



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



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

Diana Hammes, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von Alicia Casati und Johanna Wenig
IFT Institut für Therapieforschung

Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

DEUTSCHLAND

Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen

Drogensituation 2010/2011

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Verantwortlich für Kapitel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 und 11

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)

Alicia Casati

Dr. Stephanie Flöter

Lisa Jakob

Ingo Kipke

Johanna Wenig

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)

Verantwortlich für Kapitel 3

Diana Hammes

Peter Lang

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

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

Email: diana.hammes@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Verantwortlich für Kapitel 12

Peter Raiser

Westenwall 4

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: raiser@dhs.de

Nationale Experten

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Zusammenfassung

Summary

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS 1

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

1.1 Überblick..... 1

1.1.1 Begriffsdefinition 1

1.1.2 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“ 1

1.1.3 Die Struktur Deutschlands 2

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen 4

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich 4

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen 5

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination 10

1.3.1 Nationaler Aktionsplan..... 10

1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans 10

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik..... 31

1.3.4 Koordinierung 31

1.4 Ökonomische Analyse 31

1.4.1 Einleitung 31

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets 32

1.4.3 Soziale Kosten 33

2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG UND SPEZIFISCHEN UNTERGRUPPEN 35

2.1 Überblick..... 35

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung 39

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen 39

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich 40

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen 42

2.3.1	Konsum legaler psychotroper Substanzen.....	43
2.3.2	Konsum illegaler Drogen	44
2.4	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	55
2.5	Weitere Forschungsergebnisse und Befunde insbesondere zur Diagnostik	58
3	PRÄVENTION	61
3.1	Überblick.....	61
3.1.1	Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen	61
3.1.2	Aktuelle Entwicklungen und Trends	61
3.1.3	Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention	63
3.2	Universelle Prävention	66
3.2.1	Schule.....	67
3.2.2	Familie	71
3.2.3	Kommunale Prävention	72
3.2.4	Freizeit und Sportvereine.....	73
3.3	Selektive Prävention	73
3.3.1	Risikogruppen.....	75
3.3.2	Risikofamilien.....	78
3.4	Selektive Prävention im Freizeitbereich.....	80
3.5	Indizierte Prävention	81
3.5.1	Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten.....	81
3.5.2	Kinder mit ADHS.....	82
3.5.3	Früherkennung und Frühintervention	82
3.6	Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen	85
4	PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM.....	87
4.1	Überblick.....	87
4.2	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum	89
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen).....	89
4.2.2	Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum.....	91
4.3	Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf..... Behandlungsdaten beruhen	92
4.4	Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch	92
	von Drogen	92
4.4.1	Gebrauchsformen außerhalb der PDU-Definition der EMCDDA	92
4.4.2	Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition	93

4.4.3	Missbrauch von Medikamenten	94
5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG: BEHANDLUNGSNACHFRAGE UND BEHANDLUNGSVERFÜGBARKEIT	101
5.1	Überblick	101
5.2	Strategie, Politik	104
5.3	Behandlungssystem	105
5.3.1	Organisation und Qualitätssicherung	106
5.3.2	Verfügbarkeit und Behandlungsformen	111
5.4	Charakteristika der behandelten Personen	116
5.4.1	Ambulante Behandlung	116
5.4.2	Stationäre Behandlung	121
5.5	Behandlungstrends	125
5.5.1	Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich	125
5.5.2	Substitutionsbehandlung	130
5.5.3	Andere aktuelle Entwicklungen	135
6	GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	143
6.1	Überblick	143
6.1.1	Infektionskrankheiten	143
6.1.2	Drogenbezogene Todesfälle	144
6.2	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	146
6.2.1	HIV/AIDS und virale Hepatitis	146
6.2.2	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten	150
6.2.3	Verhaltensdaten	150
6.3	Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ...	152
6.3.1	Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle	152
6.3.2	Andere interessante Themen	153
6.4	Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten	156
6.4.1	Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis / Vergiftungen)	156
6.4.2	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)	160
6.4.3	Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen	161
7	UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS	163
7.1	Überblick	163
7.2	Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen	163

7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	166
7.4	Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten.....	172
8	SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND SOZIALE WIEDEREINGLIEDERUNG	175
8.1	Überblick.....	175
8.2	Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum	175
8.2.1	Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten	175
8.2.2	Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen	176
8.3	Soziale Reintegration	176
8.3.1	Unterkunft	177
8.3.2	Bildung, berufliche Ausbildung	178
8.3.3	Beschäftigung	178
9	DROGENBEZOGENE KRIMINALITÄT, PRÄVENTION VON DROGENBEZOGENER KRIMINALITÄT UND GEFÄNGNIS	183
9.1	Überblick.....	183
9.2	Drogenbezogene Kriminalität	183
9.2.1	Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen.....	183
9.2.2	Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen.....	191
9.3	Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	193
9.4	Interventionen im Strafjustizsystem.....	194
9.4.1	Alternativen zu Gefängnisstrafen	194
9.4.2	Andere Interventionen im Strafjustizsystem	195
9.5	Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen	196
9.6	Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen	196
9.6.1	Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten.....	196
9.6.2	Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung.....	196
9.7	Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung	197
10	DROGENMÄRKTE	199
10.1	Überblick.....	199
10.2	Verfügbarkeit und Versorgung	201
10.2.1	Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang	201
10.2.2	Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe.....	204

10.2.3	Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten	204
10.3	Beschlagnahmungen	207
10.3.1	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen.....	207
10.3.2	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen.....	209
10.3.3	Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten	209
10.4	Preis / Reinheit.....	211
10.4.1	Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene	211
10.4.2	Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen.....	213
TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN		219
11	DROGENBEZOGENE GESUNDHEITSPOLITIK UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN HAFT	219
11.1	Gefängnissysteme und Gefängnispopulation	219
11.1.1	Kontextinformationen.....	220
11.1.2	Charakteristika der Population	223
11.2	Gesundheitspolitik in Haft.....	223
11.2.1	Rahmenbedingungen der Gesundheitsfürsorge in Haft.....	223
11.2.2	Gesundheitspolitik in Haft.....	227
11.3	Bereitstellung von drogenbezogenen Gesundheitsangeboten.....	230
11.3.1	Prävention und Behandlung	230
11.3.2	Drogentests	245
11.4	Behandlungsqualität.....	249
11.4.1	Richtlinien für drogenbezogene Gesundheitsangebote in Haft.....	249
11.4.2	Training von Justizvollzugsbeamten.....	253
11.5	Diskussion	254
11.5.1	Äquivalenzprinzip.....	254
11.5.2	Methodologische Limitationen und Informationslücken.....	255
12	DROGENKONSUMENTEN MIT KINDERN (ABHÄNGIGE ELTERN UND KINDESBEZOGENE THEMEN)	257
12.1	Ausmaß des Problems und Risikofaktoren.....	258
12.1.1	Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik	258
12.1.2	Regionale Dokumentationen und Studienergebnisse	264
12.1.3	Risikofaktoren für drogenkonsumierende Schwangere, Eltern und deren Kinder	266
12.2	Strategien und Gesetzgebung.....	268

12.2.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen: Die Sozialgesetzbücher (SGB)	268
12.2.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen: SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe	269
12.2.3	Bundeskinderschutzgesetz (BkiSchG)	270
12.2.4	Nationales Zentrum frühe Hilfen (NZFH).....	271
12.3	Reaktionen.....	272
12.3.1	Behandlung drogenkonsumierender Eltern und schwangerer Konsumentinnen.....	272
12.3.2	Angebote: Beispiele der Behandlungs- und Beratungspraxis und Projekte.....	273
12.3.3	Netzwerke und Kooperationen	279
12.3.4	Verbände und Vereine.....	280
12.3.5	Tagungen und Veranstaltungen	281
TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG		283
13	BIBLIOGRAPHIE	283
13.1	Literatur zum Bericht.....	283
13.2	Gesetzesverzeichnis	306
13.3	Websites	308
14	TABELLEN.....	313
15	ABBILDUNGEN	315

ABKÜRZUNGEN

ADHS/ADHD	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDA	Assistierte Integration substituierter Drogenabhängiger in den Arbeitsmarkt
AJSD	ambulanter Justizsozialdienst
AMNOG	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
APA	American Psychiatric Association
ASD	Allgemeine Soziale Dienste
AVerCa	Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAS e.V	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis
BADO	Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich
BÄK	Bundesärztekammer
BayStVollzG	Bayerisches Strafvollzugsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfF	bundesdeutsche Begutachtungsstelle für Fahreignung
BGBI	Gesetz zur Besserung der Bekämpfung des Dopings im Sport
BGH	Bundesgerichtshof
BKA	Bundeskriminalamt
BkiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer
BLS	Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BOPST	Bundesopiumstelle (innerhalb des BfArM; s.o.)
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
BtM	Betäubungsmittel
BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

BUB-Richtlinien	Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
buss	Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BVEK	Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CaBS	Casemanagement und Beratung für cannabiskonsumierende Schüler
CBD	Cannabidiol
CDR	Centre for Drug Research
CND	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen
COBRA	Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments
COFOG	Classification of the Functions of Government
COMBASS	Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
DAH	Deutsche Aidshilfe
DAS	Drogenaffinitätsstudie der BZgA
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DeStatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DFB	Deutschen Fußball-Bund
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DGS e.V.	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DHV	Deutscher Hanfverband
DifU	Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DJK	Deutsche Jugendkraft
DmMV	Dopingmittel-Mengen-Verordnungen
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
Dot.sys	Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention
DPIP	Drug Prevention and Information Programme
DRUID	Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSR	Drogen- und Suchtrat
DWW	Deutschen Verkehrswacht
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
EBDD/EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDSP	Early Developmental Stages of Psychopathology
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ENDIPP	European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison
ESA	Epidemiological Survey on Addiction (früher „Bundesstudie“)
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
EU	Europäische Union
FAIRE	Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker
fdr	Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.
FDR	Falldatei Rauschgift
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
FOGS	Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich
FP7	7. Forschungsrahmenprogramm
FreD	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten
FTK	Fortbildung transkulturell
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HaLT-Projekt	Hart am Limit-Projekt
HAV	Hepatitis A-Virus
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
HD	Hauptdiagnose
HDG	Horizontale Drogen Gruppe
HmbStVollzG	Hamburgisches Strafvollzugsgesetz
HRQOL	Health-Related Quality of Life
HStVollzG	Hessisches Strafvollzugsgesetz
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

IDIAL	Intensivbetreuung substituierter Drogenabhängiger zur Integration in den Arbeitsmarkt und unterstützten Lebensführung
IFT	Institut für Therapieforchung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKUSH	Interkulturelle Suchthilfe in Leipzig vom Ehrenamt zur Profession
INDRO e.V.	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.
i.v.	intravenös
IVD	intravenös Drogengebrauchende
JVA	Justizvollzugsanstalt
JVollzGB	Justizvollzugsgesetzbuch
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KFM	Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch
KiD	Hilfe für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KOALA e.V.	Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.
KOLIBRI	Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKA / LKÄ	Landeskriminalamt / Landeskriminalämter
LMS	Local Monitoring System
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-KS	Landschaftsverband Westfalen-Lippe Koordinationsstelle Sucht
MATE-ICN	Measurements in the Addictions for Triage and Evaluations – ICF-Core-Set and Needs for Care
MDFT	Multidimensionalen Familientherapie
MODRUS IV	Moderne Drogen- und Suchtprävention
MoSyD	Frankfurter Monitoringsystem Drogen
MPU	Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen
MRV	Maßregelvollzug
NACOA	National Association for Children of Alcoholics
NJVollzG	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ODAS	Opiate Dosage Adequacy Scale
OST	Opioid-Substitutionstherapie
PDU	Problem Drug Use

PEG-IFN- α	pegyliertes Interferon- α
PERMIT	Psychoeducation reaches methadone / buprenorphine substituted patients in antiviral treatment
PHP	Public Health Programme
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PREMOS-Studie	Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Studie
Prev@WORK	Prävention in der Ausbildung
ProPK	Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes
QIP	Qualität in der Prävention
RBV	Ribavirin
RC	Research Chemicals
RDS	Respondent Driven Sampling
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RKI	Robert Koch - Institut
RV	Rentenversicherung
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SDS	Severity of Dependence Skala
SGB	Sozialgesetzbuch
SKH	Suchtkrankenhilfe
SKOLL	Selbstkontrolltraining
SQ	Strukturierten Fragebögen
ST	Standardtabellen
StGB	Strafgesetzbuch
StVG	Straßenverkehrsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
transVer	transkulturelle Versorgung von Suchtkranken
TREAT	Treatment systems Research on European Addiction Treatment
TTM	Transtheoretisches Modell
TVS	Therapievorbereitungsstation
TZI	Themenzentrierte Interaktion
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VGO	Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung

WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
ZIS	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung

Einführung

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

Der aktuelle Bericht der DBDD für das Berichtsjahr 2010/2011 folgt den europaweit einheitlichen Richtlinien der EBDD und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2010, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2011, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

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

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse aus dem Berichtszeitraum. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen oder es wird im Text auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturierten Fragebögen (SQ) der EBDD verwiesen, die eine Reihe von Informationen enthalten und über das Statistische Bulletin der EBDD verfügbar sind (www.emcdda.europa.eu/stats11). Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

In diesem Jahr enthält der vorliegende Bericht zwei Sonderkapitel zu den Themen „Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft“ und „Drogenkonsumenten mit Kindern“. Damit werden zwei Themen in den Vordergrund der Berichterstattung gerückt, die auch in Deutschland zunehmend Gegenstand der fachlichen Diskussion sind. Die Betreuung Drogen konsumierender Inhaftierter macht einen wesentlichen Teil der Arbeit der Gesundheitsdienste in den Justizvollzugsanstalten aus. Die Berichterstattung zu diesem Bereich bliebe aber ohne Kenntnis der für diese Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Ressourcen und spezialisierten Angebote noch lückenhafter als sie es aufgrund fehlender bundesweiter Standards zur Dokumentation der erbrachten Leistungen ohnehin schon ist. Aus diesem Grund hat die DBDD für die

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

Erstellung des Sonderkapitels zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft mit Unterstützung der Drogen- und Suchtbeauftragten der Länder eine eigene Erhebung unter allen Justizministerien der Bundesländer durchgeführt. Die überwiegend große Bereitschaft der Justizministerien, umfangreiche Daten und Informationen zu diesem Themenkomplex zur Verfügung zu stellen, hat maßgeblich dazu beigetragen, die bereits vorliegenden Informationen, die vor allem aus wissenschaftlichen Studien stammen, zu ergänzen und zu vervollständigen. In Ergänzung zu einem im November 2010 von der DBDD mit Unterstützung des BMG durchgeführten Workshops zum Thema „Drogen und Haft“ ist dies innerhalb kurzer Zeit ein weiteres Beispiel für die gute Zusammenarbeit mit unseren Partnern aus dem Justizbereich, die eine umfangreiche Berichterstattung wie im Rahmen des diesjährigen Sonderkapitels überhaupt erst ermöglicht.

Viele Drogenkonsumenten und Menschen mit Drogen-bezogenen Störungen haben (eigene) Kinder. Die aus dem Konsumverhalten resultierenden Konsequenzen bleiben damit nicht allein auf die oder den Konsumenten beschränkt, sondern haben an zahlreichen Stellen auch Auswirkungen auf die Kinder. Die Folgen eines Drogenkonsums der Eltern sind vielfältig und reichen von manifesten gesundheitlichen Gefahren zu erheblichen Problemlagen im psychischen und sozialen Bereich. Mit den Veränderungen im Hilfesystem der letzten Jahre (insbesondere im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger) ist es heute einer größeren Zahl Betroffener möglich, auch in familiären Strukturen zu leben und der Elternrolle besser gerecht zu werden. Drogenkonsumenten mit Kindern bedürfen aber der besonderen Unterstützung durch das Hilfesystem, das sowohl den spezifischen Problemlagen und Verantwortlichkeiten der Konsumenten als auch denen ihrer Kinder gerecht wird und Kooperationen mit Partnern außerhalb der traditionellen Suchthilfe noch wichtiger macht als in der Vergangenheit.

Basierend auf den Sonderkapiteln der nationalen Knotenpunkte wird die EBDD im Jahr 2012 um die europäische Perspektive ergänzte Publikationen erstellen.

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

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

München, Oktober 2011

Tim Pfeiffer-Gerschel
Geschäftsführer der 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 Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt, in der das Institut für Therapieforschung (IFT), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zusammenarbeiten. Die DBDD wird finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die EBDD gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter www.dbdd.de elektronisch zur Verfügung.

Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

An der Stelle isolierter „Drogen“-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen an die Drogen- und Suchtpolitik und aktueller Entwicklungen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2010 eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ entwickelt, die derzeit mit den Ressorts der Bundesregierung abgestimmt wird. Der Drogen- und Suchtrat der 17. Wahlperiode hat in seiner konstituierenden Sitzung am 10. November 2010 seine Arbeit aufgenommen. Im Rahmen der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) wurde unter anderem dafür gesorgt, dass erstmals in Deutschland cannabishaltige Fertigarzneimittel hergestellt und nach entsprechender klinischer Prüfung und Zulassung durch das BfArM von Ärzten verschrieben werden können. Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass neue psychotrope Wirkstoffe auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene stark zunehmen. Bei diesen gezielt zu Rauschzwecken hergestellten Substanzen handelt es sich in der Regel um synthetische Derivate bereits bekannter Betäubungsmittel, die nicht mehr vom BtMG erfasst sind, jedoch über eine ähnliche oder sogar stärkere Wirkung verfügen wie ihre Ausgangsstoffe („Designerdrogen“). Damit werden die gesetzlichen Verbote und Kontrollen des BtMG umgangen und infolge der rechtlichen Grauzone bis zur Unterstellung des jeweiligen Stoffes weitere Absatzmärkte geschaffen bzw. aufrechterhalten. Mit einem Rechtsgutachten hat das Bundesministerium für Gesundheit die Machbarkeit der Einführung ein definierter Stoffgruppen im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) untersuchen lassen, um zukünftig Maßnahmen treffen zu können, mit denen sich das Unterlaufen von Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts besser verhindern lassen könnte. Darüber hinaus wurden auch im Berichtsjahr wieder zahlreiche Projekte auf regionaler, Bundes- oder internationaler Ebene im Drogenbereich mit Unterstützung insbesondere des BMG durchgeführt.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

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

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

2011 hat die BZgA die Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativerhebung zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland vorgelegt. Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben 7,4%, von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren 35,0% mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Die Anteile derjenigen, die auch in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, betragen 5,0% bei den 12- bis 17-Jährigen bzw. 12,7% bei den 18- bis 25-Jährigen (12-Monats-Prävalenz). In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 1,7% der Jugendlichen und 5,3% der jungen Erwachsenen Cannabis konsumiert (30-Tage-Prävalenz). Nach einem deutlichen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den 1990er Jahren sind derzeit in allen Alters- und Geschlechtergruppen wieder Rückgänge zu verzeichnen. Die 12-Monats-Prävalenz und die 30-Tage-Prävalenz sind in der aktuellen Befragung in nahezu allen untersuchten Gruppen statistisch bedeutsam geringer als in den Vorjahren.

In Ergänzung zu dieser bundesweiten Studie wurden 2011 auch Ergebnisse der aktuellen Schülerbefragung im Rahmen des Frankfurter MoSyD vorgelegt. Darüber hinaus liegen aus dem MoSyD auch Informationen aus einer aktuellen Szenebefragung sowie aus dem Trendscout- und Expertenpanel vor.

Prävention

Trotz der weiterhin rückläufigen Entwicklungen des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland bleibt es erforderlich, die illegale Substanz Cannabis in geeigneten präventiven Maßnahmen zu thematisieren. Der nach wie vor hohe zum Teil exzessive Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland in Fachöffentlichkeit und Presse wie bereits in den Vorjahren intensiv diskutiert. Da gerade der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer illegalen Droge ein weit verbreitetes Risikoverhalten darstellt, reagieren die Fachkräfte in der Suchtprävention mit einer hohen Anzahl von präventiven Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug, um so den risikoarmen Umgang mit Alkohol zu fördern und den Konsum von legalen und illegalen Suchtstoffen in allen Altersgruppen der Bevölkerung zu reduzieren. Neben substanzbezogenen Präventionsaktivitäten sind substanzübergreifende Maßnahmen wie zum Beispiel die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen sowie die Bildung kritischer Einstellungen in Deutschland etwa gleich weit verbreitet.

Im Themenfeld universelle Prävention sind Eltern neben Kindern und Jugendlichen vor allem für substanzübergreifende Maßnahmen eine wichtige Zielgruppe. Erfolgversprechend

werden Eltern häufig im Setting Schule eingebunden, sowie als direkte Zielgruppe in der familienbasierten Prävention. Neben der Förderung der Erziehungs- und Handlungskompetenzen von Erziehungsberechtigten und der Stärkung des Zusammenhalts in der Familie, wird Eltern zunehmend der Einfluss ihrer Vorbildfunktion in Bezug auf den eigenen Substanzkonsum auf ihre Kinder bewusst gemacht.

In der Suchtprävention gewinnen Zugangswege über die „Neuen Medien“ für unterschiedliche Zielgruppen – vor allem für Kinder und Jugendliche, beispielsweise aber auch für Personen mit Migrationshintergrund – mehr und mehr an Bedeutung und werden entsprechend ausgebaut. Informationen über Hilfe-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten werden im Internet als niedrigschwellige Informationsangebote bereitgestellt. Über diese Informationskanäle werden auch solche Personen angesprochen, die bisher nicht durch Maßnahmen in der Suchtprävention erreicht werden können.

Problematischer Drogenkonsum

Berechnungen des Umfangs problematischen (d. h. riskanten, schädlichen und abhängigen) Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 81.000 bis 171.000 Personen (1,5 bis 3,2 Personen pro 1.000 Einwohner) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Seit 2008 sind die Schätzwerte für die Multiplikatoren Behandlungsnachfrage und Polizeikontakte rückläufig. Auch für den Multiplikator Drogentodesfälle gilt dies für die Vorjahre. Im Jahr 2010 blieb dieser Wert relativ stabil, jedoch innerhalb eines größeren Intervalls. Insgesamt deuten diese (groben) Schätzungen darauf hin, dass sich die Zahl der Heroin-/Opioidkonsumenten seit dem Jahr 2008 kontinuierlich verringert. Zudem werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der aktuellen Studie der BZgA zum „regelmäßigen“ Cannabiskonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorgestellt. Auch basierend auf Daten des ESA (vgl. Kapitel 2) wurden spezifische Berechnungen zum Trend des problematischen Cannabiskonsums durchgeführt. Dabei zeigen die Anteile von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit gemäß der SDS zwischen 2006 und 2009 keine signifikante Veränderung. Außerdem wird eine (Folge-) Studie zur nicht-bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland vorgestellt, in deren Rahmen Befragungen im Szeneumfeld und im Umfeld von Substitutionspraxen/ -ambulanzen in zehn Städten durchgeführt wurden.

Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

Etwa die Hälfte (46,3%; 2009: 47,5%) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, hatten 2010 ein primäres Problem aufgrund des Konsums von Opioiden, etwa ein Drittel (35,6%; 2009: 35,4%) leidet primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 59,8% (2009: 61,0%), Opioiden spielen in dieser Population eine weniger wichtige Rolle (17,7%; 2009: 18,3%). Stimulantien sind in etwa jedem zehnten Fall der Grund für eine erstmalige Kontaktaufnahme mit einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, unter allen Zugängen/Beendern machen sie etwa 8% aus. Im stationären Bereich spielen Opioiden unter den illegalen Drogen

nach wie vor die größte Rolle. Im Akutbereich (Krankenhausbehandlungen) sind unter den substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) in jedem zehnten Fall Vergiftungen mit Sedativa/Hypnotika Grund der Kontaktaufnahme. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, sind in 6,8% der Fälle Kokain und in 9,7% der Fälle Stimulantien Hauptgründe der Behandlung. Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist auch 2010 weiter gestiegen und liegt aktuell (2010) bei 77.400. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Bis zum 1.3.2011 wurden dem RKI für das Jahr 2010 insgesamt 2.918 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über intravenösen Drogengebrauch erwarben, lag bei 3,7%. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogengebrauchenden (IVD) sank damit im Jahr 2010 mit 93 Meldungen auf den niedrigsten Wert seit Beginn der differenzierten Erfassung im Jahr 1993.

Für das Jahr 2010 wurden insgesamt 5.283 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Damit ist die Inzidenz gemeldeter Hepatitis-C-Infektionen weiter gesunken. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.267 Fälle (32,6%) übermittelt. Die Infektion mit Hepatitis C weist unter Drogenkonsumenten in den vergangenen Jahren zwar einen leicht sinkenden Trend auf, stellt aber dennoch nach wie vor eins der zentralen gesundheitlichen Probleme bei dieser Personengruppe dar.

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle, die vom Bundeskriminalamt veröffentlicht wurde, ist 2010 im Vergleich zum Vorjahr nochmals um sieben Prozent zurückgegangen. Insgesamt kamen 1.237 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Die Überdosierung von Heroin (inklusive des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt nach wie vor die häufigste Todesursache dar.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

Verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Drogenkonsumräume, Spritzentauschprogramme und andere Präventionsprogramme sollen dabei helfen, Drogentodesfälle zu verhindern und Infektionskrankheiten vorzubeugen. Derzeit gibt es in Deutschland insgesamt 28 Drogenkonsumräume in sechs Bundesländern und laut einer aktuellen Studie zur Verfügbarkeit von Spritzentauschprogrammen in Deutschland in mindestens 26,6% der Landkreise entsprechende Angebote. Eine Vielzahl von Experten sieht nach wie vor erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten bei der Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten und anderen gesundheitlichen Begleiterscheinungen bei Drogenkonsumenten.

Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

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

Mehrere Modellprojekte in verschiedenen Regionen Deutschlands setzen an diesem Problem an und fördern Kooperationen zwischen Suchthilfe und den ARGEs, zum einen mit dem Ziel arbeitslose Abhängige frühzeitig in Therapie zu vermitteln und somit einer Chronifizierung entgegenzuwirken und zum anderen um möglichst viele Klienten in ein reguläres Arbeitsverhältnis zu vermitteln.

Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

Im Jahr 2009 wurden insgesamt rund 231.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon rund 165.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und knapp 50.000 Handelsdelikte. Die Zahl der Handelsdelikte ist gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 2,1% zurückgegangen und nimmt damit weiter ab.

Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist von 2008 nach 2009 um 3% gesunken. Der leichte Rückgang ist in allen Altersgruppen, d.h. bei erwachsenen, heranwachsenden und jugendlichen Straftätern zu verzeichnen. Bezüglich der Art der Delikte ist der Rückgang der Gesamtzahl gleichermaßen auf die niedrigeren Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG), der Handelsdelikte und der Verstöße gegen §30 Abs.1 Nr.4 zurückzuführen.

Drogenmärkte

Insgesamt hat sich bei der Reinheit, den Preisen und der Fallzahl der Beschlagnahmungen von illegalen Drogen zwischen 2009 und 2010 nur wenig geändert. Die Menge der beschlagnahmten Drogenmenge ist sehr abhängig von größeren Einzelsicherstellungen. Durch einige Großsicherstellungen von Kokain im drei- und vierstelligen Kilogramm Bereich erreichte die beschlagnahmte Kokainmenge 2010 einen Rekordwert. Da 2010 Großsicherstellungen von Amphetaminen und Heroin, die mit denen von 2009 vergleichbar wären, ausblieben, sank die Gesamtmenge im Jahresvergleich jeweils.

Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist von 2009 nach 2010 insgesamt um 3,5% zurückgegangen, wozu, mit Ausnahme von Amphetaminen (sowie bei vergleichsweise niedrigen Fallzahlen Methamphetamin, Pilzen und Khat), Rückgänge bei allen Rauschgiftarten beigetragen haben.

Die durchschnittlichen Wirkstoffgehalte haben sich im Vergleich zwischen 2009 und 2010 differenziert nach den verschiedenen analysierten illegalen Drogen sehr unterschiedlich entwickelt. Während sich die Wirkstoffgehalte bei Kokain und Cannabisprodukten auch bei einem Vergleich über die letzten vierzehn Jahre kaum verändert haben, gab es doch bei

Amphetaminen und Heroin deutliche Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr: Der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen ist erstmals seit 2004 wieder gestiegen (2010: 6,6%; 2009: 4,8%); der Wirkstoffgehalt von Heroin im Großhandel hat sich nach kontinuierlichen Steigerungen in den Vorjahren auf ein Rekordhoch von 60,3% in 2009 fast halbiert (2010: 34,1%) und liegt im Bereich der Jahre 2005 und 2006. Der Wirkstoffgehalt des Straßenheroins ist dagegen weiter gestiegen und scheint sich bei über 20% einzupendeln (2010: 24,6%).

Die Preise für die verschiedenen Rauschgiftarten sind von 2009 nach 2010 entweder leicht gestiegen oder nahezu unverändert geblieben. Deutlichere Veränderungen gab es im Kleinhandel bei den Preisen von Amphetaminen (+19%) und Marihuana (+10%) sowie bei Crack (-15%). Die Großhandelspreise lagen 2010 bei allen Drogenarten mit Ausnahme von Kokain eher über denen von 2009.

Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft

Die gesetzliche Verwaltung des Justizvollzugs in Deutschland wurde 2006 in die Hände der Bundesländer übergeben. Seitdem gibt es für einzelne Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Nicht zuletzt aufgrund dieser Gesetzeslage gibt es kein nationales System zur regelmäßigen Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland. Stattdessen gibt es v.a. regionale Studien, jedoch sind diese aufgrund einer fehlenden Vernetzung der Statistiken sowie der uneinheitlichen Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung (ICD-Diagnosen werden nur sehr selten gestellt) nur sehr eingeschränkt untereinander vergleichbar. Es können nur wenige direkte Verbindungen zwischen den verfügbaren Daten hergestellt werden, sequenzierende oder vergleichende Analysen sind kaum möglich. Experten schätzen jedoch, dass in Deutschland etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind. Damit liegen die Raten Drogen konsumierender Inhaftierter um ein Vielfaches über denen der Allgemeinbevölkerung und erfordern ein umfassendes intramurales Behandlungsangebot. Das Fehlen verbindlicher bundesweiter Richtlinien im Bereich der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft führt zu Unterschieden in der Art und Verfügbarkeit von Therapieangeboten in den Bundesländern. Nach wie vor existieren Unterschiede zwischen Angeboten intra- und extramuraler Behandlung Drogen konsumierender oder abhängiger Personen. Neben anderen Schwierigkeiten stellt teilweise auch ein Mangel an ausreichendem medizinischen Fachpersonal in manchen JVA ein Problem bei der Bereitstellung ausreichender Behandlungs- und Therapieangebote dar.

Drogenkonsumenten mit Kindern (Abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)

Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 30.000 und 60.000 Kinder von Drogenabhängigen in Deutschland leben. Aussagekräftige Zahlen liegen über Drogenkonsumenten vor, die in Behandlung oder Betreuung in einer ambulanten oder stationären Einrichtung der Suchthilfe sind. In der Dokumentation der Deutschen

Suchthilfestatistik (DSHS) wird erfasst, wie viele der Klienten eigene Kinder haben oder in einem Haushalt mit Kindern zusammenleben.

Aus der Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils ergeben sich für die Familien und einzelne Familienmitglieder unterschiedliche Gefahren und Risiken. Die Lebensumstände drogenabhängiger Eltern sind häufig von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet. Dadurch ergeben sich sowohl für die Eltern als auch für die Kinder zusätzliche Gesundheitsrisiken und psychische Belastungen.

In Deutschland existiert ein komplexes Gefüge aus Akteuren, Einrichtungen und Institutionen, die in ihrer Arbeit Unterstützung und Hilfsangebote für suchtbelastete Familien bereithalten und Aktionen, Veranstaltungen und Projekte durchführen. Die Arbeit mit den Eltern und Kindern, den Familien als Ganzes oder Angehörigen ist dabei häufig eng verzahnt. Der Kooperation verschiedener Institutionen kommt eine besondere Rolle zu. Ein wichtiges Anliegen ist, die derzeit auf lokaler und kommunaler Ebene vorhandenen Strukturen weiter auf- und auszubauen sowie auch bundeseinheitlich Standards für verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen.

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 performed by the German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Deutsche Beobachtungsstelle fuer Drogen und Drogensucht, DBDD), the Institute for Therapy Research (Institut fuer Therapieforschung, IFT), the Federal Centre for Health Education (Bundeszentrale fuer gesundheitliche Aufklaerung, BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (Deutsche Hauptstelle fuer Suchtfragen, DHS). The DBDD is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to the EMCDDA guidelines and is available for download at www.dbdd.de.

Drug policy: legislation, strategies and economic analysis

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction” policy that increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. As a reaction to the new challenges posed to addiction and drug policy and current developments, the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs has developed a “national strategy on drug and addiction policy“ that is currently coordinated with the departments of the Federal Government. The National Board on Drugs and Addiction (Drogen- und Suchtrat, DSR) of the 17th legislative period set to work at its constituent meeting on 10 November 2010. Within the framework of the 25th amending regulation on narcotic drugs (25. BtMAendV) it has been stipulated among others that it is possible for proprietary medicinal drugs containing cannabis to be manufactured and prescribed by doctors after clinical testing and licensing by the Federal Institute for Drugs and Medical Devices (Bundesinstitut fuer Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM) for the first time in German history. New psychotropic substances have been observed for some time to make a stronger appearance at the national, European and international level. Mostly manufactured for recreational purposes, these substances are generally synthetic derivatives that do not fall anymore under the Narcotics Act but have a similar or even stronger effect than their precursor substances (“designer drugs“). With this, legal bans and controls under the Narcotics Act are bypassed and new markets created or respectively maintained as a result of the legal grey zone that exists until the respective substance gets placed on the list of controlled substances. An expert opinion assessed the feasibility of the introduction of a defined substance group to the Narcotics Act to prevent regulations of the Narcotics Act from being bypassed. Moreover, numerous projects have been carried out at regional, federal and international level in the area of drugs especially in cooperation with the Federal Health Ministry.

Drug use in the population and specific targeted groups

The results of the last Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) carried out in 2009 were already presented in the Reitox Report 2010. They corroborate the findings of earlier surveys, showing that about a quarter of the adult population in Germany has experience with drugs. The portion of adults who took drugs in the last 12 months still was at 5%; less than 3% used drugs in the last 30 days. Cannabis remains the by far most commonly used illicit drug. Noteworthy figures were only reached by cocaine, amphetamines, ecstasy and mushrooms. The use of heroin, LSD and crack remains limited to a specific group that is clearly smaller in numbers.

In 2011, the Federal Centre for Health Education published the results of a recent representative survey conducted on the cannabis use of teenagers and young adults in Germany. According to this survey, 7.4% of the teenagers aged between 12 and 17 years and 35.0% of the young adults aged between 18 and 25 years have used cannabis at least once in their life (life time prevalence). 5.0% of the 12- to 17-year olds and 12.7% of the 18- to 25 year olds also used cannabis in the last 12 months before the survey (12-month prevalence). In the last 30 days before the survey, 1.7% of the adolescents and 5.3% of the young adults used cannabis (30-day prevalence). After having significantly increased in the 1990's, life time prevalences for cannabis use are currently on the decline in all age and gender groups. The 12-month prevalence and the 30-day prevalence found by the recent survey are lower on a statistically significant scale in almost all surveyed groups.

The findings of a recent school survey conducted within the framework of the Frankfurt MoSyD complement the results of the federal study. Moreover, MoSyD also provides information on a recent scene survey as well as the trend scout and expert panel.

Prevention

Despite the continuous decline in cannabis use among adolescents and young adults in Germany, it remains important to have the illicit substance cannabis addressed by suitable preventive measures. As in the previous years, the still too high and - in part - excessive use of alcohol among children and adolescents continues to be intensely discussed by the expert public and press in Germany. Since the use of alcohol in combination with an illicit drug represents a widely spread risk behaviour, prevention specialists have reacted with a high number of substance-related prevention measures in order to promote low-risk consumption of alcohol and to reduce the use of licit and illicit substances in all age groups of the population. Substance-related prevention activities and cross-substance measures like for example the promotion of health and life skill competences as well as the formation of critical views are about equally spread in Germany.

Within the framework of universal prevention measures, parents – in addition to children and teenagers – form an important target group especially for cross-substance measures. Parents are often embedded in the school setting or are directly addressed as a target group of life skill training measures of family-based prevention. Next to improving child rearing skills

and harmonious interaction within the family, parents are to become aware of the importance of the role model function they assume for their children with regard to substance use.

With the use of the “new media” increasingly gaining in importance in the prevention of addiction, new ways of access for different target groups – especially for children and adolescents but also for example for people with a migration background continue to be further developed. Information on help, counselling and treatment possibilities is provided in the Internet as low-threshold information offers. These information channels help to give access to people who so far could not be reached by prevention measures.

Problem drug use

Based on the figures from treatment facilities, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates venturing the prevalence of problem (i.e. risky, harmful and dependent) drug use make the number of problematic users of heroin range between 81,000 and 171,000 persons (1.5 to 3.2 persons per 1,000 inhabitants) in the age group of 15-64 years. Since 2008, the estimates for the multipliers treatment demand and police contacts are on the decline. The same applies to the multiplier drug-related deaths for the previous years. In 2010, this value remained relatively stable but within a larger interval. All in all, these (rough) estimates indicate a continuous decline of the number of heroin/opioid users since the year 2008. This chapter represents moreover the findings of the recent survey carried out by the Federal Centre for Health Education on the “regular” use of cannabis among adolescents and young adults. Partly based on the data of ESA (cf. chapter 2), specific calculations on the trend of problem cannabis use were made. Here, the portions of people with cannabis dependence do not show any significant changes between 2006 and 2009 according to the SDS. Moreover, a follow-up study will be presented on the misuse of substitution substances in Germany complete with surveys carried out in and around the scenes and substitution practices and ambulatories in ten cities.

Drug-related treatment: treatment demand and availability

About half (46.3%; 2009: 47.5%) of the clients who sought help from outpatient drug counselling facilities in connection with illicit drugs in 2010, had primary opioid-related problems; about a third (35.6%; 2009: 35.4%) suffered primarily from problems with cannabis use. Cannabis-related cases accounted for 59.8% (2010: 61.0%) of the patients who underwent therapy for the first time, while opioids played a minor role among this population (17.7%; 2009: 18.3%). In about one case out of ten, stimulants were the reason for contacting an outpatient addiction counselling centre for the first time; they accounted for about 8% of all newly admitted and discharged patients. In the inpatient setting, opioids continued to play a predominant role in the area of illicit drugs. As for acute (hospital) treatments, toxicoses caused by sedatives/hypnotics (excluding alcohol) were the reason for admittance in about one case out of ten. Cocaine was the main reason for treatment in 6.8% of the cases and stimulants in 9.7% of the cases treated in the specialized clinics that participate in the German Statistical Report on Treatment Centres for Substance Use Disorders. The number of substitution treatments continued to increase also in 2010 and

currently (2010) lies at 77,400. There are still considerable regional divergences regarding the offer of and demand for substitution treatments.

Health correlates and consequences

By 1 March 2011, a total of 2,918 new cases of HIV-infections were reported for the year 2010. The portion of people who contracted HIV probably through injecting drug use (IDU) was at 3.7%. With 93 cases in the year 2010, the number of newly diagnosed HIV infections in IDUs fell to its lowest level since the start of discriminating recording in the year 1993.

For the year 2010, a total of 5,283 cases of newly diagnosed hepatitis C infections were reported. With this, the incidence continued to decline. Injecting drug use, which in all probability has a causal link with the diagnosed hepatitis C infection, was reported for 1,267 cases (32.6%). While hepatitis C infection among drug users has shown a slightly declining trend over the last years, it still remains one of the central issues in this group of persons.

In 2010, the total figure of drug-related deaths published by the Federal Criminal Office fell again by 7% with respect to the previous year. In total, 1,237 people died of the use of illicit drugs. Overdose of heroin (including use of heroin in combination with other drugs) is still the most common cause of death.

Response to health correlates and consequences

A variety of measures such as drug consumption rooms, syringe exchange programmes and other prevention programmes are to contribute to preventing drug-related deaths and infectious diseases. Presently, a total of 28 drug consumption rooms are operating in six federal states in Germany. According to a recent study conducted on the availability of syringe exchange programmes, at least 26.6% of the rural districts make corresponding offers. Many experts still see considerable possibilities for improvement in the prevention and treatment of infectious diseases and other health correlates in drug users.

Social correlates and social reintegration

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

Several demonstration projects are run in various regions of Germany to tackle this problem and promote the cooperation between the addiction help system and the working groups formed by the employment agencies and the municipalities (the so-called "ARGEn") with a view to motivate unemployed drug users to undergo therapy at an early stage, to counteract chronification and to bring as many clients as possible back into regular employment.

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

In the year 2009, a total of around 231,000 drug law offences were recorded. Out of them about 165,000 were general offences committed against the Narcotics Act

(BtMG) and little less than 50,000 were dealing/trafficking crimes. With this, the number of dealing/trafficking crimes declined by 2.1%, following the trend of the previous year.

The number of convictions rendered under the Narcotics Act fell by 3% between 2008 and 2009. The slight decline was found in all age groups, i.e. in adult, young adult and juvenile offenders. As regards the type of crimes, the decline in the overall figure is to be equally attributed to the lower case figures recorded for the unspecific consumption-related offences (§29 alinea 1 BtMG), dealing/trafficking crimes and crimes in respect of §30 alinea 1 no. 4.

Drug markets

All in all, there was little change in the development of purity, prices and number of seizures of illicit drugs between 2009 and 2010. The quantity of the drugs seized is subject to fluctuations depending on larger individual seizures. As a result of a few seizures of large quantities of cocaine running into the three- and four-digit kilogram range, the quantity of cocaine seized reached a record level in 2010. However, since 2010 did not see seizures of larger quantities of amphetamines and heroin that could compare to the ones of the year 2009, the overall quantity of drugs seized declined respectively in comparison with the previous year.

The number of seizures declined on the whole by 3.5% between 2009 and 2010 which is a result of the declines in all types of narcotic drugs except for amphetamines and for the comparatively low case figures for methamphetamine, mushrooms and khat.

The average concentration of active ingredients of the analyzed illicit drugs was subject to very different developments in the comparison between the years 2009 and 2010. While the concentration of active ingredients in cocaine and cannabis products have basically stayed stable over the last 14 years, considerable changes were found for amphetamines and heroin in comparison to the previous year: The concentration of active ingredient in amphetamines went up again for the first time since 2004 (2010: 6.6%; 2009: 4.8%); after having continually increased in the previous years to a record level of 60.3% in 2009, the concentration of active ingredient in heroin at wholesale level almost dropped by half (2010: 34.1%), falling back to the levels of the years 2005 and 2006. The concentration of active ingredient of heroin at retail level, by way of contrast, continued to increase and seems to stabilize above the 20%-level (2010: 24.6%).

Prices paid for the various types of drugs either slightly increased between 2009 and 2010 or basically remained unchanged. Significant changes were found for prices paid at retail level for amphetamines (+19%) and marijuana (+10%) as well as for crack (-15%). Wholesale prices paid in 2010 tended to be somewhat higher for all types of drugs in comparison with 2009 except for cocaine.

Drug-related health policies and services in prison

The execution of criminal justice was transferred into the hands of the federal states in 2006. Since then a few *Laender* have introduced their own prison laws. For the rest of the *Laender*,

the general prison law applies. Not at least as a result of this legal situation, Germany does not have a national system for regular data collection to survey the health situation in prisons. Instead, there are mainly regional studies available that only allow restricted comparisons to be made since statistics are not interlinked and methods of data collection and classification not standardized (ICD-diagnoses are only made very seldom). Only very few data can be directly linked, sequencing or comparative analyses are hardly possible at all. Experts estimate however that about 30% of all male and more than 50% of all female detainees are intravenous drug users. With this, the rates of drug using detainees are by far higher than among the general population, requiring a comprehensive therapy offer behind prison walls. The lack of binding federal guidelines in the area of drug-related health care in prison leads to differences between the federal states in terms of type and availability of therapy offers. There are still divergences between offers of intra- and extramural treatment of drug users or addicted persons. Apart from other difficulties, a problem is posed by the lack of sufficiently qualified medical personnel in some prisons when it comes to the provision of treatment and therapy services.

Drug users with children (addicted parents, child care and related issues)

Estimates assume that between 30,000 and 60,000 children of drug addicts live in Germany. Hard data are available on drug users who are undergoing treatment or receive counselling from an outpatient or inpatient drug aid facility. The German statistical report on treatment centres for substance use disorders also provides information on how many of the clients have their own children or live together with children in a household.

The addiction of one parent poses different risks and hazards to the family as a whole and to individual family members. The living circumstances of addicted parents are often marked by poverty and social disadvantage. This poses additional health risks and psychological stress both for parents and children.

Germany has a complex network of players, facilities and institutions that work to provide support and aid to families with addiction problems and carry out activities, events and projects. Those working with the parents, children, families or family members are often closely linked with each other. A special role is assigned to cooperation between different institutions. An important objective is to strengthen and expand existing structures at the local and community level as well as to create uniform national standards for binding cooperation structures.

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

1.1 Überblick

1.1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Drogenpolitik“ unterliegt in Deutschland einem allmählichen Bedeutungswandel. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts bezog er sich eindeutig nur auf illegale Drogen, die im Mittelpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“²-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 (3) seit einiger Zeit auch stoffungebundene Süchte³ (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 teilweise auch auf legale Substanzen und gemeinsame Strategien für legale und illegale Substanzen eingegangen werden muss. Eine Trennung ist an vielen Stellen aufgrund der fachlichen und politischen Entwicklung nicht mehr möglich. Wo dies möglich ist, wird dennoch entsprechend der Themenstellung des Berichts ausschließlich auf illegale Substanzen eingegangen. Stoffungebundene Süchte spielen momentan für die Berichterstattung keine Rolle.

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

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

² Der Begriff „Sucht“ bezeichnet hier keine enge Zielgruppe mehr, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

³ Nach wie vor findet eine wissenschaftliche Diskussion darüber statt, ob pathologisches Glücksspiel als nicht-stoffgebundene Sucht oder exzessives Verhalten vor dem Hintergrund einer Störung der Impulskontrolle zu betrachten ist. Eine abschließende Einigung konnte bislang nicht erzielt werden. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe im Rahmen des REITOX-Berichtes soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen.

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 2003 verabschiedete nationale „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) diente bis 2009 als Rahmen für die Suchtpolitik der Bundesregierung. Details hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004.

Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen an die Drogen- und Suchtpolitik und aktueller Entwicklungen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2010 eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ entwickelt, die derzeit (Herbst 2011) mit den Ressorts der Bundesregierung abgestimmt wird. Diese Strategie soll den Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ablösen. Sie beschreibt die Grundlagen und Herausforderungen verantwortungsbewusster Drogen- und Suchtpolitik und schlägt konkrete politische Maßnahmen und Ziele für die nächsten Jahre vor. Dabei werden aktuelle Entwicklungen und Aktivitäten der Bundesregierung ebenso einbezogen wie neue Konsummuster und Suchtformen. Die Strategie bezieht internationale Initiativen und Aktivitäten auf europäischer und internationaler Ebene mit ein (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

1.1.3 Die Struktur Deutschlands

Kompetenzen von Bund und Ländern

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

„Drogen- und Suchtpolitik“ relevant sind, wie etwa dem Schul-, Gesundheits- und Bildungswesen. Für die konkrete Umsetzung der „Drogen- und Suchtpolitik“ - insbesondere auch ihrer Finanzierung - liegt die überwiegende Verantwortung bei den Ländern und den Kommunen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und gemeinsamer Ziele durchaus unterschiedliche Schwerpunkte setzen können.

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

Die Rolle der Leistungsträger

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

Die Rolle von Nichtregierungsorganisationen

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

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

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Das Betäubungsmittelgesetz enthält alle wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe enthalten:

- Anlage I: Nicht-verkehrsfähige und nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z.B. MDMA, Heroin, Psilocybin).
- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Meprobamat, Methamphetamin).
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Benzodiazepine, Opioide, Substitutionsmittel wie Methadon).

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

Sozialgesetze (SGB)

Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind hauptsächlich die Rentenversicherungsträger. Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitions-gestützte Behandlung sind die gesetzlichen Krankenkassen. Weitere Kostenträger sind örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger und Kommunen als Träger der Jugendhilfe.

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Bezieher 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. Suchtmittelabhängigkeit 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 Grundsicherungsstellen (Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit und die so genannten 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 und im Kontext von Straftaten unter Einfluss von Alkohol und Rauschmitteln eingeht und
- die Fahrerlaubnisverordnung (FeV), in der Auflagen, Eignungszweifel und der Entzug der Fahrerlaubnis, z.B. aufgrund einer vorliegenden Abhängigkeit von Betäubungsmitteln thematisiert werden.

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen

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

Absehen von der Strafverfolgung

Das 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. Die noch vor einigen Jahren bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Laufe der letzten Jahre geringer geworden. Dennoch weisen die Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu auch Schäfer & Paoli 2006).

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

Fast alle Bundesländer haben bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Bei den Festlegungen der einzelnen Bundesländer handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im Einzelfall abweichen können. Es gibt keinen Anspruch auf das Absehen von Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen. Wird von Strafverfolgung abgesehen, so heißt das nicht automatisch, dass die Tat folgenlos bleibt. Staatsanwälte haben die Möglichkeit, ein Verfahren gegen Auflagen (z. B. Arbeitsstunden, Geldstrafe oder Beratung in einer sozialen

Einrichtung) einzustellen.

In einem Grundsatzurteil vom 03.12.2008 hat der Bundesgerichtshof (BGH) die „nicht geringe“ Menge von Methamphetamin von 30 Gramm Methamphetamin-Base auf 5 Gramm herabgesetzt. Der Senat hielt angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Toxizität des Methamphetamins in den letzten zehn Jahren einen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung deutlich geringeren Grenzwert für erforderlich. Im Gegensatz zu einem Landgerichtsurteil hat der Bundesgerichtshof den Grenzwert aber nicht auf fünf Gramm Methamphetaminhydrochlorid sondern auf Methamphetamin-Base festgelegt (siehe ausführlich dazu auch Patzak 2009).

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

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

In einem Runderlass zu den Richtlinien zur Anwendung des § 31a Absatz 1 BtMG haben das Justizministerium (4630 – III.7 „IMA“) und das Ministerium für Inneres und Kommunales (42 – 62.15.01) des Landes Nordrhein-Westfalen am 19.05.2011 (JMBl. NRW S. 106) die geringen Mengen zum Eigengebrauch einiger Substanzen für Nordrhein-Westfalen neu geregelt. Demnach kann die Staatsanwaltschaft von der Strafverfolgung absehen, wenn der Umgang mit unerlaubten Betäubungsmitteln ausschließlich dem Eigenverbrauch dient, vom Umgang keine Fremdgefährdung ausgeht und Mengen von 10 g Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana und Blütenstände, ohne Haschischöl), bzw. jeweils 0,5 g Heroin, Kokain oder Amphetaminen nicht überschritten werden. Bei anderen unerlaubten Betäubungsmitteln kann eine geringe Menge in der Regel dann nicht angenommen werden, wenn sie mehr als drei Konsumeinheiten ausmacht. Gemäß des Runderlasses können diese Mengenangaben der auf der untersten Handelsebene vertriebenen Kleinmengen nur Richtwerte für die Feststellung einer noch als gering anzusehenden Menge darstellen. Liegen entgegenstehende Anhaltspunkte zum Reinheitsgehalt des vorgefundenen Gemisches vor, kann eine höhere oder niedrigere Menge des Gemisches die Grenze bilden. Für eine Anwendung der Vorschrift ist auch bei Auffinden von geringeren Mengen kein Raum, wenn zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für ein Handelstreiben mit oder die Abgabe von Betäubungsmitteln vorliegen. Hierfür kann das wiederholte Antreffen mit unerlaubten Betäubungsmitteln ein Anhaltspunkt sein.

Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung⁴

Am 28.05.2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das durch Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, des Arzneimittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung schafft. Das Gesetz regelt u.a., dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) – unter engen Voraussetzungen – als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Schwerst opioid-abhängigen verschreibungsfähig wird. Das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung ist am 21.07.2009 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz werden die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten klinischen Arzneimittelstudie umgesetzt, die die Behandlung Schwerst opioid-abhängiger mit Diamorphin im Vergleich zu einer Behandlung mit Methadon untersucht hat (vgl. dazu die REITOX-Berichte 2007 und 2008).

Die Bundesförderung für die am Modell beteiligten Länder und Städte ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Der Bund fördert noch bis Ende 2011 die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, was die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

BfArM: Indikationserweiterung Methylphenidat-haltiger Medikamente

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat am 14.04.2011 erstmals einer Indikationserweiterung auf Erwachsene bei einigen Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln zugestimmt. Bisher war die Zulassung wegen unzureichender Studiendaten auf die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren begrenzt. Aufgrund der nun vorliegenden Ergebnisse aus klinischen Studien konnte die Wirksamkeit und Sicherheit einer Anwendung bei Erwachsenen hinreichend belegt werden (BfArM 2011).

25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV)⁵

Am 17. Mai 2011 wurde die 25. Betäubungsmitteländerungsverordnung (BtMÄndV) im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, die in wesentlichen Teilen am 18. Mai 2011 in Kraft getreten ist. Mit der Verordnung wurde die Verfügbarkeit betäubungsmittelhaltiger Schmerzmittel in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und bei der Versorgung in Hospizen im Sinne der betroffenen Patientinnen und Patienten neu geregelt. Demnach ist es Hospizen und Einrichtungen der SAPV in Zukunft möglich, Notfallvorräte an Betäubungsmitteln anzulegen. Daneben wurden mit der Verordnung auch die Möglichkeiten zur Weiterverwendung nicht mehr benötigter, aber weiterverwendungsfähiger Betäubungsmittel ausgebaut. Zudem wurde die Position „Cannabis“ in den Anlagen I bis III

⁴ Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 41, Bonn: 20.07.2009.

⁵ Bundesgesetzblatt (2011). Teil I Nr. 22, Bonn: 17.05.2011.

des Betäubungsmittelgesetzes geändert. Mit dieser Regelung wurde dafür gesorgt, dass erstmals in Deutschland cannabishaltige Fertigarzneimittel hergestellt und nach entsprechender klinischer Prüfung und Zulassung durch das BfArM von Ärzten verschrieben werden können. In Betracht kommt zunächst die Behandlung spastischer Schmerzen bei Multipler Sklerose. Cannabishaltige Fertigarzneimittel können hier als weitere Therapieoption angewendet werden (BMG 2011).

Darüber hinaus wird die Ausnahmeregelung für Flunitrazepam-haltige Arzneimittel mit bis zu 1 mg Flunitrazepam zum 01. November 2011 gestrichen. Ab diesem Zeitpunkt unterstehen Zubereitungen mit Flunitrazepam ohne Ausnahme allen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften (u.a. Verschreibung auf Betäubungsmittel-Rezept und Abgabe im Binnenhandel mit Betäubungsmittel-Abgabebeleg sowie gesicherte Aufbewahrung).

Urteil des Bundesgerichtshofs zu Benzodiazepinen und Zolpidem

Der BGH (Beschluss vom 2.11.2010, 1 StR 581/09) hat erstmals die nicht geringe Menge für Benzodiazepine und Zolpidem festgelegt. Bei den betreffenden Benzodiazepinen und Zolpidem handelt es sich grundsätzlich um so genannte ausgenommene Zubereitungen, die bis zu einem bestimmten Wirkstoffgehalt nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegen. Diese Ausnahme gilt aber nach dem letzten Spiegelstrich in Anlage III, Buchstabe b, nicht, wenn die ausgenommenen Zubereitungen ein-, aus- oder durchgeführt werden sollen (Ausnahmen: Codein und Dihydrocodein). Werden also solche ausgenommenen Zubereitungen ohne die erforderliche Erlaubnis über die deutsche Hoheitsgrenze ins Ausland verbracht oder umgekehrt, erfüllt dies den Tatbestand des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BtMG. Der Verbrechenstatbestand der unerlaubten Einfuhr in nicht geringer Menge gem. § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG mit einer Mindestfreiheitsstrafe von 2 Jahren liegt vor, wenn folgende Wirkstoffgehalte überschritten werden: Diazepam 2.400 mg, Alprazolam 240 mg, Clonazepam 480 mg, Lorazepam 480 mg, Lormetazepam 360 mg, Midazolam 1.800 mg, Oxazepam 7.200 mg, Temazepam 4.800 mg, Tetrazepam 4.800 mg, Triazolam 120 mg und Zolpidem 4.800 mg (Patzak 2011).

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes

Zum 1.1.2011 ist das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) in Kraft getreten. Hauptziel des Gesetzes ist, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen. Am Rande wurden auch §§ 12 und 19 BtMG sowie die Ausnahmeregelung der Position Cannabis in Anlage I geändert. Für die strafrechtliche Praxis dürfte nur die letztgenannte Gesetzesänderung relevant sein. Der Gesetzgeber hat nämlich die Nutzhansorten Finola und Tiborszallasi von der Ausnahmeregelung ausgenommen, so dass der Umgang mit diesen Sorten immer dem BtMG unterfällt. Der Verkehr mit den im gemeinsamen Sortenkatalog für landwirtschaftliche Pflanzenarten aufgenommenen Nutzhansorten dagegen ist straflos, sofern der Verkehr mit ihnen ausschließlich gewerblichen oder wissenschaftlichen Zwecken dient, die einen Missbrauch zu Rauschzwecken ausschließen. Dies gilt aber nicht für den Anbau, der wiederum nach Buchstabe d des auf die Position Cannabis folgenden Spiegelstrichs zu beurteilen ist (Patzak 2011).

Sachverständigenausschusses nach § 1 Abs. 2 des BtMG

Der Sachverständigenausschuss nach § 1 Abs. 2 BtMG hat am 6.12.2010 vorgeschlagen, die Substanzen JHW-015, JWH-081, JWH-122, 3-Trifluormethylphenylpiperazin, para-Fluorphenylpiperazin, Methylbenzylpiperazin, Butylon, 3,4-Methylendioxypropyvaleron, Ethylcathinon und Naphyrone dem BtMG zu unterstellen und am 2.5.2011 vorgeschlagen, folgende Substanzen dem BtMG zu unterstellen (www.bfarm.de): Die synthetischen Cannabinoide JWH-007, JWH-203, JWH-210, JWH-251, das Adamantyl-Derivat von JWH-018, AM 694 und RCS-4, die Phenylethylamine/Cathinon-Derivate Methylon, Methedron, Flephedron, 4-MEC, PMEA, 4-Methylamphetamin, 4-FMA, das Tropanalkaloid 4-Fluortropacocain. Die Vorschläge tragen der Entwicklung Rechnung, dass immer neue synthetische Substanzen in sog. „Legal Highs“, die als vermeintliche Kräutermischungen, Badesalze oder Lufterfrischer auf den Markt kommen, festgestellt werden (Newsletter Betäubungsmittelrecht.info 2/2011; www.bfarm.de).

Rechtsgutachten zur Einführung einer Stoffgruppenregelung in das BtMG bei neuen psychoaktiven Substanzen

Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass neue psychoaktive Substanzen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene stark zunehmen. Bei diesen gezielt zu Rauschzwecken hergestellten Substanzen handelt es sich in der Regel um synthetische Derivate bereits bekannter Betäubungsmittel, die aufgrund geringer Veränderungen der chemischen Struktur nicht mehr vom BtMG erfasst sind, jedoch über eine ähnliche oder sogar stärkere Wirkung verfügen wie ihre Ausgangsstoffe („Designerdrogen“). Damit werden die gesetzlichen Verbote und Kontrollen des BtMG umgangen und infolge der rechtlichen Grauzone bis zur Unterstellung des jeweiligen Stoffes weitere Absatzmärkte geschaffen bzw. aufrechterhalten. Hersteller und Händler von Designerdrogen und designerdrogenhaltigen Produkten reagieren in der Regel bereits vor oder unmittelbar nach Inkrafttreten einer Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) auf die zukünftige neue Rechtslage bestimmter Stoffe, indem sie diese durch neue, chemisch modifizierte Substanzen substituieren. Um dieser Situation entgegenzuwirken, bietet es sich an, dass nicht nur ein im Einzelnen konkret bezeichneter Stoff, sondern zugleich auch seine chemischen Modifikationen, die als Substitute in Frage kommen würden, in Form einer summarischen strukturellen Bezeichnung dem Straftatbestand unterstellt werden. Auf der Grundlage eines Rechtsgutachtens⁶ wurde die rechtliche Machbarkeit der Einführung definierter Stoffgruppen in das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) untersucht, um das Unterlaufen von Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts zu verhindern. In Betracht kommt bereits jetzt eine Strafbarkeit nach dem Arzneimittelgesetz, das bei neuen psychoaktiven Substanzen insoweit gewissen Auffangcharakter hat.

⁶ Weiterführende Informationen hierzu unter <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegaldrogen/heroin-und-andere-drogen/legal-highs/jahrestagung-der-drogenbeauftragten.html>.

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

1.3.1 Nationaler Aktionsplan

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den "Aktionsplan Drogen und Sucht" als eine fortlaufende Agenda zur Reduzierung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Die Umsetzung dieses Aktionsplans sollte einvernehmlich zwischen dem Bund und den Ländern erfolgen. Daher wurde von Bund und Ländern gemeinsam im Jahr 2004 der Drogen- und Suchtrat (DSR) ins Leben gerufen und im Oktober 2005 durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung einberufen. Der DSR soll die Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht begleiten. Er hat die Aufgabe, die im Aktionsplan Drogen und Sucht festgelegten Ziele und Maßnahmen zu beraten, ihre Umsetzung zu begleiten, die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung zu überprüfen und Vorschläge zur Umsetzung und Weiterentwicklung zu unterbreiten.

Der DSR setzt sich aus Vertretern der gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen zusammen, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und an Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind. Die Schwerpunkte der Arbeit des Drogen- und Suchtrates werden von ihm selbst festgelegt. In der Sitzung vom 6. März 2006 beschloss der Drogen- und Suchtrat sein Arbeitsprogramm für die 16. Legislaturperiode. Dabei einigte man sich auf folgende Schwerpunkte: „Die übergeordnete Zielsetzung des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ ist die Reduzierung des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie die Verringerung von stoffungebundenen Süchten, da hiermit auch eine Verringerung der mit dem Konsum und Konsumverhalten verbundenen gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Risiken und Probleme verbunden ist. Die Arbeitsschwerpunkte des DSR bis 2008 wurden mittels repräsentativer durch die BZgA durchgeführter Erhebungen evaluiert. (Zu den Ergebnissen dieser Evaluation vgl. die REITOX-Berichte 2009 und 2010).

Der Drogen- und Suchtrat der 17. Legislaturperiode hat sich am 10. November 2010 konstituiert, siehe dazu Abschnitt 1.3.2 (Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans).

1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans

Neukonstitution des Drogen- und Suchtrats

Der Drogen- und Suchtrat der 17. Wahlperiode hat in seiner konstituierenden Sitzung am 10. November 2010 seine Arbeit aufgenommen. Der Drogen- und Suchtrat ist ein beratendes Gremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Er setzt sich wie bereits in der Vergangenheit aus Experten und Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Vorsitzende des Drogen- und Suchtrats ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. In seiner ersten Sitzung hat der Drogen- und Suchtrat ausführlich über seine Aufgaben, Zielsetzungen und zu behandelnden Themenbereiche beraten. Außerdem setzte der Drogen- und Suchtrat die Arbeitsgruppen „Suchtprävention“ und „Schnittstellen in der Versorgung Suchtkranker“ ein.

Die Mitglieder und die Geschäftsordnung des Drogen- und Suchtrats sind auf der Internetseite www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

Nationale Strategie für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik

Die Drogen- und Suchtpolitik steht heute vor neuen Herausforderungen und muss den Entwicklungen der letzten Jahre Rechnung tragen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Grundsätze und Zielsetzungen dieser Politik in einer „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ zusammenzufassen. Diese Strategie soll den bis 2009 geltenden Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ablösen. Dazu wurde im Jahr 2010 eine moderne und zeitgemäße Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik entwickelt, die derzeit mit den Ressorts der Bundesregierung abgestimmt wird. Sie beschreibt die Grundlagen und Herausforderungen verantwortungsbewusster Drogen- und Suchtpolitik und schlägt konkrete politische Maßnahmen und Ziele für die nächsten Jahre vor. Es werden aktuelle Entwicklungen und Aktivitäten der Bundesregierung einbezogen, ebenso wie neue Konsummuster und neue Suchtformen. Die Strategie bezieht internationale Initiativen und Aktivitäten auf europäischer und internationaler Ebene mit ein. Mit der Strategie soll auf die Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel, gesellschaftliche Veränderungen aber auch durch neue Suchtformen und Konsumtrends auf unsere Gesellschaft zukommen, reagiert werden. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung schreibt dazu in ihrem Jahresbericht (2011):

- *„Veränderungen im sozialen und zwischenmenschlichen Gefüge und gestiegene Anforderungen an das Leben in unserer modernen Gesellschaft führen dazu, dass sich manche Menschen überfordert fühlen und versuchen, ihre Probleme durch Suchtmittelkonsum zu bewältigen. Auf diese Situation muss sich das Suchthilfesystem einstellen.*
- *Die demografische Entwicklung bewirkt, dass die Menschen immer älter werden und die Suchterkrankungen im Alter insbesondere in Bezug auf Alkohol und Medikamente zunehmen. Es wird in Zukunft notwendig sein, spezielle Hilfsangebote für ältere Menschen zu schaffen und auszubauen.*
- *Es treten neue stoffungebundene Suchtformen wie die Medien- oder Onlinesucht auf. Für die betroffenen Menschen müssen geeignete Hilfsangebote geschaffen werden.*
- *Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass es neue Konsummuster gibt, auf die reagiert werden muss. In zunehmendem Maße missbrauchen Menschen aus verschiedensten Teilen der Gesellschaft und Altersgruppen exzessiv legale aber auch illegale Suchtmittel.*
- *Darüber hinaus ist die Politik gefordert, auf die immer wieder auftauchenden neuen psychoaktiven Substanzen, die sog. „Legal Highs“ zu reagieren.“*

Deutsches Suchtforschungsnetz

2001 wurde in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung initiiert, der bis 2008 gefördert worden ist. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und

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

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

Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Die Reihenfolge der nachstehend berichteten Projekte orientiert sich an der Gliederung des REITOX-Berichtes. Dabei werden die Maßnahmen unter den Überschriften derjenigen Kapitel berichtet, in denen ggf. näher auf die jeweiligen Vorhaben eingegangen wird (oder bereits in letzten REITOX-Berichten wurde).

Drogenpolitik: Rechtssprechung, Strategien und ökonomische Analyse

- EU-Projekt DRUID
Die Bundesanstalt für Straßenwesen⁷ ist Konsortialführer eines Projekts der Europäischen Kommission mit 37 Partnern zum Thema "Alcohol, Drugs, Medicines and Driving"⁸. 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 (für weitere Informationen vgl. auch die letzten REITOX-Berichte). Die Abschlusskonferenz fand Ende September 2011 in Köln statt.
- Rechtsgutachten zur Einführung einer Stoffgruppenregelung bei neuen psychoaktiven Substanzen in das m BtMG.
Mit einem Rechtsgutachten im Auftrag des BMG wurde die Machbarkeit der Einführung ein definierter Stoffgruppen in das BtMG untersucht werden, um das Unterlaufen von Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts zu verhindern. Vgl. dazu auch Kapitel 1.1.2.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und in spezifischen Untergruppen

- Online-Befragung "Konsum, Konsumenten und Konsummotive von 'Legal Highs'"
Durch eine Online-Befragung im Jahr 2011 soll eine möglichst große Stichprobe von Personen erreicht werden, die über Erfahrungen mit so genannten "Legal Highs" verfügen. Dabei handelt es sich um legal gehandelte Produkte, die zumeist mit absichtlich falschen Deklarierungen bezeichnet werden (z.B. „Räuchermischungen“ oder „Badesalze“). Tatsächlich sind viele dieser Produkte mit synthetischen Substanzen

⁷ BAST, www.bast.de

⁸ www.druid-project.eu

versetzt, die nicht dem BtMG unterstellt sind und eine ähnliche Wirkung haben wie bestimmte illegale Drogen (v.a. Cannabis und „Partydrogen“). Darüber hinaus werden viele der Inhaltsstoffe in Reinform von spezialisierten Händlern im Ausland als Chemikalien zu Forschungszecken („Research Chemicals“) über das Internet vertrieben. In den letzten Jahren hat die Anzahl der in dieser Form angebotenen Stoffe und Produkte stark zugenommen.

Weil weite Teile der Konsumenten das Internet nutzen, um „Legal Highs“ zu kaufen und um sich über eventuelle Risiken des Konsums oder die Legalität bestimmter Substanzen zu informieren, bietet sich eine Online-Befragung als Erhebungsmethode an. Mit den Resultaten sollen Konsummuster und Meinungen sowie Struktur und Konsummotive von „Legal High“-Erfahrenen erforscht werden. Bis Anfang August 2011 lagen ca. 660 vollständige Datensätze aus der Erhebung vor.

- EU-Projekt "Spice and synthetical Cannabinoids"
Das EU-Projekt unter Federführung des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und unter Mitwirkung des Bundeskriminalamtes erforscht zeitnah neu aufkommende synthetische Cannabinoide und deren Wirkungen. Außerdem werden Nachweisverfahren entwickelt und Ansätze für die Präventionsarbeit für diesen Bereich der "Legal Highs" erarbeitet. Dabei wird mit weiteren Partnern aus Deutschland sowie verschiedenen Organisationen aus Polen, Finnland, Österreich und der Schweiz zusammengearbeitet.

Prävention

- eltern.aktiv
Mit dem 2009 begonnenen zweijährigen Modellprojekt sollen zum einen die Eltern junger Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten besser erreicht und die Arbeit mit ihnen qualitativ verbessert werden. Zum anderen sollen durch eine optimierte pro-aktive Elternarbeit jugendliche Suchtmittelkonsumierende mittels frühinterventiver Maßnahmen besser erreicht werden. Im Rahmen des Projekts wurde eine Elternbefragung zum Unterstützungsbedarf durchgeführt sowie ein „Elternkoffer“ für Fachkräfte mit abgestuften Konzepten zum Zugang zu Eltern und zur Elternarbeit erstellt (Weitere Informationen unter www.dhs.de, Rubrik Projekte).
An das Bundesprojekt gliedert sich das LWL-Projekt „Pro-aktive Elternarbeit mit Eltern Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendlicher durch Jugendschutzfachkräfte/Fachkräfte der Jugendhilfe“ als Zusatzprojekt an. Fachkräfte der Jugendämter - insbesondere Jugendschutzfachkräfte - erhalten für die pro-aktive Arbeit mit Eltern Unterstützung. Die im Bundesprojekt erarbeiteten Materialien und Strategien stehen allen Jugendhilfefachkräften zur Verfügung, und werden von ihnen (z. T. in Kooperation mit der örtlichen Suchtberatung), ggf. angepasst und praktisch erprobt. Ziel dieses LWL-Projektes sollte es insbesondere sein zu erproben, ob es im Kontext des Suchtmittelkonsums Jugendlicher über die Jugendämter erfolgreich gelingt, Eltern zu

erreichen und ggf. zu motivieren, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen⁹. Zu beiden Projekten vgl. auch Kapitel 3.3.

- Eltern helfen Eltern

Übergeordnetes Ziel des vom BMG geförderten Vorhabens des Bundesverbands der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (BVEK)¹⁰ e. V. ist die Erarbeitung einer "Handlungsempfehlung für die künftige Arbeit der Elternkreise". Wesentliche Elemente des Projekts sind vertiefende Interviews und Workshops mit Expertinnen und Experten zu möglichen neuen Ansätzen wie Eltern suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter von den Elternkreisen besser erreicht werden können sowie eine Befragung der etwa 180 Elternkreise in Deutschland, um die heutigen Bedarfe und Anliegen der Eltern von Suchtgefährdeten und -kranken zu erheben. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der Abschlussveranstaltung am 10.09.2011 vorgestellt.

- FreD goes net

Unter dem Titel „FreD goes net“¹¹ wurde das deutsche Bundesmodellprojekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“ in 17 Länder der Europäischen Union transferiert, wissenschaftlich begleitet von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), vgl. dazu auch die vergangenen REITOX-Berichte. Projektträger war die LWL-Koordinationsstelle Sucht. FreD goes net wurde von der Europäischen Kommission als auch über Eigenleistungen der Partner sowie Zuwendungen des BMG gefördert. Nach dreijähriger Laufzeit ist FreD goes net im November 2010 fristgerecht abgeschlossen worden. In elf der zwölf Pilotländer wurde das Projekt erfolgreich in den Settings Polizei bzw. Justiz, Schule, Jugendhilfe, Arbeit, Familie und / oder Krankenhaus implementiert. Zielgruppe waren 14 bis 21-Jährige, die im Zusammenhang mit riskantem Konsum illegaler Drogen und / oder Alkohol aufgefallen sind. Daten von knapp 1.300 jungen Menschen wurden ausgewertet. Effekte der Kurzintervention waren u.a. positive Veränderungen in der Grundhaltung zu ihrem Konsum, dem Konsumverhalten sowie der Problemlösungskompetenz. Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse wird der FreD-Ansatz in mehreren europäischen Ländern weiter verbreitet. Durch eine Zertifikatsausbildung zum FreD-Trainer wird zugleich ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung als auch zum weiteren Transfer geleistet. Weitere Informationen zu diesem Projekt finden sich auch in Kapitel 3.5.3.

- Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund

Mit dem Ziel, eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, läuft im Rahmen einer vom BMG finanzierten Förderinitiative seit Frühsommer 2009 für drei Jahre der Schwerpunkt „transVer“. Neben sechs regionalen Modellprojekten, in denen exemplarisch zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert werden sollen, beinhaltet die Förderinitiative ein wissenschaftliches Begleitvorhaben, das von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im

⁹ http://list.lwl.org/LWL/Jugend/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/RFJH/Projekte_KS1/Eltern_aktiv_Start/

¹⁰ www.bvek.org

¹¹ www.fred-goes-net.org und www.lwl-fred.de

Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) in Zusammenarbeit mit FTK (Fortbildung transkulturell) in Freudenstadt durchgeführt wird. Darüber hinaus wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der das Modellvorhaben unterstützt. Die geförderten Projekte (in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein) realisieren in sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen (www.transVer-sucht.de). Erste Ergebnisse verweisen auf eine bessere Erreichung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Projektstandorten und auf die Bedeutung multiethnischer Teams sowie von Weiterentwicklungen bei den Trägern und Einrichtungen sowie innerhalb der Teams. Weitere Informationen zu diesem Projekt finden sich auch in Kapitel 3.3.1.

- **Trampolin - Modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien**
Das Ziel des Projektes Trampolin¹² besteht in der Konzeption und Evaluation eines modularen Gruppenprogramms für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Nach der Entwicklung eines Manuals für das Präventionsangebot, das sich durch seine Ressourcenorientierung, Niedrigschwelligkeit und Suchtspezifität kennzeichnet, wird das Konzept hinsichtlich der Wirksamkeit im Kontext einer randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie überprüft. Das Projekt wird in gemeinsamer Kooperation zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Eppendorf sowie dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW durchgeführt. Im Herbst 2008 begann das Projekt mit einer Gesamtlaufzeit von 3,5 Jahren. Nach einer erfolgreichen Pilotstudie wird Trampolin seit März 2010 an einer Vielzahl von Beratungseinrichtungen mit unterschiedlichen Settings wie Suchtberatung, Familien-, Jugend- oder Suchthilfe (Multicenter) im ganzen Bundesgebiet durchgeführt und wissenschaftlich begleitend untersucht. Nach Abschluss der aktuell laufenden Durchführung des Präventionsprogramms Trampolin und der Datenerhebung findet die Auswertung sowie Veröffentlichung der Ergebnisse statt. Abschließend wird der breite Transfer in die Praxis sichergestellt, um die Nachhaltigkeit des modularen Präventionsprogramms zu gewährleisten (vgl. auch REITOX-Bericht 2010, Kapitel 3.3.2 sowie Kapitel 12).

Drogenbezogene Behandlung

- **INCANT**
Für Deutschland hat der „Therapieladen“ in Berlin am internationalen Forschungsprojekt INCANT¹³ teilgenommen, das bereits 2010 beendet wurde. Die im Rahmen der Studie untersuchte Therapie richtete sich an jugendliche Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten der Altersgruppe der 13-18 Jahre. Die bisher vorliegenden Ergebnisse der Studie lassen darauf schließen, dass die kürzere, aber wesentlich intensivere Arbeit im Rahmen der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) dem normalen

¹² www.projekt-trampolin.de

¹³ www.incant.eu

Therapieangebot überlegen ist. Insbesondere die Einbeziehung und Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder hat sich als besonders wichtig für den Erfolg erwiesen. Bis zum Abschluss der Studie in 2010 konnten durch den „Therapieladen“ n=120 Jugendliche/Familien in die Studie aufgenommen werden. Der Ergebnisbericht der deutschen Studie kann über die Homepage der Drogenbeauftragten der Bundesregierung heruntergeladen werden¹⁴. Erste Ergebnisse zur europäischen Studie wurden kürzlich ebenfalls publiziert (Phan et al. 2011). Die Studie wurde bereits ausführlich in den REITOX-Berichten der vergangenen Jahre vorgestellt.

- **Entwicklung des Gruppentrainings „CAN Stop“**
Im Auftrag des BMG entwickelt und evaluiert das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) seit Februar 2008 (bis April 2011) ein manualisiertes Gruppenbehandlungsprogramm zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen (14-21 Jahre) mit problematischem Cannabiskonsum unter der Bezeichnung „CAN Stop“. Die Evaluation von „CAN Stop“ erfolgt als multizentrische Studie im Rahmen eines kontrollierten Prä-Post-Katamnese-Designs. Es wird jeweils in unterschiedlichen Settings (ambulante Jugendhilfe, stationäre und ambulante medizinische Versorgung, Jugendstrafvollzug) evaluiert. Bisher liegen Ergebnisse zu 141 Testpersonen mit einem Altersdurchschnitt von 18,4 Jahren vor. 76% der männlichen (n=118) und alle weiblichen Testpersonen (n=23) werden gemäß der SDS als cannabisabhängig eingestuft¹⁵. Der Abschlussbericht soll Ende 2011 vorliegen. Das Projekt CAN Stop wurde bereits im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt.
- **Längerfristige Effekte der Substitutionsbehandlung: PREMOS**
Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments), hat das BMG 2007 einen Forschungsauftrag erteilt, um auch Aussagen über die längerfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können. Unter dem Akronym PREMOS¹⁶ (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) wird auf Grundlage einer bundesweit repräsentativen klinisch-epidemiologischen Studie der klinische, psychopathologische, soziale und substanzbezogene Verlauf und Outcome von mehr als 2.600 Patienten aus 223 Einrichtungen längsschnittlich über bis zu sieben Jahre untersucht und beschrieben. Der Abschlussbericht wurde im Juni 2011 vorgelegt (www.drogenbeauftragte.de), darüber hinaus ist im Herbst ein Sonderheft der Zeitschrift „Suchtmedizin in Forschung und Praxis“ erschienen, in dem zahlreiche Ergebnisse der Studie vorgestellt werden und das ebenfalls über die Homepage der Drogenbeauftragten verfügbar ist. Die PREMOS-Studie wurde bereits in den REITOX-Berichten der vergangenen Jahre vorgestellt, erste Ergebnisse werden in Kapitel 5 berichtet.

¹⁴ www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Downloads/INCANT_Behandlungsstudie_Ergebnissbericht_100111_Drogenbeauftragte.pdf

¹⁵ www.canstop.med.uni-rostock.de/

¹⁶ www.premos-studie.de

- Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung – Dokumentationsstandards und Monitoring der heroingestützten Behandlung in Deutschland

Seit dem Ende des bundesweiten Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung im ersten Halbjahr 2007 wurde die Dokumentation von Behandlungsstandards und therapeutischen Wirkungen durch ein vom BMG gefördertes Qualitätssicherungsprojekt sicher gestellt¹⁷. Für das Jahr 2008 liegen über insgesamt 231 Diamorphinpatienten Dokumentationsbögen zum Behandlungsverlauf vor. Davon sind 40 Patienten (seit Mitte 2007) neu in die Behandlung aufgenommen worden (17,3%). Die Ergebnisse der Behandlungsdokumentation des Jahres 2008 lassen erkennen, dass auch die Neuaufnahmen dem Profil der schwerstabhängigen Heroinkonsumenten entsprechen. Im Vergleich zu den Behandlungsteilnehmern des Bundesmodellprojekts zeichnen sich nur wenige bzw. wenn, dann eher geringfügige Unterschiede in den Patientencharakteristika zu Therapiebeginn ab. Die neuen Patienten sind im Durchschnitt um etwa drei Jahre älter, leben in etwas stabileren Wohnverhältnissen und haben zu einem größeren Anteil eine Arbeit. Der Gesundheitszustand ist bei den Patienten des Modellprojekts vergleichbar schlecht. Die Verlaufsergebnisse zeigen einerseits eine langfristige Stabilisierung bzw. weiterhin leichte Verbesserung der sich seit dem Modellprojekt in Behandlung befindlichen Diamorphinpatienten. Andererseits lässt sich eine positive Entwicklung im gesundheitlichen Bereich und im Konsumverhalten der neu aufgenommenen Patienten erkennen, die in den meisten Fällen noch nicht so weit fortgeschritten ist wie die der „Altpatienten“.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

- Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention in Berlin
Seit Oktober 2008 führt der Berliner Träger Fixpunkt e.V.¹⁸ ein Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention durch. Die finanzielle Förderung erfolgt aus Modellmitteln des BMG, das Land Berlin finanziert die wissenschaftliche Begleitung, die vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg durchgeführt wird. Ziel ist es insbesondere junge Drogenkonsumenten, die noch nicht intravenös konsumieren, zu erreichen und sie über die Risiken einer Infektion aufzuklären bzw. den intravenösen Konsum möglichst zu verhindern (vgl. dazu auch Kapitel 7 dieses Berichts).
- „Prävention injektionsbedingter Gesundheitsschäden bei Drogenkonsumenten in Deutschland: Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen – eine Bestandsaufnahme“
Das Ziel dieser vom BMG in 2010 geförderten und vom IFT München durchgeführten Studie war die Zusammenstellung von verfügbaren Programmen, Maßnahmen und Vorgehensweisen zur Prävention infektionsbedingter Gesundheitsschäden („Safer Use“) bei Drogenkonsumenten in Deutschland. Die Informationen wurden auf Bundes- und Landesebene und in ausgewählten Städten erfasst. Der Bericht zu diesem Projekt liegt

¹⁷ www.zis-hamburg.de

¹⁸ www.fixpunkt.org

seit dem Frühjahr 2011 vor und ist unter www.drogenbeauftragte.de verfügbar. Weitere Informationen und Ergebnisse finden sich in Kapitel 7.

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

- SKOLL

Ziel des auf drei Jahre angelegten Modellprojektes SKOLL¹⁹ (Selbstkontrolltraining) ist es, Jugendliche und Erwachsene mit einem riskanten Konsum – sei es von Alkohol, Cannabis oder anderen Suchtmitteln – zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu ermuntern. Die Teilnehmenden sollen in einem 10-wöchigen Training befähigt werden, ihren Konsum wenigstens zu stabilisieren, möglichst aber zu reduzieren und im Idealfall ganz aufzugeben. In den ersten beiden Jahren der Laufzeit des Projekts hat sich gezeigt, dass der niedrighschwellige, zieloffene Ansatz riskant konsumierende Menschen gut anspricht und eine Veränderung des Konsumverhaltens bewirkt. Die Besonderheit von SKOLL liegt in der suchtmittelübergreifenden Herangehensweise. Menschen aus allen Altersgruppen und mit den verschiedensten Konsummustern können in einer Gruppe gemeinsam aktiv werden. Damit eignet sich der Ansatz besonders auch für Beratungsstellen in ländlichen Regionen. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes (UKE Hamburg-Eppendorf) wird mit dazu beitragen, dass am Ende ein evidenzbasierter Ansatz vorliegt, der bundesweit in Beratungsstellen umgesetzt werden kann.

- Forschungsstudie KOLIBRI

Ziel der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie "Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit"²⁰ (KOLIBRI) ist es, bundesweit repräsentative Daten vorrangig zum Dopingverhalten im Freizeit- und Breitensport zu erhalten. Die bundesweit repräsentativen Ergebnisse der Studie sollen darüber hinaus eine wichtige Grundlage für die Aktivitäten im Rahmen des Nationalen Dopingpräventionsplan für den Handlungsbereich Freizeit- und Breitensport liefern. Außerdem erlaubt die Repräsentativerhebung nicht nur einen Vergleich des Dopingverhaltens von Sport- und Nichtsporttreibenden, sondern zugleich Aussagen zur Verwendung leistungsbeeinflussender Substanzen über sportbedingte Motivationen hinaus. Schwerpunkt der Studie ist aber, wie die Einnahme leistungsbeeinflussender Substanzen - aufgeschlüsselt in die Bereiche Nahrungsergänzungsmittel, Beruhigungs-/Schlafmittel, Schmerzmittel, Mittel zum Abnehmen oder Muskelaufbau und leistungssteigernde Mittel - mit der Ausübung verschiedener Sportarten in der Bevölkerung in einen Zusammenhang gebracht werden kann. Die Ergebnisse der Studie liegen seit dem Frühsommer 2011 vor. Die vorliegenden Kolibri-Daten zeigen, dass zwar eine Leistungsbeeinflussung durch die regelmäßige Einnahme frei verkäuflicher Mittel nicht selten ist, der Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungsbeeinflussung ohne medizinische Indikation in der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren und bezogen auf den Konsum in den letzten 12 Monaten dagegen sehr gering ausfällt.

¹⁹ www.skoll.de

²⁰ www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/WeitereEpiStudien/Kolibri/Kolibri__inhalt.html

Projekte und Forschungsprojekte mit Förderung durch die Europäische Kommission

Deutsche Experten sind an einer Reihe internationaler Projekte und Forschungsvorhaben beteiligt, die mit Mitteln aus den verschiedenen Förderprogrammen der Europäischen Kommission (teil-)finanziert werden und einen Bezug zu Drogen haben. Nicht immer ist sichergestellt, dass die Informationen über deutsche Beteiligungen an diesen Projekten der Fachöffentlichkeit auch bekannt sind. Aus diesem Grund enthält der diesjährige REITOX-Bericht erstmalig eine Übersicht über aktuelle Projekte mit einem Bezug zu illegalen Drogen, bei denen deutsche Partner beteiligt oder als Koordinatoren aktiv sind. Grundlage dieser Übersicht ist eine Broschüre der Europäischen Kommission, die eine Zusammenstellung aller Projekte mit einem Bezug zu Drogen aus folgenden drei Förderprogrammen der Europäischen Kommission auflistet:

- Drug Prevention and Information Programme (Generaldirektion Justiz) - DPIP
- Public Health Programme (Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher) - PHP
- 7. Forschungsrahmenprogramm (Generaldirektion Forschung und Innovation) – FP7.

Die Broschüre, die auch Kurzbeschreibungen aller aufgelisteten sowie weiterer (älterer und abgeschlossener) Projekte enthält, kann z.B. über die Website der EBDD heruntergeladen werden²¹. Die nachstehende Tabelle 1.1 beschränkt sich auf Projekte und Studien, die während des Berichtszeitraums durchgeführt oder initiiert wurden (2010/2011).

²¹ www.emcdda.europa.eu/themes/research

Tabelle 1.1 Übersicht über EU-finanzierte Projekte und Studien mit deutscher Beteiligung

	Laufzeit	Deutscher Partner
Projekte mit deutschem Projektkoordinator (in Klammern: Förderprogramm*)		
REBOUND Resilience-based drug education (www.my-rebound.eu) (DPIP)	01/2010-12/2012	Henrik Jungaberle, Institut für Medizinische Psychologie, Universität Heidelberg
Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use (SNIPE) (DPIP)	03/2011-02/2013	Claudia Pischke, Hajo Zeeb, Universität Bremen (UNIHB), Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
WISEteens (DPIP)	04/2011-03/2013	Rainer Thomasius, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE); Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
'Spice' and synthetic cannabinoids (DPIP)	01/2011-12/2012	Volker Auwärter, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Rechtsmedizin, Forensische Toxikologie
		Weiterer deutscher Projektpartner: Bernd Werse, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Centre for Drug Research (CDR)
		Weiterer deutscher assoziierter Projektpartner: Bundeskriminalamt (BKA)
Health promotion for young prisoners (PHP)	04/2010-03/2013	Caren Weilandt, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)
AMASS Surveillance in wide maritime areas through active and passive means (FP7)	03/2008-08/2011	Thomas Anderson, Carl Zeiss Optronics GmbH
		Weiterer deutscher Konsortialpartner: Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e.V
		Weiterer deutscher Konsortialpartner: Iq Wireless GmbH

* Abkürzungen der Förderprogramme: DPIP=Drug Prevention and Information Programme (DG Justice); PHP=Public Health Programme (DG Health & Consumers, EAHC); FP7=Seventh Framework Programme (DG Research and Innovation)

Fortsetzung von Tabelle 1.1 Übersicht über EU-finanzierte Projekte und Studien mit deutscher Beteiligung

	Laufzeit	Deutscher Partner
Projekte mit deutscher Beteiligung als Partner (in Klammern: Länderkennung des Projektkoordinators und Förderprogramm*)		
Throughcare services for prisoners with problematic drug use (www.throughcare.eu/) (UK; DPIP)	12/2008-12/2011	Caren Weilandt, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) (www.wiad.de)
European Harm Reduction Network (EuroHRN) (www.eurohrn.eu/) (UK; DPIP)	01/2010-12/2011	Akzept e.V. (www.akzept.org)
ORION - Overdose Risk Information Project (UK; DPIP)	01/2011-01/2013	Norbert Scherbaum, Landschaftsverband Rheinland (LVR) Kliniken und Institut der Universität Duisburg – Essen
CONPHIRMER - Counterfeit Pharmaceuticals Interception using Radiofrequency Methods in Real-time (UK; FP7)	07/2011-06/2014	Deutsch-Französisches Forschungsinstitut Saint-Louis (ISL), Saint-Louis (www.isl.eu)
Projekte mit deutscher Beteiligung als assoziierter Partner (in Klammern: Länderkennung des Projektkoordinators und Förderprogramm*)		
Development of rehabilitation and reintegration programme for children using drugs (LI; PHP)	12/2008-03/2011	Gerd-Bodo von Carlsburg, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Institut für Erziehungswissenschaft
Democracy, Cities & Drugs II (www.democitydrug.org) (F; PHP)	05/2008-04/2011	Christian Heise, BWLV (Renchen), European Treatment Centres for Drug Addiction (EURO-TC)
Club Health – healthy and safer nightlife of youth (www.club-health.eu) (SI; PHP)	04/2009-04/2012	Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Universität Koblenz/Landau
		Katholische Fachhochschule NRW, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
		Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main
Recreational Drugs' European Network (ReDNet) (UK; PHP)	04/2010-03/2012	Norbert Scherbaum, Landschaftsverband Rheinland (LVR) Kliniken und Institut der Universität Duisburg – Essen
Boys and Girls – An interactive web-based series to promote healthy lifestyles among European adolescents (NL; PHP)	09/2010-08/2012	Katholische Hochschule NRW, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

* Abkürzungen der Förderprogramme: DPIP=Drug Prevention and Information Programme (DG Justice); PHP=Public Health Programme (DG Health & Consumers, EAHC); FP7=Seventh Framework Programme (DG Research and Innovation)

Aktivitäten der Bundesländer

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

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

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

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

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

Anmerkung: Die Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesländer haben im Berichtsjahr 2010/2011 zahlreiche Aktivitäten und Projekte mit Schwerpunkten zu „Kinder suchtkranker Eltern“ berichtet, die im diesjährigen Sonderkapitel Berücksichtigung gefunden haben. In der nachstehenden Auflistung wurden diese Maßnahmen daher nicht erneut aufgegriffen.

Darüber hinaus haben fast alle Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesländer (in der Regel in enger Abstimmung mit den jeweiligen Justizministerien) mit z.T. erheblichem Aufwand spezifische Informationen für das Sonderkapitel „Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft“ aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Damit wurde für die diesjährige vertiefende Berichterstattung in diesem Bereich eine umfassende Grundlage geschaffen und auf zahlreiche Maßnahmen und Projekte aufmerksam gemacht.

Baden Württemberg

Aus Baden-Württemberg liegen Informationen zu einer Reihe von Projekten und Maßnahmen vor, die sich um den Themenkomplex „Kinder aus suchtblasteten Familien“ drehen und im diesjährigen Sonderkapitel berichtet werden. Darüber hinaus wurde am 15. Juli 2011 eine Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug veröffentlicht, auf die im Sonderkapitel „Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft“ (Kapitel 11) detailliert eingegangen wird.

Die Kooperation und Vernetzung auf kommunaler Ebene wird in Baden-Württemberg vor allem durch die in allen Stadt- und Landkreisen etablierten kommunalen Suchthilfenetzwerke betrieben. Diese haben sich zu einer bundesweit beachteten Grundstruktur entwickelt, indem auf Kreisebene sämtliche mit der Versorgung Suchtkranker beteiligten Personen und Einrichtungen verbindlich kooperieren und dadurch die verfügbaren Ressourcen effektiver und effizienter einsetzen. In diese kommunalen Suchthilfenetzwerke werden die Partner der Jugendhilfe einbezogen, um auch die Familien der Suchtkranken mit in den Blick zu nehmen und im Idealfall in den Gesamtbehandlungsplan einzubeziehen.

Bayern

Das bereits seit vielen Jahren durchgeführte Projekt „mindzone“ (Drogenprävention für die Zielgruppe junger Partygänger) hat 2011 anlässlich seines 10-jährigen Bestehens eine Fachtagung zum Thema „Abenteuer Partyleben“ durchgeführt²². Darüber hinaus hat „mindzone“ seine Informationsmaterialien um einen Flyer zum Thema „Research Chemicals“ erweitert.

²² Die Tagungsdokumentation ist unter www.mindzone.info verfügbar.

Die Angebotspalette für hilfeschuchende Konsumenten illegaler Drogen in Bayern beinhaltet auch zahlreiche Arbeitsprojekte²³, die von nahezu allen Suchthilfeträgern vorgehalten werden. Die städtische Drogenberatung München hat 2011 ein neues Projekt gestartet, um Langzeit-Drogenabhängigen die Möglichkeit zu bieten, auf dem zweiten Arbeitsmarkt wieder einer Beschäftigung nachzugehen.

Berlin

Das von Fixpunkt e.V. durchgeführte Frühinterventionsprojekt zur zur Hepatitis-C-Prävention wurde bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt (Kapitel 7.3) und findet sich auch in der Liste der mit Unterstützung des BMG geförderten Projekte.

Die Vergabe von Spritzen und Kanülen an Drogenkonsumenten wird in Berlin seit mehr als zwanzig Jahren durchgeführt. Eine Evaluation des Konsumutensilien-Vergabe- und Entsorgungsangebots fand in dieser Zeit nicht statt. Der Berliner Träger Fixpunkt e. V. hat im Zeitraum Juni bis Dezember 2009 mit einer Fragebogen-Aktion und in Expertengesprächen Informationen zur derzeitigen Situation gesammelt und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Angebots erarbeitet. Der Auswertungsbericht zur Evaluation der Spritzenvergabe in Berlin steht ab Frühsommer 2011 der allgemeinen Fachöffentlichkeit zur Verfügung (siehe dazu auch Kapitel 7).

Das Berliner TEST IT-Projekt knüpft an die Erfahrungen mit HCV-Testungen des Berliner Pilotprojekts FiP-C und mit HIV-Schnelltests im Rahmen des Dortmunder Modellprojekts „TEST IT“ an. Es wird vom 01.01. – 31.12.11 vom Berliner Träger Fixpunkt e. V. im Auftrag der Deutschen Aidshilfe e. V. und gefördert durch den MacAids Fund durchgeführt. Das niedrigschwellige und anonyme Test-Angebot soll Menschen, die illegale Drogen riskant konsumieren, den Zugang zu HIV/Hepatitis C-Tests erleichtern. Das speziell auf Infektionsrisiken im Kontext von Drogenkonsum zugeschnittene Beratungsangebot soll Drogenkonsumierende hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen und präventiven Handlungsmöglichkeiten stärken. Durch Früherkennung von Hepatitis- und HIV-Infektionen soll der Zugang zur medizinischen Behandlung ermöglicht werden. Hepatitis C-Infektionen sind häufig heilbar. Bei einer HIV-Infektion gilt es, das Fortschreiten der Infektion zu verhindern. Ausführliche Informationen zum Projekt sind unter www.testit-berlin.de verfügbar.

Hamburg

Aus Hamburg liegen einige Informationen zum Themenkomplex „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ vor, die im diesjährigen Sonderkapitel berichtet werden.

²³ Z.B. Condrops e.V.: Angebote von stundenweiser Tätigkeit bei Kontaktläden bis zu Qualifizierungsmaßnahmen für einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt; mudra Nürnberg: Arbeits- und Ausbildungsplätze mit insgesamt ca. 85 Arbeitsplätzen; Laufer Mühle: Angebote für Menschen aus der Region oder Weißer Rabe: Ca. 500 Arbeitsplätzen in 15 Betrieben für Menschen mit Handicaps

Hessen

Auch aus Hessen liegen Informationen zur Projekten und Maßnahmen vor, die sich um den Themenkomplex „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ drehen und im diesjährigen Sonderkapitel berichtet werden.

Mecklenburg-Vorpommern

In der Zeit vom 01.10.2008-31.10.2009 führte die LS das vom BMG geförderte Projekt FAIRE (Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker) durch. Eine Kurzbeschreibung fügen wir in der Anlage bei. 2010 wurde eine ähnliche Maßnahme durch die Landesstelle für Suchtfragen durchgeführt.

In Rostock existiert beim Fachdienst Suchtkrankenhilfe der Caritas Mecklenburg e.V. ein „Kontaktladen für Drogenkonsumenten/Drogenkonsumentinnen“ mit dem Angebot des Spritzentauschs. Der „Kontaktladen“ ist ein gelungenes Beispiel für nachhaltige Prävention.

Seit dem 01.10.2010 koordiniert die Landesstelle für Suchtfragen das vom BMG geförderte Projekt „Sucht im Alter-Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“. Die Laufzeit beträgt zunächst 2 Jahre.

Aus Mecklenburg-Vorpommern liegen Informationen zu Netzwerken für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor, die im diesjährigen Sonderkapitel berichtet werden.

Rheinland-Pfalz

Um die berufliche (Re-) Integration drogenabhängiger Menschen in einer Substitutionsbehandlung zu fördern, wurden in Rheinland-Pfalz zwei Modellprojekte zur einzelfallbezogenen Steuerung und Koordination der notwendigen Hilfen und der Intensivbetreuung eingerichtet. Im Landkreis Mayen-Koblenz wurde das Projekt „Assistierte Integration substituierter Drogenabhängiger in den Arbeitsmarkt“ (AIDA) und im Landkreis Bad Kreuznach das Projekt „Intensivbetreuung substituierter Drogenabhängiger zur Integration in den Arbeitsmarkt und unterstützten Lebensführung“ (IDIAL) eingerichtet. An den Projekten können jeweils 20 Personen teilnehmen. In beiden Projekten erfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Jobcentern, der psychosozialen Begleitung durch die Suchtberatungsstelle sowie den substituierenden Ärztinnen und Ärzten. Zwischen den beteiligten Institutionen findet ein regelmäßiger Informationsaustausch statt, wodurch die Vernetzung der bestehenden Hilfesysteme sichergestellt und eine enge Begleitung der Klientinnen und Klienten möglich wird. Eine zentrale Rolle in beiden Projekten kommt dabei den beiden pädagogischen Fachkräften zu, welche die Klientinnen und Klienten betreuen und bei denen die Informationen der beteiligten Institutionen zusammenfließen. Von den Fachkräften wird eine aufsuchende, ambulante Einzelfallhilfe praktiziert, wodurch den drogenabhängigen Menschen ein einfacherer Zugang zu den verschiedenen Hilfesystemen ermöglicht wird. Zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört die Unterstützung der Klienten bei der Berufsfindung, das Coaching und praktische Hilfe bei der Lebensführung, die Akquise von Praktikumsplätzen bzw. Arbeitsplätzen und die Nachbetreuung zur Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation. Die finanzielle Förderung erfolgt aus Mitteln des Europäischen

Sozialfonds, der Jobcenter und des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie.

Sachsen

Die sächsischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen wurden 2010 von mehr als 28.500 Personen kontaktiert. Etwa 60% der Klienten nehmen die Beratungsdienste primär wegen einer Alkoholproblematik in Anspruch. Gleichzeitig ist festzustellen, dass Probleme im Bereich illegale Drogen zunehmend ein Betreuungsgrund sind (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V 2011; vgl. dazu auch Kapitel 5).

Die Stadt Leipzig nimmt mit dem Projekt "IKUSH - Interkulturelle Suchthilfe in Leipzig vom Ehrenamt zur Profession" als Projektstandort im Rahmen des Bundesmodells "Zugang zum Suchthilfesystem für Menschen mit Migrationshintergrund" teil.

Jeweils eine Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Chemnitz, Dresden und Leipzig ist Projektstandort für das Projekt "Trampolin", das ebenfalls im Auftrag des BMG durchgeführt wird.

Sachsen-Anhalt

Im August 2010 haben die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland und die Regionaldirektionen Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit eine Kooperationsvereinbarung „Erbringung von Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen“ nebst Verfahrensbeschreibung verabschiedet. Ziel ist die Öffnung eines neuen Zugangs zur Suchtrehabilitation aus der Arbeitsverwaltung, damit Therapiebedürftige zum einen möglichst früh, zum anderen mit möglichst wenig institutionellen „Reibungsverlusten“ eine Suchtrehabilitation antreten können (DRV Mitteldeutschland et al. 2010).

Thüringen

Aus Thüringen liegen eine Reihe von Projekten und Maßnahmen (wie z.B. Runde Tische, Fachtagungen) vor, die sich um den Themenkomplex „Kinder aus suchtbelasteten Familien drehen und im diesjährigen Sonderkapitel aufgegriffen werden.

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von abhängigkeits erzeugenden Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster zu etablieren. Im Vordergrund der Präventionsaktivitäten der BZgA stehen insbesondere die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Drogen Alkohol und Nikotin, aber auch illegale Drogen und die Prävention von Glücksspielsucht. Im Jahr 2010/2011 wurde der Präventionsbereich um das Thema „Pathologische Internet- und Computerspielnutzung“ erweitert. Neben der Bildung kritischer Normen und Werte gegenüber problematischer Internetnutzung in der Bevölkerung wird ein Angebot zielgruppenspezifischer Information und Hilfe für Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren und ihre Eltern aufgebaut (universale und selektive Prävention). Die 2011 herausgegebene Broschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ gibt neben alltagspraktischen

Hinweisen grundlegende Informationen zu Computerspielen und sozialen Netzwerken im Internet.

Nachfolgend sollen zwei Projekte aus den Jahren 2010/2011 vorgestellt werden, die einen kleinen Ausschnitt der suchtspezifischen Präventionsaktivitäten der BZgA darstellen:

- Einbindung von „Kinder stark machen“ im Wettbewerb „Team 2011“
Im Kontext der FIFA Frauenweltmeisterschaft 2011 in Deutschland hat die BZgA in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) die bundesweite Schul- und Vereinskampagne „Team 2011“ begleitet (Juli 2009 bis Juni 2011). Die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ wurde wie schon bei der Fußball WM 2006 in Deutschland mit mehreren Angeboten zum Thema Suchtprävention für Sportvereine und Schulen eingebunden. Im Rahmen der Aktion nahmen 2.000 Multiplikatoren an Schulungen zur Suchtprävention in Sportvereinen teil. Rund 1.600 weitere Adressaten führten einen eigeninitiierten Aktionstag unter dem Motto „Kinder stark machen“ zwischen Schule und Fußballverein durch, bei dem auch die Informationsmaterialien der Kampagne ausgegeben wurden.
- Internetplattform www.drugcom.de mit Schwerpunkt illegale Drogen
Mit dem niedrigschwelligen, selektiv präventiven Projekt konzentriert sich die BZgA auf die Zielgruppe der drogenaffinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit Hilfe internetgestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten sollen die jungen Menschen dazu angeregt werden, den eigenen Konsum kritisch zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Das modular aufgebaute Angebot enthält einen umfangreichen und regelmäßig aktualisierten Informationsbereich, interaktive Wissens- und Substanztests, personale Beratungsangebote via E-Mail und Chat sowie strukturierte Reduktionsprogramme zu Alkohol („change your drinking“) und Cannabis („quit the shit“). Das seit 2004 auf www.drugcom.de angebotene und evaluierte Cannabis-Reduktions- und Ausstiegsprogramm „quit the shit“ konnte bereits mehr als 3.000 Cannabiskonsumenten in ihrer Absicht, den eigenen Cannabiskonsum zu reduzieren oder ganz einzustellen, unterstützen (vgl. 3.5.3.).
Mit Hilfe eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements wird die Website regelmäßig auf ihre Akzeptanz in der Zielgruppe hin überprüft. Im Jahr 2010 wurden durchschnittlich 24.000 page-impressions pro Tag und über 2.000 Visits pro Tag verzeichnet. Damit wird das Internetangebot von www.drugcom.de wie in den Vorjahren sehr gut angenommen und besucht.

Tagungen und Arbeitsgruppen

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

- 3. Deutscher Suchtkongress in Tübingen
Im September 2010 wurde der 3. Deutsche Suchtkongress gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. in Tübingen veranstaltet. 2010 wurden neben einem themenreichen wissenschaftlichen Programm – unter anderem zum problematischen Substanz- und Medienkonsum bei Jugendlichen, zur exzessiven und abhängigen Nutzung des Internets und von Computerspielen, zu biologischen Parametern der Abhängigkeitsentwicklung, zu neuen (psycho-) therapeutischen Verfahren bei Abhängigkeitsentwicklungen – erstmals ein Pflegekongress sowie ein separater Schüler- und Lehrerkongress in das Tagungsprogramm integriert.
- 19. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Unter dem Motto „Der gedopte Alltag - Sucht und Leistung“ hat der 19. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) vom 5.-7. November 2010 in Berlin stattgefunden. Im Mittelpunkt standen die Themen Neuroenhancement, „Doping“ im Alltag und Leistungserbringung und Leistungserstattung. Insgesamt 435 Teilnehmern und Referenten besuchten den Kongress – ein Zeichen für das große Interesse am Themenkomplex.
- Workshop der DBDD zu „Drogen und Haft“
Am 19. November 2010 führte die DBDD in Berlin einen vom BMG geförderten und von der Drogenbeauftragten unterstützten Workshop zum Thema „Drogen und Haft“ durch. Ziel war es, einen Austausch zwischen Experten aus Theorie und Praxis zu unterstützen und eine Diskussion anzuregen. Es referierten Vertreterinnen und Vertreter aus den Justizministerien Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin ebenso wie aus der Rentenversicherung, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg. Als internationale Referenten nahmen Experten des spanischen Innenministeriums und des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz teil. Deutlich wurde, dass es immer wieder zu Friktionen zwischen lokalen Strukturen und nationalen Rahmenbedingungen kommt, die Auswirkungen auf alle am System beteiligten Partner und die Inhaftierten haben. Ein Bericht sowie die Dokumentation der Tagung sind unter www.dbdd.de verfügbar.
- 34. Bundesdrogenkongress des Fachverbands für Drogen und Rauschmittel
Der 34. Bundesdrogenkongress fand unter dem Motto „Fit für die Zukunft. Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe zwischen Tradition und Innovation“ vom 30. Mai bis 1. Juni 2011 in Berlin statt. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) führt seit 1980 den Bundesdrogenkongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Es handelt sich um einen Fachkongress, in dem es darum geht, ein Praktikerforum zu schaffen, das der Informationsvermittlung, dem Erfahrungsaustausch, der Projektdarstellung und der Verbesserung der Praxis insgesamt dient. Die aktuellen Kongressthemen setzen zeitnah wichtige Diskussionsprozesse in Gang. Die Dokumentation der Tagung ist unter www.fdr-online.info verfügbar.

- **Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)**
Das im Juni 2011 in Tutzing durchgeführte 19. Wissenschaftliche Symposium der DHS beschäftigte sich mit dem Thema „Hirndoping – Lifestyle oder Suchtgefahr?“. Erfolgs- und Leistungsdruck, beruflich wie privat, fördern riskante Lebensweisen. Gesunde Jugendliche wie Erwachsene versuchen den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden. Sie versuchen die Leistungsfähigkeit des Gehirns, aber auch emotionale und soziale Kompetenz zu steigern. Die DHS rät zu Alternativen und fordert gesundheitspolitisch eine ergebnisorientierte Verhältnisprävention. Anlässlich des Wissenschaftlichen Symposiums hat die DHS ihr Positionspapier „Hirndoping“ vorgestellt. Neben den verschiedenen Substanzen sollten demnach auch spezielle Konsumsituationen und Lebensbereiche, wie z.B. die Substitution, die Teilnahme am Straßenverkehr und die Gefahren am Arbeitsplatz, berücksichtigt werden. Die Veranstaltung richtete sich an Entscheidungsträger, Multiplikatoren und ausgewiesene Fachwissenschaftler/-innen aus der Grundlagen- und Praxisforschung.
- **12. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin**
Im Juli 2011 fand in München der 12. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin statt, bei dem sich Spezialisten der Suchtmedizin und Suchttherapie getroffen haben. Der Kongress bietet die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben.
- **"Unter dem Thema "Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co." stand die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, die am 11. Oktober 2011 in Berlin stattfand. Die Fachtagung beschäftigte sich mit neuen Herausforderungen durch synthetische Drogen. Dabei standen deren Verbreitung und Konsum genauso im Blickpunkt wie mögliche Präventionsansätze. Gleichzeitig griff die Tagung relevante Aspekte für den Umgang mit und die Kontrolle von neuen synthetischen Drogen auf.**
- **51. DHS Fachkonferenz vom 14.-16. November 2011 in Hamburg**
Das diesjährige Thema der DHS-Fachkonferenz lautet "Suchthilfe und Suchtpolitik international – was haben wir von Europa und Europa von uns?". Sie hat das Ziel, sowohl das Verbindende in der europäischen Suchthilfe aufzugreifen als auch die regionale Vielfalt darzustellen. Dabei sollen unterschiedliche Ansätze sowie "Good Practice"-Beispiele von Prävention, Selbsthilfe, therapeutischen Verfahren und Finanzierungsgrundlagen bekannt gemacht und bei der künftigen Gestaltung der Suchthilfe berücksichtigt werden. Mit Hilfe bestimmter Fragestellungen sollen z.B. unterschiedliche Suchtbehandlungsansätze, Migrationsaspekte und verschiedene Auffassungen von Sucht diskutiert werden. Mit dem Thema der dreitägigen Fachkonferenz, zu der ca. 300 Teilnehmer erwartet werden, werden alle in der DHS organisierten Suchtkrankenhilfeverbände und besonders Vertreter der Politik angesprochen. Bei der 51. DHS-Fachkonferenz handelt es sich um eine Fachtagung, die bundesweit Forscher und Fachkräfte im Suchtbereich anspricht und wechselseitig einen entscheidenden Beitrag zum Wissenschafts- sowie Praxistransfer leistet.

- **Fachtagung 10 Jahre FreD**
Hauptziele der am 22. November 2011 in Münster stattfindenden bundesweiten Fachtagung „10 Jahre FreD“ sind die Information über die Weiterentwicklung, die Qualitätssicherung und den Transfer des FreD-Angebotes in Deutschland. Die Information über und der Austausch zu aktuellen Themen rund um die Zielgruppenerweiterung von FreD und verwandter Ansätze sind weitere Ziele der bundesweiten Fachtagung. Mit der Veranstaltung sollen zertifizierte FreD-Trainerinnen und Trainer, Fachkräfte aus den Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe, Jugendhilfe sowie angrenzender Bereiche (Schule, ARGEn, Ausbildungsbetriebe, Polizei, Justiz, etc.) und Kooperationspartner erreicht werden, um den Interventions-Ansatz noch weiter zu verbreiten.
- **Fachtagung "Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting"**
Ziel der am 2. Dezember 2011 in Berlin stattfindenden, von akzept e.V. organisierten Veranstaltung ist es, die Möglichkeiten einer Verbesserung der Verbindung von Substitutionsbehandlung und stationärer Rehabilitation sowie der Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlungen für Substituierte im ambulanten und stationären Bereich zu diskutieren. Dabei sollen Ansätze zur Überwindung der vorhandenen Sektorisierung erarbeitet werden, um eine stärkere Integration von medizinischen Rehabilitation, Psychotherapie und Substitutionstherapie zu erreichen. In diesem Zusammenhang sollen auch mögliche organisatorische, finanzielle und rechtliche Probleme thematisiert und Lösungsperspektiven aufgezeigt werden. Die Fachkonferenz, zu der ca. 100 Teilnehmer erwartet werden, spricht bundesweit Forscher und Fachkräfte im Bereich Substitution an.

Internationale Zusammenarbeit

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die Europäische Kommission, die Horizontale Drogen Gruppe (HDG) und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sind dabei die wichtigsten Partner. Deutschland ist auch ein aktiver Partner der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). Bei der Vertretung Deutschlands in den europäischen und anderen internationalen Gremien, die sich mit Drogenpolitik befassen, kommt der Drogenbeauftragten eine wichtige koordinierende Funktion zu. Neben der Drogenbeauftragten vertreten die zuständigen Fachreferate unterschiedlicher Ministerien (Innen-, Gesundheitsministerium, Auswärtiges Amt) oder Experten aus anderen Bereichen Deutschland in europäischen und internationalen Gremien. Auch im „Drogenforum der Zivilgesellschaft“ (Civil Society Forum on Drugs) der Europäischen Kommission arbeiten deutsche Vertreter aktiv mit.

Im Berichtszeitraum fanden und finden darüber hinaus bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht mit der Türkei (Twinningprojekt; IPA III Projekt der EBDD), Zentralasien (Central Asian Drug Action Programme) sowie im Rahmen weiterer internationaler Projekte mit zahlreichen anderen Ländern (z.B. Projekt DRUID, oder „FreD goes Net“) statt, in denen

deutsche Experten mit Kollegen aus anderen Ländern innerhalb und außerhalb der EU zusammenarbeiten.

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik

In diesem Bereich sind keine neuen Entwicklungen zu berichten.

1.3.4 Koordinierung

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

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist auf Bundesebene verantwortlich für die Planung und Durchführung von Präventionskampagnen, das Monitoring suchtpräventiver Aktivitäten und deren Qualitätssicherung. Bei ihr liegt auch der Vorsitz der Arbeitsgruppe „Suchtprävention“, die ebenfalls dem DSR zugeordnet ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten. Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche u.a. Erlaubnisse zur Teilnahme am Betäubungsmittel- und/oder Grundstoffverkehr erteilt und den Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehr bei den Erlaubnisinhabern überwacht sowie das nationale Substitutionsregister führt.

1.4 Ökonomische Analyse

1.4.1 Einleitung

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

Grundlage der Finanzierung drogenbezogener Ausgaben sind die föderale Struktur

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

Es wird also deutlich, dass allein die Identifikation der aufgewendeten Kosten (noch vor der Berechnung spezifischer Anteile für legale und illegale Substanzen) mit erheblichem Aufwand verbunden ist.

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets

Im Jahr 2008 wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit von der DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Essen eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, erstmals eine umfassende Schätzung der direkten (gekennzeichneten und nicht-gekennzeichneten) Ausgaben der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungsträger mit Bezug zu illegalen Drogen für das Jahr 2006 vorzunehmen (Mostardt et al. 2009).

Bei der Datensammlung fanden verschiedene Ansätze Anwendung: Auf Ebene der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Kommunen) wurden die öffentlich zugänglichen Haushaltsdokumente analysiert und Ministerien, nachgeordnete Behörden und weitere Schlüsselpersonen befragt. Ergänzend wurden mithilfe von Daten aus veröffentlichten Studien und Statistiken alternative Berechnungs- bzw. Schätzverfahren entwickelt. Die Erhebung der Ausgaben der Sozialversicherungsträger erfolgte über eine schriftliche Befragung.

Addiert man die identifizierten und errechneten Ausgaben auf, ergibt sich für das Referenzjahr 2006 ein Intervall zwischen 5,2 und 6,1 Mrd. EUR an öffentlichen Ausgaben für den Bereich illegaler Drogen, die sich folgendermaßen aufteilen: Der Anteil der Deutschen Rentenversicherung in Form von Ausgaben für medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Renten wegen Erwerbsminderung betrug etwa 172 Mio. EUR. Die Hochrechnung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen usw. belief sich auf 1,4 Mrd. EUR. Auf Ebene der Gebietskörperschaften konnte ein Betrag zwischen 3,6 und 4,5 Mrd. EUR ermittelt werden, der für die Prävention und Minderung der Folgen des Drogenproblems in Form von

Präventions-, Interventions- und Repressionsmaßnahmen ausgegeben wurde.

Eine genauere Aufschlüsselung der Ausgaben findet sich in der Standardtabelle STPE.

Eine inhaltliche Zuordnung der Ausgaben zu staatlichen Aufgabenbereichen anhand der international gebräuchlichen „Classification of the Functions of Government (COFOG)“ (European Commission 2007) ergibt, dass ein großer Anteil der ermittelten Ausgaben (>65%) der Funktion „Öffentliche Sicherheit und Ordnung“ zuzurechnen ist. Ausgaben für die Funktionen „Gesundheit“ und „Soziale Sicherung“ sind oft nur schwer voneinander zu trennen und machen einen wesentlich geringeren Anteil an den Gesamtausgaben aus. Hier sind allerdings auch die größten Lücken in der Datensammlung zu finden.

Aufgrund fehlender Daten und methodischer Limitationen muss das Gesamtergebnis als konservative Schätzung betrachtet werden. Vor allem im Bereich der Länder beruhen die ermittelten Ausgabenbeträge auf sehr groben Schätzverfahren und aus den Kommunen liegen keinerlei repräsentative Daten vor. Auch wenn die hier vorgestellten Ausgaben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, stellt das Ergebnis dennoch die umfangreichste und beste Näherung dar, die gegenwärtig in Deutschland verfügbar ist.

Für die Zukunft stellt sich aufgrund des großen Aufwands für die Datensammlung allerdings die Frage, ob und wie eine regelmäßige Aktualisierung der Ausgaben-schätzung erfolgen kann.

Für das Berichtsjahr 2010 liegen keine neuen systematischen Schätzungen vor.

1.4.3 Soziale Kosten

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

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

2.1 Überblick

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 auch Personen mitgezählt, die über Erfahrungen berichten, die bereits 20 oder 30 Jahre zurückliegen können.

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

Bundesweite Datenquellen und internationale Studien

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

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen für den Gebrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle 3-4 Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) an einer Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die Ergebnisse der letzten DAS (2008) wurden im REITOX-Bericht 2009 vorgestellt (BZgA 2010).

- Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA 2007 Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Cannabiskonsum unter 3.602 Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007), deren Ergebnisse im REITOX-Bericht 2007 zusammenfassend dargestellt wurden.

2011 hat die BZgA Ergebnisse zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland aus einer aktuellen Repräsentativerhebung mit Schwerpunkt Alkohol vorgelegt (BZgA 2011c). Dabei handelt es sich um eine deutschlandweite Repräsentativbefragung der 12- bis einschließlich 25-jährigen Bevölkerung, die auf einer mehrstufigen Zufallsstichprobe auf Basis des ADM-Telefonstichproben-Systems (computergenerierte Zufallsstichprobennummern, Zufallsauswahl von 12-25-Jährigen im Haushalt) von N=7.000 Fällen und einer Ausschöpfungsquote von 52,6% (Befragungszeitraum: Juni-August 2010) beruht. Die Ergebnisse werden in Kapitel 2.3.2 berichtet.

- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey on Substance Abuse: ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des 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. Studiendesign, Methodik (Kraus & Pabst 2010) und Ergebnisse (Pabst et al. 2010, Kraus et al. 2010) des ESA 2009 wurden im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt.
- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) wurde bereits 1995 in 26, 1999 in 31 und 2003 in 35 europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich in 2007 zum zweiten Mal nach 2003 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN²⁴ (Stockholm) koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Sie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. In der Erhebung 2007 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 12.448 Schülern aus 586 Klassen an 567 Schulen (Kraus et al. 2008). Zum Teil liegen für die ESPAD auch Auswertungen aus einzelnen Bundesländern vor.
- Im Rahmen der von der WHO unterstützten Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC), die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern durchgeführt

²⁴ Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs

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. Ergebnisse liegen seit dem Sommer 2007 vor (Nickel et al. 2008, Settertobulte & Richter 2007). Darüber hinaus wurden im REITOX-Bericht 2008 auch Daten einer eigenen Auswertung der HBSC für das Bundesland Nordrhein-Westfalen berichtet (Richter et al. 2008).

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

Daten aus den Bundesländern und regionale Monitoringsysteme

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

- In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie MODRUS IV (Moderne Drogen- und Suchtprävention) vorgestellt worden. In der vierten soziologisch-empirischen MODRUS-Studie wurden Schülerinnen und Schüler sowie Lehrer der Klassenstufen sechs bis zwölf zu ihren Erfahrungen und Meinungen mit legalen Suchtmitteln, Drogen und ihrem Umgang mit Computern und dem Internet befragt (N=2.432). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.
- In Hamburg fand 2009 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2007/2008 unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum vierten Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. Die Ergebnisse der Erhebung 2009 beruhen auf einer nach Geschlecht, Alter und Schulform der amtlichen Schulstatistik angepassten und entsprechend der amtlichen Bevölkerungsstatistik ebenfalls nach Geschlecht und Alter gewichteten Stichprobe der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in

Hamburg (N=1.132) und wurden im REITOX-Bericht 2010 vorgestellt (Baumgärtner 2010).

- Eine weitere Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, stellt das Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel²⁵, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung²⁶ beinhalten.

Im Erhebungszeitraum 2010 wurden im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD N=1.064 (gewichtete und bereinigte Stichprobe) Schüler im Alter zwischen 15 und 18 Jahren an allgemeinen und berufsbildenden Schulen befragt (Werse et al. 2011). Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse der aktuellen Expertenbefragung, des Trendscout-Panels und der Szenebefragung des MoSyD vor. Die Ergebnisse werden in Kapitel 2.3.2 bzw. 2.4 berichtet.

Für die im Rahmen des MoSyD durchgeführte Befragung der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main wurde 2010 bereits zum fünften Mal ein eigener Bericht erstellt (Müller et al. 2011). Die einbezogene Stichprobe umfasste wie bereits in den Vorjahren N=150 Drogenkonsumenten, die je etwa zur Hälfte unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel und in den niedrighschwelligigen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen, der sich eng an die Fragebögen der Szenestudien aus den vorangegangenen Jahren anlehnt, um systematische Vergleiche anstellen zu können. Erstmals wurde 2010 am Ende des Fragebogens der so genannte HIV-Code erfragt, um bei zukünftigen Befragungen zu erfassen, wer bereits in den vorangegangenen Jahren befragt wurde und ob sich möglicherweise Veränderungen im Konsumverhalten erkennen lassen. Ebenfalls zum ersten Mal wurden die Konsumenten gefragt, wie häufig sie im letzten Monat von der Polizei kontrolliert wurden und wie oft ein Platzverweis oder Aufenthaltsverbot ausgesprochen wurde. Die Ergebnisse dieser Szenestudie werden in Kapitel 2.4 berichtet.

Nutzung der verfügbaren Datenquellen

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

²⁵ Für das Trendscout-Panel werden Freizeit-Szenen, vor allem aus dem Bereich der Jugendkulturen, ausgewählt. Die Auswahl der unterschiedlichen Bereiche ist auf jene Szenen fokussiert, für die eine relativ hohe Konsumverbreitung illegaler Drogen angenommen werden kann. Ein möglichst gleichbleibender Stamm von Informanten wird in einem regelmäßigen Turnus (seit 2006 zweimal pro Jahr) befragt. Die Erhebung erfolgt mittels eines halboffenen leitfadengestützten Interviews.

²⁶ In der Expertenbefragung werden Personen, die professionell mit dem Drogenphänomen befasst sind (Strafverfolgung, Drogenhilfe, Jugendhilfe, Prävention, Schule) regelmäßig in Form eines Gruppeninterviews befragt.

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, siehe auch Kapitel 4.2). Neben den quantitativen Daten wurden auch aktuelle qualitative Studien berücksichtigt, soweit diese vorliegen.

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

Eine Minimalschätzung zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland findet sich in Tabelle 2.1. Sie basiert auf den Ergebnissen der beiden letzten Epidemiologischen Suchtsurveys²⁷ (ESA 2006, 2009) und der aktuellen DAS (2008).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

	Quelle	Alter	Prävalenz	Absolut ¹⁾
Lebenszeit	ESA 2009	18-64	26,7%	13.812.000
	ESA 2006	18-64	23,7%	12.270.000
	DAS 2008	12-17	10,0%	508.000
12 Monate	ESA 2009	18-64	5,1%	2.638.000
	ESA 2006	18-64	5,0%	2.589.000
	DAS 2008	12-17	7,4%	376.000
30 Tage	ESA 2009	18-64	2,6%	1.345.000
	ESA 2006	18-64	2,5%	1.294.000
	DAS 2008	12-17	2,8%	142.000

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen:

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

12-17 Jahre: 5.075.140 (Jahr 2008) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE 2010)

BZgA 2010; Kraus et al. 2007, Pabst et al. 2010.

Die Lebenszeitprävalenz ist als Indikator für aktuelle Veränderungen nicht geeignet, da sie keinen Aufschluss über das aktuelle Konsumverhalten der Befragten gibt. In der Literatur wird üblicherweise die 12-Monats-Prävalenz als Referenzgröße herangezogen, da sie einerseits auf ein hinreichend überschaubares Zeitfenster des zurückliegenden Konsums begrenzt ist und andererseits noch interpretierbare Prävalenzwerte liefert (wohingegen die

²⁷ Darüber hinaus steht seit kurzem eine ausführliche Länderauswertung für Hamburg unter <http://www.hamburg.de/contentblob/3078458/data/ift-bericht.pdf> zum Download bereit.

30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen mit Ausnahme von Cannabis häufig nur ausgesprochen niedrige Werte aufweist) (Details zu den Bevölkerungsumfragen sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten).

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

Da die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (gesamt) maßgeblich von Konsum-erfahrungen mit Cannabis bestimmt wird (und mit dieser nahezu identisch ist), sprechen die Ergebnisse des ESA 2009 für eine Stabilisierung des bereits im ESA 2007 beobachteten Rückgangs des aktuellen Konsums von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung. Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen im Lebenszeitraum außer Cannabis berichten im ESA 2009 nur 7,4% der Befragten (2006: 5,8%). Noch niedriger sind die Werte für die 12-Monats- (1,3%) und 30-Tage-Prävalenz (0,6%), die sich im Vergleich zur Erhebung 2006 praktisch nicht verändert haben (1,2% bzw. 0,7%) (siehe dazu auch Tabelle 2.2).

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

Die aktuellsten Ergebnisse zur Prävalenz des Konsums einzelner Drogen unter Erwachsenen liegen aus dem ESA 2009 vor und wurden im REITOX-Bericht 2010 berichtet. Zum Konsum illegaler Substanzen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden 2008 neue Ergebnisse der DAS vorgelegt, die im REITOX-Bericht 2009 dargestellt wurden.

Um einen Überblick über den Konsum in der Gesamtbevölkerung zu geben, wurden die wichtigsten aktuellen Angaben zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums einzelner Substanzen für die beiden Altersgruppen 12-17 Jahre und 18-64 Jahre in Tabelle 2.2 zusammengestellt.

Tabelle 2.2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

Untersuchung	DAS 2008 (%; 12-17 Jahre)			ESA 2006 (%; 18-64 Jahre)			ESA 2009 (%; 18-64 Jahre)		
	LZ	12 M	30 T	LZ	12 M	30 T	LZ	12 M	30 T
Cannabis	9,6	6,6	3,7	23,0	4,7	2,2	25,6	4,8	2,4
Amphetamine	0,7	0,6	0,2	2,5	0,5	0,3	3,7	0,7	0,3
Ecstasy	1,1	0,8	0,3	2,0	0,4	0,2	2,4	0,4	0,2
LSD	0,4	0,3	0,0	1,7	0,1	0,0	2,4	0,1	0,1
Heroin	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,5	0,1	0,0
Kokain	0,9	0,8	0,3	2,5	0,6	0,2	3,3	0,8	0,3
Crack	0,5	0,3	0,1	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0
Pilze	1,2	0,9	0,2	2,4	0,4	0,1	2,8	0,1	0,1
Schnüffelstoffe	0,4	0,4	0,2	--	--	--	--	--	--
Irgendeine Droge	10,0	7,4	2,8	23,7	5,0	2,5	26,7	5,1	2,6
Drogen außer Cannabis	2,7	2,0	0,6	5,8	1,2	0,7	7,4	1,3	0,6

LZ: Lebenszeit, 12 M: 12 Monate, 30 T: 30 Tage

BZgA 2010; Kraus et al. 2007, Pabst et al. 2010

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

Erstmals wurde im Erhebungsjahr 2009 des ESA auch nach der Kräutermischung „Spice“ gefragt²⁸. Einen vollständigen Überblick über die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen nach einzelnen Substanzen, Geschlecht und Altersgruppen aus dem ESA 2009 bietet Tabelle 2.3 des REITOX-Berichtes 2010. In Tabelle 2.4 des REITOX-Berichtes 2010 wird ein Überblick über die Trends der Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei jungen Erwachsenen in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre gegeben. Sie basieren auf den sieben Erhebungen des ESA zwischen 1990 und 2009 basieren.

Der Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem in jüngeren Altersgruppen auftritt. So liegt der Anteil der 12-Monats-Konsumenten illegaler Drogen bei den unter 30-

²⁸ In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass „Spice“ und vergleichbare Kräutermischungen (in denen nachweislich dem BtMG unterstellte synthetische Cannabinoide enthalten sind) bereits Anfang 2009 infolge gesetzlicher Änderungen weitgehend vom Markt (v.a. aus den so genannten „Headshops“) verschwunden sind. Seit dieser Zeit rücken aber kontinuierlich zahlreiche Nachahmerprodukte v.a. über den Onlinehandel nach.

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

Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsenen zwischen 12 und 25 Jahren, die auf der DAS beruhen, wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen

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

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

Die Verlaufsprognose von Substanzstörungen ist speziell für das Kinder- und Jugendalter noch wenig erforscht. In einzelnen Untersuchungen wurden verschiedene, die Entwicklung

von Substanzstörungen begünstigende und protektive Faktoren identifiziert (siehe dazu REITOX-Bericht 2010, zitiert nach: Thomasius 2009, Sack & Thomasius 2009a).

2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen

Alkohol

Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung der BZgA im Jahr 2010 mit Schwerpunkt Alkoholkonsum (BZgA 2011b) bestätigen, dass Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol unter den 12-25-Jährigen weit verbreitet sind. Etwa drei Viertel (72,3%) der 12- bis 17-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken, unter den 18- bis 25-Jährigen berichteten nahezu alle Befragten einen mindestens einmaligen Konsum im Lebenszeitraum (96,6%). Die 12-Monatsprävalenzen liegen in beiden Altersgruppen nur knapp unterhalb dieser Werte (63,3% bzw. 92,2%). Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Prävalenzen nicht finden. Erhebliche geschlechtsspezifische und altersabhängige Unterschiede zeigen sich jedoch mit Bezug auf den regelmäßigen Konsum (operationalisiert als: mindestens einmal/Woche), der seit 1979 insgesamt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zurückgeht (von 44,7% auf 26,1%). Grundsätzlich trinken mehr männliche Jugendliche und junge Erwachsene regelmäßig Alkohol.

Ein Indikator zur Messung riskanten Konsumverhaltens bei Jugendlichen ist das so genannte Binge-Trinken, bei dem bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol konsumiert werden. Aktuell gibt jeder sechste Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren an, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal Binge-Trinken praktiziert zu haben. Etwa fünf Prozent dieser Altersgruppe geben an, dieses Verhalten vier Mal in den letzten 30 Tagen oder häufiger zu zeigen. Daraus ergibt sich eine erhebliche Zahl Jugendlicher, die riskante Konsummuster für Alkohol zeigen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit späterer alkoholbezogener Probleme und Störungen erhöht.

Daten zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Lampert & Thamm 2007) sowie der HBSC-Studie (Settortobulte & Richter 2007) und der Studie MODRUS IV wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007, 2008 und 2009 berichtet.

Tabak

Aus dem Alkoholsurvey 2010 der BZgA liegen ebenfalls Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor (BZgA 2011f). Die Lebenszeitprävalenz des Rauchens unter 12- bis 25-Jährigen liegt 2010 bei 55,8%. Etwa jeder sechste Jugendliche und junge Erwachsene raucht täglich, 11,4% sogar mehr als 10 Zigaretten pro Tag. Das Einstiegsalter für den Zigarettenkonsum beträgt 14,0 Jahre und hat sich seit 1986 etwas nach hinten verschoben. Bei den 12- bis 17-Jährigen ging die Raucherquote zwischen 1979 und 1993 kontinuierlich zurück, um dann bis 1997 erneut zu steigen und bei beiden Geschlechtern auf hohem Niveau bis 2001 zu stagnieren. Seit 2001 ist der Anteil erneut deutlich gesunken und liegt aktuell bei 14,2% (männliche Jugendliche) bzw. 11,5%

(weibliche Jugendliche).

Ergebnisse zum Tabakkonsum Jugendlicher aus der letzten HBSC-Studie (siehe dazu auch: Nickel et al. 2008), dem KiGGS und der Studie MODRUS IV wurden in den REITOX-Berichten 2007 und 2009 berichtet.

2.3.2 Konsum illegaler Drogen

Die Ergebnisse der letzten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden in den letzten REITOX-Berichten vorgestellt (Kraus et al. 2008). Übersichtsdaten der DAS zum Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche und junge Erwachsene wurden im REITOX-Bericht 2009 (Kapitel 2.2.1 und 2.2.2) berichtet.

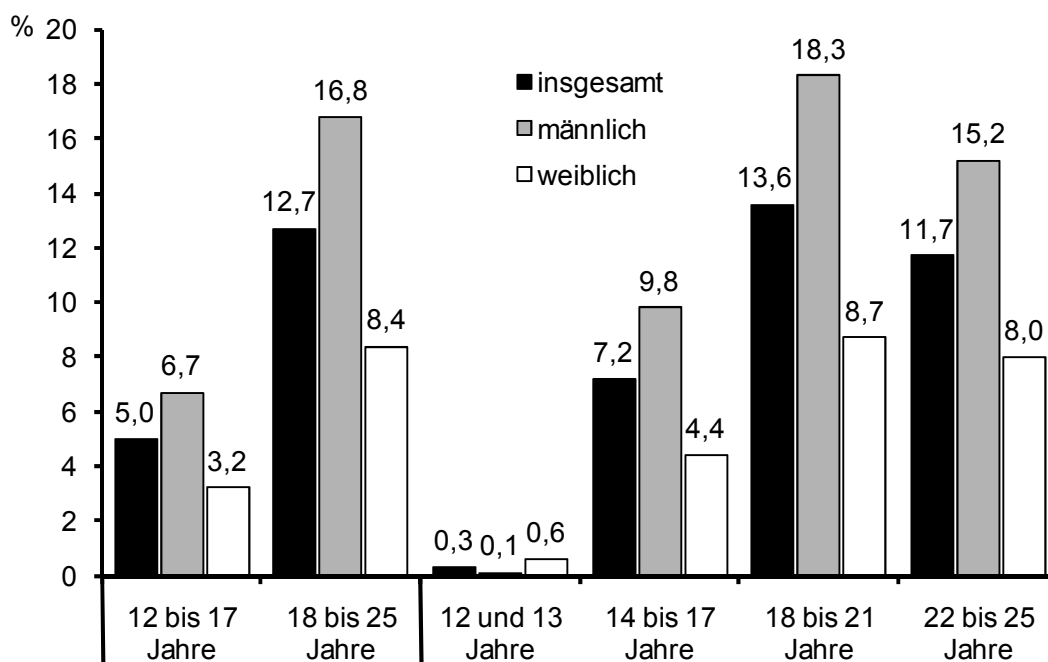
Trenddaten zum Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche (12- bis 17-Jährige) und junge Erwachsene (18- bis 25-Jährige) liegen in der DAS seit 1979 vor (BZgA 2010). Von 1979 bis 1993 variiert die Entwicklung der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren insgesamt nur gering und verläuft bei männlichen und weiblichen Jugendlichen bis 1989 nahezu parallel. Danach nimmt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit irgendeiner illegalen Droge gesammelt haben, bei weiblichen und männlichen Jugendlichen einen unterschiedlichen Verlauf: Bei den weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen gemacht haben zunächst von 4,5% (1993) auf 15,2% (1997) sprunghaft an²⁹. Seit 2001 (11,7%) sinkt die Lebenszeit-Prävalenz wieder und lag im Jahr 2008 bei 8,0%. Bei den männlichen Jugendlichen stieg die Lebenszeit-Prävalenz von 1993 (8,7%) bis 2004 kontinuierlich auf 19,0% und ist 2008 wieder auf 12,0% zurückgegangen (Für eine graphische Veranschaulichung dieser Entwicklung siehe REITOX-Bericht 2010, Abbildung 2.1).

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

²⁹ Dieser Anstieg war im Wesentlichen auf den gestiegenen Konsum von Ecstasy als so genannte „neue Partydroge“ im Bereich der damals entstandenen Techno-Partyszene sowie einen gestiegenen Konsum von Cannabis zurückzuführen.

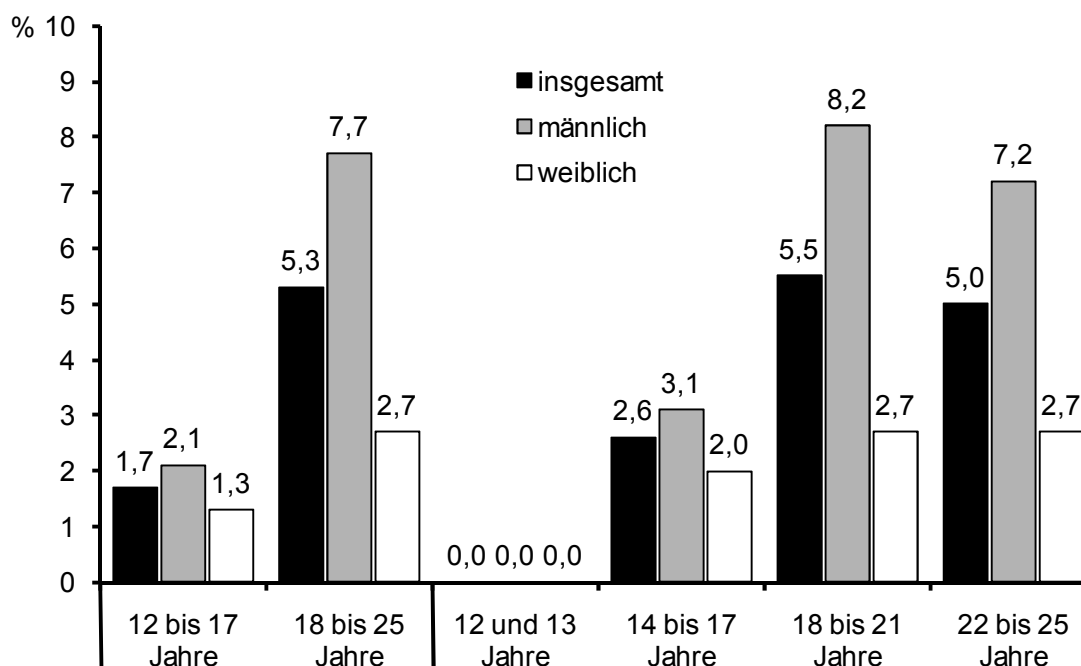
2011 hat die BZgA die Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativerhebung zum Cannabis-konsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland vorgelegt (BZgA 2011c). Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben 7,4%, von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren 35,0% mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz).

Die Anteile derjenigen, die auch in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, betragen 5,0% bei den 12- bis 17-Jährigen bzw. 12,7% bei den 18- bis 25-Jährigen (12-Monats-Prävalenz; Abbildung 2.1). In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 1,7% der Jugendlichen und 5,3% der jungen Erwachsenen Cannabis konsumiert (30-Tage-Prävalenz; Abbildung 2.2).



BZgA 2011c.

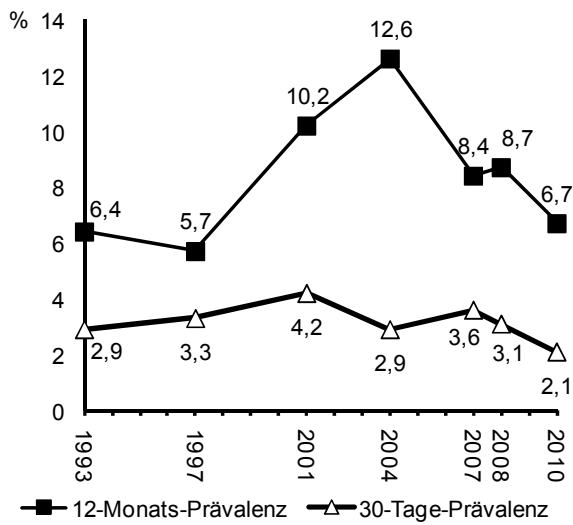
Abbildung 2.1 12 Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2011



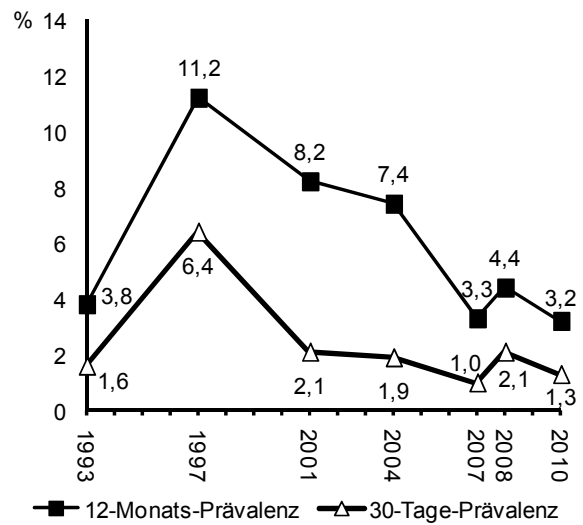
BZgA 2011c.

Abbildung 2.2 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2011

Nach einem deutlichen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den 1990er Jahren sind derzeit in allen Alters- und Geschlechtergruppen wieder Rückgänge zu verzeichnen. Die 12-Monats-Prävalenz und die 30-Tage-Prävalenz sind in der aktuellen Befragung in nahezu allen untersuchten Gruppen statistisch bedeutsam geringer als in Vorjahren (Abbildung 2.3, Abbildung 2.4).



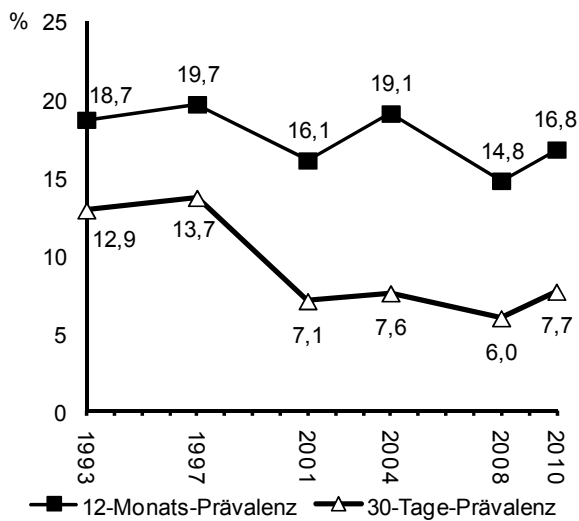
Männliche Jugendliche (12-17 Jahre)



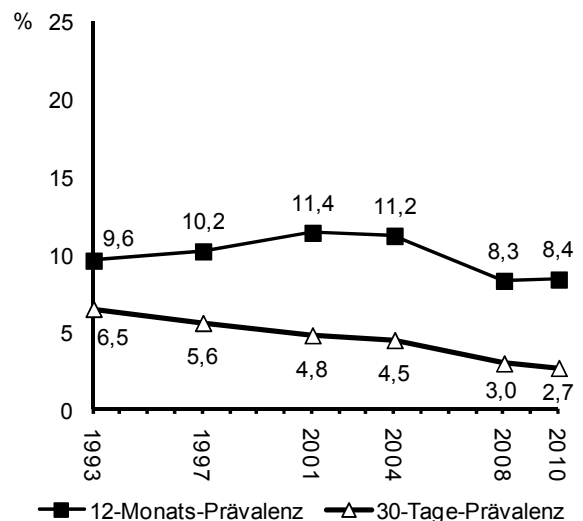
Weibliche Jugendliche (12-17 Jahre)

BZgA 2011c.

Abbildung 2.3 Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen 2011



Männliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)



Weibliche junge Erwachsene (18-25 Jahre)

BZgA 2011c.

Abbildung 2.4 Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen 2011

Nach wie vor sind Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland weit verbreitet, wobei männliche Jugendliche und junge Erwachsene stärker betroffen sind als weibliche. Es bleibt aber bei vielen Konsumenten beim einmaligen, gelegentlichen oder nur episodischen Gebrauch, denn der Anteil derjenigen, die

bezogen auf die letzten 12 Monate oder auf die letzten 30 Tage Cannabis konsumieren, ist wesentlich geringer als der Anteil der Personen mit Konsumerfahrung im bisherigen Leben.

Dennoch gibt es einen nennenswerten Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener, die in den letzten 12 Monaten regelmäßig (d.h. mehr als zehn Mal) Cannabis konsumiert haben. Insgesamt 0,6% der Jugendlichen und 3,2% der jungen Erwachsenen haben in den letzten 12 Monaten häufiger als zehn Mal Cannabis konsumiert. Der Anteil regelmäßig Cannabis konsumierender junger Erwachsener im Alter von 18-25 Jahren entspricht einer Anzahl von knapp einer viertel Million Menschen bundesweit.

Die BZgA geht davon aus, dass es sich aufgrund des sozial erwünschten Antwortverhaltens bei den Angaben zum Konsum einer illegalen Substanz eher um eine Unter- als eine Überschätzung des wahren Problemausmaßes handelt.

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Frankfurt (MoSyD)

Wie bereits im Vorjahr berichten 2010 9% der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge³⁰ außer Cannabis (Abbildung 2.5). Die 12-Monats-Prävalenz ist im Jahr 2010 mit der des Vorjahres vergleichbar, die 30-Tage-Prävalenz bewegt sich 2010 zwischen den Vergleichswerten der Jahre 2009 und 2008.

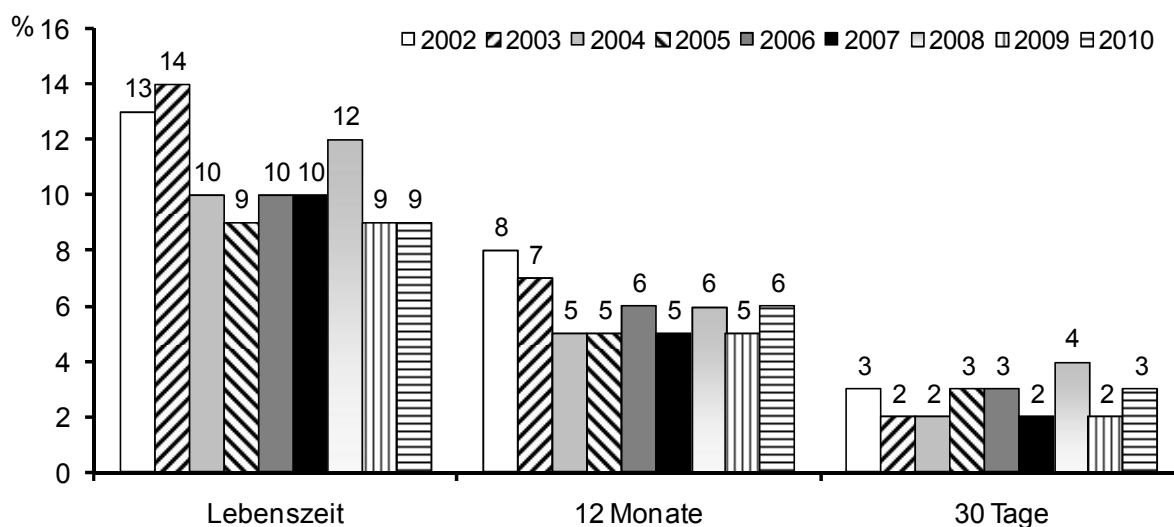
Wie im Vorjahr berichten 2010 3% der Schüler mindestens einmal im Leben Ecstasy genommen zu haben, ebenfalls stabil ist die 12-Monats-Prävalenz (2%).

Die Lebenszeitprävalenz von „Speed“ ist nach einem Rückgang im Vorjahr wieder deutlich gestiegen und weist mit 6% den höchsten Wert seit 2002 auf, wohingegen die 12-Monats-Prävalenz nicht so deutlich gestiegen ist und sich mit 3% zwischen den Vergleichswerten der Jahre 2008 und 2009 bewegt.

Der Anteil der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler, die über Konsumerfahrungen mit Kokain verfügen, liegt bei 4% (2009: 3%), innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung haben 3% der Schüler mindestens einmal Kokain konsumiert.

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

³⁰ Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.



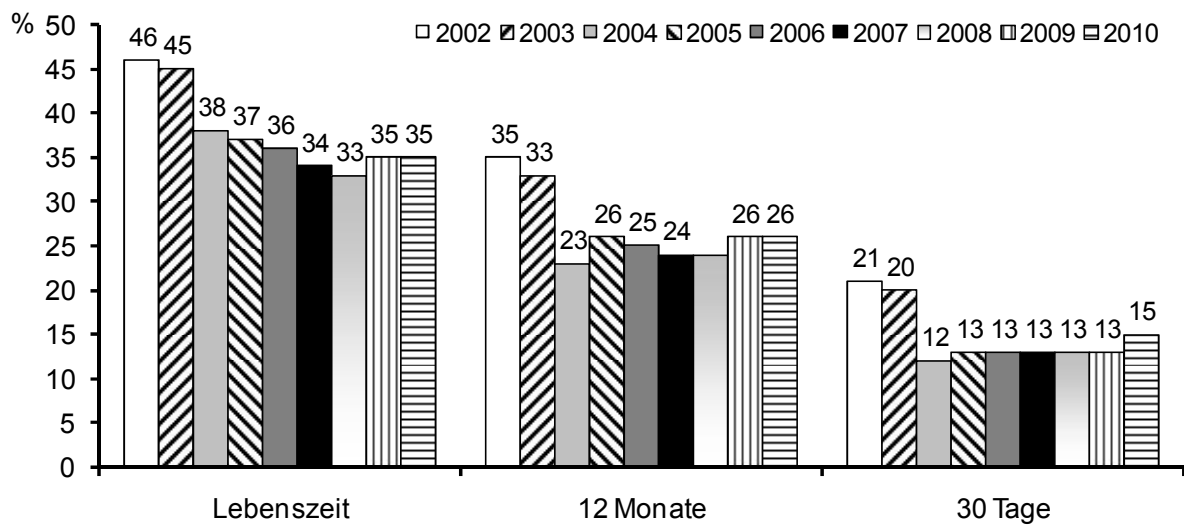
Werse et al. 2011.

Abbildung 2.5 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen³¹ (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD)

Seit 2007 sind praktisch keine Veränderungen hinsichtlich der Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Pilzen (2010: 4%) und LSD (2010: 3%) zu beobachten und nach wie vor hat nur eine kleine Minderheit (2010: 1%) der 15- bis 18-Jährigen Erfahrungen mit Heroin (Werse et al. 2011).

Hinsichtlich des Konsums von Cannabis zeigen die Ergebnisse der 2010 im Rahmen des Frankfurter MoSyD durchgeführten Schülerbefragung keine Veränderungen der Lebenszeit- oder 12-Monatsprävalenz (Werse et al. 2011). Die 30-Tages-Prävalenz ist erstmalig seit 2005 wieder leicht gestiegen und liegt aktuell bei 15% (Abbildung 2.6).

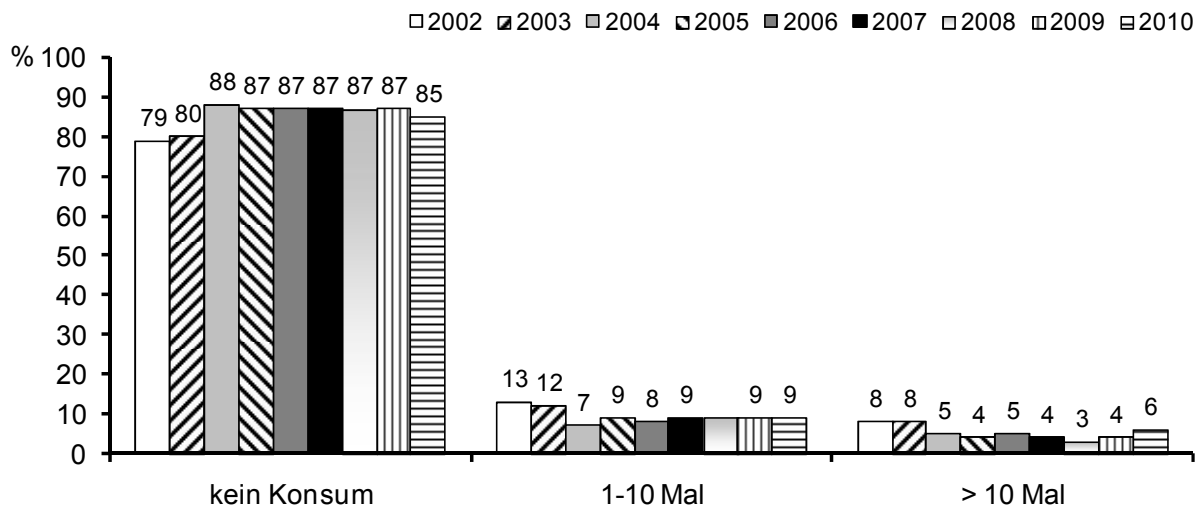
³¹ Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.



Werse et al. 2011.

Abbildung 2.6 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD)

Trotz der unverändert niedrigen Prävalenzen gibt es auch unter den Frankfurter Schülern eine Gruppe von Cannabiskonsumern mit intensiven Konsummustern (> 10 Mal innerhalb eines Monats), deren Anteil nach Rückgängen in den Jahren 2007 und 2008 seit 2009 wieder steigt und aktuell (2010) bei 6% liegt (Abbildung 2.7).



Werse et al. 2011.

Abbildung 2.7 Cannabis-Konsumhäufigkeit im letzten Monat unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD)

Erstmals wurden 2008 im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD Frankfurt auch Daten zum Konsum von Kräutermischungen erhoben, die 2008 unter dem Namen „Spice“ in das

Blickfeld geraten waren (vgl. dazu auch REITOX-Berichte 2009 und 2010). Demnach hatten 2008 rund 6% der 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben „Spice“ konsumiert, 3% auch in den letzten 30 Tagen (Werse et al. 2009). Im Jahr 2009 betrug die Lebenszeitprävalenz 7%, die 30-Tage-Prävalenz sank jedoch auf 1%. 2010 ist die Lebenszeit-Prävalenz erneut gestiegen (9%), die 30-Tage-Prävalenz bewegt sich bei 2% und damit zwischen den Vergleichswerten von 2009 und 2008 (Werse et al. 2011).

2010 wurden im Rahmen der Schülerbefragung erstmalig auch Daten zu so genannten „Legal Highs“ (die irreführenderweise z.B. als „Badesalze“, „Düngerpillen“ oder als Reinsubstanzen unter dem Sammelbegriff „Research Chemicals“ vertrieben werden) erhoben. Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 3% und einer 30-Tage-Prävalenz von 1% scheinen diese Substanzen jedoch eine untergeordnete Rolle zu spielen (siehe dazu auch 2.4). Bei der darauf folgenden offenen Frage („*Um welches Produkt bzw. welche Substanz handelte es sich?*“) nannten lediglich acht Personen (1%) ein Produkt oder eine Bezeichnung aus dieser Produktgruppe (z.B. „Badesalz“ oder „Volt 220“). Die anderen Befragten mit Angaben entsprechender Konsumerfahrungen (n=21) machten entweder keine Angabe oder nannten andere Substanzen (z.B. „Grass“ oder den Namen einer so genannten Räuchermischung). Daher sind die entsprechenden Prävalenzraten unter Vorbehalt zu betrachten.

Zu Ergebnissen einer Untersuchung zu „Spice“ und anderen Kräutermischungen, die ebenfalls in Frankfurt durchgeführt und deren Abschlussbericht 2010 fertiggestellt wurde (Werse & Müller 2010), vgl. Kapitel 2.4.

Gesamtbetrachtung und Trends

Die Tabellen 2.3 und 2.4 fassen für illegale Drogen bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuell vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Tabelle 2.3 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

Studie ¹⁾	Jahr	Altersgruppe	Region	Prävalenz (%)		
				30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2008	12-15	National	0,4	1,0	1,1
BZgA	2008	16-17	National	1,0	3,6	5,3
BZgA	2008	18-19	National	1,1	3,4	5,9
BZgA	2004	12-15	National	0,1 ²⁾	1,1	1,9
BZgA	2004	16-17	National	0,2 ²⁾	2,6	3,8
BZgA	2004	18-19	National	0,2 ²⁾	3,5	8,4
ESPAD	2007	15-16	7 Länder			10,1
ESPAD	2003	15-16	6 Länder	3,8	8,3	12,3
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	3	6	9
MoSyD	2009	15-18	Frankfurt	2	5	9
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	4	6	12
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	2	5	10
Schulbus	2009	14-18	Hamburg	2 ²⁾		6
Schulbus	2007	14-18	Hamburg	2		7
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	5		12

1) BZgA: Ecstasy, Amphetamine, LSD, Kokain, Crack, Heroin, Psychoaktive Pilze, Schnüffelstoffe. Die vorliegenden Daten von 2004 sind das Ergebnis einer Re-Analyse der BZgA. Die Zahlen können daher von denen der Vorjahre abweichen. ESPAD: Amphetamine, LSD, Ecstasy, Kokain, Crack und Heroin. ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt.

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

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

2) Entspricht „gegenwärtigem Konsum“ (BZgA 2004) bzw. „aktuellem Konsum“ (Schulbus).

Tabelle 2.4 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC ²⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3		18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		18,0	24,0
KiGGS ²⁾	2003-2006	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2010	18-25	National	5,3 (3,2) ³⁾	12,7	35,0
BZgA	2010	12-17	National	1,7 (0,6) ³⁾	5,0	7,4
BZgA	2008	12-19	National	3,7 (2,0) ³⁾	9,1	16,7
BZgA	2007	12-19	National	3,4 (2,3) ³⁾	8,0	15,1
BZgA	2004	12-19	National	3,4 (2,3) ³⁾	12,1	21,3
ESPAD ⁴⁾	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	15	26	35
MoSyD	2009	15-18	Frankfurt	13	26	35
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	13	24	33
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	13	24	34
Schulbus	2009	14-18	Hamburg	11		27
Schulbus	2007	14-18	Hamburg	10		28
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	17		39
Schulbus	2004	14-18	Hamburg	17		40

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

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

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

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

Beim Vergleich der Daten ist folgendes zu beachten:

- Die befragten Altersgruppen der einzelnen Studien sind nicht identisch.
- ESPAD und HBSC wurden nur in einigen der 16 Bundesländer durchgeführt.
- Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auch z.B. auf unterschiedliche Methoden (Telefon- vs. face-to-face Interviews) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.

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

Nach dem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab etwa Mitte der 90er Jahre ist aufgrund der in jüngerer Zeit vorgelegten Studienergebnisse der Eindruck einer

spürbaren Entspannung hinsichtlich des Konsums und der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden.

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

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

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

Interessant bleibt abzuwarten, inwieweit das Auftauchen synthetischer Cannabinoide, das erstmalig im Zusammenhang mit dem Konsum von so genannten Räuchermischungen wie „Spice“ berichtet worden ist, zu einer Veränderung des Marktes beiträgt. Mit dem Verbot der im Dezember 2008 identifizierten Substanzen ist die überwiegende Mehrheit der bis dahin auf dem Markt frei verkäuflichen Räuchermischungen in Deutschland nicht mehr frei verkäuflich. Dieser Entwicklung steht jedoch eine wachsende Relevanz des online-Handels gegenüber.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung neuer synthetischer Drogen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im November 2010 vor potentiellen gefährlichen Gesundheitsschäden nach dem Konsum neuartiger und unbekannter Substanzen gewarnt (aerzteblatt.de 2010b). Auch angesichts der Verbreitung in anderen europäischen Ländern stand dabei insbesondere die Substanz Mephedron im Fokus der Aufmerksamkeit. Auch die Berichterstattung in den Boulevard-Medien zu neuen synthetischen Drogen und den Folgen des Konsums hat seit 2010 erheblich zugenommen. Unklar bleibt aber die tatsächliche Verbreitung des Konsums dieser Substanzen in der Bevölkerung.

In Frankfurter Techno- und anderen (Party-)Szenen wurde 2010 nur eine leicht erhöhte Aufmerksamkeit für so genannte „Legal High-Produkte“ festgestellt (Werse et al. 2011). Experten aus Frankfurt gehen davon aus, dass die Vertriebswege und Konsumgewohnheiten für illegale synthetische Drogen in der Techno-Szene offenbar so etabliert sind, dass kaum Bedarf nach legalen Alternativen besteht. Dennoch gehörten auch in Frankfurt die so genannten „Legal Highs“ zu den am stärksten diskutierten Substanzgruppen im Jahr 2010. Für derartige Produkte wurde über eine stetige Weiterentwicklung des Angebotes bei

relativer Unklarheit über deren rechtlichen Status berichtet. Hinsichtlich der Verbreitung der Substanzen ist basierend auf dem Experten-Panel des MoSyD lediglich als gesichert zu betrachten, dass es eine Nachfrage gibt, über deren Ausmaß es allerdings unterschiedliche Auffassungen gibt. Insgesamt ist zu beobachten, dass die Geschwindigkeit, mit der neue oder bislang unbekannte Substanzen auf den Märkten in Erscheinung treten, in jüngster Zeit zugenommen hat.

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Aussiedler und Migranten

Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (Collatz 2001). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler in Deutschland bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional häufig desintegrierte Lebensläufe aufweist, einschließlich Suchtverhalten und Devianz.

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

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

(Techno-) Partyszenen und andere Jugendkulturen

Basierend auf den Ergebnissen des Expertenpanels und des Trendscout-Panels des MoSyD 2010 (Werse et al. 2011), stellen Cannabis und Speed die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen in diesem Umfeld dar. Ein erhöhtes Interesse der Szenebesucher wurde für den Ecstasy-Wirkstoff MDMA in kristalliner Form festgestellt. Die Entwicklung aus dem Jahr 2009, dass in Ecstasy-Tabletten anstatt der vermuteten Substanz MDMA andere

synthetische Stoffe, vor allem m-CPP enthalten sind, hat sich im Jahr 2010 fortgesetzt, weshalb die Popularität von Ecstasy-Tabletten offenbar stark zurückgegangen ist.

Der Anteil von Amphetamin-Fällen in allen Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit illegalen Drogen in Frankfurt hat sich etwas erhöht. GHB/GBL spielt in der Party-Szene Frankfurts offensichtlich keine Rolle mehr.

Die Position von Speed/Amphetaminen als meist konsumierte „harte Droge“ in den unterschiedlichen Szenen hat sich im Berichtsjahr 2010 noch etwas deutlicher ausgeprägt. Weiterhin wird über eine hohe Verfügbarkeit bei vergleichsweise niedrigen Preisen berichtet.

Ein deutlicher Bedeutungsgewinn war 2010 für Ketamin festzustellen. Diese Substanz findet im Jahr 2010 in fast allen Segmenten des Techno-Party-Umfeldes eine gewisse Verbreitung, nachdem sie in den Vorjahren nur punktuell in Erscheinung getreten war. Die Substanz wird vor allem beim „Chill-out“ bzw. bei „After-Hour-Veranstaltungen“ konsumiert.

Befragung in der „offenen Szene“ Frankfurt am Main (MoSyD)

2011 wurde von Müller und Kollegen (2011) im Rahmen des MoSyD der bereits fünfte Bericht zur offenen Drogenszene in Frankfurt am Main vorgestellt. Seit 2008 hat sich das Durchschnittsalter der Befragten um über zwei Jahre auf 38,2 Jahre erhöht. Der Anteil der Befragten, die in prekären Wohnsituationen leben, ist 2010 weiter zurückgegangen: Aktuell sind 6% der Befragten obdachlos und 32% wohnen in Notschlafunterkünften. 54% der Befragten haben eigene Kinder. Jeder fünfte Befragte wies keinen Schulabschluss auf, damit wurde der höchste Wert aller bisherigen Erhebungen erreicht. 60% der Befragten verfügten über keine abgeschlossene Berufsausbildung, auch dies ist der höchste Wert aller bisher durchgeführten Erhebungen. Mehr als 80% der Befragten sind arbeitslos, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist zwischen 2008 und 2010 von 4,9 auf 5,9 Jahre gestiegen. Mehr als drei Viertel der Befragten beziehen staatliche Unterstützungsleistungen und nur noch 15% der Befragten beziehen Geld über regelmäßige Arbeit oder Jobs.

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der „offenen Drogenszene“ (30-Tage-Prävalenzen: 84% bzw. 85%; 24-Stunden-Prävalenzen: 66% bzw. 64%). Der während der letzten Jahre zu beobachtende Bedeutungszuwachs von Heroin hat sich im Berichtsjahr nicht fortgesetzt. Dagegen ist der aktuelle Crackkonsum wieder leicht gestiegen, nachdem die Substanz in den Jahren zuvor leicht an Bedeutung verloren hatte. Die in den vorherigen Befragungen deutlich gestiegene Bedeutung illegal gehandelter Benzodiazepine für die Konsummuster der Szeneangehörigen ist im Jahr 2010 etwa gleich geblieben: Wie im Vorjahr hat knapp die Hälfte in den letzten 24 Stunden solche Stoffe konsumiert. Nicht fortgesetzt hingegen hat sich der Zuwachs des Anteils der Personen, die diese Substanzen (auch) intravenös konsumieren. Der in den Vorjahren beobachtete leichte Anstieg der Verbreitung von Pulverkokain hat sich wieder ins Gegenteil verkehrt: Die 30-Tages-Prävalenz ist von 49% auf 30%, die 24-Stunden-Prävalenz von 11% auf 7% zurückgegangen. Zwar hat die Hälfte der Befragten schon einmal nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumiert, im Konsumalltag spielen sie aber offensichtlich nur eine untergeordnete Rolle: 9% haben in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes

Methadon, 6% Buprenorphin genommen. Lediglich zwei Befragte gaben an, auch in den letzten 24 Stunden derartige Präparate konsumiert zu haben.

Der Großteil der im Umfeld der „offenen Drogenszene“ Befragten weist weiterhin polyvalente Konsummuster auf. Neben Heroin und Crack sowie Benzodiazepinen und Substitutionsmitteln sind für nennenswerte Teilgruppen auch Alkohol und Cannabis feste Bestandteile des Konsumgeschehens. In Hinblick auf die Konsumintensität zeigt sich 2010 insgesamt das Bild einer tendenziellen Reduktion: So ist beispielsweise der in den vorherigen Erhebungen gestiegene Anteil der häufig Konsumierenden unter den aktuellen Benzodiazepin-Gebrauchern wieder etwas zurückgegangen: Ähnliches zeigt sich für die meisten anderen entsprechend abgefragten Substanzen. Auch der Anteil der Personen mit exzessiven Konsummustern (mehr als acht Mal pro Tag) hat sich im Berichtsjahr reduziert.

Im Durchschnitt sind die befragten Konsumenten seit 12,8 Jahren in der Szene unterwegs, Frauen etwas länger als Männer. Unverändert findet der intravenöse Konsum überwiegend in den Frankfurter Konsumräumen statt, während Crack meistens auf der Straße geraucht wird. Gegen etwa 20% aller Befragten wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung ein Platzverweis oder Aufenthaltsverbot ausgesprochen. Nahezu vier von fünf Befragten waren in ihrem Leben einmal inhaftiert, im statistischen Mittel haben diese Personen bei 4,6 Haftaufenthalten insgesamt etwas mehr als vier Jahre in Gefängnissen verbracht.

Fast alle Befragten sind aktuell krankenversichert. Der Gesundheitszustand der Befragten ist nach einer gewissen Verbesserung in den Vorjahren aktuell etwa unverändert. Die Infektionsrate mit Hepatitis C bewegt sich seit 2002 mit rund zwei Dritteln der Befragten auf einem unverändert hohen Niveau, 6% der Befragten gaben im Jahr 2010 an, HIV-positiv zu sein. Die HIV-Infektionsrate in dieser Gruppe ist seit 2002 um rund die Hälfte gesunken.

Aktuell benutzt rund jeder siebte Konsument zumindest gelegentlich eine Injektionsnadel mehrfach, knapp 30% verwenden Utensilien zum intravenösen Konsum gelegentlich gemeinsam mit Anderen und jeder Vierte teilt zuweilen Drogen mit Anderen in einer Spritze. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, gar keine derartigen riskanten Verhaltensweisen zu praktizieren.

Mehr als die Hälfte der Befragten (57%) befindet sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Damit hat sich der seit 2003 insgesamt zu beobachtende ansteigende Trend nochmals deutlich fortgesetzt. Praktisch alle Befragten haben während der letzten drei Monate mindestens eines der Angebote des Frankfurter Drogenhilfe-Systems (Kontaktladen, Essen, Konsumraum, Beratungsgespräche und Spritzentausch) in Anspruch genommen. Über 90% haben Angebote der Drogenhilfe mindestens einmal pro Woche genutzt.

Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation

Im Sommer 2010 wurde der Abschlussbericht zum Projekt „Spice, Smoke, Sence und Co. – cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung“ vorgelegt (Werse & Müller 2010). Die Studie beschäftigte sich mit dem Konsum von Spice und anderer so genannter

Räuchermischungen, die insbesondere im Jahr 2008 intensiv in den Medien diskutiert wurden.

Im Mittelpunkt der Erhebung standen neben der generellen Verbreitung der Substanzen vor allem Charakteristika der Konsumenten und deren wesentliche Konsummotive³². Ergebnissen der Studie zufolge verfügten 2009 insgesamt 7% der 15- bis 18-jährigen Jugendlichen in Frankfurt über Erfahrungen mit dem Konsum von Räuchermischungen. Während sich diese Zahl im Vergleich zu 2008 kaum geändert hat, ist der aktuelle Konsum (30-Tages-Prävalenz) von 3% auf 1% zurückgegangen und der wiederholte Gebrauch stellt die Ausnahme dar. Schüler mit Spice-Konsum-Erfahrungen sind zum überwiegenden Teil Cannabiskonsumenten und weisen generell eine hohe Affinität zu legalen und illegalen Drogen auf.

Erwachsene mit wiederholtem Konsum dieser Räuchermischungen haben überwiegend umfangreiche Erfahrungen mit Cannabis und haben häufig diverse andere Substanzen zumindest probiert. Dabei handelt es sich in der Regel um sozial integrierte Personen, ein Teil dieser Klientel rekrutiert sich aber auch aus der Gruppe intensiver Drogenkonsumenten mit problematischen Gebrauchsmustern. Bei den Konsummotiven stehen neben der Wirkung in erster Linie die rechtlichen Aspekte im Vordergrund. Darunter spielen konkrete Erfahrungen mit bzw. eine aus diversen Gründen gesteigerte Sorge vor Drogentests eine zentrale Rolle (insbesondere Verkehrskontrollen bzw. drohender Führerscheinverlust, Drogenscreenings in Zusammenhang mit Therapie und Substitution). Auch die relativ leichte Verfügbarkeit der Produkte wurde als wesentliches Konsummotiv genannt. Ohne derartige spezifische Motivationen stellen Räuchermischungen offenbar für den überwiegenden Teil der erfahrenen Cannabiskonsumenten keine Alternative dar. Viele der Personen mit wiederholtem Konsum sind nur mäßig über unterschiedliche Räuchermischungen informiert, so kennen nach Angabe der Autoren vor allem Gelegenheitskonsumenten häufig nicht einmal den Namen der jeweils konsumierten Substanzen. Neben Internetanbietern stellen Headshops die häufigste Bezugsquelle für Spice-ähnliche Produkte dar.

2.5 Weitere Forschungsergebnisse und Befunde insbesondere zur Diagnostik

Übersichtsarbeit zu MRI-Studien zur Wirkung von Cannabis

In einer Übersichtsarbeit hat Hermann (2011) kürzlich die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu MRI-Studien zur Wirkung von Cannabis auf das Gehirn vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf 37 Originalarbeiten, von denen 97% zwischen 2004 und 2010 publiziert wurden. In den ausgewerteten Studien fanden sich in fast allen Aufgabenbereichen widersprüchliche Ergebnisse, sobald mehr als eine Studie dazu publiziert wurde. Nach Einschätzung der Autoren können Gründe hierfür z.B. eine geringe Fallzahl, genetische Unterschiede, Unterschiede in der Konzentration von THC³³ und CBD³³ in den konsumierten

³² Neben der Sekundärauswertung einer repräsentativen Schülerbefragung in Frankfurt am Main wurden dazu leitfadengestützte Interviews mit N=25 erfahrenen Konsumenten dieser Substanzen durchgeführt.

³³ Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) sind wichtige in Cannabis enthaltene Wirkstoffe.

Cannabisprodukten, begleitender Konsum von Alkohol und anderen Drogen, Anteil der Tabakraucher in der Kontrollgruppe oder der unterschiedliche Anteil von Probanden mit prädisponierenden Faktoren, wie z.B. hohe Impulsivität, sein. Die Aussagekraft der bisherigen Studien ist daher eingeschränkt. Offensichtlich verändern Cannabinoide jedoch die neuronale Plastizität, d.h. dass die Verarbeitung von Reizen teilweise in anderen Neuronenverbänden stattfindet. Dies weist auf eine Adaption des Gehirns hin, das sich damit an eine häufig oder ständig vorhandene Wirkung von extern zugeführten Cannabinoiden anpasst. Nach gegenwärtigem Wissensstand führt chronischer Cannabiskonsum nicht zu globalen strukturellen Veränderungen des Gehirns. Subregionen für Gedächtnis (Hippocampus) und Emotion (Amygdala) zeigen jedoch leichte Volumenminderungen. Auch wird Cannabiskonsum mit geringen Veränderungen der frontalen Konnektivität sowie neurometabolischen Veränderungen in Basalganglien und DLPFC (dorsolateraler präfrontaler Cortex) assoziiert. Funktionelle MRI-Studien weisen auf negative Folgen durch THC, wie eine Störung der Inhibition des Lernens hin. CBD hingegen zeigt positive Eigenschaften und wirkt z.B. anxiolytisch durch Hemmung der Amygdala. Auch führt Cannabiskonsum zu einer veränderten Akquisition zerebraler Regionen bei der Bearbeitung verschiedener kognitiver Aufgaben, die auf eine veränderte neuronale Plastizität hinweisen.

Screening-Fragebogen für Suchtdiagnosen

Sack und Kollegen (2011) haben in einer Studie die Werte für Sensitivität und Spezifität des RAFFT³⁴-Screening-Fragebogens in Bezug auf Suchtdiagnosen, insbesondere auf cannabisbezogene Diagnosen untersucht³⁵. Die Autoren berichten für den RAFFT-Drogen bei 14- bis 18-jährigen Jugendlichen eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 54% für drogenbezogene Diagnosen und eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 51% für speziell cannabisbezogene Diagnosen. Nach Einschätzung der Autoren erscheint der RAFFT-Drogen zum Screening auf riskanten Cannabis- bzw. illegalen Drogenkonsum in der Altersgruppe 14- bis 18-Jähriger gegenwärtig als das Instrument der Wahl. Die Autoren empfehlen, den überarbeiteten RAFFT in Zukunft erneut an einer unausgelesenen Stichprobe zu validieren.

Validität der DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis bei Jugendlichen

Piontek und Kollegen (2011) haben in einer kürzlich erschienenen Untersuchung die Validität der diagnostischen Kriterien des DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis an einer Stichprobe 17- bis 19-Jähriger untersucht. Methodik und Ergebnisse dieser Studie werden in Kapitel 4.4.1 genauer vorgestellt.

³⁴ Der Name RAFFT ist ein Akronym aus Relax, Alone, Friends, Family und Trouble.

³⁵ Die im Rahmen der Studie untersuchte Stichprobe bestand aus N=109 Patienten einer psychiatrischen Drogen- und Alkoholambulanz im Alter von 13-33 Jahren.

3 Prävention

3.1 Überblick

3.1.1 Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen

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

Dem hohen Stellenwert der Suchtprävention wird unter anderem auch dadurch Ausdruck verliehen, dass im Aktionsplan Drogen und Sucht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) eine übergreifende Präventionsstrategie entwickelt wurde, die konkrete Maßnahmen- und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention bündelt.

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

3.1.2 Aktuelle Entwicklungen und Trends

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

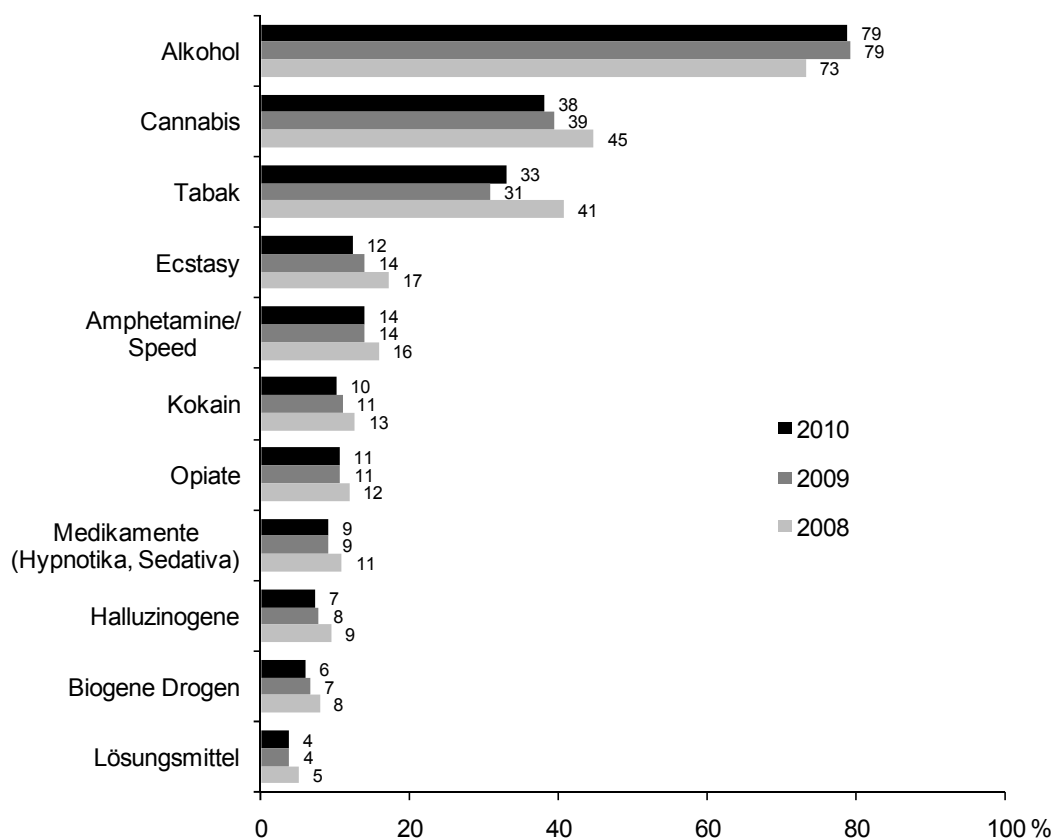
Der Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland ist weiter rückläufig, aber nach wie vor weit verbreitet. In einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) des Jahres 2010 gaben 7% der 12- bis 17-jährigen und 35% der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen an, schon mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz). Im Vergleich zur BZgA-Studie aus dem Jahr 2004 ist die Lebenszeitprävalenz von Cannabis damit ebenso statistisch signifikant gesunken wie die 12-Monats-Prävalenz, die 30-Tage-Prävalenz und die Prävalenz des

regelmäßigen Cannabiskonsums (BZgA 2011c)³⁶. Ungeachtet der rückläufigen Entwicklungen des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bleibt es aber dennoch notwendig, die illegale Substanz Cannabis in geeigneten präventiven Maßnahmen zu thematisieren, um so die immer noch zu hohen Prävalenzen des Cannabiskonsums in Deutschland, vor allem des regelmäßigen Konsums, zu reduzieren.

Bereits im Vorjahresbericht wurde auf die (Moderator-)Rolle von Alkohol in Bezug auf den Konsum illegaler psychotroper Substanzen hingewiesen (BZgA 2010). Der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer illegalen Droge ist gerade bei Jugendlichen ein weit verbreitetes Risikoverhalten (EMCDDA 2009a; Laging 2005). Kinder und Jugendliche sind zudem durch Alkoholkonsum besonders gefährdet. Je früher mit dem Alkoholtrinken begonnen wird, desto größer ist die Gefahr, dass gesundheitliche Schäden auftreten und/oder eine spätere Abhängigkeit entwickelt wird (BZgA 2011b).

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

³⁶ 15% der Jugendlichen und 43% der jungen Erwachsenen geben im Jahr 2004 an, schon einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz).



Anzahl der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten: N(2010)=16.373, N(2009)=16.059, N(2008)=14.381

Dot.sys 2010, eigene Darstellung.

Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2008 bis 2010

79% der suchtpreventiven in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen thematisieren die Substanz Alkohol; das entspricht exakt dem prozentualen Anteil des Vorjahres 2009. Die prozentuale Aufteilung der substanzbezogenen Maßnahmen entspricht weitgehend der Aufteilung des Vorjahres (Abbildung 3.1).

3.1.3 Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

Suchtpreventive Maßnahmen werden in Deutschland von unterschiedlichen Akteuren umgesetzt. Dies erlaubt eine möglichst breit angelegte Herangehensweise ebenso wie einen Transfer erfolgsversprechender und erfolgreicher Maßnahmen.

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention gelten Evaluation, Vernetzung und Transfer guter Beispiele. Zur Gewährleistung eines strukturierten und systematischen Austauschs sind in den vergangenen Jahren Strukturen erfolgreich entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren geschlossen worden. Dazu zählen z.B. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einsatz anerkannter Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention (ein

Zusammenschluss zwischen den für Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA) ebenso richtungweisend wie Veranstaltungen und Fachtagungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der BZgA, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie vielen anderen Akteuren und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer.

2. Fachtagung Qualität in der Suchtprävention³⁷

Die 2-tägige gemeinsame Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ der BZgA und des Sächsischen Staatsministeriums in Dresden im Mai 2011 knüpfte inhaltlich an die erste Veranstaltung 2009 an. Dabei wurden einzelne Kernthemen der Qualitätsentwicklung im Rahmen von Workshops intensiver behandelt, wie z.B. Vernetzung, Wirkung von suchtpreventiven Maßnahmen, Kommunikation und Methoden in der Suchtprävention.

Durch die Fokussierung auf Workshops konnte den Teilnehmern der Tagung Anwendungswissen vermittelt und ein Transfer von Tagungsergebnissen in das eigene Tätigkeitsfeld angestoßen werden. Die zweite Fachtagung stellt einen weiteren Schritt zur praxisnahen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention dar.

Dot.sys

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

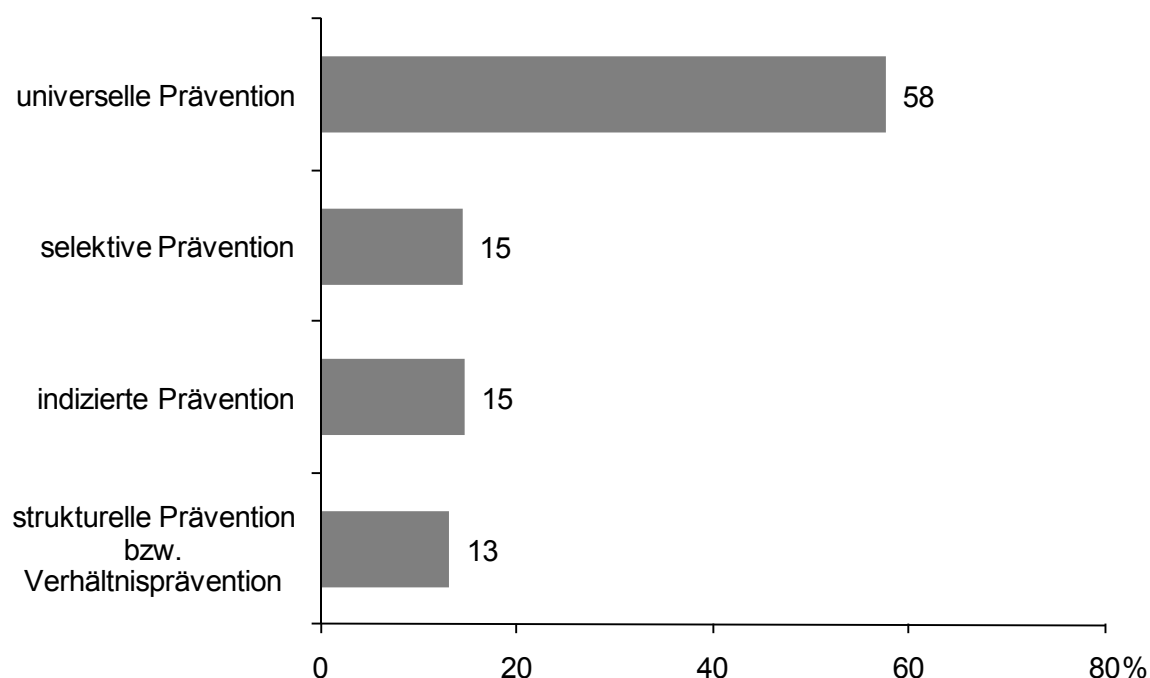
Im Berichtsjahr 2010 haben bundesweit 340 Einrichtungen über 34.000 suchtpreventive Maßnahmen, Projekte und Programme in *Dot.sys* dokumentiert (2009: 338 Einrichtungen, 2008: 320 Einrichtungen).

Das Dokumentationssystem *Dot.sys* entwickelt sich stetig weiter. Gegenüber dem Berichtsjahr 2009 wurde eine Präzisierung und Erweiterung der inhaltlichen Kategorien vorgenommen, so dass im Berichtsjahr 2010 erstmals Angaben zur Präventionsart³⁸ erhoben werden konnten. Dabei lassen sich 58% der Maßnahmen der universellen Prävention zuordnen, jeweils 15% der Maßnahmen wurden als selektive oder indizierte Prävention

³⁷ <http://www.gesunde.sachsen.de/13611.html#article13624> idarticle13624

³⁸ Auf die Variable Präventionsart „Um welche Präventionsart handelt es sich bei der dokumentierten Maßnahme?“ konnte zwischen den Antwortkategorien „universelle Prävention“, „selektive Prävention“, „indizierte Prävention“ oder „strukturelle Prävention bzw. Verhältnisprävention“ gewählt werden.

durchgeführt, und 13% der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen (Abbildung 3.2).



Dot.sys 2010, N=25.555, eigene Darstellung

Abbildung 3.2 Präventionsart

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- 48 % der durchgeführten Maßnahmen wenden sich an Endadressaten. Fast ebenso viele Maßnahmen (45%) haben sich an die Zielgruppe der Multiplikatoren gerichtet und rund 7% der Einträge lassen sich dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuordnen. Seit 2008 zeichnet sich ein leichter Rückgang der Maßnahmen ab, die sich an Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressaten.
- 2010 wurden 16.373 Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug durchgeführt (48% der dokumentierten Maßnahmen). Diese Maßnahmen konzentrieren sich wie in den Vorjahren auf die Substanzen Alkohol (79%), Cannabis (38%) und Tabak (33%). Der Schwerpunkt der Prävention in Bund und Ländern liegt weiterhin auf der Alkohol-, Cannabis- und Tabakprävention.
- 42% der Maßnahmen wurden „ohne Substanzbezug“ durchgeführt und zielen damit suchtmittelübergreifend vor allem auf die Lebenskompetenzförderung und die Vermittlung alternativer Erlebnisformen. Die Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung und spezifische Lebenssituationen der Zielgruppen stehen im Mittelpunkt der Maßnahme. 9% der Maßnahmen thematisieren stoffungebunde Süchte.
- Das Setting „Schule“ ist mit 42% der dokumentierten Maßnahmen 2010 weiterhin das primäre Handlungsfeld der suchtpreventiven Aktivitäten. Im Setting „Betrieb“ werden

hingegen nur 8% der Maßnahmen umgesetzt. 50% der in Betrieben durchgeführten Maßnahmen haben einen spezifischen Substanzbezug, etwas weniger (41%) fallen in die Kategorie „ohne Substanzbezug“. 9% thematisieren stoffungebundene Süchte. Dabei richten sich 54% der Maßnahmen an Multiplikatoren und 44% an Endadressaten.

- 31% der Maßnahmen werden oder wurden evaluiert; es handelt sich dabei in der Regel um eine interne Evaluation.

3.2 Universelle Prävention

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

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

8% der bundesweit mit Dot.sys dokumentierten Maßnahmen der Suchtprevention finden 2010 im Setting Betrieb statt. Die in diesem Lebensraum durchgeführten Maßnahmen wirken über die Grenzen des Settings in andere gesellschaftliche Bereiche hinein und bieten damit einen wirksamen Weg die arbeitende Bevölkerung mit suchtpreventiven Maßnahmen zu erreichen.

Suchtprevention ist ein Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vorbeugende Maßnahmen in der betrieblichen Suchtprevention sind u. a. Information und eine frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten. Im Handlungsbereich der betrieblichen Suchtprevention ist besonders der frühe Zeitpunkt der Intervention bei Auffälligkeiten im Betrieb von Bedeutung (Wienemann 2010).

Mit dem Bundesmodellprojekt „Prev@WORK“ wird ein ganzheitliches Programm zur universellen Prävention angeboten, welches Suchtprevention als einen festen Bestandteil in die Ausbildung integriert. Von der Fachstelle für Suchtprevention im Land Berlin entwickelt und seit 2008 erfolgreich erprobt, wird der innovative Ansatz der Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting seit dem 01. März 2011 durch das Bundesministerium für Gesundheit als Bundesmodellprojekt gefördert und in sieben Bundesländer implementiert. Das Projekt basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen; als theoretische Grundlage dient

neben dem Konzept der Frühintervention die themenzentrierte Interaktion (TZI) und das transtheoretische Modell (TTM) (Bensieck & Schmidt 2011).

Die Frühintervention im Projekt Prev@WORK wendet sich „an alle jungen Menschen, die sich in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung befinden und bindet alle Multiplikator/innen in diesen Institutionen ein“ (Bensieck & Schmidt 2011). Darüber hinaus können mit Hilfe geschlechtsspezifischer Interventionsbausteine und speziellen Modulen auch solche Teilnehmenden angesprochen werden, die besondere Unterstützung in ihrer Entwicklung benötigen (selektive Prävention).

Neben stoffungebundenen Süchten werden vor allem die Suchtstoffe Alkohol, Cannabis, Medikamente und Tabak in Prev@WORK-Seminaren für Auszubildende thematisiert. Ziele des evaluierten Projekts sind u.a. die Vermittlung von Wissen zu Wirkungsweisen und Risiken von Suchtmittelkonsum. Dies schafft die Voraussetzung für eine Entwicklung und Stärkung der Risikokompetenz der Auszubildenden, um damit einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln zu fördern. Jungen Menschen mit riskanten Konsummustern ermöglicht die Teilnahme an Prev@WORK eine Reflexion der eigenen Situation, ein Erkennen von Handlungsalternativen und ein Wahrnehmen der aufgezeigten Hilfeangebote (indizierte Prävention).

Im Rahmen des Seminars für Multiplikatoren („Trainer“ - Mitarbeiter, Lehrer usw.) werden die inhaltlichen Bausteine der Prev@WORK-Auszubildendenseminare konzeptionell und methodisch/didaktisch vorgestellt und eingeübt. „Entscheidungsträger/innen sowie Ausbilder/innen in den Betrieben werden zu präventiven und gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen beraten und in Fragen der frühen Erkennung von Suchtmittelmissbrauch, Interventionsmöglichkeiten und Vermittlung ins Hilfesystem geschult“ (Bensieck & Schmidt 2011).

Prev@WORK erreicht Auszubildende – meist Jugendliche und junge Erwachsene – in ihrem (Arbeits-)Alltag bevor sie ein problematisches Konsumverhalten entwickeln³⁹.

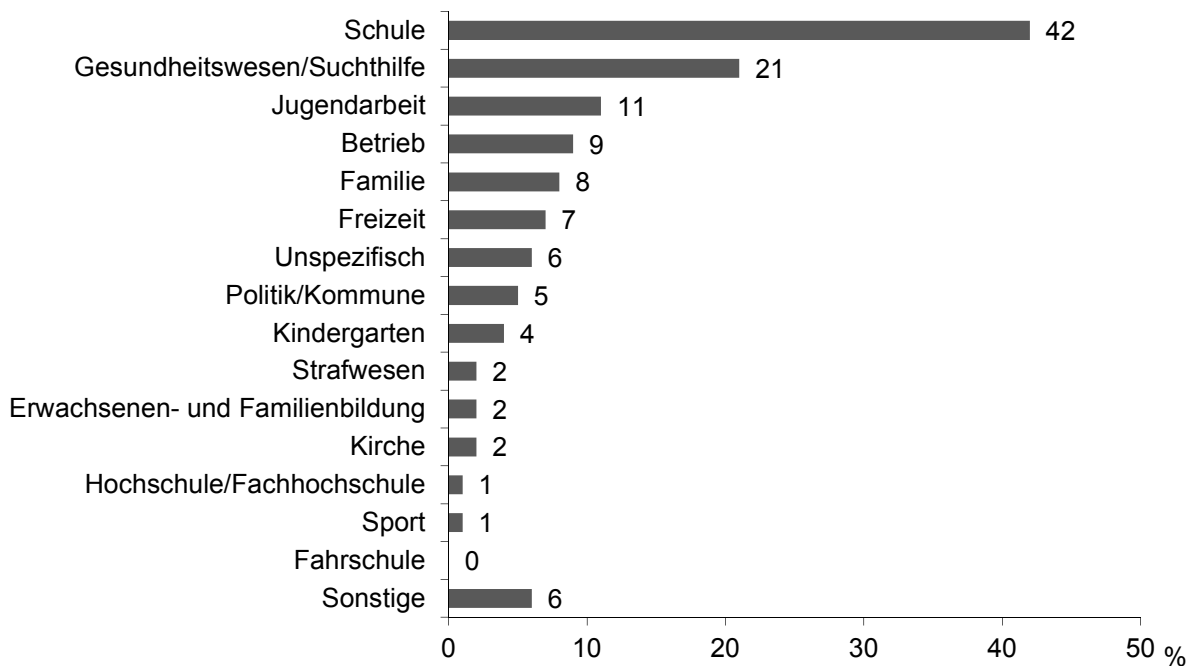
3.2.1 Schule

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

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

³⁹ Nähere Informationen unter <http://www.berlin-suchtpraevention.de/Fruehintervention-c1-l1-c1-l1-ar76.html>

Vermittlung von Informationen und der Motivierung, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen, reichen.



Dot.Sys 2010, N= 32.486, eigene Darstellung

Abbildung 3.3 Settings von Präventionsmaßnahmen im Jahr 2010

Wie in den Vorjahren ist auch 2010 das primäre Handlungsfeld der suchtpreventiven Tätigkeiten mit 42% der durchgeführten und in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen das Setting Schule (Abbildung 3.3). Hauptzielgruppe sind dabei Schüler (Kinder und Jugendliche), an die sich 64% der Maßnahmen im Setting Schule richten. Lehrer in ihrer Funktion als Multiplikatoren werden von 34% der Maßnahmen im schulischen Bereich angesprochen⁴⁰.

Jede zweite Maßnahme im Setting Schule weist einen spezifischen Substanzbezug auf. Hauptsächlich werden Alkohol, Tabak und Cannabis thematisiert. In den Bereich der substanzunspezifischen Maßnahmen fallen 42% der dokumentierten Maßnahmen. Lediglich 8% der präventiven Maßnahmen im Setting Schule wurden 2010 zu stoffungebundenen Süchten (v. a. Essstörungen, Internet/andere Medien) umgesetzt. Normenbildung, Kompetenzförderung sowie die Vermittlung von Informationen und Bildung kritischer Einstellungen stehen in der schulischen Präventionsarbeit im Vordergrund.

74% der im Setting Schule durchgeführten Maßnahmen können der universellen Prävention zugeordnet werden. Die Schule gilt als typisches Arbeitsfeld universeller

⁴⁰ 1% der Maßnahmen im Setting Schule sind dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuzuordnen; Rundungsdifferenz zu 100%.

Präventionsmaßnahmen, da sie als „hervorragendes Setting [gilt], um Kinder und Jugendliche zu erreichen“ (Bühler & Kröger 2006).

„drop+hop“ ist als ein weiteres Beispiel schulischer Suchtvorbeugung in 6. Klassen⁴¹ zu nennen. 1997 erstmals in Delmenhorst, Niedersachsen, durchgeführt, ist „drop+hop“ 2010 Teil der kommunalen suchtpreventiven Grundversorgung in der Stadt Delmenhorst geworden und ermöglicht die Weiterführung einer nachhaltigen Präventionsarbeit an Schulen⁴². Der universell präventive Kurs orientiert sich inhaltlich am Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skills approach) und spricht in fachübergreifenden Unterrichtseinheiten eine Altersgruppe zwischen Kindheit und Jugend an. Die Wissensvermittlung wird durch weibliche und männliche „Teamer“ – einer Gruppe aus Lehrern, Eltern und externen Fachkräften – geleistet. „drop+hop“ begreift Suchtprevention als Gemeinschaftsaufgabe, welche in einer Vielzahl von Lebensbereichen verankert werden muss. Dieses Verständnis wird durch die Zusammensetzung des Teams konzeptionell umgesetzt. Auf diese Weise wird eine weitere wichtige Funktion neben der Arbeit mit der Hauptzielgruppe Kinder und Jugendliche erfüllt: Basis-Wissen wird im Umfeld der Kinder geschaffen.

„drop+hop“ setzt sich aus vier Bausteinen zusammen. Ziel des ersten Bausteins „Elternabend“ ist es, eine Sensibilisierung der und Wissenszuwachs bei den Erziehungsberechtigten zum Thema Drogen und Sucht zu schaffen. In einem außerhalb der Schule durchgeführten Startseminar (Baustein 2) erarbeiten die Schüler einer Klasse zu diesem Thema Sachinformationen. Dahinter steht die Hypothese, dass ein Wissenszuwachs über Drogen und Sucht zu einer (negativ korrigierten) Einstellungsveränderung zu Substanzgebrauch führt. Baustein 3 (Drogenkoffer) und Baustein 4 (Unterrichtseinheiten) finden in der Schule statt, vertiefen Informationen zu legalen und illegalen Drogen und verknüpfen die Sachinformationen mit der Lebenswelt der Schüler. Die Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen soll so gestärkt und eine Sensibilisierung für die individuelle Gefahr einer Suchterkrankung erreicht werden. Die Wirksamkeit von „drop+hop“ wurde 2007 nachgewiesen: Die am Kurs teilgenommenen Schüler weisen einen deutlichen Wissenszuwachs über die Risiken des Substanzgebrauchs auf.

Speziell an Haupt- und Berufsschüler richtet sich die Cannabispräventionskampagne „Cannabis denn Sünde sein?“ der Stadt Wesel, Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Kampagne kombiniert bewährte Medien, Materialien und Maßnahmen von anerkannten Kampagnen, wie „Stark statt breit“ – Cannabispräventionsprogramm NRW, dem bundesweiten Cannabisberatungsprogramm „Realize it“ oder „MOVE“ – Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW, und setzt diese gendersensibel um.

⁴¹ Die 6. Klasse wird in der Regel von Kindern im Alter von 11 bis 14 Jahren besucht.

⁴² Weiterführende Informationen finden Sie unter <http://kommunale-suchtprevention.de/wettbewerb-2008-2009/beitraege/1340/1131>

Universelle Prävention wird im Rahmen von Elternabenden (Information der Eltern und Öffentlichkeit) oder bspw. durch ein Cannabisquiz in der Fußgängerzone betrieben⁴³.

„Mädchen Sucht Junge“ ist ein interaktives Lernprojekt zum Thema geschlechtsspezifische Suchtprävention für Kinder und Jugendliche ab 13 Jahre. Die in Baden-Württemberg eingesetzten Thementafeln zu Rauchen, Alkohol, Medien (PC & Co) und Körper (Bodykult) wurden 2009/2010 überarbeitet und stehen seit September 2010 landesweit zum interaktiven Unterricht der Klassen 7 bis 9 zur Verfügung. Ein Handbuch für Pädagogen liefert zusätzliche Ideen und Materialien, welche eine interaktive Umsetzung im Unterricht ermöglichen. Das didaktische Instrument „Mädchen Sucht Junge“ fördert die kritische Selbstreflexion der Jugendlichen und führt zu einem Austausch zwischen den Jugendlichen über das eigene (suchtstoffübergreifende) Konsumverhalten⁴⁴. Ergebnisse über die Anzahl der erreichten Endadressaten werden Ende 2011 erwartet.

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

Das HaLt-Projekt „Cliquenguides – Ausbildung von Jugendlichen zu Protpektoren in Bezug auf exzessiven Alkoholkonsum“ des Landkreis Osterode im Harz zum Beispiel basiert auf dem Peer-Konzept: Jugendliche Opinion-Leader werden in einer Wochenendschulung als Multiplikatoren ausgebildet und werden als sogenannte Cliquenguides in ihrer Peergroup zum Thema Alkohol und Alkoholkonsum in den Settings Schule oder Verein eingesetzt (DifU 2011).

⁴³ <http://kommunale-suchtpraevention.de/node/164/1423/1410>

⁴⁴ www.suchtprophylaxe-bw.de

3.2.2 Familie

Die Familie ist als wichtigste und beständigste Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen als Arbeitsfeld präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung. Bis zum Einsetzen der Pubertät hat das familiäre Umfeld den größten Einfluss auf Normen und Werte von Kindern und somit auch auf die Ausbildung unterschiedlicher Verhaltensweisen, im positiven wie im negativen Sinne. Eltern und Geschwister aber auch nahe stehende Verwandte und Bekannte dienen Kindern und Jugendlichen häufig als Vorbilder, deren Lebensweise bewusst oder unbewusst adaptiert und imitiert werden. Die Familie hat damit einen großen Einfluss auf die Gesundheitserziehung und die Gesundheit des Kindes.

8 % der in Dot.sys 2010 dokumentierten Maßnahmen wurden im Setting Familie umgesetzt. Es werden vor allem Endadressaten (68%) angesprochen. Eltern und Familienmitglieder (59%), konsumerfahrene Jugendliche (23%) und/oder Kinder und Jugendliche (21%) werden erreicht. 40% der Maßnahmen werden substanzunspezifisch/ohne Substanzbezug durchgeführt. Der Anteil substanzspezifischer Aktivitäten hat sich im Vergleich zu 2009 leicht auf 45% erhöht. Wie im Vorjahr konzentrieren sich die substanzspezifischen im Setting Familie durchgeführten Maßnahmen auf die Suchtstoffe Alkohol (62%) und Cannabis (55%). Mit 15% ist der Anteil der in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen zu stoffungebundenen Süchten wie auch schon in den Vorjahren im Setting Familie im Vergleich zu anderen Wirkungsfeldern überdurchschnittlich hoch. Internet/andere Medien und Essstörungen werden hauptsächlich in diesem Kontext im familiären Präventionsumfeld thematisiert.

Viele Erziehungsberechtigte sind über die klassischen Instrumente der Elternarbeit, bspw. Elternabende oder Sprechstunden, nicht oder nur sehr schwer zu erreichen. Um diese Zielgruppe dennoch suchtpreventiv anzusprechen, wurde im Landkreis Traunstein, Bayern, das von der EU geförderte Projekt „Familienbande“⁴⁵ entwickelt, welches aus verschiedenen Bausteinen bzw. Einzelprojekten besteht (Projektdauer: Juni 2008 – Mai 2011). Dabei ist den Einzelprojekten eine Reihe von Zielen gemeinsam, wie bspw.

- „Stärkung des Zusammenhalts in der Familie,
- Erweiterung der Erziehungs- und Handlungskompetenzen von Eltern und weiteren am Erziehungsprozess beteiligten Erwachsenen,
- Schaffen eines Risikobewusstseins gegenüber Suchtmittelmissbrauch,
- Stärkung des suchtpreventiven Netzwerks im Landkreis Traunstein“ (DifU 2011: 85).

Das dreijährige, grenzüberschreitende Projekt Familienbande der Suchtpräventionsstellen der Caritas Fachambulanzen Traunstein und Berchtesgadener Land (Deutschland) und Akzente Salzburg (Österreich) legt den Schwerpunkt auf die Stärkung der Familie sowie bestehender Sozial-Netzwerke und richtet sich an Eltern und Erziehungsberechtigte mit pubertierenden Kindern im Alter von 10 bis 16 Jahren.

⁴⁵ www.familienbande.cc

Der Baustein „ElternTisch“ ist ein „aufsuchendes Angebot der Elternbildungsarbeit“ (ebd.) und gestattet der Suchtprävention den Zugang in den familiären Bereich. „ElternTisch“ ermöglicht jeweils 6 – 10 Eltern oder Erziehungsberechtigten sich in einer Gesprächsrunde zu den zentralen suchtpreventiven Themen Alkoholkonsum, Rauchen, Cannabiskonsum und Internetspiele auszutauschen. Die Vorbildrolle der Eltern sowie Fragen der Erziehung werden ebenfalls in dem von einem Moderator gelenkten Gespräch thematisiert. Dieser hat eine zweitägige Schulung durch Fachkräfte der Suchtprävention erhalten und begleitet die Gespräche inhaltlich.

Seit 2008 konnten 70 „ElternTische“ durchgeführt werden. Aufgrund des aufsuchenden Angebots können eine Vielzahl von Familien mit Migrationshintergrund (bisher 46) sowie sozial benachteiligte Familien erreicht werden. „ElternTisch“ erfreut sich einer hohen Akzeptanz und Zufriedenheit. Eine externe Evaluation ist für 2011 geplant.

„Familienbande“ ist ein prämiertes Beitrag des 5. Wettbewerbs „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ im Jahr 2011 (vgl. 3.2.3).

3.2.3 Kommunale Prävention

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

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

Zum fünften Mal fand 2010/2011 der Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ mit dem Thema „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“ der BZgA statt⁴⁶. Ziel des Bundeswettbewerbs ist es, vorbildliche kommunale Ansätze und Projekte der Suchtvorbeugung bekannt zu machen und anderen Kommunen als Anregung und zur Nachahmung zur Verfügung zu stellen. 63 Städte, Gemeinden und Kreise des gesamten Bundesgebietes haben sich am Wettbewerb beteiligt.

⁴⁶ Informationen und Dokumentation unter www.kommunale-suchtpraevention.de

Die kommunale Suchtprävention in Deutschland ist bestimmt durch eine Vielzahl von regional entwickelten Projekten, die auf die Besonderheiten der regionalen Situation eingehen. Der Wettbewerb Kommunale Suchtprävention ermöglicht mit wechselnden Schwerpunktthemen einen Einblick in die suchtpreventive Arbeit auf kommunaler Ebene und schafft die Möglichkeit der (bundesweiten) Nachahmung vorbildlicher Strategien kommunaler Suchtprävention.

3.2.4 Freizeit und Sportvereine

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

Der Vereinssport als geeigneter Ort für Suchtvorbeugung spielt in den Interventionsmaßnahmen der BZgA seit langem eine wichtige Rolle (vgl. REITOX-Bericht 2010, 2009). Seit 2008 beteiligt sich die BZgA mit dem „rauchfrei“-Beach Club an den Festivals des Sports und präsentiert ein Eventmodul der Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens⁴⁷. Die Tour des Beach Clubs machte 2010 an 17 Veranstaltungstagen in sechs Städten Station (BZgA 2011a).

3.3 Selektive Prävention

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln. Dieses Risiko kann immanent sein oder eine Gruppe von Personen trägt aufgrund verschiedener Merkmale über das gesamte Leben hinweg ein höheres Risiko, eine Sucht zu entwickeln (Spring & Philips 2007). Als Risikofaktoren sind sowohl biologische, psychologische als auch soziale Umfelseinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für die folgenden Zielgruppen entwickelt, um nur einige zu nennen:

- Schulabbrecher,
- sozial Benachteiligte,
- obdachlose Jugendliche,
- Personen mit Migrationshintergrund,
- Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien,

⁴⁷ <http://www.rauch-frei.info/>. Der „rauchfrei“-Beach Club wurde 2010 in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) und der Deutschen Jugendkraft (DJK) in die Festivals des Sports und den Bundessporttag eingebunden. Die Idee des Eventauftritts ist, Informationen zum Thema Nichtrauchen in lockerer Strandatmosphäre mit sportlichen Mitmachangeboten zu verbinden. Die Events, die der DOSB jährlich gemeinsam mit verschiedenen Städten aus dem Bundesgebiet durchführt, erreichen rund 400.000 Besucher, meist aus der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

- konsumerfahrene Jugendliche und
- Clubgänger.

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

Eltern nehmen eine Schlüsselrolle beim Zugang zu jungen Suchtmittelkonsumierenden ein (Eltern als Keypersons). Jedoch bestehen bei vielen Eltern und Familien Suchtmittel konsumierender Jugendlicher Hemmungen, professionelle Hilfeangebote anzunehmen. Mit dem 2009 begonnen zweijährigen Bundesmodellprojekt „Eltern.aktiv – Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe“⁴⁸ sollen zum einen diese Barrieren abgebaut und auf diese Weise die Eltern junger Konsumenten leichter erreicht werden, insbesondere durch ein systematisiertes Erstgespräch. Zum anderen werden durch eine optimierte pro-aktive Elternarbeit jugendliche Suchtmittelkonsumenten durch frühinterventive Maßnahmen besser angesprochen. Dazu werden Angebote im Sinne einer pro-aktiven Elternarbeit entwickelt, etwa ein Leitfaden für Suchthilfeeinrichtungen mit Empfehlungen für den Zugang zu Eltern. Ein Flyer „Rauschmittelkonsum im Jugendalter – Tipps für Eltern“ beantwortet bereits die ersten Fragen der Eltern zu Sucht, Rauschmittel und Handlungsmöglichkeiten. Ergänzt wird „Eltern.aktiv“ durch das Produkt „Elternkoffer“, welches aus den Inhalten „Elterninformationsabend“, „Homeparty“ und dem Gruppenkonzept „Hilfe, mein Kind pubertiert“ besteht. Ein optimierter Zugang zu Eltern und eine qualitative Verbesserung der Arbeit mit den Eltern erhöhen den Erreichungsgrad der jugendlichen Konsumenten (Rummel und Kühne 2010).

An das Bundesmodellprojekt gliedert sich das Projekt „Pro-aktive Elternarbeit mit Eltern Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendlicher durch Jugendschutzfachkräfte/ Fachkräfte der Jugendhilfe“ des Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) an. Im Bundesprojekt erarbeitete Materialien und Instrumente werden zur Verfügung gestellt und im Rahmen des Zusatzprojekts erprobt. „Eltern.aktiv“ ist ein Gemeinschaftsprojekt der DHS⁴⁹ und LWL-KS⁵⁰ und wird gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (Projektlaufzeit: November 2009 – Oktober 2011). Eine Evaluation wird von der Universität Hildesheim begleitend durchgeführt.

Pro-aktive Elternarbeit im Bereich der selektiven Prävention stellt nach wie vor eine Ausnahme dar. Hier besteht in Deutschland Entwicklungsbedarf, wie zuletzt das

⁴⁸ http://list.lwl.org/LWL/Jugend/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/RFJH/Projekte_KS1/Eltern_aktiv_Start/

⁴⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

⁵⁰ Landschaftsverband Westfalen-Lippe Koordinationsstelle Sucht.

Gemeinschaftsprojekt „AVerCa“ der DHS und LWL – Koordinationsstelle Sucht zeigte. Demnach existieren deutlich zu wenige Angebote für Eltern im selektivpräventiven Bereich. „Eltern.aktiv“ ist ein erster Schritt auf dem Weg des Ausbaus pro-aktiver Elternarbeit, so dass Eltern und Angehörige Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendliche sowohl selbst frühzeitig Hilfe finden können, als auch missbräuchlich konsumierende Jugendliche frühzeitiger und effizienter als bisher erreicht werden können. Durch den optimierten Zugang zu den Eltern werden die konsumierenden Kinder und Jugendlichen ebenfalls besser erreicht⁵¹.

3.3.1 Risikogruppen

Sozial Benachteiligte

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

Suchtprävention für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund

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

Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ist das Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund niedriger. Allerdings sind die Bildungsunterschiede in der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund groß, so dass bereits aus diesem Grund von einer heterogenen Bevölkerungsgruppe auszugehen ist. Die unter dem Begriff „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ zusammengefassten Personen unterscheiden sich

⁵¹ Weitere Informationen finden Sie unter www.lwl-ks.de und www.dhs.de

nach migrationsspezifischen und sozioökonomischen Faktoren (BZgA 2011e) – diese Vielfalt muss sich in der Suchtprävention wiederfinden. „Erst eine differenzierte Betrachtung des Zusammenwirkens verschiedener Einflussfaktoren wie Herkunftsland, Sozialstatus, Einwanderergeneration und Geschlecht erlaubt es, spezifischen Risiken entgegenzuwirken und Gesundheitspotenziale zielgerecht zu fördern“ (BZgA 2011e: 257).

Migranten sehen sich zudem Zugangsbarrieren zum Hilfesystem ausgesetzt. Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite oder die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Sanktionen hindern Migranten u. U. am Aufsuchen von Einrichtungen der Suchthilfe (Süzen 2010, Salman 2010). Der stetig wachsende Bevölkerungsanteil von Personen mit Migrationshintergrund gilt aus diesen Gründen als schwer zu erreichende Zielgruppe (Krauth et al. 2011). Um Informationsdefizite und/oder Zugangsbarrieren abzubauen, ist eine kulturspezifische Ansprache der jeweiligen Untergruppe der Personen mit Migrationshintergrund dringend notwendig (kulturspezifischer Zugangsweg).

Bei Betrachtung der suchtpreventiven Landschaft in Deutschland zeigt sich, dass zielgruppenspezifische Informationen über Versorgungsmöglichkeiten nach wie vor selten sind. So nennen auch nur ein Prozent der in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen Migranten als Adressaten. Demgegenüber steht ein Bevölkerungsanteil von Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne in Deutschland von 19% (im Jahr 2009)⁵². Der Anteil von Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund liegt gerade in Ballungszentren wie Berlin, Frankfurt, Hannover oder Köln entsprechend ebenso bei ca. 20% (Süzen 2010).

Inzwischen konnte im Bereich der Suchtprävention für Migranten eine Vielzahl einzelner Projekte aufgebaut werden (Salman 2010). So hat sich das Portal www.suchthilfe-koeln.de/ seit seiner Einrichtung im Jahr 2009 zu einer der wichtigsten Informationsquellen über Hilfe-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für die Bewohner der Stadt Köln entwickelt. Über das Internetangebot sollen vor allem junge Menschen angesprochen werden, die bisher nicht erreicht werden konnten. Nachdem bereits im Herbst 2010 die türkische Fassung des Portals online gehen konnte, steht seit 2011 die russischsprachige Version zur Verfügung (BZgA 2011d). Eine interkulturelle Öffnung von bestehenden (und neuen) Angeboten scheint jedoch weiterhin notwendig, so dass Migranten entsprechend ihres Bevölkerungsanteils von den durchgeführten suchtpreventiven Projekten erreicht werden. Mit „transVer“ und „Herkunft-Ankunft-Zukunft“ werden im Folgenden zwei Herangehensweisen benannt, die dieser Problematik begegnen.

Im Berichtsjahr 2010 wurden 220 Projekte für suchtgefährdete Migranten von BMFSFJ und BAMF gefördert. Die präventiven Projekte zielen auf eine Stabilisierung der Persönlichkeit der Zuwanderer und sollen die soziale Integration fördern. 16 Projekte weisen einen speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention auf (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011). Der Zugang der Migranten zu Hilfestrukturen sollte insgesamt verbessert werden. Dafür ist es notwendig, Zugangsbarrieren abzubauen und

⁵² <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigations/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.psml>

zielgruppengerechte Hilfen bereitzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat aus diesem Grund bereits 2009 die Förderinitiative „transVer – transkulturelle Versorgung von Suchtkranken“ mit dem Ziel eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, ins Leben gerufen. Sechs regionale Modellprojekte in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein erproben bis 2012 eine jeweils zielgruppengerechte Ansprache und Gestaltung der Maßnahme⁵³.

Neben dem Zugangsweg über die „Neuen Medien“ (s.o.) bietet das Prinzip der Schlüsselperson einen weiteren Weg, um Zugang zu einer bestimmten Migrantengruppe zu erhalten: „Welche Schlüsselpersonen haben Zugang und Vertrauen der Zielgruppe und kommen daher als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in den unterschiedlichsten Settings [...] infrage?“ (BZgA 2011e: 259f.). Schlüsselpersonen, auch Keypersons genannt, zeigen Wege für ihre Mitbürger mit Migrationshintergrund auf, Hilfe und Unterstützung durch das Suchthilfesystem zu finden.

28% der Bevölkerung Hamburgs haben einen Migrationshintergrund⁵⁴. Dieser kulturellen Vielfalt begegnet die Suchtprävention in Hamburg seit 2006 mit dem sich stetig weiterentwickelndem Projekt „Herkunft-Ankunft-Zukunft“. Das Konzept beinhaltet 40 Schulungsstunden, in welchen Mitglieder der jeweiligen Migrantengruppe – die Schlüsselpersonen (Multiplikatoren) — eine gezielte Fortbildung erhalten. Das dort erlernte Wissen zu Entstehungsursache von Sucht und zum Suchthilfesystem in Hamburg wird in Informationsveranstaltungen von der ehrenamtlich tätigen Schlüsselperson in das eigene Umfeld getragen. Die Multiplikatoren sind nach Abschluss der Schulung in der Lage, Informationsveranstaltungen in der Muttersprache, in der eigenen Gemeinschaft, zum Suchthilfesystem sowie zu anderen substanzspezifischen Themenschwerpunkten zu organisieren und umzusetzen⁵⁵. Jede durchgeführte Informationsveranstaltung der Schlüsselperson wird mit einem anonymen Fragebogen in der Muttersprache durch die Teilnehmer evaluiert. Die systematische Auswertung dieser Fragebögen durch das Büro für Suchtprävention und das von der Schlüsselperson zu verfassende Kurzprotokoll geben Aufschluss über Quantität und Qualität der durchgeführten Informationsveranstaltungen. In den Jahren 2010 und 2011 (bis Juli 2011) konnten über 230 Endadressaten über die Informationsveranstaltungen der interkulturellen Schlüsselpersonen erreicht werden.

Die Aus- und Fortbildung von Schlüsselpersonen verbessert den Integrationsprozess der Migranten durch die Bekämpfung von Suchtproblemen und umgeht die sprachlichen Hürden der Kontaktaufnahme, nicht zuletzt durch ein breites Angebot an Sprachen: Materialien stehen in türkisch, russisch, englisch, twi, französisch, farsi, albanisch, kurdisch und polnisch zur Verfügung.

⁵³ www.transver-sucht.de

⁵⁴ www.statistik-nord.de

⁵⁵ www.sucht-hamburg.de/projekte/her-an-zukunft

3.3.2 Risikofamilien

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil. Darüber hinaus sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtbelasteten Familien aufgewachsen⁵⁶. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit betroffen ist, ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln als Kinder aus nicht suchtbelasteten Familien. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien eine der größten bekannten Gruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für dieses erhöhte Suchtrisiko sind neben der Erfahrung des (elterlichen) Suchtmittelkonsums unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch zu nennen, die in suchtbelasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

Als ein zentraler familiärer Belastungsfaktor gilt die Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils (legale und illegale Drogen). Substanzgebrauch und Suchtmittelabhängigkeit indizieren einen hohen Unterstützungsbedarf bei den Kindern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011). Wie wichtig die Stärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien ist, zeigt Klein (2010) in seinem Forschungsüberblick zu Resilienzforschung und Prävention. Die Ergebnisse der Resilienzforschung lassen sich gezielt für die Prävention durch Stärkung der Kinder aus suchtbelasteten Familien nutzen (BZgA 2011e). Bereits im letzten Bericht wurde das Bundesmodellprojekt Trampolin⁵⁷ vorgestellt (siehe Kapitel 1.3.2), welches mit Methoden der Resilienzförderung anstrebt, negative Entwicklungsverläufe der Kinder aus suchtbelasteten Familien zu verhindern und den Aufbau eigener Resilienz- und Schutzfaktoren zu fördern.

„Frühe Hilfen“ setzen bereits früh bzw. rechtzeitig an. Damit sich Belastungen, nicht zu einem späteren Zeitpunkt negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken, sollen (werdende) Eltern frühzeitig – am besten schon in der Schwangerschaft – unterstützt werden.

⁵⁶ www.fruehehilfen.de

⁵⁷ www.projekt-trampolin.de

Bereits 2006 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht⁵⁸. Zur Umsetzung des Aktionsprogramms hat im März 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) seine Arbeit aufgenommen. In seiner Trägerstruktur findet sich bereits eine Entsprechung der multiprofessionellen Kooperation zwischen den Systemen. Träger sind die BZgA und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Der Sitz des NZFH ist in Köln bei der BZgA. Die Arbeit des NZFH wurde zunächst über die Laufzeit des Aktionsprogramms bis Ende 2010 gefördert. Im Rahmen einer zweiten Förderphase bis Ende 2014 wird die Arbeit des NZFH fortgesetzt.

Das NZFH unterstützt die Praxis dabei, familiäre Belastungen früher und effektiver zu erkennen und adäquate Hilfen bereit zu stellen. Ausgewählte Modellprojekte werden gezielt gefördert, wissenschaftlich begleitet und evaluiert. In Kooperation mit Ländern und Kommunen werden derzeit bundesweit die unterschiedlichen Anforderungen an die Frühen Hilfen im Rahmen von Modellprojekten vom NZFH wissenschaftlich erprobt (BZgA 2011e).

Ein Beispiel im Bereich „Frühe Hilfen“ ist das 2011 im Rahmen des kommunalen Wettbewerbs prämierte Hilfs- und Förderprojekt „Menschenskind“ (DifU 2011). Seit Ende 2006 will das Projekt unter Federführung des Fachbereichs Gesundheit des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Hessen, in Kooperation mit dem Kinderschutzbund, der Frühförderstelle, den Jugendämtern und der Baby- und Kleinkindambulanz Familien in besonders belasteten Lebenssituationen erreichen. Um eine Verbesserung der Lebensumstände für Kleinkinder aus schwierigen und suchtblasteten Familien zu ermöglichen, arbeiten die verschiedenen Akteure aus Gesundheitsförderung und Jugendsozialarbeit „Hand in Hand“. Der Zugang zur Zielgruppe ist durch das niedrigschwellige aufsuchende Angebot gegeben: Hebamme und sozialpädagogische Fachkraft betreuen die Familie mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren. Die Familie erhält u.a. Hilfestellung bei Fragen zur Säuglingspflege, finanzielle und organisatorische Beratung sowie Begleitung zu Ärzten und Behörden. Die Projektarbeit endet, wenn die familiäre Situation stabilisiert werden konnte. 32 Familien werden zurzeit betreut (Stand Oktober 2010)⁵⁹.

Das seit 1994 bestehende Projekt „KiD – Hilfe für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder“ der Stadt Karlsruhe, Baden-Württemberg, umfasst die Einzelprojekte „Betreuung

⁵⁸ Frühe Hilfen sollen als wirksames, präventives Unterstützungsangebot für Eltern und ihre Kinder (0 bis 3 Jahre) etabliert werden. Eltern sollen durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen primär des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe unterstützt und Kinder früher und besser vor Gefährdungen geschützt werden. Das Gesundheitssystem bietet durch seine Angebote (u. a. Gynäkologie, Hebammenhilfe, niedergelassene Pädiatrie) viele Zugangswege zu (hoch) belasteten Familien und dies vor allem in der Zeit rund um die Geburt. Die Kinder- und Jugendhilfe dagegen verfügt über vielfältige Angebote, um gerade diesen Eltern passgenaue Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation anzubieten. Aber auch weitere relevante Akteure (beispielsweise Schwangerschafts- und Erziehungsberatung, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Frauenunterstützungseinrichtungen, Betreuungsangebote für Kinder, Justiz und Polizei) sind Teil der Netzwerke Früher Hilfen.

⁵⁹ <http://kommunale-suchtpraevention.de/wettbewerb-2010-2011/marburg-biedenkopf.html>

schwangerer Frauen“, „Elterntraining“ und „Sozialpädagogische Gruppenarbeit/ Kindergruppe“. Zielgruppe sind von illegalen Drogen abhängige Schwangere und (ehemals) drogenabhängige Eltern und ihre Kinder.

„KiD“ ist ebenfalls ein Preisträger des Wettbewerbs Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen 2010/2011 (ausgezeichnet mit dem Sonderpreis der Krankenkassen; vgl. 3.2.3). Das Projekt konnte in seiner 17jährigen Laufzeit bereits 670 von illegalen Drogen Abhängige mit 750 Kindern erreichen und 174 Schwangere begleiten. Es werden jährlich zwischen 80 und 100 Familien betreut (DifU 2011).

3.4 Selektive Prävention im Freizeitbereich

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

Grundsätzlich ist der Freizeitbereich in einen organisierten und nicht-organisierten Bereich differenzierbar. Im organisierten Freizeitbereich (z.B. Einrichtungen der Jugendhilfe, der Kirche, kommunale oder städtische Jugendzentren) werden häufig suchtpreventive Maßnahmen umgesetzt, die sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ableiten. Dabei geht es vor allem darum, die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu fördern und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu erziehen. Die beschriebene Heterogenität macht deutlich, dass die Lebenswelten der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten sind, sondern darüber hinaus Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement vermittelt werden müssen.

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

Aufgrund der Entwicklungen im Suchtmittelkonsum von Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (BZgA 2009a, BZgA 2010) ist es erforderlich, neue Zugangswege zur Zielgruppe der jungen Menschen zu schaffen, die eine frühzeitige und

kontinuierliche Prävention ermöglichen. Um problematisch konsumierende Jugendliche und verhaltenssüchtig Auffällige zu erkennen und anzusprechen, ist eine Ansprache durch selektive Präventionsmaßnahmen im Freizeitbereich geeignet. Ein Beispiel hierfür ist das mobile Präventionsinstrument „bonner event sprinter“, welches mit einem differenzierten Angebot auf unterschiedlichen öffentlichen Veranstaltungen im Raum Bonn anzutreffen ist. Durch Angebote im öffentlichen Bereich sowie in den Sozialräumen der Jugendlichen (Stadtteile) soll der „bonner event sprinter“ Früherkennung bzw. Frühintervention ermöglichen. Ziel ist es, Jugendliche und Risikokonsumenten von Alkohol und illegalen Drogen mit erprobten jugendrelevanten Methoden (z.B. Rausch-Parcours, Alkoholtest, Safe-Packs usw.) zu einer Konsumreflexion und Verhaltensänderung anzuregen. Nach einer Kurzberatung am Stand folgen gegebenenfalls weiterführende Beratungen in der Fachstelle für Suchtprävention. Es finden ebenfalls Beratungskontakte mit Bezugspersonen in diesem freizeitorientierten Rahmen statt.

Im Jahr 2010 kam der „bonner event sprinter“ bei 75 Einsätzen mit 18.600 Personen in Kontakt. Das Team besteht aus hauptamtlich in der Suchtprävention tätigen Mitarbeitern und speziell ausgebildeten Jugendlichen, den Peers, die einen effektiven Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. Der „bonner event sprinter“ ist ein Kooperationsprojekt der Evangelischen Jugendhilfe Godesheim gGmbH und Ambulante Suchthilfe Caritasverband/Diakonisches Werk – update Fachstelle für Suchtvorbeugung. Die Bundesstadt Bonn unterstützt das Projekt finanziell und konzeptionell (Ammelung et al. 2011)⁶⁰.

3.5 Indizierte Prävention

Zielgruppe indizierter Präventionsmaßnahmen sind Personen, die ein hohes Risiko haben eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dabei leitet sich die Notwendigkeit indizierter Präventionsmaßnahmen durch die Existenz wichtiger individueller Indikatoren ab, die eine spätere Abhängigkeitsentwicklung begünstigen. Im Unterschied zur selektiven Prävention, erfolgt indizierte Prävention in der Regel auf individueller Ebene, d.h. es geht nicht um die Identifikation von Personengruppen, auf die die genannten Merkmale zutreffen (EMCDDA 2009b).

3.5.1 Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sind ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtstörung im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei einem Anteil von insgesamt ungefähr einem Fünftel Kinder und Jugendliche liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Ca. 10% weisen psychische Auffälligkeiten, d.h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (RKI 2007b). Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger auf, als bei Kindern und Jugendlichen mit höherem

⁶⁰ <http://www.beratung-caritasnet.de/index.php?id=920&L=0&type=98;>
http://www.bonn.de/umwelt_gesundheit_planen_bauen_wohnen/gesundheitsportal/sucht/bonner_event_sprinter/index.html?lang=de

sozioökonomischem Status. Diese Kinder und Jugendlichen verfügen in der Regel über geringere soziale und personale Ressourcen und sind somit zusätzlich belastet (vgl. dazu auch Berichtsteil zu sozial Benachteiligte).

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

3.5.2 Kinder mit ADHS

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

Untersuchungsergebnisse zu der Thematik wurden bereits in den letztjährigen Berichten vorgestellt. Derzeit liegen keine Informationen über weitere aktuelle präventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit ADHS vor.

3.5.3 Früherkennung und Frühintervention

An der Schnittstelle von indizierter Prävention zur Behandlung haben sich Maßnahmen etabliert, die dem Begriff Früherkennung und Frühintervention zuzuordnen sind. Als wesentliches Merkmal weist die Zielgruppe dieser Maßnahmen bereits Probleme durch erhöhten Substanzkonsum auf und/oder sie hat Probleme, die mit erhöhtem Substanzkonsum in engem Zusammenhang stehen. Diese Personengruppe hat ein sehr hohes Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln, zum Zeitpunkt der Intervention werden DSM-IV oder ICD-10 Kriterien jedoch (noch) nicht erfüllt (EMCDDA 2009b). Zur Initiierung einer Behandlung bedarf es (in der Regel) den Nachweis einer Abhängigkeit nach DSM-IV oder ICD-10.

Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention sind in Deutschland ein fest etablierter Teil der suchtpreventiven Aktivitäten, wie bspw. die Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten „FreD“: „FreD“ wurde im Verlauf seiner bisherigen 10jährigen Projektlaufzeit unter wissenschaftlicher Begleitung der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) bereits dreimal mit positiven Ergebnissen evaluiert (vgl. u.a. REITOX-Bericht 2008). So erzielt „FreD“ eine gute Wirkung mit einem relativ geringen personellen und finanziellen Ressourceneinsatz: Die Früh- und Kurzintervention bewirkt wichtige Veränderungen bei den Kursteilnehmern von einer verbesserten Risikoeinschätzung bis zu Reduzierung oder Konsumverzicht illegaler Drogen.

Die frühzeitig durch „FreD“ erreichten Drogenkonsumenten messen der Teilnahme an „FreD“ zudem große persönliche Bedeutung zu⁶¹.

Frühinterventionsprogramme stellen einen jährlichen Anteil von ca. 30% der suchtpräventiven Maßnahmen dar. Wie den Daten des Monitoringsystems Dot.sys zu entnehmen ist, richten sich 2010 54% der Maßnahmen zu Früherkennung/-intervention an Endadressaten. Demgegenüber steht mit 44% eine etwas geringere Anzahl von Maßnahmen mit der Zielgruppe Multiplikatoren. Thematisiert werden vor allem die Substanzen Alkohol (43%) und Cannabis (28%).

„FreD goes net“ ist die europäische Weiterentwicklung und der Transfer des deutschen Modellprojektes "FreD - Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten" in Länder der Europäischen Union. „Fred goes net“ wurde zwischen November 2007 und Oktober 2010 von der LWL-Koordinationsstelle Sucht unter wissenschaftlicher Begleitung der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) durchgeführt und sowohl von der Europäischen Kommission als auch den teilnehmenden Mitgliedsstaaten und dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ziele werden auf zwei Ebenen verfolgt: Strukturell werden neue Kooperationsbeziehungen zwischen (Drogen-)Beratungsstellen und Settings, in denen Jugendliche mit ihrem Rauschmittelkonsum auffällig werden (Polizei/Justiz, Schule, Arbeitsplatz) aufgebaut. Auf der verhaltensbezogenen Ebene wird diesen Jugendlichen, die riskant Alkohol und/oder illegale Drogen konsumieren, ein Gruppenangebot zur Reflexion ihres Konsums unterbreitet, das sie vor einem möglichen Abgleiten in eine Abhängigkeit schützen soll.

„FreD goes net“ konnte in 11 europäische Pilotländer erfolgreich implementiert werden⁶². Die Ergebnisse der externen Evaluation zeigen - neben gelungenem Kooperationsaufbau - positive Veränderungen bei den Teilnehmern im Konsumverhalten.

Aufgrund der wachsenden Bedeutung, die das Internet im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat, bietet die BZgA mit „quit the shit“ seit dem Jahr 2004 eine internetbasierte Kurzintervention für junge Cannabiskonsumenten an. Im Rahmen einer Teilnahme an „quit the shit“ haben diese die Möglichkeit, sich professionell beim Vorhaben begleiten zu lassen, den eigenen Cannabiskonsum zu reduzieren bzw. aufzugeben. Mit einer Kontrollgruppenstudie (Untersuchungszeitraum: 2006 – 2008) wurde untersucht, welche Effekte „quit the shit“ erzielt. Der abschließende Ergebnisbericht der kontrollierten Studie über die Effekte des Reduktions- und Ausstiegsprogramms für Konsumenten von Cannabis „quit the shit“ zeigt, dass eine komplette Programmnutzung von mindestens 45 Tagen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, den Cannabiskonsum signifikant zu senken. Sowohl die Konsumhäufigkeit als auch die -menge konnten im Durchschnitt um mehr als die Hälfte gesenkt werden. Gut ein Viertel der „quit the shit“-Klientel ist nach der Teilnahme konsumabstinent. Teilnehmer des Programms erreichen eine Konsumabstinenz mit einer sechsfach höheren Wahrscheinlichkeit als die unbehandelte Vergleichsgruppe. Wie

⁶¹ https://zzz.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/FreD/

⁶² http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english/Fgn-english_Projectpartners

Analysen der Nachbefragung zeigten, verbessert eine Teilnahme am Beratungsprogramm zudem signifikant das psychische Wohlbefinden der ehemaligen Nutzer. Abschließend kann festgestellt werden, dass „quit the shit“ eine effektive Unterstützung für diejenigen ist, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen (Tossmann et al. 2011, Tossmann et al. 2009).

Exemplarisch für andere Interventionsprogramme in Deutschland werden im Folgenden „CaBS – Casemanagement und Beratung für cannabiskonsumierende Schüler“⁶³ und das „Selbstkontrolltraining SKOLL“ vorgestellt. Das Projekt „SKOLL“ wird bundesweit eingesetzt, „CaBS“ wendet sich an Schüler berufs- und allgemeinbildender Schulen in der Stadt Frankfurt am Main.

Das Projekt „CaBS“ wird, initiiert durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt, seit November 2005 durchgeführt und ist ein Preisträger des fünften kommunalen Wettbewerbs in der Suchtprävention (vgl. 3.2.3). Es richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die intensiv Cannabis und/oder andere Suchtmittel konsumieren. Mit „CaBS“ konnte eine bestehende Angebotslücke in der lokalen Sucht- und Drogenhilfe geschlossen werden, da das Projekt dazu beiträgt, den Konsumentenkreis besser und zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erreichen⁶⁴. Das Durchschnittsalter in „CaBS“ liegt mit 19 Jahren um vier Jahre unter dem durchschnittlichen Alter von Konsumenten beim Erstkontakt zum Hilfesystem.

Hauptziel von „CaBS“ ist die Reduktion des Cannabiskonsums bei Jugendlichen bzw. die Entwicklung einer Abstinenzhaltung bei Suchtmittelabhängigkeit. Darüber hinaus unterstützt „CaBS“ die Jugendlichen bei der Erweiterung ihrer sozialen Kompetenzen, der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wiedereingliederung in die Schule⁶⁵. Begleitend wirkt „CaBS“ als unterstützendes Konfliktmanagement für Lehrkräfte (Jugendberatung und Suchthilfe "Am Merianplatz" 2010).

Die Vermittlung in eine Einzelbetreuung in „CaBS“ wird vielfach über Lehrkräfte oder Angehörige vorgenommen. Der individuelle Hilfebedarf wird gemeinsam von einem „CaBS“-Mitarbeiter und dem Betroffenen in einem geschützten Rahmen analysiert. Übersteigt der Bedarf die Möglichkeiten der Einzelfallbetreuung kann in weiterführende Hilfe vermittelt werden. Während sich das Projekt „FreD“ an erstauffällige Drogenkonsumenten im Alter von 14 bis 25 Jahre richtet, spricht „CaBS“ Jugendliche und junge Erwachsene an, die zwar ebenfalls intensiv Cannabis konsumieren, jedoch (noch) nicht im Zusammenhang mit dem Konsum einer illegalen Droge polizeilich aufgefallen sind. Die kontinuierliche Beobachtung und Analyse des Projektverlaufs von „CaBS“ zeigt, dass vor allem (junge) Menschen in besonderen Lebenslagen erreicht werden. Wesentlich für den Erfolg von „CaBS“ ist die

⁶³ <http://www.jj-ev.de/deutsch/1/10/18/30002/design3.html>

⁶⁴ vgl. ESPAD-Studie (www.espad.org), MoSyD-Studie (s. Kapitel 2): Die Prävalenz des Cannabiskonsums in den unterschiedlichen Schulformen wird u.a. von diesen Studien untersucht. Es wurde nachgewiesen, dass Cannabisintensivkonsumenten eher eine Berufsschule als eine andere Schulform besuchen.

⁶⁵ <http://kommunale-suchtpraevention.de/node/164/1431>

Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern (Jugendberatung und Suchthilfe "Am Merianplatz" 2010).

Das Selbstkontrolltraining „SKOLL“⁶⁶ ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Modellprojekt mit dem Ziel, Jugendliche und Erwachsene mit einem riskanten Konsumverhalten zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu motivieren. Dabei verfolgt „SKOLL“ eine suchtmittelübergreifende Strategie: Riskant Konsumierende verschiedener Suchtstoffe wie bspw. Alkohol oder Cannabis und unterschiedlichster Konsummuster bzw. Menschen mit verhaltensbezogener Störung aller Altersgruppen können gemeinsam in einer Gruppe aktiv werden. Die Teilnehmenden hinterfragen in einem 10-wöchigen Training den eigenen legalen, illegalen oder unspezifischen Suchtmittelkonsum und/oder andere riskante Verhaltensweisen. Ein individueller Trainingsplan wird erstellt und Handlungsalternativen erarbeitet. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation steht dabei im Mittelpunkt. Ziel von „SKOLL“ ist es, den Konsum zu stabilisieren, zu reduzieren oder idealiter ganz einzustellen. Mit Hilfe des Selbstkontrolltrainings können Veränderungsprozesse bei riskant konsumierenden Menschen frühzeitig eingeleitet und weiterführende Hilfemöglichkeiten aufgezeigt werden. Das niedrigschwellige „Selbstkontrolltraining vermittelt suchtmittel-, alters-, gender- und gesellschaftsübergreifend allgemeine Selbstmanagementkompetenzen“ (Bösing & Kliche 2009). Durch die suchtmittelübergreifende Konzeption eignet sich der Ansatz besonders für Beratungsstellen in ländlichen Regionen.

In das Projekt wurden bisher 45 Suchtfachstellen aus ganz Deutschland einbezogen. In mehr als 70 Trainings wurden zirka 700 Jugendliche und Erwachsene erreicht. Die Evaluation des seit 2008 laufenden Projekts wird über das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sichergestellt. Die wissenschaftliche Begleitung soll dazu beitragen, dass zum Abschluss des Projektes im Oktober 2011 ein evidenzbasierter Ansatz vorliegt, der bundesweit in Beratungsstellen umgesetzt werden kann.

3.6 Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen

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

Die Kampagnen der BZgA zur Prävention missbräuchlichen Alkoholkonsums sind vor diesem Hintergrund weiter intensiviert worden. Die bereits im letzten Berichtsjahr vorgestellte Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche⁶⁷ ist 2010 um massenmediale

⁶⁶ www.skoll.de

⁶⁷ www.kenn-dein-limit.info

Kommunikationselemente in den Sozialen Netzwerken erweitert worden. Seit Juli 2010 kann das Profil der Kampagne auf facebook besucht werden. Die Profile auf den VZ-Netzwerken (schuelerVZ, studiVZ, meinVZ) folgten im November 2010. Insgesamt konnte die Kampagne durch kontinuierliche Aktualisierungen, jugendgerechte Aktionen sowie durch Online-Marketing im Laufe eines knappen Jahres (Juli 2010 – Juni 2011) insgesamt mehr als 55.000 Fans in den Netzwerken gewinnen. Über die Anzahl der Rückmeldungen (Response-Rate) in Form von Kommentierungen, Diskussionen und Teilnahme an Aktionen kann die Interaktion mit und unter den Usern zum Thema „verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ als sehr gut bewertet werden.

Die BZgA richtet sich unter dem Slogan „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ebenfalls an die erwachsene Allgemeinbevölkerung. Ergänzend zur massenmedialen Ansprache dieser Zielgruppe durch Internet und Informationsmaterialien wurde die Informationstour „Alkohol? – Kenn dein Limit.“ entwickelt. Die interaktiv-personalkommunikativen Module dieses mobilen Angebots können in Bereichen mit starkem Publikumsverkehr (z.B. in Einkaufspassagen, bei Messen, Museen, u.a.) flexibel eingesetzt und individuell nach Größe und Form der bereitgestellten Flächen zusammengestellt werden. Die Infotour ist im März 2011 gestartet und wird im Laufe des Jahres an insgesamt sieben Standorten in Deutschland zu sehen sein. Die Tour wird 2012 fortgesetzt⁶⁸.

⁶⁸ www.kenndeinlimit.de/informationstour

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Überblick

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

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

- der Konsum ist mit Risiken verbunden (riskanter Konsum),
- es liegt ein schädlicher Gebrauch (F1x.1) oder eine Abhängigkeit (F1x.2) im Sinne einer klinischen Diagnose (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 (DHS 2008) eine Definition für den „riskanten Konsum“ vorgeschlagen. Gemäß fachlicher Einschätzung soll der „riskante Konsum“ für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten in diesem Fall die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), der British Medical Association und des Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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

Methoden zur Messung und Schätzung

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten aus bestimmten Erhebungssystemen oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen über problematischen Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizei-

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

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

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

Basierend auf einer Literaturübersicht zur Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg kommen Ilse und Kollegen (2007) zu dem Schluss, dass die diagnostischen Methoden aufgrund des häufig vorliegenden Mehrfachkonsums verschiedener Substanzen so weiterentwickelt werden sollten, dass sie den komplexen Konsummustern gerecht werden. Dabei seien eine Differenzierung zwischen legalen/illegalen Substanzen sowie eine Fokussierung auf das Konzept des problematischen Konsums einer Primärdroge bzw. der medizinischen Klassifikation einer Hauptdroge nicht ausreichend. Diese Problematik spielt insbesondere bei Hochrechnungen, die auf Behandlungsdaten beruhen, eine wichtige Rolle.

Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

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

Da bei den deutschen Zahlen aus dem Polizeibereich Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden sind und valide Schätzungen der

Mortalität nur für Heroin Klienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroin Konsumenten beschränkt.

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

4.2 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)

Für das Jahr 2010 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch die Vorjahresergebnisse vorlagen:

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

Darüber hinaus wurde auch die Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten für die Daten des Jahres 2009 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern) regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2009 basierenden Schätzwert zu berechnen.

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

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Die Verfahren wurden an anderer Stelle beschrieben. Alle Multiplikatorenverfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die

Erfassung erstaufrälliger Konsumenten wird maßgeblich vom Ermittlungsdruck der Polizei beeinflusst und auch die Zahl der Drogentoten ist in ihrer jeweils absoluten Höhe nur bedingt interpretierbar. Andere Schätzverfahren (z.B. Capture-Recapture-Studien oder andere Multiplikatorenverfahren) wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 81.000 und 171.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2009 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,5 bis 3,2 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2010 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr						Prävalenz pro 1.000
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Behandlung	155-184	136-162	131-156	155-184 ¹⁾	144-171 ¹⁾	²⁾	2,7-3,2
Polizeikontakte	128-166	117-159	108-149	99-137	89-127	81-117	1,5-2,2
Drogentodesfälle ³⁾	79-96	103-130	99-113	117-178	91-119	82-137	1,5-2,6

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

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2010.

3) Die Vorjahreswerte der Schätzwerte aufgrund der Drogentodesfälle wurden methodisch überarbeitet und angepasst.

DBDD 2011, spezielle Berechnung.

Im Vergleich zum Jahr 2008 fällt die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ für das Jahr 2009 etwas geringer aus. Dies ist v.a. darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Zugänge zur Behandlung im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 gesunken ist. Für die Berechnungen für das Jahr 2009 wurde die methodische Grundlage zur Schätzung der Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen und damit der Hochrechnung teilweise angepasst. Die Schätzungen werden seitdem anhand der Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen vorgenommen, die auf dem Einrichtungsregister basieren (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009). Eine genaue Darstellung der Methodik findet sich im REITOX-Bericht des Jahres 2010.

Die Zahl der erstaufrälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren (2000: 7.914; 2010: 3.201) stark rückläufig. Parallel dazu blieb der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstaufrällige Konsumenten registriert worden sind, zwischen 2005 und 2008 konstant und ist seit einer leichten Reduktion im Jahr 2009 erneut unverändert. Daher sinken die auf diesem Indikator beruhenden Schätzwerte kontinuierlich. Die Zahl der Drogentodesfälle ist 2010 im Vergleich

zu 2009 (bei nur minimal veränderter Mortalität innerhalb der ambulant behandelten Klientel) leicht gesunken. Die Schätzungen aufgrund dieses Multiplikators basieren u.a. auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten. Da sich dieses Spanne im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr nach unten hin vergrößert hat (2009: 1,1%-1,5%; 2010: 0,9%-1,5%), liegt das so geschätzte Intervall der Zahl der Heroin-/Opioidkonsumenten im gleichen Wertebereich wie das des Vorjahres, ist für 2010 jedoch insgesamt größer, also ungenauer.

Seit 2008 sind die Schätzwerte für die Multiplikatoren Behandlungsnachfrage und Polizeikontakte rückläufig. Auch für den Multiplikator Drogentodesfälle gilt dies für die Vorjahre. Im Jahr 2010 blieb dieser Wert relativ stabil, jedoch innerhalb eines größeren Intervalls. Man kann also zusammenfassen, dass sich die geschätzte Zahl der Heroin-/Opioidkonsumenten seit dem Jahr 2008 kontinuierlich verringert.

Der Wertebereich (1,5-3,2/1.000) liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen 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.

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

Aktualisierte Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2009, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 182.000-217.000 (2008: 197.000-234.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 3,4-4,0 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15-64 Jährigen (2008: 3,6-4,3) und ist damit leicht gesunken. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der oben genannten Probleme nicht vorgenommen.

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

4.2.2 Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum

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

anzuregen (Scalia Tomba et al. 2008). Neue Studien aus Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor.

4.3 Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen

Schätzungen in der Allgemeinbevölkerung

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

Schätzungen aus Gefängnissen

Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum in Gefängnissen sind ausführlich im diesjährigen Sonderkapitel 11 dargestellt

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

4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der PDU⁶⁹-Definition der EMCDDA

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

Die Ergebnisse der aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Cannabiskonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (BZgA 2011c) zeigen, dass von den 12- bis 17-Jährigen 0,6% in den letzten zwölf Monaten „regelmäßig“ (häufiger als zehnmal) Cannabis konsumiert haben. Bei den 18- bis 25-Jährigen sind es 3,2%. In den Altersgruppen der 14- bis 17-Jährigen, der 18- bis 21-Jährigen und der 22- bis 25-Jährigen zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede. Demnach ist der regelmäßige Cannabiskonsum bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiter verbreitet als bei weiblichen.

Die Ergebnisse der letzten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zu Verbreitung und Einflussfaktoren cannabisbezogener Probleme bei Jugendlichen im Jahr 2007 wurden bereits im REITOX-Bericht 2010 dargestellt.

⁶⁹ Problem Drug Use.

Von Kraus und Kollegen (2010) wurden auch die Trends des Konsums sowie substanzbezogener Störungen von Cannabis zwischen 1995 und 2009 untersucht. Daten lieferten sechs Erhebungswellen von ESA, die zwischen 1995 und 2009 durchgeführt wurden. Dabei zeigen die Anteile von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit gemäß der SDS zwischen 2006 und 2009 keine signifikante Veränderung weder bezogen auf die Gesamtstichprobe (1,5% vs. 1,3%) noch bezogen auf Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate (33,1% vs. 29,8%).

Piontek und Kollegen (2011) haben in einer kürzlich erschienenen Untersuchung die Validität der diagnostischen Kriterien des DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis an einer Stichprobe 17- bis 19-Jähriger untersucht⁷⁰. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die diagnostischen Kategorien des DSM-IV nicht zwischen zwei unterschiedlichen Aspekten (Missbrauch und Abhängigkeit) Cannabis-bezogener Probleme mit unterschiedlich ausgeprägten Schweregraden differenzieren. Offensichtlich erfassen die vier Missbrauchs- und sieben Abhängigkeitskriterien des DSM-IV eine einzige zugrundeliegende Störung. In der untersuchten Stichprobe repräsentierte das Missbrauchskriterium „legale Probleme“ das größte Ausmaß an Problembelastung, während das Abhängigkeitskriterium „Toleranz“ weniger schwerwiegende Probleme erfasste. Die zusätzlich zu den DSM-IV-Kriterien untersuchten Indikatoren führten zu einer Verbesserung der Präzisierung der Diagnostik. Darüber hinaus zeigten sich für einige Kriterien (Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen, Gebrauch vor Mittag) geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das gegenwärtige Konzept des DSM-IV mit zwei distinkten und unterschiedlich schweren Störungsbildern für Cannabis-bezogene Störungen bei Jugendlichen eine unzureichende Validität aufweist und empfehlen für zukünftige Überarbeitungen des DSM die Revision oder den Ausschluss einiger Kriterien, die Einbeziehung neuer Indikatoren und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede.

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

Andere Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In Ergänzung zu den bereits berichteten Daten aus Wiederholungserhebungen werden nachstehend noch ausgewählte Ergebnisse aus aktuellen Studien berichtet, die z.B. Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen problematischem, riskantem oder regelmäßigem Konsum und der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen beinhalten. Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von

⁷⁰ Die Daten beruhen auf einer Querschnittserhebung an N=3.641 17- bis 19-jährigen Personen, die angegeben hatten, innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben. Die Diagnostik wurde mittels des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) durchgeführt, als zusätzliche Cannabis-spezifische Indikatoren wurden „täglich Gebrauch“, „Gebrauch ohne Anwesenheit anderer“ und „Gebrauch vor Mittag“ erhoben. Analysen bestanden in konfirmatorischen Faktorenanalysen und 2-parametrischen logistischen IRT-Modellen (Item Response Theory).

regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist besonders bemerkenswert, dass sich relativ große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis und Nikotin beobachtet (im Vergleich zu Alkohol). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008b). Behrendt und Kollegen (2009) konnten neben Cannabis auch für Alkohol und Nikotin zeigen, dass ein früherer Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz im Vergleich zu einem späteren Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit verbunden ist. Dabei ist der Konsum von Cannabis aber kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bestehen. Auch Alkoholabhängigkeit und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für die Stabilität des Cannabiskonsums bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt (Perkonig et al. 2008a).

4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von 700.000 (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (Kraus & Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Trotz der hohen Prävalenzen einer Medikamentenabhängigkeit wird die oft als "stille Sucht" bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata 2005). Arzneimittelabhängigkeit betrifft häufig ältere Menschen (Ruhwinkel 2009) und Frauen (Simoni-Wastila et al. 2004). Darüber hinaus stellen Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen mit substanzbezogenen Störungen wichtige Risikogruppen für die Entwicklung von Störungen aufgrund des Konsums von Arzneimitteln dar. So haben Opioidabhängige z.B. einen erleichterten Zugang zum Schwarzmarkt und weisen eine größere Tendenz auf, Arzneimittel als Wirkungsmodulatoren für Drogen zu missbrauchen (Küfner & Rösner 2008).

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

wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

Auch Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So steigen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich an (Böger & Schmidt 2010). Aber auch die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente (vor allem: Opioide/Analgetika) zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger & Schmidt 2010), so dass – auch auf dem Schwarzmarkt – von einer erhöhten Verfügbarkeit dieser Arzneimittelgruppen ausgegangen werden muss.

Zusätzlich zu den bereits seit vielen Jahren bekannten Problemen des Missbrauchs von Analgetika und Benzodiazepinen entwickeln sich in letzter Zeit auch neue Trends des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten, wie z.B. der missbräuchliche Konsum von Antidepressiva (Küfner et al. 2009), oder der Konsum, um leistungssteigernde Effekte zu erzielen („Doping“) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Doping am Arbeitsplatz hat sich als ein neueres Phänomen des Arzneimittelmissbrauchs in den letzten Jahren entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 2 Millionen Menschen in Deutschland schon einmal zu Arzneimitteln gegriffen haben, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Um diesen neuen Trend im Arzneimittelmissbrauch zu reduzieren, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen (DmMV). Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

Im Jahr 2010 wurden erstmalig Stoffe für Gendoping erfasst. Die Bundesregierung wird im Jahr 2012 einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorlegen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2009 zufolge weisen nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM, Watzl et al. 1991 RM 303) knapp 4% aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf (Pabst et al. 2010). Auch die Trends des Konsums von Medikamenten wurden von Kraus und Kollegen (2010) anhand der letzten sechs ESA-Erhebungen ausgewertet. Hierzu wurde die Gebrauchsprävalenz für den Zeitraum der letzten 30 Tage vor der Befragung für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler erhoben. Problematischer Medikamentenkonsum wurde mithilfe des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM) von Watzl et al. (1991) ermittelt. Dieser erlaubt eine Bewertung problematischer Konsummuster, die aber nicht notwendigerweise die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit erfüllen. Vier positive Antworten im KFM gelten als Cut-off-Wert für einen problematischen Medikamentenkonsum in den letzten 12 Monaten. Über den Beobachtungszeitraum von 15 Jahren zeigt sich in der

erwachsenen Bevölkerung bei beiden Geschlechtern eine signifikante Zunahme der Einnahme von Schmerzmitteln. Ein abnehmender Trend lässt sich dagegen bei Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern beobachten. Während nach einem konstanten Verlauf der Gebrauch von Schmerzmitteln zwischen 2006 und 2009 zunahm, bleiben die Prävalenzwerte für die anderen Substanzgruppen nach einem Rückgang zwischen 1995 und 2000 in der Folgezeit auf einem nahezu konstanten Niveau. Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt nur geringe Unterschiede. Veränderungen des Anteils von Personen mit problematischen Gebrauchsmustern sind kaum festzustellen. Hier weist lediglich der Wert der Männer und dadurch bedingt der Gesamtwert einen signifikanten Zuwachs zwischen 2000 und 2009 auf. Bezogen auf die Gruppe der Medikamentennutzer bleibt der Anteil von Personen mit einem problematischen Gebrauch im Zeitverlauf unverändert.

Daten aus dem Monitoringsystem Phar-Mon

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

Für den Zeitraum Januar bis Dezember 2010 wurden Daten von N=35 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit am Projekt teilnehmen. 26 der 35 angeschriebenen Einrichtungen meldeten insgesamt N=467 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von N=338 Klienten zurück. Diese sind überwiegend männlich (72,5%). Im Bezug auf die Hauptdiagnose überwiegt die Gruppe der Opioidabhängigen (66,0%).

Missbrauchsnennungen von Klienten der Hauptdiagnosegruppe Opioide betreffen vor allem die Substanzgruppen Substitutionsmittel (55,8%) und Sedativa/Hypnotika (31,0%). Bezüglich des Substitutionsmittelmissbrauchs dominieren die Wirkstoffe Methadon und Buprenorphin. Im Vergleich zum Vorjahr hat der prozentuale Anteil der Nennungen von Methadon (2009: 26,4%; 2010: 31,0%) etwas stärker zugenommen als der der Buprenorphin-Nennungen (2009: 18,5%; 2010: 20,5%), während die Nennungen von Levomethadon weiterhin einen sehr geringen Anteil ausmachen (2009: 5,8%; 2010: 4,3%). Die hohe Zahl an Nennungen missbräuchlich konsumierter Substitutionsmittel geht mit deutlich steigenden Verschreibungszahlen konform (Böger & Schmidt 2010). Der Missbrauch von Sedativa/Hypnotika in dieser Hauptdiagnosegruppe bezieht sich fast ausschließlich auf Benzodiazepine (98,9%), darunter vor allem auf Diazepam (18,8% aller Nennungen).

In der Gruppe mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich von Missbrauch oder Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika macht diese Arzneimittelgruppe naturgemäß den größten Anteil aus (67,6%). Als Einzelsubstanz wird im Jahr 2010 anders als in den Vorjahren das mittellang wirksame Lorazepam am häufigsten angegeben (23,5%) direkt gefolgt vom langwirksamen Diazepam (20,6%). Neben Sedativa/Hypnotika, machen Missbrauchsnennungen von

Analgetika mit 14,7% in dieser Gruppe den zweitgrößten Anteil aus, davon 8,8% Opioid-Analgetika und 5,9% Nichtopioid-Analgetika.

Neben den bereits genannten Arzneimittelgruppen tauchen in anderen Diagnosegruppen auch Nennungen missbräuchlich konsumierter Antidepressiva, Neuroleptika und Antiepileptika auf. Neuerdings gibt es Hinweise auf ein hohes Missbrauchspotenzial des Antiepileptikums Pregabalin (Schifano et al. 2011), das in der aktuellen Phar-Mon Stichprobe jedoch nur mit einer Nennung auftaucht.

Über alle Klientengruppen hinweg betrachtet liegen die meisten Nennungen aus den Arzneimittelgruppen Substitutionsmittel (40,0% aller Nennungen) und Sedativa/Hypnotika (33,6% aller Nennungen) vor. Dabei werden Substitutionsmittel praktisch ausschließlich von Klienten mit einer Opioiddiagnose konsumiert, die auch die größte Einzelgruppe unter den Klienten repräsentieren. Missbrauch von Sedativa und Hypnotika dagegen, der sich in der gesamten Phar-Mon-Stichprobe fast ausschließlich auf den Missbrauch von Benzodiazepinen bezieht, spielt nicht nur in der Gruppe mit einer vorrangigen Sedativa/Hypnotika-Problematik, sondern auch in der Gruppe der Opioidabhängigen eine bedeutende Rolle und hat insbesondere im Hinblick auf die Therapie dieser Patientengruppe eine hohe Relevanz. So deuten Studienergebnisse darauf hin, dass sich der Beikonsum von Benzodiazepinen während einer substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger negativ auf das Therapieergebnis auswirkt und auch mit mehr gesundheitlichen und psychosozialen Problemen einhergeht (z.B. Eiroa-Orosa et al. 2010a).

In Bezug auf die Therapie von Klienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit wird aktuell die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit langwirksamen Benzodiazepinen diskutiert (Liebrenz et al. 2010). Dieser Ansatz ist jedoch umstritten (Soyka 2010).

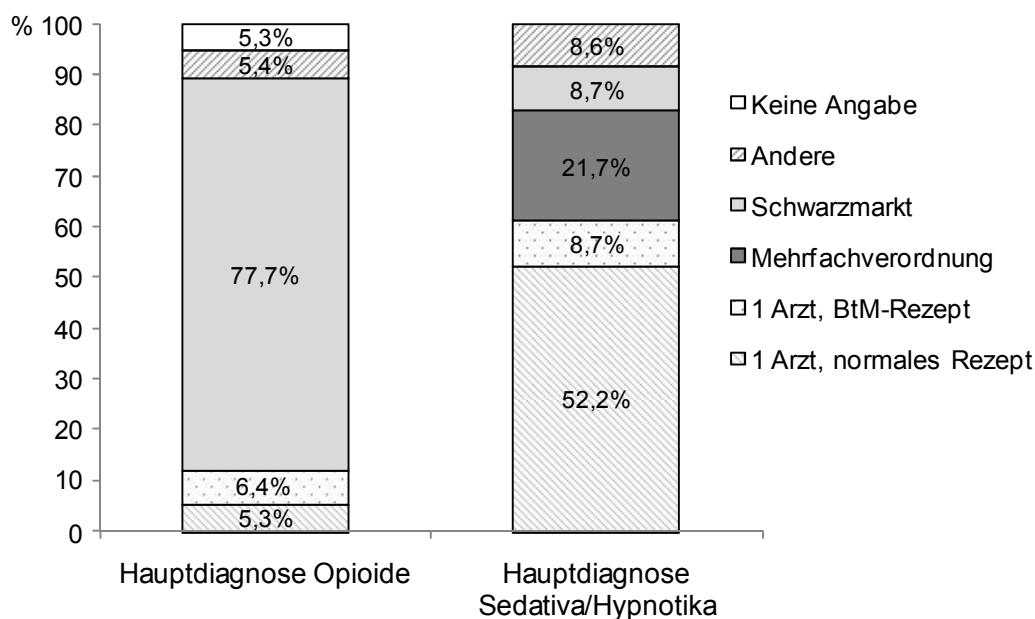


Abbildung 4.1 Bezugsquellen für Sedativa/Hypnotika nach Hauptdiagnosegruppe

Um ein besseres Verständnis der Ursprungsquellen missbrauchter Sedativa und Hypnotika zu bekommen wurde in diesem Jahr eine Analyse der angegebenen Hauptbezugsquellen durchgeführt. Demnach werden Sedativa und Hypnotika hauptsächlich über einen Arzt (26,8%) oder über den Schwarzmarkt (51,0%) bezogen, wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen gibt. Der hohe Anteil des Bezugs über den Schwarzmarkt ist einerseits möglicherweise auf die sinkenden Verschreibungszahlen von langwirksamen Benzodiazepinen (Lohse & Müller-Oerlinghausen 2008) zurückzuführen und erklärt andererseits, warum sich die gesunkenen Verschreibungszahlen nicht in der Phar-Mon-Stichprobe widerspiegeln. Wenn man die Bezugsquellen nach Hauptdiagnosen getrennt betrachtet, zeigt sich ein interessantes Bild (siehe Abbildung 4.1). Während Klienten der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika diese Medikamente überwiegend über ein normales Rezept bei einem Arzt (52,2%) oder über Mehrfachverordnungen durch mehrere Ärzte beziehen (21,7%), beziehen Klienten aus der Hauptdiagnosegruppe Opioid Sedativa/Hypnotika in erster Linie über den Schwarzmarkt (77,7%). Die Tatsache, dass Klienten mit einer Sedativa/Hypnotika-Problematik häufig auch auf Mehrfachverordnungen durch verschiedene Ärzte zurückgreifen, kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass einige Ärzte die Abhängigkeit erkennen und die Ausgabe weiterer Rezepte verweigern. Dennoch bezieht auch hier der Großteil die Sedativa/Hypnotika über einen Arzt, was zeigt, dass die Problematik sehr häufig nicht erkannt bzw. nicht entsprechend reagiert wird. Grund dafür, dass Klienten der Hauptdiagnosegruppe Opioid Sedativa/Hypnotika überwiegend über den Schwarzmarkt beziehen, ist wohl zum einen, dass Konsumenten illegaler Drogen, ohnehin in Kontakt mit dem Schwarzmarkt stehen. Zum anderen kann das Ergebnis jedoch auch als Hinweis darauf

interpretiert werden, dass Ärzte eine Verschreibung von Benzodiazepinen an opioidabhängige Patienten aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials gemäß den allgemeinen Richtlinien vermeiden.

Andere aktuelle Entwicklungen

Zwischen März und Juni 2010 führte das Robert-Koch Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie durch zur Charakterisierung von Konsummustern sowie von Nutzergruppen leistungssteigernder Mittel (einschließlich Doping-Mittel) (RKI 2011c). Insgesamt nahmen 9,5% der Befragten innerhalb der vergangenen 12 Monate ohne medizinische Notwendigkeit ein leistungsbeeinflussendes Mittel ein (einschließlich Doping-Mittel). Ein Hauptaugenmerk der Studie lag auf den Unterschieden in den Konsummustern verschiedener Sportsettings. Dabei wurde deutlich, dass Befragte die im Fitnessstudio Sport trieben, öfter leistungsbeeinflussende Mittel einnahmen als Befragte, die kein Fitnessstudio besuchten. So war das Risiko für Männer, die mehr als vier Mal in der Woche ein Fitnessstudio aufsuchten sechs Mal höher als für Männer in einem Sportverein oder diejenigen, die kein Sport betrieben. Die Prävalenz der Einnahme von verschreibungspflichtigen Mitteln zum Zweck des Neuroenhancement lag in der Gesamtbevölkerung bei 1,5%. Vor allem Frauen, Erwerbstätige, Menschen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren und mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von über 40 Stunden haben demnach ein erhöhtes Risiko verschreibungspflichtige Psycho- und Neuropharmaka zur Steigerung ihrer kognitiven und sozialen Fähigkeiten einzunehmen. Insgesamt ergab sich aus der Studie, dass der Anteil der Gesamtbevölkerung, der leistungssteigernde Mittel einnimmt, relativ gering ist. Betrachtet man jedoch spezifische Subgruppen der Bevölkerung, kann man deutliche Muster erkennen. Präventionsmaßnahmen, die spezifische Zielgruppen ansprechen, z.B. Fitnessstudionutzer, könnten folglich effektiver sein als jene, die auf die Gesamtbevölkerung zugeschnitten sind. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnte auch Erfolg in der Reduzierung des Konsums von verschreibungspflichtigen Mitteln zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit mit sich bringen.

Im Sommer 2011 wurde von Reimer (2011b) der Abschlussbericht einer (Folge-) Studie zur nicht-bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland vorgelegt, die an eine Studie aus dem Jahr 2009 anknüpft⁷¹. Im Rahmen der Studie wurden Befragungen im Szeneumfeld (n=420 Personen) und im Umfeld von Substitutionspraxen/ -ambulanzen (n=404 Befragte) in zehn Städten durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte eine Differenzierung anhand des aktuellen Substitutionsstatus in Substituierte (N=667) und Nicht-

⁷¹ Alle praxisnah befragten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Substitutionsbehandlung. Die Befragungen erfolgten mehrheitlich durch geschulte Interviewer, bei der Szenerhebung in zwei Städten in Kooperation mit Drogenkonsumräumen. Die Befragungen fanden zwischen Dezember 2010 und März 2011 statt. Zusätzlich zur Befragung wurden Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) zur Untersuchung der Mortalität im Zusammenhang mit der Einnahme der einzelnen Substitutionsmedikamente analysiert. Dazu lagen Daten der Jahre 2006 - 2009 in Form der BKA-Berichte vor.

Substituierte (N=157). In der Gesamtgruppe gaben 9,3% bzw. 21,9% der befragten Personen (N=824) an, in den letzten 24 Stunden bzw. 30 Tagen Substitutionsmittel nicht bestimmungsgemäß verwendet zu haben. Der Vergleich der beiden Befragungsgruppen (praxisnah/szenenah) zeigte dabei erhebliche Unterschiede: Innerhalb der letzten 24 Stunden haben mit 15,4% der szenenah befragten Personen diese deutlich häufiger nicht verschriebene Substitute konsumiert als praxisnah befragte Personen (2,8%). Die 30-Tage-Prävalenz für den Konsum nicht verschriebener Substitutionsmittel zeigt mit 32,9% (Szene) zu 10,2% (Praxen) ein ähnliches Bild. Im Vergleich Substituierte vs. Nicht-Substituierte wird deutlich, dass Substitutionsmittel seltener von Substituierten (letzte 24h: 6,0%, letzte 30 Tage: 16,0%) nicht bestimmungsgemäß verwendet werden als von Nicht-Substituierten (letzte 24h: 23,2%, letzte 30 Tage: 47,1%). Bei der Berücksichtigung der einzelnen Substitutionsmittel zeigt sich, dass in beiden Gruppen (praxisnah/szenenah) innerhalb von 30 Tagen das als Trinklösung vorliegende Methadon/Polamidon® und das tablettenförmige Methadict® sehr viel häufiger nicht verschrieben konsumiert werden als Subutex® und Suboxone®. In Relation zum Marktanteil wird eine überdurchschnittlich häufige Verwendung der in Tablettenform vorliegenden Substitutionsmittel Methadict® und Subutex®/Suboxone® deutlich. Als Gründe für die nicht bestimmungsgemäße Beschaffung von Substitutionsmedikamenten wurde von den Befragten aus dem Umfeld von Substitutionspraxen genannt, dass die Dosis zu niedrig sei (20,5%), kein Heroin verfügbar sei (19,5%), kein substituierender Arzt zur Verfügung stehe (16%) und der Preis niedrig sei (10,7%) (Reimer 2011a).

5 Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

5.1 Überblick

Behandlungsphasen

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

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

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

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

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

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

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

Datenquellen

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

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2010: N=777; 2009: N=779) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b). Seit dem Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue KDS (DHS 2008) verwendet. Aufgrund einiger Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen KDS sollten die Ergebnisse der Auswertungen der DSHS für ambulante und stationäre Einrichtungen der Berichtsjahre ab 2007 nur zurückhaltend in Beziehung zu den Daten der Vorjahre gesetzt werden (zur Einführung des neuen KDS siehe auch: REITOX-Bericht 2008, Kapitel 4.3).

In den hier berichteten DSHS-Daten aus 2010 wurden im Gegensatz zu den Vorjahren keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten⁷² (>33%) ausgeschlossen, um eine Überschätzung der fehlenden Werte zu vermeiden und eine für jede Tabelle maximale Einrichtungsstichprobe zu erreichen. Daher ist beim Vergleich der Daten von 2010 mit denen der Jahre 2007 bis 2009 Vorsicht geboten.

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

Auch für den stationären Bereich existieren umfangreiche Statistiken aus der DSHS. An der Bundesauswertung 2010 der DSHS beteiligten sich N=189 (2009: N=157) Einrichtungen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011e).

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

- Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2011a) vorliegen, erfasst die Entlass-

⁷² Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahlfragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 Prozent oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 Prozent in einer solchen Tabelle werden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt und es lässt sich auf diese Weise verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einer hohen Missingwerte überproportional beeinträchtigt wird. Damit ist zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe (N) verbunden, im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse kann dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010b).

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

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

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

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

5.2 Strategie, Politik

Basierend auf dem Einrichtungsregister der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), das seit 2006 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Wohlfahrtsverbände, Bundesländer und Facheinrichtungen aufgebaut wurde (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009) existieren in Deutschland etwa 1.300 spezialisierte ambulante Suchtberatungsstellen, in denen vorrangig substanzbezogene Störungen behandelt werden⁷³. Darüber hinaus stehen in etwa 300 spezialisierten Krankenhausabteilungen mindestens 7.500 Betten für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung und in mehr als 190 Einrichtungen (>2.000 Plätze) wird ein qualifizierter Entzug (OPS 8-985) durchgeführt. Mindestens 320 Einrichtungen (>13.200 Plätze) bieten stationäre, über 100 Einrichtungen (>1.000 Plätze) teilstationäre (auch: ganztägig ambulante oder tagesklinische) Rehabilitationsmaßnahmen an (einschließlich Alkohol und anderer Substanzen). Diese Angebote werden um mehr als 115 Adaptionseinrichtungen (>1.200 Plätze), 268 stationäre (>10.700 Plätze) und 112 teilstationäre (>1.200 Plätze) Einrichtungen der Sozialtherapie, sowie Angebote des ambulant betreuten Wohnens (in mindestens 460 Einrichtungen; >12.000 Plätze) und über 250 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (>4.800 Plätze) ergänzt (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011). Die Mehrzahl der Hilfeeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

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

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

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

⁷³ Dabei handelt es sich um eine Schätzung der Gesamtzahl der ambulanten psychosozialen Beratungsstellen, unter denen Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen.

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

Konkrete Zahlen über die in den psychiatrischen Einrichtungen versorgten Suchtpatienten liegen aktuell nur unvollständig vor. Eine Erhebung an psychiatrischen Fachkrankenhäusern, Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken ist im Jahr 2011 geplant. Basierend auf einer Hochrechnung aus der langjährigen freiwilligen Dokumentation der Fachkliniken (so genannte „Winnenden-Zahlen“) kann von ca. 300 stationären suchtpsychiatrischen Einrichtungen ausgegangen werden. Dort werden im Laufe eines Jahres rund 220.000 abhängigkeitskranke Patienten behandelt. Hinzu kommen rund 100.000 Quartalsbehandlungen, die pro Jahr in den knapp 300 psychiatrischen Institutsambulanzen durchgeführt werden⁷⁴ (zitiert nach: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

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

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

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

5.3 Behandlungssystem

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist – wie oben beschrieben - sehr ausdifferenziert und reicht von

⁷⁴ www.psychiatrie.de/apk/veroeffentlichungen

Institutionen, die erste niedrigschwellige Kontakte anbieten, über Beratungsangebote bis hin zu intensiver Betreuung und Therapie in spezialisierten stationären Einrichtungen und ein weithin verfügbares Angebot von Substitutionsbehandlungen. Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt aber nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Ebene der Bundesländer oder Kommunen.

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

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

5.3.1 Organisation und Qualitätssicherung

Organisation

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

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

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleiterscheinungen zu problematisch, die Folgen zu massiv oder die Gesamtsituation für den Betroffenen und seine Umgebung zu belastend, wird eine stationäre Behandlung durchgeführt. Der Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung ist mit administrativem Aufwand verbunden. Es ist zu klären, wer die

Kosten übernimmt (in der Regel die Rentenversicherung; bei Menschen ohne Arbeitsverhältnis greifen andere Regelungen). In manchen Fällen ist eine stationäre Maßnahme der Situation der Klienten nicht angemessen (etwa wenn ein bestehender Arbeitsplatz dadurch gefährdet würde) oder sogar unmöglich (wenn zum Beispiel keine Betreuung für die Kinder zur Verfügung steht, um der Mutter die Zeit zur Behandlung zu geben). Der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wirkt auch als Filtermechanismus. Patienten in stationärer Betreuung unterscheiden sich nicht nur in der Schwere der Suchtproblematik, sondern zum Beispiel auch im Geschlechterverhältnis von ambulanten Klienten.

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

Seit 2001 ist auch die substitutionsgestützte Behandlung detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt. Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren Teil der Standardbehandlung von Opioidabhängigen, mit der eine große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird und hat in zahlreichen Studien ihren Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Vor kurzem veröffentlichte Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (2008a) unterstreichen erneut die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin und weisen eine Haltequote der Patienten aus, die vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien ist. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opioiden und Kokain) ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung handelt es sich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist.

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

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmеди-

nische Qualifikation vorweisen. Falls sie diese nicht besitzen, können sie im Rahmen einer Konsiliarregelung maximal drei Patienten behandeln. Einzelne stationäre Einrichtungen nehmen inzwischen auch Patienten zur OST auf.

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

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

Die neuen Richtlinien der BÄK von 2010 (BÄK 2010) konkretisieren Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opiatabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und 5.5.2 des REITOX-Berichtes 2010).

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

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

Qualitätssicherung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so - unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen - dem Praktiker

Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al. 2002), für die postakute Behandlung von Opioidabhängigen (Havemann-Reinicke et al. 2006), für Patienten mit Cannabis bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2006) sowie für Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004) publiziert. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

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

Außerdem wurde 2010 die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010) (siehe auch Kapitel 7.3 des REITOX-Berichtes 2010).

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

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

durch landesfinanzierte Institutionen gefördert.

Rumpf und Kiefer (2011) haben vor kurzem die Veränderungen für den Suchtbereich im vorgelegten Entwurf für die fünfte Ausgabe des Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)“ der American Psychiatric Association (APA) vorgestellt. Demnach wird der frühere Oberbegriff „substanzbezogene Störungen“ durch die neue Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ ersetzt. Hier werden sowohl stoffgebundene als auch nicht-stoffgebundene Störungen subsummiert. Als erste nicht-stoffgebundene Störung wurde das pathologische Glücksspielen aufgenommen. Eine weitere weitreichende Änderung ist, dass die Differenzierung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit aufgegeben wurde, um stattdessen eine „Substanzgebrauchsstörung“ zu definieren. Die Autoren prognostizieren, dass die Aufhebung der bisherigen in Sprachgebrauch und im Alltag der Suchtkrankenversorgung fest verankerten Begriffe „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ ungewohnt sein wird, aber eine Chance für die Weiterentwicklung von Sicht und therapeutischen Herangehensweisen in sich birgt.

Im März 2011 hat die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) eine „Qualitätssicherungs-Kommission Substitutionsberatung“ eingerichtet, deren Aufgabe die konsiliarische Beratung substituierender Ärzte sowie die Qualitätssicherung der Behandlung ist. Die Beratungskommission berät substituierende Ärzte zu allen Aspekten und Problemen der substitions-gestützten Behandlung sowie substituierende Ärzte, die im Rahmen einer Konsiliar- oder Vertretungsregelung tätig sind und denen eine Kontaktaufnahme mit dem originär substituierenden Arzt aktuell nicht möglich ist. Darüber hinaus legt die Kommission Kriterien zur Qualitätssicherung der substitions-gestützten Behandlung und deren Überprüfung fest und sichert die Zweitbegutachtung von Patienten, die mit Diamorphin substituiert werden nach zwei Jahren durch einen entsprechend qualifizierten Arzt. Die Kommission strebt auch eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an und hat angekündigt, bei entsprechenden Fragestellungen auch Vertreter des Drogenhilfesystems oder weitere Experten hinzuzuziehen (Bayerische Landesärztekammer 2011).

2011 hat die World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) evidenzbasierte Leitlinien für pharmakologische Behandlung von Opiatabhängigkeit und Missbrauch vorgelegt. Die zur Entwicklung der Leitlinien herangezogenen Daten basieren hauptsächlich auf nationalen Behandlungsleitlinien als auch auf Meta-Analysen, Reviews und Publikationen randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Basierend auf einer ausreichenden Zahl hoch qualitativer Daten konnten eine Reihe medikamentöser Behandlungsansätze zur Behandlung der Opiatabhängigkeit und des Missbrauchs formuliert werden. Dies gilt insbesondere für die Opiatagonisten Methadon und Buprenorphin (Soyka et al. 2011).

Lindow und Kollegen (2011) haben kürzlich über aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitationsqualitätssicherung berichtet. Grundlage für die Qualitätssicherung sei eine regelmäßige einrichtungsbezogene Berichterstattung. Ein wesentliches Ziel der Qualitätssicherung sei dabei neben Transparenz und Verbesserung auch die Reduzierung

der empirisch gelegten und plausiblen Varianz der Einrichtungen untereinander. Dabei erweitern neue Qualitätssicherungsinstrumente und –verfahren das Spektrum der existierenden Qualitätsaspekte kontinuierlich. Nach Einschätzung der Autoren schafft die Anwendung des Konzeptes zur Bewertung der Qualität von Rehabilitationseinrichtungen bei möglichst vielen Instrumenten der Qualitätssicherung Transparenz und fördere faire Einrichtungsvergleiche. In einem Fachbeitrag betont Korsukéwitz (2010) die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation. Die Veränderung von Konsummustern, das Aufkommen neuer Substanzen oder stoffungebundener Verhaltensauffälligkeiten sowie wissenschaftliche Erkenntnisse über Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge verändern das Behandlungsangebot mit therapeutischen Einrichtungen. Die Autorin betont die Notwendigkeit der Installierung von Spezialangeboten im Bereich der Rehabilitation, um zum einen überhaupt die Möglichkeit zu haben, bestimmte Themen therapeutisch zu bearbeiten und zum anderen auch auf Seiten der Mitarbeiter eine Kompetenz aufzubauen. Dabei sei es jedoch wichtig, dass diese Entwicklungen das Gesamtsystem unterstützen und die Erkenntnisse, die gegenwärtig in bestimmten Schwerpunktkliniken gewonnen werden, auch in die Breite getragen werden. Die Suchthilfe spiele auch im Bereich der sozialen Dienste und des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle und sollte nach Einschätzung der Autorin dort ihre Kompetenzen einbringen, wo aktuell Versorgungsdefizite die rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen behindern.

In einem Fachbeitrag weist Lindenmeyer (2010) darauf hin, dass entgegen dem Trend zu standardisierten Allokationsregeln die Frage, für welche Patienten welche Behandlung geeignet und erforderlich ist, weiterhin als offen angesehen werden muss. Nach Einschätzung des Autors sind alle bisherigen Versuche der Vereinfachung und Standardisierung zumindest empirisch noch nicht ausreichend fundiert; sie konnten bislang keinen ausreichenden Evidenzgrad vorweisen und lassen eine Reihe von einflussreichen Bedingungen unberücksichtigt. Lindenmeyer kommt zu dem Schluss, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine empirische Grundlage dafür bestehe, standardisierte Allokationsverfahren für das deutsche Suchthilfesystem zu übernehmen. Seiner Einschätzung nach bestehe bis auf weiteres die qualitativ beste Allokationsentscheidung darin, dass Behandler und Patient gemeinsam eine Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsbedarfs, der tatsächlich zeitnah zur Verfügung stehenden Behandlungsressourcen und der Veränderungswünsche des Patienten treffen.

5.3.2 Verfügbarkeit und Behandlungsformen

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Eine ausführliche Darstellung der grundsätzlich verfügbaren Behandlungsformen ist bereits weiter oben erfolgt (siehe Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3.1) und wird hier nicht wiederholt. Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern durchaus Unterschiede. So existieren z.B. nicht in allen Bundesländern

Konsumräume als Element schadensminimierender Angebote. Darüber hinaus gibt es immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit Substitutionswunsch in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern) zu gewährleisten.

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

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

Insbesondere im ambulanten Bereich sind die Angebote der meisten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nicht ausschließlich auf Konsumenten bestimmter Substanzgruppen beschränkt. Der Großteil der Betreuungen in Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe steht im Zusammenhang mit einer primären Alkoholproblematik (ca. die Hälfte der im Rahmen der DSHS dokumentierten ambulanten Betreuungen und etwa drei Viertel der Behandlungsepisoden im stationären Bereich, in dem eine Spezialisierung der Facheinrichtungen die Regel ist), daneben werden Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen und anderen Anliegen (z.B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, Tabak) betreut. Dementsprechend halten die meisten Einrichtungen Angebote für ganz verschiedene Konsumentengruppen bereit, wobei in den meisten Fällen die Betreuung der Konsumenten durch die Facheinrichtungen neben substanzspezifischen Anteilen auch eine ganze Reihe anderer psychischer, sozialer und gesundheitlicher Aspekte zu berücksichtigen hat, die z.T. – unabhängig von der jeweiligen Substanz - auch mit bestimmten Lebensabschnitten bzw. Altersgruppen assoziiert sind (z.B. bei Jugendlichen und jungen Erwachsene, schwangeren oder älteren Konsumentinnen und Konsumenten). Im Rahmen der personenzentrierten Suchtkrankenhilfe bestehen hierbei sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. Die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe bestehen darin, voneinander sehr verschiedene Problemlagen mit unterschiedlichen Hilfe- und Behandlungsbedarfen und unterschiedlichen Interventionszielen zu definieren. Das hier zugrundeliegende breite Verständnis von Behandlung umfasst verschiedene Interventionsformen auf sehr unterschiedlichen Gebieten und benennt die gleichberechtigten Zielvorstellungen der Reduktion bzw. Beendigung des jeweiligen Substanzkonsums sowie die Bekämpfung der assoziierten Probleme. Ein solches

Interventionsverständnis ist auf die Behandlung aller substanzbezogenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen übertragbar (DHS 2001).

Vor dem Hintergrund deutlich wachsender Prävalenzen des Cannabiskonsums insbesondere Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts (bis etwa 2003) wurden eine Reihe von Studien und Projekten angestoßen, die sich mit der Entwicklung spezifischer Interventionskonzepte für Cannabiskonsumenden unter verschiedenen Rahmenbedingungen befassen. Zahlreiche dieser Projekte (z.B. „realize it!“⁷⁵, INCANT⁷⁶, CANDIS⁷⁷, CAN stop⁷⁸, AVerCa⁷⁹ oder „Quit the shit“⁸⁰) wurden in den REITOX-Berichten der vergangenen Jahre vorgestellt. Auch wenn diesen Projekten gemeinsam ist, dass der (problematische) Cannabiskonsum Ausgang für die Intervention darstellt, handelt es sich im einzelnen z.T. um sehr komplexe Programme, die in ihren Zielsetzungen weit über die Zielsetzung der Abstinenz oder des reduzierten Konsums hinausgehen.

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

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

Nachfolgend werden Ergebnisse aktueller (Interventions-)Studien berichtet, die thematisch gegliedert sind und einen Überblick über aktuelle Entwicklungen im Behandlungsbereich geben sollen. Strukturierungsmerkmal der Darstellung ist dabei nicht nur die im Vordergrund der Intervention stehenden Substanzen sondern auch bestimmte Zielgruppen, die unabhängig von der im Einzelnen konsumierten Substanz spezifischer Interventionen bedürfen.

⁷⁵ www.realize-it.org/

⁷⁶ www.incant.eu

⁷⁷ www.candis-projekt.de/

⁷⁸ www.canstop.med.uni-rostock.de/

⁷⁹ www.averca.de/

⁸⁰ www.drugcom.de/

Interventionen für Cannabiskonsumenten

Vor kurzem (Hoch, Bühringer et al. 2011; Hoch, Noack et al. 2011) wurden die Ergebnisse der bereits in den letzten REITOX-Berichten ausführlich vorgestellten CANDIS-Studie zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen als Beispiel transnationaler Forschung publiziert⁸¹. Nach Einschätzung der Autoren belgen die Erfahrungen aus der Studie, dass ein anspruchsvoller Untersuchungsplan zur Wirksamkeitsprüfung therapeutischer Interventionen auch in Einrichtungen der Versorgung umgesetzt werden kann. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Transfer-Fragestellungen zur Adäquatheit, Machbarkeit und Akzeptanz eines Therapieprogramms in ein wissenschaftliches Untersuchungskonzept einbezogen werden können (für die Beschreibung des CANDIS- Programmes vergleiche die REITOX-Berichte 2009 und 2010). In einer weiteren Arbeit zu CANDIS kommen Hoch und Kollegen (2010) zu dem Schluss, dass die Ergebnisse der Transferstudie belegen, dass die CANDIS-Therapie unter den aktuellen Behandlungs- und Rahmenbedingungen von bestehenden Einrichtungen in der ambulanten Suchthilfe in Deutschland anwendbar ist und zu einer deutlichen Besserung von Cannabisstörungen beitragen kann. Als wichtig betrachten die Autoren, in zukünftigen Analysen herauszufinden, welche weiteren Patientenmerkmale mit dem Therapieerfolg korreliert sind und welche Patienten eventuell andere Behandlungsprogramme benötigen.

Im Rahmen der bereits in den letzten REITOX-Berichten vorgestellten Multicenter-Studie CAN-Stopp haben Weymann und Kollegen (2011) mögliche Trainer-Effekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten untersucht. Die Autoren gingen der Frage nach, inwieweit sich der Interventionserfolg in dieser Studie aus Trainermerkmalen sowie aus Aspekten der Passung von Trainer- und Patientenvariablen vorhersagen lässt. Ergebnissen der Untersuchungen zufolge ist das Traineralter ein signifikanter Prädiktor der gewählten Erfolgskriterien. Hinsichtlich der Symptomreduktion weist auf die Nichtübereinstimmung der Trainingsziele (Abstinenz versus kontrollierter Konsum) von Trainern und Patienten zu Interventionsbeginn einen gewissen Vorhersagewert auf. Nach Einschätzung der Autoren legen die Ergebnisse nahe, dass Trainervariablen eine Bedeutung zukommt und die Einbeziehung von Trainer- und Matching-Variablen in die Analyse von Studien zur Effektivität von Interventionen das Verständnis der Wirkprozesse erweitern kann.

Dau und Kollegen (2011) haben vor kurzem die Ergebnisse einer Kurzintervention zur stationären Behandlung von Cannabis-/Partydrogen-Konsumenten vorgestellt, die nur auf einem täglichen Zeitaufwand von fünf Minuten basiert. Insbesondere wurde die Wirksamkeit

⁸¹ In der ersten Phase des zweistufigen Untersuchungskonzeptes wurde ein manualisiertes Behandlungsprogramm für Jugendliche (>=16 Jahre) und Erwachsene für Cannabisstörungen entwickelt und im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Effektivitätsstudie mit N=97 Teilnehmern überprüft. In der zweiten Phase wurde eine mehrstufige, multizentrische randomisiert-kontrollierte Transferstudie in N=11 Einrichtungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Wirksamkeit, Machbarkeit und Akzeptanz der standardisierten Therapieversion wurden in einer Stichprobe von N=279 Patienten geprüft. Das zweistufige Konzept, als Beispiel einer gezielten transnationalen Forschung zur Anwendung grundlagenbasierter Interventionsprinzipien in einem praxisrelevanten Therapieprogramm konnte von 2004 bis 2009 umgesetzt werden.

hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der besonderen Bedürfnisse der Patientengruppe überprüft⁸². Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die kurze Interventionsmethode ein in der stationären Behandlung wirksames Zusatz-Treatment darstellt. Sie fanden für interpersonale Probleme und psychische Belastungen mittlere Effektstärken.

Im Jahr 2003 haben sich fünf europäische Länder darauf verständigt, im Rahmen der INCANT-Studie die Wirksamkeit der in den USA etablierten Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) für jugendliche Cannabiskonsumenten im europäischen Raum wissenschaftlich zu überprüfen (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre). Phan und Kollegen haben in einer kürzlich erschienenen Arbeit, die auf den DATEN von INCANT basiert, auf die Relevanz der Heterogenität der nationalen Behandlungssettings hingewiesen, die sich z.T. in erheblich divergierenden Studienpopulationen oder Zugängen zur Behandlung widerspiegeln (Phan et al. 2011).

Interventionen bei Migranten

In einem kürzlich erschienenen Beitrag weisen Böhme und Kollegen (2010) auf die Besonderheiten bei der stationären Behandlung suchtkranker Migranten aus dem russischen Sprachraum hin. Dabei differenzieren die Autoren zwischen zwei Subgruppen: Zum einen Migranten, die im Herkunftsland bei voller sozialer Integration einen Suchtmittelmissbrauch betrieben haben bzw. bereits eine Abhängigkeit hatten, zum anderen diejenigen Migranten, die bereits in ihrem Herkunftsland psychische und soziale Probleme hatten und mit der Migration eine Lösung ihrer Probleme erzielen wollten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass jede Institution, die mit Migranten arbeiten möchte, zunächst die eigenen Zugangsbarrieren identifizieren muss. Sie weisen darauf hin, dass Migranten Behandlungskonzepte benötigen, die an ihre unterschiedliche Sozialisation, ihre unterschiedlichen Krankheitskonzepte und familiären Hintergründe angepasst sind. Dabei spielt die Verwendung der Muttersprache im Behandlungsalltag eine wichtige Rolle. Häufig erweist sich die Einbeziehung der Familien allerdings als schwierig. Insbesondere für Migranten aus dem russischen Sprachraum fehlt nach Einschätzung der Autoren ein Netz an komplementären Einrichtungen.

Specka und Kollegen haben die Ergebnisse stationärer Opiatentgiftungsbehandlungen in Abhängigkeit vom Migrationsstatus der Patienten untersucht⁸³. Die Autoren beobachteten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich soziodemografischer Daten, Historie des Drogenkonsums, Behandlungserfahrung und Erfolg der gegenwärtigen Behandlung. Nach Korrektur des Faktors „Alter“ erwiesen sich unabhängig vom Migrationsstatus junge Männer als die relevanteste Problemgruppe. Einschränkend merkten

⁸² Dazu wurden N=104 Patienten im Alter von 23, davon 66 Cannabis- und 21 Partydrogen-Konsumenten, die sich stationär in Behandlung befanden, anhand standardisierter Fragebögen und Interviews in einem quasi experimentellen Design untersucht.

⁸³ In die Studie wurden N=893 Patienten eingeschlossen. Neben n=653 deutschen Patienten befanden sich unter diesen n=58 türkischstämmige und n=103 russischstämmige Patienten.

die Autoren an, dass in dieser Multicenter-Studie signifikante Effekte der Studienzentren zu beobachten waren, die die Interpretation der Ergebnisse erschweren (Specka et al. 2010).

5.4 Charakteristika der behandelten Personen

5.4.1 Ambulante Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) des Jahres 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a,b). Die den Darstellungen zugrunde gelegten Daten entstammen der Teilauswertung für ambulante Betreuung und Behandlung. Ausführliche Angaben zu den Variablen des Schlüsselindikators Behandlungsnachfrage (Treatment Demand Indicator; TDI) sind der Standardtabelle 3 zu entnehmen. Die hier vorgestellten Tabellen enthalten auch Referenzen zu den entsprechenden Tabellen des TDI. Informationen zu Klienten, die sich parallel zu einem Gefängnisaufenthalt in Betreuung/Behandlung befinden und einige Informationen zu Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen finden sich in Kapitel 11.3.1.

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2010 insgesamt 314.083 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in N=777 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden REITOX-Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2010 55% aller erfassten Episoden aus).

Diagnosen

Für das Jahr 2010 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 60.473 Behandlungen aus N=776 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD-10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit).

Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile in weniger als der Hälfte der Fälle (46,3%; 2009: 47,5%) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben⁸⁴. Der Anteil der primär wegen Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden betreuten Personen ist seit 2007 konstant rückläufig. In mehr als einem Drittel der Fälle (35,6%; 2009: 35,4%) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Dieser Anteil hat sich nach Anstiegen in den vergangenen Jahren stabilisiert. Gestiegen ist der Anteil der Klienten, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Stimulantien (8,2%; 2009: 6,6%) in Beratung und

⁸⁴ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die ambulanten Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

Behandlung begeben haben. Die Vergleichswerte für Kokain (5,9%; 2009: 6,3%) und anderen Substanzen sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert.

Tabelle 5.1 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2010)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von ... (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten ¹⁾			Erstbehandelte		
	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾
Opioiden	44,6%	52,7%	46,2%	16,6%	22,9%	17,7%
Cannabinoiden	38,6%	24,2%	35,6%	63,6%	43,6%	59,8%
Sedativa/Hypnotika	1,1%	6,2%	2,2%	1,0%	7,0%	2,1%
Kokain	6,3%	4,4%	5,9%	6,8%	5,9%	6,6%
Stimulantien	7,7%	10,3%	8,2%	11,1%	18,6%	12,5%
Halluzinogenen	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%
Multiplen/anderen Substanzen	1,4%	1,8%	1,5%	0,7%	1,6%	0,9%
GESAMT (N)	47.984	12.414	60.398	12.053	2.781	14.834

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a,b.

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem nahezu unveränderten Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (59,8%; 2009: 61,0% aller Klienten), deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (17,7%; 2009: 18,3%) und einem unter den Erstbehandelten gestiegenen Anteil an Konsumenten von Stimulantien (12,5%; 2009: 10,2%) (Tabelle 5.1). Auch unter den Erstbehandelten ist der Anteil der Personen mit Kokain-bezogenen Störungen im Vergleich zum Vorjahr gesunken (6,6%; 2009: 7,2%). Die Anteile aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen⁸⁵ wies 2010 etwa jeder vierte (24,3%) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (20,6%) auf (Tabelle 5.2). Die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis stellt bei dieser Patientengruppe nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose dar (31,8%).

⁸⁵ TDI-Tabelle 24.1.1; Alle nachfolgenden Angaben zu Klienten mit primärer Opioidproblematik bezogen auf eine Gesamtzahl von N=22.355. Eine unmittelbare Berechnung einer Gesamtzahl aus den TDI-Tabellen ist nicht möglich, da Mehrfachnennungen für die Einzeldiagnosen möglich sind.

Bei Klienten mit primären Kokainproblemen⁸⁶ standen Cannabis, Alkohol, Amphetamine und Ecstasy als substanzbezogene Sekundär Diagnosen im Vordergrund. Nach wie vor erfüllte mehr als jeder zehnte Klient mit einer primären Kokainproblematik zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin (10,8%).

Fast jeder fünfte der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik⁸⁷ wies auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (19,1%). Bei mehr als jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt (10,1%). Gut ein Viertel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung.

Über alle Substanzen hinweg hatte mehr als ein Viertel der Klienten zusätzlich zum primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b).

Tabelle 5.2 Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2010)

Einzeldiagnose ¹⁾	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Sed./Hypn.	Kokain	Stimulantien
Alkohol	24,3%	25,8%	34,2%	32,7%	27,9%
Heroin	85,7%	2,8%	5,9%	10,8%	4,7%
Methadon	37,4%	0,4%	1,7%	1,9%	0,5%
Buprenorphin	8,1%	0,3%	0,9%	0,4%	0,5%
and. opiathaltige Mittel	10,3%	0,5%	4,5%	1,1%	0,8%
Cannabinoide	31,8%	99,9%	10,1%	43,6%	50,2%
Benzodiazepine	13,6%	1,1%	70,5%	3,2%	2,2%
and. Sedativa/Hypnotika	0,5%	0,2%	21,6%	0,4%	0,5%
Kokain	20,6%	10,1%	4,7%	94,2%	14,4%
Crack	1,6%	0,3%	0,2%	6,3%	0,5%
Amphetamine	9,1%	19,1%	5,3%	20,2%	85,2%
MDMA	4,7%	7,0%	2,9%	10,2%	20,9%
andere Stimulanzen	0,5%	1,5%	1,2%	1,5%	13,9%
LSD	3,1%	2,7%	1,4%	3,9%	5,3%
Gesamt (N)	22.355	17.202	1.151	2.297	4.482

1) Mehrfachnennungen möglich.

Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle 24.1.1.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b.

⁸⁶ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=2.297.

⁸⁷ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=17.202 (Hauptdiagnose: Cannabinoide).

Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2010 waren 79,4%⁸⁸ (2009: 79,8%) der in der DSHS erfassten N=60.473⁸⁹ ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 53,5% (2009: 54,8%) aller Behandelten waren zwischen 15 und 29 Jahre alt⁹⁰. 82,8% (2009: 84,1%) waren deutsche Staatsbürger, 2,9% (2009: 3,0%) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union, 8,3% (2009: 8,5%) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 6,0%). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.3 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 5.3 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2010)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulantien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	34,5	24,3	31,9	26,5	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	21,0	15,2	21,5	17,9	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	76,6%	86,0%	84,6%	74,2%	
Alleinstehend ⁴⁾	51,7%	59,0%	43,5%	53,9%	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	63,6%	37,6%	39,7%	45,4%
	Schüler/in / In Ausbildung	3,1%	28,9%	6,4%	14,5%
Wohnungslos ⁶⁾	2,5%	0,8%	1,0%	1,2%	

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

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

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

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

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b.

In Tabelle 5.4 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert, wobei sich der Trend fortsetzt, dass der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des

⁸⁸ TDI-Tabellen 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1

⁸⁹ Für die Angaben zum Geschlecht und zur Hauptdiagnose vorlagen.

⁹⁰ TDI-Tabelle 14.1.1

Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnupft (v.a. Kokain) oder geraucht (v.a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Tabelle 5.4 Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2010)

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	57,8%	26,8%	5,1%	9,9%	0,5%	18.546
Methadon	2,8%	1,7%	94,2%	0,5%	0,7%	9.083
Buprenorphin	3,8%	2,4%	82,8%	7,3%	3,7%	1.812
And. Opioide	14,1%	9,7%	68,8%	3,8%	3,7%	2.334
Kokain	19,1%	20,1%	1,2%	58,6%	0,9%	9.854
Crack	8,5%	77,8%	1,3%	10,2%	2,2%	1.337
Amphetamine	1,4%	10,5%	32,4%	53,8%	2,0%	9.574

1) Mehrfachnennungen möglich.

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 21,8 (2009: 21,3) bei Opioidklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 9,8 am niedrigsten⁹¹ (2009: 10,0). Frauen nehmen (mit der Ausnahme: Sedativa/Hypnotika) durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.5). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten⁹². Frauen haben bei vielen Substanzen trotz der höheren Kontaktzahlen insgesamt kürzere (oder nur geringfügig längere⁹³) Behandlungsdauern als die Männer. Dies spricht dafür, dass die Betreuungs- und Behandlungsintensität bei Frauen höher ist.

⁹¹ Der Wert ist bei Klienten mit primären Problemen im Zusammenhang mit Halluzinogenen noch niedriger, da die absolute Fallzahl der Gruppe aber sehr klein ist (n=66), wurde hier kein Vergleich gezogen.

⁹² Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums flüchtiger Lösungsmittel sind wegen der geringen Fallzahl (n=42) nicht berücksichtigt.

⁹³ Ausnahme: Opioide.

Tabelle 5.5 Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2010)

Hauptdiagnose	Anzahl der Kontakte (m)			Betreuungsdauer (m) ¹⁾		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	21,2	23,9	21,8	47,2	55,4	49,0
Cannabinoide	9,4	12,0	9,8	26,1	26,8	26,2
Sedativa/Hypnotika	13,5	15,1	14,4	33,1	31,3	32,1
Kokain	13,6	15,0	13,8	32,8	32,5	32,8
Stimulantien	11,1	13,5	11,7	30,3	31,8	30,7
Halluzinogene	12,7	34,7	18,0	33,1	48,0	37,1
Flüchtige Lösungsmittel	83,0	8,9	46,0	62,0	29,6	48,1
Mult./and. Substanzen	16,4	22,9	17,8	37,8	44,7	39,5

1) in Wochen.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b.

5.4.2 Stationäre Behandlung

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

Diagnosen

Im Jahr 2010 wurden von insgesamt 44.873 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentierten stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 8.746 Personen wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) behandelt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011e, f). Darunter waren 6.818 Männer, dies entspricht einem Männeranteil von 78,0% (2009: 79,8%). In drei Viertel (75,2%) waren alkoholbezogene Störungen die primäre Ursache für stationäre Behandlungen (29.569 Behandlungen; 2009: 25.103). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch im stationären Versorgungsbereich basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen im Rahmen der DSHS unter den Patienten mit primären Drogenproblemen (ohne Hauptdiagnose Alkohol) diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden die größte Einzelgruppe in

stationärer Behandlung (38,3%; 2009: 40,0%)⁹⁴. Dieser Anteil ist seit 2007 (48,6%) rückläufig. Die zweitgrößte Gruppe bilden Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (25,5%; 2009: 23,8%), deren Anteil seit 2007 kontinuierlich steigt. Danach folgen Patienten mit polyvalentem Konsum (15,0%; 2009: 14,9%). Auch dieser Anteil steigt seit vier Jahren an. Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulantien sind in 6,8% (2009: 8,1%) bzw. 9,7% (2009: 9,0%) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.6).

Seit vier Jahren sind Cannabis-bezogene Störungen im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum der zweithäufigste Behandlungsgrund. Möglicherweise ist dies Ausdruck der gestiegenen Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext von Fachkliniken. Unter den stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Klienten spielt Cannabis bei Frauen nach wie vor eine deutlich kleinere Rolle als bei den Männern: Nur 16,9% (2009: 15,4%) der Frauen vs. 25,5% (2009: 25,9%) der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich in der DSHS sonst nur noch für Sedativa/Hypnotika, bei denen das Verhältnis fast um den Faktor 1:6 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (7,7% vs. 3,6%; 2009: 8,9% vs. 5,2%).

Diese Verteilung steht nicht in unmittelbarer Übereinstimmung mit den Daten der Rehabilitations- und Akutbehandlungen, bei denen die Opioide und der multiple Substanzgebrauch (der praktisch immer mit Opioidkonsum verbunden ist) die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle ausmachen. Im Akutbereich (Krankenhäuser) beruhte 2009 etwa die Hälfte (45,3%; 2008: 45,8%) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr sogar 54,9% (2008: 57,5%) aller Fälle. In beiden Statistiken sinkt dieser Anteil aber seit einigen Jahren kontinuierlich. In der DSHS wird häufiger der Konsum von Opioiden als behandlungsleitend kodiert⁹⁵. Auch bei den Akutbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) und in der Statistik der DRV steigen die Anteile der wegen Cannabiskonsums Behandelten (machen aber nach wie vor einen erheblich geringeren Anteil aus).

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

⁹⁴ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die stationären Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

⁹⁵ Dies ist auch Teil darin begründet, dass der Deutsche Kerndatensatz (KDS), der die Grundlage der Berichterstattung für die DSHS darstellt, (bewusst) eine von der ICD-10 abweichende Definition für die Vergabe der Diagnose F19 vorgibt und damit zu einem geringen Anteil dieser Diagnosen in der DSHS beiträgt.

Tabelle 5.6 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2009	2009	2009	2010		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt ¹⁾	Gesamt ¹⁾	Männer ²⁾	Frauen ³⁾
Opioide	33,6%	23,6%	40,0%	38,3%	37,3%	42,1%
Cannabinoide	7,7%	12,0%	23,8%	25,5%	28,0%	16,9%
Sedativa/Hypnotika	9,7%	1,8%	4,0%	4,3%	2,1%	12,1%
Kokain	1,1%	4,0%	8,1%	6,8%	7,7%	3,6%
Stimulantien	2,0%	3,5%	9,0%	9,7%	9,7%	9,5%
Halluzinogene	0,5%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Fl. Lösungsmittel	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%
Mult./And. Substanz.	45,3%	54,9%	14,9%	15,0%	14,9%	15,5%
Gesamt (Anzahl)	93.832	14.630	7.599	8.746	6.818	1.928

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

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

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

DRV 2010b; Pfeiffer-Gerschel et al. 2011e; Statistisches Bundesamt 2011a.

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

Soziodemographische Informationen und Behandlungsdauer

Tabelle 5.7 fasst analog der Darstellung für die ambulant betreuten Klienten für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen einige soziodemographische Merkmale der stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Behandlungen zusammen. Im Vergleich zu den ambulant im Rahmen der DSHS erfassten Klienten (siehe Tabelle 5.3) sind die stationär behandelten Opioidkonsumenten etwas jünger, Cannabiskonsumenten deutlich älter, nur wenige Unterschiede gibt es bei Kokain- und Stimulantienkonsumenten. Auffällig ist, dass sich der Anteil der Wohnungslosen bei den stationären Klienten mit den Hauptdiagnosen Opiode und Kokain jeweils verdoppelt und bei denen mit der

Hauptdiagnose Stimulantien im Vergleich zum Vorjahr sogar mehr als vervierfacht hat. Hinweise darauf, dass es sich bei den stationär Behandelten um eine andere Klientengruppe handelt, lassen sich daraus ableiten, dass es sich – im Vergleich zu den ambulant behandelten Konsumenten – häufiger um arbeitslose und alleinstehende Personen handelt. Ein umfassender Vergleich der beiden Klientengruppen würde aber einen sorgfältigen Vergleich der Konsumparameter erfordern, die z.B. Aufschluss über die Intensität des Konsums und damit die Schwere der Substanzstörung liefern.

Tabelle 5.7 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2010)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulantien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	32,6	26,4	31,7	27,6	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	20,7	14,9	20,7	17,5	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	75,8%	85,4%	88,3%	78,3%	
Alleinstehend ⁴⁾	55,4%	63,2%	51,5%	62,2%	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	66,8%	61,9%	58,6%	61,2%
	Schüler/in / In Ausbildung	1,0%	6,3%	0,7%	4,6%
Wohnungslos ⁶⁾	2,0%	1,0%	1,8%	2,6%	

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

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

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

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

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

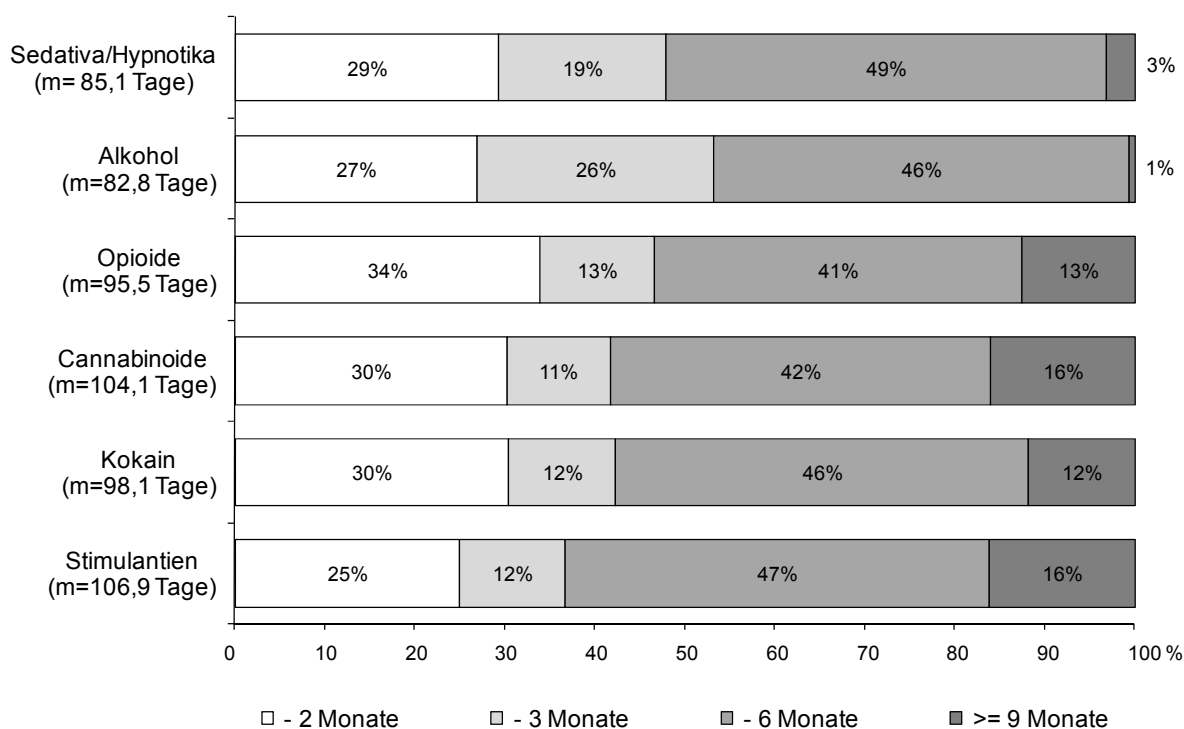
6) TDI-Tabelle 8.1.1 zur Stabilität der Lebenssituation (keine unmittelbare Entsprechung); Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011e.

Die Ergebnisse der DSHS zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2010 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis 14,9 Wochen (2009: 14,1), 15,3 Wochen (2009: 16,0) bei Stimulantien, 14,0 Wochen (2009: 15,3) bei Kokain, 13,6 Wochen (2009: 14,2) bei Opioiden und 12,2 Wochen (2009: 11,4) bei Sedativa/Hypnotika. Die als Vergleichswert aufgeführte Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 11,8 Wochen (2009: 11,9).

Die Behandlungsdauern weisen z.T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittlichen Behandlungsdauern wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit 14-15 Wochen im Durchschnitt mindestens zwei Wochen länger sind als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauern ≥ 9 Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen.

Während die durchschnittliche Behandlungsdauer für Alkohol-bezogene Störungen seit vier Jahren leicht rückläufig ist, ist für die anderen Substanzgruppen im selben Zeitraum kein eindeutiger Trend erkennbar.



Pfeiffer-Gerschel et al. 2011e.

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2010)

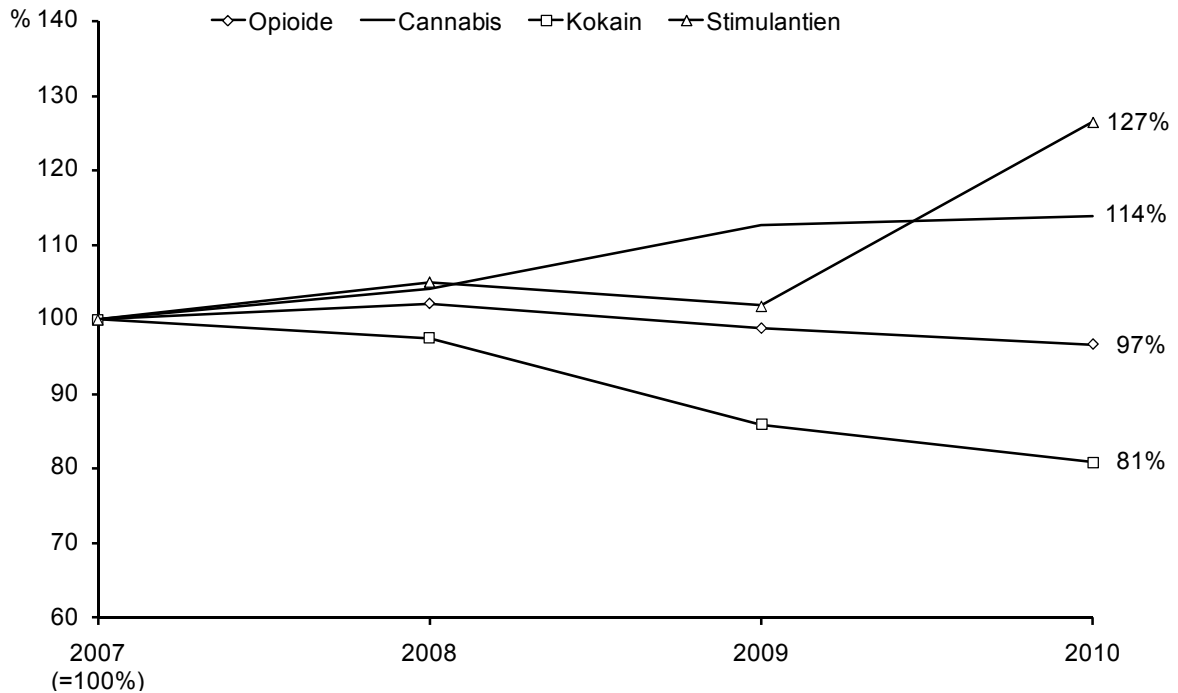
5.5 Behandlungstrends

5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin nach wie vor die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Allerdings steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfragen, wohingegen Opiode in dieser Gruppe nur noch bei weniger als jedem fünften Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor sechs Jahren lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel der Erstbehandelten. Unter allen Zugängen zu ambulanter Behandlung machen Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden zwar nach wie vor die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen aus, ihr Anteil sinkt aber seit einigen Jahren kontinuierlich.

Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit Einführung des neuen KDS im Jahr 2007 (Index=100%), so zeigt sich ein kontinuierlicher, aber im letzten Jahr nur leichter, Aufwärtstrend beim Anteil

der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis, ein kontinuierlicher Rückgang bei den Klienten mit Kokainproblemen, kaum Veränderungen bei Opioidklienten und ein sehr starker Anstieg bei Klienten mit Hauptdiagnose Stimulantien zwischen 2009 und 2010 (Abbildung 5.2).



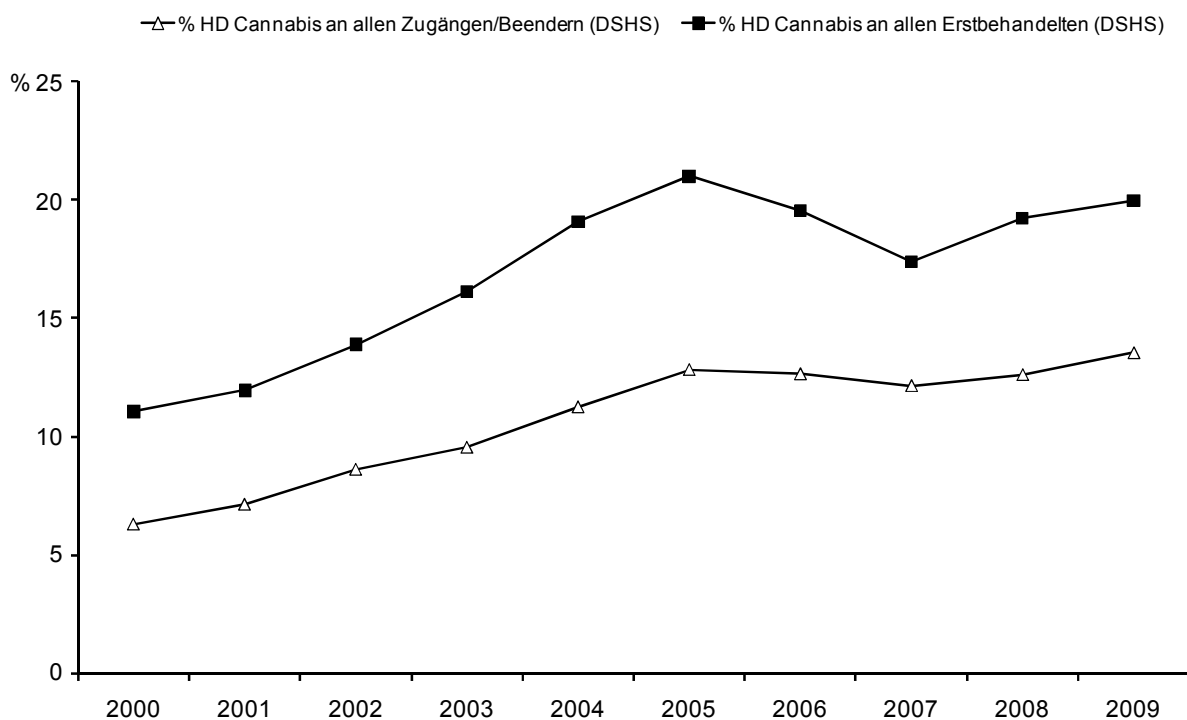
Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b.

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

Im stationären Bereich (Rehabilitationsstatistiken der Rentenversicherung, DSHS) sind Cannabiskonsumenten die zweitgrößte Patientengruppe nach den Opioidkonsumenten. Auch die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt eine zunehmend wichtigere Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsums (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ selten sind.

Kipke und Kollegen (2011) haben die Klienten mit der HD Cannabis aus der DSHS (ambulant) von 2000 bis 2009 beschrieben und mit den Klienten anderer HD verglichen. Es zeigte sich, dass der Anteil der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik sich von 2000 (6,3%) bis 2009 (13,5%) deutlich vergrößert hat (s. Abbildung 5.3). Die untersuchten Parameter deuten auf eine negative Entwicklung der Lebenssituation der Cannabisklienten hin: Fast zwei Drittel der Klienten mit HD Cannabis sind alleinstehend und der Anteil derjenigen in prekärer Wohnsituation hat sich von 2002 (0,5%) nach 2003 (1,1%) verdoppelt. Seitdem sind die Werte - von leichten Schwankungen abgesehen - stabil. Fast ein Sechstel der Cannabisklienten hat die Schule ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss beendet. Die Arbeitslosigkeit hat unter den Klienten mit HD Cannabis zwischen 2000

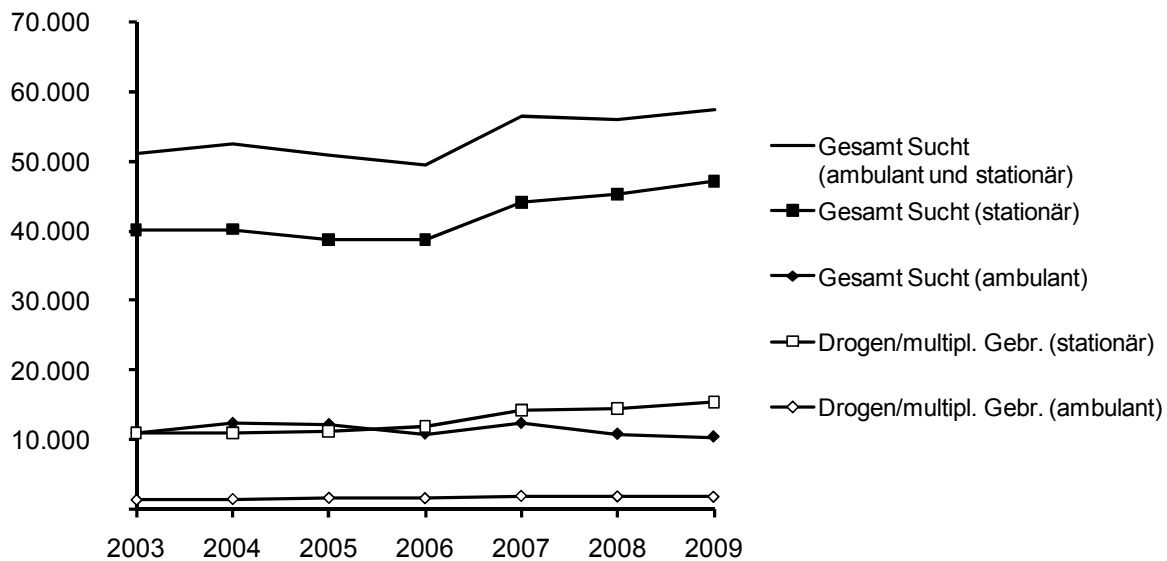
(18,1%) und 2007 (42,0%) extrem stark zugenommen und ist seitdem nahezu unverändert hoch (2009: 43,6%).



Kipke et al. 2011.

Abbildung 5.3 Anteil der Klienten mit HD Cannabis an allen Zugängen/Beendern bzw. allen Erstbehandelten (DSHS ambulant)

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist seit 2003 um mehr als 10% von insgesamt 51.123 auf 57.456 gestiegen (Abbildung 5.4). Der größte Teil dieser Leistungen (69,3%) wird vor dem Hintergrund Alkohol-bezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen ca. 30% der Leistungen aus (Medikamente: 0,6%). Dieser Anteil ist seit 2003 um etwa fünf Prozentpunkte (von 24,3%) gestiegen, es werden also seit 2004 kontinuierlich anteilig weniger von der RV finanzierte Rehabilitationsleistungen wegen einer primären Alkoholproblematik durchgeführt.



DRV 2010b.

Abbildung 5.4 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) fast 5:1. Dieses Verhältnis hat sich zwischen 2003 und 2009 (insbesondere seit 2005) leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7:1 auf 4,5:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit etwa 9:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Allerdings steigt seit einigen Jahren im ambulanten Bereich der Anteil der wegen einer Drogenproblematik (oder multiplen Gebrauch) finanzierten Rehabilitationsleistungen. Dies spricht dafür, dass die im Alkoholbereich mittlerweile fest etablierten Angebote ambulanter Rehabilitation auch im Drogenbereich (wenn auch in deutlich geringerer Zahl) kontinuierlich ausgebaut und genutzt werden.

Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation (RV) zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Behandlungen für Drogen und multiplen Substanzgebrauch steigt seit 2004 kontinuierlich an (Abbildung 5.4). Auch die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen wegen Drogen- oder multiplen Substanzkonsums ist zwischen 2003 und 2007 deutlich gestiegen, seitdem aber für Drogen stabil und für multiplen Gebrauch rückläufig. Die über einige Jahre zu beobachtende Verschiebung zu ambulanter Behandlung im Drogenbereich ist seit 2005 wieder rückläufig. Ambulante Behandlungen machten innerhalb der Gruppe der wegen Drogen- oder multiplen Substanzkonsums Behandelten 2009 10,7% aus. Somit liegt ihr Anteil leicht unter dem Vergleichswert von 2003 (11,1%), während er zwischenzeitlich (2005) auf etwa 13% gestiegen war (Tabelle 5.8).

Tabelle 5.8 Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)

Hauptdiagnose	Stationär				Ambulant			
	2007	2008	2009	Δ '08/'09	2007	2008	2009	Δ '08/'09
Alkohol	29.492	30.328	31.299	3,2%	10.326	8.865	8.501	-4,1%
Drogen	9.746	9.664	10.307	6,7%	1.274	1.216	1.236	1,6%
Medikamente	313	305	279	-8,5%	57	44	57	29,5%
Mult. Gebrauch	4.518	4.894	5.188	6,0%	667	647	589	-9,0%
Gesamt Sucht	44.069	45.191	47.073	4,2%	12.324	10.772	10.383	-3,6%

DRV 2008, 2010a, 2010b.

Die verfügbaren Statistiken weisen die teilstationären Behandlungen bislang nicht gesondert aus. Der Versuch einer differenzierteren Betrachtung in den kommenden Berichtsjahren könnte hier eine vertiefende Analyse von Veränderungen ermöglichen.

Die Gesamtzahlen der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen ist zwischen 2008 und 2009 leicht gestiegen (Krankenhausdiagnosestatistik). Deutliche Zuwächse waren bei der Zahl der Vergiftungen mit Cannabinoiden (+15,2%) und flüchtigen Lösungsmitteln (+27,6%, bei vergleichsweise kleiner Gesamtzahl) zu beobachten. Deutliche Rückgänge wurden im Zusammenhang mit Kokain (-24,4%) und Halluzinogenen (+10,6%, bei vergleichsweise kleiner Gesamtzahl) verzeichnet. Bei den anderen Hauptdiagnosen gab es im Vergleich zum Vorjahr, wie auch bei der Gesamtzahl, keine wesentlichen Veränderungen. (Tabelle 5.9).

Tabelle 5.9 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2006-2009

Hauptdiagnose	Jahr				Veränderungen
	2006	2007	2008	2009	2009 vs. 2008
Alkohol	298.955	316.119	333.804	339.092	1,6%
Opioide	29.472	31.638	30.776	31.496	2,3%
Cannabinoid	5.932	5.790	6.297	7.251	15,2%
Sedativa/Hypnotika	8.661	9.091	9.294	9.094	-2,2%
Kokain	1.336	1.300	1.388	1.050	-24,4%
Stimulantien	1.424	1.672	1.868	1.848	-1,1%
Halluzinogene	471	532	482	431	-10,6%
Tabak	234	236	281	258	-8,2%
Flüchtige Lösungsmittel	119	138	152	194	27,6%
Multiple/and. Substanzen	40.492	39.727	42.399	42.468	0,2%
Gesamt Sucht	387.096	406.243	426.741	433.182	1,5%
Gesamt Drogen	87.907	89.888	92.656	93.832	1,3%

Statistisches Bundesamt 2011a, 2009a, 2008b, 2008a.

Einschränkend muss man anmerken, dass die Fallzahlen aller illegalen Substanzen (mit Ausnahme von Opioiden, Cannabinoiden und Sedativa/Hypnotika) im Vergleich zu Alkohol und dem multiplen Substanzkonsum deutlich kleiner sind, so dass es schnell zu größeren prozentualen Veränderungen kommt.

5.5.2 Substitutionsbehandlung

Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 01.07. jedes Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems kontinuierlich und deutlich von 46.000 im Jahr 2002 auf 77.400 in 2010 angestiegen (BOPST 2011). 2010 konnten – wie bereits 2009 – über das Substitutionsregister ca. 190 Doppelbehandlungen aufgedeckt und nach Mitteilung des Registers an die behandelnden Ärzte beendet werden.

Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich, nach wie vor stammen nur 3,0% (N=2.336; 2009: 2,9%; N=2.195) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2009) und 5,2% (N=140; 2009: 4,8%, N=130) der substituierenden Ärzte aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (BOPST 2011). Nach wie vor beurteilen Experten und Betroffene zum Teil die unzureichende Verfügbarkeit von Substitutionsmöglichkeiten insbesondere außerhalb von Großstädten (Stöver 2010b, Stöver 2011a). Eine alternative Erklärung besteht darin, dass die Zahlen der Konsumenten von Opioiden in den ländlichen Regionen niedriger sind als in den Ballungsräumen. Auch Fischer und Kollegen (2010) weisen sie auf die Probleme bei der flächendeckenden spezialisierten Versorgung der für eine Substitutionstherapie in Frage kommenden Patientengruppe hin. Darüber hinaus thematisieren die Autoren die Tatsache, dass der Anstieg der Patientenzahlen während der letzten Jahre nicht mit dem der substituierenden Ärzte korreliert. Laut Register des BfArM waren 2010 7.805 (2009: 7.233) Ärzte zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen registriert⁹⁶. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2010 nur 2.710 (2009: 2.700) Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (BOPST 2011). Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2004 auf praktisch unverändertem Niveau. Betrachtet man die Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern, führen nach wie vor die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und (bereits mit deutlichem Abstand) Berlin die Liste wie auch in den Vorjahren an. Die geringsten Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden – wie im Vorjahr – von den drei östlichen Bundesländern Brandenburg⁹⁷, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen gemeldet. Auch die

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Für das Land Brandenburg ist aber zu vermuten, dass zahlreiche Konsumenten auf die Metropole Berlin ausweichen, um sich substituieren zu lassen.

Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelte ein Substitutionsarzt in Hamburg 2010 durchschnittlich 48,7 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 39,8 und Berlin mit 33,7), sind es in Brandenburg nur 8,3 (Thüringen: 10,7; Mecklenburg-Vorpommern: 13,2).

In der Substitutionsbehandlung hat sich der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen (insbesondere zwischen 2002 und 2007) deutlich zugunsten von Buprenorphin verschoben, das 2010 in etwa jeder fünften Substitution zum Einsatz gekommen ist. Seit 2007 stagniert der Anteil der mit Buprenorphin durchgeführten Behandlungen jedoch (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2006-2010)

Substitutionsmittel	2006	2007	2008	2009	2010
Methadon	64,1%	61,4%	59,7%	58,9%	57,7%
Levomethadon	17,2%	19,0%	20,6%	21,8%	23,0%
Buprenorphin	18,0%	18,6%	18,9%	18,6%	18,6%
Dihydrocodein	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%
Codein	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Diamorphin		0,4%	0,3%	0,3%	0,3%

BOPST 2011.

Neben den genannten regionalen Unterschieden in der Verfügbarkeit gehören auch der Missbrauch und die unerlaubte Weitergabe der Medikation zu den unerwünschten Nebeneffekten der Substitution. Im Sommer 2011 wurde von Reimer (2011b) der Abschlussbericht einer (Folge-)Studie zur nicht-bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland vorgelegt, die an eine Studie aus dem Jahr 2009 anknüpft. Die Ergebnisse dieser Studie wurden bereits in Kapitel 4.4.2 vorgestellt.

Die Teilnehmer der praxisnahen Befragung (und somit Substituierten) wiesen weit weniger häufig einen nicht bestimmungsgemäßen Substitutionsmittelkonsum und ebenso weit weniger häufig einen Konsum illegaler Substanzen auf. Dies wird als Beleg dafür gewertet, dass die Substitutionsbehandlung zu einem Absinken des Konsums nicht verschriebener Substitutionsmittel und anderer Substanzen führt und somit als protektiver Faktor gelten kann. Dies spiegelt sich auch in den unter Substituierten wesentlich seltener angegebenen „Überdosierungen, lebensbedrohlichen Zuständen“ wider. In den angegebenen Motiven für den Konsum von nicht verschriebenen Substitutionsmitteln (jeder Sechste nennt „finde keinen substituierenden Arzt“) lassen sich gewisse bereits aus anderen Untersuchungen bekannte Versorgungsengpässe ausmachen. Angesichts von einem Fünftel der Substituierten, die angegeben hatte, dass ihre Dosis zu niedrig gewesen sei, stellt sich auch die Frage, ob die Dosierungen teilweise nicht adäquat gewählt sind.

Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung waren Gegenstand einer dreijährigen Forschungsstudie (siehe Kapitel 5.6 des REITOX-Berichts

2009 für eine ausführlichere Beschreibung der Studie) auf Auftrag des BMG. Erste Ergebnisse der so genannten PREMOS-Studie⁹⁸ wurden 2010 vorgestellt⁹⁹. Charakteristisch, auch bei stabilen Substitutionspatienten, war die Variabilität (disziplinarische Unterbrechungen, Abdosierungs-/Ausstiegsbemühungen) der Behandlungen. Es ergaben sich relativ niedrige Opiat- (unter 20%) und, ohne Berücksichtigung von Cannabis, relativ niedrige Beigebrauchsrate anderer Substanzen (20-30%). Die körperliche Morbiditätsrate war nach wie vor deutlich (69,7%), die psychische Morbiditätsrate drastisch erhöht (69%). Die soziale Integration der Patienten war heterogen: 69% lebten selbständig in einer eigenen Wohnung, 23% waren berufstätig und 50% arbeitslos. Die Ergebnisse unterstreichen allgemein, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten die prioritären Substitutionsziele (Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion des Drogenkonsums und körperliche Morbidität, gesellschaftliche Teilhabe) erreicht werden. Weniger erfolgreich wird eine Reduktion der ausgeprägten psychischen Morbidität erreicht. Nach Einschätzung der Autoren legen die Befunde nahe, die Ziele und Ausführungsbestimmungen für die langfristige Substitution zu überdenken (Wittchen 2010) (siehe dazu auch Kapitel 6.3).

Trotz einer geringen Zahl verfügbarer wissenschaftlicher Literatur mit kontroversen Ergebnissen werden immer wieder kognitive Beeinträchtigungen von Patienten in der Langzeitsubstitution mit Methadon berichtet. Soyka und Kollegen (2010) haben in einer Untersuchung¹⁰⁰ keine Gruppenunterschiede hinsichtlich Aufmerksamkeitsfunktion, Lernen und Gedächtnis finden können, wohingegen sich Hinweise auf eine leichte Leistungsverbesserung z.B. bei exekutiven Funktionen gezeigt haben. Die Autoren weisen auf die Notwendigkeit weiterer längsschnittlicher Untersuchungen, die die Effekte unterschiedlicher Dosierungen und Behandlungsdauern berücksichtigen, hin, um zu

⁹⁸ Studie PREMOS (Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome); <http://www.premos-studie.de/index.html>.

⁹⁹ Das Studienkonzept besteht in einer vertiefenden Fortführung einer bereits 2003 begonnenen, bundesweiten klinisch-epidemiologischen Studie zur Substitutionstherapie. Diese Studie wurde unter der Bezeichnung KOBRA (Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatment) mit dem Ziel einer umfassenden empirischen, klinisch-differenzierten Evaluation der Substitution und Versorgungssituation von 2003-2006 behandelten Substitutionspatienten durchgeführt (siehe dazu auch die Reitox-Berichte der vergangenen Jahre). Um Aussagen über die längerfristigen Effekte der Substitutionsbehandlung treffen zu können, wurde die mit KOBRA vorliegende Untersuchungs- und Ergebnisplattform genutzt, um zwei weitere Untersuchungen mit im wesentlichen gleicher Untersuchungsmethodik zu realisieren. Zusammengefasst handelt es sich um eine Kombination von einer (1) klinisch-epidemiologischen Studie zu zentralen Parametern der Versorgungsstruktur (Arzt-, Einrichtungs- und Therapiemerkmale) auf der Basis repräsentativ ausgewählter, nach Einrichtungsgröße stratifizierter Substitutionseinrichtungen und (2) einer prospektiven Längsschnittstudie mit repräsentativ ausgewählten Patienten und bis zu vier Mess-Zeitpunkten (Baseline, 12-Monatsstatus, 48-60-Monatsstatus und 60-72-Monatsstatus) einschließlich einer retrospektiven Verlaufserfassung zwischen den Mess-Zeitpunkten. Bei einer befriedigenden Ausschöpfung (71,4%-91%) und der 5-7- bzw. bei einer zufällig gezogenen Teilstichprobe von N=289 Patienten, der 6-8-Jahresverlauf beurteilt. Bei weiteren N=470 Patienten wurden zumindest grobe Verlaufs- und Outcome-Informationen erhoben.

¹⁰⁰ N=77 Patienten, die entweder 30 Tage nach Beginn der Methadon-Substitution (n=35) oder nach mindestens 6 Monaten (n= 42) mit einer umfangreichen neuropsychologischen Testbatterie untersucht wurden.

untersuchen, ob sich kognitive Fähigkeiten eventuell unter Langzeit-Methadon-Substitution verbessern können.

Als Alternative zu den auf dem deutschen Markt bereits verfügbaren Substanzen für die Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit kommen z.B. in Österreich seit 1998 auch orale retardierte Morphine zur Anwendung. Bäwert und Kollegen (2010) halten die nur in wenigen Ländern für diese Indikation zugelassenen oralen retardierten Morphine trotz der Gefahr des erhöhten intravenösen Missbrauchspotentials und des Mangels an Vorliegen umfassender multizentrischer Studien für eine bei Begleitung psychosozialer Unterstützung gute Alternative zur Behandlung mit Methadon oder Buprenorphin. Die Autoren betonen aber, dass weitere konfirmative Forschungsergebnisse notwendig sind. Als Argument für die Erweiterung der Medikamente mit einer Indikation für die Substitution verweisen Bäwert und Kollegen darauf, dass ein möglichst breites Spektrum an Therapieangeboten unerlässlich sei, um ein spezifisches und auf das jeweilige Individuum abgestimmtes Therapiekonzept zu ermöglichen und damit eine Verminderung der Rückfallquoten zu erreichen.

Als weiteren Interventionsansatz bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger hat Hämmig (2010) die Einleitung einer Substitutionsbehandlung mit Buprenorphin unter vorübergehender Überlappung mit Heroin-Konsum („Berner Methode“) vorgestellt. Am Beispiel einer Patientin illustriert der Autor das Vorgehen, das zu Beginn in der Einnahme von Buprenorphin noch bei persistierendem Heroinkonsum, einer allmählichen Steigerung der täglichen Buprenorphin-Dosis und einer Beendigung des Heroin-Konsums bei Vorliegen einer ausreichenden Buprenorphin-Dosis besteht. Im beschriebenen Fall erwiesen sich nach Einschätzung des Autors die Überlegungen zu der „Berner Methode“ als richtig. Einschränkend weist der Autor darauf hin, dass es sich dabei um eine Einzelfallbeobachtung mit einer sehr zuverlässigen Patientin gehandelt habe und weitere explorative Untersuchungen notwendig seien, um die Möglichkeiten dieser Methode einzugrenzen.

Piest und Kollegen (2011) berichten von somatischen und psychischen Reaktionen sowie Veränderungen des Beikonsumverhaltens bei der Umstellung des Substitutionsmittels Buprenorphin auf die Kombination Buprenorphin/Naloxon. Die Autoren berichten, dass es bei ihren Patienten bei der 1:1-Umstellung von Buprenorphin auf die Kombination Buprenorphin/Naloxon in erheblichem Maße zu Entzugsbeschwerden, psychischen Befindlichkeitsstörungen und vermehrtem Beikonsum gekommen sei. Sie leiten daraus die Notwendigkeit ab, das Dosierungsverhältnis bei einer Umstellung zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu definieren. Die Autoren ziehen auch die Möglichkeit einer eventuellen Rückumstellung in Betracht und regen weitere Studien zur Überprüfung eines geänderten Umstellungsverhältnisses an.

Trotz der Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Vergabe von Diamorphin an Schwerstabhängige (vergleiche REITOX-Berichte 2009 und 2010) erweist sich die Umsetzung und Schaffung neuer Therapieangebote in der Praxis als schwierig. Unter anderem aufgrund ökonomischer Aspekte ist auch in absehbarer Zeit nicht von einer flächendeckenden Versorgung Schwerstabhängiger mit Diamorphin auszugehen. So werden z.B. in Baden-Württemberg statt der ursprünglich in der Diskussion befindlichen neun

Standorte nur drei eingerichtet, da sich in kleineren Städten die Schaffung entsprechender Ambulanzen aufgrund der zu geringen Zahl Betroffener nicht lohne (Badische Zeitung 2011).

Am 19. Februar 2010 hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ in einer überarbeiteten Fassung verabschiedet (siehe dazu auch Kapitel 1.2. des REITOX-Berichtes 2010). Unter anderem konkretisieren die Vorschriften Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opiatabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin. In einer aktuellen Übersichtsarbeit zur Bedeutung und zum Stellenwert der psychosozialen Betreuung in der Substitution Opioidabhängiger weisen Stöver und Gerlach (2010) aber erneut darauf hin, dass in Deutschland keine differenzierte Forschungsarbeit vorliegt, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt und Zeitdauer der psychosozialen Betreuung wichtige Planungsgrößen liefern könnte.

Apelt (2010) berichtet von den Ergebnissen eines 2007 begonnen Projektes zur Beobachtung der Substitutionstherapie mit Dosierautomaten¹⁰¹. Bis auf Buprenorphin/Naloxon blieb die Anzahl der Patienten bei allen Substitutionsmitteln über den gesamten Beobachtungszeitraum weitgehend stabil. Die Anzahl der Patienten, die mit Buprenorphin/Naloxon behandelt und über die Dokumentationssoftware erfasst wurden, nahm im II. Quartal 2008 deutlich zu (und pendelte sich bei einem Wert von durchschnittlich N=200 Substitutionspatienten pro Monat ein). Obwohl die Anzahl der über das Dokumentationssystem erfassten Patienten im Verlauf der Studie leicht anstieg, blieb die Verteilung auf die Substitutionsmittel weitgehend stabil. Die durchschnittlichen Dosierungen lagen mit Ausnahme von Levo-Methadon bei allen Substitutionsmitteln an den unteren Grenzen der in der Literatur dargestellten Dosisbereiche¹⁰². Insgesamt kommt die Autorin zu dem Schluss, dass ein elektronisches Dokumentationssystem wie das im Rahmen der Studie gewählte den hohen Dokumentationsaufwand an Substitutionsbehandlung erleichtern und vereinfachen kann sowie gleichzeitig die Möglichkeit bietet, repräsentative versorgungsepidemiologische Analysen der substitions-gestützten Behandlung opioidabhängiger Patienten durchzuführen.

¹⁰¹ In dieser versorgungsepidemiologischen Längsschnittstudie über 24 Monate wurden die Daten zur Anzahl der Patienten, des durchschnittlichen Alters, der durchschnittlichen Dosis und der Abbruchraten stratifiziert nach Substitutionsmittel und Geschlecht aus N=28 Einrichtungen erhoben. Insgesamt konnten in der Hauptstudie zu t1 (Januar 2008) die Daten von N=2.320 Patienten analysiert werden, die sich in Substitutionstherapie mit Methadon (76,6%), Levo-Methadon (0,8%), Buprenorphin (20,9%), Buprenorphin/Naloxon (0,4%) bzw. Diamorphin (1,3%) befanden, davon 74,0% Männer.

¹⁰² Die 12- und 24-Monats-Haltequoten konnten in dieser Studie nicht berechnet werden. Auch lagen aufgrund der monatlich aggregierten Daten keine patientenbezogenen Informationen vor.

5.5.3 Andere aktuelle Entwicklungen

Versorgung älterer Drogenkonsumenten

2010 wurde von Vogt und Kollegen der Abschlussbericht der Studie „Ältere Drogenabhängige in Deutschland“ vorgelegt. Zielsetzung des Projektes war es, aufzuzeigen, welche Ressourcen zur Versorgung älterer, hilfebedürftiger Drogenabhängiger in der Drogenhilfe bzw. in der Altenhilfe, in Pflegeeinrichtungen und anderen einschlägigen Institutionen vorhanden sind und unter Umständen genutzt werden können. Exemplarisch wurden dazu die Städte Frankfurt am Main und Berlin ausgewählt. In beiden Städten existiert ein sehr ausdifferenziertes Versorgungsnetz sowohl für den Bereich Altenpflege als auch für den Bereich Suchthilfe.

In den meisten Einrichtungen für ältere psychisch kranke Menschen gehören Alkohol und Drogenabhängige allerdings nicht zu den Zielgruppen. Auch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe richten sich in den meisten Fällen nicht an ältere Drogenabhängige. Einrichtungen für an HIV/Aids erkrankte Menschen bringen erkrankte Personen mit und ohne Suchterkrankung in der Regel in getrennten Abteilungen unter. Die Drogen- und Suchthilfe richtet sich mit einigen Angeboten gezielt an ältere Drogenabhängige. Aus den im Rahmen der Studie untersuchten Unterlagen ergab sich aber, dass sich diese Angebote gezielt entweder an schwerkranke Drogenabhängige oder ältere Alkoholabhängige richten; Hinweise auf eine gemeinsame Aufnahme und Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen in einer dieser Einrichtungen wurden nicht gefunden.

Experten weisen auf die Dynamik von Krankheitsverläufen älterer Drogenkonsumenten und den daraus resultierenden Unterschied zu älteren Menschen in Altenpflegeheimen. Ältere Drogenabhängige können sich bei guter Pflege gesundheitlich verbessern und sollten dann in andere Wohneinrichtungen, wie betreutes Wohnen, betreute Wohngemeinschaften, weitervermittelt werden.

Die im Rahmen der Studie durchgeführten Experten-Panel-Diskussionen haben auch gezeigt, dass viele Experten hinsichtlich der Unterbringung älterer Drogenabhängiger in Altenpflegeheimen insgesamt eher skeptisch eingestellt sind. Praktische Beispiele zeigen jedoch, dass sich bei entsprechenden konzeptuellen Planungen eine Verzahnung von Altenpflegehilfe und Suchthilfe als erfolgreich erweisen kann. Die Autoren betonen, dass die Vernetzung der Angebote an den Schnittstellen Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Angebote für psychisch kranke Menschen und Altenhilfe ausbaufähig ist.

Im Rahmen der Studie wurden auch semi-strukturierte qualitative Interviews mit N=50 Drogenabhängigen durchgeführt. Demnach ist die Mehrheit der befragten Drogenabhängigen im Krankheitsfall auf professionelle Hilfe angewiesen, da nur wenige über ein funktionierendes soziales Netzwerk verfügen. Hinsichtlich des Lebens im Alter wird eine möglichst lange Aufrechterhaltung der Führung eines eigenständigen Lebens im gewohnten Umfeld von der Mehrheit gewünscht.

Festzuhalten ist, dass sowohl im Bereich der Altenpflege als auch der Drogenhilfe Fortbildungsbedarf besteht. Die Autoren empfehlen daher den Ausbau der Fort- und Weiterbildung der Altenpflege zu Themen der Suchtmedizin und der psychosozialen Betreuung von Menschen mit Substanzkonsum-Störungen. Im Bereich der Suchthilfe empfehlen sie den Ausbau der Fort- und Weiterbildung zu den Themen der Gerontologie, der Gerontopsychosomatik und -psychiatrie.

Ebenfalls in 2010 wurde von Degkwitz und Zurhold (2010) der Abschlussbericht einer empirischen Untersuchung über die bestehenden und zu erwartenden gesundheitlichen und sozialen Probleme der zunehmend älter werdenden Drogenkonsumenten in Hamburg vorgelegt. Im Rahmen der Studie wurden die Daten des regionalen Suchthilfe-Monitorings in Hamburg (BADO) unter Altersaspekten ausgewertet¹⁰³. Die Ergebnisse liefern ein differenziertes Bild der älteren Drogenabhängigen im Vergleich zu den jüngeren. Im Vergleich zu den jüngeren Opiatabhängigen leben die älteren häufiger in einem eigenen Wohnraum und seltener in einer Partnerschaft. Ältere Drogenabhängige in Hamburg sind darüber hinaus stark von sozialer Isolation betroffen. Insgesamt weisen die älteren Opiatabhängigen im Vergleich zu den jüngeren höhere gesundheitliche Belastungen auf, eine HCV-Infektion mit 52% und Leberschäden mit fast 40% sind am häufigsten verbreitet. Andererseits sind illegale Aktivitäten und Probleme mit der Justiz deutlich seltener als bei den jüngeren Opiatabhängigen. Der intensive, fast tägliche Opiatkonsum sinkt bei den Älteren auf unter 10%, was auf den hohen Anteil älterer Opiatabhängiger in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung zurückzuführen ist (zwei Drittel der Älteren). Zugleich nimmt der problematische Alkoholkonsum unter den Älteren zu. Insgesamt hat sich die Wohnsituation der Älteren verbessert, gesundheitliche Beeinträchtigungen haben jedoch zugenommen. Die im Rahmen der Studie durchgeführten Interviews zeigen, dass die Mehrheit der Befragten (noch) keine Schwierigkeiten hat, sich selbständig zu versorgen und den eigenen Tagesablauf zu strukturieren. Unterstützung benötigen die Befragten vor allem in Form von Essensangeboten und Angeboten zur Freizeitgestaltung.

Gewalt in der niedrigschwelligen Suchthilfe

Eine kürzlich von Fais (2011) vorgelegte Untersuchung hat sich mit dem Thema „Gewalt in der niederschwelligen Suchthilfe“ beschäftigt¹⁰⁴. Ergebnissen der Studie zufolge werden die Mitarbeiter niedrigschwelliger Einrichtungen zum Teil mehrmals täglich mit Aggressionen konfrontiert. Dabei handelt es sich meist um verbale Aggressionen oder die Weigerung von Klienten, Anweisungen der Mitarbeiter auszuführen, aber auch um körperliche Angriffe unter

¹⁰³ Grundlage dieser Analyse waren N=1.907 Opiatabhängige, die 45 Jahre oder älter waren und von 2006-2008 mindestens einmal in ambulanter Betreuung waren. Im gleichen Zeitraum befanden sich N=5.890 Opiatabhängige unter 45 Jahren in einer ambulanten Betreuung in Hamburg. Darüber hinaus wurden standardisierte und strukturierte Interviews mit N=50 älteren Drogenabhängigen und leitfadengestützte Interviews mit Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Sucht- und Altenhilfe durchgeführt.

¹⁰⁴ Die Untersuchung wurde in 21 niedrigschwelligen Einrichtungen mittels einer standardisierten Fragebogen-Erhebung unter den Mitarbeitern (November 2009 – Januar 2010) und themenzentrierter Experteninterviews mit fünf Leitern von Kontakt- und Notschlafstellen in fünf deutschen Großstädten durchgeführt.

den Besuchern wie gegen die Mitarbeiter. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse weist der Autor auf die Notwendigkeit hin, die Einrichtungsmitarbeiter weiter in ihrer Handlungskompetenz, in Konflikt- und Aggressionssituationen zu unterstützen und entsprechend qualifiziertes und professionelles Personal in den niedrighschwelligen Einrichtungen zu finanzieren.

Ergebnisse im qualifizierten stationären Entzug

Mayer und Kollegen (2010) haben Prädiktoren für das Outcome im qualifizierten stationären Drogenentzug opioidabhängiger Patienten untersucht. Dabei war von besonderem Interesse, ob und wie sich die Veränderungen im Suchthilfesystem und der Versorgung opioidabhängiger Patienten auf das Outcome im stationären qualifizierten Entzug auswirken. Dazu wurden Daten von N=1.010 opioidabhängigen Patienten, die im Zeitraum von Januar 2005 – März 2010 behandelt wurden, untersucht. Als signifikante Einflussgrößen haben sich die Abhängigkeitsdauer, das Alter, die Aussicht auf einen Therapieplatz nach dem Entzug und der Kontakt zu einer Drogenberatung erwiesen. Ob sich der jeweilige Patient zuvor in Substitution befunden hatte, hat keinen signifikanten Einfluss. Allerdings wirkte sich innerhalb der Gruppe der Substituierten die Dauer der Substitution positiv auf den Erfolg des Entzuges aus.

In einer weiteren (multizentrischen) Studie haben Specka und Kollegen untersucht, inwieweit Patientencharakteristika Unterschiede in den Anteilen regulärer Entlassungen bei Entgiftungsbehandlungen Opiatabhängiger erklären können¹⁰⁵. Die Autoren beobachteten nach Kontrolle der Variablen der „Behandlungseinrichtungen“, dass eine reguläre Entlassung signifikant mit existierenden Planungen für die Anschlussbehandlung, früheren abgeschlossenen Langzeitbehandlungen und Entgiftungsbehandlungen, weniger erfolglosen Entgiftungen, höherem Lebensalter, späterem Störungsbeginn und einer längeren Dauer des Drogenkonsums assoziiert waren. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass in der Untersuchung ein deutlicher Effekt der Variable „Behandlungszentrum“ zu beobachten war (Specka et al. 2011).

Regionale Versorgungsunterschiede: Bericht der ambulanten Suchthilfe Sachsen

Im Frühjahr 2011 hat die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren einen Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen (Datenjahr 2010) vorgelegt. Der Bericht basiert auf Daten aller 46 sächsischen Suchtberatungsstellen und repräsentiert damit die Angebote, Leistungen und Klienten-Charakteristika innerhalb der ambulanten Suchthilfe in Sachsen. Ein Ergebnis des Berichtes ist, dass sich die Versorgungssituation innerhalb Sachsens als regional durchaus unterschiedlich darstellt. Demnach ist eine Verbesserung der Versorgungssituation in einigen unterversorgten Regionen Sachsens dringend erforderlich, um dem suchtspezifischen Hilfebedarf gerecht zu werden und die Bewältigung

¹⁰⁵ Dazu wurden N=1.017 opiatabhängige Patienten in zwölf Entgiftungseinrichtungen mit vergleichbaren Behandlungsprogrammen, Personal, Ausstattung und Finanzierungsgrundlage untersucht. Die Patientendaten und Ergebnisse wurden mit Hilfe einer standardisierten Dokumentation erfasst.

von Suchtproblemen frühzeitig unterstützen zu können. Obwohl etwa 60% der Klienten Beratungsdienste primär aufgrund einer Alkoholproblematik in Anspruch nehmen, beurteilen die Autoren Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen als von zunehmender Bedeutung. Aktuell betrifft dies etwa 20% aller Klienten. Dabei handelt es sich um etwa 5.600 vorwiegend junge Menschen, unter denen Stimulanzien zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen gehören. Ein zunehmender Hilfebedarf äußert sich im Bereich illegaler Drogen auch in der Zunahme von Therapieanträgen zur Drogenentwöhnungsbehandlung bzw. Vermittlung in Einrichtungen der Jugendhilfe (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V 2011).

Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Basierend auf einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 14. April 2011 (Nessler 2011) ist zukünftig die Kostenübernahme für Psychotherapie in Deutschland auch dann zulässig, wenn bei alkohol-, drogen- und medikamentenabhängigen Patienten noch keine Suchtmittelfreiheit besteht. Eine Abstinenz muss aber spätestens bis zum Ende der zehnten Sitzung erreicht werden, ansonsten erfolgt keine weitere Kostenübernahme. Auch eine entsprechende Behandlung in einer stationären oder teilstationären Einrichtung ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Mit diesem Beschluss wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Abhängigkeitserkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen gehören und oft mit einem chronischen Verlauf bei geringer Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten einhergehen.

Bischof hat vor kurzem eine Übersichtsarbeit zur Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen vorgelegt (Bischof 2010). Demnach liegen überzeugende Wirksamkeitsbelege bislang für verschiedene Verhaltens-, Familien- und paartherapeutische Ansätze sowie für Motivational Interviewing vor. Wirksame Behandlungsformen zeichnen sich durch strukturiertes Vorgehen, Stärkung verhaltensbezogener Kompetenzen der Patienten und – wo möglich – die Einbeziehung der Angehörigen aus. Bischof weist darauf hin, dass dringender Forschungsbedarf für nicht-pharmakologische Interventionen bei illegalen Substanzen sowie bei unzureichend untersuchten, aber möglicherweise wirksamen Behandlungsverfahren, wie z.B. strukturierten tiefenpsychologischen Verfahren, bestehe. Der Autor plädiert dafür, die Umsetzung von Verfahren mit erwiesener Wirksamkeit in die Regelversorgungen zu intensivieren. Vogt (2010) unterstreicht in einem kürzlich erschienenen Beitrag, dass sich insbesondere psychotherapeutische Verfahren, die sich an der kognitiven Verhaltenstherapie orientieren, bei der Behandlung substanzbezogener Probleme als wirksam erwiesen haben. Diese Verfahren können nach Einschätzung der Autorin für spezielle Suchtgruppen entsprechend adaptiert werden. Vogt regt an, von den Erfahrungen in den USA zu profitieren: Demnach bietet es sich zum einen an, erfolgreiche Trainingsprogramme und Trainingsmodule an deutsche Verhältnisse zu adaptieren und in deutschen Settings auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, zum anderen sollten insbesondere Angebote für schwangere und süchtige Mütter mit kleinen Kindern ausgebaut werden. Vogt weist darauf hin, dass auch psychodynamisch orientierte Behandlungsmodule in Deutschland erprobt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden sollten.

Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Nord und Oldenburg-Bremen handeln seit 2009/2010 nach einem gemeinsamen Verständnis der Grundlagen und der Durchführung einer Kombinationstherapie für alkohol- und drogenabhängige Menschen (Kombi-Nord). Innerhalb einer Gesamtbehandlungszeit von zwölf Monaten können ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Behandlungsformen nach Maßgabe des individuellen Therapieverlaufs zielorientiert eingesetzt werden. Für jede Interventionsform ist ein eigenes Zeitbudget vorgesehen. Besondere Behandlungselemente sind Übergabegespräche, Belastungserprobung für ambulante Therapie, Qualitätszirkel und Ablaufcontrolling. Wichtige Ziele sind unter anderem die Abstimmung, Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen der beteiligten Einrichtungen, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern, die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der weiteren Therapieplanung und die Unterstützung eines krisenarmen Übergangs von der stationären in die ambulante Behandlung. Der Therapieverlauf wird in einem fortzuschreibenden einheitlichen Entlassungsbericht dokumentiert, der am Ende der Gesamtbehandlung von der letztbehandelnden Einrichtung an den Leistungsträger übersandt wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

Ergebnisse von Subgruppenanalysen des Modellprojektes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Eiroa-Orosa und Kollegen haben eine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten des deutschen Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung vorgelegt (Eiroa-Orosa et al. 2010b). Zu beobachten waren signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die sich in einem größeren Ausmaß psychischer Belastung bei Frauen gezeigt hat. Die weiblichen Teilnehmer der Studie zeigten bei Beginn der Behandlung kompliziertere klinische Störungsbilder. Stärker ausgeprägte Schweregrade der bestehenden Abhängigkeit bei vier von neun ASI-Werten waren assoziiert mit einer höheren Rate von Prostitution. Darüber hinaus hatte ein höherer Anteil der Frauen im Vergleich zu den Männern eigene Kinder.

Wichtigstes Teilergebnis dieser Untersuchung war, dass die Teilnehmerinnen in den beiden Studiengruppen (Heroin vs. Methadon) keine Unterschiede in den primären Outcome-Parametern für die Verbesserung von Gesundheit und Reduktion des Konsums illegaler Drogen aufwiesen. Teilanalysen zeigten, dass das Behandlungsergebnis durch den Faktor „Risikoverhalten Prostitution“ mediiert wird. Die Autoren leiten aus den Ergebnissen dieser Untersuchung die Notwendigkeit der Betrachtung anderer Outcome-Parameter für Frauen als für Männer ab. So zeigte sich, dass in der untersuchten Stichprobe Prostitution in der Patientengruppe, die Heroin erhalten hatte, in einem größeren Ausmaß abnahm als in der Methadon-Gruppe, was wiederum einen signifikanten Einfluss auf die Reduktion des Konsums illegaler Drogen hatte. Darüber hinaus zeigte sich, dass Frauen in Behandlung nicht in der Lage sind, ihre Probleme in Bezug auf Familie und soziale Beziehungen zu

reduzieren. Die beiden letztgenannten Aspekte werden aber in den primären Outcome-Parametern der Studie nur unzureichend wiedergespiegelt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitszustand

In einer weiteren Studie, die auf den Daten des deutschen Modellprojektes zur diamorphingestützten Behandlung aufbaut, haben Karow und Kollegen den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQOL) und körperlichem Gesundheitszustand an N=938 Teilnehmern der Studie in Abhängigkeit unterschiedlicher Studienbedingungen untersucht (Karrow et al. 2010). Dazu wurden Baseline-Daten und die Daten des 12-Monats-Follow-up herangezogen. In den Gruppen, die eine Substitution mit Heroin oder Methadon und psychosozialer Behandlung erhalten hatten, verbesserte sich im Beobachtungszeitraum die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant, wobei diese Verbesserung in der Gruppe, die Heroin erhalten hatte, nochmals deutlicher ausfiel als unter der Methadonbedingung. Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war dabei nach Experteneinschätzungen mit einer besseren körperlichen Gesundheit assoziiert. Weitergehende Analysen führten zu dem Ergebnis, dass die Patientengruppe, die Psychoedukation erhalten hatte, im Vergleich zu der Gruppe, die nur ein Case-Management erhalten hatte, einen signifikant größeren Zuwachs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufwies. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Patientengruppe, die eine heroingestützte Behandlung erhalten hatte, teilweise auf eine stärker ausgeprägte Verbesserung der körperlichen Gesundheit zurückzuführen war. In der Summe weisen die Studienergebnisse nach Einschätzung der Autoren auf die Wichtigkeit eines umfassenden Modells für die Gesundheitsversorgung von Patienten mit schweren opiatbezogenen Störungen hin. Die Erfahrungen mit Psychoedukation bei dieser Patientengruppe bedürfen nach Einschätzung von Karow und Kollegen weiterer Untersuchungen.

Umstellung von Methadon auf Diamorphin

In einer weiteren Untersuchung, die auf den Daten des deutschen Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung aufbaut, haben Vertheim und Kollegen (2011) den Gesundheitsstatus, Drogengebrauch und die soziale Situation einer Teilgruppe von Patienten untersucht, die im Laufe des Modellprojektes von einer initialen Methadonbehandlung auf die Substitution mit Diamorphin umgestellt worden waren¹⁰⁶. Die erst im zweiten Jahr auf Diamorphin umgestellten Patienten konnten im Lauf des zweiten Studienjahres hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und des Beigebrauchs von Heroin und Kokain zu den durchgängig mit Diamorphin behandelten Patienten aufschließen. Die Autoren bewerten die Ergebnisse dieser Studie als weiteren Beleg für die positiven Effekte der Diamorphinbehandlung für die spezifische Gruppe der schwer zu behandelnden opiatabhängigen Patienten.

¹⁰⁶ Unter den N=434 Patienten, die das zweite Jahr der Studienbehandlung begonnen hatten, fanden sich 90 Personen, die von Methadon auf Diamorphin umgestellt worden waren (n=344 Patienten erhielten für zwei Jahre Diamorphin).

Rolle der Vorerfahrungen mit Substitution

Haasen und Kollegen haben eine Substichprobe von Teilnehmern der deutschen Heroinstudie, die zuvor keine Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen (sondern nur mit abstinenzorientierten Therapieversuchen) gemacht hatten im Vergleich zu den restlichen Teilnehmern der Heroinstudie näher untersucht. Trotz erheblicher Unterschiede der Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihres Drogenkonsums bei Beginn der Heroinstudie konnten die Autoren keine Unterschiede in Bezug auf das Behandlungsergebnis und die Haltequote finden. Hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen konnten in der mit Diamorphin behandelten Gruppe jedoch deutlich bessere Ergebnisse im Sinne einer Reduktion erzielt werden, wohingegen es im Vergleich zu der mit Methadon behandelten Population keine Unterschiede bezüglich der erzielten Gesundheitsparameter gab. Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses halten die Autoren es für sinnvoll, die Vergabe von Diamorphin als Behandlungsoption für Schwerabhängige unabhängig von deren zuvor gemachten Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen als weitere Behandlungsoption näher zu untersuchen (Haasen et al. 2010).

Neue Instrumente

Buchholz und Kollegen (2011) haben in einem Beitrag am Beispiel des Instruments „Measurements in the Addictions for Triage and Evaluations – ICF-Core-Set and Needs for Care (MATE-ICN)“ - eine Möglichkeit vorgestellt, die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in die Standarddiagnostik der Suchtbehandlung zu integrieren¹⁰⁷. Zusammenfassend lässt sich nach Einschätzung der Autoren sagen, dass die psychometrische Qualität des Instruments als befriedigend anzusehen ist und der MATE-ICN durch die an der Studie beteiligten Interviewer sehr positiv bewertet wurde. Momentan wird der MATE-ICN im Rahmen einer Pilotstudie am Psychiatrischen Universitätsklinikum Freiburg eingesetzt. Die funktionale Gesundheit wird direkt nach der körperlichen Entgiftung im persönlichen Interview sowie in einer 6-Monats-Katamnese telefonisch erfasst. Gleichzeitig wird erfasst, welche weitere Behandlung die Patienten nach Abschluss der Entzugsbehandlung wahrnehmen. Insgesamt bietet nach Ansicht der Autoren die Entwicklung der Implementierung ein positives Beispiel zur Umsetzung der ICF in der Suchthilfe. Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem sieht Schuntermann (2011) in der Bereitstellung einer international anerkannten und einheitlichen Sprache für funktionale Probleme, die von allen professionellen Gruppen im Gesundheits- und Sozialsystem in gleicher Weise verstanden wird. Erst dadurch werde eine eindeutige Kommunikation über Krankheiten innerhalb und zwischen professionellen Institutionen ermöglicht.

¹⁰⁷ Der MATE-ICN wird in den niederländischen Suchthilfeeinrichtungen beinahe flächendeckend eingesetzt und wurde dort in die elektronische Patientenverwaltung und –behandlungszuweisung integriert. In Deutschland wurde der MATE-ICN im Rahmen einer Pilotstudie zur psychometrischen Prüfung der deutschen Version des MATE in verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen eingesetzt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden vor zwei Jahren ausführlich in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift „Sucht“ beschrieben (Sucht 55 (4), 2009).

Gardini und Kollegen (2010) haben vor kurzem eine deutsche Version des ODAS (EADO)-Fragebogens, eines Instrumentes zur Beurteilung der Angemessenheit der Methadon-Dosierung im Rahmen der Substitutionstherapie Opiatabhängiger, vorgestellt. Dazu wurde die EADO-Skala, die ursprünglich in Spanien entwickelt und dann in englischer Sprache unter der Bezeichnung „Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS)“ veröffentlicht wurde, für den deutschen Sprachraum übersetzt und validiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der ODAS-Fragebogen ein ausgezeichnetes Instrument für die Verwendung in Klinik und Forschung darstellt. Die mit diesem Instrument erhaltene Punktwertung erlaubt eine standardisierte Wertung der „Angemessenheit“ einer Methadon-Dosis, eine detaillierte Analyse sowohl der wirklichen Angemessenheit der Dosierung (qualitative Bewertung), als auch des „Angemessenheitsgrades“ (quantitative Bewertung).

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Überblick

Der Konsum von Drogen hat Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Konsumenten. Drogenbezogene Todesfälle werden in Deutschland durch zwei bundesweite Systeme erfasst: die „Falldatei Rauschgift (FDR)“ des Bundeskriminalamtes (BKA) und das „Allgemeine Sterberegister“ des Statistischen Bundesamtes (Destatis). Zur Morbidität von unbehandelten Drogenabhängigen liegen wenige epidemiologisch nutzbare Informationen vor, so dass ersatzweise häufig die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Klienten bei Beginn ihrer Betreuung als Annäherung verwendet wird. Da diese jedoch häufig eine Positivauswahl der Drogenkonsumenten insgesamt darstellt, werden die gesundheitlichen Probleme vermutlich unterschätzt.

6.1.1 Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁰⁸. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Die Daten werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte, mit begrenzten klinischen Daten und HIV-bezogenen Laborparametern.

Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des 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 (RKI 2010) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht (RKI 2011a).

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der

¹⁰⁸ www.rki.de

Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren.

6.1.2 Drogenbezogene Todesfälle

Falldatei Rauschgift

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 (BKA 1999):

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

Allgemeines Sterberegister¹⁰⁹

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor. Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

¹⁰⁹ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die im zeitlich möglichst engen Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten - also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD-10-Codes F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide sind von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten mit dem Ziel, wenn möglich, statt der F1x.x-Codes grundsätzlich akute Todesursachen in Form von einer Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen zu kodieren. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt.

Die Daten des Bundeskriminalamtes dagegen weisen zusätzlich explizit der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle kann jedoch auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden.

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

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Zahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder aber falsch zugeordnet. Im langjährigen Vergleich zwischen den beiden Registern zeigen sich jedoch sehr ähnliche Verläufe und die gleichen Trends, so dass man von einer Art Kreuzvalidierung der beiden Schätzungen sprechen kann. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen bzw. wie stark sich die Zielgruppen überlappen, steht bisher aus.

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

6.2.1 HIV/AIDS und virale Hepatitis

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen, akute Hepatitis B und AIDS-Erkrankungen an das RKI für das Jahr 2010. Außerdem werden Ergebnisse aus der bundesweiten HIV-Inzidenzstudie berichtet. Daten aus anderen Quellen geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumenten (z.B. Konsumraumnutzer, Klienten ambulanter Suchthilfeinrichtungen) mit HIV und Hepatitis.

Umfassende epidemiologische Studien zur Verbreitung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten liegen für Deutschland nicht vor.

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

Entwicklung der HIV-Meldedaten

Bis zum 1.3.2011 wurden dem RKI für das Jahr 2010 insgesamt 2.918 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Dies bedeutet gegenüber dem Jahr 2009 (N=2.885) keine nennenswerte Veränderung bei der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen. Seit 2007 hat sich der in den Jahren davor beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen deutlich verlangsamt.

Bei 85% (n=2.482) der 2010 neu diagnostizierten HIV-Infektionen lag eine Angabe zum Infektionsweg vor. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über i.v. Drogengebrauch erwarben, lag bei 3,7%.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogengebrauchenden (IVD) sank im Jahr 2010 (2009: 101) mit 93 Meldungen auf den niedrigsten Wert seit Beginn der differenzierten Erfassung im Jahr 1993. Der Rückgang der HIV-Neudiagnosen ist außerdem mit einer Veränderung der Altersstruktur verbunden: Der Anteil der unter 30-Jährigen sank von 35% im Jahr 2006 auf knapp 23% im Jahr 2010.

Der Anteil der aus Nordrhein-Westfalen gemeldeten IVD-Neudiagnosen, der in der Vergangenheit im Verhältnis zur Einwohnerzahl mit 45% überproportional hoch war, ging im Jahr 2010 auf 31% zurück.

Die Mehrzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen unter IVD wurde in Deutschland erworben. 10% der Infektionen wurden in Osteuropa erworben. Zentraleuropa wurde in 2010 erstmals häufiger als Infektionsregion angegeben als Westeuropa (4% vs. 1%). Angesichts kleiner Fallzahlen wäre es jedoch verfrüht, daraus auf eine zunehmende HIV-Epidemie bei IVD in Zentraleuropa zu schließen (RKI 2011a).

Entwicklung der AIDS-Fallberichte

Für den Zeitraum zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2010 sind insgesamt 1.337 Berichte von neu mit AIDS diagnostizierten Personen eingegangen (Eingänge bis zum 1.3.2011). Die Gesamtzahl der an das Robert Koch-Institut berichteten, seit Beginn der

Epidemie mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen stieg somit auf insgesamt 28.027. Bezüglich der Vollständigkeit der AIDS-Fallberichte gibt es erhebliche regionale Unterschiede.

Unter den zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2010 neu an AIDS Erkrankten waren 82% Männer und 18% Frauen. Intravenöser (i.v.) Drogengebrauch lag bei den erkrankten Männern mit 7% und bei den erkrankten Frauen mit 14% jeweils an dritter Stelle unter den bekannten Infektionsrisiken. Für 22% der berichteten AIDS-Fälle unter Männern und für 18% der gemeldeten AIDS-kranken Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsrisiko (RKI 2011a).

Ergebnisse der HIV-Inzidenzstudie 2008-2010

Von März 2008 bis März 2010 wurden bei einer repräsentativen Stichprobe von Patienten mit einer neu diagnostizierten HIV-Infektion soziodemographische, klinische und Labordaten erhoben und Blutproben darauf untersucht, ob es sich um eine kürzlich erworbene Infektion (vor < 5 Monaten) handelt. In der Gesamtstichprobe von N = 3.082 waren 137 (4,5%) Proben von i.v. Drogengebern. Unter diesen war der Anteil kürzlich erworbener HIV-Infektionen mit 35% im Vergleich zu allen anderen Transmissionsgruppen am höchsten. Unter männlichen IVD (n=98; 71,5%), lag der Anteil kürzlich erworbener Infektionen bei 30,6%, unter Frauen (n=39; 28,5%) bei 46,2%. Außerdem war der Anteil kürzlich erworbener Infektionen in der jüngsten Altersgruppe (18-29 Jahre) am höchsten (46%), in der Gruppe der über 30-Jährigen lag er bei 32%. Die meisten untersuchten IVD waren Deutsche (n=94; 68,6%), unter den anderen Herkunftsländern wurde Russland (n=11) am häufigsten genannt, gefolgt von anderen osteuropäischen Ländern (n=10). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Anteil kürzlich erworbener HIV-Infektionen zwischen IVD aus Deutschland (39,4% der kürzlich erworbenen Infektionen) und aus Russland (keine kürzlich erworbene Infektion; p=0,01; OR = 1,7; 95% CI[1,4; 1,8]). Die Autoren sehen dies als Indikator dafür, dass die Gruppe der russisch-stämmigen IVD entweder kaum Zugang zu HIV-Testungen in Deutschland hat oder sich bereits vor der Migration mit dem Virus infiziert hat. Die deutschen IVD, die im Kontakt mit dem medizinischen System stehen, scheinen dagegen regelmäßig getestet zu werden und werden daher häufig in einem frühen Stadium der Infektion diagnostiziert (Zimmermann et al. 2011).

HIV-Daten aus anderen Quellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Prävalenz unter den Opioidklienten in der ambulanten Suchthilfe lag 2009 bei 5,2%, wobei Frauen (6,2%) häufiger als Männer (4,8%) HIV-positiv waren. Die Prävalenz ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren stabil geblieben (Oechsler et al. 2010).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2010) geben 2009 4,4% der Konsumraumnutzer an, mit dem HI-Virus infiziert zu sein (Männer 3,7%, Frauen 7,7%). Bei den Neuzugängen liegt die HIV-Infektionsquote mit 1,7% deutlich niedriger als bei den Fortsetzern mit 9,7%, die damit eine überdurchschnittlich hohe Infektionsrate aufweisen.

In der ebenfalls in Frankfurt durchgeführten Szenebefragung MoSyD (Müller et al. 2011) mit 150 Drogenkonsumenten (je zur Hälfte auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel und in niedrighschwelligten Einrichtungen rekrutiert) gaben 6% an, mit HIV infiziert zu sein.

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b). Die Prävalenz in ambulanten Einrichtungen unter den getesteten Opioidklienten beträgt 7% (N=433), unter den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik 7% (N=511).

Entwicklung der Hepatitis-B-Meldedaten

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 1.843 Hepatitis-B-Fälle übermittelt (Datenstand: 1.3.2011). Hiervon entsprachen 767 Fälle (41,6%) der Referenzdefinition, 1,7% mehr als im Vorjahr (754). Darunter waren 6 Erkrankte an Hepatitis B oder den Folgeerkrankungen verstorben. Die Inzidenz erfasster Fälle in Deutschland betrug 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. In den letzten 10 Jahren zeigte sich ein Rückgang der übermittelten Hepatitis-B-Erkrankungen, im Jahr 2010 gab es gegenüber 2009 aber praktisch keine Veränderung (RKI 2011b).

Bei 651 (85%) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen lagen Angaben (definiert als mindestens eine »Ja«- oder »Nein«-Antwort) zu möglichen Expositionen in den letzten 6 Monaten vor der Diagnosestellung vor. Mehrfachnennungen waren möglich. Sexuelle Expositionen wurden mit 268 Erkrankungen (41% der Erkrankungen mit Expositionsangaben) am häufigsten angegeben, IVD wurde nur bei 18 Hepatitis-B-Erkrankungen (3%) genannt (RKI 2011, persönliche Mitteilung).

Entwicklung der Hepatitis-C-Meldedaten

Für das Jahr 2010 wurden insgesamt 5.283 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt¹¹⁰. Dies entspricht bundesweit 6,5 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner (Datenstand: 1.3.2011). Damit lag die ermittelte Rate gemeldeter Erstdiagnosen niedriger als die des Jahres 2009 (6,7) bzw. als der Median der Jahre 2005 bis 2009 (8,3). Darunter waren 3.568 (67%) Fälle ohne klinisches Bild. Insgesamt waren 10 Fälle im Jahr 2010 an Hepatitis C oder den Folgeerkrankungen verstorben. Der zeitliche Verlauf wies keine

¹¹⁰ Nach dem IfSG sind alle Hepatitis-C-Infektionen, bei denen eine chronische Infektion nicht bereits bekannt ist, melde- und übermittlungspflichtig. Die verfügbaren Labortests erlauben keine Differenzierung zwischen einer akuten und einer erstmalig diagnostizierten chronischen HCV-Infektion. Zudem verläuft die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75%) asymptomatisch. Somit werden alle neu diagnostizierten Meldungen in die Statistik aufgenommen, jedoch werden Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, ausgeschlossen. Die Meldungen zu Hepatitis-C-Erstbefunden umfassen somit akute Infektionen, aber auch erstmals diagnostizierte chronische Infektionen mit unterschiedlich langer Infektionsdauer. Die übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen dürfen weder mit der Hepatitis-C-Inzidenz noch mit der Hepatitis-C-Prävalenz gleichgesetzt werden. Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, die Inanspruchnahme solcher Testangebote und das Meldeverhalten der Ärzte. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten erschweren. Trotzdem bieten die übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen – in Ermangelung anderer Datenquellen zur Inzidenz – die derzeit bestmögliche Einschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Saisonalität auf. Seit 2005 weist die bundesweite Inzidenz gemeldeter erstdiagnostizierter Hepatitis C einen abnehmenden Trend auf.

Für 3.883 Fälle (73,5%) lagen Angaben zu vorangegangenen Expositionen (mindestens eine »Ja«- oder »Nein« Antwort) vor. Mehrfachnennungen waren möglich. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.267 Fälle (32,6%) übermittelt. Unter den 20- bis 29-jährigen Männern wurde i.v. Drogengebrauch 332-mal genannt (67,5% der Männer dieser Altersgruppe mit Expositionsangaben). Männer unter i.v.-Drogenkonsumenten waren in den letzten 10 Jahren überrepräsentiert (siehe Abbildung 6.1) (RKI 2011b).

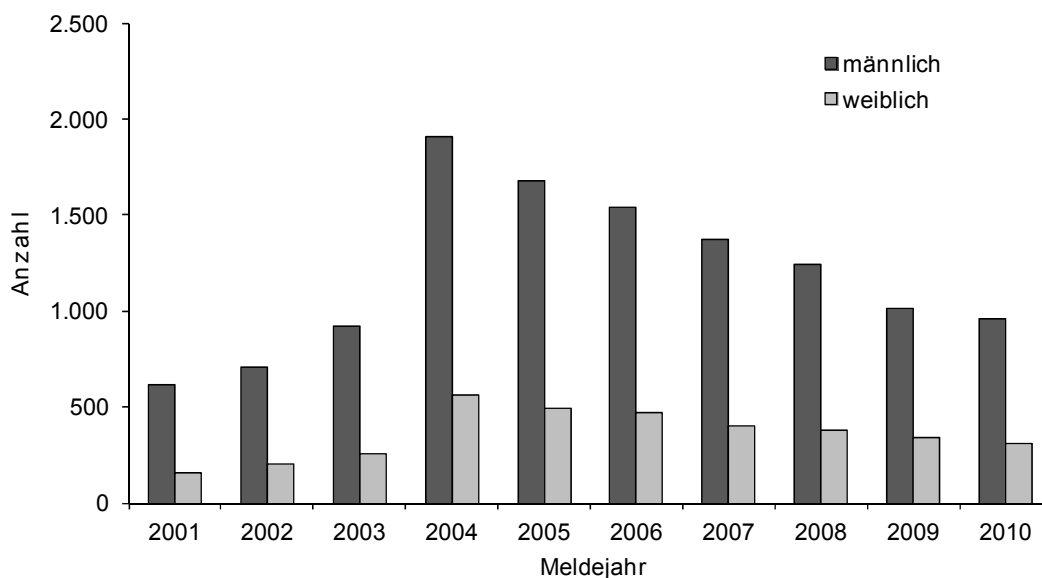


Abbildung 6.1 An das RKI übermittelte Hepatitis-C-Fälle mit der Angabe von i.v. Drogengebrauch nach Meldejahr und Geschlecht, Deutschland, 2001-2010

RKI 2011b.

Hepatitis B und C – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS wurden auch 2010 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b). Die Prävalenz für Hepatitis B liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 10,1% (n=753), bei den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 7,7% (n=845). Die Prävalenz für Hepatitis C beträgt bei den getesteten Opioidklienten 54,2% (n=5.565, davon bei 460 akut, bei 5.105 chronisch), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 40,0% (n=6.081).

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2009 ist ebenfalls fast jeder zweiter Opioidkonsument mit Hepatitis C infiziert (48%). Die Infektionsrate konnte jedoch seit 2005 (57%) deutlich gesenkt werden (Oechsler et al. 2010).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2010) weisen 52% der Nutzer, von denen ein Testergebnis zum Hepatitis-Status vorliegt, eine hepatische Infektion auf. Am häufigsten (47%) wird eine Infektion mit Hepatitis C angegeben, weitere 3% sind mit Hepatitis B und C infiziert. Nur 2% geben nur eine Hepatitis-B-Infektion an. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind gering. Differenziert man die Angaben nach Altersgruppen, zeigt sich wie in den Vorjahren, dass die jüngeren Nutzer (bis 33 Jahre) deutlich niedrigere Hepatitis-Infektionsquoten aufweisen als die älteren (über 33 Jahre). 45% der jüngeren, aber 58% der älteren Konsumraumnutzer weisen eine Hepatitis-Infektion auf.

In der ebenfalls in Frankfurt durchgeführten Szenebefragung MoSyD (Müller et al. 2011) gaben 65% an, mit Hepatitis C infiziert zu sein, jeweils 1% und 2% gaben eine Infektion mit Hepatitis A und B an.

6.2.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Aktuelle Daten über die Belastung von Drogenkonsumenten mit anderen Infektionserkrankungen liegen nicht vor.

6.2.3 Verhaltensdaten

Im aktuellen Berichtszeitraum stellt die Befragung von ca. 150 Frankfurter Drogenkonsumenten (Müller et al. 2011) die einzige Quelle für Verhaltensdaten dar. 70% dieser Stichprobe konsumierten zum Zeitpunkt der Erhebung intravenös und wurden deshalb auch zu Risikoverhaltensweisen bei der Benutzung von Injektionsutensilien befragt: Von den Befragten benutzen 85% eine Injektionsnadel grundsätzlich nur einmal; die übrigen Befragten verwenden Nadeln zumindest manchmal auch mehrfach, 4% sogar zuweilen mehr als drei Mal. Fast ein Drittel der Befragten teilt sich Zubehör zum intravenösen Konsum zumindest gelegentlich mit anderen Gebrauchern; rund jeder Zehnte praktiziert dies nahezu täglich. Das Teilen von Drogen aus derselben Spritze ist bei insgesamt rund einem Viertel der Befragten verbreitet, und wiederum 10% tun dies fast täglich. Im Vergleich zu 2008 hat sich das Ausmaß des Risikoverhaltens kaum verändert; risikobehaftete Konsumpraktiken sind also nach wie vor bei einem gewissen Teil der Konsumenten durchaus verbreitet.

Druck-Studie – Drogen und chronische Infektionskrankheiten

Seit Juni 2011 führt das Robert Koch-Institut in Kooperation mit der Berliner Drogenhilfeeinrichtung Fixpunkt e.V. in Berlin eine Pilotstudie bei intravenös Drogen konsumierenden Menschen durch. Ziele der Studie sind die Gewinnung von Informationen zu Infektionsrisiken und Verhaltensweisen von Menschen, die sich Drogen spritzen und die Prüfung der Machbarkeit einer solchen Studie. Außerdem soll durch eine Untersuchung von Blutproben der Teilnehmer festgestellt werden, wie häufig Infektionskrankheiten vorkommen, die durch Drogenkonsum oder sexuell übertragen werden können. Es handelt sich dabei um Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und Milzbrand.

Die Studie wird für das Jahr 2011 aus Forschungsgeldern des Robert Koch-Instituts finanziert. Eine Anschlussfinanzierung zur Ausweitung der Studie auf weitere deutsche Großstädte aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist geplant.

Die Teilnehmer werden mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens von geschulten Interviewern befragt und gebeten, einige auf spezielles Filterpapier aufgetragene Blutstropfen abzugeben, die dann im Labor untersucht werden. Befragung und Untersuchung erfolgen anonym, jeder Teilnehmer erhält eine Teilnehmernummer.

An der Studie sollen Personen teilnehmen, die innerhalb der letzten 12 Monate intravenös Drogen konsumiert haben und die in Berlin leben. Die Teilnahme ist unabhängig vom Infektionsstatus und dessen Kenntnis. Um eine möglichst repräsentative Stichprobe dieser Personengruppe zu erreichen, wird zur Gewinnung von Teilnehmern ein modifiziertes Schneeballverfahren (Respondent Driven Sampling, RDS) verwendet, welches sich die innerhalb der Gruppe der Drogenkonsumenten bestehenden sozialen Netzwerke zu Nutze macht: ausgehend von einer durch Studienmitarbeiter ausgewählten und angesprochenen Gruppe von ca. 10-12 Personen werden die Teilnehmer gebeten, jeweils bis zu drei weitere Personen aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zur Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Dieses Schneeballverfahren wird im vorgesehenen Studienzeitraum so lange fortgesetzt, bis die vorgesehene Teilnehmerzahl (in Berlin ca. 400 Personen) erreicht ist bzw. bis der Zeitraum abgelaufen ist.

Die RDS-Methode hat sich in einigen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern bereits bei der Rekrutierung von schwer erreichbaren Gruppen wie Drogengebrauchern bewährt und wird im Rahmen der Druck-Studie erstmals in Deutschland angewandt.

Die Teilnehmer erhalten für das Ausfüllen des Fragebogens und die Abgabe der Blutprobe eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro, mit der auch etwaige Fahrtkosten bezahlt werden müssen. Für die erfolgreiche Gewinnung weiterer bis zu drei Studienteilnehmer werden die Teilnehmer mit einem kleinen Geldbetrag (Prämie in Höhe von 5 Euro) belohnt. Die Prämie können die Teilnehmer ca. zwei Wochen später während der Studiensprechstunde abholen, wenn die geworbenen Personen auch gekommen sind. Personen der letzten Rekrutierungswellen haben keine Möglichkeit mehr, weitere Teilnehmer zu rekrutieren und erhalten demnach auch keine zusätzliche Rekrutierungsprämie.

Fixpunkt bietet zudem separate Testsprechstunden an. Es ist möglich, die Ergebnisse des Bluttests nach einer Beratung zum individuellen Risiko und zu Schutzmöglichkeiten zu erfahren. Im Fall einer positiven HIV-, Hepatitis B- oder Hepatitis C-Testung wird dem Teilnehmer dringend empfohlen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, bzw. sich aus einer herkömmlichen Blutprobe nachtesten zu lassen.

Vergleichbare Studien sollen in diesem Jahr auch in Essen und 2012 in weiteren sechs deutschen Großstädten durchgeführt werden.

Es ist geplant, diese Pilotstudie auch zur Abschätzung der Gesamtgröße der Gruppe der aktuell intravenös Drogen konsumierenden Menschen in Berlin zu nutzen. Dazu wird ein sog.

Capture-Recapture-Verfahren verwendet: vor Beginn der Studie wurden über niederschwellige Kontakt- und Beratungseinrichtungen für i.v. drogenkonsumierende Menschen in Berlin ca. 600 kleine Give-aways (Feuerzeuge mit einer Aufschrift als Hinweis auf ein aktuell laufendes HIV- und Hepatitis C Testprojekt) an i.v. Drogenkonsumenten verteilt. Die im Rahmen der Druck-Studie rekrutierten Teilnehmer werden befragt, ob sie in den vorangegangenen Wochen ein solches Give-away erhalten haben. Aus der Zahl der insgesamt verteilten und dann im Rahmen der Studie „wiederentdeckten“ Give-aways kann mittels einer mathematischen Formel die Gesamtzahl der i.v.-Drogenkonsumenten in Berlin geschätzt werden (RKI, persönliche Mitteilung).

6.3 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen

6.3.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle

Die einzigen aktuellen Daten zu nicht-tödlichen Überdosierungen liegen aus der Frankfurter Szenestudie MoSyD (Müller et al. 2011) vor. Hier berichten 64% der befragten Drogenkonsumenten, mindestens einmal in ihrem Leben eine Überdosis erlebt zu haben. Der Median der Anzahl von Überdosierungen liegt bei 2,5. Der Zeitpunkt der letzten Überdosis liegt im Median drei Jahre (36 Monate) zurück. Sowohl beim Zeitpunkt als auch bei der Anzahl der Überdosierungen zeigt sich jedoch eine große Spannweite der Angaben. Am häufigsten wurde bei der letzten Überdosis Heroin konsumiert (94%), gefolgt von Crack (40%), Medikamenten (34%) und Alkohol (26%; Mehrfachnennungen waren möglich). Bei der konkreten Frage nach der Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen in erster Linie für die Überdosis verantwortlich war, entfallen ebenfalls die meisten Nennungen auf Heroin (47%), an zweiter Stelle (26%) liegt die Antwort, dass der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen verantwortlich für die Überdosis war. Als Hauptgrund für die Überdosis wird vor allem die unbekannte Qualität der Drogen (47%) genannt, an zweiter Stelle rangiert mit rund einem Viertel der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen. Nur noch rund ein Achtel derjenigen mit Überdosiserfahrungen nennt einen zu hohen Konsum nach vorheriger Abstinenz, Gründe wie eine schlechte Tagesverfassung oder Suizidabsicht spielen nur eine untergeordnete Rolle. Der Konsumraum ist mit 57% der häufigste Ort für Überdosierungen, dahinter folgen Überdosierungen auf der Straße (21%) und im eigenen Zuhause bzw. in anderen privaten Räumlichkeiten (19%). 60% geben an, Hilfe durch Mitarbeiter von Drogenhilfeeinrichtungen bekommen zu haben, 36% von Notärzten, 13% durch andere Konsumenten, 6% durch Bekannte (Nicht-Konsumenten) und weitere 6% geben an, keine Hilfe bekommen zu haben.

Weitere aktuelle Daten zu nicht-tödlichen Überdosierungen und drogenbezogenen Notfällen liegen nicht vor.

6.3.2 Andere interessante Themen

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

Neben der Belastung durch die weiter oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher in erheblichem Maße von einer Reihe weiterer somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten betroffen. Umfassende nationale oder repräsentative Untersuchungen dazu liegen nicht vor, einige regionale Studien geben jedoch einen Eindruck von der Bandbreite der gesundheitlichen Probleme in Stichproben von Drogenkonsumenten aus der offenen Szene und Klienten verschiedener Suchthilfeeinrichtungen.

Die Frankfurter Szenebefragung MoSyD (Müller et al. 2011) erhebt seit 1995 bei Drogenabhängigen in der offenen Szene sowie bei Klienten niedrighschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen Daten zum Gesundheitszustand. Über alle Erhebungsjahre hinweg sind Depressionen die am häufigsten genannten Beschwerden; im Jahr 2010 betraf dies 38% der Befragten. Auf den folgenden Rängen liegen Probleme mit Lungen/Bronchien (31%), Herz-/ Kreislaufprobleme (24%), Magen-/Darmbeschwerden (19%), Erkältung/ Grippe (17%), Zahnschmerzen (15%) und Abszesse (15%). 38% der HIV-infizierten Personen geben AIDS-bedingte Krankheiten an. Etwa ein Viertel bis rund die Hälfte derer, bei denen die jeweiligen Beschwerden vorliegen, begibt sich auch in ärztliche Behandlung.

Auch in der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2009 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Oechsler et al. 2010):

10% der Opioidklienten, sowie 8% der Cannabis- und 7% der Kokainklienten weisen demnach Schädigungen des Nervensystems auf. Von Leberschäden ist ein Viertel der Opioidklientel, in den beiden anderen Substanzgruppen nur rund jeder Zehnte betroffen (9%; „reine“ Cannabisklienten: 0,8%). Epileptische Anfälle haben 7% der Opioidklienten und je 3% der Cannabis- und Kokainklienten („reine“ Cannabisklienten: 0,6%). Der Anteil der Atemwegserkrankungen ist in den letzten fünf Jahren in fast allen Gruppen angestiegen: von 16% auf 20% in der Opioidgruppe und von 9% auf 13% in der Kokaingruppe. Bei den Cannabisklienten ist er hingegen mit aktuell ebenfalls 13% stabil geblieben. Unter Herz-Kreislauf-Beschwerden leiden 17% der Opioidklienten sowie 10% der Cannabis- und 9% der Kokainklienten („reine“ Cannabisklienten: 6%). Von Schlafstörungen berichtet gut die Hälfte aller Klienten. Der Zahnstatus hat sich tendenziell verbessert, der Anteil von Klienten mit normalem bzw. saniertem Gebiss liegt bei den Cannabis- und Kokainklienten aktuell bei 81% respektive 77% („reine“ Cannabisklienten: 89%), bei den Opioidklienten jedoch nur bei 58%. Wenn nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede bei den genannten Erkrankungen bestehen, dann sind in der Regel die Frauen stärker belastet.

Auch durch psychische Probleme sind die Suchthilfeklienten belastet. Unter erheblichen Ängsten und Phobien leiden 15% der Opioid-, 11% der Cannabis- und 13% der Kokainklienten. Der Anteil von Klienten, die unter erheblicher oder extremer depressiver Stimmung leiden, ist in den letzten fünf Jahren zwar in allen Substanzgruppen um drei bis

fünf Prozentpunkte zurückgegangen, aktuell ist davon aber noch gut jeder fünfte Opioidklient betroffen (21%), sowie 16% der Cannabis- und 17% der Kokainklienten. Knapp jeder dritte Opioidklient und fast jeder vierte Kokainklient hat bereits mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Diese Anteile sind gegenüber dem Jahr 2005 um acht (Opiode) bzw. vier Prozentpunkte (Kokain) gestiegen.

In einer Untersuchung von Langenbach und Kollegen (2010) mit 151 Patienten im Alter von 13-22 Jahren, die zur Behandlung von Substanzstörungen in eine von zwei psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurden, zeigte sich auch in dieser jungen Klientel eine erhebliche psychiatrische Komorbidität: 40,5% wiesen aktuell mindestens eine Achse-I-Störung nach DSM IV auf (22,5% Angststörungen; 19,2% affektive Störungen; 9,3% somatoforme Störungen). In einer Subgruppe von 65 unter 18-jährigen Patienten, die mit einem zusätzlichen Screening-Instrument untersucht wurden, erfüllten außerdem 9,2% aktuell die Kriterien einer ADHS, 41,4% wiesen Verhaltensstörungen auf.

Im Rahmen des europäischen TREAT-Projekts (Treatment systems Research on European Addiction Treatment), das dazu dienen sollte Unterschiede und Gemeinsamkeiten, unter anderem auch im Hinblick auf die psychiatrische Komorbidität, bei Opioidklienten in sechs europäischen Regionen zu untersuchen, wurde auch eine Stichprobe von 100 Opioidabhängigen aus der städtischen Region Essen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 17% der befragten Teilnehmer zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit aufweisen, 9% unter einer generalisierten Angststörung und 46% unter einer Major Depression leiden (Reissner et al. 2011).

Auf die Thematik des Alkoholkonsums unter Drogenabhängigen geht Körkel (2011) in einer Übersichtsarbeit vertieft ein. In einer Zusammenstellung deutscher und internationaler Studien kommt er zu dem Schluss, dass ein hoher Anteil Drogenabhängiger Alkohol konsumiert, und dies in Mengen, die bereits für gesunde Menschen, die keine illegalen Drogen konsumieren, ein erhebliches gesundheitliches Risiko darstellen. Darüber hinaus ist ein hoher Prozentsatz der Alkohol konsumierenden Drogenabhängigen als alkoholabhängig einzustufen. In sehr unterschiedlichen Settings und Stichproben (Drogenabhängige in stationärer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, Drogenabhängige in niedrigschwelligen Einrichtungen, substituierte und nicht-substituierte Drogenabhängige) wurden in deutschen Studien Anteile von abhängigem Alkoholkonsum zwischen 28% und 52% gefunden. Dabei zeigt sich, dass sich viele Drogenabhängige der Problematik durchaus bewusst und änderungsmotiviert sind. Die gängigen – alkoholunspezifischen – Behandlungsangebote für Drogenabhängige (Substitution, Rehabilitation) zeigen jedoch nur eine geringe oder gar keine Wirkung auf den Alkoholkonsum der Behandelten. Deshalb plädiert der Autor dafür, den Alkoholkonsum in einer zieloffenen, nicht sanktionierenden Weise standardmäßig in der Behandlung von Drogenabhängigen zu thematisieren und spezifische Interventionen anzubieten.

Backmund und Kollegen (2010) beschäftigen sich in ihrer Studie mit Benzodiazepinabhängigkeit unter Opioidabhängigen. Sie merken an, dass im Zusammenhang mit opioidabhängigen Patienten selten von einer zusätzlichen

Abhängigkeitserkrankung, sondern eher von Beikonsum gesprochen werde, dass damit aber unberücksichtigt bleibe, dass es sich bei einer Benzodiazepinabhängigkeit per se um eine schwere Krankheit handelt. In ihrer eigenen Untersuchung an 115 Patienten im Substitutionsprogramm einer Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin erfüllten 22,6% die ICD-10-Kriterien für eine Benzodiazepinabhängigkeit. Zusätzlich wurden die Patienten nach bestehenden weiteren psychischen Erkrankungen gefragt. 34% gaben dabei an, an einer Angsterkrankung zu leiden, 11,5% an einer Psychose, 42,5% an einer Depression und 5% an einer Zwangserkrankung. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angabe einer weiteren psychischen Erkrankung und der Diagnose einer Benzodiazepinabhängigkeit. Dieses Ergebnis könne laut Autoren als Bekräftigung der Selbstmedikationshypothese interpretiert werden. Daraus würde wiederum folgen, dass die psychischen Symptome erfolgreich behandelt werden müssten, um eine Abstinenz von Benzodiazepinen zu erreichen. Bislang gebe es aber keine großen Studien zur Wirksamkeit der Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten bei Opioidabhängigen.

Cannabismisbrauch und Psychoserisiko

Der Konsum von Cannabis wird immer wieder mit dem Auftreten psychotischer Störungen in Verbindung gebracht. Es wird jedoch nach wie vor diskutiert, ob der kausale Zusammenhang in dieser Reihenfolge besteht oder ob nicht viel mehr das frühe Erleben psychotischer Symptome zu einer Selbstmedikation mit Cannabis führt. Dieser Frage widmete sich eine deutsche prospektive Kohortenstudie (Early Developmental Stages of Psychopathology; EDSP) mit 1.923 Probanden aus der allgemeinen Bevölkerung, die zu Beginn der Studie zwischen 14 und 24 Jahre alt waren. Es wurden dabei die Inzidenz (der Erstauftritt) und die Persistenz (das Bestehenbleiben) psychotischer Symptome nach Cannabiskonsum in der Jugend erhoben. Befragungen fanden zu drei Zeitpunkten über einen Zeitraum von 10 Jahren statt (Baseline, T2: nach durchschnittlich 3,5 Jahren, T3: nach durchschnittlich 8,4 Jahren). Die Analysen zeigten, dass Cannabiskonsum signifikant das Risiko für das Auftreten psychotischer Symptome erhöhte (die Inzidenzrate psychotischer Symptome von Baseline zu T2 betrug 31% bei Probanden, die Cannabis konsumiert hatten im Vergleich zu 20% bei Probanden, die kein Cannabis konsumiert hatten, von T2 zu T3 betrug die Raten 14% im Vergleich zu 8%). Dagegen gab es keinen Hinweis auf einen Selbstmedikations-Effekt: auftretende psychotische Symptome waren kein Prädiktor für späteren Cannabisgebrauch. Zusätzlich wurde fortgesetzter Cannabiskonsum als Risikofaktor für die Persistenz psychotischer Symptome bestätigt. Methodisch weisen die Autoren darauf hin, dass in dieser Studie das Auftreten (einzelner) psychotischer Symptome und nicht klinisch relevanter Psychosen untersucht wurde. Es wird davon ausgegangen, dass solche Erfahrungen mit psychotischen Symptomen ein in der allgemeinen Bevölkerung häufig vorkommendes und in der Regel vorübergehendes Phänomen sind, das aber in Kombination mit weiteren Risikofaktoren in persistente Symptome und klinische psychotische Störungen übergehen kann (Kuepper et al. 2011).

6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten

6.4.1 Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis / Vergiftungen)

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. Kapitel 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle lag im Berichtsjahr 2010 im Mittel bei 66% (2009: 66%; 2008: 62%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen.

Im Jahr 2010 kamen insgesamt 1.237 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, ein Rückgang um sieben Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.331). Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 855 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (69%; 2009: 70%; 2008: 66%). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 14% (2009: 13%; 2008: 12%), 2002 betrug dieser Anteil noch 40%. Seit 2006 werden in der Statistik des BKA die nachgewiesenen Substitutionsmittel auch getrennt nach Methadon/Polamidon und Subutex® (Buprenorphin) ausgewiesen. Demnach stand der größte Teil der Fälle, in denen der Drogentod allein auf ein Substitutionsmittel zurückzuführen war, im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=45; 88%). Unter den 116 Todesfällen, bei denen neben dem Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren zwei Fälle, in denen Buprenorphin nachgewiesen wurde¹¹¹ (siehe auch Tabelle 6.1) (BKA 2011b).

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 wird.

¹¹¹ Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind, kann ein Todesfall z.B. als Suizid und Überdosis Kokain kodiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl der Todesfälle. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen ausweisen. Dies gilt zum Beispiel für „Überdosis durch Heroin (allein)“ und „Überdosis durch Heroin und andere Drogen“. Die Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle lässt sich deshalb nicht errechnen (siehe Tabelle 6.1), sondern nur näherungsweise abschätzen.

Tabelle 6.1 Drogentodesfälle 2005-2010 nach Substanzen

Todesursachen	Prozent von Gesamt N ¹⁾						Zahl ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010
1. Überdosis ¹⁾ :							
Heroin	40	38	39	42	43	43	529
Heroin + andere Drogen	23	27	26	24	27	26	326
Kokain	2	2	1	1	1	2	27
Kokain + andere Drogen	9	9	10	7	8	7	90
Amphetamine	1	<1	<1	1	1	2	20
Amphetamine + andere Drogen	2	3	2	3	2	4	54
Ecstasy	0	<1	<1	<1	<1	0	2
Ecstasy + andere Drogen	0	1	1	1	<1	0	6
Medikamente/Substitutionsmittel ²⁾	6	5	4	3	3	4	51
- davon: Methadon/Polamidon			3	3	3	4	45
- davon: Subutex (Buprenorphin)			--	<1	<1	0	4
Substitutionsmittel + andere Drogen ³⁾		12	9	9	10	9	116
- davon: Methadon/Polamidon			8	8	9	9	110
- davon: Subutex (Buprenorphin)			<1	<1	<1	0	2
BtM + Alkohol + Substitutionsmittel ⁴⁾	19						
Sonstige BtM/Drogenart nicht bekannt	10	8	10	10	13	12	148
2. Suizid ¹⁾	8	6	6	6	4	5	61
3. Langzeitschäden	12	11	12	17	20	17	214
4. Unfall/Sonstige	2	13	12	11	8	1	17
5. Gesamt (N)¹⁾	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331		1.237

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

2) Ab 2006: Substitutionsmittel.

3) Seit 2006.

4) Existiert nicht mehr seit 2006.

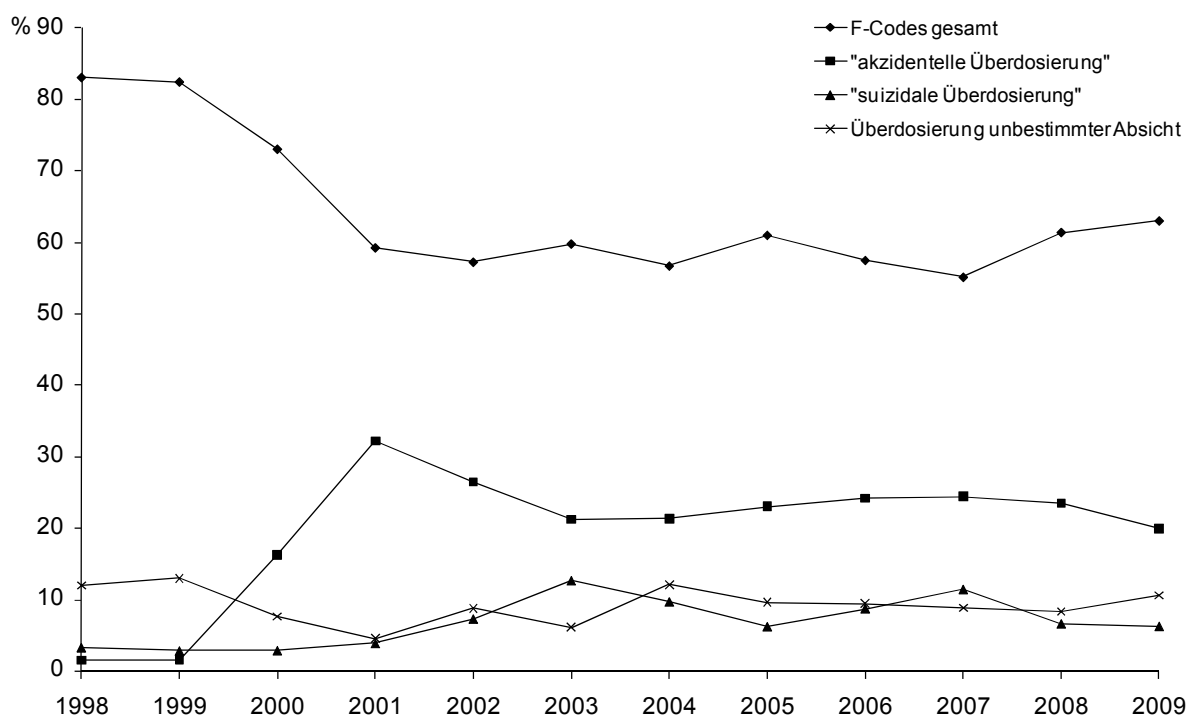
BKA 2011a.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2009. Hier sind insgesamt 1.276 Personen und damit 3,8% weniger Fälle als 2008 (n=1.326) erfasst worden. Darunter befinden sich 245 Frauen und 1.031 Männer (Anteil 80,1%), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen

verstorben sind. Damit ist die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle parallel zum Rückgang der Fälle im BKA-Register (-8,1%) erfolgt. Das BKA-Register weist für 2009 wie auch in den vergangenen Jahren etwas höhere Fallzahlen aus, schließt jedoch indirekte Todesfälle ein, die sich nicht exakt abtrennen lassen, da v.a. die Kategorie „Suizide“ sowie ggf. auch „Unfälle/Sonstiges“ im BKA-Register hinsichtlich direkter und indirekter Fälle uneindeutig ist. Schon ohne die klar ausgewiesene Kategorie „Langzeitfolgeerkrankungen“ im BKA-Register lag die Fallzahl jedoch 2009 mit $n=1.066$ sehr deutlich unter der Fallzahl direkter Todesfälle im allgemeinen Sterberegister. Das allgemeine Sterberegister schließt also mehr Fälle ein als das BKA-Register.

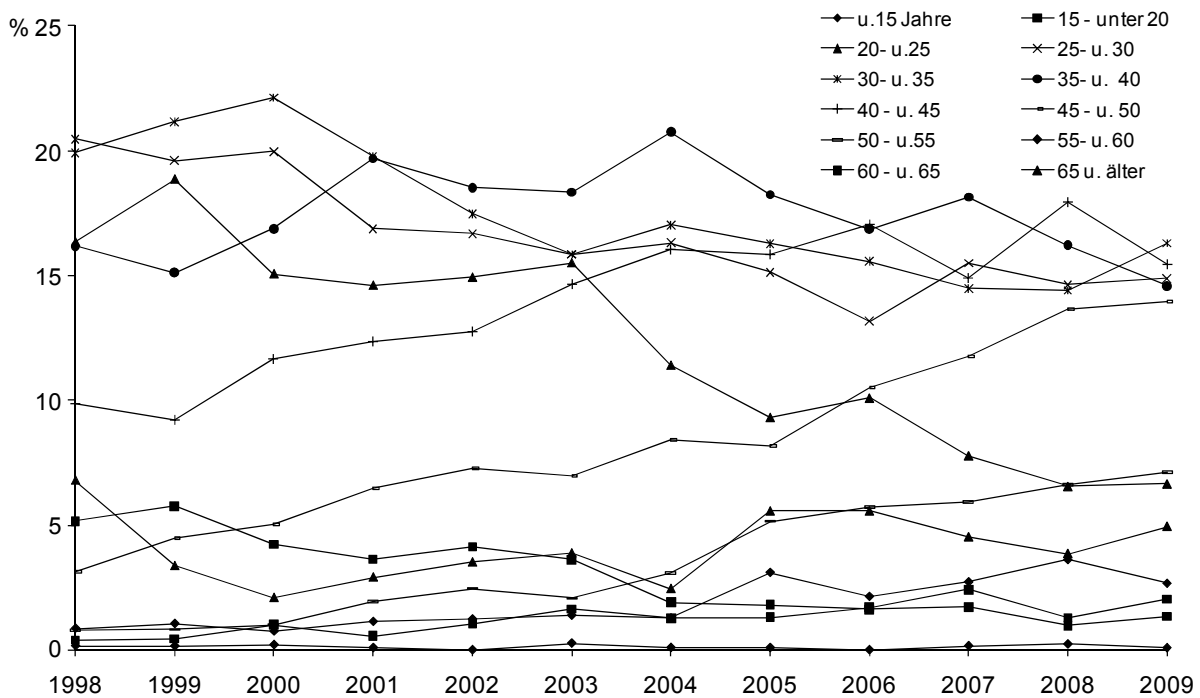
2009 wurde bei 63,0% der Todesfälle (2008: 61,4%) die zugrunde liegende Erkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F1x.x) kodiert. Wie auch im Vorjahr bestätigt sich, dass die 2006 in Kraft getretene Änderung der WHO-Kodierregeln mit dem Ziel, wenn möglich, grundsätzlich akute Todesursachen in Form von einer Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen zu codieren, bislang in Deutschland keinen Effekt zeigt (siehe Abbildung 6.2). Hierin zeigt sich eine Stärke des Spezialregisters beim BKA, das bei drogenbezogenen Todesfällen verfügbare substanzbezogene Informationen verlässlicher aufschlüsseln kann als das allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes. Andererseits werden zum Tode führende Substanzen in der überwiegenden Zahl der Todesfälle mangels Obduktion und toxikologischer Analyse gar nicht ermittelt.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.2 Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2009)

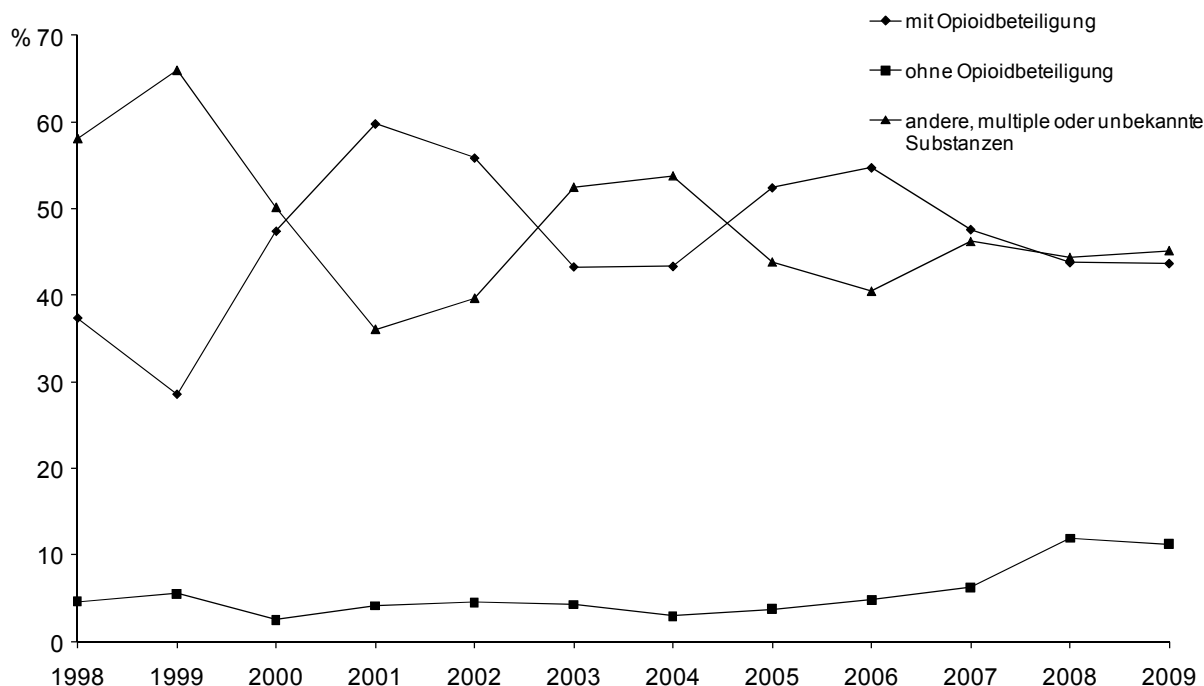
Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten beobachten. Die Altersgruppen zwischen 45 und 55 Jahren erreichten 2009 die höchsten Anteile seit Beginn der Datenerhebung im Jahr 1998. Gleichzeitig sinkt seit Jahren Anteile der jüngeren Altersgruppen tendenziell ab, wobei sich der Effekt gegenüber dem Vorjahr nicht verstärkt hat. Nach wie vor gibt es auch von den Drogentodesfällen her keinen Hinweis auf einen neuen Trend bei jungen Konsumenten harter Drogen (Abbildung 6.3).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.3 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2009

Nur die Codierung von Drogentodesfällen unter der im ICD-10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt durch die damit gekoppelte substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu. Dies traf 2009 auf nur 37% der registrierten Fälle zu. (Rein) opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2009 in ca. 43,6% der Todesfälle vor. In 11,2% wurden anderen Substanzgruppen genannt, in 45,1% fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen. Hier dürften selbstverständlich wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Gegenüber dem Vorjahr gab es kaum Veränderungen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, auch, da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen (Abbildung 6.4).



Statistisches Bundesamt; spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.4 Opioidbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2009 mit ICD X/Y-Kodierung

6.4.2 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)

Ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumenten liegt nicht vor, auch aktuelle regionale Kohortenstudien sind nicht bekannt. Man kann sich der Frage jedoch nähern, indem man die Daten zu Drogenabhängigen in Behandlung nutzt.

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b) für das Jahr 2010 bei 1,5% (2009: 1,5%) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2010 89,7% der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 2000 im Mittel um über 10 Wochen verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zugrundegelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr bewegt sich auch 2010 auf dem Niveau der Vorjahre (Tabelle 6.2).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrecher – vermutlich über dem hier angegebenen Werten liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden.

Tabelle 6.2 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%	1,2%	1,5%	1,5%
Betreuungsdauer (Tage)	280,7	282,1	297,5	305,2	301,7	314,3	321,2	336,4	343,3
Mortalität p.a.	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%	1,4%	1,6%	1,6%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b und eigene Berechnungen.

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

6.4.3 Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen

Daten zu Verkehrsunfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum finden sich in Kapitel 9. Weitere Daten liegen aktuell nicht vor.

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Überblick

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

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Daten zur allgemeinen Gesundheitsversorgung liefern keine Angaben, die sich speziell auf die Zielgruppe der Drogenabhängigen beziehen ließen. Deshalb fehlen abgesehen von Einzelfällen Daten zur Zahl von Notfalleinsätzen wegen Überdosierungen oder wegen anderer lebensbedrohlicher Zustände in Folge von Drogenkonsum. Auch Angaben über die Behandlung anderer Folgeerkrankungen durch allgemeine 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 finden während stationärer Suchtbehandlungen häufig statt. Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert dazu einige Basisdaten. Im Rahmen der niedrigschwelligen Drogenhilfe werden in einzelnen Bundesländern spezielle Projekte zur Zahnhygiene und Infektionsprophylaxe durchgeführt.

7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Dazu gehören Programme zur Drogennotfallprophylaxe, die z.B. auch Schulungen im Umgang mit Naloxon für Konsumenten beinhalten, Angebote, die unmittelbar Hilfe zur Verfügung stellen („Therapie sofort“), die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und als wichtige Maßnahme die Ausweitung der Substitution. Neben Daten zur Substitution (siehe Kapitel 5) liegen aktuelle Informationen zu einigen Drogenkonsumräumen vor.

Drogenkonsumräume

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin stellen Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Bereich von frühzeitigen Hilfen für die betroffenen Menschen dar. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot und mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die

Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten. Auf der Grundlage des §10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen.

In 6 von 16 Bundesländern sind entsprechende Verordnungen erlassen worden. Momentan existieren laut einer Befragung der Länder insgesamt 28 Drogenkonsumräume mit insgesamt 251 Konsumplätzen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011).

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen ausschließlich regional für einzelne Einrichtungen vor.

Die Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2010) der insgesamt vier Frankfurter Konsumräume berichtet in ihrer Jahresauswertung 2009 von 205.380 (2008: 196.221) Konsumvorgängen der insgesamt 4.658 Konsumraumnutzer (2008: 4.681), von denen 1510 (2008: 1.753) Neuzugänge waren. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat sich die Zahl der Konsumvorgänge um nochmals 5% erhöht (Anstieg im letzten Jahr: +15%). Für jeden Nutzer wurden somit im Durchschnitt 44 Konsumvorgänge im Jahr 2009 dokumentiert. Bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten Drogen dominierten Heroin und Crack. Bei 82% aller Konsumvorgänge wurde Heroin (2008: 78%) und bei 36% Crack (2008: 38%) – allein oder in Kombination mit anderen Drogen – konsumiert (Mehrfachantworten). Wie im Vorjahr konsumierten 16% der Konsumraumnutzer intravenös (i.v.) Benzodiazepine, zumeist in Verbindung mit anderen psychotropen Substanzen und nur 2% Kokain. Bei rund 2% der Konsumvorgänge (2008: 4%) wurden die Drogen nicht intravenös appliziert. Untersucht man die i.v. Konsummuster differenziert, wurde mit 49% der Nennungen am häufigsten Heroin allein (ohne weitere Drogen) konsumiert. An zweiter Stelle der Nennungen folgte mit 21% Heroin in Kombination mit Crack und an dritter Stelle mit 12% Crack allein. Es haben sich im Vergleich Vorjahr nur geringfügige Verschiebungen ergeben. Wie in den Vorjahren zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Konsummustern zwischen Männern und Frauen: Bei den Männern gibt es relativ mehr Konsumenten von Heroin allein (51%) als bei den Frauen (35%). Frauen bevorzugen relativ mehr die Kombination von Heroin und Crack (27%) als Männer (20%), ebenso den i.v. Konsum von Crack allein (Frauen 14%, Männern 11%). Ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den Konsummustern der Nutzer der Konsumräume wurden in den Vorjahren ebenfalls festgestellt. Die Gesamtgruppe aller Konsumraumnutzer setzt sich wie im Vorjahr zusammen aus 84% (n= 3.915) Männern und 16% (n= 743) Frauen. Das Durchschnittsalter der Nutzer der Konsumräume ist 34,5 Jahre (2008: 34,2). Vergleicht man das Durchschnittsalter aller Nutzer der Konsumräume des Jahres 2009 mit 34,5 Jahren mit dem des Jahres 2003 mit 33,3 Jahren, so ist der Altersdurchschnitt der Klientel der Konsumräume innerhalb von sieben Jahren nur um 1,2 Jahre angestiegen. Dieser Befund weist darauf hin, dass in jedem Jahr relativ viele neue und vergleichsweise junge Personen die Konsumräume nutzen. 25% der Konsumraumnutzer besuchten nur ein einziges Mal einen der vier Frankfurter Konsumräume. Das entspricht den Befunden aus den sechs Vorjahren. Auch der Anteil derjenigen, die die Konsumräume

häufiger als zwanzig Mal aufgesucht haben, hat sich mit 28% im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Zu den häufigen Nutzern (>20 Mal) der Konsumräume gehören - wie in den Vorjahren – eher Personen, die sozial desintegriert sind. Es handelt sich dabei vor allem um Drogenabhängige aus Frankfurt am Main, die etwas älter sind (über 33 Jahre, Median), in einer prekären Wohnsituation leben und arbeitslos sind. Die Personen, die die Konsumräume häufig nutzen, weisen überdurchschnittlich hohe Hepatitis-C-Infektionsraten auf.

Es gibt bisher nur wenige Studien, die sich mit der Wirksamkeit der Bereitstellung von Drogenkonsumräumen in Bezug auf Veränderungen bei den Klienten und die Erreichung institutioneller Ziele auseinandergesetzt haben. In einer prospektiven Längsschnittstudie im Drogenkonsumraum in Essen untersuchten daher Scherbaum und Kollegen (2010) an 129 im Untersuchungszeitraum neu registrierten Drogenkonsumraumnutzern, ob das Aufsuchen der Einrichtung mit einem verringerten Risikoverhalten und einer erhöhten Vermittlung in weiterführende Behandlungen in Zusammenhang steht. Der typische Konsumraumnutzer in der Untersuchung war männlich, 31 Jahre alt, alleinstehend, ohne Berufsausbildung und hatte eine langjährige Geschichte intravenösen Opioidkonsums im Kontext multiplen Substanzkonsums. Die Länge des regelmäßigen Besuchs der Einrichtung betrug im Median fünf Wochen. Ein regelmäßiger und durchgängiger Besuch des Konsumraums über den gesamten Untersuchungszeitraum von 6 Monaten nach der Baseline-Befragung wurde nur bei neun Klienten (7%) beobachtet. 29 Klienten (22%) besuchten den Konsumraum für mehr als drei Monate, 26 Klienten (20%) für einen Monat, weitere 29 Klienten (22%) nutzten die Einrichtung weniger als eine Woche, davon 20 nur ein einziges Mal. Die Anzahl der Besuchstage pro Klient über den Beobachtungszeitraum von sechs Monaten bewegte sich somit zwischen 1 und 122, mit einem Median von neun Tagen (Mittelwert: 19 ± 24 Tage). Die häufigsten Gründe, den Konsumraum nicht mehr aufzusuchen waren die Vermittlung in eine Weiterbehandlung (37%), darunter vorwiegend die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung, oder eine Inhaftierung (17%). Bei 27 Klienten (21%) blieben die Gründe unklar und zwei Personen verstarben (einer durch Suizid, einer aus unbekanntem Gründen). Bei der Analyse drogenbezogenen Risikoverhaltens zeigte sich, dass der Anteil der Klienten, die außerhalb des Konsumraums Drogen gebraucht hatte und/oder nicht-sterile Konsumutensilien benutzt hatte, nahezu unverändert bei etwa 50% blieb. Auch das Teilen von Spritzbestecken blieb bei einem Anteil von 20% stabil. Das Aufsuchen eines Drogenkonsumraums ging also nicht mit einer Reduktion von Risikoverhaltensweisen einher. Vorsichtig als Erfolg könne laut Aussage der Autoren jedoch die Vermittlung von 37% der befragten Klienten in eine weiterführende Behandlung gewertet werden. Insgesamt müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden, da es sich um eine kleine, nicht repräsentative Stichprobe handelt und keine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen werden kann. Dennoch zeigt die Studie als eine der wenigen ihrer Art, dass Wirksamkeitsstudien im niedrighwelligen Bereich möglich sind.

Die Deutsche AIDS-Hilfe führte im Jahr 2009 eine bundesweite Erhebung zu Drogenentfällen in Konsumräumen durch, um besser einschätzen zu können, welchen Beitrag Konsumräume

zur Vermeidung drogenbedingter Todesfälle leisten können. Es beteiligten sich 13 Einrichtungen aus elf Städten und somit die Hälfte aller Konsumräume in Deutschland. Im sechsmonatigen Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 266 Drogennotfälle dokumentiert, von denen 263 ausgewertet werden konnten. 139 Fälle (53%) wurden dabei als „leicht“ oder „mittelschwer“ eingestuft, 124 (47%) als „schwer“ oder „lebensbedrohlich“. Laut Autor könne man davon ausgehen, dass somit 47% der Betroffenen in einem anderen Umfeld (z.B. der eigenen Wohnung oder im öffentlichen Raum) den Notfall mit großer Wahrscheinlichkeit nicht überlebt hätten und das kompetente Eingreifen der Konsumraummitarbeiter in diesen Fällen Leben gerettet habe (Schäffer & Stöver 2011).

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Safer-Use-Angebote

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrighschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und –risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrighschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt.

Im Berichtszeitraum gab es einige Projekte, die versuchten, Informationslücken zum Angebot von Spritzentauschprogrammen und anderen Safer-Use-Maßnahmen in Deutschland zu schließen.

Das Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in 2010 geförderten Projekts „Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland. Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen - eine Bestandsaufnahme“ vom IFT Institut für Therapieforschung war eine systematische Zusammenstellung verfügbarer Informationen zu Maßnahmen und Vorgehensweisen im Bereich Safer Use und Safer Sex für Drogenkonsumenten auf Bundes- und Landesebene sowie in ausgewählten Städten. Ein Gesamtüberblick war weder auf Ebene des Bundes noch der Bundesländer verfügbar. Eine regelmäßige und systematische Erfassung der Angebote zu Safer Use auf Landesebene oder zusammenfassende Statistiken existieren nur in Ausnahmefällen (z.B. Erfassung zur Ausgabe von Spritzen in Nordrhein-Westfalen durch die AIDS-Hilfe). Es bestehen erhebliche regionale, kommunale und trägerbezogene Unterschiede im Vorgehen und bei der Umsetzung entsprechender Angebote. Eine endgültige Bezifferung der in Deutschland existierenden Angebote zu Safer Use und Safer Sex für Drogenkonsumenten war auf der Grundlage der erhobenen Informationen im Rahmen der Untersuchung nicht möglich. Abbildung 7.1 zeigt aber die Verfügbarkeit von Spritzentauschangeboten auf Landkreisebene im Sinne bestätigter Angebote, die durch die befragten Experten benannt oder im Rahmen einer ergänzenden Internetrecherche identifiziert wurden. Demnach gibt es in 114 von insgesamt 429 Landkreisen und kreisfreien Städten (26,6%) mindestens ein Angebot zur Spritzenvergabe (einschließlich Automaten).

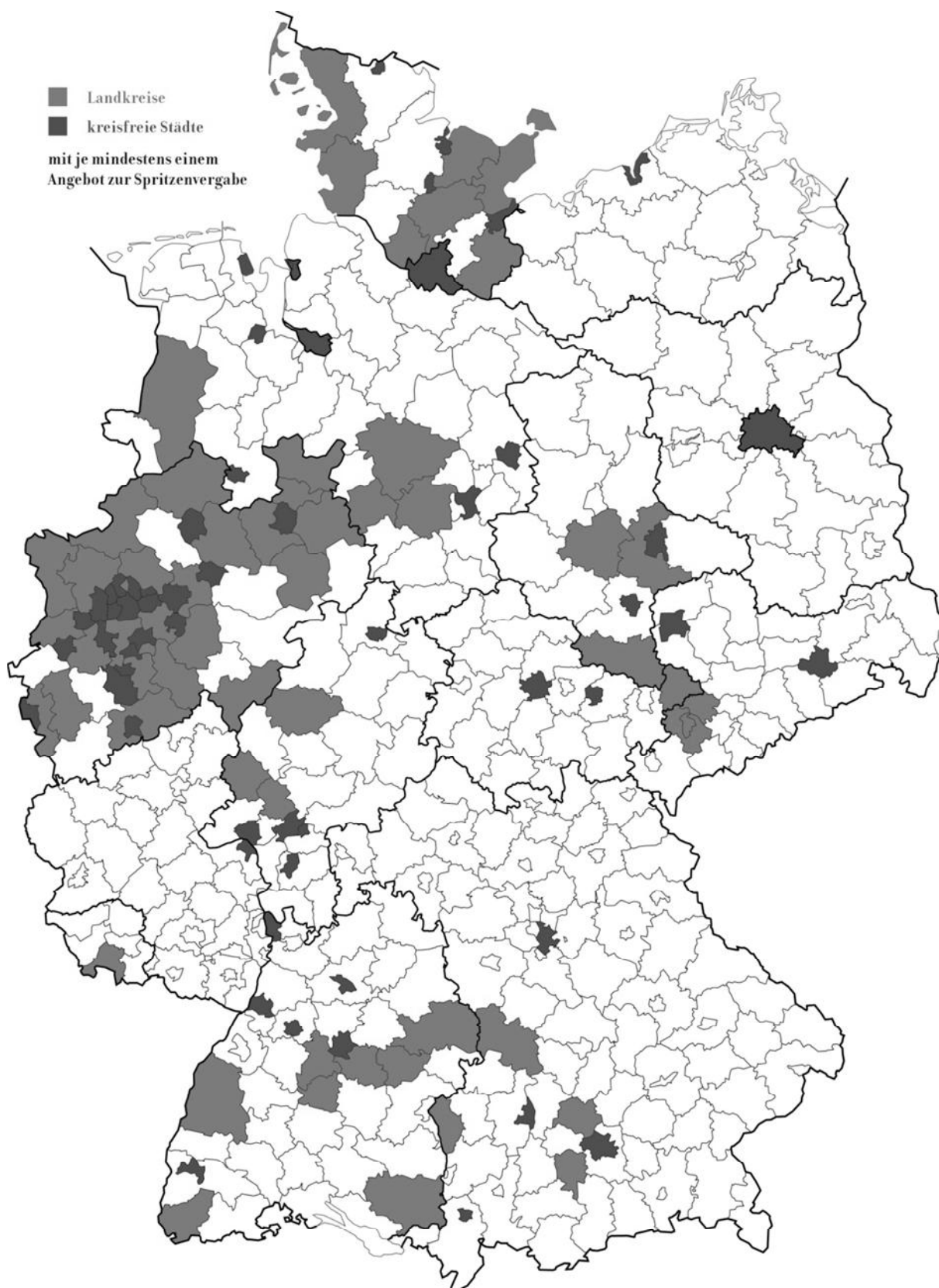


Abbildung 7.1 Verfügbarkeit von Angeboten zur Spritzenvergabe (inklusive Automaten) auf Landkreisebene auf Basis der Angaben der Länderexperten sowie einer ergänzenden Internetrecherche

Die Datenlage zur Menge abgegebener Safer-Use-Utensilien auf Einrichtungsebene ist demgegenüber relativ gut (zahlreiche Jahresberichte, Einrichtungsstatistiken). Es existieren jedoch keine systematischen Daten zur Nutzung der Maßnahmen durch die Zielgruppe. Insgesamt fehlen Daten zum existierenden Bedarf, die eine notwendige Voraussetzung zur Bewertung der Angebote darstellen. Auch übergreifende Standards zur Durchführung von Safer-Use- und/oder Safer-Sex-Maßnahmen konnten nicht identifiziert werden.

Basierend auf der Einschätzung der befragten Experten aus den Bundesländern wird das Gesamtangebot von Safer-Use-Maßnahmen mehrheitlich als unzureichend beurteilt. Einschränkend muss man anmerken, dass das Wissen der Experten der Suchthilfe zur Verfügbarkeit entsprechender Angebote auf Landesebene ausgesprochen heterogen ist. Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Safer-Use-Angeboten besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Mehrheit der injizierenden Drogenkonsumenten vermutlich in Ballungszentren lebt. Dennoch werden von den Experten insbesondere im ländlichen Raum zum Teil deutliche Versorgungsdefizite benannt. Ausschließlich die Verfügbarkeit von Informationsmaterial wird grundsätzlich positiv beurteilt. Die Durchführung von Trainings zum Safer Use stellt dagegen die absolute Ausnahme dar. Aus Expertensicht besteht zudem ein besonderes Versorgungsdefizit im Strafvollzug. Neben der Suchthilfe existieren wichtige andere Institutionen, die Safer-Use- und Safer-Sex-Angebote unterhalten (vor allem die AIDS-Hilfen, aber auch Gesundheitsämter, Jugendhilfe, Ärzte und vereinzelt auf Justizvollzugsanstalten). Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass insbesondere auf Landesebene kaum einen systematischen Informationsaustausch zwischen der Suchthilfe und anderen Anbietern gibt.

Arztpraxen und Apotheken stehen (häufig regelmäßig) in Kontakt mit der Zielgruppe intravenös konsumierender Drogengebraucher. In welchem Ausmaß Apotheken und Ärzte aktive Angebote im Bereich Safer Use (abgesehen von der ad hoc Informationsvermittlung und vom Verkauf von Spritzen durch Apotheken) unterhalten, bleibt unklar. Die Befragung von Experten und eine nicht-repräsentative Umfrage in Apotheken ergab, dass es sich - sofern solche Angebote existieren - um Einzelinitiativen handelt.

Hinweise auf eine systematische Evaluation der Angebote zu Safer Use liegen praktisch nicht vor. Fundierte Prozess- oder Ergebnisevaluationen wurden im Rahmen des Projekts nicht berichtet (Flöter et al. 2011).

Weitere Informationen und die abgeleiteten Empfehlungen können dem Abschlussbericht entnommen werden, der auf www.dbdd.de zur Verfügung steht. Informationen finden sich außerdem in Standardtabelle 10.

Regional für die Stadt Berlin hat der Verein Fixpunkt e.V. im Jahr 2009 ein Projekt zur Evaluation der Spritzenvergabe durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass nur ein geringer Anteil des Spritzenbedarfs von injizierenden Drogenkonsumenten über Einrichtungen der Drogenhilfe oder Spritzenautomaten gedeckt wird (ca. 20 Prozent). Kontaktläden/Mobile und eine Drogenberatungsstelle spielen dabei die wichtigste Rolle. In mehreren Berliner Bezirken existiert kein Konsumutensilien-Vergabeangebot. Die bestehenden Vergabestellen sind

durchschnittlich 25 Stunden pro Woche zugänglich. Zum Standard- bzw. Basis-Angebot zählen Spritzen, Kanülen und Alkoholtupfer und fast immer auch Ascorbinsäure. Die Hälfte der antwortenden Einrichtungen hält darüber hinaus ein erweitertes Angebot vor und bieten auch Filter und Stéricups im Verkauf oder im Tausch an. Einige Einrichtungen verkaufen zudem weitere Konsumutensilien wie Feuerzeuge oder Ohrenstöpsel. Große Spritzen, die zur Injektion von Methadon verwendet werden, sind - wenn überhaupt - nur im Tausch gegen gebrauchte große Spritzen erhältlich. Alle Einrichtungen offerieren den Klienten des Spritzenvergabe-Angebots mündliche und schriftliche Informationen zu einem umfangreichen Themenspektrum mit den Schwerpunkten Infektionskrankheiten, Safer Use, Drogen und Suchtmittelabhängigkeit. Fast alle Einrichtungen können an Einrichtungen, die ebenfalls Spritzenutensilien ausgeben, weiter verweisen. Die innerbetriebliche Organisation der Konsumutensilienvergabe ist im Grundsatz, aber nicht immer im Detail geklärt. Beim Arbeitsschutz existieren gute Grundlagen, jedoch ist Verbesserungspotential z.B. bezüglich arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen und Impfangeboten für Mitarbeiter festzustellen (Fixpunkt e.V. 2011, persönliche Mitteilung).

Insbesondere Spritzenautomaten können sicherstellen, dass sich Drogenkonsumenten rund um die Uhr mit sterilen Konsumutensilien versorgen können. Mit etwa 160 Spritzenautomaten verfügt Deutschland weltweit über die größte Anzahl von Spritzenautomaten. Im Jahr 2009 wurden auf diesem Weg etwa 380.000 Schachteln mit Spritzen, Nadeln und Zubehör abgegeben. Dennoch kann nicht von einem flächendeckenden Angebot gesprochen werden - in sechs Bundesländern gibt es nach wie vor keine Standorte. Nur Nordrhein-Westfalen (mit etwa 100 Automaten) und Berlin (17 Automaten) verfügen über ein gut ausgebautes Netz. Im Rahmen des Projekts „Spritzenautomaten jetzt“ der Deutschen AIDS-Hilfe, gefördert durch das BMG, sollen daher seit 2009 Mitarbeiter von Drogen- und AIDS-Hilfen sowie Behörden über die Potentiale dieses Angebots informiert und zur Aufstellung weiterer Automaten motiviert werden. Den Kern des Projekts stellt die Internetseite www.spritzenautomaten.de dar. Ab Herbst 2011 soll zudem, zunächst modellhaft in Berlin, die Akzeptanz und Inanspruchnahme eines Angebots von „Safer-Use-Informationen via Spritzenautomaten“ (in Form von „Beipackzetteln“) erprobt werden (Deutsche AIDS-Hilfe, persönliche Mitteilung).

Insgesamt gibt es nur wenige Studien, die die Effektivität der Vermittlung von Safer-Use-Informationen untersucht haben. In einer kleinen Studie in einem Konsumraum des Vereins INDRO e.V. in Münster, wurde anlässlich der Erweiterung des Angebots um zweiteilige Tuberkulinspritzen (als Alternative zu den bis dahin ausgegebenen einteiligen Insulinspritzen, die eigentlich für eine subkutane Injektion konzipiert sind und beim intravenösen Konsum diverse Gesundheitsrisiken bergen) und damit verwendbare sterile Einwegfilter (als Alternative zu Zigarettenfiltern) 39 Klienten vor und nach der Einführung dieser Utensilien und der begleitenden Safer-Use-Beratung befragt. Zu Beginn der Studie verwendeten 77% der befragten Personen die Insulinspritzen immer oder oft für eine intravenöse Injektion, vier Wochen später nur noch 46%. 36% verwendeten die Insulinspritze dagegen zu diesem Zeitpunkt selten oder nie, sondern gebrauchten stattdessen meistens

die Tuberkulinspritze. Die spezifischen gesundheitlichen Risiken des Gebrauchs der Insulinspritze waren nach Ende der Befragung 29 Konsumenten (74%) bekannt, während diese zu Beginn der Untersuchung nur 16 Personen (41%) bewusst gewesen waren. Der sterile Einmalfilter war hingegen schon zu Beginn der Studie den meisten (87%) der Befragten bekannt gewesen, da jedoch eine Nutzung in Kombination mit der Insulinspritze nicht möglich ist, hatten die meisten Konsumenten bisher nur Zigarettenfilter benutzt. Nach der gezielten Vermittlung der Safer-Use-Informationen ergab die zweite Erhebung eine Steigerung der Bekanntheit auf 97%. 85% wussten über die Vorteile des Einmalfilters bescheid. Insgesamt gaben im zweiten Fragebogen 92% der Befragten an, dass Safer-Use-Botschaften während der Studie bei ihnen Veränderungen bewirkt hätten. Die Autoren folgern, dass die Safer-Use-Beratung eine effektive Methode war, um vielen Konsumenten risikominimierende Varianten des intravenösen Drogengebrauchs aufzuzeigen und so Verhaltensänderungen zu bewirken (Manthe & Vogt 2011).

Prävention und Behandlung von HIV und Hepatitis bei Drogenkonsumenten

Mit dem vom BMG geförderten Modellprojekt „TEST IT“ wurde Drogenkonsumenten in Dortmund ein niedrigschwelliger Zugang zu einem HIV-Testangebot angeboten. Das Testangebot wurde in eine HIV-Beratung einschließlich eines Risikochecks eingebunden. Für den eigentlichen Test wurde ein sogenannter „Schnelltest“ verwendet, bei dem bereits nach ca. 20 Minuten ein Ergebnis vorliegt. Das Projekt wurde im Jahr 2010 von der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Dortmund und der Dortmunder Drogenhilfeeinrichtung „KICK“ durchgeführt. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum von acht Monaten bei einem zweimal wöchentlichen Angebot 185 Testberatungen und 179 Tests durchgeführt. Davon wurden insgesamt 17 als Wiederholungstests ein halbes Jahr nach der Ersttestung durchgeführt. Von den 162 erstmalig getesteten Personen waren 6 HIV-positiv (3,7%). Es wurde deutlich, dass bei einer relativ großen Anzahl von Personen riskantes Verhalten sowohl hinsichtlich Unsafe Use wie auch Unsafe Sex berichtet wird. Die am häufigsten genannte Risikosituation war ungeschützter Geschlechtsverkehr mit unbekanntem Personen oder Gelegenheitspartnern - oft im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Den meisten Befragten war dabei der HIV-Status des Partners nicht bekannt. Schlussfolgerungen aus dem Projekt sind, dass das Angebot eines Schnelltests in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen offenbar die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass i.v. Drogenkonsumenten davon Gebrauch machen. Die Bereitschaft der Betroffenen während des Projekts, sich in eine Beratung zu begeben und diese auch unaufgefordert ein weiteres Mal aufzusuchen, ist ein Hinweis darauf, dass die Möglichkeiten niedrigschwelliger Angebote noch nicht systematisch ausgeschöpft werden. Aufgrund der Tatsache, dass ein vertrautes Umfeld von den Betroffenen als wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme des Angebots wahrgenommen wird, ist es im Rahmen des Projekts nicht gelungen, Konsumenten aus anderen Dortmunder Einrichtungen zur Teilnahme zu motivieren. Daher werden in einer Follow-up-Phase Kooperationsmodelle mit anderen Einrichtungen erprobt. (Deutsche AIDS-Hilfe, persönliche Mitteilung sowie (Schäffer & Stöver 2011).

Anknüpfend an die Erfahrungen in Dortmund wurde 2011 auch in Berlin im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe und gefördert durch den MacAids Fund vom Berliner Suchthilfeträger Fixpunkt e.V. ein „TEST IT“-Projekt durchgeführt, das Drogenkonsumenten ein niedrigschwelliges und anonymes Test-Angebot zu HIV und Hepatitis C sowie ein entsprechendes Beratungsangebot zur Verfügung stellt. Ergebnisse liegen noch nicht vor (Fixpunkt e.V., persönliche Mitteilung).

In einer anonymen Befragung von über 2.300 aktiv in der Substitution tätigen Ärzten untersuchten Reimer und Kollegen unter anderem auch die Häufigkeit infektiologischer Behandlungen sowie Hinderungsgründe für entsprechende Angebote. Die Rücklaufquote betrug 30% und resultierte somit in 700 ausgefüllten Fragebögen. Die Testung der Patienten auf HIV/HCV (Hepatitis C) wird von 37% der Teilnehmer regelhaft durchgeführt, 10% testen alle 6 Monate, 30% alle 12 Monate und 40% nur auf klinischen Verdacht. Häufige Vor- und Nachsorgemaßnahmen bei drogenassoziierten Infektionskrankheiten sind das ärztliche, informative Gespräch (83%), eine Überprüfung der Behandlungsfähigkeit (77%) und eine Aufklärung über die Infektionswege (63%). In ca. 25% der Einrichtungen wird eine antiretrovirale HIV-Therapie und in ca. 50% eine antivirale HCV-Therapie angeboten. Die HIV-Behandlungsrate beträgt 78,5%, die HCV-Behandlungsrate 12,7%. Häufige patientenbezogene Ausschlussgründe von der infektiologischen Therapie sind eine mangelnde Therapieadhärenz (46%), eine psychiatrische Komorbidität (36%) und zu erwartende Nebenwirkungen (21%). Strukturelle Gründe dafür, keine Infektionsbehandlung aufzunehmen sind unzureichende fachliche Erfahrung (HIV 51%; HCV 27%), hohe Therapiekosten (HIV 24%; HCV 18%) und unkalkulierbare Behandlungsrisiken (HIV 20%; HCV 13%). Erleichternde Faktoren für die Initiierung einer infektiologischen Behandlung sind dagegen eine gesicherte Finanzierung (HIV 28%; HCV 32%), spezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (HIV 26%; HCV 27%) und eine Verbesserung der Vernetzung mit Kompetenzpartnern (HIV 22%; HCV 24%). Die Rate der jährlichen HCV-Behandlungen lag in dieser Befragung mit 12,7% leicht über dem Niveau anderer Studien in diesem Bereich. Allerdings konnte auch in dieser Untersuchung keine HCV-Behandlungsrate identifiziert werden, die ausreichen würde, um die HCV-Durchseuchungsrate unter Drogenabhängigen durch die Reduktion weiterer Transmissionen entscheiden zu verringern (Reimer et al. 2010a).

In der bundesweiten multizentrischen Beobachtungsstudie SUPPORT, in der 242 Datensätze von opioidabhängigen, substituierten Patienten ausgewertet werden konnten, wurden Faktoren untersucht, die einen Einfluss auf die Haltequote in einer HCV-Therapie haben. Die Ergebnisse zeigen, dass bestimmte Parameter wie das Geschlecht (mehr Frauen als Männer beenden die Therapie), der HCV-Genotyp und psychiatrische Komorbidität einen Einfluss auf die Compliance der substituierten Patienten haben können. Die Befunde der Studie deuten darauf hin, dass Patienten mit ungünstigeren Voraussetzungen während der antiviralen HCV-Therapie intensiver betreut werden müssen. Eine stabile Substitution und das damit verbundene Setting reichen allein anscheinend nicht aus, diese Patienten erfolgreich durch die Therapie zu führen. Vielmehr müssen psychiatrische und somatische

Komorbidität vor Beginn der HCV-Therapie detailliert analysiert und in die Therapieplanung mit einbezogen werden (Apelt et al. 2010).

Die PERMIT-Studie (Psychoeducation reaches methadone / buprenorphine substituted patients in antiviral treatment), deren Abschlussbericht 2010 vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg vorgelegt wurde, untersuchte den Einfluss einer begleitenden Psychoedukation auf die Haltequote von substituierten Patienten in einer kombinierten Hepatitis-C-Behandlung mit Interferon/Ribavirin. Dazu wurden in einer naturalistischen, multizentrischen Studie zwei Gruppen verglichen, die eine kombinierte Therapie von PEG-IFN- α (pegyliertes Interferon- α) und RBV (Ribavirin) erhielten - eine Gruppe mit einer zusätzlichen Psychoedukation von 12 bzw. 20 Stunden, eine Gruppe ohne zusätzliche Intervention. An der Studie nahmen insgesamt 24 Prüfzentren mit 26 Prüfärzten teil, die Psychoedukation wurde in sieben Suchtschwerpunktzentren durchgeführt, die Stichprobe bestand aus 189 Studienteilnehmern, die im Mittel 36,4 Jahre alt und zumeist männlich waren. Insgesamt konnten 72,5% über die gesamte Studienzeit (24- oder 48-wöchige Therapiedauer plus 24-wöchige Nachbeobachtungsphase) gehalten werden. Es zeigte sich ein Unterschied in der Haltequote zwischen den Teilnehmern an der Psychoedukation (78%) und den Nicht-Teilnehmern (68,2%), dieser wurde aber nicht signifikant. Die Überlegenheit der Psychoedukationsgruppe bezüglich der Haltequote konnte also (möglicherweise aufgrund einer zu kleinen Stichprobe) nicht bestätigt werden. Allerdings ließ sich tendenziell beobachten, dass die Psychoedukation bei längerer Anwendung eine Wirksamkeit aufwies. So wurde laut Autoren deutlich, dass die Teilnehmer umso mehr von der psychoedukativen Intervention profitierten, je länger sie daran teilnahmen. Insgesamt lag die beobachtete Haltequote auf einem mit anderen Studien vergleichbaren Niveau und unterstützt somit die Erkenntnis des stabilisierenden Effekts der Substitutionsbehandlung auf eine antivirale Hepatitis-C-Therapie. Das Konzept der Psychoedukation wurden von den beteiligten Praxen als gewinnbringend beurteilt und wird zum Teil über die Studie hinaus fortgeführt (Reimer et al. 2010b,c).

7.4 Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten

Die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. hat im Oktober 2010 im Rahmen ihrer 22. Netzwerktagung ihre Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) von 2007 bezüglich ihrer Praxistauglichkeit diskutiert und entsprechend ergänzt. Hintergrund ist, dass sich bei Suchtkranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine überproportionale Häufung des adulten ADHS finden lässt, es bisher jedoch kaum kontrollierte Studien zur Behandlung dieser Zielgruppe gibt. Die Autoren plädieren in ihren Empfehlungen insbesondere für eine sorgfältige und umfangreiche Diagnostik, die z.B. den Nachweis der Symptomatik bereits im Kindes- und Jugendalter in mindestens zwei voneinander unabhängigen Lebensbereichen beinhaltet. Es wird darauf hingewiesen, dass charakteristische ADHS-Symptome auch substanz- bzw. entzugsbedingt auftreten können und daher eine Diagnose grundsätzlich fachärztlich (insbesondere psychiatrisch) abgesichert

werden sollte. Auch sollte nach der Diagnosestellung anhand des Ausmaßes der Beeinträchtigungen die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit geklärt werden. Zielsymptome und Schweregrad sollten über den gesamten Behandlungsverlauf sorgfältig dokumentiert werden. Die Pharmakotherapie sollte in ein multimodales Behandlungskonzept (kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Entspannungsverfahren) eingebettet sein. Bezüglich der Wahl eines Medikaments sollte bei Abhängigkeitskranken zunächst auf Nicht-Stimulanzien zurückgegriffen werden. Da bislang keine gut gesicherte Evidenz für den Nutzen einer Methylphenidat-Behandlung bei Suchtkranken mit einem ADHS vorliegt, sollten Stimulanzien nur in gut dokumentierten Ausnahmefällen eingesetzt werden (BAS 2010).

8 Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

8.1 Überblick

Drogenkonsum steht häufig in Zusammenhang mit schwierigen familiären und persönlichen Lebensumständen. Der Drogenkonsum kann dabei einerseits Folge dieser Bedingungen sein, andererseits aber auch zur Verschlechterung der Zukunftsaussichten der Konsumenten beitragen. Die sozialen Rahmenbedingungen, unter denen Drogenkonsum stattfindet, zeigen die Marginalisierung insbesondere bei intensiv Konsumierenden.

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opioidabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik, den Länderkurzberichten und aus den regionalen Monitoringsystemen in Hannover, Frankfurt/M. und Hamburg.

8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zu Klienten ambulanter Einrichtungen haben 18,3% der Klienten mit einer primären Opioidproblematik (16,8% der Klienten mit primärer Kokainproblematik und 25,8% der Cannabisklienten bei Beginn der Betreuung (noch) keinen Schulabschluss (11,5% der Cannabisklienten sind zu Beginn der Betreuung noch in Schulausbildung). Fast zwei Drittel der Klienten mit primärer Opioidproblematik (63,6%) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos und jeweils etwas mehr als ein Drittel (37,6% bzw. 39,7%) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen (Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung praktisch nichts. Während dies bei vielen Cannabisklienten am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle (insbesondere die Opioidklienten) häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b).

Im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (Oechsler et al. 2010) wurden im Jahr 2009 insgesamt 5.023 Opioidklienten (2008: 5.089) registriert, die ambulante Hilfe in Anspruch nahmen. Von diesen lebten zwar 78% (2008: 82%) in stabilen Wohnverhältnissen, allerdings waren 70% (2008: 69%) arbeits- bzw. erwerbslos. Insgesamt hatten 89% (2008: 87%) mindestens einen primären Schulabschluss, aber nur 65,9% auch eine abgeschlossene Berufsausbildung.

In der hessischen Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (COMBASS) 2009 gestaltet sich die soziale Situation der Opioidklienten ähnlich: 81% leben in eigener Wohnung oder bei Angehörigen/Eltern, 85% haben zumindest einen primären Schulabschluss oder befinden sich noch in schulischer Ausbildung, 74% sind allerdings ohne Arbeit (Werse et al. 2010a).

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor (2010: N=26). Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2010 niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchten, noch schlechter als in anderen Hilfebereichen. Wie in Tabelle 8.1 zu sehen ist, liegen die Werte für fehlenden Schulabschluss, Arbeits- und Wohnungslosigkeit bei allen Substanzen noch deutlich höher als bei den Klienten in ambulanter Betreuung. Die vorliegenden Daten sind aber nur eingeschränkt interpretierbar, da die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=26 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland wiedergibt (vgl. Kapitel 5.2) und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011d).

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2010)

Hauptdiagnose	Ambulante Betreuung			Niedrigschwellige Einrichtungen		
	Ohne Schulabschluss ¹⁾	Arbeitslos ²⁾	Ohne Wohnung ²⁾	Ohne Schulabschluss ¹⁾	Arbeitslos ²⁾	Ohne Wohnung ²⁾
	%			%		
Alkohol	6,6	41,3	0,5	8,4	52,0	4,6
Opioide	18,3	63,6	2,5	23,4	73,2	12,8
Cannabinoide	25,8	37,6	0,8	45,8	44,1	4,1
Sedativa/Hypnotika	6,8	36,9	0,5	0,0	44,4	0,0
Kokain	16,8	39,7	1,0	30,2	65,9	10,0
Stimulantien	15,6	45,5	1,2	23,5	55,9	14,3
Halluzinogene	26,1	39,8	1,1	100,0 ^{*)}	100,0 ^{*)}	0,0
Tabak	17,9	17,9	0,3	36,0	30,8	0,0
Flücht. Lösungsmittel	32,6	41,2	3,7	0,0	0,0	0,0
Mult./and. Subst.	17,4	48,3	0,6	0,0	0,0	0,0

1) Oder in Schulausbildung.

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

*) n=1

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b, Pfeiffer-Gerschel et al. 2011d.

8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

Es liegen keine aktuellen Daten zum Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen vor.

8.3 Soziale Reintegration

Das in den letzten Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit

Substanzstörungen geschaffen. Genaueres hierzu findet sich in den REITOX-Berichten 2005, 2007 und 2008.

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

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurden neben Eltern-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation auch die Leistungen in der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen.

Laut einer aktuellen Befragung der Bundesländer für das Bezugsjahr 2010 gibt es 105 Einrichtungen (Angaben aus 14 Bundesländern) mit insgesamt 911 Plätzen (Angaben aus 13 Bundesländern), die eine teilstationäre/ganztägig ambulante Rehabilitation für Suchtmittelabhängige anbieten. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für diese Klientel werden von 327 Einrichtungen (Angaben aus allen 16 Bundesländern) mit 13.256 Plätzen (Angaben aus 14 Bundesländern) angeboten. Informationen zu teilstationären Einrichtungen der Sozialtherapie liegen aus elf Bundesländern vor. Insgesamt gibt es in diesen Bundesländern 112 Einrichtungen dieser Art mit 1.206 Plätzen (Angaben aus zehn Bundesländern). Eine Differenzierung zwischen Klienten mit einer (illegalen) Drogenproblematik und anderen ist allerdings für keines dieser Angebote möglich (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011).

8.3.1 Unterkunft

Für Drogenabhängige steht eine Reihe von Angeboten zur Verfügung, um eine bestehende Wohnungslosigkeit zu überbrücken. Eine aktuelle Befragung der Bundesländer für das Bezugsjahr 2010 ergab, dass in 12 Bundesländern, die Angaben dazu machen konnten, 465 Angebote für ambulant betreutes Wohnen mit 12.962 Plätzen vorgehalten werden. Den Übergang zwischen stationärer Behandlung und einem vollständig eigenständigen Leben sollen Adaptionseinrichtungen erleichtern. Adaptionbehandlungen sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Patienten halten sich in Adaptionseinrichtungen ganztägig auf und werden dort behandelt. Das Behandlungsangebot ist auf die Wiederherstellung der Arbeits- und Alltagsfähigkeit der Patienten ausgerichtet. Eine Behandlungsteilnahme kommt für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration bzw. mit entsprechendem Gefährdungspotenzial in Betracht. Adaptionbehandlungen können entweder als integrierte Adaptionbehandlungen in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen, so genannten solitären Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden. Von diesen Adaptionseinrichtungen gibt es bundesweit 115 (Angaben aus allen Bundesländern), die insgesamt 1.277 Plätze für Suchtmittelkranke zur Verfügung stellen (Angaben aus 15 Bundesländern). Auch stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie, bei denen es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII §§ 53 ff. oder §§ 67 ff. handelt, bieten mindestens vorübergehend eine Unterkunft für Suchtmittelabhängige. Dafür existieren 268

Einrichtungen (Angaben aus 12 Bundesländern) bzw. 10.794 Plätze (Angaben aus 13 Bundesländern). Wie bereits unter 8.3 erwähnt, erfolgt jedoch keine Differenzierung nach illegalen und legalen Substanzen.

8.3.2 Bildung, berufliche Ausbildung

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

Komplementär zur Behandlung werden drogenabhängigen Menschen in vielen Einrichtungen Förderprogramme angeboten, die dem Training der schulischen Fähigkeiten, der Verbesserung der Ausbildung oder Orientierung im Berufsleben dienen. Darüber hinaus ist es möglich, im Rahmen externer Schulprojekte Schulabschlüsse nachzuholen. Berufsausbildungen werden durch enge Kooperationen mit Handwerk und Industrie ermöglicht. In Anbetracht der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit und der eher rückläufigen Mittel für diesen Bereich zeichnet sich bislang keine Verbesserung der Lage ab.

8.3.3 Beschäftigung

Die ohnehin angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt erschwert suchtkranken Menschen nach ihrer Behandlung eine Integration ins Berufs- und soziale Leben. Die Arbeitslosenquote unter drogenabhängigen Menschen ist extrem hoch - je nach Problemgrad bis zu über 80%. Studien zeigen, dass die soziale und berufliche Integration ein wesentlicher Indikator für eine dauerhafte Abstinenz bei den Betroffenen ist.

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dieser flankierenden Eingliederungsleistungen ist die Suchtberatung (§ 16 a SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II, nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbezug darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor.

Laut Synopse der Länderkurzberichte (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011) existierten 2010 bundesweit 253 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte mit 4.855 Plätzen für alle Personen mit Suchtproblemen (Angaben lagen aus 15 bzw. 13 Bundesländern vor).

In der Zeit vom 01.10.2008 bis 31.10.2009 führte die Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt FAIRE (Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker) durch. Zentrales Ziel von FAIRE M/V war es, durch geeignete Maßnahmen und Dienstleistungsangebote die Kooperation zwischen der Suchtkrankenhilfe (SKH) und den Akteuren der Arbeitsmarktintegration zu verbessern und weiter auszubauen, um so Reibungsverluste bei der Integration und Reintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu minimieren. Weiterhin sollten Grundlagen zur verbesserten Inanspruchnahme von Suchtberatung nach § 16 SGB II geschaffen werden. Um die Ziele zu erreichen, wurden u.a. folgende Veranstaltungen in der 13 monatigen Modellphase organisiert und durchgeführt:

- Netzwerkgespräche
- Inhouse Schulungen für Mitarbeiter der ARGEen in Kooperation mit der regionalen Suchtkrankenhilfe
- FAIRE Schulung (SGB II trifft Praxis)
- FAIRE Fachtag (Erfahrungen und Ergebnisse, Vorstellung von Lösungsansätze aus den anderen neuen Bundesländern)
- Arbeitsgespräche (Rehaklinik – ARGE, Schaffung von Grundlagen für passgenaue Beschäftigungsangebote und qualifizierte Weiterbildungen, übergreifendes Fallmanagement bei Reha-Ende (nahtlose Vermittlung) in den Arbeitsmarkt bzw. Beschäftigungsmaßnahmen)

Der Bedarf an Weiterbildungen und Schulungen wurde durch die große Nachfrage belegt.

Die Intensität der Zusammenarbeit an der Schnittstelle ARGE-Suchtkrankenhilfe stellt sich regional sehr unterschiedlich dar. Die Modellarbeit von FAIRE MV hat ergeben, dass für Vermittlungen aus der Rehabilitation Verbesserungen erfolgen müssen (z. B. ist der Transfer der Ergebnisse und Erfahrungen aus der Arbeitstherapie nicht gewährleistet. Dabei erweist sich auch das Territorialprinzip der ARGEen als hinderlich). Als positiv sind in einer Region Modelle eines überlappenden Fallmanagements mit einer Stiftung, der Volkssolidarität und der optierenden Kommune herauszustellen. Im Jahre 2010 wurde eine ähnlich Maßnahme durch die Landesstelle durchgeführt (Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e.V. 2011, persönliche Mitteilung).

Um die berufliche (Re-)Integration drogenabhängiger Menschen in einer Substitutionsbehandlung zu fördern, wurden in Rheinland-Pfalz zwei Modellprojekte zur einzelfallbezogenen Steuerung und Koordination der notwendigen Hilfen und der Intensivbetreuung eingerichtet. Im Landkreis Mayen-Koblenz wurde das Projekt „Assistierte Integration substituierter Drogenabhängiger in den Arbeitsmarkt“ (AIDA) und im Landkreis Bad Kreuznach das Projekt „Intensivbetreuung substituierter Drogenabhängiger zur Integration in den Arbeitsmarkt und unterstützten Lebensführung“ (IDIAL) eingerichtet. An den Projekten können jeweils 20 Personen teilnehmen.

In beiden Projekten erfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Jobcentern, der psychosozialen Begleitung durch die Suchtberatungsstelle sowie den substituierenden Ärzten. Zwischen den beteiligten Institutionen findet ein regelmäßiger Informationsaustausch statt, wodurch die Vernetzung der bestehenden Hilfesysteme sichergestellt und eine enge Begleitung der Klienten möglich wird.

Eine zentrale Rolle in beiden Projekten kommt dabei den beiden pädagogischen Fachkräften zu, welche die Klienten betreuen und bei denen die Informationen der beteiligten Institutionen zusammenfließen. Von den Fachkräften wird eine aufsuchende, ambulante Einzelfallhilfe praktiziert, wodurch den drogenabhängigen Menschen ein einfacherer Zugang zu den verschiedenen Hilfesystemen ermöglicht wird. Zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört die Unterstützung der Klienten bei der Berufsfindung, das Coaching und praktische Hilfe bei der Lebensführung, die Akquise von Praktikumsplätzen bzw. Arbeitsplätzen und die Nachbetreuung zur Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation.

Die finanzielle Förderung erfolgt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, der Jobcenter und des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie 2011, persönliche Mitteilung).

Förderung durch die Rentenversicherung

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherungsträger wurde im Zuge der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationsangebote zum festen Bestandteil der Behandlung Suchtkranker. Sie beinhaltet z.B. indikative Gruppen zu Arbeitslosigkeit und Trainings für die Bewerbung um einen Arbeitsplatz. Grundsätzlich ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit das zentrale Ziel der Rentenversicherung bei der Behandlung von Suchtkrankern. 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.

Ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitation und Arbeitsverwaltung stellt die Kooperationsvereinbarung „Erbringung von Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen“ zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland und den Regionaldirektionen Sachsen-Anhalt und Thüringen der Bundesagentur für Arbeit August 2010 dar. Ziel ist die Öffnung eines neuen Zugangs zur Suchtrehabilitation aus der Arbeitsverwaltung, damit Therapiebedürftige zum einen möglichst früh, zum anderen mit möglichst wenig institutionellen „Reibungsverlusten“ eine Suchtrehabilitation antreten können (Ministerium für Arbeit und Soziales, persönliche Mitteilung 2011).

Soziale Hilfen und Unterstützung

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

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

9.1 Überblick

Da 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.

9.2 Drogenbezogene Kriminalität

9.2.1 Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 231.007 Rauschgiftdelikte erfasst (2009: 235.842), davon 165.880 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und knapp 50.000 Handelsdelikte. Die drogenbezogene Kriminalität nimmt damit gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 2,1% ab (BMI 2011).

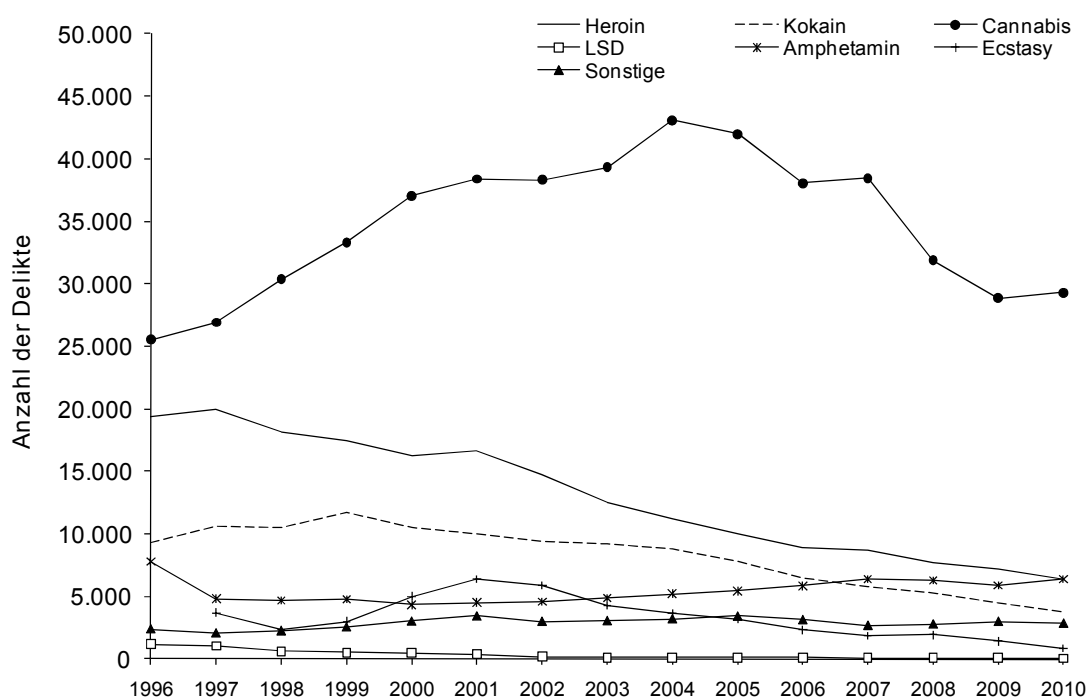
Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2010 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.556 Fälle (2009: 2.479) der direkten Beschaffungskriminalität registriert, was einen Anstieg von 3,1% gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Zahl dieser Delikte ist somit seit 2007 nahezu gleich geblieben. Fast drei Viertel (70,8%) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln (BMI 2011).

Handelsdelikte

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

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (29.306 Delikte, 59,1% aller Delikte; 2009: 28.867 Delikte, 56,6%), mit großem Abstand gefolgt von Heroin (6.403, 12,9%; 2009: 7.205, 14,1%; 2008: 7.687, 13,8%) (Abbildung 9.1). Wie bei Heroin sind Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Kokain (3.763, 7,6%; 2009: 4.522, 8,9%; 2008: 5.278, 9,4%) während der letzten Jahre leicht rückläufig. Seit 2000 steigt der Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an und auch die Fallzahl ist nach einem leichten Rückgang in den letzten beiden Jahren wieder leicht gestiegen. Amphetamine hatten 2010 einen Anteil von 12,8% (6.372 Delikte; 2009: 5.870, 11,5%) an allen Handelsdelikten und liegen damit wie in den vergangenen beiden Jahren auf dem dritten Platz in dieser Rangliste (BMI 2011).



BMI 2011.

Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten

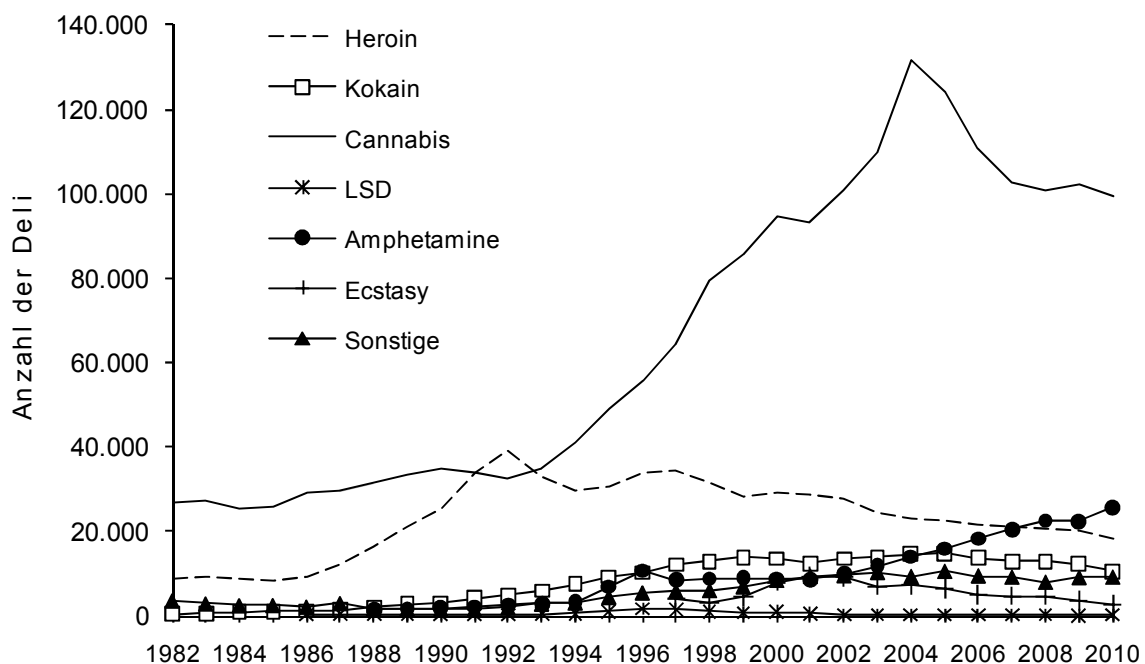
Konsumnahe Delikte¹¹²

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 (Abbildung 9.2).

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2011) zeigt, dass auch bei diesen Delikten vor allem Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 60,0% aller entsprechenden Fälle beruhen auf

¹¹² 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.

Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (11,0%), Amphetamine (15,5%) und Kokain (6,3%) machen zusammen weitere 32,8% der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Die Gesamtzahl 2010 (165.880) ist im Vergleich zum Vorjahr (2009: 169.689) um 2,2% gesunken. Die Zahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen ist von 2009 (22.387) nach 2010 (25.695) um 14,8% gestiegen, womit sich der Trend seit Mitte der 1990er fortsetzt. Bei den Konsumdelikten mit anderen Substanzen gab es entweder minimale Veränderungen (Cannabis: -2,5%; LSD: +8,7%; Sonstige: +1,2%) oder deutliche Rückgänge (Heroin: -9,7%; Kokain: -14,8%; Ecstasy: -26,6%).



BMI 2011.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten

Bei der Polizei, in Krankenhäusern und Psychiatrien wächst die Nachfrage nach Nachweis und Quantifizierung von synthetischen Cannabinoiden, um Fahrtüchtigkeit oder auch Verstöße gegen Abstinenzvereinbarungen überprüfen zu können. Daher haben Dresen und Kollegen (2011) eine Tandem-Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie-Methode nach flüssig-flüssig Extraktion zur Quantifizierung von JWH-015, JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH 200, JWH-250, WIN 55,212-2 und Methanandamid und Identifizierung von a JWH-019 und JWH-020 in menschlichem Serum entwickelt und validiert. Die Methode wurde erfolgreich bei 101 Serumproben von 80 Personen aus Krankenhäusern, Entgiftungsstationen, Maßregelvollzugsanstalten und polizeilicher Obhut angewandt: 57 Proben (56,4%) waren positiv.

Kneisel und Kollegen (2011) haben für fünf zwischen Ende 2009 und November 2010 sichergestellte neue Cannabinoidmimetika massenspektrometrische und, soweit verfügbar, auch infrarotspektroskopische Daten zur Verfügung gestellt. Ihre Darstellung soll die Untersuchung der Rechtsmedizinischen Institute erleichtern, da insbesondere die in der zu diesen Verbindungen publizierten Literatur unzureichenden massenspektrometrischen Daten bei jedem neu erscheinenden Derivat zur Notwendigkeit zeitaufwändiger und umfangreicher Untersuchungen zur Strukturaufklärung führten.

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

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 (die Speicherfristen betragen in der Regel für Erwachsene 10 Jahre, für Jugendliche 5 Jahre und für Kinder 2 Jahre; in Fällen von geringerer Bedeutung können die Fristen jeweils kürzer festgelegt werden). Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

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

Die Gesamtzahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen ist von 2009 nach 2010 um 2,7% auf insgesamt 18.621 (2009: 18.139) gestiegen. Deutliche Rückgänge finden sich wie in den Vorjahren bei Heroin (2010: 3.201; 2009: 3.592; -10,9%) und Kokain (2010: 3.211; 2009: 3.591; -10,6%). Stark gesunken ist wie in den vergangenen Jahren die Zahl erstauffälliger Konsumenten von Ecstasy (2010: 840; 2009: 1.357; -38,1%). Ebenfalls wie in den vergangenen Jahren ist die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen¹¹³ gestiegen (+12,8%) und hat 2010 (12.043 Fälle) einen neuen Höchststand erreicht (2009: 10.679).

Bei jeweils niedrigen Gesamtzahlen, sind die Fälle der erstauffälligen Konsumenten von Methamphetamin (2010: 642; 2009: 364; +76,4%) und Crack (2010: 311; 2009: 181; +71,8%) sehr stark, die von LSD (2010: 141; 2009: 127; +11,0%) und sonstigen „harten“ Drogen (2010: 333; 2009: 321; +3,7%) leicht gestiegen.

¹¹³ Inklusive EKhD „Methamphetamin“.

Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen machen 2010 knapp 2/3 (64,7%) der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 17,2%; Kokain: 17,2%, Ecstasy: 4,5%, Crack: 1,7% und Sonstige inkl. LSD: 2,5%)¹¹⁴. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden (BKA 2011a).

Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) wurden im Jahr 2009 59.432 Personen (2008: 61.256) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2010 liegen noch nicht vor). 51.723 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2008: 53.334), 7.709 (2008: 7.922) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 18.013 (2008: 18.195) Freiheitsstrafen - davon 11.706 (2008: 11.627) zur Bewährung - sowie 33.710 (2008: 35.139) Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt 2010b).

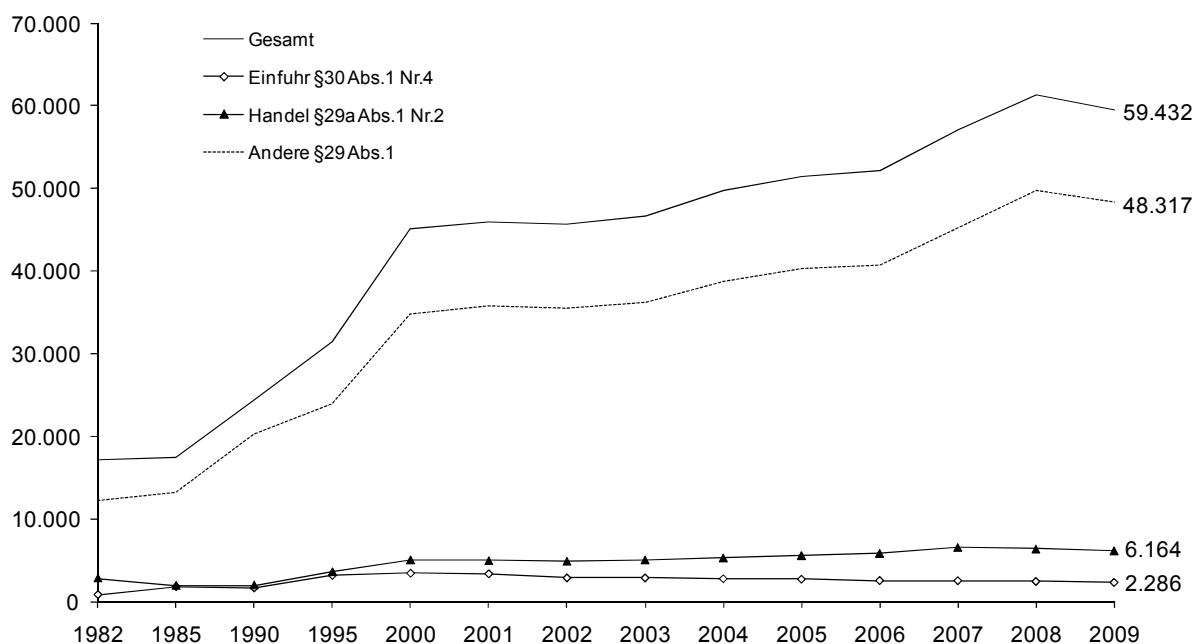
Die Gesamtzahl ist im Vergleich zum Vorjahr (-3,0%) erstmals gesunken (2007-2008: +7,2%). Der leichte Rückgang ist in allen Altersgruppen, d.h. bei erwachsenen, heranwachsenden¹¹⁵ und jugendlichen¹¹⁶ Straftätern zu verzeichnen. Bezüglich der Art der Delikte ist der Rückgang der Gesamtzahl gleichermaßen auf die niedrigeren Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG) auf 48.317 Fälle (2008: 49.801; 2007-2008: -3,0%), der Handelsdelikte (2009: 6.164; 2008: 6.375; -3,3%) und der Verstöße gegen §30 Abs.1 Nr.4 BtMG (2009: 2.286; 2008: 2.412; -5,2%) zurückzuführen (Abbildung 9.3).

Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz machten 2009 wie auch schon 2008 7,0% aller Verurteilungen aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,7% etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,9%). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 3,5%. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Rauschgiftdelikte mit 9,2% deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 63,1% der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 64,5%, Frauen: 50,7%); in 62,5% dieser Fälle handelte es sich dabei um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2010b).

¹¹⁴ Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als EKHD registriert; zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich, so dass die prozentuale Aufschlüsselung nach Drogenart 100% übersteigt.

¹¹⁵ 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.

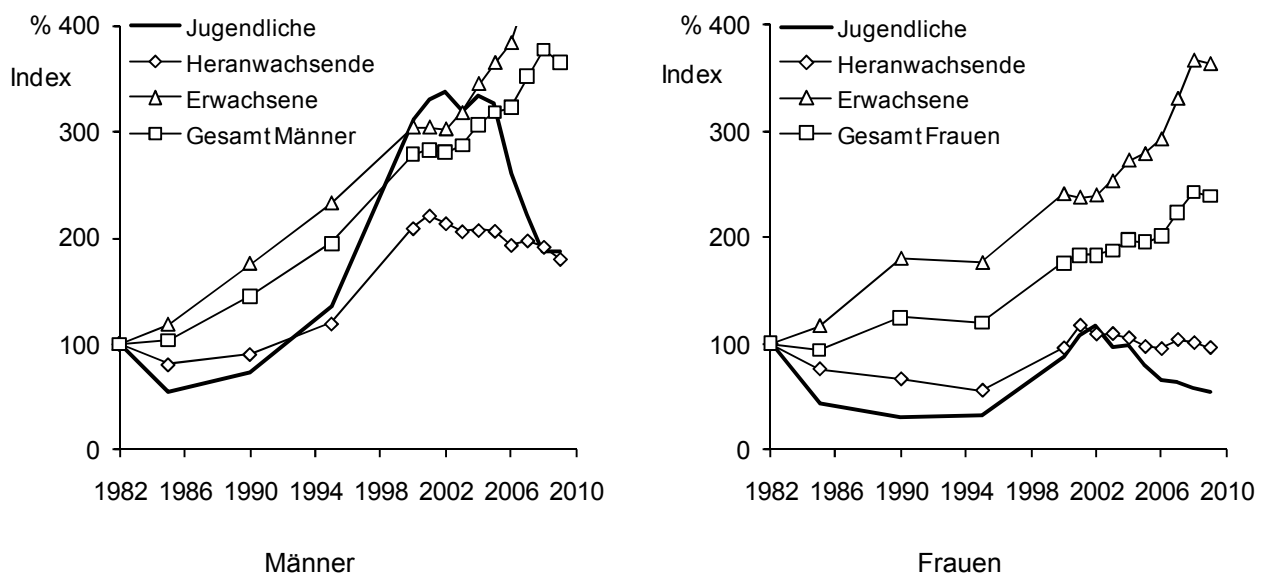
¹¹⁶ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.



Statistisches Bundesamt 2010b.

Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch im Jahr 2009 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 53.301; Frauen: 6.131). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 27 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 2009 fast vervierfacht, bei den Frauen mehr als verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei jugendlichen (55%) und heranwachsenden (96%) Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2009 weit bzw. leicht unter denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche (187%) und für Heranwachsende (180%) etwa verdoppelt hat. Dieser enorme Anstieg an Verurteilungen unter jugendlichen und heranwachsenden Männern fand vor allem zwischen 1995 und 2000 statt. Zwischen den Jahren 2000 und 2005 hat es in diesen Gruppen kaum Veränderungen gegeben. Von 2005 bis 2008 hat sich die Zahl der verurteilten männlichen Jugendlichen fast halbiert (-42,8%), von 2008-2009 gab es keine weiteren Veränderungen. Die Zahl der weiblichen jugendlichen Verurteilten sinkt kontinuierlich seit 2002 (Index: 118) und beträgt 2009 im Vergleich zu 1982 nur noch 54,9%. Unter heranwachsenden Männern ist die Zahl der Verurteilungen seit 2001 (Index: 222) rückläufig (Index 2009: 180), während sie sich unter weiblichen Heranwachsenden zwischen 2001 (Index: 108) und 2009 (Index: 96) kaum verändert hat (Abbildung 9.4). Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standardtabelle 11.



Statistisches Bundesamt 2010b.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Laut BADO 2010 (Oechsler et al. 2010) hatten im Jahr 2009 über ein Drittel der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Klienten Probleme mit der Justiz (38%). Damit ist dieser Anteil nach einem zwischenzeitlichen Anwachsen auf 42% wieder auf das Niveau des Jahres 2005 gesunken. Insbesondere der Anteil der Klienten, die sich aktuell in Haft befinden, ist in den letzten fünf Jahren zurückgegangen (von 17% auf 12%). Zeitgleich hat der Anteil der Personen mit Bewährungsaufgaben zugenommen (von 6% auf 9%). Am stärksten justiziell belastet sind die Opiat- und Kokainklienten, die jeweils etwa zur Hälfte angeben, aktuell Probleme mit der Justiz zu haben. Sie weisen die höchsten Anteile an Personen in Haft auf (Opiate: 18%; Kokain: 20%) und haben besonders häufig Gerichtsverfahren (Opiate: 12%; Kokain: 8%) oder Bewährungsaufgaben (je 12%). Innerhalb der Cannabisgruppe ist zwischen „reinen“ Cannabisklienten (32% mit aktuellen justiziellen Problemen) und solchen mit zusätzlicher Alkoholproblematik zu unterscheiden. (43%). Besonders auffällig ist nicht zuletzt die unterschiedliche justizielle Belastung von männlichen und weiblichen Klienten. So haben aktuell 45% der Männer, aber nur 19% der Frauen Probleme mit der Justiz, und auch der Anteil der sich in Haft befindenden Personen ist bei den männlichen Klienten mit 15% dreimal so groß wie bei den Klientinnen (5%).

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2009 betreuten und in der BADO Hamburg dokumentierten Klienten ist bereits mindestens einmal im Leben verurteilt worden (52%). Dieser Anteil ist somit gegenüber dem Jahr 2005 um vier Prozentpunkte zurückgegangen. Hinsichtlich der Art der Delikte ist in diesem Zeitraum insbesondere ein Rückgang des Anteils der Betäubungsmitteldelikte (von 37% auf 32%), der Beschaffungskriminalität (von 29% auf 26%) und der anderen bzw. unbekanntem Delikte (von 28% auf 25%) zu beobachten. Der höchste Anteil an Verurteilten ist wiederum in der Opiatgruppe zu finden (78%). Knapp zwei Drittel haben hier bereits Verurteilungen wegen Betäubungsmitteldelikten (62%), die Hälfte wegen Beschaffungsdelikten (51%), über ein Drittel wegen unbekannter bzw. anderer Delikte

(39%) und ein Viertel wegen Körperverletzungsdelikten. In der Kokaingruppe ist ca. jeder Fünfte bereits aufgrund einer Körperverletzung sowie je knapp ein Viertel wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittel und anderer bzw. unbekannter Delikte verurteilt worden (je 23%). In der Cannabisgruppe wird beim Blick auf die bisherigen Verurteilungen die Kluft zwischen „reinen“ Cannabisklienten und solchen mit Alkoholproblematik noch größer als dies schon bei den aktuellen Problemen mit der Justiz zu beobachten war: Cannabisklienten, die zusätzlich ein Problem im Umgang mit Alkohol aufweisen, haben insgesamt einen höheren Anteil an bereits Verurteilten (46%; „reine“ Cannabisklienten: 19%) und wurden bei näherer Betrachtung auffallend häufiger wegen Körperverletzung (23%; „reine“ Cannabisklienten: 5%), anderen Delikten (22%; „reine“ Cannabisklienten: 6%) und Beschaffungskriminalität verurteilt (11%; „reine“ Cannabisklienten: 4%). Wie sich ebenfalls schon im Hinblick auf die aktuelle justizielle Belastung zeigte, gibt es auch hier große geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Frauen wurden insgesamt seltener verurteilt (w: 33%; m: 59%) und weisen auch bei allen Delikten geringere Anteile an Verurteilten auf als die Männer. Besonders deutlich wird dies bei dem Delikt der Körperverletzung, für welches etwa jeder vierte Mann (23%), aber nur jede zwanzigste Frau verurteilt wurde (6%).

Insgesamt geben 43% aller Klienten an, in ihrem bisherigen Leben schon einmal in Haft gewesen zu sein. Dies sind drei Prozentpunkte weniger als noch im Jahr 2005. Die gesamte bisherige Haftdauer lag 2009 in der Gruppe der hafterfahrenen Klienten bei durchschnittlich 45 Monaten. Der weitaus größte Anteil an Klienten mit Hafterfahrung ist in der Opiatgruppe zu finden (70%). Durchschnittlich saßen die hafterfahrenen Opiatklienten insgesamt 50 Monate in Haft. Gegenüber dem Jahr 2005 ist die durchschnittliche Haftdauer somit in dieser Gruppe um vier Monate gestiegen, während sie in allen anderen Substanzgruppen im selben Zeitraum abgenommen hat. Die Kokainklienten haben zu 41% bereits mindestens einmal eine Haftstrafe verbüßt, im Mittel betrug die gesamte Haftdauer 29 Monate. Die Alkoholklienten weisen zwar den geringsten Anteil an Personen mit Hafterfahrung auf (16%), wenn sie aber schon mindestens einmal in Haft waren, so dauerten die bisherigen Haftaufenthalte mit insgesamt 40 Monaten im Schnitt länger als bei den Kokain- und Cannabisklienten. Letztere sind wiederum getrennt nach „reinen“ Cannabisklienten und solchen mit zusätzlicher Alkoholproblematik zu betrachten, da bei Cannabisklienten mit gleichzeitigem Alkoholproblem nicht nur die Prävalenz der Haft höher ist (32%; „reine“ Cannabisklienten: 12%), sondern auch die mittlere Haftdauer (21 Monate; „reine“ Cannabisklienten: 18 Monate). Nicht zuletzt sei hier auch auf Unterschiede im Geschlechtervergleich hingewiesen. So geben die Klientinnen weit seltener an, bereits Hafterfahrungen gemacht zu haben (w: 5%; m: 22%) und verbüßt, wenn sie sich schon einmal in Strafhaft befanden, durchschnittlich kürzere Haftstrafen als die männlichen Klienten (w: 25 Monate; m: 48 Monate).

Erstmals im Fragebogen der Szenestudie in Frankfurt/M. (Müller et al. 2011) enthalten waren Fragen zu Hafterfahrungen und den jeweiligen Gründen für Gefängnisaufenthalte: Lediglich 22% der befragten Szeneangehörigen waren bislang noch nie inhaftiert, was sich mit der Zahl der Opiatklienten in der BADO-Hamburg deckt. Unter den 78% der Frankfurter

Szeneangehörigen, die über Hafterfahrungen verfügen, verteilt sich die Häufigkeit der bisherigen Inhaftierungen relativ gleichmäßig: Jeweils 12% aller Befragten waren bislang einmal bzw. zweimal in Haft, 14% dreimal, jeweils 10% vier bzw. fünf Mal, 7% sechsmal, 5% siebenmal und 8% achtmal oder häufiger. Durchschnittlich haben die befragten Hafterfahrenen bislang 4,6 Gefängnisaufenthalte erlebt. Eine ähnlich gleichmäßige Verteilung zeigt sich im Hinblick auf die Frage nach der Zeit, die die Betroffenen bislang insgesamt in Gefängnissen verbracht haben. Bei 23% der Hafterfahrenen beschränkt sich diese Zeit auf maximal 12 Monate, 13% waren 1-2 Jahre, 15% maximal 3 Jahre, 10% maximal 4 Jahre, jeweils 11% maximal 5 bzw. maximal 7 Jahre und wiederum 10% zwischen 7 und 10 Jahren in Haft. Weitere 7% der Hafterfahrenen haben sogar insgesamt schon mehr als 10 Jahre in Justizvollzugsanstalten verbracht. Im Schnitt waren die Befragten mit Hafterfahrung rund vier Jahre (51,9 Monate) im Gefängnis. Unter den Gründen für die Inhaftierung(en) wurde mit 27% am häufigsten Diebstahl genannt. 21% gaben an, dass sie mit der Haft eine zuvor ausgesprochene Geldstrafe abgesessen hätten (ohne nähere Spezifizierung der Delikte, die zur jeweiligen Geldstrafe geführt hatten). Weitere 12% waren wegen Drogenbesitz in Haft, 10% wegen Körperverletzung und 8% wegen Drogenhandel. Jeweils 7% gaben Raub und Betrug als Delikte an, wegen derer sie inhaftiert wurden. Jeweils 3% der Hafterfahrenen waren wegen Einbruch bzw. Fahren ohne Führerschein im Gefängnis. Weiterhin gab es jeweils einen Befragten, der wegen Drogenschmuggel, Mord bzw. Totschlag in Haft gesessen hatte. Weiterhin lässt sich resümieren, dass eine große Mehrheit der Befragten über Hafterfahrungen verfügt, wobei überwiegend erhebliche Inhaftierungszeiten von mehreren Jahren zusammenkommen. Am häufigsten sind dabei Eigentumsdelikte Grund für die Gefängnisaufenthalte, gefolgt von Drogendelikten. Darüber hinaus haben aber auch nicht wenige Betroffene wegen Gewaltakten Zeit in Justizvollzugsanstalten verbracht.

9.2.2 Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen

Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Seit 2003 gibt das Statistische Bundesamt jährlich in seinem Verkehrsunfallbericht auch darüber Auskunft, ob die an einem Unfall beteiligten Fahrzeugführer unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel als Alkohol standen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Bundesverfassungsgericht 2004).

Im Jahr 2010 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 288.297 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 445.306 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.1). Davon standen 14.237 Unfallbeteiligte (4,9%) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.151 (0,3%) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2011c). D.h., dass sich der Trend seit 2003 auch 2010

fortgesetzt hat und die Zahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt sowie die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss im Vergleich zum Vorjahr gesunken ist.

Die Zahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel liegt 2010 etwas unter den Werten der Vorjahre. Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss aber immer noch mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 9.1 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen

Jahr	Unfälle mit Personenschaden	Fehlverhalten der Fahrzeugführer	Fahrzeugführer unter Einfluss...	
			von Alkohol	anderer berauschend. Mittel
2004	339.310	417.923	21.096	1.457
2005	336.619	413.942	20.663	1.343
2006	327.984	403.886	19.405	1.320
2007	335.845	410.496	19.456	1.356
2008	320.641	388.181	18.383	1.440
2009	310.806	377.733	16.513	1.281
2010	288.297	350.323	14.237	1.151

Statistisches Bundesamt 2011c.

Kagerer (2010) hat die im Jahr 2008 durchgeführten Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen (MPU) beschrieben. Demnach wurden 103.137 MPUs von über 20 aktiven Trägern der bundesdeutschen Begutachtungsstellen für Fahreignung (BfF) durchgeführt. 57% der Untersuchungen standen im Zusammenhang mit Alkohol, 18% mit Drogen bzw. Medikamenten, wobei die Schwere der Problematik von gelegentlichem Konsum bis zur Abhängigkeitserkrankung variierte. Während also Drogen/Medikamente nur einen geringen Anteil an Verkehrsunfällen aufgrund berauschender Mittel zu haben scheinen (ca. 7%), spielen sie bei MPUs eine deutlich größere Rolle (ca. 24%).

Beck (2010) hat die Fahrtauglichkeit opiatabhängiger Patienten, die sich seit mindestens zwei Jahren in stabiler Substitution mit L-Polamidon oder Methadon befinden, mit der von Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen¹¹⁷. Die mit L-Polamidon-Substituierten erzielten beim Reaktionstest bessere Werte als die Methadonsubstituierten, aber sonst zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Substituten. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen schnitten die Substituierten nicht signifikant schlechter ab, weshalb die Autorin zu dem Schluss kommt, dass für den Entzug der Fahrerlaubnis aus medizinischer

¹¹⁷ In die Studie wurden N=69 (von über 500) opiatsubstituierte Patienten 1:1 mit nach Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gematchten Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung sowie einer Gesamtkontrollgruppe (N=157) in ihrem Abschneiden bei der Original „Wiener Testbatterie“ (Reaktionstest, Cognitore, Linienverfolgungstest, Tachistoskopischer Verkehrsauffassungstest) verglichen.

Sicht also nicht die Tatsache der Substitution entscheidend sei, sondern die mangelnde Compliance der Patienten, gepaart mit regelhaftem Beikonsum.

Zur Prävention von Verkehrsunfällen führte das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) unter anderem mit der Deutschen Verkehrswacht (D VW) auch verschiedene Projekte zur Vermeidung von Verkehrsunfällen infolge von Konsum von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln durch. Darunter waren Verkehrssicherheitsspots im Fernsehen unter dem Namen „U-Turn“ und Aufklärungskampagnen z.B. im Rahmen der Jugendmesse „YOU“ (Deutscher Bundestag 2010).

Selbsterfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

In der Hamburger Basisdokumentation (BADO) kann seit dem Jahr 2005 ein durchweg stabiler Anteil von rund 60% konstatiert werden, der bereits körperliche Gewalterfahrungen gemacht hat (Oechsler et al. 2010). Bei den sexuellen Gewalterfahrungen liegt dieser über die Jahre bei gut 20%. Im Vergleich zwischen den Substanzgruppen müssen in dieser Hinsicht diejenigen Klienten als besonders belastet gelten, die aufgrund einer Opiatproblematik in der Hamburger ambulanten Suchthilfe um Rat suchen. Unter Ihnen berichten im aktuellen Berichtsjahr mehr als zwei Drittel davon, schon einmal Opfer körperlicher (69%) und mehr als jeder Vierte davon, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (26%). Am seltensten finden sich sexuelle Gewalterfahrungen bei den Cannabisklienten (12%), und auch körperliche Gewalterfahrungen treten bei diesen, ebenso wie bei den Alkoholklienten im Vergleich etwas weniger häufig auf (je 51%). Jedoch ist an dieser Stelle wieder zwischen „reinen“ Cannabisklienten und Cannabiskonsumenten mit zusätzlicher Alkoholproblematik zu unterscheiden: Letztere werden nämlich weit häufiger Opfer körperlicher Gewalt als „reine“ Cannabisklienten (61% vs. 40%).

Weit gravierender als zwischen den Substanzgruppen sind jedoch die Unterschiede zwischen Klienten männlichen und weiblichen Geschlechts. Dies gilt zwar auch im Hinblick auf körperliche Gewalterfahrungen (w: 67%; m: 58%), in weit stärkerem Maße jedoch für die Frage nach sexuellen Gewalterfahrungen. Demnach berichten im Jahr 2009 52% aller Klientinnen davon, bereits Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, unter den männlichen Klienten sind es hingegen 8%. Unter den Frauen bilden wiederum die Opiatklientinnen die am stärksten betroffene Gruppe. Sie berichten zu mehr als drei Vierteln von körperlichen (77%) und zu knapp zwei Dritteln von sexuellen Gewalterfahrungen im Leben (64%).

9.3 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Für eine erfolgreiche Verbrechensbekämpfung bedarf es neben einer konsequenten Repression auch vielfältiger Maßnahmen der Kriminalprävention. Daher setzt die Polizei mit dem Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK) einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der bundesweiten Präventionsmaßnahmen. ProPK verfolgt das Ziel, die Bevölkerung, Multiplikatoren, Medien und andere Präventionsträger über Erscheinungsformen der Kriminalität und Möglichkeiten zu deren Verhinderung

aufzuklären. Dies geschieht unter anderem durch kriminalpräventive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und durch die Entwicklung und Herausgabe von Medien, Maßnahmen und Konzepten, welche die örtlichen Polizeidienststellen in ihrer Präventionsarbeit unterstützen.

Eine weitere Form der Prävention stellen Personenkontrollen durch die Polizei in der Drogenszene dar. In der offenen Drogenszene in Frankfurt/M. haben insgesamt 56% der Interviewten während der Datenerhebung für die MoSyD-Szenestudie 2010 (Müller et al. 2011) mindestens eine entsprechende Kontrolle erlebt. Bei den meisten beschränkte sich dies auf einige wenige Überprüfungen (einmal: 16%, zweimal: 10%, 3-5 Mal: 15%). Insgesamt rund jeder siebte Befragte wurde allerdings vergleichsweise häufig kontrolliert: 4% erlebten sechs bis zehn, 6% elf bis zwanzig und weitere 5% sogar mehr als zwanzig Polizeikontrollen. Eine genauere Betrachtung verschiedener Gruppen zeigt, dass Szenegänger, die sich bereits länger auf der Szene aufhalten (mehr als 2 Jahre), mit durchschnittlich 3,8 Mal etwas häufiger kontrolliert werden als Szenegänger, die sich weniger als 2 Jahre in diesem Umfeld aufhalten (2,4 Mal). Andere Analysen wie zum Beispiel der Vergleich von Deutschen und Nichtdeutschen zeigten hinsichtlich der Kontrolldichte dagegen keine Unterschiede. Insgesamt lässt sich zunächst festhalten, dass die Mehrzahl der Befragten regelmäßig – mindestens einmal im Monat – in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert wird; mehr als jeder zehnte wurde im letzten Monat mehr als 10 Mal kontrolliert. Demnach könne die Kontrolldichte als durchaus hoch bezeichnet werden.

9.4 Interventionen im Strafjustizsystem

9.4.1 Alternativen zu Gefängnisstrafen

Nach §63 und §64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von (Schäfer & Paoli 2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich in letzter Zeit eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer, gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Weitere Details finden sich in Kapitel 1.2.2.

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

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss 2010) merkt an, dass seit 2010 immer öfter Anträge auf Strafrückstellungen gemäß §35 BtMG mit der Begründung

eines „fehlenden Kausalzusammenhangs“ zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit abgelehnt würden. Eine engere Auslegung des Kausalzusammenhangs hätte in der jüngsten Vergangenheit zu einem teilweise massiven Rückgang der Aufnahmen in Therapieeinrichtungen geführt und würde durch das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 04.08.2010 (5 AR (VS) 23/10) verschärft, da zukünftig die vielfach übliche Praxis der Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge nicht mehr durchgeführt werden kann und dadurch viele Anträge auf Strafrückstellung ins Leere liefen.

9.4.2 Andere Interventionen im Strafjustizsystem

Es gibt auf allen Ebenen der Strafverfahren die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen das Verfahren einzustellen. Häufig sind einige Stunden sozialer Arbeit eine erste staatliche Reaktion auf problematisches Verhalten im Bereich Drogen.

Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern. Viele Städte haben sich die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote (Platzverweise) für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden¹¹⁸.

Auf Staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche¹¹⁹ und Heranwachsende¹²⁰, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz, (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis handelt.

In der Szenestudie 2010 in Frankfurt/M. (Müller et al. 2011) wurde den Angehörigen der offenen Drogenszene die Frage gestellt, ob ihnen gegenüber im letzten Monat Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote ausgesprochen wurden. Bei insgesamt 34% derer, die auch im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, war dies der Fall; dies entspricht 20% der gesamten Stichprobe. Beim überwiegenden Teil dieser Gruppe (20% der von der Polizei Kontrollierten bzw. 12% der Gesamtstichprobe) beschränkte sich dies auf ein(en) Platzverweis/Aufenthaltsverbot. Weitere 10% der Kontrollierten bzw. 6% aller Befragten hatten zwei bis fünf derartige Verweise erteilt bekommen und 4% respektive 2% erlebten mehr als fünf Platzverweise/ Aufenthaltsverbote.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm “Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD”. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen

¹¹⁸ Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

¹¹⁹ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

¹²⁰ 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.

ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine Darstellung des Programms FreD siehe auch die REITOX-Berichte der Jahre 2007 und 2008, sowie Kapitel 1).

9.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen

Pöhlmann-Moore und Kollegen (2010) berichten aus dem MRV des Isar-Amper-Klinikums in München, dass die aufgrund von §64 BtMG eingewiesenen Patienten vermehrt Kräutermischungen konsumieren, denen synthetische Cannabinoide oder Opioide beigemischt werden. Da es durch die Vielzahl der neuen schwer nachweisbaren Drogen auf Therapiestationen kaum mehr möglich zu sein schien, allein durch Kontrollen den für die erfolgreiche Therapie erforderlichen suchtmittelfreien Raum zu gewährleisten, wurde sich bemüht, ein suchtttherapeutisches Klima herzustellen und zu erhalten, um für rückfällige Patienten die Möglichkeit zu schaffen, den Drogenkonsum selbst anzuzeigen. Durch das genannte Vorgehen entstand die Möglichkeit, die Rückfälle bei allen Patienten therapeutisch aufzuarbeiten.

Detaillierte Informationen zum Drogenkonsum und problematischem Drogenkonsum in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11 und in Standardtabelle 12.

9.6 Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen

Detaillierte Informationen zum Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen wie Drogenbehandlung sowie Prävention und Reduktion von durch Drogen verursachten Schäden finden sich in Sonderkapitel 11.

9.6.1 Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Maßregelvollzug

Die SVR-Rate (nicht nachweisbare HCV-RNA 24 Wochen nach Therapieende) betrug bei den 19 Patienten, die seit 2008 eine Interferontherapie zur Behandlung von HCV im MVR der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Hadamar gemacht haben 100%, was darauf hindeutet, dass HCV-infizierte Patienten im Maßregelvollzug erfolgreich mit Interferon und Ribavirin behandelt werden können (Wolf et al. 2010).

Informationen zu Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11.

9.6.2 Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Bundesländer statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar.

Auch in den neuen Richtlinien der BÄK zur OST (Bundesärztekammer 2010) wird, vor dem Hintergrund des erhöhten Mortalitätsrisikos von IVD durch Überdosen nach der Haftentlassung, explizit der Beginn einer OST auch für gegenwärtig abstinent erlaubt.

9.7 Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

Der rechtliche Rahmen der Entlassvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmangement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmangement ist die Verbesserung der Lage der Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf.

Die JVA Fuhlsbüttel hat mit Unterstützung des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) als bundesweite Innovation im Jahr 2008 eine spezielle Therapievorbereitungsstation (TVS) für bei Haftantritt drogenabhängige und – missbrauchende Gefangene eingerichtet. Begleitend fand durch das DZSKJ eine summative Evaluation der neu implementierten TVS statt. Das komplexe Setting der TVS umfasste eine Zugangsgruppe, ein Fertigkeitentraining nach Linehan, ein Rückfallprophylaxe-Training, eine freie Gesprächsgruppe sowie supportive Gruppen-Freizeitangebote. Negative Resultate in Urinkontrollen waren Bedingung für Aufnahme wie Verbleib auf der TVS. Insgesamt nahmen 26 männliche Insassen aus zwei hamburgischen Justizvollzugsanstalten an der Studie teil. Die Haltequote auf der TVS lag bei insgesamt 92,3%. Katamnestic wurden 80,8% (3 Monate nach Entlassung) und 69,2% (6 Monate nach Entlassung) der Insassen erreicht. Sechs Monate nach Entlassung haben 61,1% der entlassenen Studienteilnehmer eine weiterführende Anschlussbehandlung begonnen und 45,5% derjenigen, die eine Anschlussbehandlung begannen, diese regulär beendet¹²¹.

¹²¹ s.a. <http://www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php>

10 Drogenmärkte

10.1 Überblick

Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben der wahrgenommenen Verfügbarkeit und der Versorgung mit illegalen Substanzen auch Zahl und Umfang von Beschlagnahmungen, Preise und Wirkstoffgehalt bzw. Reinheit der Substanzen. Um neue Drogen in ihrer Struktur und Wirkungsweise zu verstehen, ist ein erheblicher Aufwand in Form von chemischen Analysen notwendig. Entsprechende Analysen werden z.B. vom Kriminaltechnischen Institut des Bundeskriminalamtes (BKA) durchgeführt. Informationen zu Sicherstellungen liegen ebenfalls vom BKA oder Landeskriminalämtern (LKÄ) vor.

Verfügbarkeit und Versorgung

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Drogenmarkt aus zwei verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters. Die Einschätzung der Bevölkerung oder der Konsumenten hinsichtlich der Verfügbarkeit verschiedener illegaler Substanzen lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, dass eine Substanz innerhalb eines bestimmten Zeitraums „leicht“ oder „sehr leicht“ beschaffbar sei. Diese Angaben werden in Deutschland regelmäßig im Epidemiologischen Suchtsurvey (zuletzt 2003), der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS) sowie im Rahmen regionaler Monitoringsysteme (z.B. MoSyD Frankfurt) erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Weitere Aspekte der Verfügbarkeit stellen Indikatoren wie Preis, Reinheit und Sicherstellungen dar. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge, Preis und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten und an Flug- und Seehäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Die im Folgenden verwendeten Statistiken des BKA beruhen auf Sicherstellungen der Polizeidienststellen der Länder, des BKA und der Zollbehörden.

Preis

Ende 2002 haben sich die LKÄ und das BKA über eine erweiterte Erfassung der Informationen zu inländischen Rauschgiftpreisen verständigt. Seitdem werden neben den Höchst- und Niedrigstpreisen auch die so genannten "überwiegenden Marktpreise" im Straßenhandel und Großhandel, bei letzterem für 2010 infolge der auf europäischer Ebene auf Initiative der EBDD getroffenen Vereinbarungen zur Datenerhebung erstmals differenziert nach Handelsmengen von 0,5 bis < 1,5 kg (bzw. 500 bis < 1.500 Konsumeinheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000

bis < 100.000 KE) erhoben. Um eine möglichst repräsentative Preiserhebung zu gewährleisten werden die Informationen von grundsätzlich vier bis sechs ausgewählten Messpunkten in den Bundesländern (Dienststellen im städtischen und im ländlichen Bereich) an das jeweilige LKA übermittelt. Die LKÄ fassen die Zulieferungen der Messstellen und darüber hinaus vorliegende Erkenntnisse zusammen und übermitteln dem BKA einmal jährlich die aktuellen marktüblichen Rauschgiftpreise ihres Bundeslandes in einer Standardtabelle. Auf dieser Grundlage werden vom BKA die durchschnittlichen deutschen Rauschgiftpreise berechnet.

Die ermittelten Drogenpreise können nur als grobe Richtwerte verstanden werden, zumal der Reinheitsgehalt der Drogen bei der Preisermittlung nicht berücksichtigt wird und teilweise unterschiedliche Qualitätsklassen gehandelt werden. Darüber hinaus besteht die Schwierigkeit, dass lediglich im Zusammenhang mit vergleichsweise wenigen Sachverhalten Preise bekannt werden, so dass Zufallseffekte die Zahlen stark verändern können.

Die EBDD hat 2010 ein Manual mit Richtlinien zur Datenerfassung von Rauschgiftpreisen im Straßenhandel herausgegeben. Neben Hinweisen zu methodischen Schwierigkeiten wie der geographischen Abdeckung, Repräsentativität und Gewichtungen enthält das Manual auch Beispiele zur Berechnung von Rauschgiftpreisen aus einigen europäischen Ländern. In Frankreich bzw. Norwegen und den Niederlanden geben z.B. Expertengruppen aus dem Gesundheitsbereich und der Strafverfolgung bzw. aus verschiedenen „Szenen“ Einschätzungen zum aktuellen Rauschgiftpreis ab (EMCDDA 2010).

Auch die Trendscout- und Szenebefragungen im Rahmen des Frankfurter MoSyD liefern Schätzwerte zu Preisen diverser Drogen.

Reinheit

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienen Proben aus Drogenbeschlagnahmungen. Wegen der besseren Vergleichbarkeit werden die Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die chemische Form der Base bezogen. Dies geschieht unabhängig davon, in welcher Form die Substanz in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als Richtwerte zu verstehen, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Da die Verteilung der Werte deutlich von der Normalverteilung abweicht, werden statt arithmetischer Mittelwerte Medianwerte angegeben.

Die Darstellungen basieren auf Auskünften des BKA auf Anfrage der DBDD. Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1 g), Kleinhandel (1 g bis <1.000 g) und Großhandel (≥1.000 g). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffgehalt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund für diese Darstellung ist in der Regel eine zunehmende Streckung des Wirkstoffes von der Großhandelsebene zum Straßenverkauf, um damit den Gewinn zu erhöhen. Neben dem

Wirkstoffgehalt werden Angaben über die häufigsten Streckmittel gemacht. Soweit diese pharmakologisch wirksam sind (z. B. Coffein) werden sie als Zusätze, ansonsten als Verschnittstoffe (z. B. Zucker) bezeichnet.

10.2 Verfügbarkeit und Versorgung

10.2.1 Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang

In der DAS 2008¹²² wurden die 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefragt, „Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an Haschisch oder Marihuana heranzukommen?“. Knapp 40% der Befragten gibt an, dass es „sehr“ oder „ziemlich leicht“ und ein Drittel, dass es unmöglich sei, innerhalb eines Tages an Cannabis heranzukommen. Auffällig ist, dass bei männlichen Befragten jede Kategorie, die die Möglichkeit der Verfügbarkeit innerhalb der nächsten 24 Stunden einschließt, im Verhältnis zur Kategorie „gar nicht möglich“ signifikant größer ist als bei weiblichen Befragten. Das bedeutet umgekehrt, dass es mehr weiblichen als männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen unmöglich ist, innerhalb von 24 Stunden an Marihuana zu kommen (Tabelle 10.1).

Tabelle 10.1 Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis nach Geschlecht (DAS 2008)

Frage: Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an Haschisch oder Marihuana heranzukommen?

	Gesamt	männlich	weiblich
Sehr leicht	19,2	21,6	16,7
Ziemlich leicht	19,4	20,3	18,4
Ziemlich schwierig	15,7	16,1	15,2
Sehr schwierig	11,4	11,6	11,2
Gar nicht möglich	32,7	28,9	36,5
Weiß nicht/Keine Angabe	1,8	1,5	2,0

Alle Angaben in Prozent.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert der weiblichen Befragten.

Multinomiale logistische Regression mit den Kovariaten Alter und Geschlecht. Referenzkategorie: „Gar nicht möglich“.

Ergebnisse sind gewichtet

BZgA 2010 Sonderauswertung.

¹²² In der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2008 (BZgA 2010) wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 3.001 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Die Datenerhebung wurde mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Die Durchführung der Interviews fand im Februar und März 2008 statt. Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem ADM-Telefonstichproben-Design. Aus einem Telefon-Mastersample, das alle relevanten Telefonnummern enthält, wurden uneingeschränkt und mit gleicher Auswahlwahrscheinlichkeit zufällig Festnetznummern gezogen. Nach Anruf dieser Nummern wurde ermittelt, ob es sich um einen Privathaushalt, in dem Jugendliche und junge Erwachsene leben, handelt. Lebten in einem der erreichten Haushalte mehrere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren, fiel die Wahl auf die Person, die zuletzt Geburtstag hatte. Bei Personen im Alter von 12 und 13 Jahren wurde vor einer Befragung das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt.

Die Gruppe der Befragten, die in der DAS angaben „sehr leicht“ an Cannabis heranzukommen, wurde auch befragt, woher sie das Cannabis bekommen würden. Zwei Drittel der Befragten bekommen ihr Cannabis von Freunden oder Bekannten und knapp die Hälfte auf der Straße. Ungefähr ein Sechstel der Befragten (16,8%) glaubt Cannabis in Hanf-Läden bekommen zu können. Mädchen und junge Frauen können Cannabis vor allem von Freunden und Bekannten bekommen, aber im Gegensatz zu den männlichen Befragten deutlich seltener auf der Straße, in Coffee Shops und in der Schule (Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2 Orte der Cannabis-Verfügbarkeit bei Personen mit subjektiv sehr leichter Verfügbarkeit (DAS 2008)

Frage: Wo können Sie die Drogen bekommen?			
	Gesamt	männlich	weiblich
Bei Freunden oder Bekannten	66,1	63,8	69,2
Auf der Straße	47,6	53,5	39,7
Discos	37,7	36,8	38,8
Coffee Shops	25,2	28,5	20,9
In der Schule	23,3	27,3	17,9
Hanf-Läden	16,8	16,3	17,6
Kneipen	15,9	15,5	16,4
Am Urlaubsort	13,8	13,5	14,1
In Jugendzentren	13,5	15,2	11,1
In der Familie oder Verwandtschaft	3,2	2,6	4,0
Nichts davon	1,9	1,9	2,0

Alle Angaben in Prozent. Mehrfachantworten möglich.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert der weiblichen Befragten.

Binäre logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht

Ergebnisse sind gewichtet

BZgA 2010 Sonderauswertung.

Beim Blick auf die Trends seit 1997 ist ersichtlich, dass, ähnlich wie die Prävalenzen (s. Kapitel 2) im selben Zeitraum, auch die Verfügbarkeit am Beginn der 2000er Jahre am höchsten war und seitdem rückläufig ist. Etwa doppelt so viele junge Erwachsene (18-25 Jahre) haben sehr leichten Zugang zu Haschisch oder Marihuana wie Jugendliche (12-17 Jahre). Der Unterschied ist seit 1997 immer größer geworden, da vor allem die schnelle Verfügbarkeit von Cannabis für Jugendliche schwieriger geworden ist, während sie sich bei jungen Erwachsenen zwischen 2004 und 2008 nicht mehr wesentlich verändert hat. (Tabelle 10.3).

Tabelle 10.3 Trends der sehr leichten Cannabis-Verfügbarkeit (DAS 1997-2008)

Frage: Wie leicht wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden an Haschisch oder Marihuana heranzukommen?
Antwort: Sehr leicht

	12 bis 25 Jahre			12 bis 17 Jahre			18 bis 25 Jahre		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1997	20,4	21,8	18,9	15,3	13,6	17,1	23,9	27,6	20,1
2001	27,3	30,7	23,7	19,8	20,9	18,7	32,9	38,1	27,5
2004	20,8	24,2	17,3	13,8	15,7	11,8	26,1	30,5	21,5
2008	19,2	21,6	16,7	10,4	11,7	9,0	25,1	28,3	21,9

Alle Angaben in Prozent.

Fettdruck: Wert unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert des Jahres 2008.

Binäre logistische Regressionen mit den Kovariaten Jahr und Alter (Gesamtspalten auch Geschlecht).

Ergebnisse sind gewichtet

BZgA 2010 Sonderauswertung.

Der Szenestudie des Jahresberichtes des Monitoring-Systems Drogentrends (MoSyD) Frankfurt/M. (Müller et al. 2011) sind Informationen zur Verfügbarkeit von illegalen Drogen in der „offenen Drogenszene“ Frankfurt zu entnehmen. Demnach wurde 2010 von den Szeneangehörigen die Verfügbarkeit von Heroin (leicht/sehr leicht: 97%), Crack (99%) und Benzodiazepinen (94%) so hoch eingeschätzt wie in keiner der vorangegangenen Befragungen seit 2002, während der Anteil der Szeneangehörigen, für die Kokain leicht oder sehr leicht verfügbar ist seit 2006 leicht rückläufig ist und aktuell bei 25% liegt.

Ein relativ neues Phänomen sind sogenannte Research Chemicals (RC) oder Legal Highs. Mit „RC“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z.B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabiniomimetische Substanzen) bezeichnet, die (noch) nicht illegalisiert sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere Drogen (z.B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o.ä. deklariert, sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe) zum Teil im legalen Handel und über Onlinehändler und Headshops erhältlich (Werse et al. 2010b).

Das EU-Projekt "Spice and synthetic Cannabinoids" unter Federführung des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und des Centre for Drug Research (CDR) Frankfurt sowie unter Mitwirkung des Bundeskriminalamtes erforscht zeitnah neu aufkommende synthetische Cannabinoide und deren Wirkungen. Außerdem werden Nachweisverfahren entwickelt und Ansätze für die Präventionsarbeit für diesen Bereich der "Legal Highs" erarbeitet. Dabei wird mit weiteren Partnern aus Deutschland sowie verschiedenen Organisationen aus Polen, Finnland, Österreich und der Schweiz zusammengearbeitet (s. Kapitel 1.3.2).

10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

Nach Angaben des BKA (2011a) werden mit Ausnahme von Cannabis (s.a. Kipke & Flöter 2009) und in vergleichsweise geringem Maße auch synthetischen Rauschgiften illegale Drogen fast ausschließlich aus dem Ausland importiert. Die Handelswege werden in Abschnitt 10.2.3 beschrieben.

Im Jahr 2010 wurde nach Angaben des BKA (2011a) erneut ein umfangreicher Anbau von Cannabis auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben, wobei die Zahl der entdeckten und sichergestellten Outdoorplantagen von 67 auf 46 (-31%) zurückging und jene der Indoorplantagen geringfügig von 342 auf 348 (+2%) anstieg. Bei den 46 Outdoorplantagen handelte es sich um eine Profiplantage (Anbaukapazitäten ab 1.000 Pflanzen), neun Großplantagen (100-999 Pflanzen) und 36 Kleinplantagen (20-99 Pflanzen) mit insgesamt 5.470 (+3%) sichergestellten Cannabispflanzen. Die 348 Indoorplantagen setzen sich aus 22 Profiplantagen, 105 Großplantagen und 221 Kleinplantagen mit insgesamt 74.502 (-18%) beschlagnahmten Cannabispflanzen zusammen. Die meisten Outdoorplantagen wurden in Bayern (19%) registriert, die meisten Indoorplantagen in Baden-Württemberg und Niedersachsen (je 13%).

10.2.3 Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten

Die Gesamtzahl der registrierten Sicherstellungsfälle von Rauschgift sank im Jahr 2010, wobei die Entwicklungen bei den einzelnen Drogenarten uneinheitlich verliefen. Anstiege waren vor allem bei Amphetamin/Methamphetamin und biogenen Drogen zu verzeichnen. Eine große Zahl an Fällen betraf wie üblich den Schmuggel vergleichsweise kleinerer Drogenmengen, welche durch Konsumenten oder Kleinhändler im Wege von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt wurden. Neben der Nutzung von Transportrouten auf dem Landweg wurde in hoher Frequenz Rauschgift durch Flugkuriere oder per Luftpostsendungen nach Deutschland geschmuggelt. Dabei war häufig der Transport ins europäische Ausland, nicht selten aber auch in außereuropäische Regionen beabsichtigt. Der Schmuggel auf dem Seeweg bildete die Ausnahme, wobei in den wenigen bekannt gewordenen Fällen beträchtliche Mengen transportiert wurden bzw. sichergestellt werden konnten. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen wurden bei nahezu allen Drogenarten weit überwiegend deutsche Staatsangehörige als Tatverdächtige festgestellt. Besonders hoch lag ihr Anteil bei Sicherstellungen von synthetischen Drogen und Cannabispflanzen. Lediglich in Verbindung mit Sicherstellungen von Khat traten deutsche Tatverdächtige vergleichsweise selten in Erscheinung (BKA 2011a).

Cannabis

Bei den Sicherstellungen von Cannabisprodukten wurden im Jahr 2010 gegenläufige Tendenzen registriert. Abgesehen von den Niederlanden wurde die Einfuhr von Haschisch nach Deutschland vor allem aus Marokko über Spanien und Portugal sowie in einer jeweils größeren Fallzahl aus Belgien, Frankreich und Österreich betrieben. Zudem wurden an

einigen deutschen Flughäfen, vor allem in Frankfurt am Main, Luftpostsendungen aus Indien sichergestellt, die meist zum innereuropäischen Weitertransport, unter anderem nach Österreich, Portugal, Spanien oder Skandinavien bestimmt waren.

Marihuana wurde in hoher Frequenz aus Belgien, Österreich und der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelt. Die mit 232 kg größte beschlagnahmte Einzelmengung war in einem Sattelzug versteckt, der sich auf dem Weg von Albanien über Italien, Österreich und Deutschland in die Niederlande befand. In mehreren Fällen wurden an deutschen Flughäfen, weit überwiegend in Frankfurt/M., Marihuanamengen im niedrigen bis mittleren einstelligen Kilogramm-Bereich sichergestellt, die sich in Paketsendungen aus Afrika befanden und meist an Empfänger in China adressiert waren.

Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Cannabisprodukten (insbesondere Marihuana) festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige. Italienische Staatsangehörige dominierten als Tatverdächtige bei Sicherstellungen von Haschisch (BKA 2011a).

Heroin

Vergleichsweise selten konnten zur Herkunft größerer, im Jahr 2010 in Deutschland sichergestellter Heroinmengen Nachweise geführt werden, die bis in andere Staaten als die Niederlande reichten. Beim Schmuggel auf dem Landweg wurden in dieser Hinsicht unter anderem Belgien, Österreich, Polen, Staaten des Balkans oder die Türkei vereinzelt identifiziert. Daneben erfolgten an deutschen Flughäfen mehrere Sicherstellungen kleinerer Mengen in Paketsendungen aus dem asiatischen und arabischen Raum, die in der Regel zum Transport ins europäische Ausland, dabei in erster Linie nach Spanien, bestimmt waren.

Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Deutschland festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige (BKA 2011a).

Kokain

Im Vergleich zum Vorjahr wurden im Jahr 2010 nochmals größere Einzelmengen beschlagnahmt. Unter anderem wurde im Hamburger Hafen mit rund 1,3 t die bislang größte Einzelmengung an Kokain in Deutschland sichergestellt. Das Rauschgift hatte sich in einem mit Holzbriketts beladenen Schiffscontainer aus Paraguay befunden. Ebenfalls aus Paraguay stammten mehrere beschlagnahmte Containerlieferungen mit Sandsteinen, in denen insgesamt rund 351 kg Kokain versteckt waren. Darüber hinaus wurden in Nordrhein-Westfalen 341 kg Kokain in einer Bananensendung, die aus Kolumbien nach Antwerpen verschifft worden war, sichergestellt. Der Modus Operandi, Kokain in Bananenlieferungen aus Südamerika zu schmuggeln, wurde in Deutschland bereits des Öfteren festgestellt.

Bei dem in hoher Frequenz betriebenen Schmuggel auf dem Luftweg aus Südamerika nach Deutschland wurden erneut vor allem Argentinien und Brasilien als bedeutende Herkunfts- bzw. Transitstaaten ermittelt.

In vielen Fällen war in Deutschland sichergestelltes Kokain für den innereuropäischen Vertrieb bestimmt. Häufig war der Transport vor allem nach Spanien und Großbritannien beabsichtigt. Wie schon im Vorjahr befanden sich darüber hinaus mehrere Luftpostsendungen mit kleineren Mengen im Transit Richtung China.

Bei Sicherstellungen von Kokain traten von den nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, deutlich gefolgt von italienischen Staatsangehörigen in Erscheinung.

Der weitaus größte Teil der Sicherstellungsfälle und der Gesamtsicherstellungsmenge an Crack wurde in 2010 wie in den Vorjahren in Hamburg erfasst. Im Zusammenhang mit Crack-sicherstellungen dominierten unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen türkische Staatsangehörige (BKA 2011a).

Amphetamine

Mehr als die Hälfte der Gesamtsicherstellungsmenge an kristallinem Methamphetamin („Crystal“) des Jahres 2010 wurde in Sachsen beschlagnahmt, rund ein Fünftel in Bayern. In Einzelfällen verzeichneten auch Nordrhein-Westfalen und Hessen nennenswerte Sicherstellungsmengen dieser insbesondere aus der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelten Droge. Zahlreiche Fälle mit allerdings durchschnittlich relativ geringen Einzelmengen wurden wie im Vorjahr in Thüringen registriert. Siehe hierzu auch einen Artikel von Tschechien online (2011).

Neben dem weitaus größten Teil des nachweislich aus den Niederlanden nach Deutschland geschmuggelten Amphetamins erfolgte mehrfach die Einfuhr kleiner Mengen aus Belgien, Österreich oder der Tschechischen Republik. In Einzelfällen wurde Amphetamin und Methamphetamin aus Südamerika am Flughafen Frankfurt am Main sichergestellt. Die Drogen waren für den Weitertransport nach Japan vorgesehen. Ferner wurden einige an Empfänger in Irland gerichtete Luftpostsendungen mit dem den Amphetaminen ähnlichen Mephedron am Flughafen Leipzig beschlagnahmt.

Im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Amphetamin und Methamphetamin wurden bezüglich der nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, häufig auch polnische Staatsangehörige festgestellt (BKA 2011a).

Ecstasy

Der weit überwiegende Teil der in 2010 sichergestellten Tabletten, zu denen ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammte aus den Niederlanden.

Vereinzelt waren Großmengen in jeweils vier- bis fünfstelliger Stückzahl für den Transport nach Bulgarien, Rumänien, Irland, der Schweiz sowie Swasiland bestimmt.

Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Ecstasy in Erscheinung traten, dominierten niederländische vor türkischen Staatsangehörigen (BKA 2011a).

10.3 Beschlagnahmen

10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmen illegaler Drogen

Im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 stiegen die Beschlagnahmungen an Kokain, Methamphetamin (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge), Khat und Pilzen sehr stark und von Marihuana stark an, während die Sicherstellungsmengen an Heroin, Ecstasy sowie Crack und LSD (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge) sehr stark, die von Amphetaminen stark und von Haschisch leicht sanken. Hauptgrund für diese Schwankungen sind große Einzelbeschlagnahmen, die die Werte deutlich erhöhen oder bei Ausbleiben im Vergleich zum Vorjahr verringern. Der Anstieg der Sicherstellungsmenge von Kokain von 2009 nach 2010 (+77,6%) ist vor allem auf einige große Einzelsicherstellungen (1,3 t, 351 kg und 341 kg; s. 10.2.3) zurückzuführen. Der Rückgang der Gesamtmenge des sichergestellten Heroins (-37,5%) im Vergleich zwischen 2009 und 2010 ist vor allem auf den Rückgang beschlagnahmter Mengen im zweistelligen Kilogramm Bereich in 2010 zurückzuführen, während es 2009 vergleichsweise viele solcher Einzelsicherstellungen gab. Nachdem die beschlagnahmte Menge Amphetamine in acht aufeinanderfolgenden Jahren bis 2009 gestiegen war ist sie von 2009 nach 2010 erstmals wieder zurückgegangen (-12,9%), nachdem große Einzelsicherstellungen wie 2008 (284 kg) und 2009 (360 kg) ausgeblieben sind (BKA 2011a). Im Gegensatz dazu hat sich die Menge an sichergestelltem Methamphetamin (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge) fast verdreifacht. Tabelle 10.4 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jahren 2009 und 2010.

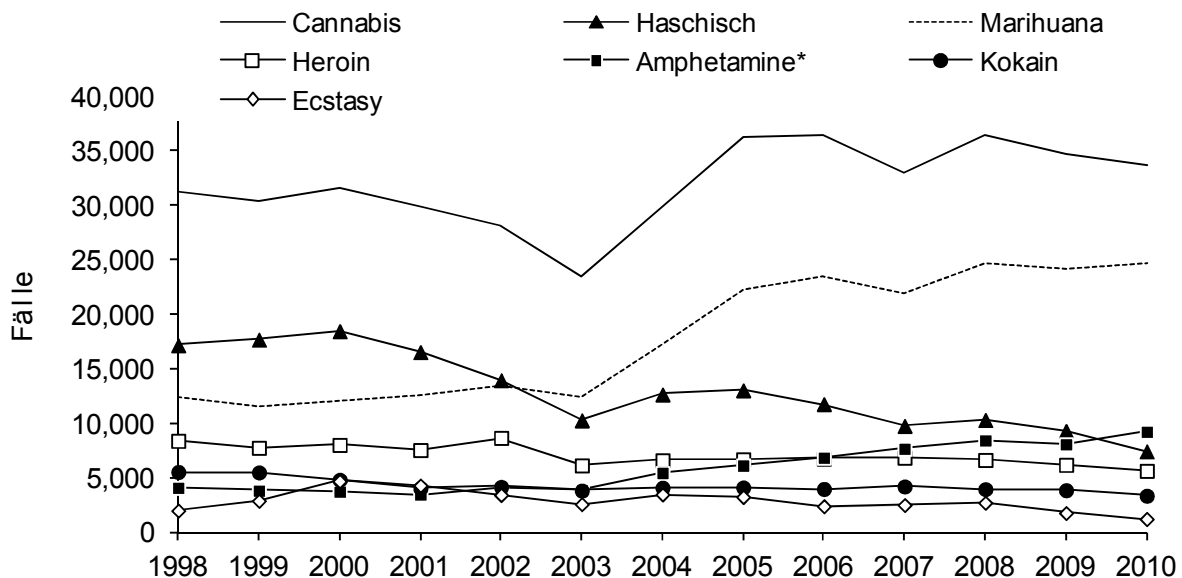
Tabelle 10.4 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2009 und 2010

Substanz	2009	2010	Veränderung
Heroin	758,4 kg	474,3 kg	-37,5 %
Kokain	1.707,0 kg	3.030,8 kg	+77,6 %
Crack	4,6 kg	3,2 kg	-30,4 %
Amphetamine (davon Crystal)	1.382,7 kg (7,2 kg)	1.203,7 kg (26,8 kg)	-12,9 % (+272,2 %)
Ecstasy	521.272 KE	230.367 KE	-55,8 %
Haschisch	2.220,0 kg	2.143,7 kg	-3,4 %
Marihuana	4.298,0 kg	4.874,7 kg	+13,4%
LSD	20.705 Tr.	4.279 Tr.	-79,3 %
Khat	24.004,5 kg	30.389,3 kg	+26,6 %
Pilze	12,2 kg	16,0 kg	+31,1 %

BKA 2011a.

Ein genauerer Indikator für (kurzfristige) Trends ist die Zahl der Sicherstellungsfälle (Abbildung 10.1). Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetaminen (inkl. Crystal), Ecstasy, Cannabisprodukten und LSD lag 2010

(52.841 Fälle) 3,4% unter der von 2009 (54.728). Maßgeblich ausschlaggebend für den Rückgang ist die niedrigere Fallzahl an Haschischsicherstellungen (-20,1%), aber auch die Fallzahlen von Ecstasy (-31,3%), Kokain (-13,2%), Heroin (-8,7%) und LSD (-8,9%) sind gesunken. Dagegen sind die Fallzahlen von Amphetaminen (+14,2%), dabei insbesondere von Methamphetamin (+79,1%) teilweise sehr stark gestiegen. Die Zahl der Sicherstellungen von Marihuana hat sich im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 hingegen kaum verändert (+2,4%) (BKA 2011a).



*) In der Kategorie Amphetamine sind auch Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" enthalten, das im Jahr 2006 erstmals gesondert erfasst wurde.

BKA 2011a.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2010

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine (+344% bzw. +148%) und Rückgänge bei Ecstasy (-86% bzw. -74%) (Tabelle 10.5). Die Fallzahlen 2010 für Heroin und Kokain sind im Vergleich zu 2009 um jeweils ca. 10% (Heroin -9%; Kokain -13%) und im Vergleich zu 2000 jeweils um ca. 30% zurückgegangen, obwohl die Veränderungen bei den Sicherstellungsmengen sehr unterschiedlich ausfallen. So wurde 2010 im Vergleich zu 2009 rund 37% und im Vergleich zu 2000 ca. 40% weniger Heroin sichergestellt, während die Menge an sichergestelltem Kokain im Jahr 2010 im Vergleich zu den Jahren 2009 (+78%) und 2000 (+232%) sehr stark gestiegen ist, vor allem aufgrund weniger großer Einzelsicherstellungen (s.a. 10.2.3 und 10.3.1) in 2010 (BKA 2011a).

Tabelle 10.5 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen

	2010 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Cannabisprodukte	Pilze	Khat
Fälle	2009	-9%	-13%	+14%	-31%	-3%	+52%	+40%
Menge	2009	-37%	+78%	-13%	-56%	+8%	+31%	+27%
Fälle	2000	-30%	-30%	+148%	-74%	+7%	-40%	+160%
Menge	2000	-40%	+232%	+344%	-86%	-51%	-55%	+754%

Hinweis: Zuwächse >10% sind durch Rahmen, Rückgänge >10% durch Schattierung gekennzeichnet.

BKA 2011a.

10.3.2 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen

Im Jahr 2010 wurden in 1.517 Fällen 101.549 Cannabispflanzen beschlagnahmt (Tabelle 10.6), was einen deutlichen Rückgang der sichergestellten Pflanzen (-20,5%) und einen Anstieg der Fallzahl (+11,6%) bedeutet. Die Sicherstellungsmenge hat damit den niedrigsten Wert seit 2005 erreicht, die Fallzahl ist die zweithöchste seit 2000, was darauf hindeutet, dass mehr Produzenten kleine Plantagen betreiben (BKA 2011a).

Tabelle 10.6 Sicherstellung von Cannabispflanzen

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Menge ¹⁾	68.696	29.352	35.863	68.133	93.936	190.241	135.252	121.663	127.718	101.549
Fälle	785	887	750	1.008	1.035	1.121	1.463	1.526	1.359	1.517

1) in Stück.

BKA 2011a.

Zusätzlich zu den in illegalen Rauschgiftlaboren beschlagnahmten Grundstoffen und Chemikalien (s. 10.3.3) wurden 2010 46 kg Ephedrin sowie 150 ephedrinhaltige und 280 pseudoephedrinhaltige Tabletten sichergestellt, welche offensichtlich zur illegalen Rauschgiftherstellung bestimmt waren (BKA 2011b).

10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2010 wurden 16 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt, was einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr (24 Labore) bedeutet. Wie schon im Vorjahr handelte es sich überwiegend um Kleinlabore zur Herstellung von Methamphetamin, die über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmerkreises verfügten. Erstmals wurde ein Labor zur Herstellung synthetischer Cannabinoide sichergestellt (BKA 2011a).

Insgesamt wurden in den sichergestellten Laboren 0,39 kg Amphetamin, 0,52 kg Methamphetamin und 1 g synthetische Cannabinoide beschlagnahmt. Dazu kamen die Grundstoffe Essigsäureanhydrid (12,0 l), Phenylelessigsäure (1,5 kg), Salz- und Schwefelsäure (24,8 l bzw. 12,1 l), Aceton (31,3 l), Ethylether (1,5 l), Kaliumpermanganat (0,3 kg), Toluol (18,9 l), Pseudoephedrin (0,1 kg), pseudoephedrinhaltige Tabletten (182 KE) sowie sehr geringe Mengen an Ephedrin, ephedrinhaltigen Tabletten, Isosafrol, Norephedrin und Sassafrasöl (BKA 2011b).

Das Ärzteblatt (aerzteblatt.de 2010a) berichtet von der gemeinsamen Beteiligung des BKA und anderer deutscher Behörden an einer internationalen Aktionswoche gegen den Handel mit gefälschten und nicht zugelassenen Arzneimitteln im Internet. Dabei seien laut Mitteilung des BKA etwa hundert Internetseiten identifiziert worden, auf denen mutmaßlich deutsche Anbieter illegale Arzneimittel zum Verkauf anbieten. Es seien gegen die Betreiber verschiedener Seiten Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf einen Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz initiiert worden. Die Betreiber sollen in Deutschland nicht zugelassene sowie gesundheitlich bedenkliche Medikamente vertrieben haben. An der weltweiten Operation "Pangea III" beteiligten sich den Angaben zufolge 40 Länder. Es war laut BKA die bisher bedeutendste Aktion zur Unterstützung der Internationalen Task-Force zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen. Bei gezielten Intensiv-Kontrollen des Zolls im Post- und Kurierdienst wurden in Deutschland demnach 532 Paketsendungen mit rund 30.000 Tabletten sichergestellt. Neben einer erheblichen Anzahl an Potenzmitteln, Dopingsubstanzen und überdosierten Vitaminpräparaten hätten die Beamten auch Anti-Depressiva, Schmerzmittel, Anti-Allergika und Tabletten zur Gewichtsreduktion entdeckt. Bei der Aktionswoche kam es den Angaben zufolge auch zu mehreren Festnahmen. Die genaue Zahl der weltweit Festgenommenen sowie die Zahl der in Deutschland eingeleiteten Ermittlungsverfahren konnte das BKA zunächst nicht nennen.

Dresen und Kollegen (2010) präsentieren in einem Artikel die Ergebnisse ihrer Beobachtung zu kommerziell zwischen Juni 2008 und September 2009 erhältlichen „Kräutermischungen“. In diesem Zeitraum wurden 140 Proben auf bioaktive Inhaltsstoffe und synthetische Cannabinoidmimetika untersucht. Es zeigte sich, dass sich die Zusammensetzung der Produkte als Reaktion auf Verbote von Inhaltsstoffen und aufgrund von Strafverfolgung der Verkäufer sehr schnell verändern, weshalb weder Verkäufer noch Konsumenten den aktuellen Inhalt eines Produktes vorhersagen könnten. Der Nachweis des synthetischen Opioids O-Desmethyltramadol in einem als Kratom angebotenen Produkt deutet auf einen anhaltenden Trend, eigentliche Naturprodukte mit potentiell gefährlichen synthetischen Chemikalien/Medikamenten zu versetzen.

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

10.4 Preis / Reinheit

10.4.1 Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise (Tabelle 10.7) wurden von 2009 nach 2010 kaum signifikante Veränderungen festgestellt.

Im Kleinhandel blieben die Preise für Heroin (-2%), LSD (+7%), Kokain (+5%), Haschisch (+4%) und Ecstasy (+-0%) relativ stabil. Lediglich die Preise von Amphetamin (+19%) und Marihuana (+10%) stiegen im Bundesdurchschnitt spürbar an, wohingegen jene für Crack (-15%) sanken. Der durchschnittliche Straßenpreis für ein Gramm Crystal lag im Jahr 2010 bei 67,3 € (2009: 71,3 €, 2008: 59,3 €; 2007: 50,6 €) und sank damit nach den deutlichen Preissteigerungen in den Jahren zuvor (2009-2010: -6%).

Die Preise auf Großhandelsebene sind nur schwer mit denen der Vorjahre vergleichbar: Eine internationale Expertengruppe unter Leitung der EBDD hat eine Harmonisierung der Datenerhebungsverfahren zu Rauschgiftgroßhandelspreisen in Europa initiiert, woraufhin im ersten Schritt eine deutlichere Differenzierung der Großmengen in Kategorien von 0,5 bis < 1,5 kg (bzw. 500 bis < 1.500 Konsumeinheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000 bis < 100.000 KE) und darüber hinausgehenden Mengen¹²³ vorgenommen und auch vom BKA umgesetzt wurde.

Es scheint aber so zu sein, dass die Preise für Großmengen aller Rauschgiftarten mit Ausnahme von Kokain im Jahr 2010 höher lagen als 2009.

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

¹²³ Grundsätzlich sollen auch Daten im Mengensegment über 100 kg erhoben werden. Aufgrund der nur sehr geringen Datenbasis liegen dem BKA diesbezüglich jedoch bislang keine belastbaren Repräsentativwerte vor (Bundeskriminalamt, SO 51).

Tabelle 10.7 Preise verschiedener Drogen 2009 - 2010 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe- tamine	Mari- huana	Canna- bisharz	LSD	
Kleinmengen¹⁾	2010	36,2	65,6	49,5	6,6	12,5	8,7	7,1	9,0	
	2009	36,9	62,4	58,3	6,6	10,5	7,9	6,8	8,4	
	Änderung	-2%	5%	-15%	0%	19%	10%	4%	7%	
Großmengen²⁾	2009	19.214	41.115	--	1.936	4.040	3.702	2.654	--	
	0,5 bis <1,5kg (500 bis <1.500KE)	2010	24.548	40.383	--	2.797	4.832	4.285	2.836	--
	1,5 bis <10kg (1.500 - <10.000KE)	2010	17.000*	37.625*	--	2.725*	3.627*	3.831	1.897	--
	10 bis <100kg (10.000-100.000KE)	2010	--	--	--	--	1.626*	4.650*	2.500*	--

1) Preis pro Gramm. * Mittelwert basiert auf sehr geringer Datengrundlage (weniger als fünf Bundesländer)

2) Preis pro Kilogramm.

Bundeskriminalamt, SO 51.

Im Rahmen der Szenestudie des Jahresberichtes des MoSyD (Müller et al. 2011) wurden die Szeneangehörigen auch nach ihrer Einschätzung zur Preisentwicklung befragt. Es zeigte sich, dass sich der Grammpreis von 100 Euro für Crack auf dem relativ hohem Niveau der letzten Befragung bewegt, während die Preise für Heroin (50 €) und Kokain (70 €) leicht gestiegen sind. Angestiegen ist auch der Preis für Benzodiazepine: Während der geschätzte Preis für eine Tablette seit 2004 unverändert bei 1,50 € lag, hat er sich im Jahr 2010 auf 2 € erhöht.

Gewinn durch den Verkauf von Marihuana

Nach Erkenntnissen des Kriminaltechnischen Institutes beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf können bei sachgerechter Zucht aus einer ausgewachsenen Cannabispflanze mindestens 25 g konsumfähiges Marihuana gewonnen werden. Der Durchschnittswert aus etwa 50 Cannabisplantagen mit erntereifen bzw. geernteten Pflanzen liegt seit etwa fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen bei etwas über 40 g an konsumfähigem getrocknetem Marihuana. Bei professionellen Anlagen werden auch über 50 g erreicht. Der für die Ertragsrechnung angenommene Durchschnittswert ist auf 40 g abgerundet. Bei den Berechnungen zum Ertrag einer Cannabisindooranlage wird der Mindest- und der Durchschnittswert ermittelt, indem die Anzahl der Pflanzen mit der Mindest- (25 g) bzw. der Durchschnittsmenge (40 g) an möglichem konsumfähigem Marihuana multipliziert werden. Das errechnete Gewicht wird dann mit dem aktuellen Straßenverkaufspreis (2010: 8,70 €/g) bzw. mit dem Großhandelspreis (2010: 3.831 €/kg) multipliziert. Von diesen Werten werden dann die Kosten für die Pflanze (ein Steckling kostet z.B. in den Niederlanden 2,50 €) und anteilig für das eingesetzte wieder verwendbare technische Equipment in Höhe von insgesamt 10 € pro Pflanze abgerechnet. Kosten für die Energieversorgung werden hier

nicht angeführt, da in der überwiegenden Zahl der Fälle von sichergestellten Cannabisindoorplantagen der für den Betrieb erforderliche Strom illegal abgezweigt wurde. Im Ergebnis können mit 1.000 Cannabispflanzen Gewinne beim Straßenverkauf zwischen 207.500 € und 338.000 €, beim Großhandel zwischen 85.775 € und 143.240 € erzielt werden.

Für das Jahr 2010 bedeutet das bei 101.549 sichergestellten Pflanzen einen nicht erzielten Profit von 8,7 Mio. € - 14,6 Mio. € im Großhandel und zwischen 21,1 Mio. € und 34,3 Mio. € im Straßenhandel (Bundeskriminalamt, SO 22 und eigene Berechnungen).

10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen¹²⁴

Zusammensetzung von illegalen Drogen

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetaminen, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA auf Anfrage der DBDD. Tabelle 10.8 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamine, Kokain und Heroin seit 2000. Der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen ist, nachdem er zwischen 2003 kontinuierlich gesunken war, von 2009 (4,8%) nach 2010 (6,6%) erstmals wieder gestiegen. Der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel ist seit zehn Jahren relativ stabil (um 70%). Wie im Großhandel so ist auch 2010 der Wirkstoffgehalt im Straßenhandel im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen, er liegt aber immer noch innerhalb der Spannweite der letzten 10 Jahre. Der Wirkstoffgehalt des Heroins ist im Straßenhandel seit 2000, von Ausreißern abgesehen, kontinuierlich gestiegen und hat mit deutlich fast 25% den höchsten Wert seit 2000 erreicht. Im Großhandel hat sich der Wirkstoffgehalt zwischen 2005 (36,5%) und 2009 (60,3%) nahezu verdoppelt, ist aber 2010 sehr stark auf 34,1% gesunken.

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

Tabelle 10.8 Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 2000 bis 2010 (Median) in Prozent

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Amphetamine	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7	7,1	6,2	5,4	4,8	6,6
Kokain Straßenhandel	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2	24,6	32,0	40,4	33,8	37,8
Kokain Großhandel	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8	72,2	75,3	70,6	66,7	72,4
Heroin Straßenhandel	11,1	12,0	9,9	17,0	19,9	15,0	15,6	20,3	18,2	21,7	24,6
Heroin Großhandel	35,1	45,8	27,0	7,3	48,8	36,5	38,1	46,5	51,1	60,3	34,1

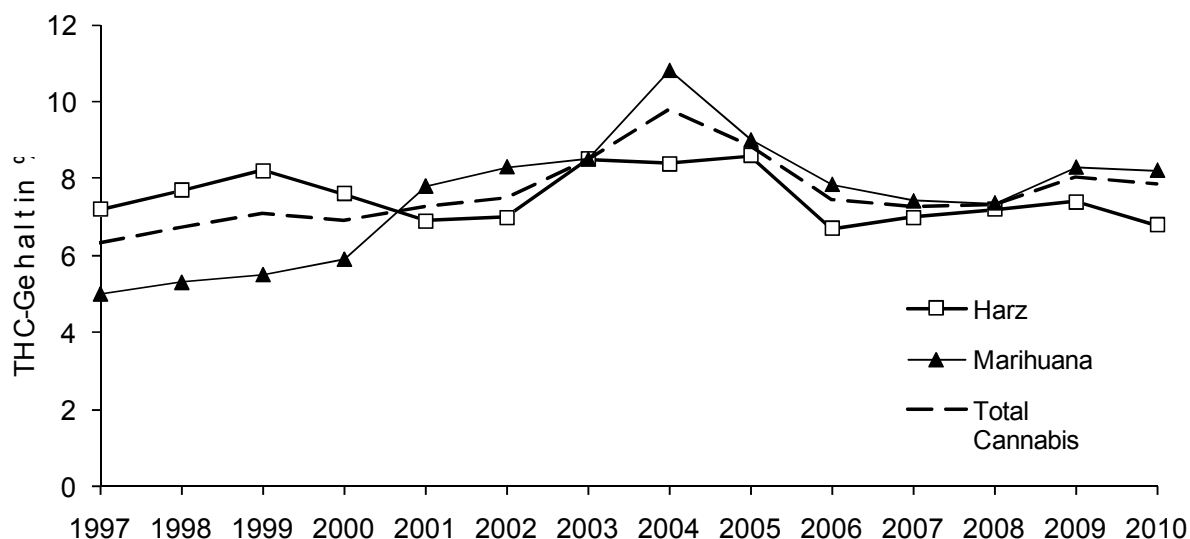
Quelle: s. Fußnote 124.

¹²⁴ Wenn nicht anders gekennzeichnet, stammen die Zahlen zu Wirkstoffgehalten aus persönlichen Mitteilungen der Kriminaltechnik des BKA (KT 34). Die Interpretation der Daten wurde von der DBDD vorgenommen.

Cannabis

Die Wirkstoffgehalte¹²⁵ werden für jede Cannabiszubereitung getrennt erfasst und ausgewertet. Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgte 2010 auf der Basis der Beschlagnahmungen von 2.487 Proben Cannabiskraut, 5.165 Proben mit Blütenständen und 7.652 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Seit 2006 werten alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen aus, da die wirkstoffreicheren Blütenstände ohne das Kraut verstärkt auf dem illegalen Drogenmarkt auftauchen.

Die Blütenstände hatten 2010 einen Wirkstoffgehalt von 11,2% (2009: 11,2%), das Cannabiskraut von 2,0% (2009: 2,1%). In die Berechnung des Wirkstoffgehalts von Marihuana fließen die Werte von Cannabiskraut und Blütenständen im Verhältnis zur jeweiligen Anzahl der Proben ein. Von 2004 (10,8%) bis 2007 (7,4%) sank der mittlere THC-Gehalt im Marihuana kontinuierlich. Zwischen 2007 und 2008 gab es keine Veränderung, 2009 stieg der Wirkstoffgehalt wieder leicht auf 8,3% und war auch 2010 nahezu unverändert (8,2%). Nachdem sich der mittlere THC-Gehalt im Haschisch von 2005 (8,6%) nach 2006 stark verringerte und mit 6,7% den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, stieg er bis 2009 wieder auf 7,4% an und ist 2010 auf 6,8% gesunken (Abbildung 10.2). Im Vergleich mit den Angaben von 1997 zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen, wobei der Wirkstoffgehalt des Marihuanas leicht gestiegen und der des Cannabisharzes sogar leicht zurückgegangen ist.



Quelle: s. Fußnote 124.

Die Berechnungen der Wirkstoffgehalte von Marihuana und Total Cannabis wurden von der DBDD vorgenommen.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalt von Cannabis

¹²⁵ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.

Patzak und Goldhagen (2011) haben die arithmetischen Mittelwerte von Haschisch, Marihuana und Cannabisblüten von 1993 – 2008 zusammengestellt (BKA: Median), was zur Folge hat, dass Extremwerte stärker gewichtet werden. Für die Rechtsprechung sind bei fehlenden Sicherstellungen Schätzwerte der Wirkstoffgehalte erforderlich. Auf Grundlage ihrer Zusammenstellung schlagen die Autoren Schätzwerte von 7,5% für Haschisch, 4,0% für Marihuana (Blätter- und Blütengemisch) und 10,5% für Cannabisblüten vor, um vor allem der wachsenden Beliebtheit von Cannabisblüten Rechnung zu tragen.

Der Deutsche Hanfverband (DHV 2010) hat alle Streckmittelmeldungen, die bei ihm zwischen dem 21.05.2009 und dem 02.12.2010 mit einer deutschen Postleitzahl erreichten, graphisch aufbereitet¹²⁶. Im Erhebungszeitraum gingen insgesamt ca. 1.230 Stück Streckmittelmeldungen aus fast allen Postleitregionen Deutschlands ein. Bei zwei Drittel der Meldungen wurde Brix als Streckmittel genannt, hinzu kommen Sand, Haarspray und Zucker als verbreitete Streckmittel. Meist handelt es sich bei der Zuordnung der Streckmittel um Vermutungen, begründet z.B. durch ein ungewöhnliches Abbrandverhalten, Auffälligkeiten bei der Asche, Wirkung und Nebenwirkungen.

Ecstasy

Im Jahr 2010 wurden für insgesamt 140.895 Tabletten und Kapseln (2009: 208.000) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 97,1% (entsprechend 136.865) aller Konsumeinheiten (2009: 98,6%) enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate). Bei den Monopräparaten dominiert 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin (m-CPP) mit einer Häufigkeit von 61,1%. Es folgen 3,4-Methylendioxy-N-methyl-amfetamin (MDMA) mit 22,7%, Amphetamin mit 13,6%, Methamphetamin mit 1,8% und 2C-B mit 0,8%). Bis 2008 war der psychoaktive Wirkstoff in Ecstasy fast ausschließlich MDMA (2008: in 96,8% der Monopräparate) und auch 2009 enthielten immer noch ein knappes Drittel (31,8%) der Monopräparate MDMA. Wie oben dargestellt, haben 2010 fast zwei Drittel aller Monopräparate m-CPP als psychoaktiven Wirkstoff und nicht mal mehr ein Viertel MDMA. Während der Anteil der Monopräparate, die mCPP enthalten, nicht weiter gestiegen ist, nimmt der von Amphetamin in Ecstasytabletten deutlich zu. Kombipräparate machen nur einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtmenge aus.

Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.9 dargestellt. Demnach ist der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA, nachdem er von 2007 (55 mg/KE) nach 2008/09 (51 bzw. 50 mg/KE) gesunken war, von 2009 auf 2010 (58 mg/KE) wieder leicht gestiegen. Der Wirkstoffgehalt von m-CPP ist im Vergleich zu den beiden Vorjahren (2010: 30 mg/KE; 2009: 27 mg/KE) leicht gestiegen, nachdem er von 2007 (39 mg/KE) nach 2008 (28 mg/KE) relativ stark gefallen war.

Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurden als Beimengungen am häufigsten Coffein, Laktose und Cellulose gemeldet.

¹²⁶ <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/1382-geographische-analyse-der-streckmittelmeldungen>

Tabelle 10.9 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

Wirkstoff	Menge				Median			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
MDA	27 ¹⁾	9,9 ¹⁾			27 ¹⁾	9,9 ¹⁾		
MDE								
MDMA	0,5-215	0,2-168	0,6-170	0,1-140	55	51	50	58
Amphetamine	3-33	0,5-20	0,2-37	0,3-21	13	0,8	2	3
Methamphetamin	27 ¹⁾	0,4-26	0,1-15	1,7-33	27 ¹⁾	13	0,5	5
m-CPP 1(-3-Chlorphenyl)-piperazin	26-76	0,7-43	2,7-53	0,1-100	39	28	27	30

1) Lediglich eine Sicherstellung.

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Insbesondere bei Ecstasy-Tabletten ist darauf hinzuweisen, dass die Erfassung in der FDR eine Erfassung des Wirkstoffes nicht zwingend vorsieht (Eine Recherche nach Wirkstoffen ist daher nur über ein nicht als Pflichtfeld ausfüllbares Suchbegriffsfeld möglich). Ferner ist zu berücksichtigen, dass kriminaltechnische Untersuchungsergebnisse oftmals erst spät oder aber gar nicht (nach-)erfasst werden. Aufgrund dessen ist nicht auszuschließen, dass die in der Tabelle angegebenen Daten zu sichergestellten Tabletten nur Teile der tatsächlichen Fallzahlen abbilden.

Quelle: s. Fußnote 124.

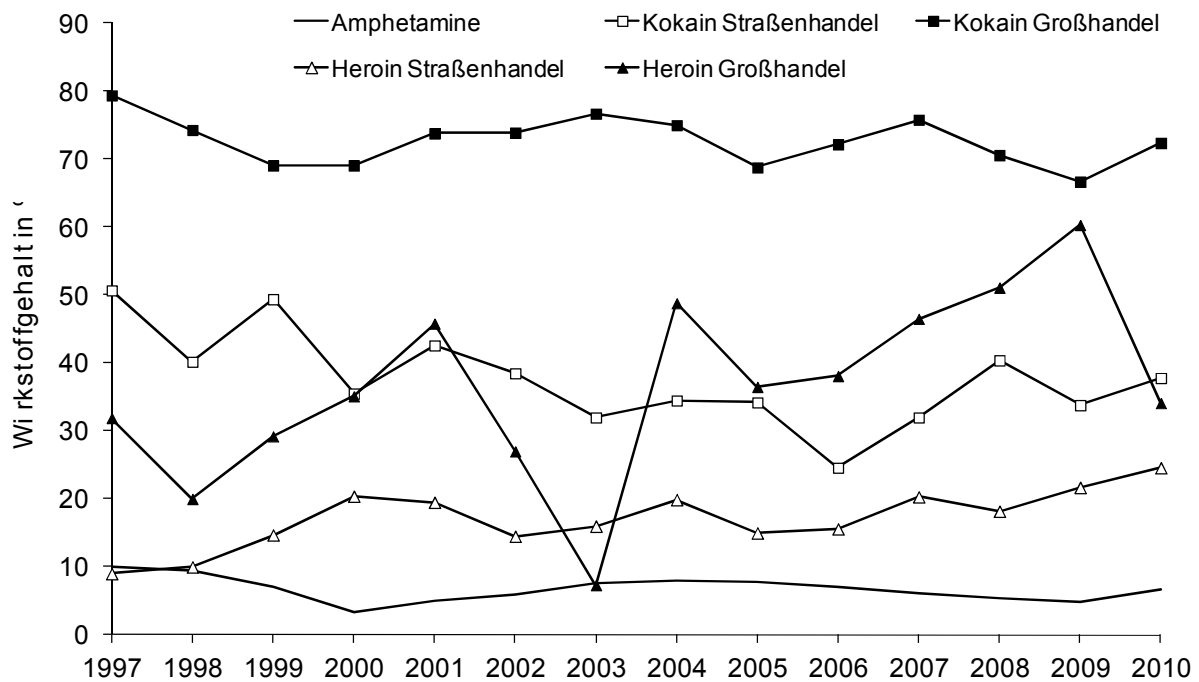
Heroin, Kokain und Amphetamine

Für 2010 wurden 4.111 (2009: 4.304) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.3). Während zwischen 1999 und 2004 der Wirkstoffgehalt der Beschlagnahmungen aus dem Großhandel sehr deutlich schwankte (mit den Polen 2003 (7,3%) und 2004 (48,8%)), stieg er zwischen 2005 und 2009 kontinuierlich an und hatte im Vorjahr mit 60,3% den bisherigen Höchstwert erreicht. Allerdings hat sich der Wirkstoffgehalt von Heroin von 2009 auf 2010 (34,1%) fast halbiert und liegt im Bereich der Jahre 2005 und 2006. 2010 lag der Wirkstoffgehalt von Heroin im Straßenhandel leicht über den zwischen 1999 und 2009 üblichen Werten von 15% bis 20% und hat einen neuen Höchstwert mit 24,6% erreicht. Als Zusätze fanden sich wie in den Vorjahren vor allem Koffein und Paracetamol. Der häufigste Verschnittstoff war Laktose.

Im Jahr 2010 wurden 3.116 (2009: 3.060) Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Nachdem der Median mit 24,6% im Jahr 2006 den niedrigsten Wert seit 1997 aufwies, ist der mittlere Wirkstoffgehalt 2008 wieder auf 40,4% gestiegen, betrug 2009 33,8% und lag 2010 bei 37,8%. Bei Großmengen lag der Wirkstoffgehalt 2010 (72,4%) wie meistens in den vergangenen Jahren bei knapp über 70% (Abbildung 10.3). Bei den Zusätzen wurde 2010 vor allem Tetramisol/Levamisol, Phenacetin, Lidocain nachgewiesen. Bei den Verschnittstoffen fand sich Laktose am häufigsten. Canadian Harm Reduction (2010) warnt vor den Nebenwirkungen von Levamisol,

welches anscheinend schon an der Herkunftsquelle dem Kokain beigemischt wird und weltweit in 60%-90% des weltweiten Kokainaufkommens enthalten ist.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 2.774 (2009: 2.825) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet, der im Mittel bei 6,6% und damit erstmals seit 2004 nicht niedriger als im Vorjahr lag (Abbildung 10.3). Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetaminen nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigste Verschnittstoffe waren Laktose und Kreatin.



Quelle: s. Fußnote 124.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft

11.1 Gefängnissysteme und Gefängnispopulation

Die Durchführung des Justizvollzugs in Deutschland ist Angelegenheit der Bundesländer. Seit 2006 obliegt den Ländern auch die Gesetzgebung in diesem Bereich. Alle Länder haben zwischenzeitlich Gesetze zur Durchführung des Jugendstrafvollzuges erlassen. Eigene Strafvollzugsgesetze für den Erwachsenenstrafvollzug gibt es in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen und Hessen. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Es gibt keine bundesweite Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland, sondern v.a. regionale Datenerhebungen und einzelne Studien, zum Teil unter Teilpopulationen einzelner Einrichtungen.¹²⁷

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat zum Stichtag 31.03.2008 für die Indikatorenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Daten aus den einzelnen Bundesländern und damit 195 Justizvollzugsanstalten (JVA's) zusammengestellt (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). Auf relevante Ergebnisse dieser Erhebung wird im Folgenden an geeigneter Stelle Bezug genommen. Eine starke Limitation all dieser Daten ist, dass immer nur Angaben aus einigen Bundesländern vorliegen und sich die Ergebnisse nicht eindeutig konkreten Bundesländern zuordnen lassen.

Angeregt durch die Indikatorendatenbank der WHO hat Baden-Württemberg, eine jährliche Gesundheitsberichtserstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg initiiert (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). Die Datenerhebung auf Anstaltsebene erfolgte zum ersten Mal für das Jahr 2008. Der letzte Bericht erschien im Sommer 2011.

Zusätzlich zu diesen bereits erhobenen Daten hat die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) im Rahmen der jährlichen Anfrage zur Informationssammlung für den REITOX-Bericht die Drogenbeauftragten bzw. die Justizministerien der Bundesländer gebeten, einen umfangreichen Fragebogen zur gesundheitlichen Situation Gefangener in ihrem Bundesland zu beantworten. Themen dieser Erhebung waren unter anderem die Struktur der medizinischen und psychosozialen Versorgung in Justizvollzugsanstalten, Schulungen von Justizvollzugsbeamten für den Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen, Tests auf Drogen und Infektionskrankheiten sowie intramurale Therapieangebote für drogenkonsumierende Gefangene. Bei der Fertigstellung des Berichts lagen der DBDD Antworten aus 13 Bundesländern vor. Aus Bayern, Hamburg und dem Saarland waren bis zu diesem Zeitpunkt keine Rückmeldungen eingetroffen. Im Jahr 2005 wurde außerdem eine Umfrage der DBDD bei den Landesjustizministerien durchgeführt, die im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft

¹²⁷ Zu den beträchtlichen Limitationen der Daten siehe Kapitel 11.5.2.

Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) stattfand. Es wurde die Situation der Sucht- und Drogenhilfe in den Justizvollzugsanstalten der einzelnen Bundesländer erhoben. Die Ergebnisse dieser Umfrage können im REITOX-Bericht 2008 (Kapitel 9.3.1) nachgelesen werden.

Im November 2010 wurde von der DBDD der Workshop „Drogen und Haft“ durchgeführt. Er von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung unterstützt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Ziel der Veranstaltung, an der ca. 120 Personen teilnahmen, war es, den Austausch zwischen Experten aus Theorie und Praxis zu fördern und eine gemeinsame Diskussion anzuregen. Es referierten Vertreterinnen und Vertreter aus den Justizministerien der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin ebenso wie von der Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und dem Paritätischen Baden-Württemberg. Als internationale Referenten nahmen Experten des spanischen Innenministeriums, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz teil. Die Fachtagung hat dazu beigetragen, die Diskussion um eine angemessene Gesundheitsversorgung Drogen konsumierender und drogenabhängiger Inhaftierter anzuregen. Deutlich wurden die unterschiedlichen Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung drogenabhängiger Straftäter innerhalb Deutschlands und innerhalb der EU. Gemäß der Erkenntnis "Ohne Daten keine Taten" wurde die zentrale Bedeutung vergleichbarer Daten betont und die Verantwortlichen in den Bereichen Justiz und Gesundheit auf Länder- und Bundesebene ermutigt, den Aufbau eines entsprechenden Monitorings gemeinsam anzugehen. Das BMG wird prüfen, inwieweit entsprechende Konsensusveranstaltungen gefördert werden können, deren Ziel neben der Erstellung entsprechender Daten auch einheitlichere Behandlungsstandards für drogenabhängige Haftinsassen in Deutschland sein könnten.¹²⁸

In diesem Kapitel wird je nach Studie von Drogenkonsumenten, Drogenabhängigen und intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden die Rede sein. Aufgrund der unterschiedlichen Indikatoren für die entsprechenden Bezeichnungen – gerade auch in Abgrenzung zu einer ICD-relevanten Störung – ist ein Vergleich der Forschungsergebnisse dieser Studien häufig nur eingeschränkt möglich.

11.1.1 Kontextinformationen

Gemäß den Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO Nr. 73) ist von den Justizvollzugsanstalten ein monatlicher Nachweis über den Bestand der Einsitzenden am Ende des Monats sowie über Zu- und Abgänge im Berichtsmontat zu erstellen. Das Statistische Bundesamt erstellt für drei ausgewählte Kalendermonate (März, August und November) aus den zu Länderergebnissen aggregierten Nachweisungen Übersichten für Deutschland und veröffentlicht diese im Internet. Die Übersichten umfassen die Einrichtungen des Justizvollzugs der Länder. Einrichtungen des Maßregelvollzugs aber auch Jugendarrestanstalten sind nicht enthalten.

¹²⁸ Die Vortragsfolien stehen unter www.dbdd.de zum Download bereit.

Am 31.03.2010 befanden sich laut der jährlichen Erhebung des Deutschen Statistischen Bundesamts (DeStatis) 60.693 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Der Anteil der Frauen unter den Inhaftierten ist im Laufe der letzten Jahre leicht gestiegen, aber mit rund 5% nach wie vor gering (Statistisches Bundesamt 2010c). 55,9% (33.907) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 29,7% (18.018) eine Haftstrafe zwischen 2 und 15 Jahren und 3,4% der Inhaftierten (2.048) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Statistisches Bundesamt 2010c). Im Jahr 2009 gab es zehnmal so viele Haftantritte wie Strafgefangene (637.552), davon 17% (108.832) Erstaufnahmen, und ungefähr gleich viele (608.204) Entlassungen (Statistisches Bundesamt 2010a). Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 31.08.2010 in den einzelnen Bundesländern liefert Tabelle 11.1. Demnach gab es in Deutschland zu diesem Stichtag 185 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt knapp 80.000 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit über 70.000 Gefangenen zu 90% ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt 2011b).

Tabelle 11.1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am 31.08.2010 nach Bundesland

Land	Selbstständige Anstalten	Belegungs-fähigkeit	Tatsächliche Belegung	Belegung in % ¹⁾
Deutschland (insgesamt)	185	77.995	70.103	90
Baden-Württemberg	19	8.126	7.337	90
Bayern	36	11.942	11.706	98
Berlin	8	5.172	4.774	92
Brandenburg	6	2.123	1.510	71
Bremen	1	748	616	82
Hamburg	6	2.593	1.772	68
Hessen	16	5.767	5.222	91
Mecklenburg-Vorpommern	2	1.547	1.426	92
Niedersachsen	14	7.107	5.595	79
Nordrhein-Westfalen	37	18.343	17.181	94
Rheinland-Pfalz	10	3.606	3.473	96
Saarland	3	896	833	93
Sachsen	10	3.840	3.438	90
Sachsen-Anhalt	5	2.456	2.073	84
Schleswig-Holstein	6	1.695	1.353	80
Thüringen	6	2.034	1.794	88

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit

Statistisches Bundesamt 2011b.

Da der Anteil von Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten verwendet. Diese Schätzung ist jedoch relativ ungenau, da auf diese Weise einerseits Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern der Fall sein könnte. Andererseits wird ein großer Teil der Drogenkonsumenten nicht berücksichtigt, da beispielsweise Personen, die aufgrund von Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 67.025 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes abgeurteilt¹²⁹ (Statistisches Bundesamt 2010a) und 59.432 verurteilt, darunter 17% Heranwachsende und Jugendliche (Statistisches Bundesamt 2010b). Aufgrund von Verstößen gegen das BtMG befanden sich zum Stichtag 31.03.2010 insgesamt 8.880 Personen (14,6% aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs,

¹²⁹ Abgeurteilte sind Personen, die vor Gericht standen und ein Urteil erhalten haben. Personen, die nicht verurteilt werden, erhalten beispielsweise einen Freispruch, die Einstellung des Verfahrens o.ä.; für genauere Gründe s. DeStatis Fachserie 10, Reihe 3 „Abgeurteilte nach Art der Entscheidung“.

davon waren 5,7% (507) weiblich, 3,6% davon (319) saßen eine Jugendstrafe ab. In Tabelle 11.2 ist zu sehen, dass der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten seit 2008 zwar nur leicht, aber kontinuierlich gesunken ist. Diese Tendenz ist über alle Strafrechtsformen und bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 51.723 Freiheitsstrafen (7,1% aller Freiheitsstrafen) einschließlich Strafarrrest nach dem BtMG verhängt, davon 18.013 tatsächliche Freiheitsstrafen (darunter 11.706 Strafen zur Strafaussetzung) und 33.710 Geldstrafen. Von den tatsächlichen Freiheitsstrafen lagen 8.840 unter und 9.173 über einem Jahr (Statistisches Bundesamt 2010a, b).

Tabelle 11.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2010	Inhaftierte N	60.693	57.568	3.125	51.056	2.917	5.979	205	536
	BtMG N	8.880	8.373	507	8.074	486	298	21	1
	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0
2005	BtMG %	14,6	14,4	19,2	15,4	20,1	7,3	10,2	0

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

Statistisches Bundesamt 2010c.

11.1.2 Charakteristika der Population

Von den 60.693 Gefangenen am 31.03.2010 waren 5,1% (3.125) Frauen und 22% (13.374) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt 2010c). 66,2% (40.174) waren ledig, 17,5% (10.642) verheiratet, 1,3% (765) verwitwet und 15,0% (9112) geschieden. 15,2% (9.204) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,4% (222) der Häftlinge waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 28,0% (17.015) zwischen 21 und 30 Jahre, 48,6% (29.515) zwischen 30 und 50 Jahre und 11,9% (7.221) über 50 Jahre alt.

11.2 Gesundheitspolitik in Haft

11.2.1 Rahmenbedingungen der Gesundheitsfürsorge in Haft

Rechtliche Rahmenbedingungen

In den meisten Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossen worden und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die

Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§125a GG¹³⁰), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Aktuell gilt das StVollzG noch in 11 Bundesländern. Eigene Landesgesetze gibt es mittlerweile in Baden-Württemberg (JVollzGB seit dem 01.01.2010), Bayern (BayStVollzG, seit dem 01.02.2010), Niedersachsen (NJVollzG, seit dem 14.12.2007), Hamburg (HmbStVollzG, seit dem 14.07.2009) und Hessen (HStVollzG, seit dem 28.06.2010). Die Landesgesetze orientieren sich größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in allen fünf Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V)¹³¹.

Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§56 StVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§61 StVollzG). Im StVollzG werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (Indikatorendatenbank, BMJ 2009).

Zwar unterscheiden sich die Landesgesetze kaum vom StVollzG und auch kaum untereinander, dennoch gibt es feine Unterschiede. Im Hessischen Strafvollzugsgesetz wird das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung geregelt (§26 Abs.2 HStVollzG). In Niedersachsen, Hessen und Baden-Württemberg werden darüber hinaus explizit präventive Maßnahmen erwähnt: In Niedersachsen wird das Recht der Gefangenen auf Schutzimpfungen (§57 Abs. 1 NJVollzG) gesetzlich geregelt. In Hessen und Baden-Württemberg wurde die Notwendigkeit zur Aufklärung der Gefangenen über eine gesunde Lebensführung schriftlich festgehalten (§23 Abs. 1 HStVollzG und §32 Abs. 1 JVollzGB). In Hessen und Baden-Württemberg wird darüber hinaus auf die Möglichkeit von Kontrollen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs hingewiesen (§4 HStVollzG und §64 JVollzGB).

¹³⁰ Grundgesetz

¹³¹ Das SGB V regelt Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern, wie beispielsweise Ärzten, Zahnärzten und Apothekern.

Implementierung des Äquivalenzprinzips

Die Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1982) besagt, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall unter den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nichtinhaftierten zugute kommen. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll. Darüber hinaus können Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden (CPT 2010).

In Deutschland regeln die Strafvollzugsgesetze selbst, welche medizinischen Leistungen Gefangene beanspruchen können und verweisen bezüglich Art und Umfang auf das Sozialgesetzbuch (SGB V) (Meier 2009). Demnach können Gefangene nicht das gesamte, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbindliche Leistungsspektrum in Anspruch nehmen.

Anzahl des Gesundheitspersonals

Am 1. September 2009 arbeiteten laut Annual Penal Statistics des Council of Europe (SPACE I, Aebi & Delgrande 2011) insgesamt 37.174 Angestellte (in Vollzeit-Äquivalenten), im deutschen Strafvollzug, davon fast alle (98,7%) innerhalb der Gefängnismauern. Beamte des allgemeinen Vollzugsdienstes machten mit 73,6% die mit Abstand größte Gruppe der Angestellten im deutschen Justizvollzug aus. Demgegenüber stellen Ärzte und Pflegepersonal mit 0,7% die kleinste Gruppe. 1,5% waren Gutachter oder Psychologen (RM 1321). Durchschnittlich ist jeder Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes für 2,7 Gefangene verantwortlich. Für Personal in anderen Bereichen, wie z.B. Behandlung oder Ausbildung, fallen durchschnittlich 15,5 Gefangene auf einen Bediensteten.

Auf einen in der Allgemeinbevölkerung praktizierenden Arzt kommen in Deutschland durchschnittlich 257 Patienten, mit erheblichen landesspezifischen Abweichungen (von 174 bis 304 Einwohner je berufstätigem Arzt) (Stand: Ende 2008, siehe Tabelle 11.3) (Greß & Stegmüller 2011). Auf einen Gefängnisarzt kommen im Durchschnitt rund 260 Inhaftierte (Meier 2009). Dies entspricht ungefähr dem Durchschnittswert für die Gesamtbevölkerung. Berücksichtigt man die starke Fluktuation der Gefängnispopulation (375.671 Eintritte und Erstaufnahmen im Jahr 2004 bei einer Jahresdurchschnittsbelegung von 79.752), ist allerdings eher eine Versorgungsrelation von 1:560 realistisch. Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass Personen im Vollzug in der Regel aufgrund einer höheren gesundheitlichen Belastung und der leichteren Zugänglichkeit häufigere Arztbesuche aufweisen als in Freiheit. Daten zur genauen Quantifizierung dieses Sachverhalts liegen aus Deutschland nicht vor. Die Ergebnisse einer Studie in allen belgischen Gefängnissen zeigen, dass Gefangene dort durchschnittlich 3,8mal häufiger den Arzt konsultierten als in einer demographisch äquivalenten Gruppe der Allgemeinbevölkerung (Feron et al. 2005). Wenn

man bei den Inhaftierten in Deutschland von einem ähnlichen Konsultationsverhalten ausgeht, ist ein Gefängnismediziner demnach bei gleicher Versorgungsrelation wie in der extramuralen Gesundheitsversorgung aufgrund der größeren Nachfrage nach seinen Diensten deutlich stärker belastet. Bei gleichem Versorgungsschlüssel (Zahl von Ärzten und Krankenpflegepersonal) intra- und extramural, zeigt die meist sehr viel höhere gesundheitliche Belastung der Gefangenen eine Struktur der gesundheitlichen Ungleichheit („health inequality“) (Stöver et al. 2009). Dies würde dafür sprechen, dass für die intramurale Gesundheitsfürsorge eine größere Ärztedichte als in Freiheit nötig wäre, um eine vergleichbare Versorgungsdichte zu gewährleisten. Tabelle 11.3 liefert einen Überblick über die intra- und extramurale Versorgungslage mit Allgemeinmedizinern pro Inhaftiertem bzw. Einwohner.

Tabelle 11.3 Intra- und extramurale Versorgungsrelation

Bundesland	Intramural 2004 ¹⁾			Extramural 2008 ²⁾
	Stellenzahl Ärzte	Jahresdurch- schnittsbelegung JVAs	Versorgungsrelation (Arzt : Patient)	Versorgungsrelation (Arzt : Patient)
Baden- Württemberg	26	8.604	1:331	1:261
Bayern	45	11.964	1:266	1:242
Berlin	34	5.318	1:159	1:197
Brandenburg	11	2.308	1:210	1:304
Bremen	1	733	1:733	1:195
Hamburg	15	3.123	1:205	1:174
Hessen	21	5.883	1:280	1:252
Mecklenburg- Vorp.	7	1.634	1:233	1:262
Niedersachsen	32	6.951	1:217	1:292
Nordrhein- Westfalen	63	17.727	1:281	1:261
Rheinland- Pfalz	9	3.873	1:430	1:264
Saarland	1	931	1:931	1:242
Sachsen	25	4.253	1:170	1:288
Sachsen- Anhalt	13	2.822	1:217	1:294
Schleswig- Holstein	3	1.577	1:526	1:259
Thüringen	0	2.051	-	1:282
Insgesamt	306	79.752	1:261	1:257

1) Meier 2009.

2) Greß & Stegmüller 2011.

Einen Überblick über die von den Justizministerien auf die Anfrage der DBDD im Jahr 2011 berichteten Stellen im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung von

Inhaftierten liefert Tabelle 11.4. Sachsen-Anhalt berichtete darüber hinaus, dass an insgesamt acht Standorten der Justizvollzugseinrichtungen je ein Bediensteter zum Suchtbeauftragten bestellt wird. Ihnen ist die fachliche Leitung für die Aufgabenwahrnehmung in der Suchtarbeit übertragen. Zusätzlich sind 16 Bedienstete als Suchtkrankenhelfer für die Aufgabenerfüllung mit einem Arbeitskraftanteil von insgesamt 5,3 Vollzeitstellen eingesetzt. In einer JVA Sachsen-Anhalts wird die Suchtberatung durch externe Fachkräfte im Rahmen der so genannten „Public-Private-Partnership“ angeboten. Nähere Angaben zur Personalausstattung sind darum von hier nicht möglich (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen Anhalt 2011, persönliche Mitteilung).

Laut Indikatorendatenbank belief sich die Anzahl der Krankenhausbetten in Justizvollzugsanstalten im Jahr 2008 in zehn Bundesländern auf 1.015 und fünf Bundesländer geben 230 psychiatrische Betten an (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). Aufgrund der mangelnden Zuordenbarkeit der Daten auf bestimmte Bundesländer kann hier allerdings weder eine Versorgungsrelation berechnet und mit der in der Allgemeinbevölkerung verglichen werden, noch können die Angaben mit den aktuellen Daten verglichen werden.

Detaillierte Informationen liegen darüber hinaus aus Baden-Württemberg und der Justizvollzugsanstalt München vor. In Baden-Württemberg standen für 7.748 Gefangene im Jahr 2010 insgesamt 32,65 Anstaltsärzte (darunter 7,65 Personalstellen von nicht hauptamtlich beschäftigten Anstaltsärzten), in den Justizvollzugsanstalten und im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg 14 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. In den Justizvollzugsanstalten des Landes gab es zu diesem Zeitpunkt insgesamt 304 Krankenhausbetten, darunter 94 psychiatrische (Reber 2011). In der JVA München standen im Januar 2011 für 1249 Gefangene insgesamt 7 Ärzte und 82 Personen aus dem Krankenpflegedienst zur Verfügung (Stumpf 2011).

11.2.2 Gesundheitspolitik in Haft

Nationale Drogenpolitik in Gefängnissen

Über die Gesetzgebung für den Bereich des Justizvollzugs der Bundesländer entscheiden die jeweiligen Landesparlamente, über die Art der Durchführung der Gesetze die jeweiligen Justizministerien. Auf nationaler Ebene gibt es den Strafvollzugsausschuss der Länder (BMJ 2011, persönliche Mitteilung). Er ist ein Unterausschuss der Justizministerkonferenz und bereitet Sitzungen dieses Gremiums vor. Teilnehmer sind die Abteilungsleiter der für den Strafvollzug verantwortlichen Abteilungen der Landesjustizministerien. Im Strafvollzugsausschuss der Länder werden aktuelle Themen des Strafvollzugs diskutiert, die von länderübergreifendem Interesse sind. Ziel des Zusammenkommens ist es, diese Entwicklungen bundesweit zu koordinieren. Das Ergebnis sind Absprachen, die allerdings nicht bindend sind. Sollten bindende Einigungen gewünscht werden, kann diesbezüglich ein Staatsvertrag geschlossen werden. Das Bundesministerium der Justiz nimmt am Treffen des Strafvollzugsausschuss der Länder teil, hat aber nur einen Beobachtungsstatus.

Drogenbezogene Gesundheitspolitik in Haft

In der im Jahr 2011 durchgeführten Befragung durch die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) berichteten die Justizministerien der Länder, dass sich bezüglich der Therapieangebote für Inhaftierte die meisten Länder an den Richtlinien der Bundesärztekammer orientieren. Darüber hinaus nannten einige Länder die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizin (AWMF), die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und die Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (NUB-Richtlinien)¹³².

Auf eine Befragung der Deutschen Aidshilfe (DAH) im Herbst 2006 gaben alle Bundesländer außer Schleswig-Holstein an, sich bezüglich der Substitutionsbehandlung (Opioid Substitution Therapy, OST) von Inhaftierten auf das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu berufen (Knorr 2008). Darüber hinaus berichteten auch damals fast alle Länder, sich nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger zu richten. Schleswig-Holstein gab außerdem an, sich an den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien)¹²⁹ zu orientieren, die die Substitution im kassenärztlichen System regeln. Diese sind eigentlich nicht verbindlich für die Substitution im geschlossenen Vollzug, da Gefangene während der Inhaftierung nicht gesetzlich krankenversichert sind.

¹³² Die NUB-Richtlinien und die BUB-Richtlinien wurden fortgeschrieben und werden nun überwiegend zitiert unter „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung „Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Tabelle 11.4 Umfang der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Inhaftierten in den Bundesländern

Land	Medizinischer Dienst			PSB	
	Personalstunden pro Woche	Anteil für die Behandlung von Drogenkonsumenten (intern, %)	Anteil für die Behandlung von Drogenkonsumenten (extern, Std)	Intern (%)	Extern (Std)
Baden - Württemberg	6.432,5	15%	0	5%	15 Stellen
Berlin	230 x 40	25%	k.A.	Lässt sich nicht getrennt darstellen, in medizinischer Behandlung (z.B. bei OST) enthalten	Eine dezidierte Stundenerhebung liegt nicht vor
Brandenburg	Ärzte: 150, Pflegedienst: 1.360	<1%	k.A.	0	0
Bremen	5.600	70%	0	50%	0
Hessen	Ärzte: 915 Pflegedienst: 4.370	Ärzte: ca. 5%-10% Pflegedienst: ca. 5%	0,4-1,2	Festlegung auf einen prozentualen Anteil ist nicht möglich; PSB bei OST integriert	10-60 Std./Wo. (Je nach Größe der Anstalt)
Mecklenburg-Vorpommern	1.070	Nicht erfasst.	0	Nicht erfasst	0
Niedersachsen	Gefängnisintern: 915,2 Honorarärzte: 720	30%	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst
Nordrhein-Westfalen	Gefängnis: 9.750 Vollzugskrankenhaus: 3.750	30%-40%	0	1.320 Std./Wo.(mithilfe von externen Einrichtungen)	270 Std./Wo.
Rheinland-Pfalz	1.764	Ca. 15%-20%	113	10%	Nicht erfasst
Sachsen	Ärzte: 240 Med. Dienstanstalten: 1.780 Krankenhaus: 1.360	Ca. 1%	k.A.	k.A.	k.A.
Sachsen-Anhalt	1.830 (ohne nebenamtliche Ärzte)	Nicht erfasst	0	Nicht erfasst	0
Schleswig-Holstein	998	5%-80% (je nach JVA)	0	2-5% (je nach JVA)	35,5 Std./Wo.
Thüringen	1.148	Ca. 20%	Ca. 6 Std.	Ca. 20%	Ca. 15 Std./Wo.

k.A. = Es wurde keine Angabe gemacht.

Modelle der Leistungserbringung für Drogenkonsumenten im Gefängnis

Für die medizinische und psychosoziale Betreuung von Inhaftierten stehen häufig nicht nur Vollzugsbedienstete zur Verfügung, sondern darüber hinaus auch externe Fachkräfte. So gab es im Jahr 2008 in 15 der 19 Anstalten Baden-Württembergs HIV-Hilfsdienste, in 9 Anstalten psychologische Hilfsdienste und externe Gesundheitsdienste in 10 Anstalten (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). Grundsätzlich sind bundesweit ca. 62% der regionalen Aidshilfen auch in Justizvollzugsanstalten tätig, vorwiegend in den Bereichen Beratung und Betreuung oder zur Durchführung von Gruppenaktivitäten oder Informationsveranstaltungen für Gefangene und Bedienstete (Knorr 2011). Laut SPACE I (Aebi & Delgrande 2011) machten im Jahr 2009 Mitarbeiter im Strafvollzug, die nicht von der Gefängnisverwaltung angestellt sind insgesamt 1.541 Personen aus. Diese verteilten sich auf einzelne Berufsgruppen folgendermaßen: Lehrer (24,3%), medizinisches Personal (11,5%), Sicherheitspersonal (8,1%), Sozialarbeiter und Bewährungshelfer (10,8%). In Bayern gab es im Jahr 2010 insgesamt 49 Vollzeitstellen für die externe Suchtberatung im Justizvollzug, was einen Anstieg seit dem Jahr 2009 von 6 Vollzeitstellen bedeutet (Poth 2011). Finanziert wurden diese durch das bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.

Für die Länderkurzberichte gaben die Bundesländer die Anzahl der Einrichtungen und die Personalstellen an, die im internen und externen Dienst zur Beratung und Behandlung im Strafvollzug zur Verfügung stehen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011). 11 Bundesländer machten Angaben zur Anzahl der internen Dienste. Die Angaben von 9 Bundesländern ließen sich addieren zu einer Gesamtzahl von 125 Diensten mit insgesamt 227 Personalstellen (letzteres laut Angaben aus 10 Bundesländern). Darüber hinaus machten 12 Bundesländer Angaben zur Anzahl der externen Dienste. Die Angaben von 11 Bundesländern ließen sich addieren zu insgesamt 157 Diensten mit 179 Personalstellen (letzteres laut Angaben aus 10 Bundesländern). Dabei unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer bezüglich der Gewichtung von internen und externen Diensten. So finden in manchen Bundesländern (z.B. Hamburg und Nordrhein-Westfalen) Beratung und Behandlung hauptsächlich durch interne, in anderen (z.B. Bayern und Sachsen) in erster Linie durch externe Einrichtungen statt.

11.3 Bereitstellung von drogenbezogenen Gesundheitsangeboten

11.3.1 Prävention und Behandlung

Drogenprävention und Aufklärung für Gefangene

Aufgrund der hohen Raten an Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen in deutschen Gefängnissen werden dort in besonderem Maße drogenbezogene Präventions- und Behandlungsprogramme benötigt. Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet seit ein paar Jahren eine Veranstaltungsreihe zum Thema „HIV-Prävention und medizinische Versorgung im Justizvollzug“ an, seit 2010 fanden die Veranstaltungen auch in Justizvollzugsanstalten statt und richteten sich sowohl an Gefangene als auch an Bedienstete (DAH 2011, persönliche Mitteilung).

Auf die Anfrage der DBDD an die Justizministerien im Sommer 2011 antworteten 10 von 13 Bundesländern, dass sie zur Prävention drogenbedingter Schäden Informationsmaterial verteilen, 3 organisieren Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen für die Gefangenen und 5 bieten den Gefangenen Gespräche an, z.B. in Form einer Belehrung oder einer individuellen Beratung.

Laut Indikatorendatenbank der WHO (BMJ 2009) wurde im Jahr 2008 in 15 Bundesländern in allen Justizvollzugsanstalten zur Prävention von drogenbedingten Schäden Informationsmaterial verteilt, in 14 Bundesländern fand in allen Anstalten Beratung durch drogenbezogene oder medizinische Fachkräfte statt. Peer Education Programme und Safer Use Trainings waren in 2 Bundesländern in einigen Anstalten möglich. Die im Jahr 2008 im Vergleich zu den aktuellen Angaben stärkere Verbreitung von präventiven Maßnahmen im Strafvollzug sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Deutlich zu sehen ist, dass das Verteilen von Informationsmaterial zu beiden Erhebungszeitpunkten die am meisten verbreitete Methode zur Aufklärung von Gefangenen darstellt.

Differenziertere Angaben liegen aus Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Bayern (Nürnberg) vor. In 18 Justizvollzugsanstalten Baden-Württembergs standen im Jahr 2008 Informationsmaterialien in erster Linie zu Infektionskrankheiten zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es interne oder externe Drogenfachkräfte in allen Justizvollzugsanstalten, Peer-Education-Programme in sechs, Safer-use Training in neun Anstalten und in 17 Einrichtungen wird Beratung für Bedienstete angeboten (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). In Sachsen-Anhalt zählt zu den Kernaufgaben der Suchtberatung die Informations- und Motivationsarbeit mit behandlungsbereiten Inhaftierten (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Bewusstmachung und Aufklärung sollen dazu beitragen, die gesundheitlichen, tatbezogenen und sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums zu verdeutlichen. Das Projekt „Notfalltraining für Drogenkonsumenten“ von der mudra-Drogenhilfe in Nürnberg wendet sich an Konsumenten in den Hilfseinrichtungen, inhaftierte Drogenabhängige in der JVA und professionelle Helfer in der Drogenarbeit (mudra e.V. 2011). Im Training sollen Drogenkonsumenten für den Fall einer Überdosis als Ersthelfer geschult werden. Ziel des Trainings ist es, den Helfenden die Angst vor eigenen Repressionen zu nehmen und in der Szene verbreitete unsinnige Hilfsmaßnahmen auszuräumen. Außerdem sollen den Teilnehmern safer-use-Regeln nahegebracht und das Verständnis über Risiken und Abläufe beim Konsum vertieft werden, um Überdosierungen zu vermeiden. Zudem soll den Teilnehmern die Notwendigkeit einer Nachsorge in der Klinik vermittelt werden, damit sie auf andere in diesem Sinne einwirken. Letztendlich soll sich Erste Hilfe als positiv besetzte Reaktion in der Szene etablieren.

Arten der Drogenbehandlung und Zahl der Patienten

Im Folgenden werden die Arten der Drogenbehandlung und die Zahl der behandelten Gefangenen dargelegt. Jedoch befinden sich nicht alle betäubungsmittelabhängige Straftäter in deutschen Justizvollzugsanstalten. Der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ erlaubt es nämlich, von der Vollstreckung einer rechtskräftig verhängten Freiheitsstrafe abzusehen, wenn sich der betäubungsmittelabhängige Täter einer Therapie unterzieht (§ 35 BtMG).

Weitere Hintergrundinformationen zum Thema „Therapie statt Strafe“ finden sich im REITOX-Bericht 2008 (Kapitel 11). Im Jahr 2009 gab es insgesamt 147.582 Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach dem allgemeinen Strafrecht (Statistisches Bundesamt 2011d). Dabei wurde die Strafe in insgesamt 9.587 Fällen zurückgestellt (nach § 35) bzw. zur Bewährung angerechnet (nach § 36). In dieser Kategorie wurden im Jahr 2009 insgesamt 2.748 beendet, davon waren allein 1.173 Strafaussetzungen, die aufgrund von Straftaten gegen das BtMG verhängt wurden. Von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (Kulick 2010) wurde im Rahmen des DBDD Workshops „Drogen und Haft“ diesbezüglich auf Studien in Rheinland-Pfalz verwiesen, die bestätigen, dass eine medizinische Rehabilitation bei Personen mit BtMG-Freistellung hinsichtlich Drogenabstinenz und (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit grundsätzlich ebenso erfolgreich sein kann wie bei anderen Rehabilitanden, die an einer Drogenentwöhnungsbehandlung teilnehmen. Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahme ist vor allem eine kriteriengeleitete, konsequente und für die Gefangenen transparente Bewilligungspraxis, da durch eine von den Häftlingen wahrgenommene Unklarheit Motivationsdefizite und damit Drehtüreffekte entstehen können. Eine Übertragung der positiven Rehabilitationsergebnisse auf die bundesweite Situation ist derzeit jedoch nur eingeschränkt möglich.

Substitutionspraxis in den verschiedenen Bundesländern

Die Substitutionspraxis zwischen den Bundesländern variiert zum Teil deutlich. Um detaillierte Informationen zum aktuellen Vorgehen zu erhalten, stellte die DBDD im Sommer 2011 eine Anfrage an die Justizministerien der Länder. Alle 13 Bundesländer, von denen Informationen eingingen, antworteten, dass für Inhaftierte sowohl eine Entgiftung als auch eine Substitutionsbehandlung in ihrem Land angeboten wird. Dabei kann eine dauerhafte OST in 9 Bundesländern durchgeführt werden. In Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt wird OST nur als Abdosierung bei Zugang eingesetzt. In Rheinland-Pfalz wird der Beginn einer OST kurz vor Haftentlassung angeboten, in 6 Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) ist eine Hochdosierung der OST vor Entlassung möglich.

Laut Indikatorendatenbank der WHO (Indikatorendatenbank, BMJ 2009) waren im Jahr 2008 folgende Arten der Drogenbehandlung in allen Justizvollzugsanstalten verfügbar: Medikamentengestützte Kurzentgiftung (in 14 Bundesländern), Kurzentgiftung ohne Medikamente (in 7 Bundesländern), abstinenzorientierte Behandlung mit psychosozialer Betreuung (PSB) (in 11 Bundesländern), Behandlung mit Antagonisten (in 4 Bundesländern) und Substitutionsbehandlung (in 9 Bundesländern). Nur in 6 Bundesländern wurde in allen Fällen zusätzlich eine PSB durchgeführt. Eine medikamentengestützte Kurzentgiftung wird demnach zu beiden Befragungszeitpunkten von fast allen Bundesländern angeboten und eine dauerhafte Substitutionsbehandlung von etwas mehr als der Hälfte der Bundesländer. Laut den Ergebnissen einer Studie von Schulte und Kollegen (2009b) ist nur in rund 75% der untersuchten Justizvollzugsanstalten (n=31) eine Substitutionsbehandlung möglich.

Sachsen-Anhalt¹³³ gab darüber hinaus an, dass Betreuung und Beratung von suchtkranken Gefangenen u.a. zu den Schwerpunktaufgaben des Sozialen Dienstes gehört (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Diese Aufgaben können aber auch von anderen Bediensteten wahrgenommen werden.

Da bei der Befragung durch die Deutsche Aidshilfe (DAH) im Herbst 2006 aus Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt keine Antworten eingingen, wurden für diese Bundesländer ihre Antworten aus einer im Jahr 2002 durchgeführten Befragung der DAH verwendet (Knorr 2008). Aus dieser Befragung ging hervor, dass zu diesem Zeitpunkt eine Substitutionsbehandlung grundsätzlich in allen Bundesländern möglich war, mit der Besonderheit, dass in Bayern und Sachsen gleichzeitig eine schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen musste. Im Saarland wurde OST im Jahr 2006 nur im offenen Vollzug angeboten, in dem die Gefangenen dann in der Regel gesetzlich versichert sind. Die Weiterbehandlung einer extramural begonnen Substitution war zu diesem Zeitpunkt in fast allen Bundesländern möglich. In Bayern und Sachsen wurde damals diesbezüglich je nach Einzelfall entschieden (beispielsweise wurde in Bayern weiter substituiert, wenn die Haftzeit nur wenige Wochen betrug), in Brandenburg hingegen wurde damals die Substitutionsbehandlung bei Haftantritt eingestellt. Wenn erstmals in Haft die Indikation zur Substitution gestellt wurde, war zum Zeitpunkt der Befragung ein Beginn der Behandlung in den meisten Bundesländern möglich, in Bayern und Sachsen-Anhalt allerdings nur bei gleichzeitig schwerer Erkrankung oder während der Schwangerschaft. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen war der Beginn einer OST nach Haftantritt im Jahr 2006 gar nicht vorgesehen. OST in der Schwangerschaft, die eine Indikation für die Substitutionsbehandlung darstellt (Bundesärztekammer 2010), wurde nur in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen durchgeführt. Als Entlassvorbereitung wurde OST zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH in Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz angeboten. Die Dauer der Substitution war damals in Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein grundsätzlich nicht befristet. Ansonsten wurde sie in der Regel nur im Rahmen eines medikamentengestützten Entzugs angeboten. In 15 Bundesländern wurden damals Methadon und Polamidon für die OST verwendet, in 7 Bundesländern wurde Buprenorphin eingesetzt. Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2006 die einzigen Bundesländer, die keine substituitionsbegleitende PSB anboten. Wenn eine Substitution durchgeführt werden sollte, dieses Angebot in der Justizvollzugsanstalt jedoch nicht bestand, war im Jahr 2006 in allen Bundesländern außer in Berlin und Saarland eine Verlegung in eine andere Vollzugsanstalt möglich.

In Bayern wurde zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH im Jahr 2006 die Substitution nicht als „Programm“ oder „Therapie“ angeboten, aber in Einzelfällen nach Anordnung durch den Anstaltsarzt durchgeführt. Folgende Gefangenengruppen können im bayerischen Justizvollzug substituiert werden (Knorr 2009):

¹³³ Die maßgeblichen Regelungen zur internen Suchtarbeit im Justizvollzug des Landes Sachsen-Anhalt sind der AV des MJ vom 06.10.2006 – 4558 – 305 – Mbl. LSA Teilausgabe B Nr. 47, Seite 349 zu entnehmen.

- Gefangene, die sich schon vor Haftantritt in Substitution befanden und nur eine kurzzeitige Strafhaft von wenigen Wochen vor sich haben,
- Drogen gebrauchende Frauen in der Schwangerschaft,
- Jugendarrestanten,
- Schwerkranke, bei denen ein Entzug eine Verschlechterung der Grunderkrankung bedeuten würde und
- Substituierte Gefangene, die sich auf Transport befinden oder wegen eines Gerichtstermins aufgenommen werden.

Auf eine große Anfrage der Fraktionen der CDU und der SPD zum Thema „Methadon - Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung“ gab der Bremer Senat in einer Mitteilung vom September 2006 Auskunft. Demnach wurde in Bremen während der Untersuchungshaft eine Behandlung mit Methadon fortgesetzt, wenn vor der Inhaftierung seit mindestens 6 Monaten substituiert wurde und der Gefangene keinen Beigebrauch von Opiaten, Benzodiazepinen, Kokain oder Alkohol hatte. Behandlungen mit Buprenorphin wurden unter den gleichen Bedingungen, dann aber mit Methadon fortgesetzt. In Untersuchungshaft wurde eine Substitutionsbehandlung nicht neu begonnen. Während der Strafhaft galten in Bremen dieselben Fortsetzungsbedingungen wie in der Untersuchungshaft. Zusätzlich war zur Sicherung der gesundheitlichen Situation der Beginn einer OST bei schwerwiegenden Erkrankungen wie HIV, Hepatitis und Tumoren möglich (somatische Indikation) oder im Rahmen eines psychosozialen Behandlungskonzeptes bei Inhaftierten mit langer Drogenanamnese, die gescheiterte Therapieversuche hinter sich hatten und wiederholt delinquent gewesen waren (psychosoziale Indikation). Damals war die Dauer der Methadonbehandlung in Bremen grundsätzlich nicht begrenzt. Die tatsächliche Dauer hing allerdings von der Vorgeschichte ab (z.B. Dauer der Drogenabhängigkeit), der Persönlichkeitsstruktur und der persönlichen Entwicklung des Gefangenen in Haft. Beikonsum wurde mithilfe von Urinkontrollen überwacht. Bei Beigebrauch konnte die Behandlung abgebrochen werden¹³⁴. Wer sich durch Beikonsum in Gefahr brachte, sollte abdosiert und aus dem Behandlungsprogramm entlassen werden. Grundsätzlich wurde Beigebrauch immer sanktioniert, beispielsweise wurde er bei einer möglichen Vollzugslockerung und der Entlassplanung berücksichtigt.

Im Jahr 2010 fand das erste Expertengespräch „Heroinvergabe in Haft – neue Herausforderungen und Chancen für den Vollzug“ statt, das von der Deutschen AIDS-Hilfe organisiert wurde. Es nahmen Mitarbeiter der Gesundheits- und Justizministerien, der Aidshilfen und Anstaltsärzte teil. Auslöser für diese Zusammenkunft war, dass die Diamorphinvergabe außerhalb der Haft in die Regelversorgung übergehen sollte. Darum wurde die Ermöglichung einer Vergabe von Diamorphin in Haftanstalten diskutiert. Die Expertenrunde kam zu dem Ergebnis, dass nötige Voraussetzungen hierfür eine Ausweitung der intramuralen Substitutionsbehandlung und eine ausreichende politische Rückendeckung

¹³⁴ Ein zusätzlicher Konsum von Opiaten kann ein Hinweis darauf sein, dass die Methadondosis zu niedrig und eine Dosissteigerung erforderlich ist.

wären. Zusätzlich müsste die Haltung gegenüber Drogenkonsumenten in Haft unter den Bediensteten stärker thematisiert und reflektiert werden.

Da nur aus einzelnen Bundesländern detaillierte, zum Teil jedoch relativ betagte Informationen vorliegen und bei den bundesweiten Erhebungen nicht aus allen Bundesländern Rückmeldungen kamen, kann über eine Tendenz bezüglich der Verfügbarkeit und den Durchführungsbedingungen von OST in deutschen Justizvollzugsanstalten keine gesicherte Aussage getroffen werden. Eine Betrachtung der Zahl der Substitutionsbehandlungen in Haft ist hier möglicherweise aussagekräftiger.

Anzahl der Inhaftierten in Suchtbehandlungsmaßnahmen in den einzelnen Bundesländern

Laut Indikatorendatenbank befanden sich im Jahr 2008 in 11 Bundesländern insgesamt 1.361 Gefangene in Substitutionsbehandlung. In 4 Bundesländern entspricht das einem Anteil zwischen 2,5% und 14%, in 2 Bundesländern sogar 20% bzw. 50% der i.v. Drogengebraucher. In 4 Bundesländern war OST nur für Personen möglich, die schon vor der Haft substituiert wurden. Die Fortführung von einer in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlung war damals die primäre Behandlungsindikation (Keppler et al. 2009). Stöver (2011) fand unter den Teilnehmern in der IMPROVE-Studie¹³⁵, dass die Behandlung von vormals substituierten Patienten bei Haftantritt in 70% der Fälle abgebrochen wurde. Die restlichen 30% wurden nach Haftantritt zwar weiter substituiert, jedoch mit einer klaren Abstinenzorientierung.

In den Justizvollzugseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2010 insgesamt 674 Insassen von der vollzugsinternen Suchtberatung betreut (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Es sind 85 Anträge auf Suchtbehandlungsmaßnahmen gestellt worden, von denen 69 Fälle eine Kostenzusage erhielten. Insgesamt sind 50 Vermittlungen in eine stationäre oder teilstationäre Entwöhnungsbehandlung zustande gekommen.

In Baden-Württemberg fand im Jahr 2010 bei 1.486 Gefangenen eine medikamentengestützte Kurzentgiftung statt, bei 108 Gefangenen erfolgte eine Kurzentgiftung ohne Medikamente (Reber 2010). 276 Inhaftierte erhielten psychosoziale Unterstützung bei einer abstinenzorientierten Behandlung und 2 Häftlinge wurden mit Antagonisten behandelt. Eine Substitutionsbehandlung kam 524 Gefangenen zugute, davon allerdings in 15 Anstalten nur zur akuten Entgiftung. In 17 Anstalten war OST für Gefangene zugänglich, die bereits vor Haftantritt substituiert waren, davon in 11 Anstalten ohne zeitliche Begrenzung. PSB wurde in 12 Anstalten in mehr als der Hälfte der Fälle begleitend zur Substitution angeboten, in 11 Anstalten in weniger als der Hälfte der Fälle bzw. gar nicht.

¹³⁵ Für die IMPROVE-Studie wurden insgesamt 400 Opioidabhängige in Drogenberatungszentren und Arztpraxen aus 11 deutschen Städten befragt. Von den Befragten haben ca. 2/3 bereits eine Freiheitsstrafe verbüßt. Nur ca. 30% aus dieser Gruppe wurden während ihrer Freiheitsstrafe substituiert. 70% mussten in Folge des Haftantritts die OST abbrechen.

In den Berliner Justizvollzugsanstalten befanden sich im Mai 2011 etwa 120 Gefangene in einer Substitutionsbehandlung (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin 2011, persönliche Mitteilung).

In der oben beschriebenen Befragung der DAH aus dem Jahr 2006 wurde außerdem nach der Zahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Inhaftierten gefragt (Knorr 2009). Die Antworten der Justizministerien werden im Folgenden dargestellt. Für die Inhaftierten in fünf Justizvollzugsanstalten des Landes Rheinland-Pfalz war eine Substitutionsbehandlung möglich. Damals wurden dort durchschnittlich zehn Gefangene substituiert. Im Saarland gab es zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH keine geschlossene JVA, in der substituiert wurde. Darum war eine Verlegung innerhalb des Saarlands in eine andere JVA mit Behandlungsmöglichkeit nicht möglich. In Nordrhein-Westfalen war OST im Jahr 2006 grundsätzlich in allen Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes möglich.

Auf einer Tagung von akzept e.V. (2010) wurde berichtet, dass sich nach der Einführung der Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug Anfang 2010 die Zahl der Substitutionspatienten in NRW verdreifacht hat (im April 2011 lag die Anzahl der inhaftierten Substitutionspatienten bei ca. 1.000). Diese Entwicklung wurde auch auf dem DBDD-Workshop „Drogen und Haft“ berichtet, der im November 2010 stattgefunden hat (Husmann & Render 2010).

Die Zahl der Substitutionsplätze in Bremen ist nicht festgelegt. Im Bremer Justizvollzug konnten im Jahr 2006 jedoch etwa 100 bis 120 Gefangene substituiert werden. Laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2005 sind 30% der Gefangenen der JVA Bremen drogenabhängig (Mitteilung des Senats vom 19. September 2006). Ausgehend von ca. 700 Inhaftierten befinden sich demnach ca. 200 Personen mit Drogenhintergrund in den Gefängnissen von Bremen. Gemäß einer Mitteilung des Bremer Senats wurden dort zum Stichtag 01.09.2006 insgesamt 101 Gefangene mit Methadon behandelt. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 12% (Bremen) bzw. 16% (Bremerhaven).

Laut Aussage des Hessischen Ministeriums der Justiz wurden in Hessen im Jahr 2004 insgesamt 1.407 Drogenentzüge und 339 Entzüge bei Mischintoxikation durchgeführt. Diese fanden mehrheitlich zu Beginn der Haftstrafe statt (Kötter 2010). Substitutionsbehandlung wurden überwiegend als Weiterführung von in Freiheit begonnener Behandlungen (500 Fortführungen in 2009) und in geringer Anzahl auch als Neubeginn in Haft durchgeführt (20 Fälle in 2009). In 9% der Fälle wurde die OST abgebrochen, in der Regel wegen wiederholten Beigebrauchs. Im Jahr 2004 wurde PSB in hessischen Justizvollzugsanstalten vom gefängnisinternen Sozialdienst oder von externen Drogenberatungsstellen angeboten.

Aus den anderen Bundesländern liegen keine Daten über die Zahl der Behandlungsplätze bzw. die tatsächlich Substituierten vor (Knorr 2009). In Brandenburg wurden die Plätze aufgrund des geringen Behandlungsbedarfs bisher nicht festgelegt. In Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen ist grundsätzlich in allen Anstalten des Landes eine Substitutionsbehandlung möglich, in Mecklenburg-Vorpommern immerhin in einigen Anstalten.

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der DSHS für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011c). Da dieser Tabellenband nur acht Einrichtungen umfasst und auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können. Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass es Schwierigkeiten bei der Dokumentation gibt. So tauchen einige Personen zwar im gesamten Datensatz auf, jedoch nicht im gesonderten Tabellenband für die externe Beratung im Strafvollzug. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2010 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 28,3 Jahre (N=582) (2009: 30,2 Jahre; 2008: 29,2 Jahre; 2007: 28,3 Jahre), das der Frauen 32,2 Jahre (N=21) (2009: 29,9 Jahre; 2008: 28,4 Jahre; 2007: 26,9 Jahre). Damit ist das Durchschnittsalter der Männer im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr um 2 Jahre gesunken, nachdem es in den letzten beiden Jahren jeweils um ein Jahr gestiegen war. Bei den Frauen ist das Durchschnittsalter um jeweils 1,5 bis 2,5 Jahre kontinuierlich gestiegen. Besonders auffällig ist, dass 71,4% (2009: 82,4%) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 24,2% (2008: 28,2%) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose Stimulantien (47,1%) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit. Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine Behandlung im Gefängnis aufgrund von Kokain (7,7%) eine ähnliche große Rolle wie in Freiheit und eine primäre Cannabisproblematik (18,4%) eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses, bei den Frauen ist kein Fall dokumentiert (Tabelle 11.5).

Tabelle 11.5 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	141	24,2	15	71,4	156	25,9
Kokain	45	7,7	0	0,0	45	7,5
Stimulantien	274	47,1	6	28,6	280	46,4
Hypnotika/Sedativa	5	0,9	0	0,0	5	0,8
Halluzinogene	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Cannabinoide	107	18,4	0	0,0	107	17,7
Mult./and. Substanzen	9	1,5	0	0,0	9	1,5
Gesamt	582	100,0	21	100,0	603	100,0

Wirksamkeit

Aktuell beschäftigt sich das Projekt „Gesundheitsversorgung in Haft“, das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg durchgeführt wird, mit der Evaluation einer Therapievorbereitungsstation (TVS) für drogenabhängige und –missbrauchende Gefangene im hamburgischen Strafvollzug. Es soll evaluiert werden, inwiefern eine TVS die Annahme von weiterführenden Behandlungen nach Haftentlassung begünstigt. In der Datenerhebung, die zwischen April 2008 bis März 2010 stattfand, wurde darüber hinaus erhoben, ob das Behandlungsprogramm einen Einfluss auf die Therapiemotivation und Haltequoten der Teilnehmer hat. Endgültige Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor (DZSKJ 2011, persönliche Mitteilung).

In einem Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung in Haft fanden Stallwitz und Stöver (2007), dass diese Art der Behandlung sowohl den Heroinkonsum als auch die Häufigkeit von Injektionen und die damit verbundenen Infektionsrisiken reduziert, wie beispielsweise das Teilen von Injektionsbesteck. OST kann zudem dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus führt die Teilnahme an Methadonprogrammen im Gefängnis zu einem Rückgang von Aktivitäten in der drogenbezogenen Subkultur und von drogenbedingten Bestrafungen. Außerdem gibt es Belege dafür, dass eine dauerhafte Substitutionsbehandlung während der Haftzeit in Verbindung mit psychosozialer Betreuung Gefangene dabei unterstützen kann, sich nach Haftentlassung in eine Drogenbehandlung zu begeben. Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben und unter dauerhafter Substitution generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen als nicht Substituierte (Keppler et al. 2011).

Auch Gefängnisse können von der Substitutionsbehandlung profitieren (Stöver & Michels 2010). So lassen sich Entzugssymptome von Gefangenen besser kontrollieren, die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht und die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge und ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich.

Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Schulte und Kollegen (2009b) haben Daten von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Dabei fand sich bezüglich der Infektion mit Hepatitis C ein Anteil von 14,3% und für HIV 1,2% unter den Gefangenen. Diese Ergebnisse bestätigen damit Prävalenzraten, die in einer früheren Studie gefunden wurden (Radun et al. 2007). Dies entspricht einer Prävalenz, die ein Vielfaches über der in der Allgemeinbevölkerung liegt (siehe Tabelle 11.6). Rund 90% der HIV Positiven und nur knapp 6% der Hepatitis C Positiven befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2008 in einer entsprechenden Behandlung. Auf dem DBDD-Workshop „Drogen und Haft“ (s. Kapitel 11.1) wurde seitens Vertretern der Strafvollzugsanstalten bezweifelt, dass sich diese

Erkenntnisse auf die Gesamtpopulation aller Gefangenen in Deutschland übertragen lassen. Unklar ist nämlich, welche Gefangenen (z.B. mit Kurz- oder Langzeitstrafen) von der untersuchten Stichprobe repräsentiert werden.

Tabelle 11.6 Infektionskrankheiten im Gefängnis

	i.v. Drogengebraucher	Hepatitis C	HIV
Häftlinge	21,92–29,61 %	14,32–17,01 %	0,81–1,22 %
Allgemeinbevölkerung	0,3%	0,4–0,7%	0,05%
Faktor	73–98	26–32	16–24

Radun et al. 2007;Schulte et al. 2009b.

Studienergebnisse des Projekts "Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" besagen, dass etwa jeder elfte Gefangene im Hinblick auf AIDS/HIV, jeder zehnte bezüglich Tuberkulose und jeweils jeder neunte hinsichtlich Hepatitis B und C sich selbst über seine gesundheitliche Situation im Unklaren sieht (Eckert & Weilandt 2008). In dieser Studie gaben 2,0% an HIV positiv zu sein, 2,3% gaben einen positiven Infektionsstatus für Tuberkulose an, 6,2% für Hepatitis B und 16,4% glaubten mit Hepatitis C infiziert zu sein.

Im Rahmen der Anfrage der DBDD im Sommer 2011 lagen von 13 Bundesländern Antworten vor. Davon konnten nur 3 Länder Auskunft über die Anzahl der bei Haftantritt durchgeführten Testungen auf Infektionskrankheiten geben. In Baden-Württemberg wurden 50% getestet (bei 8.630 von 17.298 Haftantritten), in Rheinland-Pfalz ca. 13% (bei ca. 300 von 2.389 Haftantritten) und Schleswig-Holstein gab an, in ca. 40% der Fälle auf Infektionskrankheiten zu testen. Über die Anzahl der infizierten Gefangenen konnten nur 5 Bundesländer (Hessen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein) Auskunft erteilen. Demnach wurden in diesen Ländern ca. 0,6% der Insassen bei Haftantritt positiv auf HIV getestet, ca. 1,5% auf Hepatitis B (Angaben stammen aus 2 Bundesländern), ca. 15% auf Hepatitis C (Angabe stammt aus einem Bundesland) und 0,03% (3 Personen) auf Tuberkulose (Angaben stammen aus 2 Bundesländern).

In der Erhebung der DBDD im Sommer 2011 gaben alle 13 Bundesländer an, dass für Inhaftierte die Möglichkeit zur antiretroviralen Therapie (gegen HIV) besteht. Abgesehen von Sachsen ist in diesen Bundesländern auch eine antivirale Therapie (gegen HCV) in Haft möglich. Über den Umfang der durchgeführten Therapien und die Auslastung der Therapieplätze konnte kein einziges Bundesland Auskunft geben.

In der Erhebung für die Indikatordatenbank der WHO (Indikatordatenbank, BMJ 2009) variierte die Anzahl der Infizierten je nach Infektionskrankheit und berichtendem Bundesland unter den inhaftierten i.v. Drogengebrauchern erheblich. So lag im Jahr 2008 der Anteil der berichteten HIV-Infektionen zwischen 1% und 20% (3 Bundesländer), Hepatitis A-Infektionen

bei 0% (2 Bundesländer), Hepatitis B-Infektionen zwischen 5% und 44% (3 Bundesländer) und Hepatitis C-Infektionen zwischen 75% und 82% (3 Bundesländer). Eine Impfung gegen Hepatitis B war in 15 Bundesländern in allen JVA's kostenlos möglich, in 12 Bundesländern wurden Risikogruppen geimpft und eine Impfung war auf Verlangen möglich, in 3 Bundesländern wurde eine Impfung allen Gefangenen bei der Aufnahme angeboten. In 14 Bundesländern war in allen Justizvollzugsanstalten eine antiretrovirale Hepatitis C-Therapie von Inhaftierten möglich. 5 Bundesländer gaben insgesamt 692 Gefangene mit Hepatitis C an. In 7 Bundesländern wurden 118 Inhaftierte gegen Hepatitis C behandelt. 8 Bundesländer gaben insgesamt 168 HIV positive Gefangene an. Eine HIV-Therapie war zu diesem Zeitpunkt in 13 Bundesländern in allen Justizvollzugsanstalten verfügbar. 6 Bundesländer berichteten, dass 142 Inhaftierte eine antiretrovirale Therapie erhalten. Die Gesamtzahl der Infizierten und die Zahl der Behandelten sind kaum zu interpretieren. Da unterschiedlich viele Bundesländer auf die Fragen geantwortet haben, können die Zahlen der Behandelten und der Infizierten nicht einfach in Relation zueinander gesetzt werden.

Laut Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg über das Jahr 2010 (Reber 2011) befanden sich im Berichtsjahr 44 Inhaftierte in einer Hepatitis C Therapie und 43 wurden antiretroviral auf HIV behandelt.

Drogentodesfälle während und nach der Haft

Kriminalpolizeiliche Daten und Daten aus Drogenkonsumräumen zeigen, dass Drogengebraucher nach Haftentlassung besonders gefährdet sind, an einer Überdosis zu sterben (Frietsch et al. 2010). Die WHO geht von einem mehr als 100-fach erhöhten Sterberisiko für drogenabhängige, rückfällig gewordene ehemalige Inhaftierte in den ersten Wochen nach Haftentlassung aus. In einer Studie lag das Risiko, an einer Überdosis zu sterben 2 Wochen nach Haftentlassung bei 34,2%; 12 Wochen nach Haftentlassung bei 7,7% (Wolff 2010). Diese Sterbefälle kommen häufig durch unbeabsichtigte Überdosierungen zustande. Ausschlaggebend für diese Unfälle sind laut Stöver vermutlich die gesunkene Toleranz des Körpers nach temporärer Abstinenz, die Unkenntnis über den Reinheitsgrad der verwendeten Droge sowie ein verändertes Drogenkonsumverhalten (akzept e.V. 2011). Hinzu kommen häufig soziale Stressfaktoren nach einem Haftaufenthalt, wie beispielsweise Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bezüge. In Hessen versucht man deshalb, Gefangene nachdrücklich für die Gefahr des Drogentods nach Haftentlassung zu sensibilisieren (Kötter 2010). DAH und akzept e.V. gehen davon aus, dass eine angemessene Substitutionsbehandlung im Gefängnis diese Drogentodesfälle reduzieren könnte, da dadurch die Wahrscheinlichkeit einer Überdosierung nach Haftentlassung und eine Infektionsgefahr während der Haftzeit deutlich gesenkt werden könnten. Auch die Bundesärztekammer vertritt diese Haltung in ihren Richtlinien (Bundesärztekammer 2010). Schon in den 1990er Jahren haben Studien zu Drogennot- und Drogentodesfällen diese Zusammenhänge gefunden (Heckmann et al. 1993; Söllner 1995). In der Folge wurde das Bundesmodellprojekt zur Drogennotfallprophylaxe ins Leben gerufen. Dennoch wurden diese Erkenntnisse bis heute nicht regelhaft in die Vollzugspraxis integriert. Es sollte sich also verstärkt mit dem Thema der Prophylaxe von Überdosierungen nach Haftentlassung befasst werden.

Aber auch während der Haft gibt es Todesfälle durch Überdosierungen. Bundesweite Daten liegen hierzu nicht vor. Der niedersächsische Landtag (2010) berichtet von insgesamt 121 gestorbenen Gefangenen (in Niedersachsen zwischen 2003 und 2009) während der Haftzeit, darunter 50 Suizide und 6 Drogentodesfälle. Aufgrund der wenigen bundesweiten Daten kann hier allerdings weder eine Tendenz noch das tatsächliche Ausmaß des Problems interpretiert werden.

Harm Reduction

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 antworteten 9 Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein), dass Kondome und zum Teil auch Gleitmittel gratis an Inhaftierte verteilt werden. Fast alle Bundesländer gaben darüber hinaus an, dass sie den Inhaftierten Tests auf Infektionskrankheiten anbieten.

Im Jahr 2008 konnten sich laut Indikatorendatenbank der WHO Gefangene in 13 Bundesländern bei Haftantritt freiwillig auf HIV testen lassen, in 4 Bundesländern wurden alle Gefangenen getestet (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). In 11 Bundesländern fand vor und nach dem Test immer eine HIV-Beratung statt. In 11 Bundesländern konnte bei Haftantritt freiwillig ein Test auf Hepatitis B und C gemacht werden, in 3 Bundesländern fanden diese Tests bei allen Aufnahmen statt. Bei Haftentlassung wurde 2008 in allen Bundesländern deutlich seltener auf Infektionskrankheiten getestet. In 10 (HIV) bzw. 11 Bundesländern (Hepatitis B und C) wurden bei Haftentlassung überhaupt keine Tests angeboten. In 12 Bundesländern waren im Jahr 2008 Kondome in allen Justizvollzugsanstalten gratis verfügbar, in 6 Bundesländern konnte man diese außerdem käuflich erwerben. Desinfektionsmittel waren in keinem Bundesland erhältlich. Zu beiden Erhebungen (2008 und 2011) gaben die Bundesländer also an, dass Testungen auf Infektionskrankheiten in der Regel möglich sind und häufig auch Kondome gratis zur Verfügung stehen. Das Bereitstellen von Desinfektionsmitteln wurde beide Male nicht berichtet.

Um das Infektionsrisiko zu minimieren, ist darüber hinaus das Tätowieren in Justizvollzugsanstalten grundsätzlich verboten. Dennoch wurde für Baden-Württemberg die Zahl der im Vollzug gepiercten Gefangenen bezogen auf den Monat März auf 3% geschätzt, die Zahl der im Vollzug tätowierten Gefangenen auf 10% (Reber 2011). Um abstinenzorientierte Inhaftierte in ihrem Vorhaben zu unterstützen, gab es im Jahr 2008 in 6 Bundesländern in einigen Justizvollzugsanstalten drogenfreie Abteilungen (Indikatorendatenbank, BMJ 2009), in Baden-Württemberg gab es im Jahr 2010 in 3 Anstalten insgesamt 55 Haftplätze in diesen Abteilungen (Reber 2011).

Bundesweit blieb aus dem Modellprojekt „Spritzenvergabe im Strafvollzug“, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bis Ende 1998 gefördert wurde, nur ein Projekt bestehen (Berliner AIDS-Hilfe e.V. 2011). In der JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg können inhaftierte, i.v. drogengebrauchende Frauen sterile Spritzen anonym an Spritzenautomaten tauschen. Dadurch sollen Ansteckungsgefahren während der Haft, besonders mit HIV und Hepatitis verringert werden. Ergänzend bieten Mitarbeiterinnen der Berliner AIDS-Hilfe e.V. regelmäßig Informationen sowie vertrauliche Beratungsgespräche ohne Beisein eines

Vollzugsbeamten an. Baden-Württemberg gab an, dass im Jahr 2010 kein Bleichmittel in den Justizvollzugsanstalten erhältlich war. Kondome wurden in diesem Bundesland zum Teil gratis verteilt, zum Teil konnten sie käuflich erworben werden. Zur Prävention von Infektionskrankheiten hatten alle Häftlinge die Möglichkeit, sich gratis gegen Hepatitis B impfen zu lassen (Reber 2011).

Das Vertrauen in die Verschwiegenheit des untersuchenden Arztes stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, um Inhaftierte dazu zu motivieren, sich HIV- oder Hepatitis-Testungen zu unterziehen (Knorr 2011). In einigen Regionen geben Anstaltsärzte Informationen über eine bestehende HIV-Infektion der Gefangenen an die Anstaltsleitung weiter, die dann ihrerseits die Bediensteten über bestehende Infektionen informiert. Die Weitergabe dieser Daten erfolgt regelhaft und ist nicht vom Verhalten der Gefangenen abhängig. Da das Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund einer fehlenden Möglichkeit zur freien Arztwahl ohnehin möglicherweise belastet ist, kann die Informationsweitergabe über bestehende Infektionskrankheiten auch Auswirkungen auf das zukünftige Testverhalten der Gefangenen haben. Die DAH bemüht sich gegenwärtig (2011) um eine verbindliche Klärung der Rechtmäßigkeit dieses Vorgehens.

Entlassungsvorbereitung und Versorgungskontinuität nach der Entlassung

Der Beginn einer Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufweist (Bürkle et al. 2010): In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen 28,7% der Patienten aus dem Indikationsbereich Drogen direkt aus der Haft. 77,3% von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Einige Veränderungen sind bereits im Gange: Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (AFP 2010). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

In Hessen wurde im Oktober 2011 eine Integrationsvereinbarung zwischen verschiedenen Institutionen geschlossen: dem Hessischen Ministerium der Justiz und dem Sozialministerium, der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit, dem Hessischem Landkreistag und Städtetag, dem Landeswohlfahrtsverband und dem Landeszusammenschluss für Straffälligenhilfe Hessen (Hessisches Ministerium der Justiz 2011, persönliche Mitteilung). Ziel dieser Vereinbarung ist es, zum Zeitpunkt der Entlassung eines Strafgefangenen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geordnete Reintegration in die Gesellschaft geschaffen zu haben (Kötter 2010). So sollen an diesem Punkt beispielsweise die Sozialleistungen geklärt sein. Doch nicht nur die Frage der Finanzierung von Therapien, sondern auch deren Vermittlung erschweren Gefangenen unter Umständen den Start nach ihrer Entlassung. Darüber hinaus werden hessische Inhaftierte

mit besonderem Hilfebedarf seit 2007 schon im Vollzug durch Maßnahmenträger der freien Straffälligenhilfe betreut.

In Sachsen-Anhalt werden Gefangene bereits während der Haftzeit in stationäre und ambulante Suchtentwöhnungsmaßnahmen vermittelt und hierfür die notwendigen rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung).

Laut Antwort des niedersächsischen Landtags vom August 2010 auf eine große Anfrage (Drucksache 16/2755) sind die Mitarbeiter des Sozialdienstes in Niedersachsen im besonderen Maße in die Aufgaben der Entlassungsvorbereitung eingebunden. Derzeit sind hierfür in niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen knapp 200 Personen angestellt. Darüber hinaus hält der ambulante Justizsozialdienst Niedersachsen (AJSD) für auf Bewährung oder im Rahmen der Führungsaufsicht entlassene Probanden ein breites Angebot von örtlichen Büros bereit. Zusätzlich zu den regionalen Standorten und Sprechstunden sind die Mitarbeiter des AJSD im Rahmen von Hausbesuchen und in Außensprechstunden an weiteren Standorten für die betroffenen Personen zu erreichen. Im Jahr 2009 betreute dabei ein Bewährungshelfer landesweit im Durchschnitt über 80 Probanden. Die Anlaufstellen der freien Straffälligenhilfe kümmern sich dabei vorrangig um Haftentlassene, die keinem Bewährungshelfer unterstellt sind. Ab dem Jahr 2012 wird der Kriminologische Dienst in Niedersachsen Daten zu verschiedenen Strategien und Maßnahmen erhalten, die den Übergang von der Haft in die Freiheit erleichtern und eine Eingliederung fördern sollen. Darüber hinaus sind Evaluationen einer Trainingsmaßnahme geplant, die drogenabhängige Inhaftierte auf eine stationäre Drogenentwöhnung (im Rahmen des § 35 BtMG) vorbereiten soll.

Das in Baden-Württemberg ins Leben gerufene Nachsorgeprojekt „Chance“ (Kaiser 2010) wendet sich an Straftentlassene ohne Bewährungshelfer und bietet den Teilnehmern sowohl vor als auch bis zu 6 Monate nach der Entlassung eine intensive Betreuung an. Das Konzept ist für alle Straftentlassenen entwickelt worden und wird dementsprechend auch bei Suchtmittelabhängigen im Strafvollzug angewandt. „Chance“ soll Häftlingen beim Übergang vom Vollzug in die Freiheit einerseits lebenspraktische Hilfen, andererseits einen kontinuierlichen Ansprechpartner bieten. Der Paritätische Baden-Württemberg gibt an, dass dieses Entlassmanagement die Resozialisierung von Strafgefangenen unterstützt und somit das Risiko eines kriminellen Rückfalls verringert. Die Tätigkeit der Fallmanager führte bei einer Reihe von Klienten zu einer Verbesserung der Situation (Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen 2010). Das gilt insbesondere für die Bereiche Wohnen, Beruf und Finanzen. Bei Klienten mit vielschichtigen Problemlagen kann allerdings eine Betreuungszeit von 6 Monaten zu kurz sein. In diesen Fällen kommt es darauf an, dass eine Anschlussbetreuung sichergestellt wird. Laut der Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg (Reber 2011) wird darüber hinaus in 12 Anstalten Substitution als entlassungsvorbereitende Maßnahme angeboten, in 16 Anstalten wird die Fortsetzung der Substitution veranlasst und in 16 Anstalten wird an externe Drogenhilfsvereine überwiesen. In 11 Anstalten ist eine durchgehende Betreuung sichergestellt.

Auch in Nordrhein-Westfalen sollen suchtkranke Gefangene nach ihrer Haftentlassung ein umfassendes Hilfs- und Beratungsangebot bekommen, um sie besser vor den Gefahren eines Rückfalls zu schützen (Justizministerium Nordrhein-Westfalen 2011). Dies sieht eine Rahmenvereinbarung zum so genannten Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene vor, die am 7. April 2011 in Düsseldorf von Vertretern des Justizministeriums sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages Nordrhein-Westfalen unterzeichnet worden ist. Demnach schließt künftig die Justizvollzugsanstalt, in der der Gefangene bis zu seiner Haftentlassung einsitzt, einen Vertrag mit einer ausgewählten Hilfeeinrichtung über genau definierte Maßnahmen. Diese Hilfeeinrichtung bietet außerdem lebenspraktische Hilfen, u.a. bei Wohnungssuche, Schuldnerberatung oder Vermittlung zu Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, beispielsweise zur Klärung von Versicherungsfragen, Kostenübernahme und medizinischer Weiterbehandlung.

Laut einer Mitteilung des Senats als Antwort auf eine Große Anfrage werden den Gefangenen in Bremen im Rahmen der Entlassvorbereitung Institutionen zur Nachsorge der Substitution nach Entlassung benannt (Bremische Bürgerschaft 2006). Dort müssen sich die Patienten nach ihrer Entlassung melden. Um einen nahtlosen Übergang zwischen Haft und Freiheit zu gewährleisten, substituiert die JVA Bremen nach Haftentlassung noch 4 Wochen weiter. Darüber hinaus können die Gefangenen vor der Entlassung einen Arzt außerhalb der JVA aufsuchen, um ein vorbereitendes Gespräch für die Behandlung nach Haftentlassung zu führen. Die Kosten hierfür trägt die JVA.

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 berichteten 6 Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz), dass für Opioidkonsumenten im Rahmen der laufenden OST eine Dosissteigerung vor Haftentlassung angeboten wird. Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gaben an, dass Inhaftierte an externe Suchttherapien, u.a. für eine OST, vermittelt werden. In Bremen ist eine Übergangssubstitution nach Haftentlassung für Inhaftierte möglich und Rheinland-Pfalz bietet allgemeines Übergangsmanagement an. Niedersachsen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern gaben an, dass eine Entlassvorbereitung möglich ist, wenn diese erforderlich ist, nennen aber keine konkreten Maßnahmen.

Bei der Datensammlung für die Indikatorendatenbank der WHO (Indikatorendatenbank, BMJ 2009) wurden differenziertere Angaben zur Entlassvorbereitung gemacht als für das Jahr 2011 vorliegen. So wurde im Jahr 2008 in 12 Bundesländern in fast allen Justizvollzugsanstalten Informationsmaterial verteilt, in 15 Bundesländern wird in allen Anstalten über Risiken und Prävention von drogenbedingten Schäden beraten, in 4 Bundesländern kann in allen Anstalten vor Haftentlassung eine Substitutionsbehandlung eingeleitet werden und in 12 Bundesländern wird von allen Gefängnissen direkt an externe Drogenhilfsdienste überwiesen.

11.3.2 Drogentests

Richtlinien zur Durchführung von Drogentests

Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen machen als einzige Bundesländer in so genannten Dienstordnungen genauere Vorgaben für das Gesundheitswesen in Justizvollzugsanstalten. Jedoch wird weder in den Dienstordnungen der Länder Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (für die anderen Länder waren zum Zeitpunkt der Recherche im Sommer 2011 keine verfügbar) noch im Infektionsschutzgesetz (IfSG) (bundesweit) vorgeschrieben, wie bezüglich der Testung auf Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in deutschen Anstalten des Freiheitsentzugs konkret vorzugehen ist. Zwar legt die Dienstordnung des Landes Nordrhein-Westfalen fest, dass bei Aufnahme- und Entlassuntersuchung durch den ärztlichen Dienst der Status der Drogenabhängigkeit des Gefangenen festzustellen ist, über das genaue Vorgehen werden auch hier keine Angaben gemacht. Stattdessen wird das Vorgehen von jedem Bundesland und häufig sogar von jeder Anstalt individuell geregelt. Demnach gibt es weder für die Gefängnisleitung noch für die Inhaftierten eine einheitliche und verpflichtende Regelung, was diese Maßnahme anbelangt.

Zahl der Drogenkonsumenten in Haft

Experten gehen davon aus, dass in Deutschland etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös (i.v.) konsumierende Drogenabhängige sind und dass damit die Raten drogenkonsumierender Inhaftierter um ein Vielfaches über denen der Allgemeinbevölkerung liegen (Keppler et al. 2010). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“ (Justizministerium Nordrhein-Westfalen 1992), jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss (Dolde 2002).

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 berichteten alle 13 Bundesländer, von denen Antworten vorlagen, dass bei Haftantritt Drogentests bei Verdacht bzw. bei bekannter Drogenvorgeschichte durchgeführt werden. Nur 4 Bundesländer konnten jedoch über die Anzahl der positiven Tests und die konsumierten Drogen Auskunft erteilen. Niedersachsen gab an, dass ca. 40% und Schleswig-Holstein, dass ca. 80% bis 90% der auf den Konsum von illegalen Drogen getesteten Gefangenen ein positives Testergebnis, v.a. für Cannabis, aufwiesen. In Rheinland-Pfalz wiesen rund 17% (1.200) der ca. 7.000 getesteten Gefangenen ein positives Testergebnis für illegale Drogen auf, und in Thüringen 32% der 19 Getesteten (5 Cannabis, 1 Amphetamin). Außerdem gaben alle Bundesländer an, während der Haftstrafe Testungen in unregelmäßigen Abständen nach Bedarf bzw. bei Verdacht auf Drogenkonsum durchzuführen. Details zur Durchführung von Drogentests in deutschen Justizvollzugsanstalten sind in Tabelle 11.7 dargestellt. Die Spanne der positiven Testergebnissen ist also mit Angaben zwischen 17% und 90% enorm. Auch die Zahl der durchgeführten Drogentests variiert erheblich, aus den meisten Bundesländern liegen keine Angaben zur Zahl der Testungen oder der Zahl der positiven Testergebnisse vor.

Bei der Erhebung für die Indikatoren datenbank der WHO (Indikatoren datenbank, BMJ 2009) gaben 3 Bundesländer an, dass der Anteil der Gefangenen, die jemals Drogen injiziert haben

im Jahr 2008 zwischen 0,5% und 34% lag. Es wurde berichtet, dass im Jahr 2008 grundsätzlich in allen Anstalten Drogentests (per Urinprobe) bei Verdacht auf Konsum durchgeführt wurden. In 14 Bundesländern wurden Drogentests stichprobenartig durchgeführt, in 5 Bundesländern bei Haftantritt, in 6 Bundesländern vor Hafturlaub. Für das Berichtsjahr 2008 gaben 4 Bundesländer an, dass von knapp 19.000 getesteten Gefangenen 15% (2.850) ein positives Testergebnis aufwiesen. Die Justizministerien gaben folgenden Prävalenzraten bezüglich des Konsums von illegalen Drogen im Jahr 2008 an:

- Cannabis: 15% - 30% (Daten stammen aus 5 Bundesländern),
- Heroin/Opiate: 1% - 30% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Crack/Kokain: 1% - 20% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Amphetamine: 1% - 22% (Daten stammen aus 12 Bundesländern)
- Ecstasy: 1% - 20% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Jegliche illegale Droge: 8,74% - 36,2% (Daten stammen aus 4 Bundesländern)

Die Spannweite der angegebenen Werte für den Konsum von irgendeiner illegalen Droge im Jahr 2008 ist mit rund 9% bis 36% relativ groß und unterscheidet sich von den Werten, die im Jahr 2011 angegeben wurden und zusätzlich deutlich stärker variieren (17% bis 90%).

Im Rahmen des Projekts "Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" wurden Gefangene gefragt, wie hoch ihrer Einschätzung nach die Anteile von Drogenkonsumenten unter den Insassen des Gefängnisses sind, in dem sie inhaftiert waren (Eckert & Weilandt 2008). Die durchschnittliche Angabe für den mutmaßlichen Konsum von Cannabis bzw. Haschisch der Gefangenen war 65,4%. Heroin- bzw. Opiatkonsum wurde bei durchschnittlich 47,4% der Gefangenen gemutmaßt. Es wurde geschätzt, dass insgesamt die Hälfte (48,9%) der Inhaftierten andere verbotene Drogen bzw. Medikamente konsumiert.

Das Justizministerium NRW berichtete 6.713 Gefangene in den nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten, die zum Stichtag 31.10.2010 behandlungsbedürftig abhängig von illegalen Drogen waren. Diese Gruppe macht an der Gesamtbelegung der Justizvollzugsanstalten einen Anteil von 39,2% aus (Justizministerium NRW 2011, persönliche Mitteilung).

Aus Hessen wurden für das Jahr 2009 berichtet, dass ca. 10% der durchgeführten Urinkontrollen positiv waren oder verweigert wurden, hauptsächlich wurden hier Cannabinoide nachgewiesen. Leider ist die Zahl der zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Testungen unbekannt, so dass keine Aussage über die tatsächliche Prävalenz von Drogenkonsum getroffen werden kann. Bei regelmäßigen Durchsuchungen der Gefangenen konnten im Jahr 2009 insgesamt 64 Drogenfunde sichergestellt werden.

In Baden-Württemberg (Reber 2011) wurden Drogentests im Jahr 2010 ebenfalls durch Urinproben bei Aufnahme, stichprobenweise und vor Vollzugslockerung durchgeführt, zum Teil auch bei Haftantritt. Von 29.934 durchgeführten Tests waren 4,4% positiv. Von den 7.423 so getesteten Gefangenen wiesen 12,0% ein positives Testergebnis auf. Kurz vor

Haftantritt wurden folgende Substanzen konsumiert: Cannabis (40%), Heroin/Opiate (19%), Crack/Kokain (7%), Amphetamine (7%), Ecstasy (5%). Insgesamt hatten 21% der Häftlinge kurz vor Vollzugsantritt irgendeine illegale Droge konsumiert.

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung wurden Inhaftierten in allen niedersächsischen Einrichtungen des Strafvollzugs (mit Ausnahme der Abschiebehäft) im Jahr 2005 u.a. zu ihrem Drogenkonsum vor Strafantritt befragt (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges 2006). Insgesamt berichteten 40,7% der Teilnehmer (299 von 734), dass sie in den letzten 28 Tagen vor Haftantritt illegal Drogen konsumiert haben. Dabei lag im Strafvollzug der Anteil konsumierender Frauen leicht über dem der Männer (40,6% vs. 37,3%), am höchsten war der Anteil illegal Konsumierender mit 61,7% im Jugendvollzug. Je nach Substanz gaben im Strafvollzug zwischen 1,0% und 26,6% der Häftlinge einen illegalen Substanzkonsum kurz vor Inhaftierung an, vorwiegend von Haschisch bzw. Marihuana (26,6%) und Opiaten (16,8%). Außerdem berichteten 15,1% der Insassen, vor ihrer Inhaftierung jemals Drogen i.v. konsumiert zu haben.

Schulte und Kollegen (2009b) haben Daten von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Der Anteil der ehemaligen oder aktuellen i.v. Drogen Konsumierenden an allen Gefangenen betrug 21,9%. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil von i.v. Drogenkonsumenten bei ca. 0,3%. Dieser Anteil ist damit in den Gefängnissen fast 70-fach erhöht. Die gefundenen Prävalenzwerte von Schulte et al. (2009b) bestätigen die Ergebnisse einer Untersuchung von Radun et al. (2007). Die Werte sind in Tabelle 11.6 dargestellt. Auf Basis der in diesen Studien berichteten Werte kann man bei rund 70.000 Gefangenen von 15.400-20.700 i.v. Drogenkonsumenten in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen.

Tabelle 11.7 Durchführung von Drogentests nach Bundesland im Jahr 2010

Land	Drogentests durchgeführt	Positive Testungen	Zeitabstände	Sonstiges
Baden – Württemberg	25.000 Tests	1.429	Unregelmäßig	k.A.
Berlin	65.000 Tests	139	k.A.	Zahl der positiven Tests liegt nur für die Jugendstrafanstalt vor
Brandenburg	k.A.	Nicht erfasst	Einzelfallentscheidungen	k.A.
Bremen	k.A.	Nicht erfasst	Unregelmäßig	Tests werden durchgeführt zur Überwachung der Substitution, bei Vollzugsentscheidungen, bei Auffälligkeiten, bei Vollzugslockerungen, vor Therapieantritt
Hessen	13.619 Testungen bei 5.775 Gefangenen	344 (incl. 190 Untersuchungsverweigerern)	Unregelmäßig	Entscheidung trifft der ärztliche Dienst
Mecklenburg-Vorpommern	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Indikationsabhängig	k.A.
Niedersachsen	Ca. 30% der Haftantritte	Ca. 40% der Tests	Nach Bedarf	k.A.
Nordrhein-Westfalen	8.000 – 10.000	Nicht erfasst	Unregelmäßig	k.A.
Rheinland-Pfalz	7.000	1.200	Unregelmäßig	Testung bei Verdacht bzw. in manchen Fällen vor und nach Lockerung bzw. Lockerungsentscheidungen
Sachsen	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Einzelfallentscheidungen	k.A.
Sachsen-Anhalt	Nicht erfasst	68		k.A.
Schleswig-Holstein	Ca. 30% der Haftantritte	Ca. 80% - 90% der Tests	Unregelmäßig	k.A.
Thüringen	k.A.	170	Unregelmäßig	Testung bei Verdacht, in Vorbereitung einer Vollzugslockerung

k.A.: keine Angabe.

11.4 Behandlungsqualität

11.4.1 Richtlinien für drogenbezogene Gesundheitsangebote in Haft

Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten in Haft

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im extramuralen Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern. Die Qualität der intramuralen Gesundheitsfürsorge wird in einigen Ländern, wie z.B. den Niederlanden, mithilfe von unabhängigen, meist dem Gesundheitsministerium unterstellten Experten überprüft („Inspektoratswesen“) (Stöver 2006). In Deutschland untersteht die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten in Gefängnissen, den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem, vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei Polizei oder Bundeswehr. Das bedeutet für die Patienten innerhalb dieser Systeme im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung gewisse Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, beispielsweise besteht für Inhaftierte nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl.

Die Aufsicht über die medizinischen Dienste in den deutschen Justizvollzugsanstalten ist aufgrund der besonderen Struktur von Gefängnissen anders geregelt als extramural. So ist der Anstaltsleiter gegenüber dem Anstaltsarzt fachlich nicht weisungsbefugt (Keppler et al. 2010). Der Arzt unterliegt aber einer Fachaufsicht, die wie folgt geregelt sein kann:

- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium (Medizinalreferent) ist Arzt.
- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium ist kein Arzt, sondern z.B. Jurist oder Psychologe. Er bedient sich bei medizinischen Fachfragen des Know-hows von Medizinern, die nicht dem Justizministerium angehören, z.B. Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums oder externen Ärzten ohne Bindung an eine öffentliche Institution.
- Die Aufsicht obliegt keinem Referenten (Mitarbeiter des Justizministeriums), sondern externen Ärzten, z.B. erfahrenen Anstaltsärzten aus einem anderen Bundesland, Ärzten aus dem Gesundheitsministerium oder pensionierten Ärzten.

Als ein externer Gutachter fungiert der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission 2002). Der vorletzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 20. November und dem 2. Dezember 2005 statt (CPT 2006), in dessen Rahmen 17 Einrichtungen besucht wurden, Aussagen des CPT Berichts im Zusammenhang mit „Gesundheitsversorgung“ beruhen nur auf 3 Einrichtungen. Bemängelt wurde vor allem, dass den Gefangenen nicht in ausreichendem

Maße Allgemeinmediziner zur Verfügung standen. Nach Meinung des CPT sollte für je 300 Gefangene ein Allgemeinmediziner im Umfang einer Vollzeitstelle zur Verfügung stehen. Darüber hinaus waren nach Meinung des CPT die psychiatrische Versorgung und die Versorgung drogenabhängiger Gefangener unangemessen. Außerdem wurde bemängelt, dass nicht in allen Justizvollzugsanstalten jeder neu eingetroffene Gefangene über die Gesundheitsversorgung oder die Verhütung ansteckender Krankheiten informiert wurde (beispielsweise mithilfe einer Informationsbroschüre).

Baden-Württemberg gibt an, dass intramural die gleichen Standards und Richtlinien für die Drogenbehandlung wie extramural gelten (Reber & Wulf 2009). Zur genaueren Dokumentation dieses Vorgehens wurde ein System zur regelmäßigen Datenerhebung in Baden-Württemberg eingeführt, die „Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg“. Die verwendeten Items sind stark an die Items der Indikatorendatenbank der WHO angelehnt. Abgefragt werden dabei allgemeine Daten zum Justizvollzug, Prävalenz und Prävention von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum, Beratung und Behandlung, Qualitätssicherung, Aufklärung von Gefangenen und Vollzugsbediensteten sowie Risikoverhalten.

Die Effektivität einer OST mit Methadon wurde in Bremen vom dortigen ärztlichen Dienst der JVA untersucht (Bremische Bürgerschaft 2006). Allerdings kann der Erfolg, beispielsweise in Bezug auf die Resozialisierung nur schwer festgestellt werden, da der Patient dem ärztlichen Dienst der JVA nach der Entlassung nicht mehr zugänglich ist und es keine verlässlichen Informationsstrukturen über den weiteren Werdegang ehemals Inhaftierter gibt. Auch verlässliche Daten im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Verlaufbeobachtung wie auch eine auf diese Gefangenenklientel ausgerichtete Rückfallstatistik liegen nicht vor.

In Nordrhein-Westfalen wird in den „Ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug“ die Kontrolle der medizinischen Tätigkeit durch die Fachaufsicht der Aufsichtsbehörde geregelt (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010). Sie trifft Anordnungen, falls die Grenzen des pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens überschritten oder fehlerhaft ausgeübt werden. Weisungen durch die Fachaufsicht sind auf konkrete Einzelfälle beschränkt.

Richtlinien für die Drogenbehandlung in Haft

Nach wie vor beinhaltet eine Inhaftierung das Risiko, dass eine bereits außerhalb der Justizvollzugsanstalt begonnene Substitutionsbehandlung nicht fortgesetzt wird (Stöver 2010a). Richt- und Leitlinien können dazu beitragen, Unsicherheiten und Unkenntnis seitens des vollzuglichen Gesundheitspersonals entgegenzuwirken. Um den Anstaltsärzten mehr Sicherheit zu geben, sollten die Rahmenbedingungen, z.B. Behandlungsstrategien, psychosoziale Begleittherapie oder Abbruchkriterien, klar beschrieben werden. Dabei müssen die spezifischen Bedingungen in Haft besonders berücksichtigt werden.

Im Jahr 2003 verabschiedete die Euro-Region der WHO in Moskau mit der Erklärung zu "Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit" einige Grundprinzipien für

die Behandlung von Gefangenen. Mit Bezug auf die Grundprinzipien der Vereinten Nationen zu ärztlicher Ethik im Zusammenhang mit der Rolle von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, beim Schutz von Strafgefangenen und Inhaftierten vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung, Prinzip 1, wurde festgehalten, dass das medizinische Personal, insbesondere Ärzte, die mit der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen und Inhaftierten betraut sind, verpflichtet sind deren körperliche und geistige Gesundheit in gleichem Maße und auf die gleiche Weise zu schützen und gegen Krankheiten zu behandeln wie bei nicht gefangenen oder inhaftierten Personen. Mit Bezug auf Prinzip 9 der Grundprinzipien der Vereinten Nationen (VN) für die Behandlung von Gefangenen wurde festgehalten, dass Gefangenen ohne Ansehen ihrer Rechtslage der Zugang zu den Gesundheitsdiensten ihres Landes zu gewähren ist. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit im Strafvollzug und dem öffentlichen Gesundheitswesen betont und die sich daraus ergebende Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Justizministerien. Die Qualität der vollzuglichen Gesundheitsversorgung ist laut dieser Erklärung nicht zuletzt deswegen von besonderer Wichtigkeit, weil Inhaftierte in der Regel eine besondere Risikogruppe für gesundheitliche Probleme darstellen und darüber hinaus Gefängnisse Risikoräume für die Erlangung oder Verschlimmerung von Krankheiten sein können. Zudem können ehemalige Inhaftierte in Freiheit als Multiplikatoren für Krankheiten fungieren und damit den Gesundheitsstatus der Gesamtbevölkerung beeinflussen. Darum wird eine gute Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern und medizinischem Justizvollzugspersonal empfohlen und außerdem zum besseren Überblick über die aktuelle Situation eine einheitliche Dokumentation.

In den Handlungsempfehlungen „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings“ (Kastelic et al. 2008), die unter internationaler Autorenschaft entstanden und von der WHO und den Vereinten Nationen herausgegebenen wurden, wird bezüglich der Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung in Haft auf die Besonderheiten des intramuralen Settings eingegangen. Ein Rückfall mit einem hohen Risiko einer Überdosierung ist laut internationaler Studien wahrscheinlicher, wenn die Entgiftung zu schnell stattgefunden hat. Darum sollte der Gefängnisarzt den Patienten unmissverständlich über Vor- und Nachteile einer kurzen bzw. langen Entgiftung aufklären, damit in der Folge ein individuell angemessener Ansatz gewählt werden kann. Im Gegensatz zur extramuralen Substitution wird in den meisten Ländern angenommen, dass im Gefängnis eine niedrigere Tagesdosis Methadon ausreichend ist, da von einer hundertprozentigen Einnahme des Substitutionsmittels ausgegangen wird und zusätzlich angenommen wird, dass der Beikonsum bedeutend geringer ausfällt als in Freiheit. Dieser sollte regelmäßig mithilfe von Urinkontrollen erfasst werden. Ein positiver Urintest sollte jedoch gemäß den internationalen Handlungsempfehlungen der WHO nicht automatisch ein Grund für den Therapieabbruch sein. Vielmehr ist dies als weiteres Symptom der Drogenabhängigkeit anzusehen. Grundsätzlich sollte laut diesen internationalen Empfehlungen Substitutionsbehandlung niemals als Belohnung oder Bestrafung eingesetzt, sondern als Teil eines normalen Behandlungsspektrums angesehen werden.

In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) wird der positive Effekt von Substitutionsbehandlung im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Ziele sind laut den Behandlungsempfehlungen

- die Verhinderung von Todesfällen aufgrund einer gesunkenen Toleranz in Haft und nach Haftentlassung,
- die Reduzierung von illegalen und subkulturellen Aktivitäten,
- die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit und
- die dauerhafte Abstinenz.

Ähnlich wie in Freiheit muss der Patient vor Beginn der Substitutionsbehandlung einen Behandlungsvertrag unterschreiben, in dem die Regeln festgelegt werden. Unter anderem wird darin schriftlich festgehalten, wann es zum Abbruch der Behandlung kommt (beispielsweise bei wiederholtem problematischem Beikonsum, Drogenhandel oder bei Gewalt im Zusammenhang mit der OST) und dass ein Abbruch nicht zwangsläufig den dauerhaften Ausschluss aus der OST bedeutet. Die Entscheidung über eine Beendigung der Behandlung trifft der ärztliche Dienst, für den Wiederbeginn gibt es keine festen Bedingungen. Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA bei bereits substituierten Patienten die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Dennoch wird hier empfohlen, dass bei einer Substitutionsbehandlung in Untersuchungshaft und Straftaft unter 2 Jahren ein Platz für die Weitersubstitution bekannt sein sollte. Bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung sicher sein.

In einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen enthalten über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der Substitutionsbehandlung. Darüber hinaus ist seit Inkrafttreten der überarbeiteten und ergänzten Version der Verwaltungsvorschrift am 15.07.2011 auch die Substitution mit Diamorphin möglich (Justizministerium Baden-Württemberg 2011).

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine Substitutionsbehandlung in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die BUB-Richtlinien bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Die Indikationsstellung zur Substitution obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem behandelnden Arzt, der im Wege der Einzelfallprüfung feststellt, ob die Substitutionsbehandlung begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf

andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die Substitution nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Gemäß Äquivalenzprinzip gelten darüber hinaus auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2010). Die Richtlinien gelten für alle Ärzte, die diese Behandlung durchführen. Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung kontinuierlich fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine Substitutionsbehandlung in begründeten Einzelfällen auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z.B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden. Bei vorliegendem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache, beispielsweise eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels oder eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung, ermittelt und nach Möglichkeiten beseitigt werden. Gefährdet dieser Beikonsum die Substitution ist der Entzug der zusätzlichen psychotropen Substanz einzuleiten.

Das Ziel des Projekts „Health Promotion for Young Prisoners“, das bis zum Jahr 2013 läuft und vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) koordiniert wird, beschäftigt sich mit der Entwicklung und Verbesserung der Gesundheitsförderung von jungen Inhaftierten. Ziel des Projekts ist es, diesbezügliche Richtlinien zu implementieren. Für ihre Entwicklung sollen die Bedürfnisse sowohl von besonders gefährdeten inhaftierten Jugendlichen als auch von Gefängnispersonal und nichtstaatlichen Organisationen erfasst werden.

11.4.2 Training von Justizvollzugsbeamten

Justizvollzugspersonal ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in besonderem Maße mit drogenkonsumierenden Personen konfrontiert. Darum sind diese Personen prädestiniert für eine gesonderte Schulung zum Umgang und Risikobewusstsein im Zusammenhang mit Drogenkonsumenten, auf die von den Justizministerien mit entsprechenden Programmen der Aus- und Weiterbildung reagiert wird.

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 gaben 12 von 13 Bundesländern an, dass ihrem Vollzugspersonal darum spezielle Kenntnisse im Bezug auf Drogen vermittelt werden. 2 Bundesländer gaben an, dass Mitarbeitern des Justizvollzugs gesonderte, drogenbezogene Erste-Hilfe-Maßnahmen beigebracht werden. Darüber hinaus gaben 3 Bundesländer an, dass Vollzugsbeamten zum Kursleiter von Präventionsprogrammen für Gefangene ausgebildet werden. In 9 von 13 Bundesländern werden zusätzlich andere Schulungsmaßnahmen angeboten. Von diesen 9 gaben 4 Länder an, dass das Thema Drogenkonsum unter Gefangenen grundsätzlich im Rahmen der Ausbildung im Vollzugsdienst behandelt wird.

Im Handbuch „Schadensminimierung im Justizvollzug“, das vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) herausgegeben wurde und das Ergebnis eines von der Europäischen Kommission geförderten Projekts ist, dient der Fortbildung von Mitarbeitern im

Strafvollzug (Wiegand et al. 2011). Das Handbuch gibt Hinweise darauf, wie negative Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen reduziert werden können, wie beispielsweise die Übertragung von Infektionskrankheiten bei i.v. Drogenkonsum durch Spritzen- oder Nadeltausch. Diese Konzepte spielen v.a. in Justizvollzugsanstalten eine Rolle, da es dort um die Wahrung der Menschenrechte der Gefangenen geht, den Schutz der öffentlichen Gesundheit und nicht zuletzt auch die erwiesene Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen verglichen mit Behandlungskosten, beispielsweise nach erfolgter Infektion. Im Handbuch werden Informationen vermittelt zum Thema Infektionskrankheiten und deren Übertragungswege sowie Drogenkonsum und damit verbundenem Risikoverhalten. Unter anderem sollen Vollzugsbeamten damit für spezielle Herausforderungen des Drogenkonsums sensibilisiert werden. Außerdem sollen Einstellungen und Verständnis der Vollzugsbeamten gegenüber Drogenkonsum und -konsumenten hinterfragt werden.

Baden-Württemberg berichtete, dass im Jahr 2010 in 17 Anstalten des Landes eine Beratung für Bedienstete im Strafvollzug angeboten wurde (Reber 2011). Darüber hinaus wurden in einigen Berliner Justizvollzugsanstalten Drogennotfalltrainings durchgeführt (DAH 2010). Dabei werden sowohl angemessenes Verhalten im Drogennotfall vermittelt als auch besondere Risiken thematisiert, wie beispielsweise der Drogenkonsum nach Abstinenz. Auch die Vergabe von Naloxon, einem Opiatantagonisten, spielt hierbei eine Rolle.

11.5 Diskussion

11.5.1 Äquivalenzprinzip

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Freiheit hat sich in den letzten 5 Jahren in Deutschland um mehr als 50% auf aktuell ca. 80.000 Patienten erhöht. Damit werden aktuell ca. 77.400 der geschätzten 81.000 bis 171.000 Personen mit problematischem Opioidkonsum erreicht (s. Kapitel 4.2.1). Eine vergleichbare Entwicklung ist in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht zu beobachten. Lediglich ca. 1.700 Inhaftierte der geschätzten 15.400-20.700 Opiatkonsumenten befinden sich aktuell in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2011b). Auch sind die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele im Gegensatz zu denen in Freiheit deutlich stärker abstinenzorientiert (Schulte et al. 2009b). Damit unterscheidet sich die intramurale von der extramuralen OST, in der viele Patienten auch dauerhaft behandelt werden, wenn sie darauf angewiesen sind¹³⁶. Dieser Unterschied kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass das Setting in Haft besser geeignet ist, um Abstinenz zu erreichen, als das Setting in Freiheit.

In der IMPROVE-Studie wurden bei Haftantritt 70% der vormals Substituierten bei Haftantritt nicht weiterbehandelt (Stöver 2011a). Der Abbruch einer OST bei Haftantritt kann jedoch zu

¹³⁶ In der PREMOS-Studie befanden sich 5 bis 7 Jahre nach der Baseline-Erhebung noch immer 46,0% der Teilnehmer (n=1624) in stabiler Substitution, 12,7% in instabiler Substitution und 11,7% wiesen zu diesem Messzeitpunkt einen unklaren Verlauf der Substitution auf (Wittchen et al. 2010). Diese Ergebnisse sagen jedoch nichts über die Wirksamkeit von kurzfristiger Substitution aus.

physischen und psychischen Problemen und gestiegenem Risikoverhalten, wie beispielsweise einer gemeinsamen Benutzung von Spritzutensilien, führen und damit das Risiko von drogenbezogenen Infektionskrankheiten steigern (Stöver & Stallwitz 2008).

Die Gründe für die relativ geringe Zahl und teilweise unklare Qualität der Substitutionsbehandlungen in Haft sind vielfältig. Grundsätzlich birgt der Umgang mit Drogenabhängigen im Justizvollzug deutliche Schwierigkeiten. So ist zum einen der Resozialisierungsauftrag der Justizvollzugsanstalten zu erfüllen, zum anderen muss der Realität begegnet werden, dass trotz des absoluten Verbotes illegaler Drogen in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs ein großer Anteil der Inhaftierten Drogen konsumiert, zum Teil in stark schädigender Weise. Zusätzlich sind die Handlungsmöglichkeiten des (medizinischen) Justizvollzugspersonals teilweise stark eingeschränkt (Keppler et al. 2011). So steht häufig, gemessen an der Zahl der behandlungsbedürftigen Inhaftierten und der für sie benötigten Intensität der Betreuung, eine zu geringe Anzahl an medizinischem Personal zur Verfügung. Zu wenig verbindliche Richtlinien im Bereich der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft führen zu ausgeprägten Unterschieden in der Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten, zum einen zwischen den Bundesländern zum anderen aber sogar zwischen einzelnen Justizvollzugsanstalten. Gerade in der Substitution zeigen sich deutliche regionale Unterschiede, die sich in einem Nord-Süd-, West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle der Rate an substituierten Opioidabhängigen widerspiegeln (Schulte et al. 2009a).

Trotz dieser genannten Schwierigkeiten stellen Gefängnisse theoretisch ein geeignetes Setting für eine kontinuierliche Behandlung von Inhaftierten dar (Keppler et al. 2011). So gibt es medizinisches Personal direkt vor Ort und auch das allgemeine Justizvollzugspersonal ist in der Regel im Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen erfahren und zum Großteil auch extra dafür geschult, so dass es in der Lage ist, medizinische Auffälligkeiten im Zuge einer Krankenbehandlung an die entsprechenden Personen aus dem ärztlichen oder pflegerischen Bereich der JVA zu informieren. Dabei sind selbstverständlich nicht die zusätzlichen Verantwortungsbereiche und der Arbeitsaufwand für das Aufsichtspersonal zu vergessen, weswegen selbiges entsprechend zahlreich vertreten sein sollte.

11.5.2 Methodologische Limitationen und Informationslücken

Unter anderem aufgrund des föderalen Systems im deutschen Justizvollzug gibt es erheblichen methodologische Limitationen und Informationslücken in diesem Bereich. Dies führt zu einer Fragmentierung sowohl in der Datenlage als auch in der Gesetzgebung. Beispielsweise gibt es seit einigen Jahren für einzelne Bundesländer eigene Justizvollzugsgesetze für den Erwachsenenstrafvollzug, in anderen wiederum gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Darüber hinaus sind in einzelnen Bundesländern Dienstordnungen über die Gesundheitsfürsorge in Justizvollzugsanstalten verfügbar, für andere nicht. Darum unterscheiden sich die drogenbezogenen Behandlungsmodalitäten, v.a. im Bereich der Substitutionsbehandlung, momentan nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern sogar zwischen verschiedenen Gefängnissen (Stöver 2011b).

So gibt es zwar einzelne bundesweite Datenerhebungen zum Thema Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug, wie beispielsweise im Rahmen der Informationssammlung für die Indikatorenbank, jedoch sind diese Daten häufig veraltet oder – wie im Falle der Indikatorenbank – können sie nicht einem konkreten Bundesland zugeordnet werden. Dadurch fehlen zu den berichteten Zahlen in der Regel die Bezugsgrößen. Auch Hochrechnungen sind unzulässig, da die (wenigen) Angaben z.B. aus sehr kleinen oder sehr großen Bundesländern stammen und die Werte damit sehr stark verzerren können. Darüber hinaus gibt es zwar einzelne regionale Studien, jedoch sind diese aufgrund einer fehlenden Vernetzung der Statistiken sowie der uneinheitlichen Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung (ICD-Diagnosen werden nur sehr selten gestellt) in der Regel kaum untereinander vergleichbar. Hierdurch können keine direkten Verbindungen zwischen diesen Daten hergestellt werden. Sequenzierende oder vergleichende Analysen sind somit kaum möglich. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Justizministerien würde möglicherweise dazu beitragen, dass gesundheitsrelevante Fragestellungen mithilfe von bewährten Methoden dokumentiert und Interventionen effektiver umgesetzt werden könnten. Eine einheitliche und zuverlässige Dokumentationskultur in Justizvollzugsanstalten könnte gefördert werden, indem ausreichend Personal im Bereich der Gesundheitsfürsorge zur Verfügung steht.

Das Fehlen von klaren und einheitlichen Richtlinien trägt dazu bei, dass die Handlungsmöglichkeiten von Justizbeamten möglicherweise eingeschränkt werden, da aufgrund der Uneinheitlichkeit Unsicherheiten im Handeln entstehen können. Die Bedeutung der Zielsetzungen der jeweiligen Justizministerien für die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft wurde durch die Behandlungsempfehlungen des Landes Nordrhein-Westfalen (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) verdeutlicht. Im Rahmen einer Tagung (akzept e.V. 2010) wurde berichtet, dass sich die Zahl der Substitutionspatienten in Nordrhein-Westfalen nach Einführung der Behandlungsempfehlung Anfang 2010 verdreifacht hat und sich im April 2011 ungefähr auf 1.000 beläuft – also mehr als in allen anderen 15 Bundesländern zusammen. Die Notwendigkeit für einheitliche Regelungen in der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten wurde in diesem Kapitel ausführlich diskutiert. Das Beispiel der Behandlungsempfehlungen in Nordrhein-Westfalen und ihr Einfluss auf die Substitutionspraxis in diesem Bundesland zeigen, dass derartige gesetzliche Regelungen tatsächlich einen enormen Einfluss haben können.

12 Drogenkonsumenten mit Kindern (Abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)

In Deutschland liegen nur unvollständige Daten darüber vor, wie viele Drogenkonsumenten Kinder haben und mit ihnen zusammenleben. Unterschiedliche Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland zwischen 30.000 und 60.000 Kinder von Drogenabhängigen leben. Aussagekräftige Zahlen liegen über Drogenkonsumenten vor, die in Behandlung oder Betreuung in einer ambulanten oder stationären Einrichtung der Suchthilfe sind. Die Dokumentation der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) gibt auch darüber Auskunft, wie viele der Klienten eigene Kinder haben oder in einem Haushalt mit Kindern zusammenleben (Kapitel 12.1). Zu Drogenkonsumenten, die nicht in Behandlung sind, sind keine verlässlichen Daten verfügbar.

Aus der Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils ergeben sich für die Familien und einzelne Familienmitglieder unterschiedliche Gefahren und Risiken. Die Lebensumstände drogenabhängiger Eltern sind häufig von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet. Dadurch ergeben sich sowohl für die Eltern als auch für die Kinder zusätzliche Gesundheitsrisiken und psychische Belastungen. Die gesunde Entwicklung von Kindern ist durch die Lebensumstände in suchtblasteten Familien bedroht. Während der Schwangerschaft kann Drogenkonsum ungeborene Kinder direkt schädigen und auch später gesundheitliche Folgen haben. Das Aufwachsen in einer suchtblasteten Familie stellt für die Kinder eines der größten Risiken dar, im späteren Leben selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln. Kenntnisse über das Ausmaß des Problems sowie Kenntnisse über Risiken und Gefahren werden im ersten Teil dieses Sonderkapitels dargestellt (Kapitel 12.1), im zweiten Teil werden politische Strategien und rechtliche Rahmenbedingungen beschrieben (Kapitel 12.2).

In Deutschland existiert ein komplexes Gefüge aus Akteuren, Einrichtungen und Institutionen, die in ihrer Arbeit Unterstützung und Hilfsangebote für suchtblastete Familien bereithalten und Aktionen, Veranstaltungen und Projekte durchführen. Die Arbeit mit den Eltern und Kindern, den Familien als Ganzes oder Angehörigen ist dabei häufig eng verzahnt. Alkoholabhängigkeit der Eltern oder eines Elternteils stellt in der Arbeit mit suchtblasteten Familien das weitaus größte Problem dar und viele Angebote und Maßnahmen unterscheiden nicht zwischen Abhängigkeiten von legalen oder illegalen Substanzen. Im dritten Teil des Sonderkapitels (Kapitel 12.3) wird ein Ausschnitt der Angebote und Aktivitäten dargestellt. In Deutschland existieren spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtblastete Familien und Drogenkonsumenten mit Kindern. Der Kooperation verschiedener Institutionen kommt eine besondere Rolle zu. Ein wichtiges Anliegen ist, die derzeit auf lokaler und kommunaler Ebene vorhandenen Strukturen weiter auf- und auszubauen sowie auch bundeseinheitlich Standards für verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen.

12.1 Ausmaß des Problems und Risikofaktoren

Verschiedenen Schätzungen zufolge leben zwischen 30.000 und 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern in Deutschland. Im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit wird die Zahl auf etwa 2,5 bis 2,65 Millionen Kinder in belasteten Haushalten geschätzt. Damit wächst fast jedes fünfte Kind in einer suchtblasteten Familie auf (DHS 2011; Klein 2005; www.nacoa.de). Der Anteil der Drogenabhängigen, die Kinder haben, wird auf etwa ein Drittel geschätzt. Bei Frauen in Substitutionsbehandlung gehen die Schätzungen von bis zu 50% aus (Klein 2008; DHS 2011).

Viele Untersuchungen in Deutschland, die sich mit dem Thema „suchtblastete Familien“ befassen, nehmen die Kinder selbst, oder die Familie als Ganzes in den Blick, seltener stehen die Eltern im Fokus. Auch große Teile der Anstrengungen im Bereich von Hilfsangeboten für suchtblastete Familien richten sich an die Kinder oder an die gesamte Familie, zudem wird häufig keine Unterscheidung zwischen (insbesondere) Alkohol und illegalen Drogen vorgenommen, sondern die Suchtproblematik thematisiert.

12.1.1 Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik

Die zuverlässigsten Daten über das Ausmaß des Problems sind in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentiert. Die Daten der DSHS beruhen auf etwa drei Vierteln aller ambulanten und etwa der Hälfte der stationären Facheinrichtungen¹³⁷. Die Daten der DSHS geben auch Aufschluss darüber, wie viele der betreuten Klienten eigene Kinder haben und wie viele Kinder (leibliche oder nicht leibliche) im Haushalt der Klienten leben. Da die DSHS nicht alle Einrichtungen der Suchthilfe berücksichtigt, handelt es sich bei den berichteten Daten um konservative Werte, d.h. dass die Zahlen der Betroffenen in Wirklichkeit höher sind als sie sich in der DSHS widerspiegeln.

Eigene Kinder von Drogenkonsumenten

Die DSHS weist für ambulante Einrichtungen im Jahr 2009 insgesamt N=22.567 Klienten mit einer Substanz-bezogenen Störung aufgrund des Konsums illegaler Drogen, die mindestens ein eigenes Kind haben, aus. Allerdings ist zu beachten, dass für einen relativ großen Anteil der Klienten (je Hauptdiagnose (HD) etwa ein Fünftel) unbekannt ist, ob sie Kinder haben.

¹³⁷ Zur Vorgehensweise und Erreichungsquote der DSHS vgl. Kapitel 5.

Insgesamt n=1.297 Klienten mit mindestens einem eigenen Kind wurden 2009 in einer stationären Einrichtung mit einer der oben genannten Hauptdiagnosen behandelt und im Rahmen der DSHS dokumentiert (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a,b,c)¹³⁸.

Klienten, die aufgrund einer HD Opioiden in Betreuung oder Behandlung sind, stellen die größte Personengruppe der Drogenkonsumenten in der DSHS dar. Etwa ein Drittel von ihnen (n=15.370, 34,4%) hat mindestens ein eigenes Kind. Auch bei Klienten mit HD Kokain hat etwa jeder Dritte mindestens ein eigenes Kind (N=1.641, 35,2%), bei Personen mit einer Störung aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika ist es etwas weniger als ein Drittel (n=1.309, 30,9%) (vgl. Tabelle 12.1). Die Vergleichswerte für Klienten mit HD Stimulanzien fallen geringer aus (n=494, 25,8%), ebenso wie bei Klienten mit einer HD Cannabis (n=3.729, 16,4%) (vgl. Tabelle 12.1).

Eine Betrachtung des Durchschnittsalters der Hauptdiagnosegruppen zeigt, dass die Klienten mit HD Sedativa/Hypnotika mit 43,6 Jahren im Durchschnitt die ältesten sind. Klienten mit HD Opioiden oder Kokain sind im Durchschnitt 33,8 bzw. 31,7 Jahre alt und Klienten mit HD Cannabis sind am jüngsten (24,2 Jahre) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b,c). Bei allen Hauptdiagnosegruppen haben die meisten Klienten, die eigene Kinder haben, nur ein einziges Kind (vgl. Tabelle 12.1).

¹³⁸ In den Tabellen 12.1, 12.2 und 12.3 sind Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2009 für die Bezugsgruppen „Zugänge/Beender“ und „Alle Betreuungen“ in ambulanten Einrichtungen dargestellt. Die Bezugsgruppe „Alle Betreuungen“ beinhaltet die Daten *aller* Personen, die im Berichtsjahr (auch durchgehend) in Betreuung oder Behandlung waren. Die Querschnittsbeschreibung der Klientengruppe „Drogenkonsumenten mit Kindern“ erfordert es, diese Bezugsgruppe zu wählen, um eine umfassende Darstellung zu ermöglichen. In diesem Sonderkapitel bezieht sich die deskriptive Betrachtung der Personengruppe „Drogenkonsumenten mit Kindern“ daher auf die Bezugsgruppe „alle Betreuungen“ von Klienten in ambulanten Einrichtungen. Im Rahmen der jährlichen Berichterstattung des REITOX-Berichtes wird in der Regel die Bezugsgruppe „Zugänge/Beender“ dargestellt, die ein genaueres Bild über die Veränderungen bei der Betreuungs-/Behandlungsnachfrage ermöglicht. Um eine Konsistenz und Vergleichbarkeit der Daten innerhalb des Berichtes zu erreichen, ist in den Tabellen die Bezugsgruppe „Zugänger/Beender“ ebenfalls dargestellt, für Klienten in stationären Einrichtungen die Bezugsgruppe „Beender“.

Tabelle 12.1 Hauptdiagnose und Zahl der eigenen Kinder

Hauptdiagnose	Zahl der eigenen Kinder					Gesamt mit Kind/ern %*	N	Unbekannt N	Gesamt N
	ohne Kind/er* %	eins* %	zwei* %	drei* %	mehr* %				
Opioide									
ambulant, Zugänge/Beender	66,5%	20,5%	9,3%	2,6%	1,1%	33,5%	7.195	5.531	26.978
ambulant, Alle Betreuungen	65,6%	20,9%	9,6%	2,7%	1,2%	34,4%	15.370	11.844	56.583
Stationär, Beender	74,7%	15,4%	7,4%	1,6%	0,9%	25,3%	697	202	2.961
Cannabinoide									
ambulant, Zugänge/Beender	84,5%	10,1%	3,6%	1,2%	0,5%	15,5%	2.401	4.096	19.616
ambulant, Alle Betreuungen	83,6%	10,8%	3,9%	1,2%	0,5%	16,4%	3.729	6.088	28.792
stationär, Beender	83,2%	11,3%	4,2%	0,8%	0,5%	16,8%	255	233	1.751
Sedativa/ Hypnotika									
ambulant, Zugänge/Beender	71,2%	15,8%	10,2%	1,6%	1,2%	28,8%	283	261	1.245
ambulant, Alle Betreuungen	69,1%	17,1%	10,1%	2,4%	1,3%	30,9%	494	450	2.051
stationär, Beender	81,6%	13,8%	3,5%	0,7%	0,4%	18,4%	52	23	306
Kokain									
ambulant, Zugänge/Beender	66,0%	19,3%	9,7%	3,1%	1,8%	34,0%	959	689	3.512
ambulant, Alle Betreuungen	64,8%	20,1%	10,2%	3,1%	1,8%	35,2%	1.641	1.150	5.814
stationär, Beender	72,9%	15,0%	7,7%	3,0%	1,4%	27,1%	152	26	586
Stimulanzien									
ambulant, Zugänge/Beender	74,2%	16,6%	6,6%	1,9%	0,7%	25,8%	760	941	3.885
ambulant, Alle Betreuungen	73,2%	17,5%	6,6%	1,8%	0,9%	26,8%	1.309	1.598	6.484
stationär, Beender	77,1%	15,0%	5,6%	1,5%	0,8%	22,9%	140	68	680
Halluzinogene									
ambulant, Zugänge/Beender	76,7%	15,0%	5,0%	1,7%	1,7%	23,3%	14	25	85
ambulant, Alle Betreuungen	75,0%	19,8%	3,1%	1,0%	1,0%	25,0%	24	46	142
stationär, Beender	85,7%	-	14,3%	-	-	14,3%	1	0	7

*) Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Klienten, für die eine Antwort vorliegt (ohne unbekanntes).

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b;c.

Kinder in Haushalten von Drogenkonsumenten

In Tabelle 12.2 ist dargestellt, wie viele Kinder im Haushalt des Klienten jeweils wohnen, diese Frage bezieht sich nicht notwendigerweise auf eigene Kinder. Auch hier ist bei einem relativ großen Teil der Klienten der Status dieser Frage unbekannt (etwa ein Fünftel bis ein Viertel bei den unterschiedlichen Hauptdiagnosen).

Mit mindestens einem Kind im selben Haushalt leben insgesamt N=11.627 Personen, die in Betreuung oder Behandlung in einer ambulanten Einrichtung sind. In der größten Klientengruppe (HD Opioide) sind die meisten Klienten zu finden, die mit mindestens einem Kind in einem Haushalt leben (n=7.465, 17,4%) (vgl. Tabelle 12.2). Klienten mit HD Cannabis sind die zweitgrößte Klientengruppe, und auch die zweitgrößte Gruppe, die mit Kindern im selben Haushalt lebt. Von ihnen leben 10,7% mit mindestens einem Kind zusammen (n=2.340). Bei den anderen Hauptdiagnosen sind dies 17,1% (n=781) mit HD Kokain, 15,3% (n=713) mit HD Stimulanzien und 20,5% (n=317) mit HD Sedativa/Hypnotika. Bei allen Hauptdiagnosen lebt mehr als die Hälfte der Klienten, die mit Kindern im Haushalt leben, mit einem Kind und mehr als ein Viertel mit zwei Kindern im selben Haushalt. (vgl. Tabelle 12.2).

Tabelle 12.2 Hauptdiagnose und Zahl der Kinder im Haushalt

Hauptdiagnose	Zahl der Kinder im Haushalt						Gesamt mit Kind/ern %*	N	unbekannt N	Gesamt N
	ohne Kind/er*	eins*	zwei*	drei*	mehr*					
	%	%	%	%	%					
Opioide										
ambulant, Zugänge/Beender	83,8%	9,9%	4,7%	1,2%	0,5%	16,2%	3.327	6.474	26.978	
ambulant, Alle Betreuungen	82,6%	10,5%	5,1%	1,3%	0,5%	17,4%	7.465	13.699	56.583	
Stationär, Beender	87,2%	7,0%	4,5%	1,0%	0,2%	12,8%	345	259	2.961	
Cannabinoide										
ambulant, Zugänge/Beender	89,4%	6,4%	2,9%	0,9%	0,4%	10,6%	1.571	4.746	19.616	
ambulant, Alle Betreuungen	89,3%	6,5%	3,0%	0,9%	0,4%	10,7%	2.340	6.967	28.792	
stationär, Beender	90,3%	6,3%	2,2%	0,7%	0,5%	9,7%	143	272	1.751	
Sedativa/ Hypnotika										
ambulant, Zugänge/Beender	80,8%	12,0%	5,5%	0,8%	0,8%	19,2%	181	300	1.245	
ambulant, Alle Betreuungen	79,5%	12,2%	6,3%	1,2%	0,8%	20,5%	317	505	2.051	
stationär, Beender	80,9%	12,6%	4,5%	0,4%	1,6%	19,1%	47	60	306	
Kokain										
ambulant, Zugänge/Beender	83,1%	8,5%	5,7%	1,6%	1,1%	16,9%	465	753	3.512	
ambulant, Alle Betreuungen	82,9%	9,1%	5,5%	1,7%	0,8%	17,1%	781	1.242	5.814	
stationär, Beender	88,9%	6,7%	3,6%	0,4%	0,4%	11,1%	61	36	586	
Stimulanzien										
ambulant, Zugänge/Beender	85,4%	9,3%	3,8%	0,9%	0,6%	14,6%	411	1.069	3.885	
ambulant, Alle Betreuungen	84,7%	10,0%	3,8%	0,9%	0,6%	15,3%	713	1.813	6.484	
stationär, Beender	86,7%	8,5%	4,2%	0,2%	0,5%	13,3%	80	80	680	
Halluzinogene										
ambulant, Zugänge/Beender	89,5%	8,8%	1,8%	-	-	10,5%	6	28	85	
ambulant, Alle Betreuungen	88,3%	10,6%	1,1%	-	-	11,7%	11	48	142	
stationär, Beender	100,0%	-	-	-	-	0,0%	0	0	7	

*) Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Klienten, für die eine Antwort zu dem Item vorliegt (ohne unbekannte).

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a;b;c.

Die Mehrheit der Klienten ambulanter Einrichtungen lebt nicht allein. Für alle HD liegt der Anteil der nicht Alleinlebenden zwischen 58,5% (HD Opiode) und 62,1% (HD Stimulanzen). Unter diesen variiert der Anteil derer, die mit Kindern zusammenleben, in größerem Maße. Während etwas mehr als jeder Zehnte der nicht alleinlebenden Klienten mit HD Cannabis mit Kindern zusammenlebt (11,0%), ist es bei HD Stimulanzen beinahe jeder fünfte (18,2%). Bei HD Kokain sind es 22,8% und bei HD Opiode 25,0%. Mit 36,9% ist es bei HD Sedativa/Hypnotika sogar mehr als jeder Dritte (vgl. Tabelle 12.3).

Tabelle 12.3 Hauptdiagnose und Lebenssituation

Hauptdiagnose	Lebenssituation		Zusammenlebend mit*				
	Alleinlebend	Nicht alleinlebend	Partner/in	Kind/ern	Eltern (-teil)	Sonst. Bezugsperson/en	Sonst. Person/en
Opiode							
ambulant, Alle Betreuungen	41,5%	58,5%	46,1%	25,0%	24,5%	6,3%	17,7%
stationär, Beender	47,3%	52,7%	43,2%	23,7%	32,8%	7,7%	18,0%
Cannabinoide							
ambulant, Alle Betreuungen	32,7%	67,3%	21,6%	11,0%	55,0%	9,7%	15,0%
stationär, Beender	45,4%	54,6%	25,2%	14,0%	49,8%	11,6%	17,1%
Sedativa/Hypnotika							
ambulant, Alle Betreuungen	40,3%	59,7%	66,7%	36,9%	11,6%	3,8%	6,4%
stationär, Beender	43,7%	56,3%	67,8%	37,4%	17,2%	10,9%	11,5%
Kokain							
ambulant, Alle Betreuungen	39,8%	60,2%	42,3%	22,8%	21,9%	5,9%	25,6%
stationär, Beender	51,0%	49,0%	48,1%	23,9%	26,6%	9,3%	20,8%
Stimulanzen							
ambulant, Alle Betreuungen	37,9%	62,1%	30,9%	18,2%	39,8%	8,7%	18,4%
stationär, Beender	41,7%	58,3%	28,2%	17,6%	41,1%	9,2%	22,6%
Halluzinogene							
ambulant, Alle Betreuungen	39,7%	60,3%	26,0%	9,6%	43,8%	9,6%	17,8%
stationär, Beender	71,4%	28,6%			100,0%		

*Mehrfachnennungen möglich

12.1.2 Regionale Dokumentationen und Studienergebnisse

Hamburger Basisdokumentation 2001

Die Hamburger Basisdokumentation (BADO) widmete bereits 2003 ein Sonderkapitel ihres Jahresberichtes (Datenjahr 2001) dem Thema „Suchtmittelabhängige Mütter und Väter, Unterbringung der Kinder“. Darin wurde vor zehn Jahren ausgewertet, wie viele Kinder in suchtmittelbelasteten Familien lebten, bzw. wie viele Klienten der Suchthilfe eigene Kinder hatten und wie viele von ihnen mit Kindern zusammenlebten. Demnach hatten 44,0% (2.134) der Klienten Kinder. Dieser Wert aus Hamburg liegt über dem Bundesdurchschnitt. Allerdings ist ein Vergleich nur bedingt zulässig, da diese Daten keine Auskunft über die Anteile bei den einzelnen Hauptdiagnosen geben und der Zeitraum zwischen beiden Erhebungen recht groß ist. Dennoch lässt der Unterschied vermuten, dass Drogenkonsumenten mit Kindern eher in Ballungsgebieten wie Hamburg leben als in ländlichen Regionen.

In Hamburg waren Klienten mit Kindern in 2001 im Mittel 35 Jahre alt. Allerdings lebten 46% der Kinder nicht mit dem in Betreuung/Behandlung befindlichen Elternteil zusammen sondern meist bei dem (getrennt lebenden) anderen Elternteil. Insbesondere war das der Fall, wenn der Vater das Suchtproblem hatte: In diesem Fall lebten drei Viertel der Kinder bei der alleinerziehenden Mutter (76,6%). Wenn die Mutter Klientin der Suchthilfeeinrichtung war, lebten die Kinder häufiger in Pflegefamilien (45,2%), bei den Großeltern (27,4%) oder in Erziehungseinrichtungen (13,4%). Bei alleinerziehenden Personen, bei denen die Kinder mit der betreuten Person zusammenlebten, handelte es sich meist um alleinerziehende Mütter (62,4%). In der Basisdokumentation wurden soziodemografische Merkmale und sozioökonomischer Status der Klienten untersucht, insbesondere von Müttern in Betreuung. Zwar hatten Mütter in Behandlung einen niedrigeren Schulabschluss als Frauen in Behandlung ohne Kinder, sie hatten aber nicht weniger häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung. Ihren Lebensunterhalt bezogen Klientinnen mit Kindern aber häufiger von der Sozialhilfe als Klientinnen ohne Kinder, bei alleinerziehenden Müttern war dieser Anteil nochmals erhöht (Martens et al. 2003).

Fuchs et al. (2008) führten im Rahmen der Basisdokumentation der Hamburger ambulanten Suchthilfe eine Studie zu opioidabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern durch. Darin wurde der Zusammenhang zwischen Elternschaft und Sucht im Hinblick auf das Kindeswohl empirisch untersucht. Die Klienten (n=4.971) wurden in die Gruppen „Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben“, „Eltern, die mit ihren Kindern nicht zusammenleben“ und „Kinderlose“ eingeteilt. Etwa ein Drittel der Klienten hat Kinder (30,3%), von ihnen leben etwas mehr als ein Drittel mit den Kindern zusammen (35,9%). Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die Lage der erziehenden Eltern hinsichtlich ausgewählter Risikofaktoren (Drogenkonsum, traumatische Erlebnisse, soziale Situation, Gesundheitszustand) günstiger darstellt als für die Eltern, die mit ihren Kindern nicht zusammenleben. Es kann anhand dieser Studie jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Anwesenheit von Kindern im Haushalt Grund dafür ist, dass es den Klienten besser geht, oder ob Klienten,

denen es schon vorher besser ging, eher dazu neigen, ihre eigenen Kinder zu behalten (Fuchs et al. 2008; vgl. REITOX-Bericht 2009).

Ergebnisse aus der PREMOS Studie

In der PREMOS-Studie¹³⁹ (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) wurden langfristige Effekte der opioidgestützten Substitutionstherapie mittels einer prospektiv-longitudinalen, epidemiologisch fundierten 6-Jahres-Verlaufsstudie an Patienten in der Routineversorgung Deutschlands untersucht (vgl. Kapitel 5).

In der Studie erhobene soziodemografische Merkmale zeigen, dass 40,7% der Studienpopulation (n=1.624) mindestens ein eigenes Kind hatte (23,4% ein Kind; 11,8% zwei Kinder; 5,5% drei oder mehr Kinder). Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten zeigt, dass der Anteil unter weiblichen Patienten größer ist: insgesamt 50,7% der Frauen (n=524) hatten Kinder, bei männlichen Patienten (n=1100) waren es nur 36,0% (Wittchen et al. 2011).

Eine Abfrage, ob und welcher Art Einrichtungen spezialisierte Angebote für Risikogruppen bereithalten (insgesamt ca. 30% der Einrichtungen), ergab, dass nur 8,4% eine Spezialisierung für Schwangere und/oder Frauen mit Kindern vorweisen. Dieser Wert zeigt eine defizitäre Versorgungslage auf, da über ein Drittel aller Substitutionspatienten Frauen sind, und die Mehrzahl von ihnen Kinder hat. Zudem sind spezialisierte Einrichtungen im Bundesgebiet sehr ungleichmäßig verteilt. In der Regel sind es große, personalintensive Einrichtungen in Ballungsräumen, die überhaupt spezialisierte Angebote vorweisen können (Wittchen et al. 2011).

Die spezifischen Situationen und Problemlagen von opioidabhängigen Frauen mit Kindern und Schwangeren wurden im Rahmen einer ergänzenden Vertiefungsstudie untersucht und mit einem separat entwickelten Fraueninterview erhoben.¹⁴⁰ Erste Ergebnisse im Schlussbericht der Studie zeigen, dass insbesondere während der Schwangerschaft eine umfangreiche Betreuung der Patientinnen stattgefunden hatte, die sich auch darin widerspiegelt, dass von den untersuchten Frauen überproportional viele angaben, während der Schwangerschaft zumindest vorübergehend abstinent geworden zu sein. Für die nachfolgende Zeit sind allerdings häufige Rückfälle, Phasen massiver sozialer Desintegration und psychosozialer Belastungen sowie zumeist mehrfacher Neubeginn von Substitutionsbehandlungen festzustellen (Wittchen et al. 2011).

Insbesondere für die Zeit nach der Geburt sehen die Autoren daher in dem Ausbau und der Verbesserung der Koordination von unterschiedlichen Diensten zur Unterstützung von substituierten Frauen mit Kindern größeren Handlungsbedarf sowie im Abbau regionaler Defizite von spezialisierten Angeboten.

¹³⁹ <http://www.premos-studie.de/>

¹⁴⁰ Weitere Ergebnisse dieser vertiefenden Untersuchung werden zum Zeitpunkt dieser Berichterstattung noch ausgewertet. Für die Vorstellung der Ergebnisse kündigen die Autoren weitere Publikationen an (Wittchen et al. 2011).

12.1.3 Risikofaktoren für drogenkonsumierende Schwangere, Eltern und deren Kinder

Eine Abhängigkeitserkrankung belastet oftmals nicht nur den Betroffenen selbst. Die Erkrankung wirkt sich auch auf die Angehörigen aus. Kinder sind von einer Abhängigkeitserkrankung der Eltern besonders stark belastet, denn sie sind auf ihre Eltern angewiesen. Sie benötigen die elterliche Erziehung, Schutz und Sorge, gesundheitliche Fürsorge, Verpflegung, sie brauchen die emotionale Nähe, Liebe und auch die finanzielle Versorgung durch die Eltern. In vieler Hinsicht sind Kinder schutz- und hilflos, wenn Eltern die Funktionen der Elternrolle nicht ausüben können. Abhängigkeitserkrankungen der Eltern stellen dabei ein besonders großes Risiko dar.

Erkenntnisse über Risikofaktoren und Gesundheitsgefahren für Schwangere, Eltern und Kinder, die sich durch den Konsum von Drogen ergeben, basieren zumeist nicht aufgrund in Deutschland systematisch erfasster Daten oder nationaler Studien jüngerer Datums. Vielmehr gründet sich der Wissenstand, z.B. über Risiken durch die Drogenwirkung auf ungeborene oder über Generationen wiederkehrende Abhängigkeitsprobleme in Familien in großen Teilen auf Studien aus den 1980er und 1990er Jahren, die in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurden. In den folgenden Abschnitten wird eine Beschreibung der bekannten Risikofaktoren und Gefahren zusammengefasst, die in der Literatur dargestellt werden.

Generationenübergreifende Suchtproblematiken in Familien

Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind in Familien häufig ein sich wiederholendes Problem. Abhängigkeitserkrankung stellen im familiären Kontext ein erhöhtes Risiko für Kinder dar, später selber eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln (vgl. z.B. Klein 2003; Sack & Thomasius 2009b).

Einflüsse problematischer Lebenslagen und -umstände

Im Wesentlichen lassen sich zwei Arten negativer Einflüsse auf die Lebenslagen und -umstände von Mutter und Kind unterscheiden, die in der Regel gleichzeitig vorhanden sind. In der Literatur wird einerseits die Lebenswelt der Mutter beschrieben, die von sozialer Benachteiligung geprägt ist. Andererseits wird die Einschränkung der Erziehungskompetenz der Mutter, verursacht durch eine Drogenabhängigkeit, thematisiert.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung weisen Drogenabhängige in der Regel eine niedrigere Schul- und Berufsbildung auf, was insgesamt mit einem höheren Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko einhergeht (Klein 2006). Folglich ist nicht überraschend, dass drogenabhängige Mütter im Vergleich zu nicht drogenabhängigen Müttern einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben sowie ein höheres Stresserleben und dass sie stärker isoliert sind (Klein 2008). Bei drogenabhängigen Müttern können sich die meist herrschenden unsicheren Lebensumstände sowie schlechte Ernährung, ungünstige Wohnverhältnisse und ein sozial eingeschränktes Umfeld negativ auf die physische, psychische und soziale Entwicklung des Kindes auswirken. Diskontinuitäten und Brüche im Leben von Kindern von Drogenabhängigen wie Wechsel und Unterbrechungen im Zusammenleben gelten als Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten. Durch z.B. Notfälle und

Krankenhausaufenthalte, Verhaftungen der Eltern, Suizidversuche bis hin zu vollendeten Suiziden erleben Kinder in suchtblasteten Familien häufiger traumatisierende Ereignisse als andere Kinder. Mütter haben häufig selbst traumatische Kindheitserfahrungen, die weiterhin auf ihre psychische Gesundheit wirken (Klein 2006). In suchtblasteten Familien, in denen die Suchtproblematik aufgrund des Konsums illegaler Drogen besteht, sind häufig beide Partner einer Partnerschaft von Abhängigkeit betroffen, sofern (meist) die Mutter nicht alleinerziehend ist. Im Vergleich zu Alkoholabhängigen, bei denen öfters nur ein Partner abhängig ist, haben Drogenabhängige überdurchschnittlich oft auch drogenabhängige Partner (Klein 2006).

Die Abhängigkeitserkrankung und eventuelle weitere psychische Erkrankungen, Beschaffungsdruck, Beschaffungskriminalität und Prostitution der Mutter können die Erziehungskompetenz der Mutter erheblich einschränken (Rasenack 2004, Klein 2008, fdr 2009)¹⁴¹. Drogenabhängige Eltern zeigen häufiger Unaufmerksamkeiten und Nachlässigkeiten gegenüber ihren Kindern. Kinder von Drogenkonsumenten zeigen daher häufiger Symptome von Vernachlässigung (Klein 2008). Bei Kindern, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, ist häufig zu beobachten, dass sie Verantwortung und Aufgaben, wie die Haushaltsführung oder Betreuung jüngerer Geschwister, übernehmen (müssen), die schnell zu einer hohen Belastung oder Überforderung führen können (BMFSFJ 2009).

In einer Untersuchung mit 58 substituierten Müttern, die im Rahmen einer Entwicklung eines Programms zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger Mütter durchgeführt wurde, kommen Kröger et al. (2006) neben der Feststellung benachteiligender Lebensumstände (vgl. oben) auch zu den Schlussfolgerungen, dass die Mütter Defizite in der Erziehungskompetenz bei sich selbst wahrnehmen. Die Autoren weisen darauf hin, dass das geringe Selbstvertrauen der Mütter in ihre Fähigkeiten sich auch in Inkonsistenzen in der Erziehung niederschlagen.

Insgesamt wird deutlich, dass neben den vielfach vorhandenen Angeboten, die die Belange und Bedarfe der Kinder aus suchtblasteten Familien in den Fokus nehmen (vgl. Kapitel 12.3), auch ein erheblicher Bedarf an Hilfsangeboten für die Eltern besteht. Zunehmend ist in letzter Zeit daher die Förderung der Erziehungskompetenzen eines der zentralen Ziele oder Element verschiedener Hilfsangebote an drogenkonsumierende oder substituierte Eltern, die diese dabei unterstützen sollen, ihr Recht auf Erziehung ihrer eigenen Kinder zu wahren (vgl. hierzu z.B. die Abschnitte zu „Frühen Hilfen“ in Kapiteln 12.2 und 12.3).

Wirkungen von Heroin und Kokain auf ungeborene Kinder

Alkohol und illegale Drogen haben eine teratogene Wirkung. Aus akuter Intoxikation, Entzügen und aus der zell- und organotoxischen Wirkung der Substanzen können Missbildungen und Entwicklungsstörungen entstehen. Außerdem verursachen die

¹⁴¹ Das in diesem Kapitel zitierte Positionspapier „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ greift die Debatten und Erörterungen auf, die im Rahmen einer Expertenanhörung von Mitarbeitern aus Medizin, der Sucht- und der Jugendhilfe am 29. Januar 2007 in Berlin unter gleichem Titel geführt wurden und die während des 31. BundesDrogenkongresses im April 2008 „Kinder sind Zukunft - die Suchthilfe positioniert sich“ vertieft wurden.

Substanzen eine passive Abhängigkeit und ein neonatales Entzugssyndrom (Bevot & Krägeloh-Mann 1999; fdr 2009). Eine späte Feststellung der Schwangerschaft und wenige Voruntersuchungen sowie Komorbidität insbesondere mit Infektionen (HIV, Hepatitis B und C), Polytoxikomanie und psychiatrischen Erkrankungen sind häufig (Rasenack 2004).

Die Gefahren der Wirkung von Heroin auf das ungeborene Kind gehen stärker von der abhängigkeiterzeugenden Eigenschaft aus, die teratogene Wirkung ist schwächer als beispielsweise bei Kokain oder Alkohol (Bevot & Krägeloh-Mann 1999; Rasenack 2004). Besonders groß sind daher die Gefahren eines akuten Entzuges der Schwangeren, der zum intrauterinen Fruchttod führen kann und des neonatalen Entzugssyndroms, (Rasenack 2004). Auch die Gefahr eines plötzlichen Kindstodes ist im ersten Lebensjahr erhöht (Bevot & Krägeloh-Mann 1999). Zu weiteren Komplikationen in der Schwangerschaft, die bei Heroinkonsumierenden häufig hinzukommen, gehören intrauterine Mangelentwicklung, Frühgeburten und neurologische Spätschäden (Rasenack 2004).

Die teratogene Wirkung von Kokain (und Amphetaminen) umfassen eine generelle Vasokonstriktion (Verengung der Blutgefäße) und daraus resultierende Verminderung der Durchblutung auch im Bereich der Plazenta. Dies kann zu Frühgeburten und intrauterinem Fruchttod führen. Des Weiteren erhöht der Konsum die Rate an mangelentwickelten Neugeborenen mit Mikrocephalie (Fehlentwicklung des Gehirns) und postnatal das Auftreten akuter toxischer Symptomen und des plötzlichen Kindstodes (Rasenack 2004).

In Hinsicht auf Probleme in der weiteren Entwicklung von Kindern drogenkonsumierender Mütter stellen die Autoren des Positionspapiers „Drogen - Schwangerschaft - Kind“ (fdr 2009) heraus, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht, hinsichtlich der Untersuchung ob bestimmte Defizite auf direkte Drogeneinwirkung während der Schwangerschaft zurückzuführen sind oder ob psychosoziale Belastungen durch drogenkonsumierende Eltern Ursache sind (fdr 2009). Der aktuelle Stand der Wissenschaft aus der Bundesrepublik wurde in der Arbeit von Stachowske (2008) beschreiben.

12.2 Strategien und Gesetzgebung

12.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen: Die Sozialgesetzbücher (SGB)

Drogenkonsumierende mit Kindern haben dieselben Ansprüche auf Hilfen wie andere Konsumenten auch, z.B. auf Behandlung ihrer Abhängigkeit oder auf Grundsicherung und andere Unterstützungsleistungen. Die Sozialgesetzbücher (SGB) bilden die rechtlichen Grundlagen, nach denen Drogenabhängige Anspruch auf Behandlungen haben, und regeln, welche Institutionen die Behandlung finanzieren (vgl. Kapitel 5). Im Hinblick auf die Behandlung der Eltern sind vor allem die Gesetzbücher SGB V (Gesetzliche Krankenkasse) und SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), gegebenenfalls SGB XII (Sozialhilfe) relevant. Bezüglich der Rechte und Pflichten von Eltern gegenüber ihren Kindern bildet das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) die gesetzliche Grundlage, die im Kontext von Drogenkonsumenten mit Kindern von zentraler Bedeutung ist.

12.2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen: SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Das „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ (Convention on the Rights of the Child, UN-Kinderrechtskonvention) der Vereinten Nationen definiert in den Artikeln 24¹⁴² und 33¹⁴³ Grundlagen, die in Deutschland in verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen ihre Verwirklichung finden.

Im Deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe wird in §1 festgelegt, dass „jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit [hat]“¹⁴⁴. Die Leistungen und Aufgaben öffentlicher und freier Träger zugunsten junger Menschen und deren Familien werden unter dem Begriff Kinder- und Jugendhilfen zusammengefasst („Jugendhilfen“). Die Hilfen für Drogenkonsumenten mit Kindern bestehen daher aus einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Akteure. Beteiligt sind z.B. Akteure der Suchthilfe, der Jugendhilfe, der gesundheitlichen Versorgung und des Erziehungs- und Bildungssystems. Schnittstellenprobleme der unterschiedlichen Verwaltungs- und Rechtssysteme erfordern eine Kooperation und Vernetzung, um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können (fdr 2009).

Aus Artikel 6(2) des deutschen Grundgesetzes geht hervor, dass Pflege und Erziehung der Kinder das Recht der Eltern sind, damit aber auch Pflichten verbunden sind. Eine Gefährdung des Kindeswohls durch die Lebensweise der Eltern¹⁴⁵ kann zu einem Konflikt des Rechts der Eltern und des Kindes führen. Bei Gefährdung des Kindeswohls sind die Jugendämter durch §8a des SGB VIII („Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“) beauftragt, geeignete und notwendige Hilfen zur Abwendung der Gefährdung anzubieten. Das Jugendamt ist eine Organisationseinheit innerhalb der Kommunalverwaltung und muss nach dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) durch jeden Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt eingerichtet werden. Die Jugendämter sind für die Vergabe von Leistungen des SGB VIII zuständig, sie können auch als öffentlicher Jugendhilfeträger selbst auftreten. Ihnen obliegen bei Gefährdungen des Kindeswohls z.B. durch Drogenabhängigkeit der Eltern auch Aufgaben zur Kooperation mit Leistungsträgern und Einrichtungen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen. Ausdrücklich ist im Gesetz festgelegt, dass das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen ist, auch die Eltern sind mit einzubeziehen. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die geeigneten und notwendigen Hilfen durch Träger von Einrichtungen und Diensten angeboten und die

¹⁴² „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit [...]“

¹⁴³ „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglich internationalen Übereinkünfte zu schützen [...]“

¹⁴⁴ http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/_1.html

¹⁴⁵ Der Gesetzestext nennt „Personensorgeberechtigte oder Erziehungsberechtigte“. Der Terminus berücksichtigt die Konstellationen, in denen Kinder nicht bei ihren leiblichen Eltern leben. In diesem Abschnitt sind die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigte im Sinne des Gesetzes gemeint, der einfachen Lesbarkeit halber ist von „Eltern“ die Rede.

Leistungen durch die Eltern in Anspruch genommen werden. Ziel ist, unter Beteiligung aller erforderlichen Akteure gemeinsam eine Abwendung der Gefahren für das Kindeswohl zu erreichen. Eingriffe in das Elternrecht sind nach § 1666 BGB erst möglich, wenn angebotene Hilfen nicht zur Abwendung der Gefahren reichen, weil die Eltern nicht bereit sind zu kooperieren oder nicht dazu in der Lage sind. In solchem Fall ruft das Jugendamt ein Familiengericht an. Eine Reihe von Maßnahmen kann durch das Familiengericht eingeleitet werden, die von Anordnungen der Annahme von Leistungen bis zur teilweisen oder vollständigen Entziehung des Sorgerechts reichen können. In Fällen dringender Gefahr muss das Jugendamt das Kind oder den Jugendlichen nach §42 SGB VIII „in Obhut“ nehmen.

12.2.3 Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG)

Für einen umfassenden Kinder- und Jugendschutz sind unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund, aus unterschiedlichen Versorgungssystemen, mit unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen und unterschiedlicher Finanzierungsgrundlage zu beteiligen. Um einheitliche Rahmenbedingungen für regionale Kooperationsstrukturen im Kinder- und Jugendschutz zu schaffen, erarbeitete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) einen Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG) (Bundesrat Drucksache 202/11). Die Bundesregierung schloss sich am 16. März 2011 dem Entwurf an, dessen Inkrafttreten für den 1. Januar 2012 geplant ist. Ein wesentlicher Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes ist der Artikel 1, das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“. Die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz werden darin geregelt sowie Vorschriften über die Information der Eltern über Unterstützungsangebote. Zudem regelt das KKG mit einer Befugnisnorm für Berufsheimnisträger die Weitergabe von sensiblen Daten zwischen den Akteuren. Hier treten bislang rechtliche Konflikte auf, z.B. steht bei der Kenntnis einer Abhängigkeitserkrankung der Eltern und damit möglicherweise einhergehender Gefährdung des Kindeswohls die Weitergabe dieser Information in Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht. Über den Gesetzesentwurf der Bundesregierung beriet der Bundesrat am 27. Mai 2011. Zwar begrüßt der Bundesrat die Initiative des Gesetzesentwurfs und unterstützt die generelle Zielsetzung des Entwurfs grundsätzlich, sieht in seiner Stellungnahme aber weiterhin umfangreichen Verbesserungsbedarf. Dieser bezieht sich vor allem darauf, dass das Gesundheitswesen in die vorgesehenen Kooperationsstrukturen stärker eingebunden werden müsse (Bundesrat Drucksache 202/11B).

In einer öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 26. September 2011 wurden Stellungnahmen von Experten zu dem von der Regierung vorgelegten Gesetzesentwurf (Bundestag Drucksache 17/6256) diskutiert. Das Gesetzesvorhaben wurde von den angehörten Experten grundsätzlich begrüßt. Kritisiert wurde jedoch eine mangelnde Einbindung des Gesundheitswesens. Andererseits sehen die Experten auch die Gefahr einer Unterfinanzierung im Gesetzesentwurf und mangelnde Ressourcen auf kommunaler Ebene für die geplanten

Kooperationsstrukturen. Den Erfolg des Gesetzes sehen die Experten von einer hinreichenden Finanzierung und Kostenregelung zwischen Bund, Ländern und Kommunen abhängig.¹⁴⁶

Die Bundesregierung verabschiedete am 28. September 2011 auch den „Aktionsplan 2011 zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“ (BMFSFJ 2011). Anknüpfend an dem am 24. März eingeführten „Runden Tische Sexueller Kindesmissbrauch“ führt der Aktionsplan 2011 konkrete Maßnahmen in einem Gesamtkonzept zusammen. Zu den Schwerpunkten des Aktionsplanes gehören die Bereiche „Prävention“ und „Intervention“. Der Umfassende Schutz von Kindern und Jugendlichen setzt einerseits am Opferbereich an. Hier sind verstärkte Bemühungen für den Schutz von Kindern in Familien mit unterschiedlichen vernachlässigungs- und Misshandlungsproblematiken nötig. Auch für den Schutz von Kindern aus suchtbelasteten Familien sieht der Aktionsplan Handlungsbedarf bei Aufklärung und Sensibilisierung (Prävention) sowie bei dem Beratungs- und Unterbringungsangebot (Intervention).

12.2.4 Nationales Zentrum frühe Hilfen (NZFH)

Im deutschen Sozialsystem werden umfangreiche Hilfen und Unterstützungsangebote für bedürftige Personen geleistet. Menschen mit einer Suchterkrankung zählen hierzu und erfüllen oftmals auch weitere Kriterien, die sie als Empfänger von Unterstützung berechtigen. Armut, Krankheit und geringe Teilhabechancen gehören z.B. dazu. In Strategien und Aktionsplänen wird in Deutschland oft ein integrierender Ansatz verfolgt, der mit Maßnahmen für bedürftige Personen eine übergeordnete Zielgruppe anvisiert. So sind Drogenabhängige oftmals nicht die primäre Zielgruppe, die Betroffenen erfüllen aber dennoch häufig die Voraussetzungen und sind Teil der Zielgruppe, die Unterstützungsangebote erhalten.

Ein Beispiel hierfür sind die im Folgenden beschriebenen „Frühen Hilfen“. Als Frühe Hilfen werden Unterstützungs- und Hilfsangebote bezeichnet, die Eltern ab Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes unterbreitet werden. Ziel Früher Hilfen ist es, den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung möglichst frühzeitig durch Prävention zu verbessern. Die Stärkung der Erziehungskompetenz (werdender) Eltern ist ein weiterer Schwerpunkt. Die Frühen Hilfen richten sich an Eltern in belasteten Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen, z.B. an suchtbelastete Eltern und deren Kinder (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

¹⁴⁶ <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a13/anhoeerungen/Kinderschutzgesetz/index.html>

Die Regierungskoalition der 16. Wahlperiode vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag 2005, mit einem Projekt zur frühen Förderung gefährdeter Kinder soziale Frühwarnsysteme zu entwickeln. Leistungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sollen darin zu einer verbesserten Verzahnung kommen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)¹⁴⁷ wurde im Rahmen des Aktionsprogramms des BMFSFJ „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ im Jahr 2007 gegründet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) sind gemeinsame Träger des NZFH. Die gemeinsame Trägerschaft unterstreicht den Ansatz der multiprofessionalen Kooperation im Arbeitsfeld Früher Hilfen¹⁴⁸.

12.3 Reaktionen

Ein nicht intaktes familiäres Umfeld gilt als eine der größten Ursachen für ein erhöhtes Risiko, dass Kinder später Suchterkrankungen erleiden. Ursachen für das erhöhte Suchtrisiko sind unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch. Diese Probleme sind in suchtblasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt.

In Deutschland existieren verschiedene Angebote der Behandlung und Beratung von drogenabhängigen Eltern und Schwangeren. Ein großer Teil der Angebote richtet sich direkt an die Kinder. Auch das Informationsangebot von Verbänden und Einrichtungen, welches sich an z.B. Sozialarbeiter und Mitarbeiter aus Jugendämtern richtet, hat häufiger die Arbeit mit Kindern aus suchtblasteten Familien zum Thema. In der Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern steht die Thematisierung der Elternrolle und Wahrnehmung elterlicher Pflichten noch eher selten im Fokus. Viele Angebote befassen sich mit den Problemen und Nöten der Kinder, die mit Suchtkranken zusammenleben.

Eine einheitliche und umfassende Dokumentation über die Angebote und Aktivitäten existiert nicht. Die in Kapitel 12.3 vorgestellten Projekte, Kooperationen und Veranstaltungen dienen als Beschreibung ausgewählter Aktivitäten mit der unterschiedliche Akteure und Institutionen der Thematik und angrenzender Probleme begegnen.

12.3.1 Behandlung drogenkonsumierender Eltern und schwangerer Konsumentinnen

Behandlung, Beratung und Betreuung von Drogenkonsumenten mit Kindern

Neben der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung gibt es verschiedene Angebote der Beratung und Betreuung für Familien, Eltern und/oder Kinder, sowohl in ambulanten als auch

¹⁴⁷ Das NZFH ist die zentrale Informationsplattform im Bereich „Früher Hilfen“, Ergebnisse aus Modellprojekten werden auf der Internetseite aufbereitet und Handlungsempfehlungen zur Implementierung auf kommunaler Ebene werden angeboten. Die Arbeit des NZFH wird von drei Säulen getragen: einer Wissensplattform (z.B. Erfassung von Praxisbeispielen, Modellprojekten, wissenschaftlicher Befunde), Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation (z.B. Sensibilisierung der Entscheidungsträger in den Ländern und Kommunen zum weiteren Aufbau Früher Hilfen) und Entwicklung und Transfer (Unterstützung der staatlichen und nicht staatlichen, fachübergreifenden Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Feld Früher Hilfen) (NZFH 2010).

¹⁴⁸ www.fruehehilfen.de

in stationären Einrichtungen. Angebote, die Einrichtungen bereithalten, sind z.B. Gruppen, in denen Kinder während Therapiesitzungen betreut werden können (als Beispiel für Angebote, die sich an die Kinder Suchtkranker richten). In stationären Sucht-Rehabilitationsbehandlungen gibt es für drogenkonsumierende Eltern Angebote familientherapeutischer Maßnahmen (als Beispiel für Angebote, die die Familie einbeziehen). Außerdem werden Seminare angeboten, die die Erziehungskompetenz der Eltern fördern (als Beispiel für Angebote, die an die Eltern gerichtet sind).

Behandlung und Betreuung von schwangeren Konsumentinnen

Das übergeordnete Ziel der Betreuung schwangerer Drogenkonsumentinnen ist, die Schwangerschaft so risikoarm wie möglich zu gestalten. Der Wunsch, das eigene Konsumverhalten so zu verändern, dass möglichst kein Schaden für das ungeborene Kind entsteht, ist bei schwangeren Drogenkonsumentinnen zumeist hoch. Bei schwangeren Konsumentinnen von Opiaten ist eine stabile Substitution am besten geeignet, Risiken, die von Beikonsum, Entzügen und Rückfällen ausgehen, zu vermindern (Siedentopf & Nagel 2005). Die deutschen Behandlungsleitlinien zu opioidbezogenen Störungen¹⁴⁹ stimmen mit den Leitlinien der WHO¹⁵⁰ hinsichtlich der Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung Schwangerer überein. Methadon gilt als geeignetes Substitutionsmittel. Möglich ist in Deutschland auch die Behandlung mit Levomethadon und Buprenorphin¹⁵¹. Für die Substitutionsbehandlung ist in Deutschland seit 2009 auch die Behandlung mit Diamorphin möglich, strikte Zugangskriterien beschränken diese Behandlungsform aber auf die Gruppe der „Schwerstabhängigen“. Unter Berücksichtigung dieser Zugangsbeschränkungen könnten Schwangere, die ansonsten die Voraussetzungen einer Behandlung mit Diamorphin erfüllen, auch mit diesem Substitutionsmittel in den zugelassenen Einrichtungen behandelt werden. Neben der suchtmmedizinischen Behandlung ist die psychosoziale und geburtshilfliche Betreuung wichtig. Die Feststellung somatischer und psychischer Erkrankungen sowie Aufklärung u.a. über (Infektions-)Risiken, außerdem die regelmäßige Vorsorge und darüber hinaus Abklärung von Infektionen, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlbildungen und Wachstumsstörungen sollte im Rahmen der medizinischen und geburtshilflichen Betreuung stattfinden. Im Rahmen psychosozialer Betreuung sollte festgestellt werden, welche Einflussfaktoren, die während der Schwangerschaft eine Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes haben, zu erwarten sind (Siedentopf & Nagel 2005; fdr 2009).

12.3.2 Angebote: Beispiele der Behandlungs- und Beratungspraxis und Projekte

Es ist kaum möglich, einen gesamten Überblick über die Angebote in Deutschland darzustellen, da es kein System gibt, welches Umfang, Art und Qualität der Angebote erfasst. Die existierenden Angebote auf lokaler oder regionaler Ebene sind teils sehr

¹⁴⁹ vgl. die Deutschen Behandlungsleitlinien „Opioidbezogene Störungen. Postakutbehandlung.“ (Havemann-Reinicke et al. 2006).

¹⁵⁰ vgl. Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2009).

¹⁵¹ Derzeit werden die AWMF-Leitlinien zur Behandlung bei Störungen durch Opiode überarbeitet (vgl. REITOX-Bericht 2010, Kapitel 11). In der Vorgängerversion befinden sich keine Aussagen bezüglich Diamorphin, da es als Substitutionsmittel noch nicht zugelassen war.

spezifische Angebote von Einrichtungen und Initiativen. In der Deutschen Suchthilfestatistik wurde zuletzt für das Jahr 1999 dokumentiert, dass 11% der ambulanten Einrichtungen irgendein Angebot für Kinder von Suchtkranken bereithielt. Welcher Art diese Angebote waren, ist nicht weiter beschrieben (Türk & Welsch 2000). Über Angebote außerhalb des Suchthilfesystems liegen keinerlei systematisch erfasste Daten vor. Bezüglich der Entwicklung von Standards und Qualitätsmerkmalen für die Arbeit mit drogenabhängigen Schwangeren und Müttern und den Bedarf an Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte sieht Tödte (2010) Handlungsbedarf, ebenso wie in der Etablierung von Netzwerken der medizinischen Versorgung, der Drogen- und der Jugendhilfe.

In den folgenden Abschnitten werden einige existierende Angebote vorgestellt, die teilweise schon seit vielen Jahren Erfahrung mit der Arbeit drogenkonsumierender Schwangerer und Mütter vorweisen.

Infektionsambulanz Berlin und WIGWAM aufsuchende Sozialarbeit

Ein Beispiel für interdisziplinäre Kooperationen aus der Behandlungspraxis ist die Arbeit der Infektionsambulanz der Klinik für Geburtsmedizin des Universitätsklinikum Charité Berlin. Bereits seit 1987 werden in einem interdisziplinären Team suchtmittelabhängige, Suchtmittel konsumierende und substituierte Schwangere in einer regelmäßigen Suchtsprechstunde beraten. Zu dem Betreuungskonzept gehört die geburtsmedizinische, neonatologische, suchtmittelmedizinische, infektologische und psychosoziale Betreuung. Den Patientinnen aus der Sprechstunde werden umfassende Angebote gemacht, z.B. gehört auch eine etwaige stationäre Behandlung des Neugeborenen-Entzugssyndromes dazu¹⁵². Die Institutsambulanz arbeitet mit „WIGWAM Connect - kompetente Begleitung in der Schwangerschaft und frühen Elternzeit“ zusammen¹⁵³. Schwangere Patientinnen der Geburtsklinik, die Drogen konsumieren, werden durch WIGWAM Connect sozialarbeiterisch betreut und begleitet. Die Arbeit umfasst z.B. Vermittlung zu Stellen der Substitutionsbehandlung und Psychosozialen Betreuung, Hausbesuche und Einschätzung der Lebensumstände und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern in Berlin zur Optimierung der Angebote durch die Jugendhilfe. Andererseits kooperiert WIGWAM mit Berliner Suchthilfeeinrichtungen und stellt den Kontakt zur Infektionsambulanz her, so dass schwangere Klientinnen die medizinische Versorgung der Klinik für Geburtsmedizin in Anspruch nehmen können.

Bella Donna, Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen

Bereits seit 1992 ist das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft bei drogenabhängigen Frauen konzeptionell in die Arbeit der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen „Bella Donna“ in Essen integriert. Die Beratungsstelle bietet für substituierte/drogenabhängige Mütter und ihre Kinder das Trainingsprogramm MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training) an. Das Training beinhaltet Unterstützung, Anregung und praktische Hilfen für den

¹⁵² <http://geburtsmedizin.charite.de/schwangere/sprechstunden/spezialsprechstunden/suchtsprechstunde/>

¹⁵³ <http://www.vistaberlin.de/index.php?id=58>

Erziehungsalltag, Informationen zu den körperlichen und psychischen Entwicklungsstadien der Kinder und deren Grundbedürfnissen. Während die Mütter in Gruppensitzungen an dem Kurs teilnehmen, wird eine Kinderbetreuung angeboten¹⁵⁴.

Beratungsangebot „Liliput – Mutter + Kind“

„Liliput – Mutter + Kind“ ist ein Angebot von Lilith e.V.¹⁵⁵, einem gemeinnützigen Träger verschiedener sozialer Einrichtungen in Nürnberg. Im Rahmen von „Liliput – Mutter + Kind“ werden z.B. Einzelberatungen für Mütter und Kinder angeboten, Gruppensitzungen, Kinderbetreuung, Freizeitangebote für Mütter und Kinder, Müttersprechstunden und die Vermittlung in Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Der Träger Lilith richtet sich in seiner Arbeit ausschließlich an Frauen, die illegale Drogen konsumieren oder konsumiert haben, sowie deren Kinder und Angehörige. Liliput ist Teil der Angebote des Vereins Lilith, der zielgruppenspezifisch unter anderem auch ambulante Beratungsangebote, aufsuchende Arbeit, Streetwork und Krisenintervention anbietet.

Das „Eltern-Kind-Haus“ der Fachklinik Böddiger Berg

Die Fachklinik Böddiger Berg¹⁵⁶ hält ein zielgruppenspezifisches Angebot für drogenkonsumierende Eltern bereit. Dort besteht die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation in einem eigens für die Zielgruppe eingerichteten Behandlungsbereich. Das „Eltern-Kind-Haus“ ist ein spezielles Angebot an suchtmittelabhängige oder -gefährdete Mütter und Väter, aber auch Schwangere bzw. werdende Eltern. Sie können während ihrer Behandlung mit ihren Kindern gemeinsam unter einem Dach leben und erhalten Rat und Hilfe in Erziehungsfragen sowie Unterstützung in der Organisation des Familienalltags. Im Vorfeld findet ein Info-Gespräch in der Einrichtung statt. Eine Aufnahme ist möglich, wenn sowohl für die Eltern (durch die Rentenversicherung oder Krankenkasse) als auch für die Kinder (durch das zuständige Jugendamt) eine Kostenzusage vorliegt.

Regenbogen – Eltern-Kind-Nachsorge in der Wohngemeinschaft

Ein Angebot der stationären Nachsorge nach erfolgreicher Rehabilitation junger Mütter bzw. auch Familien ist die Nachsorgewohngemeinschaft „Regenbogen“¹⁵⁷ in Kassel. Die Einrichtung für suchtmittelabhängige Eltern ab 18 Jahren, die abstinent leben wollen, bietet den Eltern mit ihren Kindern an, ihr Eltern-Sein zu gestalten und sich und ihren Kindern eine eigene Existenz aufzubauen. Die Nachsorge umfasst die weiterführende Betreuung und Beratung nach einer ambulanten oder stationären Therapie.

FachAmbulanz Kiel – HiKiDra

Die FachAmbulanz Kiel widmet sich dem Thema „Eltern und Kinder“ und hält mit dem Projekt „Hi-Ki-Dra – Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen“ ein erweitertes

¹⁵⁴ www.belladonna-essen.de/index.htm

¹⁵⁵ www.lilith-ev.de

¹⁵⁶ www.drogenhilfe.com/boeddiger_berg

¹⁵⁷ www.drogenhilfe.com/regenbogen

Beratungsangebot für drogenabhängige Eltern und deren Kinder bereit. Seit Juli 2010 hält die HiKiDra Kinderberatungsstelle eigene Räumlichkeiten bereit, die Arbeitsschwerpunkte umfassen Sozialberatung für Eltern, Erziehungs- und Mütterunterstützungskurse in unterschiedlichen Altersgruppen, Schwangerschaftsberatung, Gruppen für Kinder und Jugendliche mit suchtabhängigen Elternteilen, Familienfreizeiten und Ferienprogramm sowie Netzwerk- und Lobbyarbeit, Fachberatungen und Fortbildungen.¹⁵⁸

Weiterhin verfasste die FachAmbulanz Kiel im Jahr 2005 einen Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel (Schleswig Holstein). Der „Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel: HiKiDra - Hilfen für Kinder Drogenabhängiger“ hat das Ziel, die Problematik der Kinder drogenabhängiger Eltern aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, um alle mit den Kindern drogenabhängiger Eltern in Berührung stehenden bzw. arbeitenden Personen/Einrichtungen/Institutionen über die Problematik zu informieren. In dem Leitfaden werden die erforderlichen Hilfen für Kinder Drogenabhängiger beschrieben und nach Art des zuständigen Dienstes kategorisiert. Weiterhin gibt der Leitfaden Hinweise für Erkennung von Problemen, Risikobeurteilung und in Rechtsfragen, beispielsweise Rechtsansprüche der Eltern aber auch Rechtsgrundlagen für Hilfeleistungen nach den Sozialgesetzbüchern und zu Fragen der Finanzierung. (FachAmbulanz Kiel, 2005).

Projekte

Bei den hier vorgestellten Projekten handelt es sich teilweise um Bundesmodellprojekte und teilweise um regional und kommunal geförderte Vorhaben. Zum Beispiel wurde in Baden-Württemberg bereits in den Jahren 2002 bis 2006 das Programm „Suchtprävention mit Kindern von suchtkranken Eltern“, gefördert durch die „Stiftung Kinderland“, umgesetzt. Es wurden 23 Modellprojekte im Land gefördert, in deren Rahmen Kinder in therapeutisch betreuten Gruppen positive Verhaltensmodelle erlernten und Selbstsicherheit, Beziehungs- und Entscheidungsfähigkeit entwickelten. Daran ansetzend wurde das Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ aufgelegt, welches derzeit 16 Projekte im Land fördert.

Arenz-Greiving und Kober (2007) untersuchten in einem Review die „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“, indem sie die Konzeption, Dokumentation und Evaluation von 35 Projekten und Initiativen zu dem genannten Thema analysierten¹⁵⁹. Bestandteil der Untersuchung waren unter anderem Fragen nach der Art der Angebote und Stützmaßnahmen in den Projekten. Speziell hinsichtlich des Aspektes, der suchtmittelkonsumierende Eltern betrifft, wurde untersucht, welche Zugangswege zu den abhängigen Eltern sich bewährt haben und wie die Eltern in die Arbeit mit den Kindern einbezogen wurden. Die Autoren identifizieren als wesentliches konzeptionelles Element der Arbeit mit suchtblasteten Familien den Ansatz der systemisch familienorientierten Arbeit. Etwa drei Viertel der von den Autoren analysierten Projekte verfolgen einen

¹⁵⁸ <http://fachambulanz-kiel.de/index.php/2010/projekt-eltern-kind-hikidra/>

¹⁵⁹ Eine Liste mit den Projekten, die in dem Review untersucht wurden, findet sich bei Arenz-Greiving und Kober (2007) auf Seite 63ff.

familienorientierten Ansatz. Weitere Elemente, die die Autoren nennen, sind Gruppenangebote und Elternangebote (z.B. offene Treffs, Elterngruppen, Einzelberatung, Fallberatung, Wochenendseminare, Krisenintervention und Elterntraining), außerdem Öffentlichkeitsarbeit (hierbei geht es vor allem um die Kenntnis von Angeboten bei Betroffenen sowie bei den Fachkräften), Administration (Planung von Ressourcen) und Angebote im Rahmen von Sucht-Selbsthilfe (z.B. Angebote für Kinder, während die Eltern an Gruppentreffen teilnehmen oder Familienseminare für betroffene Eltern und deren Kinder). Hinsichtlich der Zugangswege der Eltern zu den unterschiedlichen Angeboten weisen die Autoren darauf hin, dass die Kontaktaufnahme für betroffene Eltern selbst oft eine hohe Schwelle darstellt. Schuld- und Schamgefühle bezüglich des eigenen Verhaltens, aber auch Ängste vor Entziehung des Kindes sind Hindernisse für die Eigeninitiative der Eltern zur Kontaktaufnahme. Aufsuchende Arbeit (aktives Zugehen, Hausbesuche oder Präsenz in niedrigschwelligen Einrichtungen) und die Vermittlung durch andere Akteure im Hilfesystem werden als Strategien, um drogenkonsumierende Eltern zu erreichen, genannt (Arenz-Greiving & Kober 2007).

Projekte: Beispiele auf lokaler, regionaler und Bundesebene

Das Projekt „Kidkit“¹⁶⁰ ist ein niedrigschwelliges, internetbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zentraler Bestandteil des Projektes ist die Internetseite. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt des Vereins KOALA e.V. (Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.), der Drogenhilfe Köln e.V. und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln. Ziel des Projektes ist, Kindern und Jugendlichen, die in dysfunktionalen Familien aufwachsen und/oder familiäre Gewalt erleben, über das Internet zu den Themen „Sucht und Familie“ und „Gewalt und Familie“ altersgerecht zu Informieren. Eine kostenlose und anonyme Online-Beratung zu den Themen ist ebenfalls Bestandteil des Projekts. Die Internetseite wurde im Jahr 2002 im Rahmen des Projektes errichtet.

Das Bundesmodellprojekt „Trampolin“¹⁶¹ ist ebenfalls ein an Kinder aus suchtbelasteten Familien gerichtetes Angebot. Es zielt darauf ab, Kinder in ihrer positiven Selbstwahrnehmung und in ihren Problemlösefähigkeiten zu stärken. In Gruppenangeboten werden z.B. Stressbewältigungsstrategien vermittelt, das Thema „Sucht“ enttabuisiert und Aufklärungsarbeit über Drogen und Alkohol durchgeführt. Parallel werden Angebote für die Eltern bereitgehalten. Sie sollen für die Bedürfnisse der Kinder und die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder sensibilisiert werden, in ihren Fähigkeiten als Eltern gestärkt werden und motiviert werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Das Projekt wird von dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) wissenschaftlich begleitet und auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Das Projekt wird in Standorten in allen 16 Bundesländern durchgeführt.

¹⁶⁰ www.kidkit.de

¹⁶¹ www.projekt-trampolin.de

KiSEL¹⁶² (Kinder Suchtkranker Eltern) ist ein Projekt der Drogen- und Jugendberatungsstelle Arbeitskreis Rauschmittel e.V. Lörrach, das sich im Kern an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien richtet, aber auch Angebote für die Eltern selbst bereithält. Die Angebote für die Eltern umfassen Beratung bei Fragen bezüglich Erziehung, Schule oder Kindergarten. Außerdem sollen die Erziehungskompetenzen der Eltern gestärkt werden und Rückmeldung über die Entwicklung der Kinder erbracht werden.

Das Projekt Lichtblick der Integrative Drogenhilfe e.V.¹⁶³ aus Frankfurt ist ein ambulantes Beratungs- und Unterstützungsangebot für suchtmittelabhängige und substituierte Eltern. Die Arbeit von Lichtblick beruht auf der Erkenntnis, dass es im Interesse des Kindes ist, einen Sorgerechtszug nach Möglichkeit zu vermeiden. Nahziel von Lichtblick ist die Schadenminimierung, Fernziel die Herauslösung der Eltern aus der Drogenszene. Oberstes Ziel jedoch ist die gesunde körperliche und seelische Entwicklung der Kinder. Eltern werden dabei Gespräche zu Erziehungsfragen und anderen familiären Themen angeboten sowie praktische Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, wobei im Sinne von Empowerment die Eltern dazu angehalten werden, so viel wie möglich selbst zu erledigen.

Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere (KIDS)¹⁶⁴ wurde 2007 als gemeinsames Projekt des Jugendamtes der Stadt Kassel und der Drogenhilfe Nordhessen e.V. initiiert. KIDS hat das Ziel schwangere suchtmittelabhängige Frauen so früh wie möglich in der Schwangerschaft zu erreichen und auf der Grundlage einer engmaschigen passgenauen Hilfeplanung zwischen der werdenden Mutter, den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) und KIDS sowie einer intensiven Einzelbetreuung durch „KIDS“ die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine gemeinsame Lebensperspektive von Mutter und Kind notwendig sind. Auch die Stärkung der Erziehungsfähigkeit, Vermittlung in weiterführende Hilfen und Verhinderung vorgeburtlicher Schädigungen der Kinder sowie Prävention eigener süchtiger Lebensverläufe durch den Aufbau eines stabileren emotionalen und sozialen Umfeldes sind Bestandteile der Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Eltern.

Im Bundesland Thüringen setzt sabit e.V. im Raum Erfurt seit 2006 das Projekt „Jonathan – Ein Projekt zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien“¹⁶⁵ um. Bestandteile der Aktionen und Maßnahmen sind u.a. freizeitpädagogische Betreuungsangebote für Kinder mit mindestens einem suchtbelasteten Elternteil, aber auch Stabilisierung und Stärkung sozialer Kompetenzen sowie alters- und themenspezifische Aufklärung zur Suchtproblematik. Teilweise wird auch Elternarbeit angeboten, seit 2011 z.B. in Form eines festen Ansprechtages für Eltern, Kinder und Institutionen.

Zum Arbeitsauftrag des NZFH (vgl. 12.2.4) gehört die Förderung und Koordination der wissenschaftlichen Begleitung von Modellprojekten in allen Bundesländern. In diesen Modellprojekten werden Maßnahmen und Ansätze zur frühzeitigen Unterstützung hoch

¹⁶² www.kisel.de

¹⁶³ www.idh-frankfurt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=84

¹⁶⁴ www.drogenhilfe.com/case

¹⁶⁵ www.projekt-jonathan.de

belasteter Familien, wie z.B. die Kooperation und Vernetzung relevanter Akteure im Feld der Frühen Hilfen erprobt. Beispiele für Modellprojekte im Rahmen des NZFH, die einen direkten Bezug zur Thematik suchtbelasteter Familien haben, sind „Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt (Intervention)“ und „Familienhebammen im Landkreis Osnabrück (Intervention)“. Das Konzept der Familienhebammen bietet Unterstützung für hoch belastete Familien und senkt das Risiko, dass Säuglinge und Kleinkinder durch die eigenen Eltern geschädigt werden. Die Bereitschaft zur Annahme dieser Form der Frühen Hilfen ist hoch.¹⁶⁶

12.3.3 Netzwerke und Kooperationen

Kooperation von staatlichen und nicht staatlichen Akteuren

In der Arbeit mit suchtbelasteten Familien ist eine multiprofessionelle Begleitung der Familien erforderlich, um Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen anzubieten. Experten der Suchthilfe kommen in einem Positionspapier zu der Einschätzung, dass entsprechende Kooperationen noch aufgebaut, bzw. ausgebaut werden müssen (fdr 2009). Die Angebote gehen über die Aufgaben der Suchthilfe hinaus, weshalb als mögliche Partner für regionale Kooperationen u.a. genannt werden: Suchtberatungsstellen, AIDS-Hilfe, Ärzte verschiedener Fachrichtungen (z.B. Hausärzte, Psychiater, Kinderärzte, Gynäkologen), Hebammen, Jugendhilfe, Gesundheitsämter, sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Sozialämter, Erziehungsberatungsstellen, Gerichte und weitere Ämter. Wie in Kapitel 12.2 beschrieben sind Kooperationsstrukturen derzeit noch nicht durch eine verbindliche Gesetzesbasis geregelt, was durch das neue Bundeskinderschutzgesetz geschehen soll.

Kommunale Kooperationsvereinbarungen

Als Beispiel für die Kooperation verschiedener Akteure auf kommunaler Ebene kann die „Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen“¹⁶⁷ angeführt werden. In der Vereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken wurden im Jahr 2002 die gemeinsamen Ziele definiert, drogenkonsumierende/substituierte Mütter/Väter/Eltern (auch werdende) und ihren Kindern dauerhaft ein gemeinsames Leben zu ermöglichen und eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation mit den Vertragspartnern der drei Bereiche festzulegen. Ein konkretes Beispiel der Zusammenarbeit aus der Vereinbarung ist die „HelferInnenkonferenz“. Je nach Einzelfall beteiligen sich Fachkräfte aus den Hilfebereichen und die Betroffenen selbst regelmäßig zur Abklärung der Situation und Bedarfe sowie Hilfsangebote und Zielsetzungen¹⁶⁸.

Die institutionsübergreifende Kooperationsvereinbarung in Essen war die erste dieser Art in Deutschland, inzwischen existieren vergleichbare Vereinbarungen auf kommunaler Ebene in einer Vielzahl deutscher Städte. So existieren z.B. in Mecklenburg-Vorpommern mittlerweile

¹⁶⁶ www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/

¹⁶⁷ www.nacoa.de/images/stories/pdfs/kooperationsvereinbarung%20essen.pdf

¹⁶⁸ http://essen.de/de/Rathaus/Aemter/Ordner_50/Sucht/Sucht_Startseite_Abhaengigkeit_und_Sucht.html

drei funktionierende Netzwerke für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Rostock, Greifswald und Wolgast. Die Koordination liegt bei der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern¹⁶⁹.

In Hamburg existieren zwei Rahmenvereinbarungen zur Kooperation („Schwangerschaft – Kind – Sucht“ und „Familie – Kind – Sucht“), deren Unterzeichner die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Institutionen unterstreichen. Aus den Bereichen der medizinischen Versorgung, Jugendhilfe und Suchthilfe bzw. der Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD) und der Suchthilfe einigen sich die Akteure gemeinsam auf Standards in der Unterstützung von Betroffenen durch die jeweiligen Berufsgruppen und ihre Zuständigkeiten. Auch Standards für die Kooperation z.B. hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu zuständigen Stellen, fachlicher Austausch und Austausch von Informationen, eventuelle Entbindungen von Schweigepflichten und führen von fallbezogenen Kooperationspartnerlisten sind Bestandteile der Rahmenvereinbarungen (BSG 2008; BSG 2010).

Kooperationsstrukturen im Bereich der Frühen Hilfen

Zu Kooperationsformen im Bereich der Frühen Hilfen (vgl. Kapitel 12.2) wurde eine bundesweite Bestandsaufnahme durch das Deutsche Institut für Urbanistik durchgeführt. Die Kooperationsstrukturen umfassen inzwischen etwa 50% aller Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland (Landua et al. 2009). Insbesondere unter Jugendämtern ist die Zahl der Ämter mit eigenen Aktivitäten im Bereich der Frühen Hilfen hoch, und die Vernetzung mit anderen Professionen stark ausgebaut. Insgesamt liegen die Schwerpunkte der Frühen Hilfen wie beschrieben auf der Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern, aber im Bereich mit der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen spielt auch die Vernetzung mit Drogenberatungsstellen eine Rolle (Landua et al. 2009).

Unterstützt werden Netzwerke teilweise auch auf Länderebene. Z.B. werden in Baden-Württemberg Landesmittel zur Verfügung gestellt und 18 Stadt- und Landkreise durchlaufen aktuell das Programm „Gütesiegel Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“. Die Kreise erhalten fachliche Unterstützung beim Auf- und Ausbau einer Struktur für eine verbesserte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen und für verbesserte Angebote der Frühen Hilfen.

12.3.4 Verbände und Vereine

Im Folgenden werden einige Beispiele für Netzwerke, Verbände und Vereine angeführt, die als Akteure im Themenfeld „suchtbelastete Familien“ aktiv sind. Sie führen Projekte durch, betreiben Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, dienen der Vernetzung von Einrichtungen und Fachleuten oder fungieren als Interessensvertretung. Insbesondere an dieser Stelle kann eine Trennung nach „illegalen“ und „legalen“ Suchtmitteln im Zusammenhang mit suchtbelasteten Familien schwerlich vorgenommen werden.

¹⁶⁹ http://smv.de/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=31

„NACOA Deutschland - Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.“¹⁷⁰ ist eine offizielle Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (NACOA). NACOA vertritt die Interessen von Kindern, die in ihren Familien von Alkoholismus oder anderen Arten von Suchterkrankungen betroffen sind. Wesentliche Aufgaben sieht NACOA in der Information der Öffentlichkeit und einer Enttabuisierung des Themas „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Übergeordnetes Ziel ist es, die Chancen für Kinder suchtkranker Eltern zu erhöhen, Hilfe zu erhalten, die ihre Lebenssituation verbessert. Der Verein informiert auf seiner Internetseite über Hintergründe, Zahlen und Fakten aus Studien und Quellen Dritter sowie über Hilfsangebote. In zielgruppenorientierten Bereichen der Seite bietet NACOA Informationen für Mitarbeiter in Jugendämtern an, z.B. Handlungsempfehlungen für den Umgang mit suchtbelasteten Familien oder auch Beispiele für kommunale Kooperationsvereinbarungen der an der Arbeit mit suchtbelasteten Familien beteiligten Stellen.

Das „European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family (ENCARE)“¹⁷¹ vernetzt, informiert und unterstützt Fachleute, die mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Im Netzwerk werden hauptsächlich Projekte mit Bezug zur Thematik „alkoholbelastete Familien“ durchgeführt, die im Wesentlichen durch das Daphne-Programm der Generaldirektion Justiz (DG Justice) gefördert werden. Im Fokus stehen dabei z.B. Erhebungen über Gefährdungslagen der Kinder, innerfamiliäre Gewalt im Zusammenhang mit Alkohol oder Handlungsempfehlungen und Sammlungen guter Praxis der Schadensbegrenzung und Gesundheitsförderung.

12.3.5 Tagungen und Veranstaltungen

Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS), die AG Suchtprävention Potsdam und der AK Sucht/Erwachsene Potsdam führten am 13. Dezember 2010 gemeinsam eine Fachtagung zum Thema Kinder in suchtbelasteten Familien durch. Die Fachvorträge behandelten Fragen der Begleitung suchtkranker Familien und Vernetzung der Jugendhilfe und Suchthilfe sowie einer Vorstellung des bundesweiten Projektes „Trampolin“. Die Workshops behandelten Fragen der Vernetzung und Kooperation von Akteuren und Einrichtungen in Potsdam und Brandenburg, die mit suchtbelasteten Familien zusammenarbeiten.¹⁷²

Vom 13. bis 19. Februar 2011 fand die „Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien“ statt. Die drei Vereine "Kunst gegen Sucht" (Düsseldorf), "NACOA Deutschland" (Berlin) und "Such(t)- und Wendepunkt" (Hamburg) sind die Initiatoren der Aktionswoche. Sie fand zeitgleich wie die „Children of Alcoholics Week (COA Week)“ in den USA und Großbritannien statt und wird jährlich durchgeführt. Das Ziel der Aktionswoche ist, die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Medien auf die Situation von bis 2,65 Mio. Kindern zu lenken, die in Deutschland in suchtbelasteten Familien aufwachsen. Bundesweit wurden Veranstaltungen und Aktionen

¹⁷⁰ www.nacoa.de

¹⁷¹ www.encare.de

¹⁷² <http://www.spf.chillout-pdm.de/content/view/396/233/>

von Einrichtungen, Verbänden und Initiativen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen durchgeführt. Dabei wurden sehr unterschiedliche Aktivitäten durchgeführt, z.B. Fachtagungen, Informationsabende, Fortbildungsseminare oder Theater- und Filmvorführungen.¹⁷³

Die Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg führte am 23. Mai 2011 ihre 31. Landestagung unter dem Thema „Vater-Mutter-Kind – Familienorientierung in der Suchthilfe“ durch. In Fachvorträgen wurden Ausmaß suchbelasteter Familien in Deutschland und Folgen von Suchtproblemen in Familien für Betroffene und Angehörige referiert sowie auf Lösungswege und konkrete Hilfsangebote hingewiesen. Der hohen Zahl der betroffenen Kinder kommt derzeit noch zu wenig Aufmerksamkeit in Einrichtungen der Suchthilfe zu. Andererseits sind insbesondere viele Kinder aus Familien gefährdet, deren Alkoholmissbrauchende/-abhängige Väter/Mütter/Eltern derzeit gar nicht durch das Suchthilfesystem erreicht werden, weshalb die Notwendigkeit der Familien- und Angehörigenarbeit hervorgehoben wurde. Weiterhin bot die Tagung einer Reihe von Projekten und Einrichtungen die Möglichkeit, ihre Arbeit und Methoden im Umgang mit suchbelasteten Familien vorzustellen.¹⁷⁴

Am 9. September 2011 führte das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) eine Fachtagung zum Thema „„Wenn Eltern süchtig sind ... Hilfen für Kinder aus suchbelasteten Familien“ durch.¹⁷⁵ Die Tagung thematisierte die erhöhte Gefahr für Kinder aus suchbelasteten Familien, später selbst eine Suchterkrankung oder eine andere psychische Störung zu entwickeln. Experten aus der Wissenschaft und Praxis diskutierten Ursachen der problematischen Entwicklung betroffener Kinder, die sowohl genetische Faktoren als auch inner-familiäre Stressoren umfassen. Die problematische Lebensumwelt der Kinder wurde ebenfalls thematisiert. Mit der Fachkonferenz machte das DZSKJ auf die verschiedenen Problematiken von Kindern aus suchbelasteten Familien aufmerksam, und gab einen Überblick über die verschiedenen Aspekte des Themas.

¹⁷³ www.coa-aktionswoche.de/

¹⁷⁴ www.suchtfragen.de/landestagung/beitraege.html

¹⁷⁵ www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php

TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

13 Bibliographie

13.1 Literatur zum Bericht

- Aebi, M. & Delgrande, N. (2011). Council of Europe Annual Penal Statistics - SPACE I. Survey 2009. Council of Europe, Strasbourg.
- aerzteblatt.de (2010a). BKA identifiziert 100 illegale Internet-Seiten zu Arzneimittelhandel [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=43089> [letzter Zugriff: 18-08-2011a].
- aerzteblatt.de (2010b). Ecstasy: Drogenbeauftragte warnt vor schweren Gesundheitsschäden [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=43466>
- Agence France-Press (AFP) (2010). Sozialgericht stärkt drogenabhängige Häftlinge. Therapie-Träger muss zur vorzeitigen Haftentlassung beitragen [online]. Verfügbar unter: <http://www.123recht.net/article.asp?a=79796&ccheck=1> [letzter Zugriff: 06-07-2011].
- akzept e.V. (2010). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin. akzept e.V., Berlin.
- akzept e.V. (2011). Jahresbericht akzept e.V. für 2010. akzept e.V., Berlin.
- Ammelung, M., Peiler, S., Schaefer, A. & Winand, G. (2011). bonner event sprinter. Das mobile Angebot der Suchtprävention. Jahresbericht 2010, Bonn.
- Apelt, S. M. (2010). Bundesdeutsche multizentrische Beobachtungsstudie zur Substitutionstherapie mit Dosierautomaten in der Versorgung opioidabhängiger Patienten bei 28 Einrichtungen. Eine Analyse der Dokumentationsdaten mit besonderem Fokus auf die Dosierung der Substitutionsmedikamente über 24 Monate von Januar 2008 bis Dezember 2009. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (5) 243-253.
- Apelt, S. M., Nowak, M., Muthwill, M., Sandow, P., Hummel, A., & Backmund, M. (2010). SUPPORT-Studie - Die HCV-Therapie bei opioidabhängigen, substituierten Patienten in Deutschland. Gibt es Prädiktoren für eine hohe Haltequote in der HCV-Therapie? Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 164-165.
- Arenz-Greiving, I. and Kober, M. (2007). Metastudie Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern [online]. Verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Kinder_suchtbelasteter_Familien_070531_Drogenbeauftragte.pdf [letzter Zugriff: 16-08-2011].
- Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.

- Backmund, M., Laux, C., Arnhold, C., & Kotter, G. (2010). Benzodiazepinabhängigkeit und Opioidabhängigkeit. Aus Sicht der Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (6) 283-285.
- Badische Zeitung (2011). Nur drei Ambulanzen. Freiburg ohne Therapieangebot für Schwerstheroinabhängige [online]. Verfügbar unter: <http://www.badische-zeitung.de/suedwest-1/nur-drei-ambulanzen--41554029.html> [letzter Zugriff: 10-03-2011].
- Baumgärtner, T. (2010). Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Bäwert, A., Metz, V., & Fischer, G. (2010). Substanzabhängigkeit vom Opioidtyp - Behandlung mit oralen retardierten Morphinen. Suchttherapie 11 (3) 121-128.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (2010). Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (6) 306-308.
- Bayerische Landesärztekammer 9.3.2011. Presseinformation. Kommission zur Substitutionsberatung.
- Beck, A. (2010). Fahrtauglichkeit opiatabhängiger Patienten unter Substitution mit L-Polamidon und Methadon (HCL). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 133.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) (2008). Schwangerschaft - Kind - Sucht. Rahmenvereinbarung zur Kooperation. Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr, Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) (2010). Familie - Kind - Sucht. Kooperationsvereinbarung. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg, Hamburg.
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorder in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug and Alcohol Dependence 99 (1-3) 68-78.
- Bensieck, I. & Schmidt, A. (2011). Bundesmodellprojekt Prev@WORK. Suchtprävention in der Berufsausbildung systematisch verankert. Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, pad e.V., Berlin.
- Berliner AIDS-Hilfe e.V. (2011). Spritzentausch [online]. Verfügbar unter: <http://www.berlin-aidshilfe.de/aufklaerung-beratung/spritzentausch.html> [letzter Zugriff: 25-07-2011].
- Bevot, A. & Krägeloh-Mann, I. (1999). Wirkung von mütterlichem Alkohol- und Drogenkonsum in der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Kindes. Sucht 45 (5) 302-305.
- Bischof, G. (2010). Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen. Suchttherapie 11 (4) 158-165.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2010). Analgetika. In: Arzneimittelreport 2010, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 253. Springer Verlag, Heidelberg.
- Böhme, I., Englert, I., & Holzbach, R. (2010). Suchtkranke Migranten aus dem russischen Sprachraum. Besonderheiten bei der stationären Behandlung. Konturen 2010 (5) 20-25.

- Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2006). Cannabisbezogene Störungen. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 143-170. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.
- Bösing, S. & Kliche, T. (2009). Das Bundesmodellprojekt SKOLL. Ein Selbstkontrolltraining für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen. Konturen 2009 (4) 14-17.
- Bremische Bürgerschaft (2006). Mitteilung des Senats vom 19. September 2006. Methadon - Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung. Bremische Bürgerschaft, Bremen.
- Buchholz, A., Broekman, T., & Schippers, G. (2011). Anwendungen der ICF in der Suchthilfe am Beispiel des MATE-ICN. Suchttherapie 12 (1) 14-19.
- Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs.Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19.Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2011). Pressemitteilung 02/11. Methylphenidat auch für Erwachsene: BfArM erweitert Zulassung [online]. Verfügbar unter: <http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Presse/mitteil2011/pm02-2011.html?nn=1013290> [letzter Zugriff: 17-08-2011].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2011a). Rauschgift. Jahreskurzlage 2010. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2011b). Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2010 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011). Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung [online]. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/aktionsplan-schutz-von-kindern-deutsch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [letzter Zugriff 05-10-2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011). Pressemitteilung Nr. 24, 17.05.2011. 25. Betäubungsmitteländerungsverordnung (BtMÄndV) im Bundesgesetzblatt veröffentlicht [online]. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2011/2011_2/11-05-17-24_PM_25_BtMAEndV.pdf [letzter Zugriff: 17-08-2011].

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 1 [online]. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/> [letzter Zugriff: 16-08-2011].
- Bundesministerium des Inneren (BMI) (2011). Polizeiliche Kriminalstatistik 2010. Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. BMI, Berlin.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatoren Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2011). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2011, Bonn.
- Bundesrat (2011a). Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG). Drucksache 202/11, 15.04.11 [online]. Verfügbar unter: http://www.bundesrat.de/cln_171/SharedDocs/Drucksachen/2011/0201-300/202-11_templateld=raw,property=publicationFile.pdf/202-11.pdf [letzter Zugriff: 16-08-2011a].
- Bundesrat (2011b). Stellungnahme des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG). Drucksache 202/11, 27.05.11 [online]. Verfügbar unter: [http://www.bundesrat.de/cln_171/SharedDocs/Drucksachen/2011/0201-300/202-11_28B_29_templateld=raw,property=publicationFile.pdf/202-11\(B\).pdf](http://www.bundesrat.de/cln_171/SharedDocs/Drucksachen/2011/0201-300/202-11_28B_29_templateld=raw,property=publicationFile.pdf/202-11(B).pdf) [letzter Zugriff: 16-08-2011b].
- Bundestag (2011). Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG). Drucksache 17/6256. 22.06.2011 [online] Verfügbar unter: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a13/anhoerungen/Kinderschutzgesetz/Gesetzesentwurf_und_Antrag/1_17_6256.pdf [letzter Zugriff 05-10-2011].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Caritas Suchthilfe, Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr), & Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (GVS) (2010). Drogen-Rehabilitation. Das System der Drogen-Reha gerät massiv unter Druck. Konturen 2010 (6) 33-35.
- Bundesverfassungsgericht (2004). 1 BvR 2652/03 vom 21.12.2004, Absatz-Nr. (1 - 34) [online]. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html [letzter Zugriff: 08-08-2008].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011a). Abschlussbericht "rauchfrei"-Beach Club Tour 2010. (unveröffentlicht). Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu den Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011c). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011d). Infodienst. Migration und öffentliche Gesundheit. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011e). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Frischmann GmbH & Co. KG, Amberg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011f). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Bürkle, S., Koch, A., Leune, J., Weissinger, V., & Wessel, T. (2010). Krankenversicherungsschutz nach der Haft. Beim Übergang in die medizinische Rehabilitation stehen viele Haftentlassene ohne KV-Schutz da. Konturen 2010 (6) 23-27.
- Canadian Harm Reduction (2010). Warnung vor mit Levamisole verunreinigtem Kokain. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (6) 291.
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Transkulturelle Psychiatrie, Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.). Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Dau, W., Schmidt, A., Schmidt, A. F., Krug, T., Läßle, S. E., & Banger, M. (2011). Fünf Minuten täglich: Kompass - eine stationäre Kurzintervention für junge Cannabis-/Partydrogenpatienten nach dem "Bonner Modell - Junge Sucht". Sucht 57 (3) 203-214.
- Degkwitz, P. & Zurhold, H. (2010). Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen (HLS), Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Hamburg.

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2010). Pressemitteilung: Drogentod nach Haftentlassung [online]. Verfügbar unter: http://www.ahnw.de/newsletter/upload/01_NL_ahnw/2010/2010_10_27_NL_22/dah_pm_drogentod.pdf [letzter Zugriff: 06-07-2011].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008). Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Gummersbach.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2011). Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 23.06.2008. [online]. DHS, Hamm. Verfügbar unter: <http://www.dhs.de> [letzter Zugriff: 12-08-2009].
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS) (2001). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt - Thüringen der Bundesagentur für Arbeit & Regionaldirektion Sachsen der Bundesagentur für Arbeit (2010). Kooperationsvereinbarung "Erbringung von Leistungen für abhängigkeiterkrankte Menschen" zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland und den Regionaldirektionen Sachsen-Anhalt - Thüringen und Sachsen der Bundesagentur für Arbeit.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2008). Rehabilitation 2007. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 169. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2010a). Rehabilitation 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 174. DRV, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2010b). Rehabilitation 2009. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 179. DRV, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2011). Versicherte 2008/2009. Statistik der deutschen Rentenversicherung. Band 180. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2010). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über Maßnahmen auf dem Gebiet der Unfallverhütung im Straßenverkehr 2008 und 2009 (Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 2008/2009), Drucksache 17. Deutscher Bundestag.
- Deutscher Hanf Verband (DHV) (2010). Geographische Analyse der Streckmittelmeldungen [online]. Verfügbar unter: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/1382-geographische-analyse-der-streckmittelmeldungen> [letzter Zugriff: 16-08-2011].
- Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (DifU) im Auftrag der BZgA (Hrsg.) (2011). 5. Bundeswettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention". Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen: September 2010 bis Juni 2011. Dokumentation. DifU, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2011). Drogen- und Suchtbericht 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. und ergänzte Aufl. Huber, Bern.
- Dolde, G. (2002). Therapie in Untersuchungs- und Strafhaf. In: Suchtprobleme hinter Mauern, R. Gassmann (Hrsg.), S. 131-144. Lambertus, Freiburg.
- Dresen, S., Ferreirós, N., Pütz, M., Westphal, F., Zimmermann, R., & Auwärter, V. (2010). Monitoring of herbal mixtures potentially containing synthetic cannabinoids as psychoactive compounds. Journal of Mass Spectrometry 45 (10) 1186-1194.
- Dresen, S., Kneisel, S., Weinmann, W., Zimmermann, R., & Auwärter, V. (2011). Development and validation of a liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for the quantitation of synthetic cannabinoids of the aminoalkylindole type and methanandamide in serum and its application to forensic samples. Journal of Mass Spectrometry 46 (2) 163-171.
- Eckert, J. & Weilandt, C. (2008). Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts: "Infectious Diseases in German Prisons - Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff". Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD), Bonn.
- Eiroa-Orosa, F. J., Haasen, C., Verthein, U., Dilg, C., Schäfer, I., & Reimer, J. (2010a). Benzodiazepine use among patients in heroin vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 112 (3) 226-231.
- Eiroa-Orosa, F. J., Verthein, U., Kuhn, S., Lindemann, C., Karow, A., Haasen, C., & Reimer, J. (2010b). Implications of gender differences in heroin-assisted treatment: results from the German randomized controlled trial. The American Journal on Addictions 19 (4) 312-318.
- European Commission (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe [online]. Verfügbar unter: <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/126.htm> [letzter Zugriff: 22-07-2011].
- European Commission (2007). Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG). Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2006). Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland vom 20. November bis 2. Dezember 2005. Nichtamtliche Übersetzung aus dem Englischen. CPT, Straßburg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009a). Polydrug use: Patterns and responses. Selected Issue, Luxembourg.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009b). Preventing later substance use disorders in at risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic Papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). EMCDDA Manuals. Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges. EMCDDA, Lissabon.
- FachAmbulanz Kiel (2005). Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel: HiKiDra – Hilfen für Kinder Drogenabhängiger. [online] Verfügbar unter: http://www.fklnf.de/fileadmin/downloads/Sucht/Hilfeleitfaden_Kinder.pdf [letzter Zugriff 05-10-2011].
- Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) (2009). Positionspapier "Drogen - Schwangerschaft - Kind" [online]. Verfügbar unter: http://fdr-online.info/media/Texte/Positionspapier_D_S_K.pdf [letzter Zugriff: 16-08-2011].
- Fais, J. (2011). Gewalt in der niederschweligen Suchthilfe. Suchtmagazin 2011 (2) 42-46.
- Feron, J. T., Paulus, D., Tonglet, R., Lorant, V., & Pestiaux, D. (2005). Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. Journal of Epidemiology and Community Health 59 (8) 651-655.
- Fischer, M., Reimer, J., Schäfer, I., & Haasen, C. (2010). Zum Stand der Substitutionstherapie in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (4) 332-339.
- Flöter, S., Kufner, H. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland. Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen - Eine Bestandsaufnahme. Projektbericht. Institut für Therapieforchung, München.
- Flöter, S. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Analyse der Länderkurzberichte 2010/2011. DBDD, München.
- Frietsch, R., Holbach, D., & Link, S. (2010). „Relevanz der AML in der SKH. Leitlinien für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement“, in 50. DHS Fachkonferenz Sucht.
- Fuchs, W., Martens, M.-S., & Verthein, U. (2008). Opiatabhängige Eltern mit minderjährigen Kindern - Lebenssituation und Risikoindikatoren. Suchttherapie 9 (3) 130-135.
- Gardini, A., Poehlke, T., Reimer, J., Walcher, S., & Weber, B. (2010). Kulturelle und sprachliche Validierung des ODAS (EADO) Fragebogens - eines Instrumentes zur Beurteilung der Angemessenheit der Methadondosierung im Rahmen der Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Suchttherapie 11 (3) 138-145.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006; Nr. 48 (S. 1523), in Kraft getreten am 1. April 2006, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Dezember 2010, dieser geändert durch Beschluss vom 14. April 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 107 (S. 2555, 2557), in Kraft getreten am 21. Juli 2011. Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin.
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2011). Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land - Ein Zukunftskonzept. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden.

- Haasen, C., Verthein, U., Eiroa-Orosa, F. J., Schäfer, I., & Reimer, J. (2010). Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German Randomised Controlled Trial. European Addiction Research 16 (3) 124-130.
- Hämmig, R. (2010). Einleitung einer Substitutionsbehandlung mit Buprenorphin unter vorübergehender Überlappung mit Heroinkonsum: ein neuer Ansatz ("Berner Methode"). Suchttherapie 11 (3) 129-132.
- Havemann-Reinicke, U., Kufner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2006). Opioidbezogene Störungen. Postakutbehandlung. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 193-239. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Heckmann, W., Püschel, K., Schmoldt, A., Schneider, V., Schulz-Schaeffer, W., Söllner, R., Zenker, C., & Zenker, J. (1993). Drogennot- und -todesfälle - Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 28. Nomos, Baden-Baden.
- 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.
- Hermann, D. (2011). Wirkung von Cannabinoiden auf das Gehirn: Ein Überblick über MRI Befunde. Sucht 57 (3) 161-171.
- Hoch, E., Bühringer, G., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Pixa, A., Dittmer, K., Rühlmann, A., & Wittchen, H.-U. (2011). Untersuchungskonzept für die CANDIS-Studie zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen: Ein Beispiel translationaler Forschung. Sucht 57 (3) 183-192.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G., & Wittchen, H.-U. (2011). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS*). European Neuropsychopharmacology.
- Hoch, E. & Pixa, A. (2010). "Schnell runterkommen". Das CANDIS-Programm zur Behandlung von problematischem Cannabiskonsum und seinen Folgen. Konturen 2010 (3) 24-28.
- Holzbach, R. (2008). Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Sucht 54 (6) 362.
- Husmann, K. & Render, I. (2010). "Die suchtmmedizinische Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger", in Drogen und Haft.
- Ilse, J., Hartwig, Ch., & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (2) 122-128.
- Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen (2010). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Nachsorgeprojekts Chance - durchgeführt vom Projekt Chance e.V. mit Mitteln aus der Landesstiftung Baden-Württemberg GmbH. Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen, Heidelberg und Tübingen.

- Jugendberatung und Suchthilfe "Am Merianplatz" (2010). Kurzkonzept Casemanagement und Beratung für cannabiskonsumierende Schülerinnen und Schüler in Frankfurt am Main (CaBS), Frankfurt.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz 2011.
- Justizministerium Nordrhein-Westfalen (1992). AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, Düsseldorf.
- Justizministerium Nordrhein-Westfalen (2011). Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen, und dem Städtetag NRW, dem Landkreistag NRW, dem Städte- und Gemeindebund NRW sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen über Grundsätze für das Übergangsmanagement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener. Justizministerium Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (Hrsg.) (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Düsseldorf.
- Kagerer, S. (2010). Medizinisch-Psychologische Begutachtung (MPU) bei Alkohol- und Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 177-178.
- Kaiser, O. (2010). "Nachsorgeprojekt Chance - Übergangsmanagement im Netzwerk", in Drogen und Haft.
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. Drug and Alcohol Dependence 112 (3) 209-215.
- Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. BIS-Verlag, Oldenburg.
- Keppler, K., Fritsch, K. J., & Stöver, H. (2009). Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Gefängnismedizin, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 193-207. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B., & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (2/3) 233-244.
- Keppler, K., Knorr, B., & Stöver, H. (2011). Substitutionsbehandlung in Haft. In: Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung, I. Hönekopp & H. Stöver (Hrsg.), S. 79-97. Lambertus, Freiburg.
- Kipke, I. & Flöter, S. (2009). Cannabismärkte in Deutschland. Suchttherapie 10 (S1) S61.
- Kipke, I., Steppan, M., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Cannabisbezogene Störungen - Trends aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000-2009 (in press). Sucht.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.

- Klein, M. (2003). "Kinder suchtkranker Eltern - Fakten, Risiken, Lösungen", in DHS Fachtagung "Familiengeheimnisse - Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden".
- Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Roderer, Regensburg.
- Klein, M. (2006). Kinder im Kontext drogenbelasteter Familien. In: Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen, M. Klein (Hrsg.). Roderer, Regensburg.
- Klein, M. (2008). Kinder drogenabhängiger Eltern. In: Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Präventionen - Hilfen, M. Klein (Hrsg.). Schattauer, Stuttgart.
- Klein, M. (2010). Resilienzforschung und Prävention. Wie Kinder aus suchtblasteten Familien gestärkt werden können. Konturen 2010 (6) 8-11.
- Kneisel, S., Westphal, F., Rösner, P., Brecht, V., Ewald, A., Klein, B., Pütz, M., Thiemt, S., & Auwärter, V. (2011). Cannabinoidmimetika: Massenspektren und IR-ATR-Spektren neuer Verbindungen aus den Jahren 2009/2010. Toxichem Krimtech 78 (1) 23-35.
- Knorr, B. (2008). Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer. In: Substitution in Haft, H. Stöver (Hrsg.), S. 66-77. Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin.
- Knorr (Hrsg.) (2009). Substitution in Haft. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Knorr, B. (2011). Gesundheit und Prävention in Haft. In: Drogen - HIV/AIDS - Hepatitis. Ein Handbuch, D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), S. 207-223. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Körkel, J. (2011). Alkoholkonsum unter Drogenabhängigen. SuchtAktuell 18 (1) 42-51.
- Korsukéwitz, C. (2010). Integration oder Separation von Behandlungsangeboten: Perspektiven der Rentenversicherung. SuchtAktuell 17 (2) 29-33.
- Kötter, L. (2010). "Herausforderungen im Umgang mit Drogenkonsum in Haft aus Sicht des Bundeslandes Hessen", in Drogen und Haft.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1) S3-S86.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction 98 (4) 471-485.
- Kraus, L., Bauernfeind, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 56 (5) 315-326.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995 - 2009. Sucht 56 (5) 337-347.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Pabst, A. (2007). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. Sucht 54 (Sonderheft 1) 16-25.
- Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen, IFT-Berichte Bd. 165. IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Krauth, C., A'Walelu, O., Bisson, S., Gerken, U., Machleidt, W., Salman, R., & Walter, U. (2011). Kosteneffektivität von aktiven und passiven Zugangswegen zu russischsprachigen Migranten in der Suchtprävention. Prävention und Gesundheitsförderung 6 (2) 116-123.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges (2006). Drogenerfahrungen von Inhaftierten im niedersächsischen Justizvollzug. Ergebnisse einer Zugangs- und einer Stichtagsstudie. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Celle.
- Kröger, C., Klein, M., & Pauly, A. (2006). Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger substituierter Mütter. In: Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen, M. Klein (Hrsg.). Roderer, Regensburg.
- Kuepper, R., van Os, J., Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., & Henquet, C. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. BMJ 2011 (342) d738.
- Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Das Gesundheitswesen 70 (5) 305-314.
- Küfner, H., Rösner, S., Pfeiffer-Gerschel, T., & Casati, A. (2009). Missbrauch von Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (3) 106-114.
- Kulick, B. (2010). „Hilfe oder Drehtüre – § 35 aus Sicht der Leistungsträger“, in Drogen und Haft.
- Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen, M. Klein (Hrsg.), S. 441-449. Schattauer, Stuttgart.
- Laging, M. (2005). Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention, Hamburg.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5/6) 600-608.
- Landua, D., Arlt, M. & Sann, A. (2009). Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt "Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen". Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin.
- Langenbach, T., Spönlein, A., Overfeld, E., Wiltfang, G., Quecke, N., Scherbaum, N., Melchers, P., & Hebebrand, J. (2010). Axis I comorbidity in adolescent inpatients referred for treatment of substance use disorders. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health 4 (25).
- Liebrenz, M., Boesch, L., Stohler, R., & Cafilisch, C. (2010). Agonist substitution - a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? Addiction 105 (11) 1870-1874.
- Lindenmeyer, J. (2010). Die Indikationsentscheidung als Voraussetzung einer gezielten Behandlungssteuerung. SuchtAktuell 17 (2) 24-28.

- Lindow, B., Kranzmann, A., & Klosterhuis, H. (2011). Aktuelles zur Qualität der Sucht-Rehabilitation - wie groß sind die Einrichtungsunterschiede? SuchtAktuell 18 (1) 6-14.
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2008). Hypnotika und Sedativa. In: Arzneiverordnungs-Report 2008, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 605-618. Springer, Heidelberg.
- Manthe, K. & Vogt, G. (2011). Die Wirksamkeit von Safer-Use-Beratungen zur Risikominimierung beim intravenösen Drogenkonsum. INDRO e.V., Münster.
- Martens, M.-S., Verthein, U. & Degkwitz, P. (2003). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2001 der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V., Hamburg.
- Mayer, F., Meyer, K., & Backmund, M. (2010). Vergleich bekannter und Erfassung neuer Prädiktoren für das Outcome im qualifizierten stationären Drogenentzug opioidabhängiger Patientinnen und Patienten in Bezug auf die veränderte und expandierte Drogenhilfe in Deutschland. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 172-173.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 73-84. Thieme, Stuttgart.
- Michels, I., Stöver, H., Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [online]. Harm Reduction Journal 4 (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 28-08-2007].
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen.
- mudra e.V. (2011). "Notfalltraining für Drogen-Konsumenten", in BAS Fachtagung Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten.
- Müller, O., Werse, B. & Schell, C. (2011). MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2010. Centre for Drug Research - Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2010). Nationales Zentrum Frühe Hilfen. NZFH, Köln.
- Nessler, T. (2011). Psychotherapie unterstützt Suchtkranke beim Entzug. Pressemitteilung [online]. Verfügbar unter: <http://idw-online.de/en/news420925> [letzter Zugriff: 10-06-2011].
- Nickel, J., Ravens-Sieberer, U., Richter, M., & Settertobulte, W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), S. 63-92. Juventa, Weinheim.
- Niedersächsischer Landtag (2010). Drucksache 16/2755. Antwort auf eine Große Anfrage - Drucksache 16/2366. Niedersächsischer Landtag, Hannover.
- Oechsler, H., Neumann, E., Verthein, U. & Martens, M.-S. (2010). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2009 der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e.V., Hamburg.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the

- Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [online]. Verfügbar unter: <http://www2.ohchr.org/english/law/medicalethics.htm> [letzter Zugriff: 28-07-2011].
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2009. *Sucht* 56 (5) 327-336.
- Patzak, J. (2009). Bundesgerichtshof setzt die »nicht geringe Menge« von Metamfetamin von 30 Gramm Metamfetamin-Base auf 5 Gramm Metamfetamin-Base herab. *Sucht* 55 (1) 30-34.
- Patzak, J. (2011). Newsletter Betäubungsmittelrecht.info 1/2011 [online]. Verfügbar unter: http://betaeubungsmittelrecht.info/archiv/Newsletter_1_2011.pdf [letzter Zugriff: 17-08-2011].
- Patzak, J. & Bohnen, W. (2011). *Betäubungsmittelrecht*. C.H. Beck, München.
- Patzak, J. & Goldhausen, S. (2011). Die aktuellen Wirkstoffgehalte von Cannabis. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 2011 (2) 76.
- Penka, S., Heimann, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2008). Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *European Psychiatry* 23 (Supplement 1) 36-42.
- Perkonigg, A., Bühringer, G., Arnold, M., Böhm, M., Antoni, J., Gorgas, B., Hirtsiefer, F., Kronthaler, F., Küfner, H., Lubinski, A., Rieger, W., Sonntag, D., Tretter, F., Wiggerhauser, K., & Wittchen, H.-U. (2008a). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 10 (3) 151-163.
- Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2008b). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction* 103 (3) 439-449.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Erstbehandelte ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Erstbehandelte ohne Einmalkontakte*. IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011d). Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender Erstbehandelte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011e). Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011f). Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Erstbehandelte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Phan, O., Henderson, C. E., Angelidis, T., Weil, P., von Toom, M., Rigter, R., Soria, C., & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. BMC Psychiatry 2011 (11) 110.
- Piest, B., Kreis, E., Schmidt, S., & Bunke, P. (2011). Somatische, psychische Reaktionen und Beikonsumverhalten bei der Umstellung des Substitutionsmittels Buprenorphin auf die Kombination Buprenorphin/Naloxon. Suchttherapie 12 (1) 43-47.
- Piontek, D., Kraus, L., Legleye, S., & Bühringer, G. (2011). The validity of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. Addiction 106 (6) 1137-1145.
- Pöhlmann-Moore, T., Neukamm, M., & Krahl, W. (2010). Neue Drogen - Blaze, Krypton und Spice. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 163.
- Poth, C. (2011). "Aufgaben, Ressourcen und Möglichkeiten der externen Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten in Bayern", in BAS Fachtagung Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten.
- Rabbata, S. (2005). Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 / B-407 / C-377.
- Radun, D., Weilandt, C., Eckert, J., Schüttler, C. G., Weid, F. J., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2007). "Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany - Preliminary Results", in European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE).
- Rasenack, R. (2003). "Schwangerschaft und Sucht", in DHS Fachtagung "Familiengeheimnisse - Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden".
- Reber, B. & Wulf, R. (2009). Gesundheitsberichterstattung 2008 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 389-397.
- Reimer, J. (2011a) "Folgestudie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland". Hamburg.

- Reimer, J. (2011b). Folgestudie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland. Kurzfassung. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg.
- Reimer, J., Gansefort, D., Steinhagen, N., Wiebner, B., & Wedemeyer, H. (2010a). Finale Ergebnisse aus dem Kooperationsprojekt - SOLL und IST. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 139-141.
- Reimer, J., Gölz, J., Verthein, U., Gansefort, D., & Backmund, M. (2010b). Psychoedukation bei substituierten Patienten unter HCV-Therapie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 149.
- Reimer, J., Gölz, J., Verthein, U., Schulte, B., Gansefort, D. & Neumann, E. (2010c). Abschlussbericht PERMIT-Studie. Psychoeducation reaches HCV-infected methadone/buprenorphine substituted patients in standard antiviral treatment. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg.
- Reimer, J. & Stöver, H. (2008). "Suchttherapie und HCV/HIV-Infektionen in deutschen Justizvollzugsanstalten".
- Reissner, V., Kokkevi, A., Schifano, F., Room, R., Storbjörk, J., Stohler, R., Di Furia, L., Rehm, J., Geyer, M., Hölscher, F., & Scherbaum, N. (2011). Differences in drug consumption, comorbidity and health service use of opioid addicts across six European urban regions (TREAT-project). European Psychiatry Epub ahead of print 2011 Jan 31.
- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poelhke, T., & Wolstein, J. (2002). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. Sucht 48 (4) 245-264.
- Richter, M., Ottova, V. & Hurrelmann, K. (2008). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007a). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007b). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007 [online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_197444/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/PM_Kiggs_160507/Beitraege_Bundesgesundheitsblatt.html?nn=true [letzter Zugriff: 30-08-2009b].
- Robert Koch-Institut (RKI) (2010). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009. Datenstand: 01. März 2010, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010 aus dem Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin, 21. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011b). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B, C und D im Jahr 2010. Epidemiologisches Bulletin, 29. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011c). KOLIBRI. Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. Ergebnisbericht. Robert-Koch-Institut, Berlin.

- Ruhwinkel, B. (2009). Medikamente im Alter. Sucht Magazin 3 18-19.
- Rummel, C. & Kühne, B. (2010). "Bundesprojekt Eltern.aktiv. Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe", in 50. DHS Fachkonferenz Sucht.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. Sucht 57 (1) 45-48.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V (2011). Sucht 2010. Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Dresden.
- Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2008). Drogenabhängigkeit. In: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warnke (Hrsg.), S. 376-386. Thieme, Stuttgart.
- Sack, P. M. & Thomasius, R. (2009a). Besondere pathogenetische Aspekte. Familiäre Einflüsse. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 147-151. Schattauer, Stuttgart.
- Sack, P.-M., Seifert, K., Aden, A., Küstner, U. J., Feldmann, M., & Thomasius, R. (2011). Screening auf Substanz bezogene Störungen mit dem RAFFT bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sucht 57 (3) 173-181.
- Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2009b). Familiäre Einflüsse. In: Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.). Schattauer, Stuttgart.
- Salman, R. (2010). Kultursensible Prävention. Migration und interkulturelle Kommunikation in der Suchthilfe. Konturen 2010 (5) 8-14.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Z Gastroenterol 48 289-351.
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. & Wiessing, L. (2008). "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final Report CT.06.EPI.150.1.0. EMCDDA, Lissabon.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.
- Schäffer & Stöver (Hrsg.) (2011). Drogen - HIV/AIDS - Hepatitis. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Scherbaum, N., Specka, M., Schifano, F., Bombeck, J., & Marrziniak, B. (2010). Longitudinal observation of a sample of German drug consumption facility clients. Substance Use & Misuse 45 (1/2) 176-189.

- Schifano, F., D'Offizi, S., Piccione, M., Corazza, O., Deluca, P., Davey, Z., Di Melchiorre, G., Di Furia, L., Farré, M., Flesland, L., Mannonen, M., Majava, A., Pagani, S., Peltoniemi, T., Siemann, H., Skutle, A., Torrens, M., Pezzolesi, C., van der Kreeft, P., & Scherbaum, N. (2011). Is there a recreational misuse potential for Pregabalin? Analysis of anecdotal online reports in comparison with related Gabapentin and Clonazepam data. Psychotherapy and Psychosomatics 80 (2) 118-122.
- Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Schulte, B., Gansefort, D., Stöver, H., & Reimer, J. (2009a). Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. Suchttherapie 10 (3) 125-130.
- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009b). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5 (1) 39-44.
- Schuntermann, M. F. (2011). Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem. Suchttherapie 12 (1) 8-13.
- Schütze, C., Buth, S., Kalke, J., & Rascke, P. (2007). Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen. Jahresbericht 2006. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Bd. 8. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.
- Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? [online]. Ärztezeitung 26.04.2007, Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [letzter Zugriff: 31-08-2009].
- Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen, K. Mann, U. Havemann-Reinecke, & R. Gassmann (Hrsg.). Lambertus Verlag, Freiburg.
- Siedentopf, J.-P. & Nagel, M. (2005). Substitutionstherapie und (psycho-)soziale Betreuung von opiatabhängigen Schwangeren. Aventis Early Morning Symposium, 13. Kongress der DGS, Berlin, 6.11.2004. Suchttherapie 6 (1) 35-38.
- Simmedinger, R. & Vogt, I. (2010). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2009. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2009. Drogenreferat der Stadt Frankfurt, Frankfurt.
- Simoni-Wastila, L., Ritter, G., & Strickler, G. (2004). Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. Substance Use & Misuse 39 (1) 1-23.
- Söllner, R. (1995). Drogentodesfälle in Berlin: eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität. Band 9. Beiträge zu Fragen der Suchtproblematik. Die Landesdrogenbeauftragte, Berlin.
- Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt 2008 (1) 34-35.
- Soyka, M. (2010). To substitute or not substitute - optimal tactics for the management of benzodiazepine dependence. Addiction 105 (11) 1875-1878.

- Soyka, M., Kranzler, H., van den Brink, W., Möller, H.-J., Kasper, S., & The WFSBP Task Force on Treatment (2011). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: opioid dependence. The World Journal of Biological Psychiatry.
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Der Nervenarzt 76 (1) 72-77.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., & Hennig-Fast, K. (2010). Cognitive function in short- and long-term substitution treatment: Are there differences? The World Journal of Biological Psychiatry 11 (2) 400-408.
- Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Haasen, C., & Scherbaum, N. (2010). Outcome of inpatient opiate detoxification treatment in immigrants as compared to native Germans. European Psychiatry 25 (4) 242-248.
- Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F., & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. European Addiction Research 17 (4) 178-184.
- Spring, J.F. and Philips, J.L. (2007). The institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programmes and practice. Prevention Policy Paper Series [online]. EMT Associates, Inc, Folsom, CA. Verfügbar unter: www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf [letzter Zugriff: 06-07-2009].
- Stachowske, R. (2008). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Asanger Verlag, Kröning.
- Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons - A literature review. International Journal of Drug Policy 18 (6) 464-474.
- Statistisches Bundesamt (2008a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2006. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008b). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b). Statistisches Jahrbuch 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010a). Rechtspflege. Ausgewählte Zahlen für die Rechtspflege 2010. Fachserie 10, Reihe 1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2009. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010c). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2010. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2011a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2009. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b). Justizvollzug. Zahl der Anstalten, Belegungsfähigkeit und Belegung am 31.08.2010 [online]. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Rechtspflege/Justizvollzug/Tabellen/Content75/Belegungskapazitaet.templateId=renderPrint.psm1> [letzter Zugriff: 22-07-2011b].
- Statistisches Bundesamt (2011c). Verkehr. Verkehrsunfälle 2010. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011d). Bewährungshilfe 2009. Fachserie 10 Reihe 5. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt 104 (28-29) A2061-A2069.
- Stöver, H. (2006). Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Wien, April 2006. Dokumentation, akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.), S. 19-44. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Stöver, H. (2010a). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.subletter.de/content/leitlinien-f%C3%BCr-die-substitutionsbehandlung-haft> [letzter Zugriff: 10-02-2011a].
- Stöver, H. (2010b). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Die IMPROVE-Studie. Blickpunkt Medizin zur Zeitschrift Suchttherapie 11 (1).
- Stöver, H. (2011a). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. European Addiction Research 17 (1) 44-54.
- Stöver, H. (2011b). Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige im Justiz- und Maßregelvollzug. In: Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, akzept e.V. (Hrsg.), S. 13-26, Berlin.
- Stöver, H. & Michels, I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. Harm Reduction Journal 7 (17).
- Stöver, H., Schulte, B., & Reimer, J. (2009). Drogenabhängigkeit und Versorgungsangebote in Haft. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (1) 31-37.
- Stöver, H. & Stallwitz, A. (2008). Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis - ein Literaturüberblick. In: Substitution in Haft, H. Stöver (Hrsg.), S. 88-95. Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin.
- Stumpf, M. (2011). "Haft und Gesundheitsfürsorge am Beispiel der Justizvollzugsanstalt München", in BAS Fachtagung Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten.
- Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Das DBDD-Einrichtungsregister: Hintergrund, Zielsetzung und aktueller Stand. Sucht 55 (1) 54-55.
- Süzen, T. (2010). "Beratung, die ankommt - Interkulturelle Öffnung in der Suchthilfe", in 50. DHS Fachkonferenz Sucht.

- Thomasius, R. (2009). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, C. Möller (Hrsg.), S. 13-38. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Originalarbeit). Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN 72 (12) 679-695.
- Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung. Konturen 32 (3) 32-35.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008a). Der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen - Die spezifischen Behandlungsanforderungen. Konturen 34 (3) 18-22.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008b). Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen durch Cannabiskonsum. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2008 (2) 225-240.
- Tödte, M. (2010). Drogenabhängigkeit und Mutterschaft. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (2) 103-110.
- Tossmann, H.-P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P., & Strüber, E. (2011). A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users (online ahead of print). Cyberpsychologie, Behavior, and Social Networking.
- Tossmann, P., Jonas, B. & Tensil, M. (2009). Wirkt "Quit the Shit"? Abschließender Ergebnisbericht der kontrollierten Studie über die Effekte des Ausstiegsprogramms für Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis (unveröffentlicht). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Tschechien online (2011). Pervitin: Problematischste Droge Tschechiens wird Exporthit [online]. Verfügbar unter: <http://www.tschechien-online.org/news/17958-pervitin-problematischste-droge-tschechiens-wird-exporthit/> [letzter Zugriff: 17-08-2011].
- Türk, W. & Welsch, K. (2000). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. Sucht 46 (Sonderheft 1) 7-52.
- Verthein, U., Haasen, C., & Reimer, J. (2011). Switching from methadone to diamorphine - 2-year results of the German heroin-assisted treatment trial. Substance Use & Misuse 46 (8) 980-991.
- Vogt, I. (2010). Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen. Suchttherapie 11 (4) 173-178.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010). Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Institut für Suchtforschung Frankfurt, Frankfurt am Main.
- Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salmann, R., & Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt 78 (9) 1058-1061.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses, M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), S. 123-139. Nagel, Bonn.

- Werse, B., Kalke, J. & Neumann, E. (2010a). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2009. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Frankfurt a. M.
- Werse, B. & Müller, O. (2010). Spice, Smoke, Sence & Co. - Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung.Abschlussbericht, Frankfurt.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2009). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2008. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2010b). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2009. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Müller, O. & Schell, C. (2011). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2010 - noch nicht veröffentlicht. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Weymann, N., Baldus, C., Miranda, A., Moré, K., Reis, O., Thomasius, R., & unter Mitarbeit von I. Essien (2011). Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten. Ergebnisse der Multicenterstudie "CAN Stop". Sucht 57 (3) 193-202.
- Wiegand, C., Weilandt, C., MacDonald, M., Popov, I., Purvlice, B., Pavlovska, L., Parausanu, E., & Dobrota, S. Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services (TCJP) (Hrsg.) (2011). Schadensminderung im Justizvollzug. Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n. Bonn.
- Wienemann, E. (2010). "Präventive Aspekte in Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Eine oftmals noch zu füllende Leerstelle", in 50. DHS Fachkonferenz Sucht.
- Winkler, KR. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht 53 (4) 238-241.
- Wittchen, H. U. (2010). Der langfristige (5-Jahres-)Verlauf von SubstitutionspatientInnen (PREMOS) - Ziele, Methoden und ein Ergebnisüberblick. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 154-155.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 357-376.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008a). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. Drug and Alcohol Dependence 95 (3) 245-257.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008b). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. International Journal of Methods in Psychiatric Research 17 (S1) S16-S29.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2011). "PREMOS - Langfristige Substitution Opiatabhängiger".

- Wolf, R., Blacha, M., Wolf, K., Koch, K., & Milcic-Ouakili, K. (2010). Wissenschaftliche Begleitung der Behandlung von Hepatitis C im Maßregelvollzug. Positive Auswirkungen der Interferontherapie auf die Therapie nach § 64 StGB. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (3) 162.
- Wolff, H. (2010). Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz. In: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin, akzept e.V. (Hrsg.), S. 55-64. akzept e.V., Berlin.
- World Health Organization (WHO) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration., Moskau.
- World Health Organization (WHO) (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Geneva.
- Zimmermann, R., Santos-Hövenner, C., Marcus, U., Bätzing-Feigenbaum, J., Kücherer, C., Fiedler, S., & Hamouda, O. (2011). "Recent HIV infections in intravenous drug users in Germany. Results from the National HIV Incidence Study", in HIV in European Region - Unity and Diversity.

13.2 Gesetzesverzeichnis

- Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 01.03.1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Mai 2011 (BGBl. I S. 821)
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 20.01.1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 11.05.2011 (BGBl. I S. 821)
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27.07.2011 (BGBl. I S. 1600)
- Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) vom 13.12.2010 (BGBl. I S. 1980), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 07.01.2011 (BGBl. I S. 3)
- Fünfundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) vom 11.05.2011 (BGBl. I S. 821)
- Gesetz über den Justizvollzug in Baden-Württemberg (JVollzGB) vom 10.11.2009 (GBl. 2009, 545)
- Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der Sicherheitsverwahrung (Hamburgisches Strafvollzugsgesetz - HmbStVollzG) in der Fassung vom 14.07.2009 (HmbGVBl. 2009, S. 257)
- Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe, der Jugendstrafe und der Sicherheitsverwahrung (Bayerisches Strafvollzugsgesetz - BayStVollzG) vom 10.12.2007 (GVBl. S. 866, BayRS 312-2-1-J), zuletzt geändert durch § 3 G zur Änd. des Bayerischen DatenschutzG, des PolizeiaufgabenG und des Bayerischen StrafvollzugsG vom 10.06.2008 (GVBl. S. 315)
- Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (BtMGuaÄndG) vom 15.07.2009 (BGBl. I S. 1801)
- Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2262)
- Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport in der Fassung vom 24.10.2007 (BGBl. I S. 2510)
- Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21.07.2010 (BGBl. I S. 944)
- Hessisches Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der Sicherheitsverwahrung (HStVollzG) in der Fassung vom 28.06.2010 (GVBl. I S. 185)
- Infektionsschutzgesetz (IfSG) in der Fassung vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091)
- Jugendgerichtsgesetz (JGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.12.1974 (BGBl. I S. 3427), zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 2 des Gesetzes vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2300)
- Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz (NJVollzG) in der Fassung vom 14.12.2007 (Nds. GVBl 2007, S. 720)

- Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.06.1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.12.2006 (BGBl. I S. 3134), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29.06.2011 (BGBl. I S. 1306)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung (Artikel 1 des Gesetzes vom 24.03.1997, BGBl. I S. 594), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22.06.2011 (BGBl. I S. 1202)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28.07.2011 (BGBl. I S. 1622)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitslose – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24.12.2003, BGBl. I S. 2954) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.05.2011 (BGBl. I S. 850), geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 20.06.2011 (BGBl. I S. 1114)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)- Sozialhilfe (Artikel 1 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 3b des Gesetzes vom 20.06.2011 (BGBl. I S. 1114)
- Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 23.06.2011 (BGBl. I S. 1266)
- Strafvollzugsgesetz (StVollzG) in der Fassung vom 16.03.1976 (BGBl. S. 581, 2088), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29.07.2009 (BGBl. I S. 2274)
- Straßenverkehrsgesetz (StVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.03.2003 (BGBl. I S. 310, 919), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12.07.2011 (BGBl. I S. 1378)
- Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) vom 16.11.1970 (BGBl. I S. 1565), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 01.12.2010 (BGBl. I S. 1737)
- Verordnung zur Festlegung der nicht geringen Menge von Dopingmitteln (Dopingmittel-Mengen-Verordnungen - DmMV) in der Fassung vom 29.11.2010 (BGBl. I S. 1752)
- Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) vom 01.07.1965, AV d. JuM vom 09.12.1991 (1464-IV/179) (Die Justiz 1992 S. 41), zuletzt geändert durch AV d. JuM vom 15.11.1996 (1464-IV/179) (Die Justiz 1997 S. 6)

13.3 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Wichtige Einrichtungen

Website	Inhalt
www.bmg.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.dbdd.de	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
www.drogenbeauftragte.de	Drogenbeauftragte der Bundesregierung
www.drugcom.de	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
www.drugscouts.de	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
www.emcdda.europa.eu	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
www.prevnet.de	Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den Websites der Forschungsverbände:

Website	Inhalt
www.suchtforschungsverbund-nrw.de	Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen
www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html	Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT))
www.dg-sucht.de	Deutsche Gesellschaft für Sucht
www.heroinstudie.de	Deutsche Heroinstudie
www.premos-studie.de	Premos-Studie
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/137.php	Suchtforschung gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung
www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html	Goethe Universität Frankfurt am Main Centre For Drug Research (CDR)

Website	Inhalt
www.psychologie.tu-dresden.de	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
www.zis-hamburg.de	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg
www.zi-mannheim.de	Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff.html	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main
www.addiction.de	Kompetenzplattform Suchtforschung an der katholischen Fachhochschule NRW
www.suchtforschungsverbund.de	Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz
www.ift.de	Institut für Therapieforschung München

Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen

Website	Inhalt
www.fachstelle-faire.de	Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker
www.indro-online.de	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster
www.iss-ffm.de	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.
www.500Fragen.de	Forum für Substitution und Recht mit dem Ziel, die rechtlichen Aspekte der Behandlung unter rein praktischen Gesichtspunkten aufzuarbeiten und den täglich in der Substitution tätigen Therapeuten eine Hilfe an die Hand zu geben, damit sie sich in Kenntnis der Begebenheiten auf das reine therapeutische Verhältnis konzentrieren können
www.suchthh.de	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Büro für Suchtprävention
www.gangway.de	Transit - Projekt für transkulturelle Suchtarbeit

Spezifische Cannabisprojekte

Website	Inhalt
www.dhs.de/projekte/abgeschlossene-projekte/cannabis.html	Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs zum Ziel gesetzt hat
www.candis-projekt.de/	Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen
www.canstop.med.uni-rostock.de	Gruppentraining „Can Stop“ wurde im Auftrag des BMG vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein manualisiertes Behandlungsprogramm für junge

Website	Inhalt
	Menschen mit Cannabiskonsum
www.quit-the-shit.net	Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de . nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum
www.incant.eu	International Cannabis Need of Treatment Study
www.realize-it.org	Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz
www.be-u-online.de	Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt

Partyprojekte

Website	Inhalt
www.partypack.de	Drogenhilfe Köln e.V.
www.drugscouts.de	SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig
www.eve-rave.net	Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin
www.party-project.de	Party Project e.V. Bremen
www.chill-out.de	Chill-Out – Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen
www.alice-project.de	Alice Projekt - Frankfurt
www.drobs-hannover.de	Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover

Safer Use/Schadensminimierung

Website	Inhalt
www.konsumraum.de	Informationsplattform für Personal in drogen-therapeutischen Ambulanzen und Konsumräumen
www.spritzenautomaten.de	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt Spritzenautomaten JETZT
www.saferuse-nrw.de	Safer-Use-Seiten der AIDS-Hilfe NRW e.V.

Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft

Website	Inhalt
www.wiad.de	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.
www.akzept.org	Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
www.gesundinhaft.eu	Forum zur Gesundheitsförderung in Haft
www.aidshilfe.de	Deutsche AIDS-Hilfe
www.who.int/topics/prisons/en	World Health Organization – Health Topics: Prisons

Website	Inhalt
ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/action3_2003_07_en.htm	ENDIPP – European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison
hryp.eu	HPYP – Health Promotion for Young Prisoners

Drogenkonsumenten mit Kindern

Website	Inhalt
www.projekt-jonathan.de	Projekt Jonathan – Betreuungsangebot in Erfurt, welches sich vor allem den Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien widmet
www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen	Projekte auf Basis des Programms "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme"
www.drogenhilfe.com/case	Frühintervention für suchtmittelabhängige Schwangere
www.nacoa.de	NACOA Deutschland - Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.
www.vistaberlin.de/index.php?id=58	WIGWAM Connect – Kompetente Begleitung in der Schwangerschaft und frühen Elternzeit
www.belladonna-essen.de	Drogenberatung für Mädchen und Frauen
www.lilith-ev.de	Lilith e.V. – Zielgruppe u.a. Kinder von DrogenkonsumentInnen
ismv.de/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=31	Netzwerke für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Mecklenburg-Vorpommern
www.encare.de	European Network for Children Affected by Risky Environments Within the Family
www.kidkit.de	KIDKIT – Hilfe für Kinder & Jugendliche
www.projekt-trampolin.de	Trampolin – Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken
www.kisel.de	Kisel – Hilfe für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern

14 Tabellen

Tabelle 1.1	Übersicht über EU-finanzierte Projekte und Studien mit deutscher Beteiligung.....	20
Tabelle 2.1	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland.....	39
Tabelle 2.2	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen.....	41
Tabelle 2.3	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien	52
Tabelle 2.4	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien	53
Tabelle 4.1	Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2010 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre).....	90
Tabelle 5.1	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2010).....	117
Tabelle 5.2	Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2010).....	118
Tabelle 5.3	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2010)	119
Tabelle 5.4	Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2010).....	120
Tabelle 5.5	Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2010)	121
Tabelle 5.6	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	123
Tabelle 5.7	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2010)	124
Tabelle 5.8	Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen).....	129
Tabelle 5.9	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2006-2009.....	129
Tabelle 5.10	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2006-2010)	131
Tabelle 6.1	Drogentodesfälle 2005-2010 nach Substanzen.....	157
Tabelle 6.2	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend	161
Tabelle 8.1	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2010).....	176
Tabelle 9.1	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen	192
Tabelle 10.1	Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis nach Geschlecht (DAS 2008).....	201

Tabelle 10.2	Orte der Cannabis-Verfügbarkeit bei Personen mit subjektiv sehr leichter Verfügbarkeit (DAS 2008).....	202
Tabelle 10.3	Trends der sehr leichten Cannabis-Verfügbarkeit (DAS 1997-2008).....	203
Tabelle 10.4	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2009 und 2010.....	207
Tabelle 10.5	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen.....	209
Tabelle 10.6	Sicherstellung von Cannabispflanzen	209
Tabelle 10.7	Preise verschiedener Drogen 2009 - 2010 (alle Preise in €).....	212
Tabelle 10.8	Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 2000 bis 2010 (Median) in Prozent	213
Tabelle 10.9	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE.....	216
Tabelle 11.1	Anstalten und Belegungsfähigkeit am 31.08.2010 nach Bundesland	222
Tabelle 11.2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	223
Tabelle 11.3	Intra- und extramurale Versorgungsrelation	226
Tabelle 11.4	Umfang der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Inhaftierten in den Bundesländern.....	229
Tabelle 11.5	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen	237
Tabelle 11.6	Infektionskrankheiten im Gefängnis	239
Tabelle 11.7	Durchführung von Drogentests nach Bundesland im Jahr 2010.....	248
Tabelle 12.1	Hauptdiagnose und Zahl der eigenen Kinder	260
Tabelle 12.2	Hauptdiagnose und Zahl der Kinder im Haushalt	262
Tabelle 12.3	Hauptdiagnose und Lebenssituation	263

15 Abbildungen

Abbildung 2.1	12 Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2011.....	45
Abbildung 2.2	30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2011.....	46
Abbildung 2.3	Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen 2011.....	47
Abbildung 2.4	Trends der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen 2011.....	47
Abbildung 2.5	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD).....	49
Abbildung 2.6	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD).....	50
Abbildung 2.7	Cannabis-Konsumhäufigkeit im letzten Monat unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2010 (MoSyD).....	50
Abbildung 3.1	Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2008 bis 2010.....	63
Abbildung 3.2	Präventionsart.....	65
Abbildung 3.3	Settings von Präventionsmaßnahmen im Jahr 2010.....	68
Abbildung 4.1	Bezugsquellen für Sedativa/Hypnotika nach Hauptdiagnosegruppe.....	98
Abbildung 5.1	Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2010).....	125
Abbildung 5.2	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant).....	126
Abbildung 5.3	Anteil der Klienten mit HD Cannabis an allen Zugängen/Beendern bzw. allen Erstbehandelten (DSHS ambulant).....	127
Abbildung 5.4	Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen.....	128
Abbildung 6.1	An das RKI übermittelte Hepatitis-C-Fälle mit der Angabe von i.v. Drogengebrauch nach Meldejahr und Geschlecht, Deutschland, 2001-2010.....	149
Abbildung 6.2	Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2009).....	158
Abbildung 6.3	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2009.....	159

Abbildung 6.4	Opioidbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2009 mit ICD X/Y-Kodierung.....	160
Abbildung 7.1	Verfügbarkeit von Angeboten zur Spritzenvergabe (inklusive Automaten) auf Landkreisebene auf Basis der Angaben der Länderexperten sowie einer ergänzenden Internetrecherche.....	167
Abbildung 9.1	Entwicklung von Handelsdelikten.....	184
Abbildung 9.2	Entwicklung von Konsumdelikten.....	185
Abbildung 9.3	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	188
Abbildung 9.4	Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	189
Abbildung 10.1	Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2010	208
Abbildung 10.2	Wirkstoffgehalt von Cannabis.....	214
Abbildung 10.3	Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen.....	217