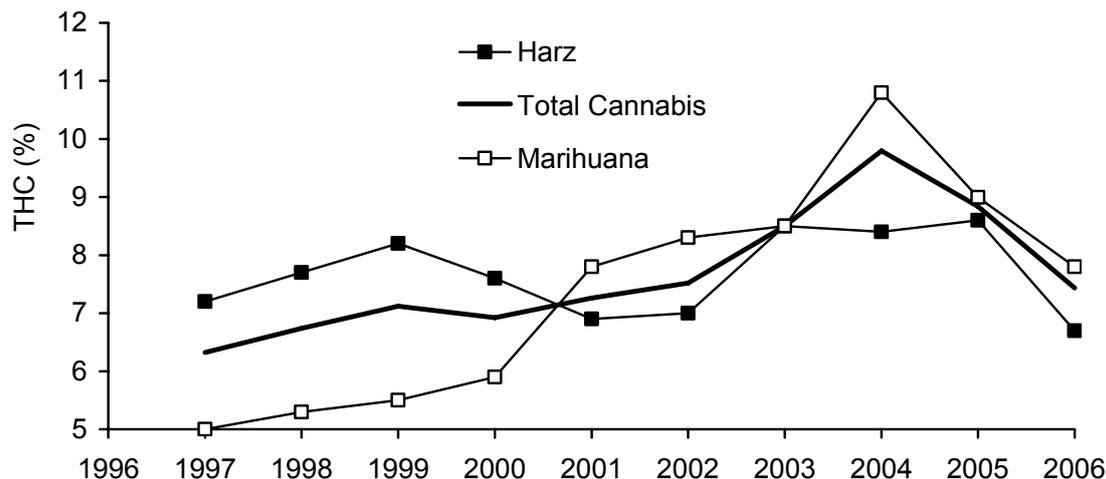
Zerell et al. 2007.

Abbildung 16. Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 - 2006

Cannabis

Die Wirkstoffgehalte¹⁶ werden für jede Cannabiszubereitung getrennt erfasst und ausgewertet. Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgte 2006 auf der Basis der Beschlagnahmungen von 2.183 Proben Marihuana, 4.467 Proben mit Blütenständen und 3.679 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Wie bereits im Vorjahr, zeigt sich auch von 2005 nach 2006 erneut ein Rückgang des mittleren THC-Gehalts, der sowohl auf den rückläufigen mittleren Wirkstoffgehalt von Cannabis harz als auch von Marihuana zurückzuführen ist (Abbildung 17). Ein Teil des Rückgangs bei Marihuana erklärt sich aus der Tatsache, dass 2006 alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabis kraut und Blütenständen gemeldet haben, die mit 10,6% einen höheren Wirkstoffgehalt aufweisen als das Cannabis kraut. Im Jahr 2005 haben bereits 86% der teilnehmenden Labore separate Daten geliefert, so dass der Rückgang des mittleren Wirkstoffgehaltes seit 2005 auch als Folge dieser differenzierten Betrachtung gesehen werden muss. Im Vergleich mit den Angaben von 1997 zeigen sich sowohl für Cannabis harz als auch Marihuana nur geringe Veränderungen.

¹⁶ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.



Zerell et al. 2007.

Abbildung 17. THC-Gehalt von Marihuana und Cannabisharz 1997-2006

Ecstasy

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 795.657 Tabletten und Kapseln untersucht. Davon waren 98,4% (2005: 93,3%) Monopräparate, während bei 1,6% (2005: 6,7%) zwei oder drei Suchstoffe festgestellt wurden. Der Anteil der Mischpräparate hat sich damit gegenüber 2005 verringert und nähert sich wieder dem Ausgangswert des Jahres 2002 (0,4%) an.

Von den untersuchten Monopräparaten enthielten 98,5% (2004: 93,6%) MDMA. Die verbleibenden 1,5% enthielten Amphetamin, MDA und/oder MDE. Die Wirkstoffmengen werden in Tabelle 30 dargestellt.

Bei den gemeldeten Kombinationspräparaten handelte es sich um Mischungen von MDMA/MDE (50,4% der gemeldeten Kombinationspräparate), MDMA/Amphetamin (37,6%), MDMA/MDE (6,3%), MDMA/Metamphetamin (3,6%). In <1% der Fälle handelte es sich um Kombinationen aus MDMA/MDE/Metamphetamin, MDMA/Amphetamin/Metamphetamin, MDMA/MDA/MDE, MDMA/MDE/Amphetamin und Amphetamin/Metamphetamin - die am häufigsten gemeldeten MDMA/MDE-Zubereitungen enthielten im Mittel 31 mg MDMA und 9 mg MDE pro Einheit (Tabelle 30).

Im Mittel war der Gehalt an MDA und MDE von 2002 bis 2005 durchgängig rückläufig. Nachdem der Wirkstoffgehalt an MDMA zwischen 2003-2005 mit leichten Schwankungen um 60 mg relativ stabil war, ist 2006 auch hier ein Rückgang zu verzeichnen.

Tabelle 30. Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel

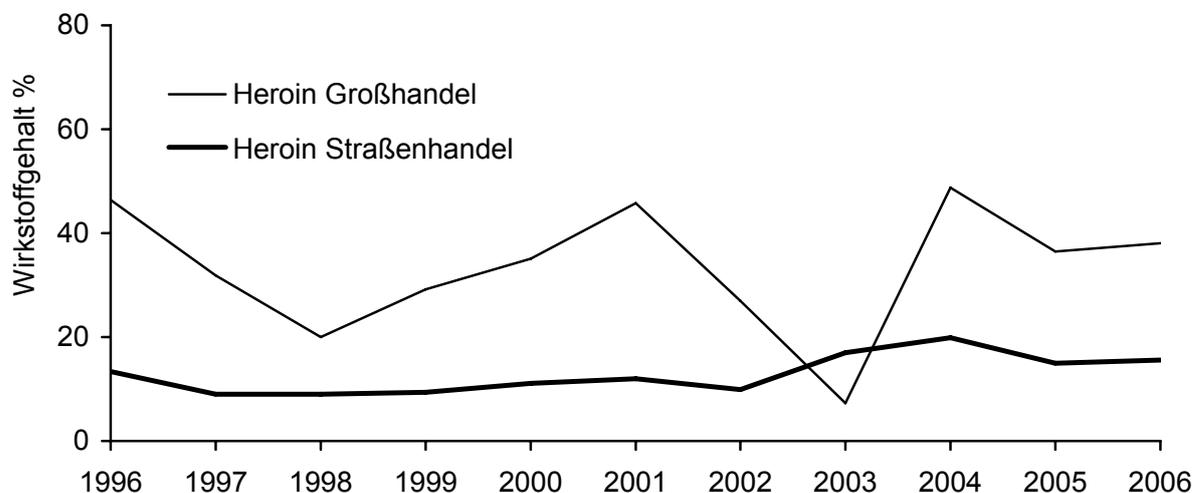
Wirkstoff	Menge				Median			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
MDA	20	15-57	13-47	0,6-30	20	40	22	17
MDE	39 – 62	59-65	1-50	11*	56	62	11	11*
2-C-I	--	10	--	--	--	10	--	--
MDMA	0,3 – 260	3-205	1-441	0,8-141	63	60	57	48
Amphetamin	2 – 24	4-207	1-45	0,6-51	7	8	14	15
Methamphetamin	17 – 21	20-21	5-14	--	17	21	10	--

* lediglich eine Sicherstellung.
 Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.
 Zerell et al. 2007.

Heroin

Für 2006 wurden 5.227 (2005: 4.283) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet. Während die Reinheit der Beschlagnahmungen aus dem Großhandel über die Jahre zwischen 20% (Ausnahme 2003: 7,3%) und fast 50% deutlich schwanken (2006: 38,1%), ist der Wirkstoffgehalt im Straßenhandel im Mittel recht stabil und lag im Jahr 2006 bei 15,6% (Abbildung 18).

Als Zusätze in 4.732 Proben fanden sich vor allem Coffein (99%), Paracetamol (98%) und Griseofulvin (3,8%), bei den Verschnittstoffen fand sich vor allem Lactose (2,9%).



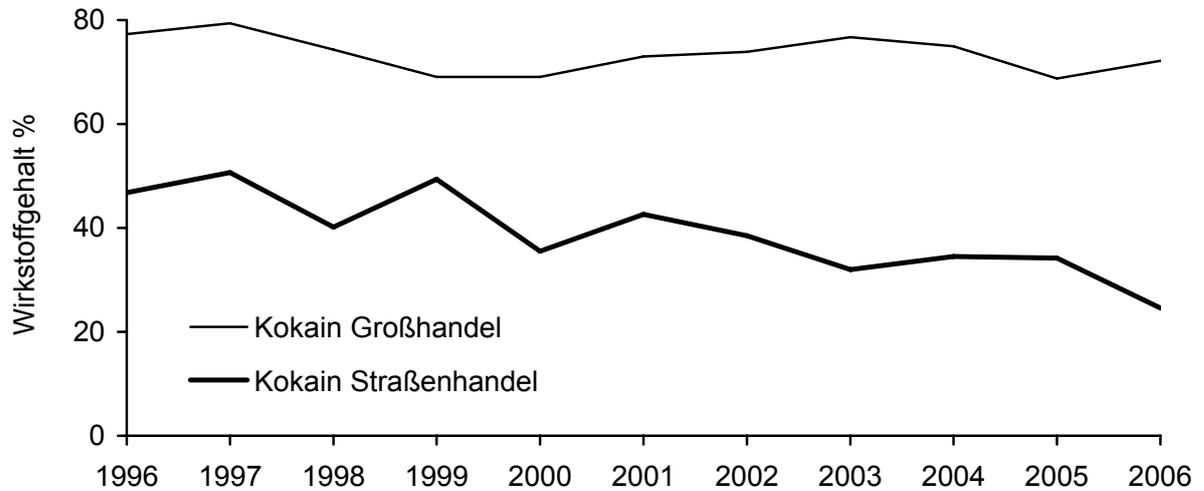
Zerell et al. 2007.

Abbildung 18. Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2006

Kokain

Im Jahr 2006 wurden 3.770 Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt, wobei sich lediglich 154 Meldungen (4% der Proben) auf Zubereitungen beziehen, in denen der Wirkstoff als Base vorlag. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Im Jahr 2006

lag der Median mit 24,6% jedoch deutlich niedriger und weist den niedrigsten Wert seit 1997 auf. Bei Großmengen variiert der Wirkstoffgehalt seit 1996 nur geringfügig (Abbildung 19).



Zerell et al. 2007.

Abbildung 19. Wirkstoffgehalt von Kokain 1996-2006

Bei den Zusätzen wurde in 3.043 Proben Phenacetin (40%), Lidocain (28%), Diltiazem (9,8%), Coffein (7,9%), Procain (5,4%), Hydroxyzin (2,5%), Tetramisol (2,1%), Benzocain (1,2%) und Amphetamin (1,1%) festgestellt. Bei den Verschnittstoffen fanden sich Lactose (30%), Inosit (25%), Mannit (9,6%), Glucose (6,6%), Natriumhydrogencarbonat (1,5%) und Saccharose (1,2%) am häufigsten.

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Öffentliche Ausgaben

11.1 Einleitung

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich systematisch mit gesundheitsökonomischen Aspekten von Suchterkrankungen beschäftigt haben. In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit von Prieto (2007) werden basierend auf der Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus zwei bedeutenden Literaturübersichten neueren Datums auch auf europäischer Ebene erhebliche Lücken in der gesundheitsökonomischen Forschung von Suchttherapien identifiziert.

Dies ist angesichts der Menge der insgesamt zum Thema Sucht erscheinenden Publikationen und der Höhe der in diesem Bereich aufgewendeten Mittel (nicht nur durch die öffentliche Hand) erstaunlich. Darüber hinaus befasst sich die Mehrheit der zu diesem Thema vorliegenden Studien überwiegend mit den Kosten (volkswirtschaftlich, Versorgung, sozial) von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Studien, die sich mit gesundheitsökonomischen Aspekten des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von illegalen Substanzen befasst haben, sind nur vereinzelt zu finden. Auch die im Rahmen des Förderschwerpunktes Sucht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierten Forschungsverbände, in deren Rahmen - wenn auch in sehr umschriebenen Maße - gesundheitsökonomische Forschungsarbeiten finanziert werden, befassen sich fast ausschließlich mit den Kosten alkoholinduzierter Störungen.

Die überwiegende Mehrheit der überhaupt zur Verfügung stehenden Arbeiten zu diesem Themenkomplex beschränkt sich auf die Sekundäranalyse bereits vorhandener Daten. Ein grundlegendes Problem aller systematischen Analysen zur Schätzung von Kosten im deutschen Gesundheitswesen stellt dabei die stark fragmentierte Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik dar. Die für Sekundäranalysen verfügbaren Daten sind auf eine Vielzahl von Institutionen und Datenhaltern verteilt und unterliegen zum Teil erheblichen datenschutzrechtlichen Auflagen.

Diese Fragmentierung ist darüber hinaus mit erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der verfügbaren Informationen und daraus resultierenden Problemen bei der Interpretation der Ergebnisse verbunden. Eine weitere Einschränkung bei der Betrachtung von Sekundärdaten, die z.B. von Organen der Gesundheitsberichterstattung (Statistische Landes- und Bundesämter) veröffentlicht werden, stellt darüber hinaus die Tatsache dar, dass in diesen Darstellungen in der Regel nicht zwischen legalen und illegalen Substanzen unterschieden wird, sondern Gesamtschätzungen für alle psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19, ICD10) angegeben werden. Darüber hinaus beruhen diese globalen Angaben in der Regel auf hoch aggregierten Informationen aus verschiedenen Datenquellen und sind daher mit erheblichen Limitationen hinsichtlich ihrer Interpretierbarkeit verbunden (Salize et al. 2006). Aufgrund des weitgehenden Mangels alternativer Daten stellen diese Sekundärdaten jedoch häufig die einzigen überhaupt verfügbaren Informationen dar und werden weiter unten dargestellt.

Eine fallbezogene Zusammenführung von Informationen bzw. Daten aus verschiedenen Quellen ist - wenn überhaupt - nach gegenwärtigem Stand nur im Rahmen umschriebener Forschungsprojekte möglich. Dies löst das Problem der fehlenden Vergleichbarkeit und der nicht existierenden Konventionen, welche Daten aus welchen Quellen überhaupt bei Kostenschätzungen Berücksichtigung finden müssen, aber nicht. In einem kürzlich erschienenen Beitrag kommt Uhl (2006) zu dem Schluss, dass es sich bei Resultaten zu Berechnungen der Kosten des Substanzmissbrauchs in der Tradition des „Krankheitskostenansatzes“ um *„logisch inkonsistente und sachlich nicht rechtfertigbare Scheinquantifizierungen handelt“*. Auch Uhl weist auf die international höchst heterogene Verwendung von Begriffen, Definitionen und Methoden hin, die die Vergleichbarkeit der vorgelegten Ergebnisse erheblich einschränkt¹⁷.

Selbst bei der in diesem ausgewählten Kapitel vorgesehenen ausschließlichen Betrachtung „direkter Kosten“, die die über die bereits skizzierte Problematik hinausgehenden spezifischen Probleme z.B. intangibler und indirekter Kosten (z.B. Fehlen einer gemeinsamen Skala zur Messung eines möglichen entgangenen nicht-monetären Nutzens) vermeidet, stellt sich unter anderem das Problem, dass man grundsätzlich die relevanten Probleme (Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Substanzen) nicht unmittelbar betrachtet, sondern die Höhe der Ausgaben, die z.B. zur Prävention und zur Reduktion der Auswirkungen des Problems aufgewendet werden (Uhl 2004). Es stellt sich die Frage, ob es trotz wiederholter Bemühungen zur Standardisierung von Begrifflichkeiten und Erhebungsverfahren (z.B. Single et al. 1996, 2001) gelingen wird, ausschließlich auf Ergebnissen von Kostenschätzungen basierende relevante und sinnvolle Grundlagen für die Entwicklung von Handlungsstrategien zu entwickeln (Uhl 2003).

Finanzierung und Aufgabenverteilung im föderalen System

Hintergrund der Finanzierung sind die föderale Struktur Deutschlands (siehe Kapitel 1.1.1) 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. Angaben zu den finanziellen Mitteln, die die Länder und Kommunen für Drogen- oder Suchtprobleme aufbringen, werden wegen eingeschränkter Vergleichbarkeit derzeit nicht bundesweit erhoben und zusammengefasst. Die nachfolgend dargestellten Mittel können deshalb in keinem Falle auch nur annähernd vollständig über die eingesetzten Gesamtmittel im Umgang mit der Drogenproblematik Auskunft geben.

Abbildung 20 illustriert (wenn auch vereinfacht) die Komplexität der deutschen Finanzierungssituation. Insbesondere das System der Suchthilfe ist in verschiedene Aufgabenberei-

¹⁷ Anhand des Problems „Kriminalität durch Substanzmissbrauch“, das insbesondere bei Kostenschätzungen aufgrund des Missbrauchs und der Abhängigkeit von illegalen Substanzen eine Rolle spielt, weist Uhl (2006) darauf hin, dass es darüber hinaus höchst problematisch ist, Daten aus verschiedenen Betrachtungsperspektiven miteinander zu einer aggregierten Größe zu vermischen: So stellen die in diesem Zusammenhang häufig ins Feld geführten Kosten (z.B. aufgrund eines Diebstahls) zwar für den einzelnen Betroffenen einen Verlust dar, der sich jedoch durch den entsprechenden Gewinn durch die Beute auf Seiten des Verursachers auf übergeordneter Betrachtungsebene (Gesellschaft) im Prinzip ausgleicht.

che und Akteure ausdifferenziert. Zahlreiche Aufgabenbereiche sind dabei in unterschiedlichem Maße zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt.

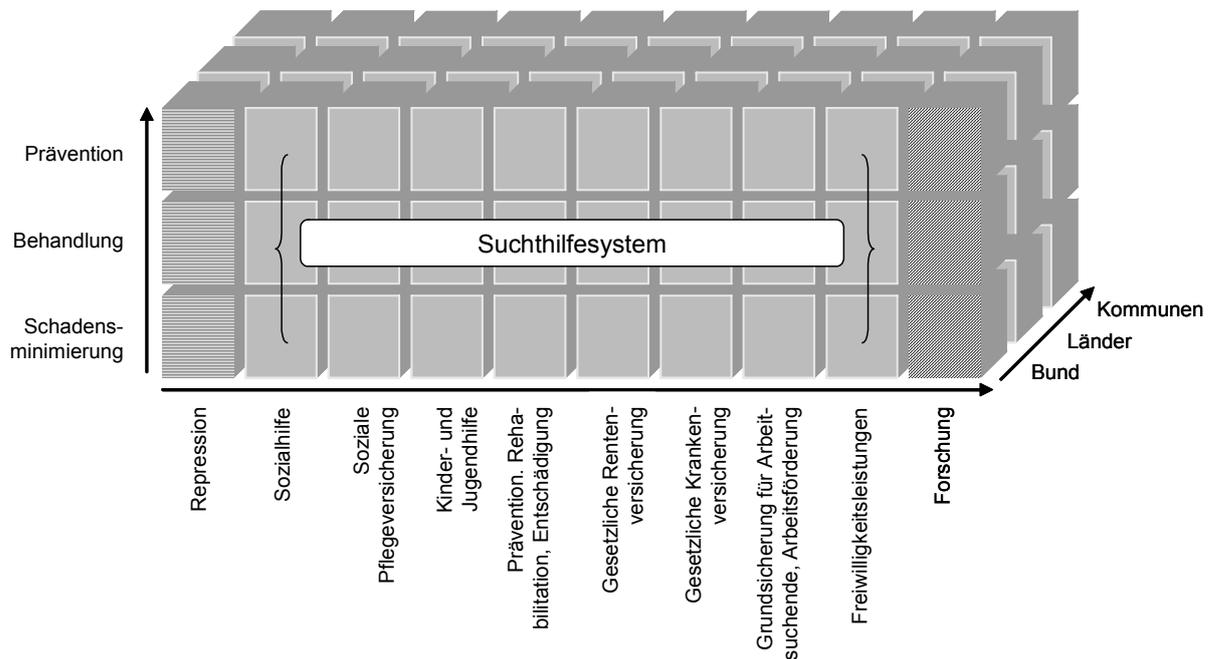


Abbildung 20. Matrix zur Identifikation relevanter Kostenbereiche

Die Verantwortung für Fragen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt in der Verantwortung der 16 einzelnen Bundesländer (oder sogar auf kommunaler Ebene). Das heißt, dass Informationen jeweils von mindestens 16 beteiligten Bundesländern einzeln zur Verfügung gestellt und gegebenenfalls um weitergehende Daten ergänzt werden müssen. Aufgrund der im Versorgungssystem meist keine Rolle spielenden Differenzierung zwischen einzelnen Substanzen, finden sich entsprechende Detailinformation in den Haushalten der Bundesländer in der Regel nicht.

Auch im Bereich der Repression ist z.B. bezogen auf die Arbeit der Polizei eine exakte Berechnung des Anteils der drogenbezogenen Aktivitäten im Verhältnis zu sonstigen Aufgaben auf operativer Ebene praktisch nicht möglich. So dürfte es im Einzelfall praktisch unmöglich sein, eine valide Schätzung für den Zeitaufwand einzelner Polizeibeamter, die nicht im Rahmen spezialisierter Referate tätig sind, für die Verbrechensbekämpfung im Umfeld illegaler Drogen abzugeben.

Tabelle 31 vermittelt einen Eindruck von den unterschiedlichen Finanzierungswegen der Sucht- und Drogenhilfe sowie Prävention und Repression in Deutschland.

Tabelle 31. Finanzierung der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland durch die öffentliche Hand (Beispiele)

Säule	Akteur				
	Bund	Länder	Kommunen	Rentenversicherung	Krankenversicherung
Prävention	BZgA BMG BMFSFJ BMELV	Sozialministerien (Beauftragte für Suchtprophylaxe) Innenministerien (Polizei) Kultusministerien (Suchtpräventionslehrer; -unterricht)		Leistungen zur Teilhabe (§ 31 SGB VI)	Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
Beratung, Behandlung, Nachsorge	Modellprojekte	Sozialministerien (begl. Substitution)	Amb. Suchtberatung Betreutes Wohnen Eingliederungshilfe Gefährdetenhilfe Sozialpsychiatrische Dienste Medizinische Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation Nachsorgepauschalen	Niedergelassene Ärzte Krankenhäuser Psychiatrie Medizinische Rehabilitation
Schadensminimierung, Überlebenshilfe			Heroinambulanzen Drogenkonsumräume Kontaktläden Notfallwohnen		Ärztliche Versorgung
Repression	AA BMAS BMF BMI BMJ	Justizministerien Innenministerien Finanzministerien			
Forschung	BMBF BMG			Modellprojekte	Modellprojekte
Internationaler Austausch	AA BMG DB BMI				
Sonstiges	DB	Landessuchtbeauftragte			

AA: Auswärtiges Amt; BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung; BMELV: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; BMF: Bundesministerium für Finanzen; BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; BMG: Bundesministerium für Gesundheit; BMI: Bundesministerium des Innern; BMJ: Bundesministerium der Justiz; BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; DB: Drogenbeauftragte der Bundesregierung; SGB: Sozialgesetzbuch.

Es wird deutlich, dass allein die Identifikation der aufgewendeten Kosten (noch vor der Berechnung spezifischer Anteile für legale oder illegale Substanzen) mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Einige dieser Bereiche überlappen sich (d.h. die Betroffenen erhalten parallele Leistungen, die von unterschiedlichen Akteuren finanziert werden), andere schließen sich aus. Besonders schwierig ist vermutlich auch die Identifikation suchtspezifischer Kosten in den Querschnittsbereichen Polizei und Justiz.

Auch wenn diese Überlegungen bereits den hier nicht primär gegenständlichen Bereich der „nicht gekennzeichneten“ direkten Kosten berühren, sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass vermutlich insbesondere dieser Kostentyp der „nicht gekennzeichneten“ direkten Kosten einen erheblichen Teil einer umfassenden Gesamtkostenschätzung ausmachen würde. Es stellt sich daher die Frage nach der Aussagekraft der Zusammenstellung ausschließlich „gekennzeichneter“ direkter Kosten.

11.2 Angaben zu gekennzeichneten Kosten

11.2.1 Bundshaushalt

Nachfolgend wird lediglich das Budget aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit differenzierter dargestellt, das sich vor allem mit der nationalen Außenvertretung und der Rahmengesetzgebung beschäftigt. Aufgrund der ausdifferenzierten Aufgabenbereiche können auch in den Budgets zahlreicher anderer Bundesministerien Ausgaben vermutet werden, die auch im Zusammenhang mit der Suchtproblematik stehen. Dazu gehören z.B. das Auswärtige Amt (z.B. Aktivitäten in Erzeugerländern), das Bundesministerium des Innern (z.B. Bundeskriminalamt), das Bundesministerium für Finanzen (z.B. Zollwesen), das Bundesministerium der Justiz (z.B. Bundesgerichte), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (z.B. Finanzierung der Suchtforschungsverbände) sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (z.B. Präventionsprogramme). Ein zusammenfassender Überblick existiert gegenwärtig nicht.

Laut Bundshaushalt lagen die Aufwendungen des Bundesministeriums für Gesundheit für „Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ im Jahr 2006 bei 14,2 Mio. € (2005: 14,1 Mio. €). Bei der Verteilung der Mittel standen für Aufklärungsmaßnahmen 6,7 Mio. € (2005: 6,7 Mio. €), für Zuschüsse an zentrale Einrichtungen 1,0 Mio. € (2005: 1,0 Mio. €) und für die Förderung des nationalen Informationsknotens 662 Tsd. € (2005: 662 Tsd. €) zur Verfügung. Modellmaßnahmen wurden mit 4,5 Mio. € (2005: 4,5 Mio. €) und Forschungs- und Entwicklungsausgaben wie bereits im Vorjahr mit 1,0 Mio. € gefördert. Hinzu kommen die Ausgaben für die Fachreferate des Bundesministeriums für Gesundheit und die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Die Gesamtkosten dieser Einrichtungen unter Berücksichtigung sämtlicher Personal- und Sachmittel sind im Haushalt aber nicht gesondert ausgewiesen.

11.2.2 Gesetzliche Rentenversicherung

Die ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ werden durch Leistungen der Rentenversicherung finanziert. Im Jahre 2005 sind

die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2005) für Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (insgesamt) mit 494,0 Mio. € weiterhin (um etwa 6%) gesunken und erneut unter den Vorjahreswerten geblieben (2004: 524,6 Mio. €; 2003: 527,0 Mio. €). Es zeigen sich rückläufige bis stabile Budgets für stationäre Leistungen (2005: 390,6 Mio. €; 2004: 409,6 Mio. €; 2003: 415,2 Mio. €), Übergangsgeld (2005: 62,7 Mio. €; 2004: 77,1 Mio. €; 2003: 78,8 Mio. €) und sonstige Leistungen (2005: 10,6 Mio. €; 2004: 11,0 Mio. €; 2003: 10,8 Mio. €). Die Finanzierung ambulanter Leistungen hat sich im Gegensatz dazu um rund 12% weiter erhöht (2005: 30,0 Mio. € 2004: 26,9 Mio. €; 2003: 22,2 Mio. €).

Der Anteil von Drogen- und Medikamentenabhängigen an der Gesamtheit der Patienten, die wegen Suchtproblemen (d.h. v.a. im Zusammenhang mit Alkohol) insgesamt in Rehabilitations-Maßnahmen waren, betrug 2005 28,2% (2004: 26,6%). Schätzt man aus diesem Anteil das Budget für diese Personengruppe, so ergibt sich ein im Vergleich zum Vorjahr identischer Betrag von etwa 139,4 Mio. € (2004: 139,5 Mio. €).

Neben diesen Leistungen, die personenbezogen für die Behandlung von Suchtkranken zur Verfügung gestellt werden, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr auch die regionale Suchtselbsthilfe direkt mit 826 Tsd. € gefördert. Daneben erhielten die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Zuwendungen in Höhe von 1,4 Mio. €, die für die fachliche und organisatorische Unterstützung von Nachsorge und Selbsthilfe eingesetzt wurden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

11.2.3 Deutsche Suchthilfestatistik

Angaben aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erlauben einen Überblick über die Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Auch wenn nur weniger als die Hälfte (46,2%) der an der DSHS beteiligten Einrichtungen Angaben zu ihrem individuellen Budget geliefert hat, ergeben sich Hinweise auf die Finanzierungsstrukturen, die einen Überblick über die Art und Zusammensetzung der zur Verfügung stehenden Mittel erlauben. Die Arbeit der ambulanten Suchtberatungsstellen wird nach wie vor weitgehend (zu fast drei Vierteln) durch Kommunen und Bundesländer finanziert. Im Vergleich zum Vorjahr gab es praktisch keine Veränderungen. Das Budget setzte sich 2006 wie folgt zusammen: Kommunen 52,8% (2005: 54,2%), Landesmittel 21,1% (2005: 21,6%), Bundesmittel 0,2% (2005: 0,1%; nur Modellprogramme), Rentenversicherungsträger 7,1% (2005: 7,2%), Krankenkassen 1,1% (2005: 1,2%), Kostenbeiträge der Klienten 1,1% (2005: 1,2%), Arbeitsverwaltung 0,9% (2005: 0,7%), Eigenmittel der Verbände 5,9% (2005: 8,0%) und diverse sonstige Mittel 9,7% (2005: 8,4%) (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a).

11.2.4 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankheitskosten 2004

Vom Statistischen Bundesamt wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2006 ein auf den Daten von 2004 beruhender umfangreicher Bericht zu den Ausgaben und Krankheitskosten in Deutschland vorgelegt¹⁸. Die Gesundheitsausgaben-

¹⁸ Alle Daten sind online unter www.gbe-bund.de verfügbar und stehen für Auswertungen zur Verfügung.

rechnung liefert dabei differenzierte Daten zu den Trägern der Ausgaben sowie zur Verwendung der Mittel nach Leistungen und Leistung erbringenden Einrichtungen. Grundlage der Krankheitsdefinition in diesem Zusammenhang ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD 10). Eine Differenzierung der Berechnungen ist anhand der Hauptgruppen der ICD 10 und ausgewählter anderer Variablen wie z.B. Alter und Geschlecht möglich, so dass Angaben für den Gesamtbereich (F10-F19) der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gemacht werden können. Eine weitere Differenzierung nach einzelnen Substanzen ist aber nicht möglich.

Die in diesem Zusammenhang kalkulierten direkten Kosten für Krankheiten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Alle nicht-medizinischen Kosten (z.B. private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen) werden in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt.

Für die Berechnung der Krankheitskosten wird auf eine ganze Reihe von Datenquellen zurückgegriffen, die Angaben zahlreicher Krankenkassen, der Deutsche Rentenversicherung, einiger Forschungsgruppen und -Einrichtungen, kassenärztlicher Vereinigungen und medizinischer Dienste, des Robert-Koch-Instituts und weiterer Teilstatistiken des statistischen Bundesamtes berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit der Systematik der Berechnung ist zu berücksichtigen, dass es sich um einen Top-Down-Ansatz und damit um ein sekundärstatistisches Rechenwerk handelt (siehe 11.1 zu den mit dieser Vorgehensweise verbundenen Problemen). Erschwerend kommt bei dieser Analyse hinzu, dass eine saubere Differenzierung zwischen den durch einzelne Krankheiten verursachten Kosten nur bei einer eindeutigen und vollständigen Diagnosencodierung in den verfügbaren Datenquellen möglich ist. Unterschiedliche Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten, gesetzliche Vorgaben und Versorgungszusammenhänge führen allerdings dazu, dass Diagnosedichte und -qualität der verfügbaren Datenquellen gewissen Streuungen unterliegen.

Unter Rückgriff auf eine Schätzung von Uhl (2004) kann man jedoch davon ausgehen, dass nur etwa 10% der kalkulierten Kosten auf illegale Drogen zurückzuführen sind. Die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Statistischen Bundesamt errechneten Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) in Millionen Euro für Deutschland im Jahr 2004 nach Alter, Geschlecht und Einrichtungstyp sind Tabelle 32 und Tabelle 33 zu entnehmen.

Demnach werden über 70% der monetären Ressourcen aufgrund von Suchterkrankungen von Männern verbraucht, dieses Muster zieht sich konstant durch alle Altersgruppen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ergeben sich durchschnittliche Krankheitskosten pro Einwohner und Jahr in Höhe von 30 € (Männer: 50 €, Frauen: 20 €) für psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Tabelle 32. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Alter und Geschlecht (Mio. €)

Altersgruppe in Jahren	Männlich	Weiblich	Gesamt
<15	4	3	7
15<30	257	93	350
30<45	641	219	860
45<65	757	305	1.062
65<85	225	142	367
>=85	6	14	20
Gesamt	1.890	776	2.666

Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de.

Tabelle 33. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Einrichtungstyp und Geschlecht (Mio. €)

Einrichtungstyp	Männlich	Weiblich	Gesamt
Gesundheitsschutz	6	4	10
Ambulante Einrichtungen	183	106	289
Arztpraxen	81	57	138
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	12	6	18
Apotheken	57	28	85
Gesundheitshandwerk/-Einzelhandel	13	5	18
Ambulante Pflege	18	9	27
Sonstige ambulante Einrichtungen	2	1	3
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	1.443	561	2.004
Krankenhäuser	688	301	989
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	505	135	640
Stationäre/teilstationäre Pflege	250	125	375
Rettungsdienste	51	26	77
Verwaltung	172	62	234
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	34	18	52
Ausland	1	1	2
Einrichtungen insgesamt	1.890	778	2.668

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

Rund 75% der errechneten Kosten gehen in dieser Berechnung allein auf stationäre und teilstationäre Behandlungseinrichtungen zurück. Die Schwierigkeiten, verlässliche Angaben zu den Kosten insbesondere der ambulanten Versorgung im Suchtbereich zu machen, spiegeln sich auch in diesen Daten des Statistischen Bundesamtes wider.

Offensichtlich werden bei diesen Angaben die Kosten für die ambulante Versorgung in erheblichem Maße unterschätzt. Zur Illustration soll folgende grobe Hochrechnung dienen: Basierend auf den Angaben von 54% der Einrichtungen, die sich an der deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, haben Sonntag et al. (2006) das durchschnittliche Jahresbudget pro ambulanter Einrichtung im Jahr 2005 mit ca. 283.000 € angegeben. Extrapoliert man diese Angaben unter Vernachlässigung möglicher Verzerrungen (z.B. durch Überrepräsentanz

größerer oder kleinerer Einrichtungen in der Statistik) auf die geschätzte Anzahl von N=934 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Simon 2005) in Deutschland, ergäbe sich für diesen Bereich ein Gesamtbudget von ca. 264 Mio. € (2004: 258 Mio. €, Sonntag et al. 2005). Selbst wenn man bei dieser Kalkulation berücksichtigt, dass dabei in erheblichem Maße Kosten Dritter Eingang in die Kalkulation finden, die bei den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes nicht berücksichtigt werden, zeigt sich doch ein erheblicher quantitativer Unterschied im Vergleich zu den vom Statistischen Bundesamt angegebenen Kosten in Höhe von nur 3 Mio. € für alle „sonstigen ambulanten Einrichtungen“ insgesamt. Laut Auskunft des Statistischen Bundesamtes werden in dieser Kategorie sämtliche ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die nicht einer der sonstigen aufgeführten ambulanten Kategorien zuzuordnen sind, zusammengerechnet. Da der hierbei verwendete Schlüssel aus der Gesamtberechnung der Gesundheitskosten für die Bundesrepublik Deutschland stammt und es sich für die meisten anderen (somatischen) Versorgungsbereiche um eine „Restkategorie“ handelt, ist davon auszugehen, dass das im Suchtbereich hoch spezialisierte und ausdifferenzierte ambulante Versorgungssystem hier in erheblichem Maße unterrepräsentiert ist. Eine endgültige Klärung dieser Frage ist jedoch aufgrund der vorliegenden Daten nicht unmittelbar möglich.

11.2.5 Angaben aus den Bundesländern

Eine vollständige oder auch nur annähernd repräsentative Übersicht zu den Landesmitteln, die für den Drogen- und Suchtbereich eingesetzt wurden, liegt bislang nicht vor und ist aus den oben genannten Gründen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Aus einzelnen Ländern liegen jedoch Informationen zu den Budgets der Suchthilfe vor (Haushalte der Länder). Projektbezogen finanzieren die Länder neben zum Teil auch spezifische Segmente der Suchthilfe wie z.B. die bereits im letzten REITOX-Bericht erwähnten Beauftragten für Suchtprophylaxe sowie kommunale Suchtbeauftragte in Baden-Württemberg oder die Fachkräfte für Suchtprävention in anderen Ländern.

Das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen hat 2005 15,8 Mio. € zur Bekämpfung der Suchtgefahren (ausgewiesene Mittel) aufgewendet. Die Gesamtsumme des unter dem gleichen Haushaltstitel ausgewiesenen Budgets ging 2006 (12,1 Mio. €) und 2007 (11,4 Mio. €) zurück. Allerdings sind die Budgets nicht unmittelbar vergleichbar, da ab dem 01.01.2007 die bisherige Form der Landesförderung durch eine fachbezogene pauschalisierte und kommunalisierte Förderung ersetzt wurde. Damit werden die Mittel den Kreisen und kreisfreien Städten als fachbezogene Pauschale zum eigenverantwortlichen Mitteleinsatz zur Verfügung gestellt (und werden auf Landesebene anders verrechnet). Im Landeshaushalt 2007 sind 0,72 Mio. € für Prävention vorgesehen (2006: 2,42 Mio. €), 76,0 Tsd. € für Untersuchungs- und Modellvorhaben (2006: 372,5 Tsd. €) und 0,62 Mio. € zur Bekämpfung der Glücksspielsucht (2006: 0,62 Mio. €) (Finanzministerium NRW 2007).

Das Land Mecklenburg-Vorpommern beziffert die für 2007 geplanten Ausgaben der öffentlichen Hand für den Suchtbereich entsprechend der für diesen Bereich im Landeshaushalt vorgesehenen Titel (direkte Kosten) mit insgesamt 1.977.300 €. Den größten Anteil nehmen dabei die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen mit 1.637.800 € ein (82,8%). Die Präventionsfachstelle (227.500 €, 11,5%), die Landesstelle für Suchtfragen (60.000 €, 3,0%) sowie

Landesmittel für Suchtforschung in Höhe von 52.000 € (2,6%) vervollständigen das Budget (Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern im Auftrag des Sozialministeriums, persönliche Mitteilung).

Die Landesmittel für Zuwendungen im Bereich der Drogenhilfe im Bundesland Berlin betragen im Jahr 2006 ca. 7.900.000 €. Davon standen Mittel für Prävention in Höhe von knapp 1.000.000 € zur Verfügung.

In allen diesen Aufstellungen wird nicht zwischen legalen und illegalen Drogen differenziert. Darüber hinaus sind sämtliche Kosten der Strafverfolgung (Polizei, Gefängnisse, Gerichte) in diesen Budgets nicht berücksichtigt. Die Anteile zur Finanzierung der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Forschungsbudgets oder von Landeseinrichtungen wie Präventionsfachkräften oder Landesstellen für Suchtfragen unterscheiden sich darüber hinaus zum Teil erheblich zwischen den Bundesländern.

Dies soll am unmittelbaren Vergleich zwischen den Bundesländern Berlin und Mecklenburg-Vorpommern illustriert werden: Berlin hat mit 3,4 Mio. Einwohnern zwar nur etwa doppelt so viele Einwohner wie Mecklenburg-Vorpommern, das Budget für die Drogenhilfe des Landes Berlin ist aber etwa vier Mal so hoch wie der o.g. Vergleichswert für Mecklenburg-Vorpommern. Anforderungen, die an einzelne Länder hinsichtlich der notwendigen und zur Verfügung gestellten Mittel für die Suchthilfe gestellt werden, sind daher nicht proportional zur Einwohnerzahl zu sehen. Theoretisch wäre es möglich, die in den Bundesländern bereit gestellten Budgets über genaue Analysen der Länderhaushalte in Erfahrung zu bringen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass aufgrund des differenzierten Systems der Suchtkrankenhilfe eine erschöpfende Erfassung aller Budgetanteile in unterschiedlichen Ministerien der einzelnen Länder einen erheblichen Aufwand bedeuten würde. Hinzu kommt, dass eine Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen aufgrund der in praktisch keinem Fall vorhandenen Differenzierung zwischen diesen Bereichen nur unter Zuhilfenahme verschiedener noch zu entwickelnden Schätzverfahren sinnvoll erscheint.

Bis 2001 wurden im Rahmen der Länderkurzberichte noch Informationen zu den Landesmitteln für die Suchthilfe abgefragt. Der letzte verfügbare Gesamtwert wurde 2001 mit 136,0 Mio. € angegeben (Simon 2005), wobei auch hier nicht zwischen legalen und illegalen Substanzen differenziert wurde.

11.3 Angaben zu nicht-gekennzeichneten Kosten - COFOG

Die EBDD hat zur ersten Einschätzung der Kosten, die durch die öffentliche Hand in relevanten Sektoren aufgewendet werden, eine Klassifikation analog der von der UN definierten COFOG-Kriterien (Classification of the Functions of Government) vorgeschlagen (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4&Lg=1>). Entsprechend der Regulation der Europäischen Kommission Nr. 113/2002 vom 23.01.2002 sind die EU-Staaten im Rahmen des European Systems of National and Regional Accounts (ESA95) verpflichtet, innerhalb von 12 Monaten nach Ende des jeweiligen Berichtsjahres Angaben zu den Kosten in den 10 Hauptkategorien der COFOG zu liefern. Tabelle 34 gibt einen Überblick über die entsprechenden gesamtstaatlichen Kosten von 2000 bis 2006, die vom Statistischen Bundesamt errechnet werden. Die Angaben beinhalten die Gesamtkosten, die sich aus den Einzel-

beitragen des Bundes, der Länder, von Gebietskörperschaften, Gemeinden und den Sozialversicherungen zusammensetzen.

Tabelle 34. Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen in Mrd. € (2001-2006)

COFOG Kategorie	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1 Allgemeine öffentliche Verwaltung	131,29	132,92	135,56	133,89	137,15	140,11
2 Verteidigung.	25,03	25,46	25,18	24,69	24,70	24,74
3 Öffentliche Ordnung und Sicherheit	35,15	36,07	36,12	36,37	36,19	36,30
4 Wirtschaftliche Angelegenheiten	88,66	85,20	83,77	80,03	77,80	75,22
5 Umweltschutz	12,34	11,36	11,16	11,01	11,17	11,55
6 Wohnungswesen und kommunale Gemeinschaftsdienste	21,89	22,99	23,56	23,31	22,47	21,42
7 Gesundheitswesen	132,79	136,75	139,85	135,38	139,40	143,21
8 Freizeitgestaltung, Sport, Kultur und Religion	14,87	14,67	14,44	14,30	14,40	14,41
9 Bildungswesen	89,09	92,36	93,33	93,35	92,99	93,63
10 Soziale Sicherung	453,95	473,06	485,24	487,27	492,21	492,95
Insgesamt	1.005,06	1.030,84	1.048,21	1.039,60	1.048,48	1.053,54

Um sich in einem ersten Schritt den drogenbezogenen Ausgaben zu nähern, sind insbesondere die Kategorien 3 (Öffentliche Ordnung und Sicherheit) sowie 7 (Gesundheitswesen) von Interesse. Die o.g. 10 Hauptkategorien (COFOG 1-Steller) werden in der Logik der Klassifikation noch weiter ausdifferenziert, um z.B. innerhalb der Gesamtausgaben für Öffentliche Ordnung und Sicherheit die Kosten für Polizei (3.1), Gerichtsbarkeit (3.3) oder Gefängnisse (3.4) unterscheiden zu können (COFOG 2-Steller). In ähnlicher Weise lassen sich die Gesamtangaben für die Kategorie 7 (Gesundheitswesen) im Rahmen der COFOG-Klassifikation z.B. für Medizinprodukte etc. (7.1), ambulante Versorgung (7.2), Krankenhäuser (7.3) und öffentliche Gesundheitsdienste (7.4) unterscheiden.

Die bisherige europäische Vereinbarung ESA95 verlangt von den Mitgliedsstaaten nur eine Berichterstattung auf Ebene der COFOG 1-Steller, entsprechend liegen Angaben für die COFOG 2-Steller für Deutschland bislang nicht vor. Eine Rückfrage beim Statistischen Bundesamt hat ergeben, dass gegenwärtig im Rahmen eines Pilotprojektes untersucht wird, ob entsprechende Angaben auch für die Bundesrepublik valide zu errechnen (und in der Folge zu berichten) sind. Die Ergebnisse dieser ersten Modellrechnungen sind noch nicht verfügbar.

Weitere Angaben zu nicht-gekennzeichneten Kosten liegen derzeit für den Drogenbereich nicht vor.

11.4 Nationale Studien, Methoden und Ergebnisse

Für den Bereich der gesundheitsökonomischen Forschung alkoholbezogener Störungen liegen für Deutschland bereits einige Studien vor, die zum Teil sehr differenziert versucht haben, die entstehenden Kosten zu schätzen. Dabei wurden auch bereits konkrete Vorschläge unterbreitet und Erfahrungen gesammelt, wie mit bestimmten Problemen bei der Datenerhebung, -zusammenführung und -interpretation umzugehen ist. Im Gegensatz dazu

gibt es bislang keine umfassende Studie, die versucht hat, entsprechende Kosten für den Bereich illegaler Drogen in Deutschland zu ermitteln oder die für Alkohol entwickelten Methodiken auf diesen Sektor zu übertragen. Dennoch existieren einige Studien, die mit der Untersuchung bestimmter ökonomischer Aspekte des Drogenkonsums wertvolle Beiträge zur Ausgestaltung einer zukünftigen Analyse der Kosten beitragen können.

11.4.1 Systematische Literatursuche

In diesem Zusammenhang wurde eine systematische Literatursuche in der deutschsprachigen Datenbank PSYNDEXplus® mit den acht verschiedenen Stichwortkombinationen „Drogen“+„Ausgaben“, „Drogen“+„Kosten“, „Sucht“+„Ausgaben“, „Sucht“+„Kosten“, sowie „drug“+„expenditures“, „drug“+„costs“, „addiction“+„expenditures“ und „addiction“+„costs“, die jeweils um das Schlagwort „Germany“ ergänzt wurden, durchgeführt. Von insgesamt 166 Treffern blieben nach Ausschluss von thematisch unpassenden Arbeiten, Studien, die in anderen Ländern durchgeführt wurden, sich ausschließlich mit Alkohol befasst haben oder Übersichtsarbeiten ohne empirische Daten waren, noch 61 Studien, die sich mit illegalen Drogen und einer Kostenanalyse befasst haben. Nach Sichtung der abstracts und Abzug der Mehrfachnennungen blieben acht Studien übrig (vgl. Abschnitt 11.6 im Anschluss an dieses Kapitel), deren Berechnungen bestimmter ökonomischer Aspekte des Drogenkonsums möglicherweise Beiträge zur Ausgestaltung zukünftiger komplexerer Kostenmodelle leisten können. Darüber hinaus existieren zahlreiche Projektergebnisse lokaler oder regionaler Untersuchungen, die häufig nicht in einschlägigen Zeitschriften publiziert und daher auf diesem Weg nicht identifiziert werden können.

11.4.2 Spezialstudien im Rahmen des Modellprojektes zur kontrollierten Heroingabe an Schwerstabhängige

Die gesundheitsökonomische Begleitforschung im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojektes zur Heroingabe hat sich den Kosten und Effekten der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur Methadonbehandlung gewidmet (v. d. Schulenburg & Claes 2006b). Diese Analyse erstreckte sich auf die ersten zwölf Studienmonate. Die gesundheitsökonomische Evaluation (in die die Daten von 1.015 Studienteilnehmern eingegangen sind) kommt dabei zu dem Schluss, dass beide Studienbehandlungen aus Sicht der Kostenträger als auch aus gesellschaftlicher Perspektive kosteneffektiv sind.

Eine reine Betrachtung der Behandlungskosten ergab durchschnittliche jährliche Kosten der Studienbehandlung von 18.060 €¹⁹ je Studienteilnehmer in der heroingestützten Behandlung und 6.147 € je Studienteilnehmer in der Methadonbehandlung. Bei dieser Kalkulation wurden sowohl die Heroin- bzw. Methadonbehandlung als auch die psychosoziale Betreuung (mit jährlichen Kosten von 1.928 € je Studienteilnehmer) berücksichtigt.

Die Beurteilung der Kosten für beide Behandlungsansätze kommt nur dann zu einer Kosten sparenden Wirkung, wenn in die Berechnungen alle Kosten und Nutzen mit einbezogen wer-

¹⁹ Eine Modellrechnung kommt zu dem Schluss, dass die Heroingabe in der Regelversorgung gegenüber der Studienbehandlung rund 2.000 € je Patient und Jahr unterhalb der für die Studie errechneten Kosten liegt.

den, d.h. auch eine Bewertung aus gesellschaftlicher Sicht stattfindet. Dabei zeigte sich für die Heroingruppe ein insbesondere in Zusammenhang mit der rückläufigen Delinquenz stehender größerer Nutzen (gemessen in Geldeinheiten). Werden Krankheitskosten, Kosten bezüglich Delinquenz, Inhaftierung und Gerichtskosten zusammengenommen, wurden durch die Studienteilnehmer der Heroingruppe Ersparnisse in Höhe von ca. 6.000 € pro Jahr generiert, während die Methadongruppe *zusätzliche* Kosten in Höhe von rund 2.100 € pro Jahr verursachte.

Die zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse kommt zu dem Schluss, dass in der heroingestützten Behandlung weniger Aufwendungen notwendig sind, um eine Steigerung um ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY: Quality-Adjusted Life Year) zu erreichen als in der Methadonsubstitution. Allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse hier erheblich zwischen denjenigen Studienteilnehmern, die die jeweilige Behandlung vollständig beenden (Überlegenheit der Methadonbehandlung) und vorzeitigen Abbrechen (Überlegenheit der Heroingabe).

Die gesundheitsökonomische Evaluation des Modellprojekts zur kontrollierten Heroingabe weist allerdings einige Limitationen auf, da eine Reihe von Größen nur als Schätzungen in die Kostenberechnungen eingegangen sind oder nicht berücksichtigt werden konnten. Unter Berücksichtigung von Ergebnissen vergleichbarer Studien (Niederlande, Schweiz) und einiger Korrekturfaktoren verschieben sich die Kosten-Nutzwert-Verhältnisse hin zu einer Kostenersparnis beider Therapien aus gesellschaftlicher Perspektive.

Bei dieser Studie handelt es sich um keine reine Untersuchung der Ausgaben für eine bestimmte Behandlungsart. Auch in diesem Fall wurden komplexe Kosten-Nutzwert-Analysen vorgenommen, die verschiedene Parameter wie unmittelbare Kosten in Beziehung zu gesellschaftlichem Nutzen bzw. Gewinn an Lebensqualität der Klienten gesetzt haben (v. d. Schulenburg & Claes 2006b). Ergänzende quantitative und qualitative kriminologische Studien konnten einen deutlichen Rückgang der Delinquenz der Studienteilnehmer (vor allem in der heroingestützten Behandlung) belegen und haben z.B. den Behandlungsbedarf in Relation zur Prävalenz des Heroinkonsums oder die von den Konsumenten begangenen und angezeigten (bzw. juristisch verfolgten) Delikte differenziert betrachtet. Auch aus diesen Erfahrungen lassen sich möglicherweise Hinweise auf eine zukünftige Gesamtkostenrechnung ableiten.

11.4.3 Alkoholismusstudie des Robert Koch-Instituts (RKI)

In der im Jahr 2000 vom Robert-Koch-Institut (RKI) vorgelegten Alkoholismusstudie (Bergmann & Horch 2000, Bühringer et al. 2000) wurden beispielsweise Verfahren zur Anwendung gebracht, um das Problem der psychischen bzw. somatischen Komorbidität, die Einbeziehung von Kosten der Prävention, Forschung und Ausbildung und von Sachschäden und Arbeitsunfällen, die mit der betrachteten Substanz in Zusammenhang stehen, zu schätzen. Diese in Zusammenhang mit der Untersuchung alkoholbezogener Störungen bereits bewährten Vorgehensweisen ließen sich möglicherweise auch in zukünftigen Untersuchungen zur Gesundheitsökonomie illegaler Substanzen zur Anwendung bringen. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass grobe Schätzungen, die auf den wenigen

vorliegenden internationalen Studien beruhen, mehr als 50% der kalkulierten Gesamtkosten des Substanzmissbrauchs allein dem Nikotinkonsum zuschreiben und weniger als 10% dem Konsum illegaler Drogen (Uhl 2004).

11.4.4 Kosten-Nutzen-Analyse zu Einspareffekte in Gefängnissen

Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2004) hat eine Kosten-Nutzenanalyse zu Einspareffekten in Justizvollzugsanstalten durch Vermittlung von inhaftierten Drogenabhängigen in medizinische Rehabilitation vorgelegt. Im Rahmen dieser Studie kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass durch die Vermittlung von drogenabhängigen Inhaftierten in medizinische Rehabilitation allein im Bundesland Baden-Württemberg jährlich rund 120.000 Hafttage vermieden werden konnten, die umgerechnet etwa 330 Haftplätzen entsprechen. Daraus wurde geschlussfolgert, dass auf diesem Weg der Neubau einer weiteren Haftanstalt vermieden werden konnte. Dieses Beispiel zeigt sehr deutlich den häufig sehr umschriebenen Fokus der verfügbaren Arbeiten auf diesem Gebiet. Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass einzelne Untersuchungen wie diese wertvolle Hinweise auf Kalkulationsgrundlagen (in diesem Fall z.B. konkrete Kosten für Hafttage) liefern können, die in spätere komplexe Modelle eingebunden werden können.

11.4.5 Übersichtsarbeit zu Ausgaben für illegale Suchtmittel

In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit geben Erbas und Kollegen (2004) Schätzwerte der jährlichen Ausgaben für Suchtmittel in Euro an, die auf den von den Konsumenten jährlich aufzubringenden monetären Werten für den Erwerb bzw. Konsum dieser Substanzen beruhen. Einschränkend weisen die Autoren bereits darauf hin, dass bezüglich der illegalen Drogen natürlich davon auszugehen ist, dass es sich bei den Zahlen um besonders grobe Schätzungen handelt, die die Ergebnisse unterschiedlicher epidemiologischer Studien als Grundlage der Kalkulation der tatsächlichen Konsumentenpopulationen verwenden und diese Angaben um zahlreiche weitere Annahmen erweitern. Für illegale Drogen werden in diesem Beitrag folgende Kosten genannt:

- etwa 4,2 Milliarden € für Heroin
- etwa 1,5 Milliarden € für Cannabis
- etwa 0,6 Milliarden € für Ecstasy
- Zusammen: Etwa 6,3 Milliarden €

Selbstverständlich sind auch diese Ausgaben nicht als direkte gekennzeichnete Kosten im Sinne öffentlicher Ausgaben für illegale Drogen zu sehen. Bezogen auf die Therapie von Opiatabhängigen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass basierend auf vorliegenden Schätzwerten (die zum Teil aus sehr alten Quellen stammen), die durch Entwöhnungsbehandlungen zu erreichenden Einsparungen in Höhe von geschätzten etwa 240 Mio. € sich in etwa mit den Ausgaben für diese Therapien die Waage halten (ca. 250 Mio. €).

11.4.6 Kosten des Umgangs mit harten Drogen, Schätzung von 1995

Grundlage für zahlreiche Kostenschätzungen im Bereich illegaler Drogen in Deutschland stellt nach wie vor eine vor mehr als zehn Jahren von Hartwig & Pies (1995) veröffentlichte Studie dar, die aus einem Gutachten hervorging, das im Auftrag des Justizministeriums des Landes Hessen erstellt worden war. Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine sehr detaillierte Abschätzung der Kosten vorgenommen, die im Zusammenhang mit harten Drogen in Deutschland anfallen. Die Autoren haben bei ihrer Analyse Daten des Statistischen Bundesamtes, des Bundeskriminalamtes und weiterer Quellen, wie z.B. der Behandlungsdokumentation berücksichtigt. Diese Daten wurden in einem komplexen Verfahren und unter Einbeziehung zahlreicher ergänzender Annahmen miteinander in Beziehung gesetzt, um Kostenschätzungen für Drogenkriminalität, Morbidität und Mortalität, Drogenhilfe sowie Prävention und Forschung vornehmen zu können. Aufgrund der detaillierten Darstellung der zugrunde liegenden Kalkulationsmethode und der Berücksichtigung von Informationen aus verschiedenen Bereichen (Strafverfolgung, Behandlung, Inhaftierung) wird diese Studie bis heute in Ermangelung ähnlich umfangreicher Alternativen als Grundlage für die Beantwortung von Fragen zu Kostenschätzungen zitiert, obwohl die Datengrundlagen z.T. über 15 Jahre alt sind (z.B. die Angaben zu den Kosten der Krankenhausbehandlungen, die aus dem Jahr 1991 stammen).

Basierend auf den damals verfügbaren Informationen haben Hartwig & Pies die Kosten für die durch Heroin verursachte Drogenkriminalität im engeren Sinne auf etwa 620 Mio. € (davon: Polizei: 246 Mio. €, Justiz: 75 Mio. €, Inhaftierungskosten: 300 Mio. €), für die Beschaffungskriminalität auf etwa 970 Mio. € geschätzt (davon: Polizei: 659 Mio. €, Justiz: 189 Mio. €, Inhaftierungskosten: 122 Mio. €, rechtswidrig erlangte Geldwerte: 1.648 Mio. €). Unter Einbeziehung der damals verfügbaren Informationen zu Kosten aus dem Bereich der ambulanten Beratung und Therapie, der stationären Therapie, der Krankenhausbehandlung, der Prävention und Forschung sowie der aufgewandten Mittel zur Anbausubstitution errechnete sich damals eine Gesamtsumme von geschätzten rund 7,0 Milliarden €²⁰.

Um Hinweise auf den Anteil der heroinbezogenen Kosten für Polizei und Justiz zu erhalten, haben die Autoren damals auf die Anteile der aufgeklärten Rauschgiftdelikte an der aufgeklärten und registrierten Gesamtkriminalität zurückgegriffen. In ähnlicher Art und Weise wurden die Kosten für die Justiz basierend auf den Anteilen der einschlägigen Straftaten (BtmG-Delikte) berechnet.

Bereits zum Zeitpunkt der Veröffentlichung haben die Autoren ihre Angaben mit zahlreichen Einschränkungen versehen und auf die erheblichen Probleme bei der Berechnung einzelner Positionen hingewiesen. Dies äußerte sich zum Teil in mangelnder Verfügbarkeit relevanter Kalkulationsschlüssel oder aktueller Daten (so wurden bereits damals veraltete Krankenhausdaten verwendet oder Angaben z.B. einzelner Bundesländer geschätzt). Darüber hinaus

²⁰ Die Kosten für Morbidität und Mortalität (i.S. volkswirtschaftlicher Wertschöpfungsverluste) wurden damals mit 3.447 Mio. € berechnet. Die Gesamtkosten der Drogenhilfe haben Hartwig & Pies mit insgesamt 308 Mio. € berechnet (davon: 282 Mio. € stationäre Therapie und Krankenhausbehandlungen). Prävention und Forschung machten ca. 13 Mio. € der damals errechneten Gesamtkosten aus.

wurden direkte, indirekte, gekennzeichnete und nicht-gekennzeichnete Kosten aus unterschiedlichen Quellen miteinander kombiniert und in Beziehung gesetzt. Als grundsätzlich problematisch erweist sich zusammenfassend, dass

- a) sich das Behandlungssystem in Deutschland seit Mitte der neunziger Jahre erheblich verändert hat, z.B. durch die Ausweitung der Substitutionsbehandlung) und
- b) die Untersuchung von Hartwig & Pies vor allem darauf abzielte, eine Kostenschätzung basierend auf dem Konsum harter Drogen (vor allem Heroin-/ Opiatkonsumenten) vorzunehmen, die im Vergleich zur Gesamtpopulation der Konsumenten illegaler Drogen sicherlich eine erheblich umschriebenerere Gruppe darstellen. So sind auch zahlreiche Annahmen, die im Text in Zusammenhang mit Heroinkonsumenten getroffen werden, nicht ohne weiteres auf Drogenkonsumenten im Allgemeinen übertragbar.

11.5 Expertenkontakte

Dr. Eckardt Bergmann

(Alkohol)

Robert-Koch-Institut

General-Pape-Str. 62-66

D-12101 Berlin

Tel.: +49 / (0)30 / 45 47 33 43

Fax: +49 / (0)30 / 45 47 31 09

E-mail: bergmann@rki.de

Prof. Dr. Gerhard Bühringer

(Alkohol, Illegale Drogen)

TU Dresden/ IFT München

Chemnitzer Straße 46

D-01187 Dresden

Tel.: +49 / (0)351 / 46 33 98 28

Fax: +49 / (0)351 / 46 33 98 30

E-mail: buehringer@psychologie.tu-dresden.de; buehringer@ift.de

Prof. Dr. Uwe John

(Alkohol)

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Walter-Rathenau-Str. 48

D-17487 Greifswald

Tel.: +49 / (0)3834 / 8677-00/03

Fax: +49 / (0)3834 / 86 66 84

E-mail: ujohn@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Hans Joachim Salize

(Alkohol, psych. Störungen)

ZI für seelische Gesundheit

AG Versorgungsforschung J5

D-68159 Mannheim

Tel.: +49 / (0)621 / 1703-6401

Fax: +49 / (0)621 / 1703-6405

E-mail: salize@zi-mannheim.de

Prof. Dr. Johann-Matthias

Graf von der Schulenburg

(Heroinstudie)

Leibniz-Universität Hannover

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

Institut für Versicherungsbetriebslehre

Königsworther Platz 1

D-30167 Hannover

Tel.: +49 / (0)511 / 762 50 83

E-mail: ybl@ivbl.uni-hannover.de

Prof. Dr. Jürgen Wasem

(Methoden, Grundlagen)

Universität Duisburg / Essen

Universitätsstraße 2

D-45141 Essen

Tel.: +49 / (0)201 / 183 42 83

Fax: +49 / (0)201 / 183 40 73

E-mail: juergen.wasem@uni-essen.de

Prof. Dr. Manfred Zielke

(Versorgungssystem)

Wissenschaftsrat der Allg. Hospitalges.

Lange Koppel 10

D-24248 Mönkeberg

Tel.: +49 / (0)431 / 239 99 90

Fax: +49 / (0)431 / 239 99 91

E-mail: mzielke@ahg.de

11.6 Ergebnis der Literaturrecherche

Ates, T., Langer, B., Erbas, B., Tretter, F. & Wehner, B. (2005). Evaluierung von Arbeitsprojekten bei Drogenabhängigen im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse. *Das Gesundheitswesen*, 67 (2), 159-162.

Buschmann-Steinhage, R. (1991). Zur Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmassnahmen für Abhängigkeitskranke. *Deutsche Rentenversicherung*, 69-179

Gallander, S. & Neumeyer, J. (2001). Zu volkswirtschaftlichen Kosten der Drogenprohibition. In: A. Schmieder & A. Legnaro (Ed.): *Deregulierung der Sucht*. Münster.:Series: Jahrbuch Suchtforschung, Band 2

Glaeske, G. (1992). Auf Heller und Pfennig - Kosten und Nutzen der Suchtkrankenversorgung. Aus der Sicht einer Krankenkasse. In: G. Wienberg: *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 69-80.

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R. Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. & Zemlin, U. (1998). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranke. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 11, 55-67.

Salize, H.J., Stamm, K., Merkel, S. & Mann, K. (2006). Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland - Gibt es Leben in der Wüste? *Sucht*, 52(2), 105-111.

Schnabel, P., Ernst, L. & Hillenkamp, R. (2000). Sozialökonomie als Bewertungs- und Planungsgrundlage betrieblicher Suchtprävention. *Sucht*, 46(6), 439-451.

Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52(2), 121-132.

12 Besonders gefährdete junge Menschen

12.1 Zusammenfassung

In Deutschland gibt es eine ausgedehnte Forschung über jugendliche Gruppen, die in besonderem Maße gefährdet sind, Drogen zu konsumieren. Es handelt sich in der Regel jedoch nicht um epidemiologische, sondern um soziologische Studien, die sich bemühen, Zusammenhänge zu erklären, die zu Drogenkonsum führen können. Die beteiligten Disziplinen haben zudem unterschiedliche Blickwinkel: Während repräsentative Studien zur Prävalenz des Drogenkonsums nur bedingt Informationen über die verschiedenen Risikogruppen liefern, ist die Forschung in der Jugend- und Suchthilfe - die den Kontakt zu den Risikogruppen hat - eher prozess- und outputorientiert oder qualitativ ausgerichtet. Wirkungsforschung ist bisher selten, da hierzu häufig die Instrumente und die Finanzen fehlen. Im therapeutischen Setting dagegen ist die Forschung meist quantitativ und outcomeorientiert, aber wenig risikogruppenbezogen. Als Reaktion auf gestiegene Qualitätsansprüche in der Suchtprävention hat es verstärkte Anstrengungen in den vergangenen Jahren gegeben, um verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze von Präventionsmaßnahmen und -programmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen (Bühler & Kröger 2006).

Den vielschichtigen Problemlagen der besonders gefährdeten Jugendlichen steht ein breit gefächertes Angebot an Präventions-, Beratungs-, Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten gegenüber.

12.2 Risikogruppenprofile

12.2.1 Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe

Stationäre Erziehungshilfe bedeutet: Vermittlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht mehr in der Herkunftsfamilie oder einer Pflegefamilie und/oder noch nicht eigenständig leben können, in geeignete Unterbringungsformen. Den Rahmen hierfür bietet das Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Die Umsetzung liegt bei den Ländern und Kommunen, die hierfür Landesjugendämter und Jugendämter eingerichtet haben. Angebote und Einrichtungen der Jugendhilfe werden meist von freien Trägern vorgehalten. Diese Art der Hilfe zu Erziehung wird in einer Einrichtung (Kinderheim, Jugendwohnheim etc.) oder in einer betreuten Wohnform (Jugendwohngemeinschaft, individuelle Betreuung in eigener Wohnung) geleistet. Es handelt sich also um sehr unterschiedliche Betreuungsformen unter einem Oberbegriff.

Von den insgesamt 23,4 Millionen jungen Menschen in Deutschland lebten im Jahr 2005 61.806 (0,26%) in Heimen oder sonstigen betreuten Wohnformen. Nicht-deutscher Herkunft waren 9,1% der jungen Menschen in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen (Statistisches Bundesamt 2006c).

Der Anteil von Minderjährigen zwischen 12 und 17 Jahren in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betrug 63% (39.293), der an jungen Erwachsenen zwischen 18 und 26 Jahren 16% (9.951). Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern betrug 56,3% (Jungen) zu 43,7% (Mädchen). Die meisten Unterbringungen (25.200 = 51%) finden im Alter von 15 bis 18 Jahren statt (Statistisches Bundesamt 2007e).

Kinder und Jugendliche in Erziehungshilfen kommen häufig aus belasteten und schwierigen Lebensverhältnissen. Ihre familiären Lebensbedingungen sind geprägt von Arbeitslosigkeit materieller Not und Ausgrenzung. Die Konstellation in den Familien wird meist als komplexe Multiproblemlage beschrieben, in der auch Alkohol-, Drogen und Tablettenkonsum eine entscheidende Rolle spielt. Die Familie ist häufig nur nominell vorhanden oder durch schwierige Partnerschaftsverhältnisse geprägt. Ein Teil der Kinder und Jugendlichen hat physische, psychische und sexuelle Gewalt erlebt. Aber auch der Anteil von Kindern und Jugendlichen aus Mittelschichtfamilien in Erziehungshilfen steigt. Immer häufiger sind Eltern in ihrer Erziehungskompetenz verunsichert.

Bei den Betreuungsanlässen für Erziehungshilfe zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Während Schulprobleme und allgemeine Erziehungsschwierigkeiten bei beiden Geschlechtern wichtig für die Beantragung von Erziehungshilfen sind, werden Mädchen jedoch häufiger betreut, weil sie von zu Hause weglaufen, Sexualität früher eine wichtige Rolle spielt oder sie auf Krisensituationen mit psychischen Erkrankungen reagieren. Jungen dagegen erhalten Erziehungshilfen, weil sie durch aggressives Verhalten oder Delinquenz auffallen (Kolmer 2003).

12.2.2 Schulabbrecher/Schulversagen

Der Begriff „Schulabbrecher“ wird in Statistiken der Europäischen Union (EUROSTAT) zum Vergleich von Bildungsindikatoren verwendet. Es sind damit die 18- bis 24-Jährigen gemeint, die keinen weiterführenden Bildungsabschluss (höchstens einen Bildungsabschluss des Sekundarbereichs I) haben und an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen (Jörger 2004). Weder in der Schulstatistik noch in der Bevölkerungsstatistik der Bundesrepublik ist dieser Begriff als statistisches Merkmal einer Personengruppe zu finden. Es existiert keine einheitliche Definition des Begriffes „Schulabbrecher“. Der deutsche Städte und Gemeindebund (DStGB) beziffert die Anzahl der Schulabbrecher in Deutschland im Jahr 2005 auf 10% bei den Deutschen und 20% bei den in Deutschland lebenden Ausländern (DStGB 2005).

In der einschlägigen Literatur sind eher die Begriffe Schulschwänzen, Schulmüdigkeit, und Schulverweigerung oder Schulabsentismus gebräuchlich. Dabei werden drei Gruppierungen von Schüler unterschieden:

- auffällige, die erste Anzeichen von Schulverweigerung zeigen, wie z.B. Motivationsverlust oder Fehlen von Randstunden
- gefährdete, die sich innerlich und äußerlich von der Schule entfernt haben und häufig für mehrere Tage fehlen und

- ausgestiegene, die sich selber nicht mehr als Schüler einer Schule betrachten und wochen- bzw. monatelang fehlen (Rödel 2007).

Schätzungen gehen davon aus, dass 300.000 bis 500.000 Schüler in Deutschland solch ein schulaversives Verhalten zeigen, von denen ca. 10.000 als Totalverweigerer bezeichnet werden.

Schüler, die den Schulbesuch verweigern, kommen häufig aus bildungsfernen Familien mit schwierigen sozialen und materiellen Lebensverhältnissen. Aber auch Kinder mit besonderen Talenten und Kinder mit Lernbedarfen, die nicht mit dem Gleichschritt in der Schule vereinbar sind, können schulverweigerndes Verhalten zeigen.

Zwischen 12 und 14 Jahren sind die Jugendlichen besonders anfällig für Schulumüdigkeit. Jungen fallen tendenziell eher auf, da sie aktiv den Unterricht verweigern, stören oder fehlen, während Mädchen eher unauffällig bleiben und sich aus dem Unterrichtsgeschehen zurückziehen (Rödel 2007).

12.2.3 Kinder aus suchtblasteten Familien

Als Kinder aus suchtblasteten Familien werden diejenigen Kinder und Jugendlichen bezeichnet, die zumindest zeitweise mit einem Elternteil zusammenleben, der an einer substanzbezogenen Störung leidet. Man schätzt die Zahl der Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien auf 2,65 Millionen. Das bedeutet, jeder siebte Minderjährige lebt zeitweise und jeder zwölfte Minderjährige dauerhaft in einer alkoholbelasteten Familie. 30.000-40.000 Kinder und Jugendliche leben mit drogenabhängigen Eltern zusammen. Jährlich werden aufgrund von Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft 2.200 alkoholgeschädigte Babys in Deutschland geboren. Es gibt ca. 5-6 Millionen erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Darüber hinaus sind 5 bis 7 Millionen Angehörige durch die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds betroffen. (Klein 2007a; DHS 2006c).

Fast alle alkoholabhängigen Mütter, die einen Partner haben, leben mit einem alkoholabhängigen Mann zusammen (Klein 2007a). Jedes dritte Kind in einer suchtblasteten Familie erfährt regelmäßig physische Gewalt, sei es als Zeuge oder als Opfer. Kinder suchtkranker Eltern stellen die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit dar. Ca 30-40% von ihnen werden selbst süchtig. Auch das Risiko für stärkeren Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen ist bei den Kindern erhöht, ebenso wie das Risiko für andere psychische Störungen wie Angst, Depressionen sowie für ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) (Klein 2007b; DHS 2006c; Lieb et al. 2001).

12.2.4 Junge Obdachlose/Straßenkinder

Im Unterschied zu erwachsenen Obdachlosen verfügen junge Obdachlose häufig über einen offiziellen festen Wohnsitz, da sie noch bei ihren Eltern gemeldet sind. Junge Obdachlose werden in Deutschland meist Straßenkinder genannt, auch dann, wenn sie keine Kinder mehr sind. Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) nennt folgende Merkmale für die Definition von Straßenkindern:

- weitgehende Abkehr von gesellschaftlich vorgesehenen Sozialisationsinstanzen wie Familie oder ersatzweise Jugendhilfeeinrichtungen sowie Schule und Ausbildung,
- Hinwendung zur Straße, die zur wesentlichen oder auch einzigen Sozialisationsinstanz wird,
- Hinwendung zu Gelderwerb auf der Straße durch Vorwegnahme abweichenden, teilweise delinquenten Erwachsenenverhaltens, wie Betteln, Raub, Prostitution, Drogenhandel und
- faktische Obdachlosigkeit (DJI 1995).

Kurzfristige „Ausreißer“ von zu Hause werden nicht zu den Straßenkindern gezählt. Angebote für die Zielgruppe „junge Obdachlose“ richten sich nicht nur an Minderjährige sondern auch an junge Erwachsene, z.T. bis 27 Jahre.

Bis zu 2.500 Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren flüchten in Deutschland jährlich von ihren Elternhäusern oder Jugendhilfeeinrichtungen auf die Straße. Der Großteil von ihnen kehrt jedoch nach Hause zurück oder wird in einer stationären Einrichtung aufgenommen. Etwa 300 bleiben jedoch auf der Straße. Aktuell leben in Deutschland zwischen 7.000 und 9.000 Kinder und Jugendliche auf der Straße, allein ein Drittel von ihnen lebt in Berlin. Die meisten Straßenkinder sind 13 Jahre und älter (www.tdh.de / www.offroadkids.de).

Straßenkinder in Deutschland stammen aus allen gesellschaftlichen Schichten. Es handelt sich fast ausnahmslos um Deutsche. Die meisten stammen nicht aus den Großstädten, in denen sie sich aufhalten, sie kommen vielmehr aus ländlichen Gebieten und suchen Schutz in der Anonymität der Großstädte. Straßenkinder sind sehr mobil und wechseln häufig die Städte. Bis zu 5 Wechsel des Aufenthaltsortes in einem halben Jahr sind keine Ausnahme. Misshandlungen in der Familie sind einer der Hauptgründe, warum Kinder und Jugendliche aus ihren Familien fliehen. Über ausländische Straßenkinder ist wenig bekannt (www.offroadkids.de).

Ein Teil der jungen Menschen versucht, seinen Lebensunterhalt durch Prostitution zu bestreiten. Unter Drogen- oder Beschaffungsprostitution versteht man die Ausübung, Erduldung und Stimulation sexueller Handlungen gegen Entgelt oder andere materielle Güter, wie beispielsweise Essen, Unterkunft oder Drogen. Sie wird sowohl von Mädchen als auch von Jungen ausgeübt, insbesondere von denen, die Heroin konsumieren. Inwieweit die Zunahme von Kokain- und Crackkonsum in einigen Großstädten sich im Bereich der Beschaffungsprostitution auswirkt, ist noch nicht untersucht.

Prostitution ist für Drogen konsumierende Mädchen und junge Frauen die zweitwichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung des eigenen Drogenkonsums nach dem Verkauf bzw. der Vermittlung von Drogen. Eine in Hamburg durchgeführte Studie mit sich wegen Drogen prostituierenden Frauen ermittelte bei den 14- bis 23-Jährigen ein Durchschnittsalter von ca. 19 Jahre. Die Mädchen und jungen Frauen waren in ihrem Leben vielfältigen Belastungen ausgesetzt, vom Tod der Eltern (19,1%) über Fremdunterbringung (44,7%) bis zu Gewalterfahrungen (61%) (Zurhold 2005).

12.2.5 Junge Straftäter

Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wird einem Mensch vom Gesetzgeber her zugetraut, die Folgen seiner Handlungen zu überblicken. Daher muss er ab diesem Zeitpunkt für seine Handlungen die Verantwortung übernehmen, was mit dem Begriff Strafmündigkeit beschrieben wird.

Im Alter zwischen vierzehn und achtzehn Jahren unterliegt ein Beschuldigter dem Jugendgerichtsgesetz. Es wird geprüft, ob und ggf. wie weit der Beschuldigte schon strafrechtlich verantwortlich ist. Unter Umständen kommen auch in diesem Falle noch Maßnahmen des Jugendamtes in Frage. Ist der Jugendliche strafrechtlich verantwortlich, dann ist die Anwendung von Jugendstrafrecht zwingend. Heranwachsende gelten grundsätzlich als strafrechtlich verantwortlich. Es wird jedoch geprüft, ob der Heranwachsende von seinem Reifezustand zur Tatzeit im Hinblick auf die konkrete Tat noch einem Jugendlichen gleichzustellen war oder ob er eine jugendtypische Tat begangen hat. In der Praxis wird sehr häufig auch bei Heranwachsenden noch das Jugendstrafrecht angewendet. Jugendliche drogenabhängige Straftäter haben auch die Möglichkeit, in spezielle suchttherapeutische Einrichtung aufgenommen zu werden.

Delinquenz variiert in Art und Häufigkeit mit dem Alter. Sie erreicht bei jungen Menschen zwischen 16 und 20 Jahren ihren Höhepunkt und fällt danach kontinuierlich und deutlich ab. Aus Dunkelfelderhebungen ist bekannt, dass die Mehrheit der Jugendlichen (80-90%) wenigstens gelegentlich Straftaten begeht. Ein kleiner Teil der jugendlichen Tatverdächtigen, ca. 3 bis 6%, fällt durch wiederholte Straftaten auf. Jungen gehören öfter zu dieser Gruppe als Mädchen. Diese kleine Gruppe von Mehrfach- bzw. Intensivtäter begehen nach Untersuchungen der Landeskriminalämter zwischen 30-60 % der für die Altersgruppe bekannt gewordenen Straftaten.

Die deutsche Polizeistatistik unterscheidet zwischen tatverdächtigen Kindern (8 bis unter 14 Jahre), Jugendlichen (14 bis unter 18 Jahre) und Heranwachsenden (18 bis unter 21 Jahre).

Tabelle 35. Tatverdächtige nach Altersgruppen und Geschlecht 2006

Tatverdächtige	absolut	%	Männlich %	Weiblich %
Kinder	100.487	4,4	71,4	28,6
Jugendliche	278.447	12,2	72,5	27,5
Heranwachsende	241.824	10,6	79,2	20,8
Erwachsene	1.662.369	72,8	76,3	23,7
Insgesamt	2.283.127	100,0		

Bundeskriminalamt 2007b.

Der Anteil junger Tatverdächtiger an Straftaten insgesamt betrug im Jahr 2006 im Bundesgebiet 27,2%. Davon sind über 70% männlich. Der Anteil der weiblichen tatverdächtigen jungen Menschen sinkt mit zunehmendem Alter (Bundeskriminalamt 2007b) (Tabelle 35). Was die Rauschgiftkriminalität angeht, so waren im Jahr 2006 18,9 % der Strafdelikte der Heranwachsenden, 8,7 Prozent der Delikte der Jugendlichen sowie 2,3 Prozent der Delikte der

Kinder Delikte im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). (Detailliertere Ausführungen siehe Kapitel 8 „Soziale Begleiterscheinungen und Folgen“, Seite 103).

12.2.6 Jugendliche in sozial benachteiligten Wohngebieten und/oder mit hoher Verfügbarkeit von Drogen

Statt von sozial benachteiligten Wohngebieten wird häufig auch von Stadtteilen mit besonderen Entwicklungsbedarfen gesprochen. In Großstädten hat sich am ehesten der Begriff „soziale Brennpunkte“ durchgesetzt. Der Anteil von Langzeitarbeitslosen, Armen, alten Menschen, Alleinerziehenden und Migranten in diesen Wohngebieten ist hoch. Es gibt wenig Arbeits- und Ausbildungsplätze, dafür Probleme in Schulen, Gewalt und Kriminalität sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch. Wenn es sich Familien leisten können, ziehen sie aus diesen Stadtviertel weg. Übrig bleiben die Menschen, die vielfach auf staatliche Unterstützung angewiesen sind. Kinder und Jugendlichen lernen von klein auf staatliche Unterstützung als "normale" Einkommensquelle kennen (Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik 2004).

Junge Menschen, die in sozial benachteiligten Wohngebieten aufwachsen, erfahren in vielerlei Hinsicht Benachteiligungen, wobei sich diese Benachteiligungen gegenseitig potenzieren. Deutsche und ausländische Jugendliche sind häufig ohne Ausbildung und Arbeit. Kinder und Jugendliche haben signifikant geringere Chancen gesund zu sein. Sie haben häufiger Unfälle, weisen einen höheren Grad an psychosozialen Auffälligkeiten auf und nehmen nur unzureichend an Vorsorgeuntersuchungen teil. Ihre Lebenserwartung ist um mehrere Jahre geringer als bei Kindern und Jugendlichen, die unter sozial abgesicherten Umständen aufwachsen (Hemme 2003)²¹.

Bei den Landesämtern für Statistik und Datenerhebung können die Basisdaten für jede politisch selbständige Gemeinde Deutschlands abgerufen werden. Das Gemeindeverzeichnis enthält u.a. die Merkmale Amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS), Gemeindenamen, Postleitzahl, Fläche und Einwohnerzahl. Darüber hinaus stehen Daten zu einem breiten Spektrum soziodemographischer und wirtschaftlicher Daten zur Verfügung. Auch individuelle kleinräumliche Recherchen sind möglich.

12.2.7 Junge Menschen mit Migrationshintergrund

Der Begriff „Ethnische Minderheiten“ wird von den Sozialwissenschaften in Bezug auf Deutschland selten verwendet. Es wird eher von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen. Dies macht sich auch in der statistischen Datenerfassung bemerkbar. Seit 2005 wird die Zuwanderung in der amtlichen Statistik (Mikrozensus) nicht mehr über ein an der Staatsangehörigkeit orientiertes Ausländerkonzept erhoben, sondern mittels eines Migrationskonzeptes (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

²¹ Bei den Landesämtern für Statistik und Datenerhebung können die Basisdaten für jede politisch selbständige Gemeinde Deutschlands abgerufen werden. Das Gemeindeverzeichnis enthält u.a. die Merkmale Amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS), Gemeindenamen, Postleitzahl, Fläche und Einwohnerzahl. Darüber hinaus stehen Daten zu einem breiten Spektrum soziodemographischer und wirtschaftlicher Daten zur Verfügung. Auch individuelle kleinräumliche Recherchen sind möglich.

Im Jahr 2005 lebten von den 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund 96% in den alten Bundesländern und Berlin. Am höchsten ist ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in Großstädten wie z.B. Stuttgart mit 40% oder Frankfurt am Main mit 39,5%. Bei den unter 5-Jährigen liegt dieser Anteil in sechs Städten bei über 60%. Insgesamt hat knapp ein Drittel aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund. (Statistisches Bundesamt 2007f).

In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen haben mehr als ein Viertel (27,2%) - dies entspricht ca. 6 Mio. Personen - einen Migrationshintergrund. Innerhalb der jungen Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind die Ausländer der ersten, zweiten und dritten Zuwanderergeneration mit 10% die größte Migrantengruppe. Der Anteil von Spätaussiedlern beträgt 3,1% gegenüber 6,7% von Kinder und Jugendlichen, die eingebürgert sind. 7,5% sind Deutsche der 2. Generation mit einem Elternteil mit Migrationshintergrund oder basierend auf Ius-soli-Regelungen²². Knapp die Hälfte der jungen Menschen mit Migrationshintergrund besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit und ist nicht selbst zugewandert. (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006) In den letzten fünf Jahren waren ca. 36% der zugewanderten Spätaussiedler bei der Einreise jünger als 20 Jahre (Kazin 2006).

Im Vergleich zu den Deutschen ohne Migrationshintergrund weisen die Migranten im Durchschnitt ein niedrigeres Bildungsniveau auf. Dies gilt sowohl bei den allgemeinen Schul- als auch bei den beruflichen Bildungsabschlüssen. Während junge Deutsche überwiegend einen Realschulabschluss oder das Abitur erreichen, hat die Hälfte der jungen Ausländer einen Hauptschulabschluss. 20% der ausländischen Jugendlichen bleiben ohne Hauptschulabschluss gegenüber 9% der Deutschen. Bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund beträgt der Anteil der Personen ohne beruflichen Abschluss in der Altersgruppe 25 bis 34-Jährige 15%, bei den Personen mit Migrationshintergrund sind es 41%. Die Genderdifferenzen fallen bei den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich aus (Bundeszentrale für Politische Bildung 2004; Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

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.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leben meist unter belastenderen Lebensumständen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Dennoch liegt die Inanspruchnahme von unterstützenden Leistungen der Jugendhilfe weit unter dem Durch-

²² Ius Soli (lat. Recht des Bodens), bezeichnet das Prinzip, nach dem ein Staat seine Staatsbürgerschaft an alle Kinder verleiht, die auf seinem Staatsgebiet geboren werden. Es wird auch als „Territorialprinzip“ bezeichnet. Ab dem 1. Januar 2000 wurde auch ein Element des Ius Soli in das deutsche Staatsangehörigkeitsrecht eingeführt. Die Anforderungen an den Geburtserwerb sind jedoch sehr hoch und es handelt sich um das sog. „Optionsmodell“, bei dem bis zur Volljährigkeit eine doppelte Staatsbürgerschaft besteht und sich die Person dann in der Regel bis zum 23. Lebensjahr für eine Staatsbürgerschaft entscheiden muss (www.wikipedia.de).

schnitt, die Abbruchquote von Hilfsangeboten dagegen ist überdurchschnittlich hoch. Außer bei den ambulanten Hilfen und den justiznahen Maßnahmen, wie soziale Gruppenarbeit, sind ausländische Minderjährige bei den Hilfen zur Erziehung unterrepräsentiert. Dies liegt z.T. auch an den eingeschränkten rechtlichen Voraussetzungen für Leistungen für nichtdeutsche Kinder und Jugendliche. Einrichtungen der offenen Jugendarbeit, die allen Kindern und Jugendlichen offen stehen, werden dagegen überproportional von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund besucht (Schuch 2003).

12.2.8 Partyszene

Unter Partyszene versteht man in Deutschland junge Menschen, die besonders am Wochenende Clubs, Partys oder Events mit elektronischer Musik besuchen. Als Partydrogen werden dementsprechend aufputschende und euphorisierende Substanzen bezeichnet, wie Ecstasy, Amphetamin, Metamphetamin oder Kokain, die im Kontext dieser Partys und Events eingenommen werden. Auch Alkohol und halluzinogene Drogen (LSD oder psilocybinhaltige Pilze) gehören zu den Partydrogen, letztere jedoch eher in geringem Maße. Cannabis wird eher als "Afterparty-Droge" benutzt, um die aufputschenden Wirkungen zuvor konsumierter Substanzen abzumildern.

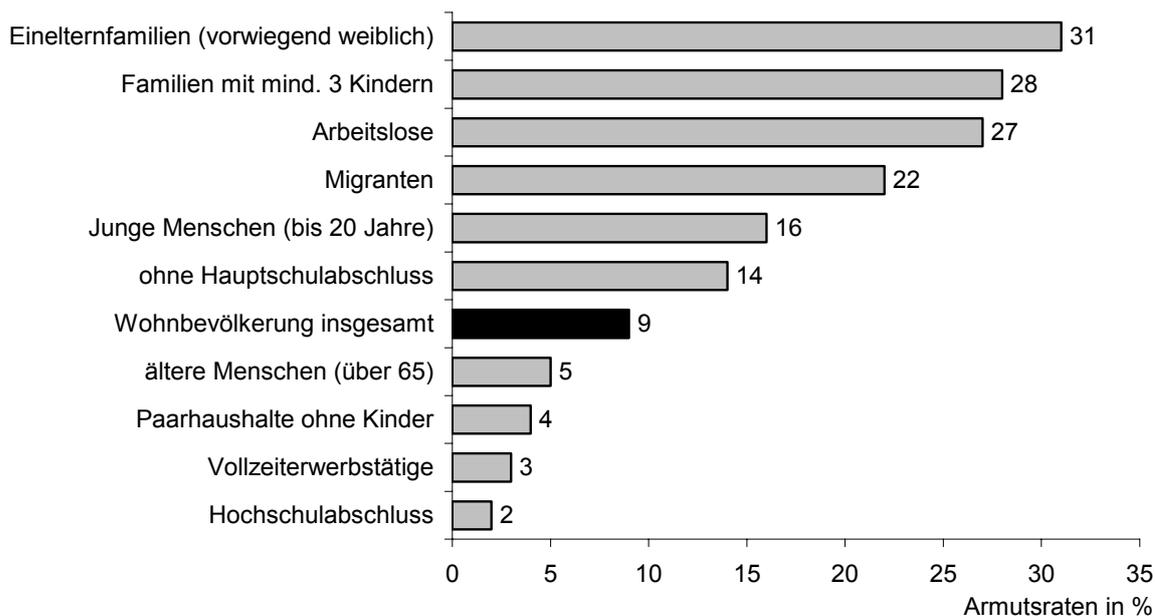
Seit Beginn der 90er Jahre ist die Popularität von so genannten Partydrogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kontinuierlich gestiegen. Demnach haben etwa 11,4% der 18 bis 24 Jährigen Erfahrungen mit Ecstasy und/oder Amphetaminen und 4,7% haben in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert (Kraus et al. 2005).

Partygänger sind im Durchschnitt 21 Jahre alt. Die Hauptaltersgruppe bilden die 18- bis 19-Jährigen. Rund die Hälfte ist zwischen 16 und 21 Jahre alt. Die Besucher von Techno-Partys verfügen, soweit sie die Schule schon beendet haben, über hohe Bildungsabschlüsse. Ein Drittel hat Abitur. Partybesucher sind überwiegend deutscher Nationalität. Das Geschlechterverhältnis ist ausgewogen (Schroers & Schneider 1999).

12.2.9 Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien

Die europäische vergleichende Armutsforschung arbeitet mit dem Begriff der "relativen Armut". Als arm definiert werden Einzelpersonen oder Familien, die über weniger als 50% des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens - gewichtet nach Anzahl und Alter der in einem Haushalt lebenden Personen - verfügen (50%-Grenze). Wer mit weniger als 40% des Durchschnittseinkommens auskommen muss, befindet sich danach in "strenger Armut" (40%-Grenze). Unter der 50%-Grenze leben erheblich mehr Menschen als an oder unter der offiziellen Grenze für Sozialhilfe bzw. seit 2005 der Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Hilfebedürftige (Arbeitslosengeld II). 2000 waren danach rund 6,6 Millionen Westdeutsche (9,7%) und 0,8 Millionen Ostdeutsche (5,8%) arm.

Heute sind u.a. besonders Kinder und Jugendliche von Armut bedroht. Der Anteil der jungen Menschen unter 20 Jahren, die in relativer Armut leben, beträgt 16%. Unter den Sozialhilfeempfängern sind sie fast doppelt so häufig vertreten wie unter der Gesamtbevölkerung (Bundeszentrale für politische Bildung 2004 (Abbildung 21))



Bundeszentrale für politische Bildung 2000, 2004.

Abbildung 21. Armutsraten in % nach der 50%-Grenze (Nettoäquivalenzeinkommen)

Mit ihrer Unterschrift unter das Abschlussdokument des Weltsozialgipfels von Kopenhagen 1995 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, einen nationalen Armutsbericht zu erstellen. Regionale und nationale Armuts- und Gesundheitsberichterstattung wird in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Einige Bundesländer, wie Berlin, Hamburg oder Sachsen, haben Sozialstrukturatlanten herausgegeben.

12.3 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei besonders gefährdeten jungen Menschen

12.3.1 Prävalenzen

Aktuelle epidemiologische Daten zum Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurden bereits ausführlich unter 2.3 (ab Seite 25) beschrieben. Aktuelle Daten liegen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, Lampert & Thamm 2007), der HBSC (Settortobulte & Richter 2007), Erhebungen der BZgA (BZgA 2004, 2007a) sowie regionalen Umfragen unter Schülern wie z.B. in Hamburg vor (Baumgärtner 2006a).

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie 2003 (ESPAD Report 2003) zeigen hinsichtlich der soziodemographischen Faktoren, die den Konsum von Drogen beeinflussen können, in Deutschland wenig relevante Korrelationen. Ein Zusammenhang zwischen einem schlechten ökonomischen Status einer Familie und Cannabiskonsum von Jugendlichen aus diesen Familien konnte nicht nachgewiesen werden. Eine schwache Korrelation existiert zwischen Cannabiskonsum von Jugendlichen und dem Leben mit einem allein erziehenden Elternteil, der Zusammenhang ist etwas deutlicher, wenn auch ein Stiefelternteil zur Familie gehört. Dagegen besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen der elterlichen Kontrolle (gemessen daran, ob die Eltern wussten, wo sich ihre Kinder am Samstagabend aufhielten) und

geringerem Cannabiskonsum. Am deutlichsten ist der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schulschwänzen sowie Substanzgebrauch eines Geschwisterkindes. (Björn et al. 2004).

Den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Migrationshintergrund untersuchte eine repräsentative Studie bei Schülern der 9. Klassenstufe im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg (n=5.832, überwiegendes Alter 14 und 15 Jahre). Sie unterscheidet vier Gruppen: deutsch, türkisch, russisch und andere. Dieser Untersuchung zufolge gibt es nur geringe Unterschiede beim Drogenkonsum in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund. Tendenziell konsumieren Jugendliche mit türkischem Hintergrund weniger Drogen, während Jugendliche mit anderem Migrationshintergrund (weder türkisch noch russisch) eher zu Drogen greifen (Haffner et al. 2006).

Tabelle 36. Drogenkonsum und Migrationshintergrund

Drogenkonsum	Deutsch (n=4.536)	Türkisch (n=410)	Russisch (n=268)	Andere (n=550)
Nie	87,5%	92,4%	88,4%	83,6%
Gelegentlich	9,2%	5,4%	8,6%	11,3%
Wöchentlich	3,3%	2,2%	3,0%	5,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Haffner et al. 2006.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Substanzkonsum und Wohnortgröße erweist sich unter den Jugendlichen, die Drogen gelegentlich konsumieren, die städtische Gruppe (Heidelberg) als die größere Gruppe. Regelmäßiger Drogenkonsum findet sich dagegen am häufigsten in kleineren Gemeinden (Haffner et al. 2006).

Dieselbe Studie belegt, dass Eltern den Konsum illegaler Drogen bei ihren Kindern kaum oder gar nicht wahrnehmen. Während die Eltern sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen davon ausgehen, dass ihre Kinder keine illegalen Drogen zu sich nehmen, berichteten 15% der Jungen und 10% der Mädchen von illegalem Drogenkonsum (Tabelle 37).

Tabelle 37. Drogenkonsum von Schülerinnen und Schülern. Eigenangaben und Elterneinschätzung

Drogenkonsum	Eigenangaben der Schüler (n=5.541)		Einschätzung der Eltern (n=3.255)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Nie	84,8%	90,4%	98,2%	99,0%
Gelegentlich	10,6%	7,6%	1,3%	0,8%
Einmal pro Woche	1,6%	0,6%	0,3%	0,0%
Mehrmals pro Woche	1,2%	0,8%	0,1%	0,0%
Täglich	1,8%	0,6%	0,1%	0,2%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Haffner et al. 2006.

12.3.2 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Heimkindern

In der Ulmer Heimkinderstudie wurde zwischen 2002 und 2004 eine Stichprobe von 689 Kindern und Jugendlichen untersucht (Fegert 2006). Die Studie belegt, dass Kinder und Jugendliche in Heimen immer schwieriger werden und Störbilder aufzeigen, wie sie früher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden waren. Demnach leiden 60% der Heimkinder in Südwürttemberg an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. 8,8% der nach einem Screening mit der „Child Behaviour Checklist“ (CBCL) auffälligen Kinder und Jugendlichen missbrauchen Alkohol oder Drogen (Fegert 2006). In dieser Studie wurden soziodemographische und diagnostische Daten für die Gesamtstichprobe erhoben, nicht aber spezifisch für die Gruppe der Substanzkonsumierenden ausgewertet.

12.3.3 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Kindern in suchtbelasteten Familien

Seit März 2005 führt die „Kompetenzplattform Suchtforschung“ ein Studienprojekt zum Thema „Gewalterfahrungen, Unfälle und Verletzungen bei Kindern in alkoholbelasteten Familien (ALC-VIOL)“ durch. Im Rahmen von ALC-VIOL wurden ca. 500 Kinder zwischen 12 und 18 Jahren aus alkoholbelasteten Familien sowie Kontrollkinder u.a. zu Familienvariablen und psychischen Auffälligkeiten in Interviews befragt (addiction 2007).

Die Ergebnisse von ALC-VIOL bestätigen Studien aus dem angloamerikanischen Raum, wonach rund 33-40% der Kinder alkoholabhängiger Eltern selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung entwickeln (OR=6,0). Eine besonders hohe retrospektive Transmission von Alkoholabhängigkeit - 50-75% - konnte bei Heimkindern, Jugendlichen im Strafvollzug, Patienten im Maßregelvollzug und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrien festgestellt werden. Auch die retrospektive Transmission bei Drogenabhängigkeit über zwei Generationen ist hoch: 45-50% der Eltern von Drogenabhängigen wiesen eine Alkoholabhängigkeit auf (Klein 2007a). Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit wie Männer ohne abhängigen Vater.

12.3.4 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Straftätern

Epidemiologische Studien über Substanzkonsum in Jugendstrafanstalten liegen in Deutschland nicht vor. Es gibt jedoch bei Haftantritt Einschätzungen der jungen Straftäter hinsichtlich ihrer Suchtmittelgefährdung und des Therapiebedarfs. Diesen zufolge wurden im Jahr 2004 in einer baden-württembergischen Justizvollzugsanstalt mit 750 Insassen zwischen 16 und 21 Jahren bei 67% der Neuzugänge eine Suchtmittelgefährdung und bei 43% ein Therapiebedarf festgestellt. Aussagen über die Höhe des tatsächlichen Konsums während der Haftzeit können daraus nicht abgeleitet werden (JVA Adelsheim 2007, persönliche Mitteilung).

Tabelle 38. Suchtmittelgefährdung und Therapiebedarf bei Neuzugängen in der JVA Adelsheim 2004

Suchtmittelgefährdung	Anteil
Keine erkennbare Suchtmittelgefährdung	21%
Opiatgefährdung	39%
Cannabisgefährdung	17%
Exzessiver Alkoholkonsum	11%
Verurteilung wegen Verstoß gegen BtMG, nicht selber konsumiert	5%
Therapiebedarf	
Therapiebedarf	25%
eher ja	18%
Ungewiss	13%
eher nein	11%
kein Therapiebedarf	33%

JVA Adelsheim 2007.

In forensischen Psychiatrien finden sich wenige junge drogenabhängige Straftäter. Die Hauptgruppe der Suchtkranken im so genannten Maßregelvollzug ist zwischen 31 und 40 Jahre alt, die Altersverteilung streut zwischen dem 21. und dem 65. Lebensjahr. Bei den Suchtdiagnosen handelt es sich in erster Linie um Alkoholabhängigkeit, erst in zweiter Linie um Drogenabhängigkeit. Häufig liegen zugleich schwere Persönlichkeitsstörungen vor. Die häufigsten Anlasstaten zur angeordneten Unterbringung sind Gewaltdelikte. Beim Großteil der Patienten bestehen erhebliche Mängel in der Schul- und Berufsausbildung, gravierende Probleme im Bereich Wohnen und Arbeiten und häufig eine hohe finanzielle Verschuldung. Bei jungen Straftätern spielen zusätzlich Reifungsdefizite eine Rolle (Claßen et al. 2006).

12.3.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund

Bislang liegen keine repräsentativen epidemiologischen Daten über Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor. Eine regionale Studie in Bayern mit russlanddeutschen Opiatabhängigen zwischen 18 und 27 Jahren, die erst in Deutschland begannen, Heroin zu konsumieren, ergab nur wenige signifikante soziodemographische Unterschiede zwischen den Abhängigen und der Kontrollgruppe. So kamen die Opiatkonsumenten häufiger aus größeren Städten, die Kontrollgruppe häufiger vom Land. Auch gab es unter den Opiatkonsumenten signifikant mehr Arbeitslose (38% wurden nach Auftreten der Opiatabhängigkeit arbeitslos), aber auch mehr Berufstätige, während sich in der Kontrollgruppe mehr Auszubildende und Schüler befanden. Hinsichtlich der Familien- und Wohnsituation, der Religionszugehörigkeit und dem schulischen Werdegang gab es keine signifikanten Unterschiede (Kazin 2006).

Deutlicher sind die Unterschiede bei den migrationsspezifischen Daten. So reisten 68% der Gruppe der opiatabhängigen Russlanddeutschen ohne deutsche Sprachkenntnisse ein (vs. 24% in der Kontrollgruppe). Auch zum Zeitpunkt der Befragung waren die Opiatabhängigen sprachlich schlechter integriert. Hauptgrund für die Ausreise nach Deutschland war in beiden

Gruppen der Wunsch der Angehörigen. Von den Opiatabhängigen wollten 16% selbst nicht ausreisen, von der Kontrollgruppe nur 8%. Statistische Signifikanz wurde für drei Aussiedlungsgründe festgestellt, die in der Kontrollgruppe häufiger gefunden wurden:

- „Wollte mit bereits in Deutschland lebenden Familienangehörigen zusammen sein“
- „Bessere Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder in Deutschland“
- „Wollte nicht länger als Deutscher Benachteiligungen ausgesetzt sein“ (Kazin 2006).

Eine wichtige Rolle spielte die Dauer des Aufenthaltes im Übergangsheim. Diese war bei den opiatabhängigen Spätaussiedlern signifikant länger, nämlich im Durchschnitt 18,0 Monate gegenüber 10,5 Monaten bei der Kontrollgruppe. Obwohl es in beiden Gruppen sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit der Migration nach Deutschland gab, war der Anteil derjenigen, die nur positive Erfahrungen gemacht hatten, in der Kontrollgruppe signifikant größer. Kontaktpflege zu einheimischen Deutschen oder anderen Spätaussiedlern spielten dagegen keine Rolle (Kazin 2006).

Als Einstiegsdroge wurde von fast zwei Dritteln der opiatabhängigen Russlanddeutschen direkt Heroin konsumiert. Dies unterscheidet die Gruppe deutlich von anderen nicht migrationspezifisch ausgewählten Gruppen von Opiatabhängigen in Deutschland. Sie entwickelten auch wesentlich gefährlichere Konsummuster und zeigten geringere Therapiemotivation (Kazin 2006).

Die Anzahl opiatabhängiger russlanddeutscher Frauen in Deutschland ist gering. Darüber hinausgehende Aussagen über genderspezifische Unterschiede in dieser Migrationsgruppe können nicht getroffen werden, da Frauen entweder nicht in die Studien einbezogen waren oder die Daten nicht genderspezifisch ausgewertet wurden.

Da in den Herkunftsländern Opiate relativ einfach zugänglich sind, kommen jugendliche Aussiedler teilweise bereits mit Vorerfahrungen im Drogengebrauch nach Deutschland. Sie haben oft besonders gefährliche Arten des Drogenkonsums angenommen, wie beispielsweise den Mischkonsum von Alkohol und Heroin, dessen Gefahrenpotential sie weit unterschätzen (Info-Dienst Deutsche Aussiedler 2002).

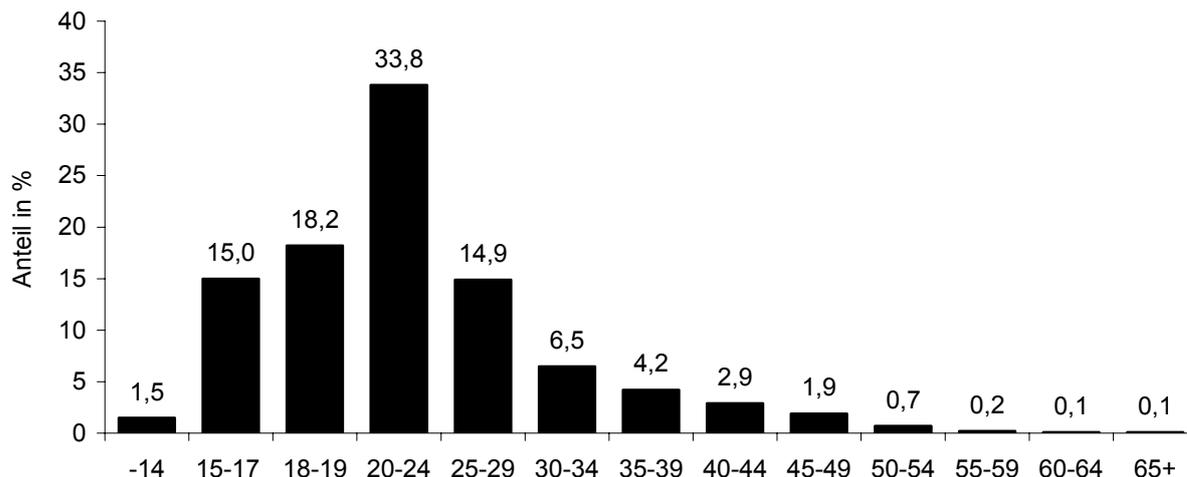
Eine neuere Studie (Heimann et al. 2007) untersucht die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Spätaussiedlern, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen. Dieser Studie zufolge führen die kulturellen Unterschiede in den Erklärungsmodellen zu Verständigungsproblemen mit den in Hilfseinrichtungen Tätigen. Türkische Jugendliche und jugendliche Aussiedler tendierten dazu, ihre Kontrollfähigkeit über das Suchtmittel zu überschätzen. Dies kann dazu führen, dass sie Einrichtungen der Suchthilfe erst spät aufsuchen. Besonders Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion fürchteten Stigmatisierung und soziale Marginalisierung.

12.3.6 Besonders gefährdete Gruppen in der behandelten Bevölkerung

Die Datensätze der deutschen Suchthilfestatistik lassen eine Interpretation hinsichtlich der Risikogruppen nicht oder nur sehr bedingt zu, da sie nicht risikogruppenspezifisch erhoben

werden. Es können nur Aussagen zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt gemacht werden.

Ca. 10% der Hilfesuchenden in Beratungsstellen sind Konsumenten mit der Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit. Die Behandlungsdaten spiegeln die Prävalenzen des Drogenkonsums bei Jugendlichen insofern wider, als sie zeigen, dass die Problematik bei den bis zu 14-Jährigen sehr gering ist, dann aber kontinuierlich bis zum Alter von 24 Jahren ansteigt und danach wieder sinkt. Von den Menschen, die ambulant beraten werden, sind 68,5% bis 24 Jahre alt, bzw. 83,4% bis 29 Jahre alt.



Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Abbildung 22. Altersverteilung der Hilfesuchenden mit Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit in ambulanten Beratungs-/Behandlungseinrichtungen

Aufgrund des hohen Anteils junger Menschen an den Cannabiskonsumenten können aus weiteren Daten der deutschen Suchthilfestatistik vorsichtige Rückschlüsse auf jugendliche Konsumenten gezogen werden. 90,2% der Cannabiskonsumenten, die durch Beratungsstellen erfasst werden, sind deutsch, 2,3% kommen aus der Europäischen Union (EU) und 7,4% aus sonstigen Ländern. Daraus kann man schließen, dass die Verteilung bei den jungen Menschen ähnlich ist. Ebenso verhält es sich bei den folgenden Merkmalen. Der Erstkonsum von Cannabis findet bei 41,1% im Alter bis zu 14 Jahren statt. Weitere 41,1% konsumieren Cannabis erstmals im Alter zwischen 15 und 17 Jahren. Wie bei dem mehrheitlich jungen Alter der Hilfesuchenden nicht anders zu erwarten, leben 45% der in der deutschen Suchthilfestatistik erfassten Cannabiskonsumenten bei den Eltern. 43,7% gehen zur Schule oder befinden sich in der Ausbildung. Weit mehr als die Hälfte, nämlich 64,1% wurden im Jahr 2006 erstmals beraten, was für einen verbesserten Zugang zum Klientel spricht. Der Altersdurchschnitt beträgt 23,6 Jahre.

Da in den anderen Hauptdiagnosegruppen die Altersverteilung stark differiert und auch das Durchschnittsalter wesentlich höher ist, können hier keine Rückschlüsse auf soziodemographische Merkmale der jungen Menschen gezogen werden.

Für die Risikogruppe der Straßenkinder und benachteiligten, drogengefährdeten oder -abhängigen Jugendlichen liegen deskriptive Daten aus den Jahresberichten einzelner regio-

ner Suchthilfeträger vor. Die Evaluation eines Projektes des Berliner Jugendsuchthilfeträgers Karuna e.V. gibt einen Einblick in die Problematik dieser Zielgruppe. Im „Zwischenland“ einem stationären Projekt, das der Stabilisierung, Motivierung, Klärung und Neuorientierung der Jugendlichen dienen soll, beträgt das Geschlechterverhältnis 3 (Jungen) zu 1 (Mädchen). Das durchschnittliche Alter ist 16,4 Jahre, altersbezogenen geschlechtsspezifische Unterschiede sind sehr gering. Es wird jedoch deutlich, dass die Jugendlichen im Projekt im Laufe der letzten 4 Jahre immer jünger wurden und zwar um insgesamt 9 Monate zwischen den Jahren 2000 und 2004. Auch die Altersvarianz hat sich verringert. Diese Verjüngung ist statistisch signifikant (Karuna 2004).

Von den Klienten gaben 80% Cannabis als Hauptdroge an, es folgten Opiate mit 13% sowie Alkohol mit 5% und Amphetamine mit 3%. Die Betrachtung der Konsummuster bei Aufnahme in das Projekt zeigt, dass alle Jugendlichen sowohl Cannabis, Alkohol und Tabak konsumiert hatten. Über die Hälfte hatte Erfahrungen mit Amphetaminen und Halluzinogenen und 45% hatten schon einmal Kokain konsumiert (Karuna 2004).

Fast zwei Drittel der Klienten gaben bei ihrer Ankunft im Projekt Suchtprobleme in der Familie an, eine traditionelle Familienstruktur war meist nicht vorhanden, der Kontakt zum Vater häufig abgebrochen. Zwei Drittel der Jugendlichen hatten innerhalb und außerhalb ihrer Familie Gewalt erlebt. Die Wohnsituation der Jugendlichen war vor der Aufnahme im Projekt von hoher Mobilität und Varianz geprägt. Ein Großteil hatte schon in anderen Einrichtungen gewohnt, entweder in Kriseneinrichtungen, Notunterkünften oder betreuten Wohnprojekten. Nur 30% gaben einen einzigen Wohnort an, alle anderen hatten in den vergangenen 6 Monaten in 2 bis 6 verschiedene Wohnorte. Die Hälfte der Jugendlichen hatte in den letzten Monaten/Jahren den Schulbesuch verweigert. Nur ein Drittel verfügte zum Zeitpunkt des Aufenthaltes im Projekt über einen Schulabschluss. 35% hatten Hafterfahrung (Karuna 2004).

12.4 Begleiterscheinungen und Folgen des Substanzgebrauchs bei besonders gefährdeten Gruppen junger Menschen

12.4.1 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Über die allgemeinen gesundheitlichen Aspekte des Drogenkonsums wird ausführlich in Kapitel 6 berichtet. Darüber hinausgehende Informationen über die hier behandelten Risikogruppen liegen kaum vor. Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, ist jedoch der Zusammenhang von psychischen Störungen und Substanzkonsum auffällig, wobei die kausale Richtung nicht immer eindeutig ist.

Die schwerwiegendste Folge von Drogenkonsum sind die Drogentodesfälle. Hier sticht die Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler mit über 10% im Jahr 2006 (132 von 1.296) besonders hervor (BKA, persönliche Mitteilung). Schon im Suchtbericht 2004 wies die Bundesregierung auf die prozentuale Zunahme der Drogentodesfälle von Aussiedlern hin während die Zahl der Drogentoten insgesamt sank (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004).

Ein zunehmend bedenkliches Problem stellt trotz des insgesamt sinkenden Alkoholkonsums von Jugendlichen das episodisch starke Trinken (binge drinking) dar. Dies führt im jugendlichen Alter häufig zu schwerwiegenden Intoxikationen, im ersten Halbjahr 2007 in einem Fall sogar mit tödlichem Ausgang. Die Zahl der alkoholbedingten stationären Aufnahmen in der Altersgruppe von 10 bis 19 Jahren ist zwischen 2000 und 2004 um 49% gestiegen. Besonders betroffen sind die unter 16-Jährigen, die die Hälfte der Betroffenen ausmachen. Unter ihnen sind speziell Mädchen gefährdet. Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hatte bei der Krankenhauseinweisung einen Blutalkoholwert von über zwei Promille (Prognos 2007).

12.4.2 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

Von den insgesamt 209.625 Tatverdächtigen für Rauschgiftdelikte waren fast die Hälfte (45,4%) heranwachsende 18- bis unter 25-Jährige. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren betrug 11,4%. Jugendliche und Heranwachsende weisen besonders bei Delikten im Zusammenhang mit Cannabis und Amphetaminen relativ hohe Anteile bei den Tatverdächtigen auf. Jeweils ein Viertel der Cannabis- und Amphetamindelikte werden 18 bis unter 21-Jährigen angelastet (Bundeskriminalamt 2007b).

Insgesamt jedoch ist gegenüber dem Jahr 2005 die Anzahl der Strafdelikte im Zusammenhang mit dem BtMG im Jahr 2006 sowohl bei den Kindern, als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden stark zurückgegangen, wobei der Rückgang bei den nichtdeutschen stärker ausfiel.

Tabelle 39. Veränderungen der Tatverdächtigenzahlen bei BtMG Delikten

Altersgruppen	Deutsche		Veränderung		Nichtdeutsche		Veränderung	
	2006	2005	Abs.	%	2006	2005	Abs.	%
Heranwachsende	37.280	41.586	-4.306	-10,4	6.450	7.823	-1.373	-17,6
Jugendliche	20.456	26.766	-6.310	-23,6	2.527	3.404	-877	-25,8
Kinder	678	1.068	-390	-36,5	65	103	-38	-36,9

Bundeskriminalamt 2007b.

12.5 Umgang mit Drogenproblemen in besonders gefährdeten Gruppen

12.5.1 Politische und gesetzgeberische Entwicklungen

Die rechtlichen Aspekte sowie die politischen Strategien im Umgang mit Drogen wurden schon in den Kapiteln 1 und 3 ausführlich behandelt. Der Begriff der Vulnerabilität in Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Sucht ist in Deutschland noch relativ jung. Der Begriff wurde eher im Bereich von Public Health und Gesundheitsförderung verwandt. Vulnerabilität ist danach ein Merkmal sozialer Benachteiligung neben materieller Benachteiligung, schlechterem Zugang zu Bildung und Gesundheit und geringer gesellschaftlicher Partizipation. Vulnerable Menschen und Gruppen verfügen über geringe eigene Ressourcen und Schutzfaktoren und sind dabei gleichzeitig erhöhten Risiken ausgesetzt. Dieses Verständnis

von Vulnerabilität hat u. a. das Risiko- und Schutzfaktorenmodell der Verhaltensprävention geprägt, durch das Risikofaktoren abgeschwächt und Schutzfaktoren gestärkt werden sollen.

12.5.2 Prävention und Behandlung

Suchtprävention in Deutschland wurde in Kapitel 3 bereits ausführlich dargestellt. Um einer Suchtgefährdung der jugendlichen Risikogruppen vorzubeugen, sind häufig Maßnahmen notwendig, die über suchtspezifische Informationen und Aufklärung hinausgehen und die Aspekte von Förderung sowie strukturelle Veränderungen stärker berücksichtigen. Dies bedeutet kindliche Frühförderung in sozial benachteiligten Wohnvierteln und für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Stärkung der Elternkompetenz, Sprach- und Integrationsförderung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und Lern- und Ausbildungsangebote für Schulverweigerer.

In all diesen Bereichen gibt es ein vielfältiges Angebot, das in Projekt- und Good-Practice Datenbanken (siehe Link Liste) nach unterschiedlichen Handlungsfeldern und Kriterien recherchierbar ist. Aufgrund eines stärker werdenden Bewusstseins für die Notwendigkeit von Projektqualität führen viele Projekte Struktur- und Prozessevaluationen durch. Aufwendigere Ergebnisevaluationen oder eine wissenschaftliche Begleitung können sich nur wenige Projekte leisten.

In verschiedenen Handlungsfeldern werden Wettbewerbe von Stiftungen oder öffentlichen Institutionen ausgeschrieben, um die Entwicklung innovativer Projekte zu fördern (siehe Link Liste). Der Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ zur Förderung innovativer gemeindenaher Ansätze wurde schon im letzten Bericht vorgestellt.

In Deutschland gibt es zahlreiche gute und evaluierte Präventions- und Interventionsansätze. Ein Problem besteht jedoch darin, die Kontinuität zu sichern. Das heißt, Projekte werden häufig als Modelle entwickelt und (teilweise durch den Bund) gefördert. Ist die Modell- oder Förderphase jedoch vorüber, ist es für die Projekte trotz positiver Evaluierung schwierig, eine Weiterfinanzierung auf der zuständigen Ebene zu erhalten, bzw. in die Regelversorgung übernommen zu werden.

Im Bereich der jugendspezifischen Suchtberatung und -behandlung existiert ein ausgedehntes Angebot. Das Einrichtungsregister der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zeigt 401 Beratungs- und Behandlungsstellen an, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind oder ein jugendspezifisches Angebot vorhalten. Darüber hinaus gibt es 60 Entzugskliniken und 105 stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die Kinder und Jugendliche aufnehmen, sowie 196 Einrichtungen des Betreuten Wohnens für Jugendliche.

12.5.3 Spezifische Maßnahmen für besonders gefährdete Gruppen

Straßenkinder

In den größeren Städten gibt es meist Projekte, die sich gezielt um Straßenkinder, sozial benachteiligte und drogenabhängige Kinder und Jugendliche kümmern. Mit Straßensozialarbeit, Notschlafstellen, Anlaufstellen und Cafès bieten sie den Kindern und Jugendlichen ein

niedrigschwelliges Angebot zur Überlebenssicherung. Die Mitarbeiter dienen als Ansprechpartner in allen Fragen und Unterstützer im Umgang mit Behörden. Darüber hinaus halten die Projekte häufig auch höherschwellige und therapeutische Angebote für diejenigen vor, die an ihrer Lebenssituation etwas verändern möchten und haben dadurch eine Schnittstellenfunktion zwischen Prävention, niedrigschwelliger lebenspraktischer Hilfe und Behandlung.

Beispiele für Websites, die Hinweise auf spezifische Hilfsangebote für Straßenkinder beinhalten sind: www.karunaberlin.de/ (Berlin), www.kids-hh.de/ (Hamburg), www.strassenkinder-leipzig.de/ (Leipzig), <http://www.treberhilfe-dresden.de/> (Dresden), <http://www.treberhilfe.org/> (Berlin), www.offroadkids.de, <http://www.klik-berlin.de/> (Berlin), <http://www.gangway.de/>.

12.5.4 Institutionelle Maßnahmen und Angebote

Kinder- und Jugendnotdienst

Als zentrale Anlaufstellen nehmen Kinder- und Jugendnotdienste der öffentlichen Jugendhilfe die Aufgabe wahr, Kinder und Jugendliche in Krisen- oder Notlagen in Obhut zu nehmen und gegebenenfalls in geeignete Einrichtungen weiterzuvermitteln.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Eine Heim- oder sonstige stationäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen kann auch das Ziel verfolgen, Suchtkarrieren zu verhindern oder den Ausstieg aus der Sucht zu fördern. Ein Beispiel für einen kombinierten jugend- und suchtspezifischen Ansatz ist die Einrichtung „Kleiner Bärenberg“, ein Projekt der Drogenhilfe-Nordhessen, das vollstationäre Hilfe zur Erziehung anbietet. Ausgehend von der Annahme, dass es ein isoliertes Suchtmittelproblem bei Jugendlichen nicht gibt, arbeitet das Projekt mit einem umfassenden pädagogischen und therapeutischen Konzept, das auch schulische Ausbildung und Berufsorientierung umfasst. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist die Befähigung zur suchtmittelfreien Lebensführung (http://www.drogenhilfe-nordhessen.de/boeddigerberg/boe_kbb.htm).

Eine umstrittene Rolle nehmen geschlossene Heime ein, denn Jugendhilfe hat einen Entwicklungs- und Förderauftrag und keinen Strafauftrag. In die geschlossenen Einrichtungen kommen Kinder und Jugendliche nicht durch die Verurteilung eines Jugend- oder Strafgerichtes, sondern auf Anordnung eines Familienrichters, wenn das Kindeswohl in Gefahr ist. Als Einweisungsgrund für diese intensivtherapeutische Betreuung gilt häufiges Weglaufen, meist in Kombination mit Defiziten im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung u.a. auch Suchtgefährdung, Schulproblemen oder allgemein die Gefahr einer kriminellen Entwicklung. (Deutsches Jugendinstitut 2000).

Angebote für erstauffällige Drogenkonsumenten und Drogenabhängige in Haftanstalten

Der erfolgreiche Präventions- und Frühinterventionsansatz FreD für Erstauffällige Drogenkonsumenten wurde schon in früheren Reitoxberichten vorgestellt. Auch für jugendliche Straftäter, die zu Haftstrafen verurteilt wurden, gibt es Behandlungsmöglichkeiten. So verfü-

gen einige Strafanstalten über sozial- und/oder suchtttherapeutische Einrichten. Grundlagen der suchtttherapeutischen Behandlung sind die Aufarbeitung der Drogensucht in Gesprächsgruppen, körperliches Aufbautraining, Arbeitstherapie und Erlernen sozialer Verhaltensweisen sowie eine gründliche Vorbereitung der Entlassung. Darüber hinaus führen Drogenberatungsstellen in allen Bundesländern externe Suchtberatung für Straf- und Untersuchungshäftlinge durch.

12.5.5 Soziale Integration

Sozial benachteiligte Stadtteile

In diesem Bereich gibt es eine Vielzahl von Projekten, die sich an unterschiedliche Zielgruppen wenden oder zielgruppen- und handlungsfeldübergreifend arbeiten, wie z.B. das Lernhaus in Berlin (www.lernhaus.net), Familienprogramme wie „Adebar“ (www.adebar-st-pauli.de) und „Schutzengel“ (www.schutzengel-flensburg.de), Stadtteil- und Frauentreffpunkte (www.tenever.de), Integrationsprojekte (www.imaz.org ; www.bkk-promig.de) und Projekte der Gemeinwesenarbeit (www.oldenburg.de/stadtol ; www.margaretenhuetten.de). Aufbauend auf niedrigschwelligen, Ressourcen stärkenden Ansätzen und integrierten Handlungskonzepten arbeiten diese Projekte präventiv in einem umfassenden Sinne (siehe Link Liste).

Schulabbrecher

Schulverweigerung ist in Deutschland schon seit einigen Jahren im Blickfeld von Politik, Wissenschaft und Praxis. Initiativen und Verbände haben Methoden und Konzeptionen zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration weiterentwickelt und verbessert. Dabei haben sich zwei Schwerpunkte herausgebildet:

- Ansätze, die Ressourcen von Jugendlichen fördern und sie aktivieren, ihr Leben selbst zu gestalten,
- Ansätze, die eine bessere Abstimmung und Verknüpfung mit anderen Handlungsfeldern und Fördermöglichkeiten anstreben.

Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) organisierte und moderierte zwischen 2003 und 2005 ein Netzwerk von Projekten, die in Kooperation mit Jugendsozialarbeit und Schulen gemeinsame Anstrengungen zur Prävention von Schulmüdigkeit und Schulverweigerung unternahmen. Gefördert wurde dieses Vorhaben vom Bundesbildungsministerium (BMBF) im Rahmen des Programms „Kompetenzen fördern - Berufliche Qualifizierung für Zielgruppen mit besonderem Förderbedarf“. Kofinanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (http://cqi.dji.de/bibs/229_2190_praxisprojekte.pdf).

Ethnische Minderheiten

Auf Angebote für ethnische Gruppen wurde bereits in Kapitel 3.3.2 eingegangen.

Maßnahmen zur Erhaltung der Öffentlichen Ordnung

In diesem Bereich gibt es auf kommunaler Ebene vereinzelt Verbote für Alkohol- und Drogenkonsum auf öffentlichen Plätzen, insbesondere Spielplätzen. Personen, die durch Alkoholkonsum und Verwahrlosung besonders auffallen, erhalten in einigen Städten Aufenthaltsverbote für bestimmte Regionen. Es existieren jedoch keine bundes- oder länderweit einheitlichen Regelungen.

Einrichtungen der Suchthilfe, die aufgrund des Verhaltens ihrer Klientel Schwierigkeiten mit dem Umfeld erwarten, sorgen meist durch Hausordnungen, Regeln für das Verhalten im näheren Umfeld und „Runde Tische“ im Stadtteil für unbürokratische Lösungen, in die auch die Drogenabhängigen mit einbezogen sein können, z.B. beim Aufsammeln benutzter Spritzen in der szenenahen Umgebung.

12.5.6 Trends und Veränderungen

In Hinblick auf die besonders gefährdeten Gruppen junger Menschen wird deutlich, dass die Themen „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Sucht und Migration“ bei Politikern und Fachöffentlichkeit deutlicher ins Bewusstsein gerückt sind. Auch die Problematik der Schulverweigerer wird stärker wahrgenommen. Weiterhin gibt es neben zielgruppenspezifischen Maßnahmen und Interventionen auch breiter angelegte, themen- und zielgruppenübergreifende Programme und Projekte (siehe Kapitel 12.5.5).

In den Kommunen und Landkreisen haben Jugend- und Suchthilfe begonnen zusammenzuarbeiten und Schnittstellenprobleme zu beheben. Suchtprävention ist einerseits ein integraler Bestandteil von Schule und Jugendhilfe andererseits setzt sich die Erkenntnis durch, dass spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen notwendig sind. Wohlfahrtsverbände und freie Träger wie z.B. Condrobs (www.condrobs.de) oder Suchthilfe direkt (www.suchthilfe-direkt.de/) und andere Träger haben darauf reagiert und jugendspezifische Beratungs- und Behandlungsprojekte mit unterschiedlichen Modulen konzipiert. Es entwickelt sich zunehmend eine praxisnahe Zusammenarbeit, wie z.B. in Sachsen-Anhalt, wo die Drogenberatungsstelle Magdeburg in einem Kooperationsprojekt mit einem Jugendziehungsheim Mitarbeiter schult und einen Leitfaden für den Umgang mit Drogen konsumierenden und gefährdeten Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe erarbeitet hat.

Frühinterventionsstrategien

„Stop - and go!“ ist ein Projekt zur familienorientierten Suchtprävention der Landesstiftung Baden-Württemberg in Kooperation mit der Caritas. Zielgruppe sind Familien mit Kindern im Alter von 12 bis 18 Jahren, die auffällig psychoaktive Substanzen (Nikotin, Alkohol, Drogen) konsumieren. Das Projekt soll es Eltern, Jugendlichen und Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben, erleichtern, bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf den gesundheitsschädlichen oder riskanten Suchtmittelkonsum aufmerksam zu werden um dann gegebenenfalls zeitnahe Unterstützung zu erhalten. Das Projekt ist in das Gesamtberatungs- und Hilfsberatungsangebot der Psychosozialen Beratungsstelle eingebunden. Neben persönlichen Beratungsge-

sprächen für Eltern und Kinder gibt es auch eine Online-Beratung und eine Telefonsprechstunde. Im Projektzeitraum werden sowohl Seminare für interessierte Eltern als auch für die Jugendlichen selbst angeboten.

Der Erfolg des Projekts ist eng mit der frühen und direkten Einbindung von möglichen Kooperationspartnern vor Ort verknüpft. Um Kinder, Jugendliche und Eltern möglichst lebensweltnah erreichen zu können, sieht Stop - and go! daher eine enge Vernetzung mit den bereits bestehenden (Hilfe-)Angeboten und den Partnern aus den unterschiedlichsten Handlungsfeldern vor. Schnittstellen ergeben sich u. a. zu den Bereichen Jugendarbeit und Jugendhilfe, Schule und Schulsozialarbeit, Polizei und Jugendgerichtshilfe sowie Allgemeinärzte und Krankenhäuser. Bei Interesse werden für diese Institutionen Schulungen und Infoveranstaltungen angeboten. „Stop - and Go!“ wird durch die Fachhochschule Esslingen wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung hat den Schwerpunkt, neue Zugangswege zu Familien zu erforschen. (<http://www.caritas-ulm.de/34318.html>).

Selektive Prävention für Risikofamilien

Wie schon in Kapitel 3.2.2 und 3.3.3 beschrieben, ist das Thema Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten und sozial benachteiligten Familien ein wichtiges Thema geworden.

Die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen führt Forschungsprojekte zu unterschiedlichen Themen der Suchtprävention und Frühintervention durch, u.a. zu familialen Risiken bei der Suchtentstehung und zum Zusammenhang zwischen Alkoholproblemen und Gewaltverhalten in Familien. Sie ist beteiligt am europäischen Forschungsprojekt „ALC-VIOL“. Ihre Kompetenzplattform Suchtforschung führt seit März 2005 das Projekt „Gewalterfahrungen, Unfälle und Verletzungen bei Kindern in alkoholbelasteten Familien (ALC-VIOL)“ durch. Die Europäische Kommission unterstützt das Projekt finanziell im Rahmen des DAPHNE-Programms - ein Aktionsprogramm mit dem Ziel Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen zu verhüten und zu bekämpfen (<http://www.addiction.de/index.php?id=71>).

In Baden-Württemberg wurden in der Zeit von 2002 bis 2007 an insgesamt 23 Standorten Suchtpräventionsprojekte mit Kindern suchtkranker Eltern durchgeführt, gefördert von der Landesstiftung Baden-Württemberg. 16 dieser Projekte wurden für eine Evaluationsstudie ausgewählt, die Hinweise auf den Verlauf der Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern die an einer Kindergruppe teilnehmen, liefern soll. Aufgrund der Heterogenität der verschiedenen Maßnahmen können noch keine abschließenden Aussagen über die Wirksamkeit gemacht werden.

Stellvertretend für die Ansätze, die sich an suchtbelastete und sozialbenachteiligte Familien richten, seien hier einige Projekte mit unterschiedlichen Ansätzen vorgestellt. „Fitkids“ in Wesel ist ein Projekt, das vor allem die Belange der benachteiligten Kinder aus suchtbelasteten Familien in den Vordergrund stellt. Neben Angeboten für Kinder gibt es jedoch auch Angebote für suchtkranke Eltern, für werdende Eltern und auch für Fachkräfte, die sich weiterbilden wollen. Von Anfang an hatte die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit zentrale Bedeutung für das Projekt (<http://www.fitkids-wesel.de/>). Das Projekt arbeitet im Arbeitskreis "Hilfen für Kinder von Suchtkranken" der Katholische Fachhochschule NRW auf

Landesebene teil. Ein „Mütter Unterstützungstraining“ (MUT) für substituierte Mütter wurde landesweit von zwölf Trägern angeboten und wissenschaftlich über das Programm "Transferorientierte Forschung an Fachhochschulen" (TRAFO) begleitet und ausgewertet. Der Arbeitskreis ist an das europäische Netzwerk ENCARE angebunden (<http://www.encare.info/>).

Weitere Projekte:

- „Ambulant Sozialpädagogische Familienhilfe in Familien mit Suchtproblemen (SPFH-Sucht)“. Drogenhilfe Nordhessen e.V. <http://www.drogenhilfe-nordhessen.de/>
- Selbsthilfe für Kinder und Jugendliche: www.nacoa.de, <http://www.alanon.de/subdomains/alateen/www/>)
- Ansätze, bei denen stärker die Mütter oder Eltern im Vordergrund stehen, sind:
 - „Liliput“: <http://www.soziales.nuernberg.de/drogen/projekte.html#liliput>
 - „extra“ <http://www-extra-ev.org/index.html> und
 - „Lichtpunkt“ <http://www.idh-frankfurt.de/>.

„Lichtblick“ ist Partnerorganisation des europäischen Projekts „Vulnerable People: addicted mothers and their young children - preventing upbringing problems by providing professional assistance“ (<http://www.vulnerablepeople.org/>). Dieses Projekt hat zum Ziel, länderübergreifende Standards in der Umgangsweise mit Kindern drogenabhängiger Eltern zu entwickeln.

Präventionsprojekte für sozial benachteiligte Familien mit Kindern haben nicht immer einen explizit suchtspezifischen Anspruch. Durch Erziehungskompetenz fördernde Ansätze wirken sie jedoch auch suchtpreventiv. Vertretend sei hier das Magdeburger Präventionsprogramm "Eltern-AG" genannt, das vom Landesministerium für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt unterstützt wird. Niedrigschwelligkeit und Empowerment sind zentrale Merkmale des Projektes, das dazu beitragen möchte, die Erziehungskompetenzen sozial benachteiligter Eltern zu verbessern. Ziele sind die Förderung der sozialen und pädagogischen elterlichen Fertigkeiten sowie der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder während der ersten sieben Lebensjahre, die Verminderung von schichtspezifischen Risikofaktoren und die Anregung nachbarschaftlicher Elternnetzwerke. Durch die Stimulierung von Autonomie und Selbsthilfekompetenzen der Eltern hat die „Eltern-AG“ das Potential, eine Wirkung über das Projekt hinaus zu entfalten. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und wurde als Good-Practice-Projekt ausgezeichnet (www.eltern-ag.de).

12.5.7 Linkliste Projektdatenbanken

Sozial Benachteiligte

- www.iss-ffm.de/infoboerse/projekt/recherche.html Infobörse Teilhabe und Integration (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik)
- <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=17> Datenbank SINTEGRA (Deutsches Jugendinstitut)

- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin)
- www.good-practice.de/loesungen/ Infobörse Teilhabe und Integration (Bundesinstitut für Berufsbildung)
- <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=25> PRAXIMO - Praxismodelle Jugend in Arbeit (Deutsches Jugendinstitut)
- www.sozialestadt.de/ Bundestransferstelle Soziale Stadt
- <http://infodok.bka.de/> Bundeskriminalamt
- <http://www.kriminalpraevention.de/> Deutsches Forum Kriminalprävention

Wettbewerbe/ Förderung

- www.deutscher-praeventionspreis.de Deutscher Präventionspreis
- <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/8186.asp> LISA-Projekte starten für eine bessere Integration junger Spätaussiedler
- <http://www.institut.de/preis/foerderpreis.htm> Deutscher Förderpreis Kriminalprävention
- <http://www.eundc.de/themen/eundc.html> Bundesmodellprogramm Entwicklung+Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (Stiftung SPI) (2006 abgeschlossen)
- http://www.los-online.de/content/e2717/index_ger.html LOS - Lokales Kapital für soziale Zwecke (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006 abgeschlossen)

13 Drogenbezogene Forschung

13.1 Forschungsstrukturen

13.1.1 Drogenbezogene Forschung in der nationalen Politik

Nachdem verschiedene Untersuchungen in der Vergangenheit einen erhöhten Forschungsbedarf im Bereich des Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen Substanzen identifiziert haben, wurde der 1990 verabschiedete „nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“, der einseitig auf illegale Drogen ausgerichtet war, vom „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) abgelöst. Der Schwerpunkt der deutschen „Drogen- und Suchtpolitik“ liegt seit dessen Implementierung vor allem auf der Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums (siehe auch 1.1.3). Dieser Umstand hat zur Folge, dass die Forschungsaktivitäten im Bereich legaler Suchtstoffe verstärkt unterstützt werden. Im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ sind folgende Maßnahmen im Bereich der Forschung aufgelistet:

Aufbau eines Monitoringsystems zur Früherkennung riskanter Substanz- und Konsummuster,

- Förderung von Forschungsvorhaben ...
 - ..., die auf die Verbesserung von Prävention und Behandlung zielen,
 - ... zu Suchtursachen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie zu sekundärpräventiven Maßnahmen,
 - ... zu den Einflüssen von Drogen- und Arzneimittelkonsum auf das Fahrvermögen und allgemeines Unfallgeschehen in Haus, Beruf oder Schule,
 - ... zur Untersuchung des Alkoholmissbrauchs als Risikofaktor bei der Entstehung von Gewaltdelinquenz und
- Erforschung von Wirkfaktoren im Rehabilitationsprozess zur Entwicklung von Rehabilitationsleitlinien, von Aufwand-Nutzen-Analysen und zur differentiellen Rehabilitationszuweisung.

Zu den konkreten Zielen gehören auch die Bekämpfung illegaler Drogen (insbesondere von Cannabis) und die Überlebenseicherung Schwerstdrogenabhängiger. Sowohl im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ als auch im sich an ihm orientierenden Arbeitsprogramm des „Drogen- und Suchtrates“ (DSR 2006) wird darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der formulierten Ziele auch immer die aktuellen Forschungsergebnisse der im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Länder geförderten Verbundforschungsprojekte in diese Überlegungen einbezogen werden sollen.

Schwerpunkte

In Deutschland werden alle wesentlichen Bereiche der drogenbezogenen Forschung abgedeckt. Substanzübergreifend bedienen dabei Disziplinen wie Biomedizin und Biochemie eher

die Grundlagenforschung, während Fächer wie Public Health, Psychologie und Soziologie eher anwendungsorientiert sind. Eine bedeutende Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Suchtforschungsverbände, die im Jahre 2000 mit dem Ziel gegründet wurden interdisziplinäre und anwendungsnahe Suchtforschung zu betreiben.

Beschränkungen

Alle drogenbezogenen Studien unterliegen finanziellen und den nationalen, europäischen und internationalen ethischen und gesetzlichen Beschränkungen. Eine deutsche Besonderheit stellt die föderale Struktur des Landes dar, die dazu beiträgt, dass eine zentrale Erfassung aller auch mit regionalen oder lokalen Mitteln geförderten Projekte und Maßnahmen nicht möglich ist. Daher ist auch nicht in allen Fällen gewährleistet, dass z.B. Erfahrungen aus regionalen Modellprojekten auch national bekannt und damit entsprechend umgesetzt werden. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang Fachgesellschaften und Netzwerke von Wissenschaftlern, die z.B. in überregionalen Gremien oder Fachzeitschriften einen Austausch relevanter Forschungsergebnisse über lokale oder regionale Grenzen hinweg gewährleisten.

13.1.2 Beziehung Forschung - Politik - Praxis

Genau wie die Politik durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Förderung bestimmter Studien Einfluss auf die Forschung hat, dienen wissenschaftliche Erkenntnisse auch als Beiträge zu Entscheidungen der Politik, auch wenn eine lineare Beziehung nicht unmittelbar erkennbar ist. Mit dem Ziel der Verbesserung der Verkehrssicherheit wurden in den letzten Jahren von der Bundesanstalt für Straßenwesen zu der Problematik "Drogen und Arzneimittel" weitere Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesens durchgeführt bzw. begonnen. Ein weiteres Beispiel sind Forschungsergebnisse, die hirnormale Beeinträchtigungen und Langzeitschäden auf den Konsum von illegalen synthetischen Drogen zurückführen. Unter Bezugnahme auf diese Studien wurden die politischen Entscheidungsträger in ihrer Absicht bestärkt, gegen die Herstellung, den Handel und den Konsum von Designerdrogen vorzugehen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003). Auch aus diesem Grund sollen einerseits Präventionsmaßnahmen zur Nachfragereduzierung unterstützt und andererseits die staatlichen Repressionen zur Angebotsreduzierung verstärkt werden.

13.1.3 Bedeutende nationale Strukturen für drogenbezogene Forschung

Koordinationsinstitutionen

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es keine zentrale Koordinationsinstitution für drogenbezogene Forschung. Einerseits sind, abhängig von den Inhalten der Studien, verschiedene Ministerien verantwortlich, z.B. das BMG für die Heroinstudie, das BMBF für Studien der Suchtforschungsverbände oder das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) für Drogenkonsum im Straßenverkehr, andererseits gibt es zahlreiche Forschungsprojekte, die von den Bundesländern oder Kommunen oder von nichtstaatlichen

Organisationen und Stiftungen gefördert werden. Die größten nationalen Auftraggeber für drogenbezogene Forschungsprojekte sind das BMBF, dessen Hauptaugenmerk vor allem auf der Anwendungsforschung liegt, das BMG (inklusive der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Robert-Koch-Institut (RKI)) und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) mit dem Schwerpunkt Grundlagenforschung. Das RKI bzw. die BZgA vergeben Forschungsaufträge nicht nur extern, sondern führen sie teilweise auch selbst durch.

Forschungsinstitute und Organisationen

Aufgrund der Defizite in der Suchtforschung und in der Versorgung Suchtkranker wurden seit dem Jahr 2000 im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung interdisziplinäre Forschungsverbände aufgebaut, in denen substanzspezifische und substanzübergreifende Fragen bearbeitet werden. In den Forschungsverbänden wird die anwendungsorientierte Forschung in enger Kooperation mit den Versorgungseinrichtungen mit dem Ziel gefördert, den beratenden und behandelnden Institutionen die Ergebnisse der Forschung zugänglich zu machen und dadurch eine Übertragung in den Versorgungsalltag zu gewährleisten. Bei den vier Suchtforschungsverbänden (Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen (NRW), Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg (BW), Suchtforschungsverbund Sachsen/Bayern (ASAT) und Suchtforschungsverbund Nord-Ost) handelt es sich jeweils um regionale Zusammenschlüsse renommierter Suchtforscher und wissenschaftlicher Einrichtungen. Während die anderen drei Suchtforschungsverbände neben einigen Projekten zur Grundlagenforschung hauptsächlich Tabak- und Alkoholforschung betreiben, liegt der Schwerpunkt im ASAT auf der Erforschung illegaler Substanzen.

Einige bedeutende universitäre und unabhängige Institute sind das Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim, das Institut für Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität (TU) in Dresden, das Centre For Drug Research (CDR) und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Frankfurt/M., das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg, die BZgA, die Kompetenzplattform Suchtforschung an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW), die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und das Institut für Therapieforschung (IFT) in München.

Rahmenfinanzierung

Verschiedene vor allem universitäre Fachbereiche, Abteilungen, Lehrstühle, Arbeitsgruppen und Professuren wie zum Beispiel das ZI in Mannheim, das ZIS in Hamburg und die Arbeitsgruppen in Frankfurt sind grundfinanziert. Darüber hinaus schreiben auf nationaler Ebene das BMG, das BMBF und die DFG entweder Forschungsprojekte mit vorgegebenen Rahmenbedingungen (Budget, Dauer, Inhalt, etc.) und Fragestellungen aus, auf die sich universitäre oder unabhängige Forschungsinstitute bewerben oder die Forschungsinstitute beantragen bei den Förderern Unterstützung für eine konkrete Studie. Regionale Projekte werden von Bundesländern, Städten, Kommunen oder von nichtstaatlichen Organisationen und Stiftungen finanziell unterstützt. Die Etats des BMBF, des BMG und der DFG differenzieren

zwar verschiedene Bereiche der Gesundheitsförderung, aber nicht in jedem Fall explizit nach Projekten zu illegalen Drogen.

Das BMBF stellte für die erste Förderperiode (2001-2004) der vier Suchtforschungsverbände 9 Mio. € an finanziellen Mitteln zur Verfügung, hinzu kamen 600.000 € vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK-BW) für den Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg. Von insgesamt 24 geförderten Projekten befassten sich zwei ausschließlich mit illegalem Drogenkonsum und fünf weitere allgemein mit dem Missbrauch legaler und illegaler Substanzen. In der zweiten Förderperiode (2004-2007) standen den Forschungsverbänden insgesamt 10.807.351 € für 26 Studien (davon fünf Studien, die exklusiv illegale und vier die sowohl legale als auch illegale Drogen zum Inhalt haben) zur Verfügung. Zu den offiziell im Rahmen der Suchtforschungsverbände geförderten Projekten kommen noch eine ganze Reihe weiterer assoziierter Projekte hinzu, die im oben genannten Etat nicht aufgeführt sind, aber von den gegründeten Netzwerken strukturell profitieren. Im ASAT beziehen sich von den sechs assoziierten Projekten vier auf illegale Drogen und die anderen beiden auf legale und illegale Drogen.

13.2 Neueste bedeutende Studien und Publikationen

13.2.1 Bedeutende Studien seit 2000

Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Heroinstudie)

Forschungsinstitution: Das Modellprojekt ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München und wird durch die Bundesärztekammer begleitet. Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie wurde das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) beauftragt. Leiter der klinischen Prüfung (LKP) ist Prof. Dr. Dieter Naber. Klinischer Projektleiter ist Prof. Dr. Christian Haasen (beide ZIS).

Finanzierung: Das Projekt wird aus dem Bundeshaushalt (BMG) sowie von den beteiligten Städten und teilweise den Bundesländern finanziert. Die Gesamtausgaben beliefen sich zwischen 2002 und 2004 auf 23.528.746 € (v. d. Schulenburg & Claes 2006a).

Abstract:

Hintergrund/Ziele: Im Modellprojekt werden Schwertheroinabhängige, die von einer Methadonbehandlung nicht profitierten oder vom therapeutischen System nicht erreicht wurden, behandelt. Die beiden Hauptkriterien der Wirksamkeitsbeurteilung sind, ob hinsichtlich einer gesundheitlichen Stabilisierung und einer Verringerung des illegalen Drogenkonsums bei diesen Patienten die strukturierte Behandlung mit Diamorphin wirksamer ist als eine Methadonbehandlung unter vergleichbaren Bedingungen.

Methode: In sieben Städten wurden 1.032 Heroinabhängige randomisiert der methadon- oder der heroingestützten Behandlung zugeteilt, hinzu kamen jeweils intensive psychosoziale Betreuungen.

Ergebnisse: Bei 80% der Probanden in der Heroingruppe konnte eine gesundheitliche Verbesserung nachgewiesen werden (im Gegensatz zu 74% in der Methadongruppe). Der illegale Drogenkonsum ging bei 69,1 % der diamorphinsubstituierten, aber nur bei 55,2% der methadonsubstituierten Patienten zurück.

Schlussfolgerung: Es zeigte sich eine statistisch signifikante Überlegenheit der Heroin- gegenüber der Methadonbehandlung in den beiden Hauptkriterien der Wirksamkeitsbeurteilung. Vor dem Hintergrund der positiven Ergebnisse wurde ein Antrag auf die Zulassung von Diamorphin als verkehrsfähiges und verschreibungsfähiges Medikament gemäß Anlage III zu §1 BtMG beim BfArM eingereicht, der bis jetzt noch nicht bewilligt wurde, da dazu eine Gesetzesänderung durch den Bundestag nötig ist.

Zitationen:

Naber, D. & Haasen, C. (2006). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte und kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung. Hamburg: ZIS der Universität Hamburg.

Weitere Informationen und Publikationen, insbesondere die Berichte zu den Spezialstudien, sind unter <http://www.heroinstudie.de> abrufbar.

Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger - eine vergleichende Querschnitts- und Verlaufsuntersuchung

Forschungsinstitution: Diese Studie wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Rainer Thomasius von 1996 bis 2001 durchgeführt.

Finanzierung: Projektträger war das DLR für das Förderprogramm des BMBF-Förderschwerpunktes Sucht. Die Ausgaben betragen für den gesamten Zeitraum zwischen 1996 und 2001 1.211.000 DM (\approx 619.000 €) (P.-M. Sack, persönliche Mitteilung, 28.08.2007).

Abstract

Hintergrund/Ziele: Eine abstinentenorientierte, nicht-substituierende ambulante Familientherapie (n=86) mit einem drogenabhängigen Jugendlichen oder jungem Erwachsenen wird multikriterial evaluiert. Die ambulante Familientherapie wird über ein „Zwillings“-Design mit einer stationären Kontrollgruppe verglichen (Klienten einer Therapeutischen Gemeinschaft, n=38) sowie mit den Daten zweier Referenzgruppen: Familien mit dem gleichen Problem vor Beginn einer Suchtbehandlung (n=51), Familien mit psychiatrisch unauffälligen Peers (n=31).

Methode: Fünf Zielkriterien (Suchtstatus, Familiendynamik, Störungs-Symptomatik, psychosoziale Integration und Therapiezufriedenheit) werden durch Prä-post-Analysen und in Ein- und Zweijahreskatamnesen untersucht.

Ergebnisse: Von den teilnehmenden Familien beendeten 72% und von der Kontrollgruppe 37% ihre Therapien. Von den abhängigen Jugendlichen der Familientherapie-Stichprobe verbesserten 61% deutlich oder sehr deutlich ihren Suchtstatus (EuropASI, Urinalysen). In allen Zielkriterien fanden sich bei allen teilnehmenden Familienmitgliedern Verbesserungen. Trotz der intensiveren Behandlung waren die Ergebnisse der Klienten der Therapeutischen Gemeinschaft gleich oder nur wenig besser. In der Zwei-Jahres-Katamnese erwiesen sich die Ergebnisse der Familientherapie-Stichprobe als stabil; sie waren besser als die Werte der Familien vor einer Suchtbehandlung und ähnlich denen der unauffälligen Familien. In der Familienbeziehung zeigt sich ein *delay*-Effekt von zwei Jahren; erst dann ist beim Gros der familientherapeutisch behandelten Patienten eine Familienbeziehung etabliert, die überwiegend zufriedenstellend ist und das Beziehungssystem zur Lösung vieler anfallender Probleme befähigt.

Schlussfolgerung: Für eine ambulante familientherapeutische Behandlung von Jugendlichen mit der Diagnose „Abhängigkeit von multiplen Substanzen/Schädlicher Opiatgebrauch“ oder „Abhängigkeit von multiplen Substanzen/Episodischer Opiatgebrauch“, die in regelmäßigem Kontakt mit ihren Herkunftsfamilien stehen, kann eine gute kurz- und längerfristige Prognose gestellt werden. Den besonders rückfallgefährdeten Jugendlichen (männlich, Diagnose „Abhängigkeit von Opiaten/Schädlicher Gebrauch multipler Substanzen“) sind Wege der Nachsorge aufzuzeigen.

Zitationen:

Thomasius, R. (Hrsg.) (2004). Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und -Prozessen. Hamburg: Dr. Kovac.

Optimierung der substitutionsgestützten Therapie durch indikative Zuordnung von Substitutionsmitteln und psychosozialen Behandlungskomponenten zu Patientenprofilen (OSTD)

Forschungsinstitution: IFT München

Finanzierung: Es handelt sich um ein offizielles Projekt im Suchtforschungsverbund ASAT mit Mitteln des BMBF unter der Leitung von Dr. Heinrich Kufner. Das Gesamtbudget betrug zwischen dem 01.11.2001 und dem 30.04.2006 rund 523.000 €.

Abstract:

Hintergrund/Ziele: Ziel ist die Allokation des Substitutionsmittels und Zuordnung von psychosozialen Behandlungskomponenten zu Störungsprofilen bei opioidabhängigen Patienten und die Identifizierung von Prädiktoren für Behandlungserfolg.

Methode: Erstens eine klinische Wirksamkeitsstudie im prospektiven randomisiert-kontrollierten Design an unselegierter Patientenstichprobe und zweitens die Prüfung der Übertragbarkeit, Akzeptanz und Effektivität in Einrichtungen der klinischen Versorgung (Transfer-Studie).

Ergebnisse: Die Haltequote betrug insgesamt 52,1%. Der Substanzmissbrauch sank sowohl in der mit Methadon, als auch in der mit Buprenorphin behandelten Gruppe signifikant. Die Auswertungen sind noch nicht abgeschlossen.

Schlussfolgerung: Substitutionsbehandlung ist eine sichere und effektive Behandlungsmethode für Drogenabhängigkeit, wobei Methadon und Buprenorphin gleichermaßen wirksam sind. Dauer des Opioidkonsums und Einstiegsalter sind bedeutsame, Entzugssymptome die stärksten Prädiktoren für Drop-outs aus den Behandlungen.

Zitationen:

Küfner, H. & Hackmann, K., Schnabel, A. & Soyka, M. (2004) Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger (OSTD): Entzugssymptome und Suchtverlangen in der ersten Einstellungswoche. Suchtmed 6 (1) 95-97.

Küfner, H. & Johann, M.. Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution. Manual 4.0. Eingereicht in Lengerich: Pabst.

Soyka, M., Zingg, C., Koller, G. & Küfner, H. (2007). Retention Rate and Substance Use in Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy and Predictors of Outcome: Results from a Randomized Study. The International Journal of Neuropsychopharmacology. (Submitted)

Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments (COBRA)

Forschungsinstitution: Die Studie begann 2003 und wurde durchgeführt vom Institut für Psychologie und Psychotherapie AG Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung der TU Dresden, dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie München, der Arbeitsgruppe klinische Psychologie und Epidemiologie und der psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwigs-Maximilians-Universität München als assoziiertes Forschungsvorhaben des BMBF Suchtforschungsverbundes ASAT. Projektleiter ist Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen.

Finanzierung: Das Projekt wird mit Mitteln des BMBF gefördert. Angaben zum Budget liegen nicht vor.

Abstract

Hintergrund/Ziele: In dem Forschungsprojekt geht es um eine Evaluation der Risiken, Vor- und Nachteile verschiedener Interventionsstrategien und Modalitäten in der Substitutions- und Versorgungspraxis Opiatabhängiger in Deutschland. Zielsetzungen des Projekts sind die Charakterisierung von bestehenden Einrichtungsformen und -modellen, von Merkmalen opiatabhängiger Patienten in diesen Einrichtungen, der Diagnostik sowie der Indikations- und Allokationsentscheidungen in der Versorgungsrealität sowie den eingesetzten Interventionsmethoden.

Methodik: Basierend auf einer nationalen Repräsentativstichprobe von Substitutionsärzten handelt es sich um eine beobachtende und naturalistische Studie, die aus drei großen Teilen besteht. Der erste Teil ist eine nationale Umfrage unter Substitutionsärzten (Vorstudie, n = 379 Ärzte). Der zweite Teil ist eine Querschnittsstudie (n = 223 Ärzte), die eine Zielwochen-erfassung von 2.694 konsekutiv rekrutierten Patienten beinhaltet, um den Schweregrad, das Problemprofil die Applikationsform, Dosis, vergangene Behandlungen, Komorbidität und Unterschiede zwischen Methadon- und Buprenorphinsubstitution inklusive ihrer Begleiterecheinungen zu bestimmen. Der dritte Teil ist eine prospektive längsschnittliche Kohortenstudie mit jeweils 48 methadon- und buprenorphinbehandelten Patienten zur Erforschung von Unterschieden zwischen den Behandlungsmethoden auf den Behandlungserfolg, psychosoziale und andere Begleiterecheinungen. Eine Nachbefragung fand nach zwölf Monaten statt

Ergebnisse: Die Rückmeldequote beträgt für die Ärzte 57,1%, von den von ihnen betreuten Patienten sind 71,7% teilnahmeberechtigt. Erste Vergleiche mit dem Substitutionsregister belegen die nationale Repräsentativität der Studie, inklusive regionaler Unterschiede, verschiedener Settings und Behandlungsdurchführungen.

Schlussfolgerungen: Die COBRA-Studie stellt eine einzigartige und umfangreiche Datenbasis dar, informiert über die ursprüngliche Allokation, die Interventionsprozesse im Behandlungsalltag, den Kurs und den Erfolg der mit Methadon und Buprenorphin behandelten Patienten.

Zitationen:

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Bühringer, G., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M., R., Tretter, F., Klotsche, J., Siegert, J., Pittrow, D. & Soyka, M. (2005). Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: methods and design of the COBRA study. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14, 14-28.

Weitere Informationen sind unter www.cobra-projekt.de/ abrufbar.

CANDIS - „Modulare Therapie für Cannabisstörungen“

Forschungsinstitution: Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden
Die Projektleitung ist Dr. Eva Hoch.

Finanzierung: Das Projekt wird vom BMBF gefördert und hat von 2004-2007 ein Gesamtbudget von ca. 500.000 €.

Abstract

Hintergrund/Ziele: Weder in der BRD noch in anderen europäischen Ländern sind derzeit auf Wirksamkeit geprüfte psychologische Therapieansätze und Therapieprogramme für cannabisbedingte Störungen verfügbar. Auf der Grundlage mehrjähriger Vorarbeiten wurde Ende 2004 am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden das CANDIS-Projekt, eine vom BMBF geförderte Studie begonnen, in deren Rahmen ein modulares - auf die Problemprofile der Patienten angepasstes Behandlungsprogramm für Patienten mit Cannabisstörungen entwickelt und auf Effektivität geprüft werden sollte.

Methode: Basierend auf einem randomisiert-kontrolliertem Studiendesign wurden zwischen 01/06 und 12/06 n = 122 Probanden aus dem Großraum Dresden rekrutiert, die einer von drei Studienbedingungen zugewiesen wurden: 1.) einer standardisierten Behandlung (ST; n=51), in welche motivationssteigernde, kognitive-verhaltenstherapeutische sowie psychosoziale Problemlösekomponenten integriert sind, 2.) einer gezielten, standardisierten Behandlung (TST; N = 39), welche sich aus denselben Komponenten wie ST zusammensetzt, diese jedoch individuell an die Problemprofile der Patienten anpasst, und 3.) einer Wartekontrollgruppe (DTC, n = 32).

Ergebnisse: Die strukturierte Kurzzeittherapie wurde von den 16-44 Jahre alten, überwiegend männlichen (79%), aus allen Bevölkerungsschichten stammenden Patienten sehr gut angenommen; die Haltequote im gesamten Therapieverlauf betrug 67%, 84% aller Therapiebeginner nahmen an einer Abschlussuntersuchung nach Behandlungsende teil. Die Mehrheit der Patienten hatte ihren Konsum nach Beendigung der Therapie deutlich reduziert, 49% war nach CANDIS vollständig abstinent.

Schlussfolgerungen: Wegen der hohen Akzeptanz bei teilnehmenden Patienten und Therapeuten, sowie den ermutigenden Therapieergebnissen (deren Stabilität derzeit noch in 3 und 6-Monats-Katamnesen überprüft wird), soll eine Fortführungsstudie zur Implementierung und Evaluierung der CANDIS-Therapie im ambulanten Suchthilfesystem starten (Förderung: Bundesministerium für Gesundheit). Eine Ausweitung der Studie auf europäischer Ebene wird derzeit angedacht.

Zitationen:

Es liegen momentan noch keine veröffentlichten Beiträge zu dieser Studie vor. Die gemachten Angaben basieren alle auf persönlichen Mitteilungen (Hoch 30.09.2007) und den Angaben auf der Website.

Weitere Informationen gibt es unter www.candis-projekt.de/.

Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (EDSP)

Eine weitere bedeutende Studie ist die prospektiv-epidemiologische Verlaufsstudie zur „Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (EDSP). Die Studie wurde vom BMBF und der DFG gefördert, die Projektleiter waren Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen und Dr. Rosalind Lieb. Im Rahmen der EDSP wurden von 1995 (Messzeitpunkt T0) bis 2005 (T3) in vier Wellen 3.021 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 24 Jahren (T0) aus München und dem Münchner Umland retrospektiv und prospektiv untersucht. Einen ausführlichen Überblick über die Methodik der vier Untersuchungswellen geben Beesdo et al. (2007). Im Gegensatz zu den fünf vorher beschriebenen Studien liegt der Fokus der EDSP aber nicht ausschließlich auf der Betrachtung illegaler Substanzen, sondern der allgemeinen Entwicklung des Substanzmittelmisbrauchs. Aufgrund der Repräsentativität der Stichprobe und des Längsschnitt-Designs ist diese Studie allerdings einzigartig und findet aus diesem Grund hier ebenfalls Erwähnung.

Die Basisuntersuchung der EDSP ergab, dass der Konsum von legalen (>90%) und illegalen psychotropen Substanzen (35%) in der Altersgruppe 14-24 Jahre weiter verbreitet ist als bis dahin angenommen wurde. Der Konsum psychotroper Substanzen in den jüngeren Altersgruppen stieg im Verlauf der Untersuchung weiterhin an und eine beträchtliche Anzahl der befragten Personen hat bereits früh Missbrauchs- oder Abhängigkeitssyndrome entwickelt (Lieb et al. 2000).

In diversen Publikationen sind alters-, geschlechts- und substanzspezifische Vulnerabilitäten und Risiken sowohl für den Erstgebrauch, den regelmäßigen und problematischen Konsum als auch für die Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeitssyndromen dargestellt. Exemplarisch sei auf eine kürzlich erschienene Arbeit von Wittchen et al. (2007) hingewiesen, in der der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum, durch Cannabis ausgelöste Störungen und psychische Störungen wie Angststörungen dargestellt wurde.

13.2.2 Wissenschaftliche peer-reviewed Zeitschriften mit nationalen Autoren

Eine Literaturliste mit Artikeln deutscher Experten, die in internationalen, wissenschaftlichen peer-reviewed Zeitschriften im Jahre 2006 erschienen sind, befindet sich, ohne den Anspruch der Vollständigkeit, im Anhang (siehe Kapitel 15).

13.3 Sammlung und Verbreitung von Forschungsergebnissen

13.3.1 Informationsfluss

Sowohl die Drogenbeauftragte der Bundesregierung als auch die DBDD (Reitoxbericht zur Drogensituation) berichten jährlich in Form eines Berichtes zu aktuellen Forschungsergebnissen und fungieren somit auch als Multiplikatoren, die Informationen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machen. Die Sammlung und Verbreitung der Forschungsergebnisse in der wissenschaftlichen Gemeinschaft wird zu einem großen Teil von den Wissenschaftlern

selbst, den Verbänden und Fachgesellschaften organisiert und erfolgt hauptsächlich über wissenschaftliche Kongresse und einschlägige Zeitschriften (siehe Tabelle 40 und Tabelle 41)

13.3.2 Nationale Wissenschaftliche Zeitschriften

In Tabelle 40 sind die acht nationalen drogenbezogenen Zeitschriften aufgeführt. Vier Zeitschriften sind peer-reviewed und haben neben deutschen auch englische abstracts. Die inhaltlichen Schwerpunkte sind zum Teil sehr unterschiedlich, aber keine der Zeitschriften beschränkt sich ausschließlich auf illegale Drogen.

Tabelle 40. Nationale drogenbezogene Fachzeitschriften

Name	Bereich	Schwerpunkte	Nationale/internationale Beiträge	peer-review	Abstract-Sprache
Akzeptanz	Sozialarbeit	Sucht und soziale Fragen	Europäisch	Nein	Deutsch
European Addiction Research	Epidemiologie	Forschungsberichte	Europäisch	Ja	Englisch
Konturen	Suchtforschung	Sucht und soziale Fragen	Deutsch	Nein	Deutsch
Sucht	Suchtbereich, Epidemiologie	Forschungsbericht, Übersichtsartikel, Tagungsbeiträge	Deutsch, europäisch	Ja	Deutsch und englisch
Sucht Aktuell	Interdisziplinär	Gesamte Suchtproblematik, Alkohol	Deutsch	Nein	Deutsch
Sucht-magazin	Interdisziplinär, Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung, Jugendarbeit, Prävention	Deutsch, schweizerisch	Nein	Deutsch
Suchtmedizin in Forschung und Praxis	Interdisziplinär, wissenschaftlich und praxisbezogen	Gesamtes Spektrum der Suchtproblematik	Deutsch	Ja	Deutsch und englisch
Suchttherapie	Interdisziplinär, versorgungs- und praxisbezogen	Betreuung von Abhängigen und Angehörigen	Deutsch, europäisch	Ja	Deutsch und englisch

In Tabelle 41 findet sich eine kleine Auswahl nationaler Fachzeitschriften aus anderen Disziplinen (public health, Psychiatrie und Psychotherapie), die auch drogenbezogene Forschung veröffentlichen. Sowohl in den gerade genannten als auch in vielen anderen Fachbereichen (Soziologie, Medizin, Biochemie, Ökonomie, Jura, u.v.a.) werden immer wieder Arti-

kel, die Drogenbezug haben, veröffentlicht, sie können in dieser Liste aber nicht alle aufgeführt werden.

Tabelle 41. Fachzeitschriften aus anderen Disziplinen mit drogenbezogener Forschung

Name	Bereich	Schwerpunkte	nationale/internationale Beiträge	peer-review	abstract-Sprache
Gesundheitswesen	Public health	Gesundheitsförderung	Deutsch	Ja	Deutsch und englisch
Psychiatrische Praxis	Psychiatrie	Mentale Gesundheit	Deutsch und international	Ja	Deutsch und englisch
Nervenarzt	Psychiatrie	Mentale Gesundheit	Deutsch	Ja	Deutsch und englisch
Psychotherapie	Psychotherapie	Mentale Gesundheit	Deutsch	Ja	Deutsch und englisch

13.3.3 Andere Arten der Verbreitung

Websites zur Forschung

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den websites der Forschungsverbände:

- Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg: www.bw-suchtweb.de/,
- Suchtforschungsverbund Bayern/Sachsen: www.psychologie.tu-dresden.de/asat/,
- Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen: www.www.suchtforschungsverbund-nrw.de/ und
- Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT)): www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html.

Websites wichtiger Institutionen und Arbeitsgruppen

- Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg: www.zis-hamburg.de/,
- Centre for Drug Research der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt/M.: www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html,
- Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster: www.indro-online.de/,
- Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim: www.zi-mannheim.de/,

- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.: www.iss-ffm.de/,
- Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden: www.psychologie.tu-dresden.de/klinische/,
- Kompetenzplattform Suchtforschung an der katholischen Fachhochschule NRW: www.addiction.de/,
- Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz: www.suchtforschungsverbund.de und
- Institut für Therapieforschung München: www.ift.de/.

Nationale Drogenkonferenzen

Wichtige nationale Drogenkonferenzen, die in regelmäßigen Abständen (meist jährlich) abgehalten werden, sind der „Kongress der Deutschen Gesellschaft Sucht“, der „Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin“ und die wissenschaftlichen Treffen des „Deutschen Sucht- und Drogenrates“. Hinzu kommen verschiedene themenspezifische Konferenzen und Arbeitstreffen meist organisiert von Universitäten, den Leistungsträgern und den Suchtforschungsverbänden.

TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

14 Bibliographie

14.1 Literatur zum Bericht

addiction (2007). Kompetenzplattform Suchtforschung. Verfügbar unter: <http://www.addiction.de/index.php?id=71> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (2006). Interkulturelle Öffnung der Suchtberatung. Ein Leitfa-
den für die Praxis. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Bonn.

Backmund, M., Berhard-Wehmeier, W., Meyer, K., Abeck, C., Holzke, D & das Villa-Team 1991-2006 (2006). 15 Jahre qualifizierter Drogenentzugsbehandlung an einem Münchner Akutkrankenhaus. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 23-28.

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 8 129-133.

Backmund, M. & Meyer, K. (2006). Hepatitis C-Therapie während der Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 115-118.

Backmund, M. & Reimer, K. (2007). Protective factors for HIV infection in IDUs. EMCDDA literature review, Final Report. Lisbon: EMCDDA.

Backmund, M., Schäfer, M., Götz, J., Kraus, M., Apelt, S., Wittchen, H.-U. (2006). Die Behandlung der Hepatitis C während der Substitutionsbehandlung - Diskussion der Ergebnisse der COBRA-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 76.

Bartsch, M. & Fröhlingdorf, M. (2007). Kinder der Sucht. Der Spiegel 61(15) 38-40.

Baumgärtner, T. (2006a). Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heran-
wachsenden in Hamburg 2005. Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbe-
fragungen zum Umgang mit Suchtmitteln. Hamburger Schulbus. Teilmodul Schülerinnenbefragung. Hamburg: Büro für Suchtprävention.

Baumgärtner, T. (2006b). Outcome-orientierte Steuerung in der Suchtkrankenhilfe. Grundlagen der Qualitätsentwicklung am Beispiel Hamburg. Konturen, 38-39.

Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2007) Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. Archives of General Psychiatry 64(8) 903-912.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2006). Beschränkte
Bekanntgabe zur Auswahl von Trägern für den Ausbau von Beratungsangeboten für suchtgefährdete
Jugendliche und junge Erwachsene. G32/1/2006. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg.

Berghaus, G. & Krüger, H.-P. (Hrsg.) (1998) Cannabis im Straßenverkehr. Gustav Fisher Verlag, Stuttgart.

Bergmann, E. & Horch, K. (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. Sucht Aktuell 2 14-18.

Björn, H., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Bonnet U., Harries-Hedder K., Leweke F.M., Schneider U. & Tossmann P. (2004). AWMF-Guideline: Disorders Related to Cannabis. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 72 318-329.

Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 29. Köln: BZgA.

- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2007a). Jahreskurzlage Rauschgift 2006. Wiesbaden: BKA. Verfügbar unter: <http://www.bka.de>. [Letzter Zugriff: 23.08.2007].
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2007b). Polizeiliche Kriminalstatistik 2006. Wiesbaden: BKA. Verfügbar unter: <http://www.bundeskriminalamt.de/pks/pks2006/index.html> [Letzter Zugriff: 23.08.2007].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007a). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007b). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007. Kurzbericht. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007c). Dot.sys - Dokumentation suchtpräventiver Maßnahmen in Deutschland 2006. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007d). Transfer von „quit he shit“ - Bericht zur Umsetzung und Qualitätssicherung des Modellvorhabens. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007e). Bilanzbericht 2004-2006. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005). ADHS...was bedeutet das? Broschüre. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilbände Alkohol, Rauchen, Illegale Drogen. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Bundeszentrale für Politische Bildung (2004). Sozialer Wandel in Deutschland. Informationen zur politischen Bildung. Heft 269. Bonn.
- Busch, M., Haas, S., Weigl, M., Wirl, C., Horvath, I. & Stürzlinger, H. [Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2007). Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, HTA-Bericht 53. Köln: DIMDI.
- Christiansen, G., von Rüden, U. & Töppich, J. (2005). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen - unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops (Alkopops-Studie). Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Projektbericht. Köln: BZgA.
- Claßen, A., Erb, M. & Knecht, G. (2006). Therapie suchtkranker Menschen im Maßregelvollzug. Konturen 27 (3) 10-14.
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Th. Hegemann & R. Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Deutscher Bundestag (2006). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Kai Gehring, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 16/2968. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2007). Newsletter vom 19.03.07. Hamm: DHS.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2006a). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Hamm: DHS. Verfügbar unter: www.dhs.de [Letzter Zugriff: 27.08.2007].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2006b). Du bist schwanger ... und nimmst Drogen?. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2006c). Kinder suchtkranker Eltern. Hamm: DHS.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2005). Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB) (2005). Mit starken Kommunen Aufschwung und Reformen. Bilanz 2005 und Ausblick 2006. Berlin. Verfügbar unter: http://www.dstgb.de/index_inhalt/homepage/pressemeldungen/inhalt/dstgb_bildungs_und_familienoffensive_starten/bilanz_dstgb_2005_2006.pdf [Letzter Zugriff: 31.08.2007].

Deutsches Jugendinstitut (2000). Wider die Ratlosigkeit im Umgang mit Kinderdelinquenz. Präventive Ansätze und Konzepte. München: DJI.

Deutsches Jugendinstitut DJI (1995.) Straßenkinder - Annäherung an ein soziales Phänomen. München/Leipzig: DJI.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007). Drogen- und Suchtbericht 2007. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004). Drogen- und Suchtbericht 2004. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Dilling, H.; W. Mombour; M.H. Schmidt (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchges. und ergänzte Aufl. Bern: Huber.

Drogen- und Sucht (2006): Arbeitsprogramm des Drogen- und Suchtrats. Berlin: BMG.

Elsner, H. (2006a). Die unbekannte Gefahr: Schwerwiegende Gesundheitsschäden und Todesfälle durch Schnüffelstoffe. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 15-22.

Elsner, H. (2006b). „Beigebrauch von Benzodiazepinen in der Methadonsubstitution: medizinisch korrekte Selbstmedikation gegen die Methadonassoziierten Schlafstörungen? Suchtmedizin in Forschung und Praxis 7 8-12.

Erbas, B., Tretter, F. & Sonntag G. (2004). Ökonomie der psychoaktiven Substanzen, der Sucht und der Suchttherapie. In F. Tretter, B. Erbas & G. Sonntag (Hrsg.), Ökonomie der Sucht und Suchttherapie (S. 207-232). Lengerich: Pabst.

Fegert, J. (2006). Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung von Heimkindern. Vortrag aus Anlass des 100-jährigen Jubiläums der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen am 25.08.2006. Viersen.

Finanzministerium NRW (2007). Haushaltspläne online 1998- 2007. Verfügbar unter: <http://www.fm.nrw.de/cgi-bin/fm/custom/pub/content.cgi?lang=1&ticket=quest&oid=1198>. [Letzter Zugriff: 27.08.2007].

Gerlach, R. & Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Gölz, J. (2006). HCV bei IDU: Therapeutischer Nihilismus ist nicht gerechtfertigt. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 77.

Gouzoulis-Mayfrank & Daumann (2006). Neurotoxicity of methylenedioxyamphetamines (MDMA; ecstasy) in humans: how strong is the evidence for persistent brain damage? Addiction 101 348.

Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O.D., Krüger, H.P., Longo, M., Moskowitz, H., Perrine, B., Ramaekers, J., Smiley, A. & Tunbridge, R. (2005). Developing science-based per se limits for driving under the influence of cannabis (DUIC). Findings and recommendations by an expert panel. Verfügbar unter: <http://www.canorml.org/healthfacts/DUICreport.2005.pdf> [Letzter Zugriff 29.08.2007].

Haffner, J., Roos, J., Steen, R., Parzer, P., Klett, M. & Resch, F. (2006). Lebenssituation und Verhalten von Jugendlichen. Ergebnisse einer Befragung 14- bis 16-jähriger Jugendlicher und deren Eltern. Gesundheitsbericht Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg, Band 3. Gesundheitsamt Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg: Eigenverlag.

- Hallmann, H.J. & Holterhoffe-Schulte, I. & Merfert-Diete, C. (2006). Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim. Verfügbar unter: <http://www.hls-online.org/download/BLK-Qualitaetsstandards.pdf> [Letzter Zugriff: 21.08.2007].
- Happel, H.-V. (2006): Wissensstand, Risikomanagement und Selbstüberzeugungen bei intravenösen DrogengebraucherInnen zur Hepatitisprophylaxe. 3. Internationaler Fachtag Hepatitis C (S. 22-37). Berlin: Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch. Verfügbar unter: <http://www.hepatitiscfachtag.org/> [Letzter Zugriff: 27.08.2007].
- Hartwig, K.-H. & Pies, I. (1995). Kosten des Umgangs mit harten Drogen (S. 19-34). Mohr: Tübingen.
- Havemann-Reinecke, U., Küfner, H, Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H.C. (2004). AWMF-Leitlinien: Post-Aktubehandlung bei Störungen durch Opioide. Sucht 50 226-257.
- 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.
- Heinemann, A., Simon, R. (2005). Zum Stand der Harmonisierung der vergleichenden Erfassung der Drogenmortalität in den EU-Staaten. Rechtsmedizin 15 218-228.
- Hemme, A. (2003). Bedeutung der Gesundheit für die soziale Stadtentwicklung - Erfahrungen aus dem Programm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten. In: R.-P. Löhr, R. Geene, A. Halkow (Hrsg.). Armut und Gesundheit. Themenheft 1: Die soziale Stadt - Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Gesundheit Berlin.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2007). Forschungsbrief. Ausgabe 15. Frankfurt: HLS.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2006a). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2005. Frankfurt/Main: Hessische Landesstelle für Suchtfragen.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2006b). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Spezialanalyse: Cannabis. Frankfurt/Main: Hessische Landesstelle für Suchtfragen.
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2006). Dritter Suchtbericht für das Land Hessen 2003-2004. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium - Referat Öffentlichkeitsarbeit.
- Hoffmann, U. & Moll, A. (2007). Entwicklung des Alkohol- und Drogenmissbrauches im Raum Greifswald / Vorpommern. Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 17(6) 199-201.
- Holzbach, R., Behrendt, K., Maylath, E., Küstner, U., Schreyer, D., von Berghes, A., Fuchs, E., Brack, J., Steenblock, R., Gabriel, K., Haasen, C. & Thomasius, R. (2006). Positionspapier zum stationären qualifizierten Entzug von Cannabispatienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 9-14.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Ilse, J., Hartwig, C. & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin 9 122-128.
- Info-Dienst Deutsche Aussiedler (2002). Suchtprobleme bei Aussiedlern - Möglichkeiten der Prävention. Gemeinsame Pressemitteilung (11.12.2001) der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Beauftragten für Aussiedlerfragen. Junge Welt, Heft Nr. 115, 20-22.
- Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik (2004) Die soziale Stadt. Ergebnisse der Zwischenevaluierung. Hrsg.: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. verfügbar unter: <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/evaluationsberichte/zwischenevaluierung-2004/>. [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Jörger, N. (2004). Strukturindikatoren - Messung der Fortschritte im Rahmen der Lissabonner Strategie. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Jordan, S., Tossmann, P., Tensil, M.-E., & Jonas, B. (2006). Evaluationsergebnisse des internetbasierten Cannabisausstiegsprogramms „quit the shit“. Poster. München: 7. interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, 13.-15.07.2006.

- Justizministerium, Nordrhein-Westfalen (2007). Justizministerin verschärft Kampf gegen illegale Drogen: Eigenbedarfsgrenze sinkt oder entfällt, Verfahrenseinstellung bei Jugendlichen nur gegen Auflagen. Pressemitteilung vom 30.07.2007.
- Kalke, J., Schütze, C., Klass, M., Martens, M.-S., Raschke, P. (2005). Jugendliche und junge Erwachsene in der ambulanten Suchthilfe. Empirische Befunde vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Suchttherapie 6 20-27.
- Karuna (2004) Auswertung der Klientendokumentation Zwischenland 2004. Verfügbar unter <http://www.karuna-berlin.de/fachinformationen> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Kazin, V. (2006). Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen russland-deutschen Spätaussiedlern. Eine retrospektive Vergleichstudie. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Fakultät. verfügbar unter <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00006078/> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Kleiber, D. & Söllner, R.(1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Klein, M. (2007a). Kinder von alkoholkranken Eltern. Vortrag zur 10. Fachtagung für Beratungsstellen und Sozialdienste der Klinik Bad Blankenburg. 04.07.07.
- Klein, M. (2007b). „Kinder suchtkranker Eltern - Ein Überblick zu Fakten, Risiken und Hilfen“. Vortrag am 14.06.2007 während der 5. Marburger Suchthilfetage. 13.-16.06.07.
- Kolmer, C. (2003). Leitlinien der Erziehungshilfen im IB. Frankfurt/ Main: Internationaler Bund.
- Konsortium Bildungsberichterstattung (2006). Bildung in Deutschland - Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Stonner, T. (in Druck). Illegale Drogen, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. Sucht.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, L. & Augustin R.. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht 51 Sonderheft 1 19-28.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssrveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Kraus, L., Bühringer, G., Sonntag, D. & Augustin, R. (2006). Monitoring: Gebrauch psychoaktiver Substanzen und substanzbezogene Störungen in Deutschland. München: IFT Institut für Therapiefor-schung. Verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=90> [Letzter Zugriff: 15.08.2007].
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Forschungsbericht 310/ Gesundheitsforschung. Berlin: Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Kraus, L., Semmler, C. & Augustin, R. (2005). Konsummuster und Trends des Kokaingebrauchs in Deutschland. Sucht 51(4) 199-208.
- 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.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5-6) 600-608.
- Lampert, T. , Richter, M., Klocke, A., (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Das Gesundheitswesen, 68, 94-100.Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V. (2005): Einspareffekte in Justizvollzugsanstalten durch Vermittlung von inhaftierten Drogenabhängigen in: Medizinische Rehabilitation -

- Eine Kosten-Nutzen-Analyse für das Jahr 2004. Stuttgart: Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (Hrsg.) (2007). Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumern/innen“. Münster: LWL.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv longitudinale Verlaufsstudie EDSP. Sucht 46(1) 18-31.
- Lieb, R. et al.(2001). Elterliche Alkoholbelastung und die Entwicklung von Suchtproblemen bei ihren Kindern - Ergebnisse der prospektiv-longitudinalen EDSP-Studie. Suchttherapie 2(3) 125-136.
- Meyer, S., & Deterding, K. (2005). Hep-Net goes Europe with VIRGIL., Klinikerzt 34 146-149.
- Meyer, M.F., Handke, G.-U., Wiegand, J., Manns, M.P., Wedemeyer, H. & Lehmann, M. (2007). Verbesserung des objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes von Drogenabhängigen nach Inhaftierung: Eine prospektive Untersuchung in der Haftanstalt Hameln. Suchtmedizin 9 113-121.
- Meyer, M.F., Wedemeyer, H., Monazahian, M, Dressman, J., Manns, M.P. & Lehmann, M. (2006). Prevalence of hepatitis C in a German prison for young men in relation to county of birth. Epidemiology and Infection 135 274-280.
- Michels., I. (2005). Substitutionsbehandlungen in Deutschland - vom Tal der Tränen in die Mühe der Ebene. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Michels, I.I., Stöver, H. & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal [Open Access] 4 (5). Verfügbar unter: www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5 [Letzter Zugriff: 28.08.2007].
- Ministerium der Justiz, Rheinland-Pfalz (2007). Geänderte Cannabis-Richtlinie legt Sechs-Gramm-Grenzwert fest. Pressemitteilung vom 09.07.2007.
- Müller, O., Bernard, C. & Werse, B. (2007), MoSyD Szenestudie - Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt: Centre for Drug Research.
- Naber, D., & Haasen, C. (2006). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Nabitz, U., Schaefer, A., Walburg, J. (2006). EFQM Qualitätsmanagement: Einzelfallstudie in einer Beratungsstelle. Sucht, 52, 35-47.
- Nocon, A., Wittchen, H.U., Pfister, H., Zimmermann, P. & Lieb, R. (2005). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. Journal of Psychiatric Research 40 394-403.
- Nolting, H.-D. & Follmann, H. (2005). Evaluation der Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Eine empirische Studie zu den Wirkungen der ASTO-Projekte der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Ohlmeier, M., Peters, K., Buddensiek, N., Seifert, J., te Wildt, B., Emrich, H.M. & Schneider, U. (2005). ADHS und Sucht. Psychoneuro 31 (11), 554-562.
- Patzak, J., Goldhausen, S. & Kleine, S. (2007a). Züchtung von Hochleistungscannabis in Indoor-Plantagen : Teil 1. Der Kriminalist 4 180-186.
- Patzak, J., Goldhausen, S. & Kleine, S. (2007b). Züchtung von Hochleistungscannabis in Indoor-Plantagen : Teil 2. Der Kriminalist 5 228-234.
- Perkonigg, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2006). Substance Use and Substance Use Disorders in a Community Sample of Adolescents and young Adults: Incidence, Age Effects and Patterns of Use. European Addiction Research 12 187-196.

- Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). "Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebot in einer Region." Suchtmedizin 6 (1) 22-31.
- Petersen, K.U. & Thomasius, R. (2007). Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Lengerich: Pabst.
- Pollähne, H. & Stöver, H. (2005). Substitution unter Verschluss - Substitutionsbehandlung in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Prieto, I. (2007). Ökonomische Implikationen der Suchttherapie: Die europäische Perspektive. Suchttherapie 8 63-66.
- Prognos AG (10.04.2007). Kurzbericht zur Modellphase II, Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT - Hart am Limit“. Basel: Prognos AG.
- Queri, S., Servaty, M., Eckstein, G. & Tretter, F. (2005) Patientenstromanalyse im Münchner Suchthilfesystem - eine Pilotstudie. Das Gesundheitswesen 67 763-769.
- Raschke, P., Buth, S. & Kalke, J. (2005). Jahresbericht 2004. Ergebnisse zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Band 6. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.
- 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 15 389-397.
- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poethke, T. & Wolstein, J. (2003). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/> [Letzter Zugriff: 28.08.2007].
- Robert Koch-Institut (2006). Zur Situation wichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2005. Epidemiologisches Bulletin 46/2006.
- Robert Koch-Institut (2007a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.03.2007). Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A, 29. Mai 2007.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2006. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rödel, B. (2007). Schulumüde - was nun? Soziale Arbeit 56 (6) 212-215.
- Rösner, S. & Küfner, H. (2007). Arzneimittelmisbrauch bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen - Ergebnisse des Monitoring-Systems ebis-med. Suchtmedizin 9 (1) 7-23.
- Sack, P.-M., Küstner, U. J., Ott, K., Jäger, C. & Thomasius, R. (2005). Vergleich der Komorbidität von Cannabis- und Mischkonsumenten in Behandlung. Sucht 51 240-249.
- Salize, H.J., Stamm, K. Merkel, S. & Mann, K. (2006). Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland - Gibt es Leben in der Wüste? Sucht 52(2) 105-111.
- Schäfer, C., & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schäfer, M. (2005). Therapie der chronischen Hepatitis C bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Suchttherapie 6 66-69.
- Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schmidt, B. (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland - Grundlagen und Konzeption. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 24. Köln: BZgA.
- Schröder, J. & Kettiger, D. (2001). Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn: JSB Beratungsgesellschaft.

- Schroers, A. & Schneider, W. (1998) Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting. Eine sozial-ökologisch orientierte Evaluationsstudie. Forschungsbericht Bd. 20 INDRO-Buchreihe. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schuch, J. (2003). Jugendliche mit Migrationshintergrund - eine (interkulturelle) Herausforderung der Erziehungshilfe. In: SGB VIII - Online-Handbuch. Verfügbar unter: <http://www.sgbviii.de/S155.html>
- Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? Ärztezeitung 26.04.2007. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [Letzter Zugriff: 28.08.2007].
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2005). Evaluation Drogenkonsumräume in Berlin. Pressemitteilung 20.7.2005.
- Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: K. Mann, U. Havemann-Reinecke & R. Gassmann (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg: Lambertus, 7-27.
- Simmedinger, R. & Vogt, I. (2007). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2006. Dokumentationszeitraum 01.01.-31.12.2006. Frankfurt: ISFF.
- Simmedinger, R. & Vogt, I. (2006). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2005. Dokumentationszeitraum 01.01.-31.12.2005. Frankfurt: ISFF.
- Simon, R. (2005). Analyse der Länderkurzberichte zum Umfang substanzbezogener Störungen und zur Betreuungssituation 2004. DBDD, München.
- Simon, R. & Tischer, T. (2006). Informationen über die Situation der Sucht- und Drogenhilfe in den Justizvollzugsanstalten der einzelnen Bundesländer. Zusammenfassung von Informationen der Bundesländer auf eine Anfrage der DBDD. München: IFT.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. & Wilson, E. (2001). International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse - Summary of 2001 Edition [Pdf]. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. Verfügbar unter: <http://www.ccsa.ca> [Letzter Zugriff: 27.08.2007].
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H. & Maynard, A. (1996). International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen. Sucht, 52 (Sonderheft 1), S7-S43.
- Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2007a). Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. Verfügbar unter: <http://www.dshs.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2007b). Suchthilfestatistik 2006 für Deutschland. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe. <http://www.dshs.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Sonntag, D., Bauer, C. & Welsch, K. (2005). Deutsche Suchthilfestatistik 2004 für ambulante Einrichtungen. Sucht 51 (Sonderheft 2) 6-38.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005a). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentabhängige. Der Nervenarzt 76 72-77.
- Soyka, M., Penning, R. & Wittchen, H.-U. (2006). Fatal poisoning in methadone and buprenorphine treated patients - Are there differences? Pharmacopsychiatry 39 85-87.
- Specka, M. & Scherbaum, N. (2005). Ergebnisse der stationären Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen bei Methadonsubstituierten. Sucht 51 329-338.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S, Bienzle, U. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. Epidemiology and Infection 134(4) 814-819.

- Statistisches Bundesamt (2007a). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2005. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www-ec.destatis.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Statistisches Bundesamt (2007b). Krankheitskosten in Deutschland. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [Letzter Zugriff: 27.08.2007].
- Statistisches Bundesamt (2007c). Rechtspflege, Strafverfolgung 2005. Fachserie 10, Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www-ec.destatis.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Statistisches Bundesamt (2007d). Verkehrsunfälle 2006. Fachserie 8, Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www-ec.destatis.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Statistisches Bundesamt (2007e). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses - Hilfen am 31.12.2005 - Revidierte Ergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur.vollanzeige.csp&ID=1020389> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Statistisches Bundesamt (2007f). Neue Daten zur Migration in Deutschland verfügbar. Pressemitteilung Nr.183 vom 04.05.2007.
- Statistisches Bundesamt (2006a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10, Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www-ec.destatis.de> (Letzter Zugriff: 15.08.2007).
- Statistisches Bundesamt (2006b). Statistisches Jahrbuch 2006 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006c). Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Broschueren/faltblattsozialkinderjugendhdeutschland2005,propearty=file.pdf> [Letzter Zugriff: 31.08.2007].
- Step (Hrsg.) (2006). Step-Jahresbericht 2005. Hannover: Step.
- Stöver, H., Kluge-Haberkorn, C. & Greif, S. (2007). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Dokumentation des Expertengesprächs. Verfügbar unter: http://www.akzept.org/pro-expert_gesp_sub.html [Letzter Zugriff: 28.08.2007].
- Süddeutsche Zeitung, 17.4.2006. Endstation Crystal.
- Thierfelder, W., Hellenbrand, W., Meisel, H., Schreier, E. & Dortschy, R. (2001). Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. European Journal of Epidemiology 17(5) 429-435.
- Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 72 679-695.
- Thomasius, R., Petersen, K., Buchert, R., Andresen, B., Zapletalova, P., Wartberg, L., Nebeling, B. & Schmoldt, A. (2003). Mood, cognition and serotonin transporter availability in current and former ecstasy (MDMA) users. Psychopharmacology 167 85-96.
- Thomasius R. & Petersen, K.U. (2006). Cannabismisbrauch neuropsychiatrisch beleuchtet. Alleingelassen in früher Jugend. Neurotransmitter 7-8 46-60.
- Thomasius, R., Zapletalova, P., Petersen, K.U., Buchert, R., Andresen, B., Wartberg, L., Nebeling, B. & Schmoldt, A. (2006) Mood, cognition and serotonin transporter availability in current an former ecstasy (MDMA) users: the longitudinal perspective. Journal of Psychopharmacology 20 211-225.
- Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. Sucht 52 (2) 121-132.
- Uhl, A. (2004). Kritische Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht. In F. Tretter, B. Erbas & G. Sonntag (Hrsg.), Ökonomie der Sucht und Suchttherapie 174-203. Lengerich: Pabst.
- Uhl, A. (2003). Editorial: Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs? Sucht 49(4) 209-211.

- v. d. Schulenburg, J.-M., Graf & Claes, C. (2006a). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Endbericht. Hannover: Leibniz Universität, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.
- v. d. Schulenburg, J.M. Graf & Claes, C. (2006b). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie - Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Unveröffentlichter Endbericht der Spezialstudie (Kurzfassung). Verfügbar unter: <http://heroinstudie.de> [Letzter Zugriff: 27.08.2007].
- Verthein, U., Reimer, J., Ullmann, W. & Haasen, C. (2007). Psychische Befindlichkeit in der Substitutionsbehandlung mit Levomethadon und d,1-Methadon - eine doppel-blinde randomisierte Cross-over-Studie. Sucht, 53, 32-41.
- Wartberg, L., Petersen, K. U., Andresen, B. & Thomasius, R. (2005). Neuropsychologische Defizite bei Ecstasykonsumenten. Zeitschrift für Neuropsychologie 16 47-55.
- Weissinger, V. (2005). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen (Re-) Integration bei Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS). Suchttherapie 6 182-185.
- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. Drug and Alcohol Dependence 88 60-70.
- Wittchen, H.-U. (2006). Substitutionstherapie in Deutschland. Ergebnisse der COBRA-Studie. Vortrag im Rahmen einer Pressekonferenz am 03.11.2006 in Berlin. Verfügbar unter: <http://www.cobra-projekt.de> (Letzter Zugriff: 06.07.2007).
- Wittchen, H.-U. & Apelt, S. M. (2006). Methadon- und Buprenorphinbehandlung in der Routineversorgung: Ergebnisse der deutschlandweiten COBRA-Studie von 2694 Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 74.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Mühlig, S. (2005). In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. European neuro-psychopharmacology 15 357-376.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Bühringer, G., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Klotsche, J., Siegert, J., Pittrow, D. & Soyka, M. (2005). Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: methods and design of the COBRA study. International Journal of Methods in Psychiatric Research 14 14-28.
- Zerell, U., Walz, J., Thalheim, J., Bender, C. (2007). Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift (SAR). Zusammenfassung für den Rauschgiftjahresbericht 2007. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Kriminaltechnisches Institut.
- Zurhold, H. & Müller, O. (Hrsg.) (2007). Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main. Freiburg: Lambertus.
- Zurhold, H. (2005). Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. INDRO-Buchreihe Band 42. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

14.2 Websites

Wichtige Einrichtungen

Website	Inhalt
www.bmg.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Federal Ministry for Health
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Federal Center for Health Education (FCHE)
www.dbdd.de	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) German Centre for Addiction Issues
www.drugcom.de	FCHE information for young people and party goers BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
www.drugscouts.de	Laender project from Saxony for young people Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
www.emcdda.europa.eu	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
www.ift.de	Institut für Therapieforchung (IFT), München Institute for Therapy Research
www.psychologie.tu-dresden.de/asat	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie Allocated Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity
www.prevnet.de	Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren. Weitere Angaben sind insbesondere dem diesjährigen Sonderkapitel „Besonders gefährdete junge Menschen“ (Kapitel 12, ab Seite 145) zu entnehmen.

Spezifische Cannabisprojekte

- Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen: www.candis-project.de
- Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de. nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabis-konsum.
- International Cannabis Need of Treatment Study: <http://www.incant.de>
- Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt: www.be-u-online.de

Partyprojekte

- Drogenhilfe Köln e.V.: www.party-pack.de
- SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig: www.drugscouts.de
- Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin: www.eve-rave.net
- Party Project e.V. Bremen: www.party-project.de
- chill-out - gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen: www.chill-out.de
- Alice projekt - Frankfurt : www.alice-project.de
- Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover: www.drobs-hannover.de

Angebote für sozial Benachteiligte, spezifische Hilfsangebote für Straßenkinder und internetgestützte Beratungsangebote für Kinder suchtkranker Eltern

- (siehe Sonderkapitel 12 „Besonders gefährdete junge Menschen“)

15 Anhang

Literaturliste für das Sonderthema „drogenbezogene Forschung“

Hinweis: Artikel, die in deutschsprachigen Journals erschienen sind, wurden in dieser Liste nicht berücksichtigt. Diese Liste erhebt darüber hinaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Backmund, M., Meyer, K., Schütz, C. & Reimer, J. (2006). Factors associated with exposure to hepatitis B in injection drug users. Drug and Alcohol Dependence 84 154-159.

Bühringer, G. (2006). Research on Treatment for substance-use disorders: a case for evolution or revolution? Reply to the Commentaries. Addiction 101 (5) 655-656.

Haasen, C. & van den Brink, W. (2006). Innovations in agonist maintenance treatment of opioid dependent patients. Current Opinions in Psychiatry 19 631-636.

Ilse, J., Prinzleve, M., Zurhold, H. & Haasen, C. (2006). Cocaine EU-Team: Cocaine and crack use and dependence in Europe - experts view on an increasing public health problem. Addiction Research & Theory 14 437-452.

Nocon, A., Wittchen, H.-U., Pfister, H., Zimmermann, P. & Lieb, R. (2006). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. Journal of Psychiatric Research, 40 (5) 394-403.

Perkonig, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2006). Substance use and substance use disorders in a community sample of adolescents and young adults: Incidence, age effects and patterns of use. European Addiction Research 12 (4) 187-196.

Perkonig, A., Settele, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2006). Where have they been? Lifetime service use of regular substance users with and without abuse and dependence. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41 (6) 470-479.

Soyka, M., Apelt, S.M., Lieb, M. & Wittchen, H.-U. (2006). One-year Mortality Rates of Patients Receiving Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy: A Nationally Representative Cohort Study in 2694 Patients. Journal of Clinical Psychopharmacology 26 (6) 657-660.

Soyka, M., Penning, R. & Wittchen, H.-U. (2006). Fatal Poisoning in Methadone and Buprenorphine Treated Patients - Are there Differences? Pharmacopsychiatry 39 (3) 85-87.

Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.-U. & van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma and cannabis use on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness British Journal of Psychiatry 188 (6) 527-533.

van den Brink, W. & Haasen, C. (2006). Evidenced based treatment of opioid dependent patients. Canadian Journal of Psychiatry 51 635-646

Wittchen, H.-U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M., Tretter, F., Schäfer, A., Siegert, J., Günther, A., Rehm, J. & Bühringer, G. (2006). One year retention rates and outcomes of methadone and buprenorphine maintenance treatments: a nationwide prospective-longitudinal study of 2694 patients. Abstract. European Neuropsychopharmacology 16 (Suppl. 4), 504-505.

Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. & Perkonig, A. (online 2006). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-years prospective-longitudinal community study in adolescents. Drug and Alcohol Dependence 882 60-70.

TEIL D: STANDARDTABELLEN UND STANDARDFRAGEBÖGEN

16 Standardtabellen (ST) und Standardfragebögen (SQ)

Die folgenden Tabellen und Fragebögen entsprechen den Vorgaben der EBDD. Die Daten werden von allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union in diesem Format für die Europäische Berichterstattung zur Verfügung gestellt. Die kompletten Tabellen und Fragebögen stehen ausschließlich in elektronischer Form unter www.dbdd.de zur Verfügung.

#	Standard Table	Title	Comments
1	<i>Online</i> Standard Table 01	Basic results and methodology of population surveys on drug use	
2	<i>Online</i> Standard Table 02	Methodology and results of school surveys on drug use	
3	Standard Table 03	Characteristics of persons starting treatment for drugs	
5	Standard Table 05	Acute/direct related deaths	Fonte
6	Standard Table 06	Evolution of acute/direct related deaths	Fonte
7	Standard Table 07	National prevalence estimates on problem drug use	Fonte
8	Standard Table 08	Local prevalence estimates on problem drug use	Fonte
9	Standard Table 09	Prevalence of hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users	
11	Standard Table 11	Arrests/Reports for drug law offences	
12	Standard Table 12	Drug use among prisoners	
13	Standard Table 13	Number and quantity of seizures of illicit drugs	
14	Standard Table 14	Purity at street level of illicit drugs	Fonte
15	Standard Table 15	Composition of tablets sold as illicit drugs	
16	Standard Table 16	Price in Euros at street level of illicit drugs	Fonte
17	Standard Table 17	Leading edge indicators for new developments in drug consumption	Voluntary
18	Standard Table 18	Overall mortality and causes of deaths among drug users	
19	Standard Table 19	Universal school based prevention programmes	
30	Standard Table 30	Methods and Results of youth surveys	Voluntary Fonte
34		TDI data	
22/25	Structured Questionnaire 22/25	Universal prevention	
26	Structured Questionnaire 26	Selective and indicated prevention	Fonte

17 Tabellen

Tabelle 1.	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland ¹⁾	22
Tabelle 2.	Prävalenz im Lebenszeitraum für illegale Drogen ¹⁾	22
Tabelle 3.	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (Altersgruppe 18-64 Jahre).....	24
Tabelle 4.	Trends der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18-39 Jahre).....	25
Tabelle 5.	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien	30
Tabelle 6.	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien	31
Tabelle 7.	Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 1995 bis 2006 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre).....	52
Tabelle 8.	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (ambulant).....	55
Tabelle 9.	Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 2003-2006	56
Tabelle 10.	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung	57
Tabelle 11.	Häufigste Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen bei den von Opioidklienten missbrauchten Medikamenten.....	60
Tabelle 12.	Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS)	62
Tabelle 13.	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2004-2005 ..	63
Tabelle 14.	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2002-2005	70
Tabelle 15.	Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen).....	72
Tabelle 16.	Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen	73
Tabelle 17.	Zahl der Kontakte bei verschiedenen Hauptdiagnosen.....	74
Tabelle 18.	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel	76
Tabelle 19.	Drogentodesfälle 2006	87
Tabelle 20.	Substanzen bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister.....	89
Tabelle 21.	Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten - Trend	90
Tabelle 22.	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung	104
Tabelle 23.	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle.....	110
Tabelle 24.	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	111
Tabelle 25.	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2005 und 2006	119
Tabelle 26.	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000.....	120
Tabelle 27.	Sicherstellung von Cannabispflanzen	121
Tabelle 28.	Preise verschiedener Drogen 2003 bis 2006 (alle Preise in €)	122
Tabelle 29.	Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003	122
Tabelle 30.	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel	125
Tabelle 31.	Finanzierung der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland durch die öffentliche Hand (Beispiele).....	130

Tabelle 32. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Alter und Geschlecht (Mio. €)	134
Tabelle 33. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Einrichtungstyp und Geschlecht (Mio. €)	134
Tabelle 34. Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen in Mrd. € (2001-2006)	137
Tabelle 35. Tatverdächtige nach Altersgruppen und Geschlecht 2006	149
Tabelle 36. Drogenkonsum und Migrationshintergrund	154
Tabelle 37. Drogenkonsum von Schülerinnen und Schülern. Eigenangaben und Elterneinschätzung	154
Tabelle 38. Suchtmittelgefährdung und Therapiebedarf bei Neuzugängen in der JVA Adelsheim 2004	156
Tabelle 39. Veränderungen der Tatverdächtigenzahlen bei BtMG Delikten	160
Tabelle 40. Nationale drogenbezogene Fachzeitschriften	179
Tabelle 41. Fachzeitschriften aus anderen Disziplinen mit drogenbezogener Forschung	180

18 Abbildungen

Abbildung 1. 12-Monatsprävalenz illegaler Drogen in der Altersgruppe 18-39 Jahre (Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1990-2006).	24
Abbildung 2. Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre in Deutschland im Jahr 2004 (BZgA 2004).....	29
Abbildung 3. 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 11-17-jährigen Jungen und Mädchen (KiGGS; Lampert & Thamm 2007)	29
Abbildung 4. 12-Monats-Prävalenz des Konsums verschiedener Substanzen bei 14-17-jährigen Jungen und Mädchen (Cannabis: 11-17 Jahre)	29
Abbildung 5. Settings für Präventionsmaßnahmen 2006 im Vergleich zu 2005 (Dot.sys) ..	36
Abbildung 6. Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdrogen (1994=100%).....	58
Abbildung 7. Verlauf des Flunitrazepam- und Substitutionsmittelmissbrauchs durch Klienten aus der Hauptdiagnosegruppe Opioide 2000-2005)	61
Abbildung 8. Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten 2006	71
Abbildung 9. Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2005)	88
Abbildung 10. Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2005	89
Abbildung 11. Entwicklung von Handelsdelikten	105
Abbildung 12. Entwicklung von Konsumdelikten	106
Abbildung 13. Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	108
Abbildung 14. Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	109
Abbildung 15. Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2006	120
Abbildung 16. Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 - 2006.....	123
Abbildung 17. THC-Gehalt von Marihuana und Cannabisharz 1997-2006	124
Abbildung 18. Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2006	125
Abbildung 19. Wirkstoffgehalt von Kokain 1996-2006	126
Abbildung 20. Matrix zur Identifikation relevanter Kostenbereiche.....	129
Abbildung 21. Armutsraten in % nach der 50%-Grenze (Nettoäquivalenzeinkommen)	153
Abbildung 22. Altersverteilung der Hilfesuchenden mit Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit in ambulanten Beratungs-/Behandlungseinrichtungen	158