



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Drogen

Workbook Drugs

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	6
0.1	Zusammenfassung des Workbook Drogen (T0.1)	6
0.1.1	Illegale Drogen mit der größten Bedeutung und polyvalenter Konsum (T0.1.1).....	13
0.1.2	Konsum von illegalen Drogen in Kombination mit Alkohol, Tabak oder verschreibungspflichtigen Medikamenten (T0.1.2)	20
	ABSCHNITT A: CANNABIS	22
1	NATIONALES PROFIL (T1)	22
1.1	Prävalenz und Trends (T1.1).....	22
1.1.1	Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.1)	22
1.1.2	Cannabiskonsum in der Schule und in weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.2)	23
1.1.3	Kommentar zum Cannabiskonsum (T1.1.3)	26
1.2	Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)	27
1.2.1	Aktuelle Befragungen / Studien zum Cannabiskonsum (T1.2.1).....	27
1.2.2	Reduzierung der Nachfrage nach Cannabis (T1.2.2)	28
1.2.3	Riskanter Cannabiskonsum (T1.2.3)	29
1.2.4	Synthetische Cannabinoide (T1.2.4)	30
2	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	31
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Cannabiskonsums (T3.1)	31
3	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	31
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	31
3.2	Weitere Aspekte des Cannabisgebrauchs (T.4.2)	32
4	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	32
5	QUELLEN UND METHODIK (T6)	32
5.1	Quellen (T6.1)	32
5.2	Methodik (T6.2).....	32

ABSCHNITT B: STIMULANZIEN.....	33
1 NATIONALES PROFIL (T1)	33
1.1 Prävalenz und Trends (T1.1).....	33
1.1.1 Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzen (T1.1.1)	33
1.1.2 Konsum von Stimulanzen in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.2).....	33
1.1.3 Konsum von Stimulanzen in der Schule und weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.3).....	34
1.1.4 Kommentar zum Konsum von Stimulanzen (T1.1.4).....	35
1.1.5 Wechselwirkungen des Konsums verschiedener Stimulanzen (T1.1.5)	35
1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)	35
1.2.1 Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)	35
1.2.2 Infektionskrankheiten (T1.2.2).....	35
1.2.3 Konsummuster (T1.2.3)	36
1.2.4 Behandlung: Stimulanzen (T1.2.4)	36
1.2.5 Riskanter Konsum von Stimulanzen (T1.2.5)	36
1.2.6 Synthetische Cathinone (T1.2.6).....	38
2 NEUE ENTWICKLUNGEN (T3).....	38
2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Stimulanzen (T3.1)	38
3 ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	38
3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	38
3.2 Weitere Aspekte des Stimulanzengebrauchs (T.4.2)	39
4 ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	39
5 QUELLEN UND METHODIK (T6).....	39
5.1 Quellen (T6.1)	39
5.2 Methodik (T6.2).....	39
ABSCHNITT C: HEROIN UND ANDERE OPIOIDE.....	40
1 NATIONALES PROFIL (T1)	40
1.1 Prävalenz und Trends (T1.1).....	40

1.1.1	Die relative Bedeutung verschiedener Opioide (T1.1.1)	40
1.1.2	Schätzungen zum Opioidkonsum (T1.1.2)	40
1.1.3	Kommentar zum Opioidkonsum (T1.1.4).....	43
1.2	Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)	43
1.2.1	Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)	43
1.2.2	Infektionskrankheiten (T1.2.2).....	44
1.2.3	Konsummuster (T1.2.3)	44
1.2.4	Behandlung: Heroin und andere Opioide (T1.2.4).....	44
2	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3).....	44
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Heroin und anderen Opioiden (T3.1)	44
3	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	44
3.1	Weitere Aspekte des Gebrauchs von Heroin und Opioiden (T.4.2)	45
4	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	45
5	QUELLEN UND METHODIK (T6).....	45
5.1	Quellen (T6.1)	45
5.2	Methodik (T6.2).....	45
ABSCHNITT D: NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN (NPS) UND WEITERE DROGEN		46
1	NATIONALES PROFIL (T1)	46
1.1	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), andere neue oder neuartige Drogen und Drogen mit geringer Verbreitung (T1.1)	46
1.1.1	Konsum von NPS: Prävalenz und Trends (T1.1.1).....	46
1.1.2	Gesundheitliche Begleiterscheinungen beim Konsum von NPS (T1.1.2).....	48
1.1.3	Konsum anderer Drogen: Prävalenz, Trends und gesundheitliche Begleiterscheinungen (T1.1.3)	48
1.1.4	Missbrauch von Medikamenten.....	48

2	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	51
2.1	Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von NPS und anderen Drogen (T3.1).....	51
3	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	51
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	51
3.2	Weitere Aspekte des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen (T.4.2).....	51
4	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	52
5	QUELLEN UND METHODIK (T6)	52
5.1	Quellen (T6.1)	52
5.2	Methodik (T6.2).....	52
	ABSCHNITT E: BIBLIOGRAPHIE	53
1	BIBLIOGRAPHIE	53
2	TABELLENVERZEICHNIS	57
3	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	57

0 Zusammenfassung (T0)

0.1 Zusammenfassung des Workbook Drogen (T0.1)

Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung unter Erwachsenen und Jugendlichen

Die Ergebnisse des 2012 durchgeführten epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) wurden bereits im REITOX-Bericht 2013 vorgestellt. Demnach hat nach wie vor rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen. Unverändert bei etwa 5 % liegt der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, weniger als 3 % haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert.

Cannabis ist sowohl unter Erwachsenen als auch unter Jugendlichen nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Im ESA 2012 gab fast jeder vierte Erwachsene (23,2 %) an, Cannabis wenigstens einmal im Leben konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), 4,5 % hatten innerhalb des letzten Jahres konsumiert (12-Monats-Prävalenz).

In der „Drogenaffinitätsstudie“ (DAS, Erhebung 2011) und im ergänzend dazu vorgelegten „Alkoholsurvey 2012“ – beide durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – wurden Daten zum Cannabisgebrauch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren erhoben. In der DAS ergab sich für die 12- bis 17-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von 4,6 %, im Alkoholsurvey von 5,6 %. Im Alkoholsurvey gaben zudem 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen regelmäßigen, d. h. mehr als zehnmaligen Konsum in den letzten zwölf Monaten an. Die Daten regionaler Monitoringsysteme aus Frankfurt und Hamburg, die Ergebnisse des ESA 2012 sowie die Daten der BZgA weisen übereinstimmend auf eine Stagnation oder sogar Umkehr des seit mehreren Jahren beobachteten kontinuierlichen Rückgangs des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen hin. Zu dieser Entwicklung passt auch, dass im Rahmen der Trendscout Panels des Frankfurter Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) 2013 und 2014 von der Wahrnehmung einer deutlichen Image-Verbesserung von Cannabis berichtet wurde; demnach sei eine große Offenheit und Akzeptanz des Konsums in so gut wie allen Szenen zu bemerken.

Offensichtlich gelingt es nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten (so unterschiedlich sie in den einzelnen Studien auch definiert werden) zu erreichen.

Nennenswerte Prävalenzwerte für den Konsum illegaler Substanzen in der Erwachsenenbevölkerung im ESA 2012 erreichen darüber hinaus nur noch in absteigender Reihenfolge Kokain, Amphetamine und Ecstasy (jeweils bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz). Allerdings schwankt die Bedeutung einzelner Stimulanzien je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen erheblich. Einige Indikatoren aus Strafverfolgung und Behandlung weisen auf eine wachsende Bedeutung der Amphetamine hin; in den

bundesweiten Erhebungen der Konsumprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung zeichnet sich dieser Anstieg nicht in vergleichbarer Weise ab.

Der Konsum von Heroin, LSD, Pilzen und Crack ist laut den ESA-Daten nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt. Unter einem Prozent liegt in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung auch die Lebenszeitprävalenz für sogenannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), die 12-Monats-Prävalenz ist mit der von Heroin vergleichbar.

In diesem Workbook werden auch Ergebnisse der aktuellen Trendscout-, Experten- und Schülerbefragungen sowie Daten aus der offenen Drogenszene, erhoben durch das Frankfurter MoSyD, berichtet. Darüber hinaus liegen Ergebnisse verschiedener Einzelstudien und zu einzelnen Aspekten (zielgruppen- und substanzspezifisch) des Drogenkonsums in der Bevölkerung vor.

Riskanter Drogenkonsum

Berechnungen des Umfangs des riskanten Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 56.000 bis 169.000 Personen, die riskante Konsummuster aufweisen. Dies entspricht einer Rate von 1,1 bis 3,2 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist zwischen 2007 und 2011 angestiegen und sinkt seit 2012 wieder. Die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ sind seit Jahren rückläufig. Die Schätzwerte für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ sind von 2008 bis 2013 ebenfalls gesunken, im letzten Jahr hat sich der Trend aber konsolidiert.

Es werden die Ergebnisse der letzten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) bzgl. Abhängigkeit und Missbrauch von illegalen Substanzen vorgestellt. Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllten jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Insgesamt 0,2 % wiesen eine Kokainabhängigkeit auf. Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigten 0,2 % der Befragten, weitere 0,1 % erfüllten die Kriterien für eine Abhängigkeit. Multiple Diagnosen (Missbrauch und/oder Abhängigkeit) lagen bei insgesamt 6,6 % der Stichprobe vor.

Im Workbook Drogen verwendete Begriffe und Datenquellen

Grundlegende Begriffe

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 (Lebenszeitprävalenz)* 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. Die Lebenszeitprävalenz ist entsprechend nicht als Indikator für aktuelle Veränderungen geeignet, da sie keinen Aufschluss über das aktuelle Konsumverhalten der Befragten gibt.

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 und wird in der Literatur häufig als Referenzgröße herangezogen. Die 12-Monats-Prävalenz ist einerseits auf ein hinreichend überschaubares Zeitfenster des zurückliegenden Konsums begrenzt und liefert andererseits noch interpretierbare Prävalenzwerte. Hingegen weist die *30-Tage-Prävalenz* des Konsums illegaler Drogen mit Ausnahme von Cannabis häufig nur ausgesprochen niedrige Werte auf, die kaum noch interpretierbar sind. 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.

Als „*riskanter Drogenkonsum*“ (*High Risk Drug Use, HRDU*) wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Drogenkonsum bezeichnet, der folgende Merkmale erfüllt:

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

In den berichteten Daten wird entsprechend als „*riskanter Drogenkonsum*“ der Konsum psychoaktiver Substanzen (ausgenommen Alkohol, Tabak und Koffein) nach hochriskanten Konsummustern (z. B. intensiv bezogen auf die Frequenz) und/oder mit hochriskanten Applikationsformen (z. B. intravenöser Konsum) innerhalb der vergangenen zwölf Monate gewertet.

Ergänzend zu der Erfassung der klinischen Diagnosen „*Abhängigkeit*“ und „*schädlicher Gebrauch*“, für die die internationalen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2005) Anwendung finden, wird im Deutschen Kerndatensatz Sucht (DHS 2010) eine Definition für den „*riskanten Konsum*“ vorgeschlagen. Es soll für jede Substanz bzw. Störung eingeschätzt werden, ob „*riskanter Konsum*“ vorliegt, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch

für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten in diesem Fall die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), der British Medical Association und des Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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

In verschiedenen Erhebungen ist das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums (u. a. von Cannabis) untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstrukts von Studie zu Studie, so dass die Vergleichbarkeit der Informationen nur sehr eingeschränkt gegeben ist. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis 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.

Eine detaillierte Darstellung der Methoden zur Messung und Schätzung riskanten Konsums findet sich im Kapitel 4.1 des REITOX-Berichtes 2014 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014). Grundlegende Informationen zu nationalen und lokalen Schätzungen des Drogenkonsums finden sich in im vorliegenden Workbook in Abschnitt C1.1.2.

Wichtigste Datenquellen

Epidemiologische Daten zum Drogenkonsum und zu den Konsumenten liegen in Deutschland vor allem auf Grundlage von regelmäßigen nationalen, repräsentativen Umfragen und Prävalenzstudien vor. Diese werden durch quantitative und qualitative regionale Studien ergänzt, in deren Fokus häufig einzelne Substanzen oder spezielle Konsumentengruppen stehen. Außerdem werden im Folgenden auch internationale Studien beschrieben, an denen sich einzelne Bundesländer oder Regionen beteiligen. Die Kurzbeschreibungen enthalten Angaben zu den teilnehmenden Ländern.

Bundesweite Datenquellen

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen des Gebrauchs von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle drei bis vier Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) an einer

Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die letzte DAS wurde im Jahr 2011 mit einer Stichprobe von 5.000 Befragten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2012 von der BZgA veröffentlicht (BZgA 2012) und im REITOX-Bericht 2012 unter 2.2 bzw. 2.3 vorgestellt¹.

- Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA 2007, 2010, 2012 (BZgA 2007; 2011; 2014), und 2014 repräsentative Umfragen zum Cannabiskonsum unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren bzw. 12 bis 25 Jahren durchgeführt. Die Erhebungen ab 2010 fanden im Rahmen des Alkoholsurveys statt (Orth & Töppich 2015). Die Ergebnisse wurden in den REITOX-Berichten 2007, 2011 und 2014 ausführlich vorgestellt. Ergebnisse zum Cannabiskonsum aus dem aktuellen „Alkoholsurvey 2014“ lagen bis August 2015 nicht vor.
- Der Epidemiologische Suchtsurvey (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey of Substance Abuse: ESA) ist eine kombinierte schriftliche, telefonische und online-Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 alle drei bis vier Jahre auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung statt² und wird mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1990 durch das IFT Institut für Therapieforschung München durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Länderauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen. Ergebnisse aus der ESA Erhebung 2015 lagen bis August 2015 nicht vor, sodass in diesem REITOX-Bericht die Ergebnisse des ESA 2012 vorgestellt werden. Informationen zum Studiendesign und der Methodik des ESA 2012 wurden von Kraus und Kollegen (2013a) ausführlich beschrieben. Die bereinigte Stichprobe umfasst N = 9.084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Nettoausschöpfung beträgt 53,6 %.
- Die "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) und derzeit als kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie realisiert (Lampert et al. 2014). 2007 wurden die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebungen 2003-2006 publiziert (Lampert & Thamm 2007). Diese beruhen auf bundesweiten repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Für die Analysen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum wurde auf Informationen aus der Befragung

¹ Die Ergebnisse der DAS 2011 beruhen auf einer mehrstufigen Zufallsstichprobe auf Basis des ADM-Telefonstichproben-Systems (Computergenerierte Zufallstelefonnummern). Es handelt sich um eine Zufallsauswahl von 12- bis 25-Jährigen im Haushalt, die Ausschöpfungsquote betrug 60,9 %, die Stichprobengröße betrug N=5.001 Befragte.

² Die Zielgruppe änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012).

der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sowie deren Eltern zurückgegriffen. Die wichtigsten Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung wurden in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 vorgestellt. Mit der ersten Folgebefragung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 1, 2009-2012) wurden die Ergebnisse der Basiserhebung fortgeschrieben, jedoch nur in Bezug auf Tabak und Alkoholkonsum (Lampert et al. 2014).

Internationale Studien

- Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs; ESPAD³) wird bereits seit 1995 in zahlreichen europäischen Ländern durchgeführt. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN (Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm) koordiniert wird, verwendet für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Einige Bundesländer beteiligten sich im Jahr 2011 zum dritten Mal nach 2003 und 2007 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. 2007 waren auch Hessen und das Saarland beteiligt. Die Studie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. In der Erhebung 2011 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 6.192 Schülern aus 352 Klassen (Kraus et al. 2012). Für die ESPAD 2011 liegen aus allen teilnehmenden Bundesländern Einzelauswertungen vor. Ergebnisse aus der ESPAD Erhebung 2015, die nur in Bayern durchgeführt wurde, lagen bis August 2015 nicht vor.
- Trenddaten der letzten Erhebung der Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC) wurden 2012 für Deutschland publiziert. Die Studie wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt und in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren durchgeführt. Einzelne Ergebnisse früherer Erhebungen wurden bereits in vergangenen REITOX-Berichten berichtet. Die 2012 berichteten Trends (siehe REITOX-Bericht 2012 Kapitel 2.3.1) basieren auf den Daten aus den Erhebungen 2002 (n = 5.650), 2006 (n = 7.274) und 2010 (n = 5.005). Die Daten aus 2002 beruhen auf Daten aus vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen); im Jahr 2006 bilden fünf Bundesländer (Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) den deutschen Datensatz. Die Daten aus 2010 beruhen auf Angaben aus 15 Bundesländern (zum Studiendesign und der Methodik der HBSC vgl. Ottova et al. 2012). Ter Bogt und Kollegen (2014) untersuchten basierend auf Daten der HBSC-Studien von 2002, 2006 und 2010, inwieweit internationale Veränderungen des häufigen Konsums von Cannabis im Zusammenhang mit gesellschaftlichem und/oder familiärem Wohlstand und Geschlecht stehen. Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2014 dargestellt.

³ www.espad.org [letzter Zugriff: 05.10.2015].

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

- In Sachsen-Anhalt sind 2009 die Ergebnisse der Studie “Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV)” vorgestellt worden. Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.
- Informationen zum Substanzkonsum bei Jugendlichen gewinnt Brandenburg aus einer Schülerbefragung in den 10. Klassen, die inzwischen dreimal im Abstand von 4 Jahren durchgeführt wurde. An der aktuellen Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)“ im Schuljahr 2012/2013 nahmen insgesamt 9.994 Schüler aus 13 Landkreisen und kreisfreien Städten teil und somit etwa 55 % aller Zehntklässler im Land Brandenburg. Das durchschnittliche Alter liegt bei den befragten Jugendlichen bei 16 Jahren und ist im zeitlichen Verlauf der Befragungen etwa gleich geblieben (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg 2014). Ergebnisse der Erhebung werden unter A1.1.2 berichtet.
- Eine Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, ist das Monitoringsystem Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel⁴, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Eine wesentliche methodische Änderung im Vergleich zu den Vorjahren ist der Umstand, dass die Schülerbefragung seit 2013 mithilfe von Tablet-PCs durchgeführt wurde (vgl. dazu auch: Werse et al. 2014; Werse et al. 2015). Im Erhebungszeitraum (Ende 2014 bis Anfang 2015)⁵ gingen im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD 1.538 Fragebögen in die Analyse ein (bezogen auf alle Befragten aus 10. bis 12. Klassen bzw. im 1. bis 3. Ausbildungsjahr), 981 Befragte (gewichtete Stichprobe) waren zwischen 15 und 18 Jahren (Werse et al. 2015). Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse des Trendscout-Panels und der Szenebefragung des MoSyD vor.
- In Hamburg fand 2012 unter dem Namen „Hamburger SCHULBUS“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum fünften Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. In die Erhebung 2012 konnten 1.013 14- bis 17-jährige Schüler eingeschlossen werden (entspricht der gewichteten Stichprobe; ungewichtete Stichprobe n = 1.148). Die Befragungen an den nach stichprobentheoretischen Erwägungen ausgewählten Schulen erfolgten im

⁴ Das Trendscout-Panel des MoSyD ist ein teilstandardisiertes Erhebungsinstrument mit qualitativ-ethnografischem Charakter. Primäres Ziel dieses Modells ist das Aufspüren neuer Trends und Veränderungen hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen in Frankfurt am Main. Dazu werden Freizeit-Szenen, vor allem aus dem Bereich der Jugendkulturen, ausgewählt. Die Auswahl der unterschiedlichen Bereiche ist auf jene Szenen fokussiert, für die eine relativ hohe Konsumverbreitung illegaler Drogen angenommen werden kann. Die Trendscout-Befragung ist als Panelerhebung konzipiert – ein möglichst gleichbleibender Stamm von Informanten wird in einem regelmäßigen Turnus (seit 2006 zweimal pro Jahr) befragt. Die Erhebung erfolgt mittels eines halboffenen leitfadengestützten Interviews.

⁵ Aufgrund von Termenschwierigkeiten zog sich der Befragungszeitraum von November 2014 bis März 2015 statt wie geplant nur November und Dezember 2014.

Klassenverband der Schüler ab der 8. Jahrgangsstufe aufwärts (Klumpenauswahlverfahren) (Baumgärtner & Kestler 2014).

Das große Interesse verschiedener Städte und Kommunen, das Datenerhebungsverfahren des „Hamburger SCHULBUS“ zukünftig auch in ihren jeweiligen Gebietskörperschaften anzuwenden, hat dazu geführt, dass das Büro für Suchtprävention im Rahmen eines vom BMG geförderten Modellprojektes untersucht hat, wie und mit welchem konkreten Erkenntnisgewinn eine Adaption des Ansatzes in anderen Regionen ressourcenschonend möglich ist. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgte Anfang 2014 (Baumgärtner & Kestler 2014).

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

Auf Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum unter Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird dieses Jahr aufgrund der Zielsetzung des REITOX-Berichtes nicht näher eingegangen. Eine Übersicht über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen und einige ausgewählte bundesweite Ergebnisse finden sich jeweils in Kapitel 2 der bis 2014 vorgelegten REITOX-Berichte.

0.1.1 Illegale Drogen mit der größten Bedeutung und polyvalenter Konsum (T0.1.1)

Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

Eine Minimalschätzung zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland basierend auf den Ergebnissen der letzten Erhebungen im Rahmen des ESA (2012) und der DAS (2011) ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV lassen sich aufgrund der Ergebnisse des ESA 2012 auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochrechnen. Demnach zeigen hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene (95 % Konfidenzintervall (KI) = 201.000-397.000) einen Missbrauch und etwa 319.000 Erwachsene (95 % KI = 224.000-453.000) eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

Weiterhin haben geschätzte 4,61 Millionen (95 % KI = 4.20 Mio.-5.05 Mio.) Personen eine Diagnose für den Missbrauch von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln. Etwa 2,31 Millionen Personen (95 % KI = 2,03 Mio.-2,62 Mio.) sind von mindestens einem dieser Medikamente abhängig.

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

Tabelle 1 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland

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

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

2) Die dargestellten Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen aus dem ESA basieren auf einer Querschnittsanalyse des Jahres 2012. Die Zahlen können nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends mit Daten früherer ESA Erhebungen verglichen werden, da die Daten des ESA 2012 im Unterschied zu früheren ESA Erhebungen auch im Hinblick auf die Bildungsstruktur der Bevölkerung gewichtet wurden.

BZgA 2012; Kraus, L. et al. 2014.

Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

Die Daten der Drogenaffinitätsstudie (DAS) 2011 wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich dargestellt. Zum Konsum illegaler Substanzen unter Erwachsenen wurden zuletzt im REITOX-Bericht 2013 neue Ergebnisse aus dem ESA 2012 vorgelegt. Die wichtigsten Kennziffern sind in Tabelle 2 gemeinsam mit den Daten der DAS 2011 aufgeführt.

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

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

Tabelle 2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

Studie	DAS 2011 (%)		ESA 2012 (%)		
	12-17 Jahre	18-25 Jahre	18-64 Jahre		
Substanz	12 M ¹⁾	12 M ¹⁾	LZ ¹⁾	12 M ¹⁾	30 T ¹⁾
Cannabis	4,6	13,5	23,2	4,5	2,3
Amphetamine	0,4	1,6	3,1	0,7	0,4
Ecstasy	0,2	1,0	2,7	0,4	0,2
LSD	0,1	0,3	2,2	0,3	0,1
Heroin	0,0	0,0	0,6	0,2	0,1
Kokain	0,2	0,9	3,4	0,8	0,3
Crack	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1
Pilze	0,4 ²⁾	0,7 ²⁾	2,6	0,3	0,1
Schnüffelstoffe	0,1	0,2	--	--	--
Irgendeine Droge	4,9	14,3	23,9	4,9	2,6
Drogen außer Cannabis	1,0	2,8	6,3	1,4	0,8

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

2) Psychoaktive Pflanzen.

BZgA 2012; Kraus, L. et al. 2014.

Auch für Jugendliche und junge Erwachsene liegen Daten aus unterschiedlichen Studien vor. Tabelle 3 fasst die wichtigsten Ergebnisse jüngerer Studien zum Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Tabelle 3 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen *außer* Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien*

Studie ¹⁾	Jahr	Altersgruppe	Region	Prävalenz (%)		
				30 Tage ²⁾	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2011	12-17	National	0,4	1,0	1,8
BZgA	2011	18-25	National	1,0	2,8	9,1
BZgA	2008	12-17	National	0,6	2,0	2,7
BZgA	2008	18-25	National	0,9	2,9	9,2
BZgA	2004	12-17	National	0,1	1,6	2,6
BZgA	2004	18-25	National	0,5	3,1	11,2
ESPAD	2011	15-16	5 Länder			8,9
ESPAD	2007	15-16	7 Länder			10,1
ESPAD	2003	15-16	6 Länder	3,8	8,3	12,3
MoSyD	2014	15-18	Frankfurt	3	7	10
MoSyD	2013	15-18	Frankfurt	3	6	8
MoSyD	2012	15-18	Frankfurt	2	5	9
MoSyD	2011	15-18	Frankfurt	3	6	9
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	3	6	9
SCHULBUS	2012	14-17	Hamburg	2,2		7,3
SCHULBUS	2009	14-17	Hamburg	0,9		3,9
SCHULBUS	2007	14-17	Hamburg	2,2		5,8
SCHULBUS	2005	14-17	Hamburg	4,8		10,3
SCHULBUS	2004	14-17	Hamburg	3,4		10,2

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

1) BZgA: Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD. Daten zum Konsum „illegaler Drogen außer Cannabis“ liegen bis 2008 nicht vor. Die vorliegenden Daten von 2004 sind das Ergebnis einer Re-Analyse der BZgA. Die Zahlen können daher von denen der Vorjahre abweichen. ESPAD: Amphetamine, LSD, Ecstasy, Kokain, Crack und Heroin. ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt.

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

SCHULBUS: Ecstasy, Pilze, LSD, Speed/Amphetamine, Kokain, Crack und Heroin. Die dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich von den Vorjahren und beruhen auf einer Re-Analyse der Daten (Baumgärtner & Kestler 2013).

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

Beim Vergleich der Daten verschiedener Studien zum Drogenkonsum ist Folgendes zu beachten:

- Die befragten Altersgruppen der einzelnen Studien sind nicht identisch.
- Einige Studien wurden nur in einigen Bundesländern oder Regionen durchgeführt.
- Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auf unterschiedliche Methoden (telefonische vs. klassengestützte Fragebogenerhebung) oder Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.
- Regional existieren zum Teil erhebliche Unterschiede im Konsumverhalten und in den Charakteristika der Märkte (z. B. Verfügbarkeit, Preis und/oder Reinheitsgehalt für verschiedene Substanzen).

Details zu Jugendumfragen sind in Standardtabelle 30 enthalten.

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

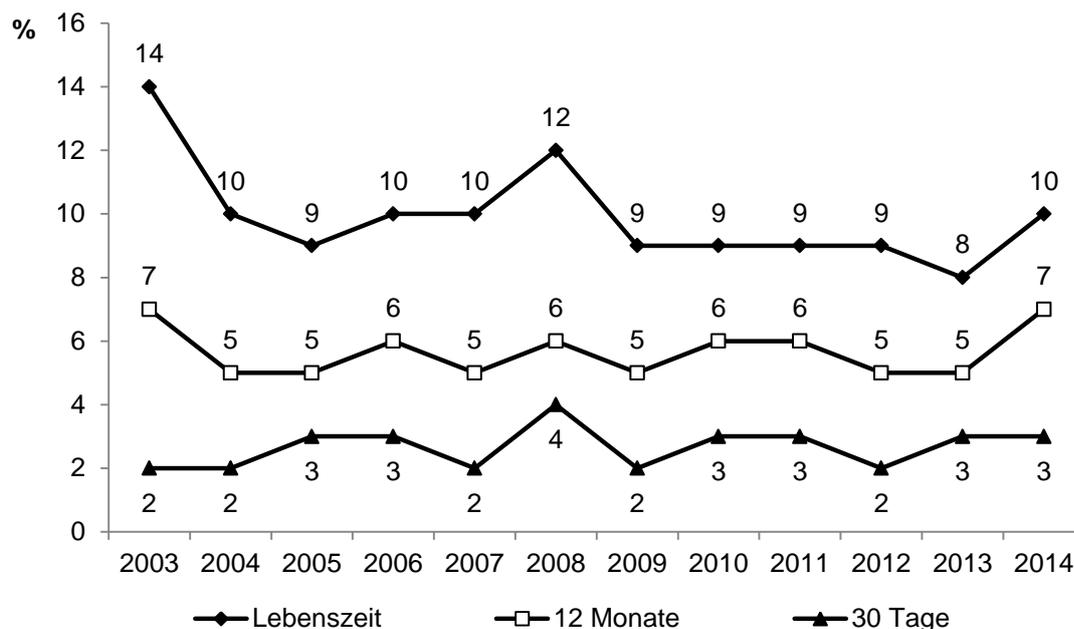
Im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche und junge Erwachsene muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es eine enge Verzahnung zum Konsum legaler Substanzen (v. a. Alkohol, Tabak – aber auch Medikamente) gibt, so dass eine isolierte Betrachtung des Konsums illegaler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

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Frankfurt (MoSyD)

10 % der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler berichteten 2014 über Erfahrungen mit mindestens einer der illegalen Drogen außer Cannabis⁶. 7 % gaben an, in den letzten 12 Monaten wenigstens einmal eine „harte“ illegale Droge konsumiert zu haben, 3 % gaben dies für den letzten Monat an. Über die letzten 12 Jahre sind die für alle illegalen Drogen zusammengefassten Prävalenzen (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz sowie 30-Tage-Prävalenz) trotz einiger Schwankungen recht stabil geblieben (s. Abbildung 1). Detaillierte Übersichten zu den Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen des Konsums einzelner Substanzen sind Tabelle 4 zu entnehmen.

⁶ Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.



Werse et al. 2015.

Abbildung 1 Prävalenz des Konsums "harter Drogen" (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD)

Tabelle 4 Prävalenz diverser Substanzen in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (2002 und 2010-2014) (MoSyD)

	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2002	2010	2011	2012	2013	2014
	Lebenszeitprävalenz (%)						12-Monats-Prävalenz (%)					
Schnüffelstoffe	17	13	14	10	15	11	7	6	8	5	8	5
Speed	5	6	6	5	5	4	3	3	4	3	3	3
Lachgas	5	6	5	5	8	6	2	2	2	2	2	2
Kokain	4	4	3	4	4	3	3	3	2	2	3	2
Psychoakt. Pilze	8	4	4	4	3	3	4	1	3	2	2	1
Ecstasy	5	3	3	4	3	5	3	2	2	2	2	4
Hormonpräparate	^a	3	3	1	2	2	^a	2	1	1	2	2
LSD	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1
Crack	1	2	1	1	1	<1	1	1	<1	<1	<1	<1
Crystal	^a	1	1	1	1	<1	^a	<1	1	<1	1	0
GHB/GBL	<1	1	<1	2	1	1	<1	1	<1	<1	1	<1
Heroin	1	1	<1	<1	1	1	<1	<1	0	<1	<1	<1

^a Nicht erhoben.

Werse et al. 2015.

Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe

Neben Untersuchungen, die sich auf die Allgemeinbevölkerung in der jeweiligen Alterskohorte beziehen, gibt es eine Erhebung zur Subgruppe der Kinder und Jugendlichen in der öffentlichen Erziehungshilfe. In der Fachöffentlichkeit wird schon lange vermutet, dass dies eine besonders belastete Subgruppe sein könnte, ohne dass bislang Daten zu dieser Gruppe vorlagen. Im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) führte die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) im Herbst 2013 eine Vollerhebung in den trägereigenen stationären Jugendhilfeeinrichtungen unter den 12- bis 17-Jährigen Klienten sowie den Fachkräften in den Einrichtungen durch. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich im REITOX-Bericht 2014; Daten zu Cannabiskonsum werden im vorliegenden Bericht in Abschnitt A1.2.1 genannt.

Gesamtbetrachtung und Trends

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

Insbesondere die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen weisen seit Jahren auf eine relative Stabilität des Drogenkonsums in Deutschland hin. Jenseits dieser bundesweiten Betrachtung gibt es regionale Entwicklungen, die z. T. deutliche Spezifika aufweisen. Dazu gehört z. B. der seit vielen Jahren recht weit verbreitete Konsum von Crack in der offenen Szene in Frankfurt am Main (nennenswerte Crack-Szenen bestehen offenbar nur in Frankfurt und Hamburg), oder die erhebliche Problemlast aufgrund des Konsums von Methamphetamin insbesondere in den Bundesländern im Südosten Deutschlands.

Der Konsum illegaler Drogen ist seit mehreren Jahren kein beherrschender Gegenstand öffentlicher Diskussion mehr. Erwähnenswert erscheinen noch die Debatten um die Einführung der Diamorphin-gestützten Behandlung, die zum Teil auf erhebliches öffentliches Interesse gestoßen ist. In jüngster Zeit wird zunehmend über den Konsum Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) berichtet, verlässliche epidemiologische Daten zum Konsum und der Verbreitung fehlen jedoch. Dort, wo Daten zum Konsum von NPS erhoben werden (z. B. MoSyD, ESA) weisen die Informationen eher auf eine geringe Verbreitung dieser Substanzen hin – dies steht jedoch im Gegensatz zu den z. T. erheblichen Mengen der durch die Strafverfolgungsbehörden sichergestellten Substanzen, so dass sich insgesamt ein uneinheitliches Bild bietet. Dennoch scheinen sie sich als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen zu etablieren. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten in diesem Segment ist mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden und wird sicherlich vor dem Hintergrund sich verändernder Konsumgewohnheiten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein. Inwieweit diese Substanzen in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen eine Rolle spielen, ist ebenfalls schwierig zu erheben, da sich viele verfügbare Daten an der Klassifikation der ICD-10 orientieren, die keine hinreichende Differenzierung der im Einzelfall beteiligten Substanzen erlaubt. Auch der Konsum von Methamphetamin („Crystal“) scheint anzusteigen, ohne dass sich dies bislang in überregionalen Daten aus Bevölkerungsumfragen widerspiegeln würde. Andere

Datenquellen (Polizeidaten, Daten aus Beratungs-/Behandlungseinrichtungen bestimmter Regionen) weisen allerdings eindeutig auf eine wachsende Problemlast mit einem klaren regionalen Schwerpunkt in Grenznähe zu Tschechien hin. Als weiterer Gegenstand öffentlicher Diskussion erfährt die Debatte um den Umgang mit Cannabis eine wachsende Aufmerksamkeit.

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

Darüber hinaus gelingt es offensichtlich trotz der zahlreichen Präventions- und Interventionsprogramme nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten (so unterschiedlich sie in den einzelnen Studien auch definiert werden) von Cannabis zu erreichen, während es Hinweise darauf gibt, dass die etablierten Präventionsprogramme und -angebote das Alter des Erstkonsums erfolgreich weiter steigern konnten. Basierend auf Daten zum Einstiegsalter in den Suchtmittelkonsum konnte Baumgärtner (2013) frühere Ergebnisse bestätigen, dass der frühe Einstieg in den Konsum das Risiko eines späteren Missbrauchs enorm erhöht.

Einige Hintergrundinformationen zum Drogenkonsum in spezifischen Gruppen (z. B. unter Migranten) wurden zuletzt im REITOX-Bericht 2014 berichtet und finden sich z. T. im Workbook Behandlung.

Das IFT Institut für Therapieforschung München führte im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes Phar-Mon in Kooperation mit dem Suchtpräventionsprojekt MINDZONE von Anfang 2013 bis Ende 2014 eine Untersuchung zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene durch. In diesem Rahmen wurden auch Informationen zu neuen Substanzen und Konsummustern unter Partygängern in München und Umgebung erhoben. Insgesamt wurden 1.849 Fragebögen auf 47 Veranstaltungen gesammelt, von denen, nach Bereinigung, 1.670 in die Analysen einfließen (Hannemann & Piontek 2015, persönliche Mitteilung). Ergebnisse zum Konsum von psychoaktiven Substanzen werden in den Abschnitten A1.2.1, B1.1.3 und D1.1.1 dargestellt.

0.1.2 Konsum von illegalen Drogen in Kombination mit Alkohol, Tabak oder verschreibungspflichtigen Medikamenten (T0.1.2)

In der Frankfurter Szenestudie 2014 (Werse & Egger 2015) wird berichtet, dass sich der bereits in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg des Alkoholkonsums in der offenen Drogenszene auch 2014 fortgesetzt hat: Die 24-Stunden-Prävalenz von Alkohol liegt im Jahr 2014 erstmals über 50 %.

Insgesamt liegen nur wenige aktuelle Informationen zur Kombination von verschreibungspflichtigen Medikamenten und der Einnahme illegaler Drogen vor; sie werden ggf. im Workbook Behandlung berichtet. Daten zum Missbrauch von Medikamenten aus dem Phar-Mon Projekt werden in Abschnitt D1.1.3 berichtet, dort findet sich auch eine kurze Projektbeschreibung.

ABSCHNITT A: CANNABIS

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)

1.1.1 Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.1)

Der Cannabiskonsum Erwachsener in Deutschland: Trends im ESA 1980-2012

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

Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland in der DAS 2012

Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 25 Jahren, die auf der DAS beruhen, wurden in Kapitel 2.3 des REITOX-Berichts 2012 berichtet. Die Ergebnisse aus dem „Alkoholsurvey 2012“ zum Cannabiskonsum sind im REITOX-Bericht 2014 ausführlich beschrieben.

Ergebnissen der Studie zufolge lag die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren bei 7,8 %, die 12-Monats-Prävalenz bei 5,6 % und die Prävalenz des regelmäßigen Konsums (mehr als zehnmaler Konsum im letzten Monat) bei 1,3 %. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet mit einer Lebenszeitprävalenz von 34,8 %, einer 12-Monats-Prävalenz von 15,8 % und einem regelmäßigen Konsum von 3,9 %. Ähnlich wie in den ESA-Erhebungen zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede; mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene geben Cannabiskonsum an.

Betrachtet man den Trend in den Befragungen seit 1993, so zeigt sich bei den 12- bis 17-Jährigen sowohl für die Lebenszeitprävalenz als auch für die 12-Monats-Prävalenz ein

Anstieg in den 1990er Jahren, gefolgt von einem Rückgang seit Beginn der 2000er. Der regelmäßige Konsum in dieser Altersgruppe veränderte sich hingegen über die Jahre kaum.

Bei den jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) entwickelte sich die Lebenszeitprävalenz ähnlich wie bei den Jugendlichen. Die 12-Monats-Prävalenz bei jungen Männern ist abweichend von diesem Trend seit 2008 wieder gestiegen und lag 2012 erneut auf dem Niveau der 1990er Jahre. Bei den jungen Frauen blieb dieser Anstieg aus. Der regelmäßige Konsum in dieser Altersgruppe hat sich für beide Geschlechter in den letzten zehn Jahren kaum verändert.

Bei den jungen Erwachsenen zeigen sich differenziert nach sozialen Merkmalen keine Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz. Die 12-Monats-Prävalenz sowie die 30-Tage-Prävalenz liegen bei Arbeitslosen über dem Durchschnitt, diese Gruppe zeigt zudem den mit Abstand höchsten Wert für regelmäßigen Konsum (9,3 %) (BZgA 2014).

1.1.2 Cannabiskonsum in der Schule und in weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.2)

Bundesweite Daten und internationale Studien

ESPAD

Deutschland nahm im Jahr 2011 nach den Jahren 2003 und 2007 zum dritten Mal an der ESPAD-Studie teil (Studienbeschreibung siehe 0.1). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich vorgestellt. Insgesamt sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den befragten Jugendlichen zwischen 2003 und 2011 von 30,8 % auf 22,2 %, die 12-Monats-Prävalenz von 24,6 % auf 17,4 % und die 30-Tage-Prävalenz von 13,5 % auf 8,1 %. Der Anteil cannabiserfahrener Mädchen ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten. Die zeitliche Entwicklung des problematischen Cannabiskonsums (erhoben über den Cannabis Abuse Screening Test; CAST) kann nur für den Zeitraum 2007-2011 betrachtet werden, da die entsprechenden Indikatoren 2003 nicht erhoben wurden. Demnach hat es sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe keine signifikante Veränderung des Anteils riskanten Konsums gegeben. Auch in der geschlechtsspezifischen Analyse finden sich keine statistisch bedeutsamen Effekte.

Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS)

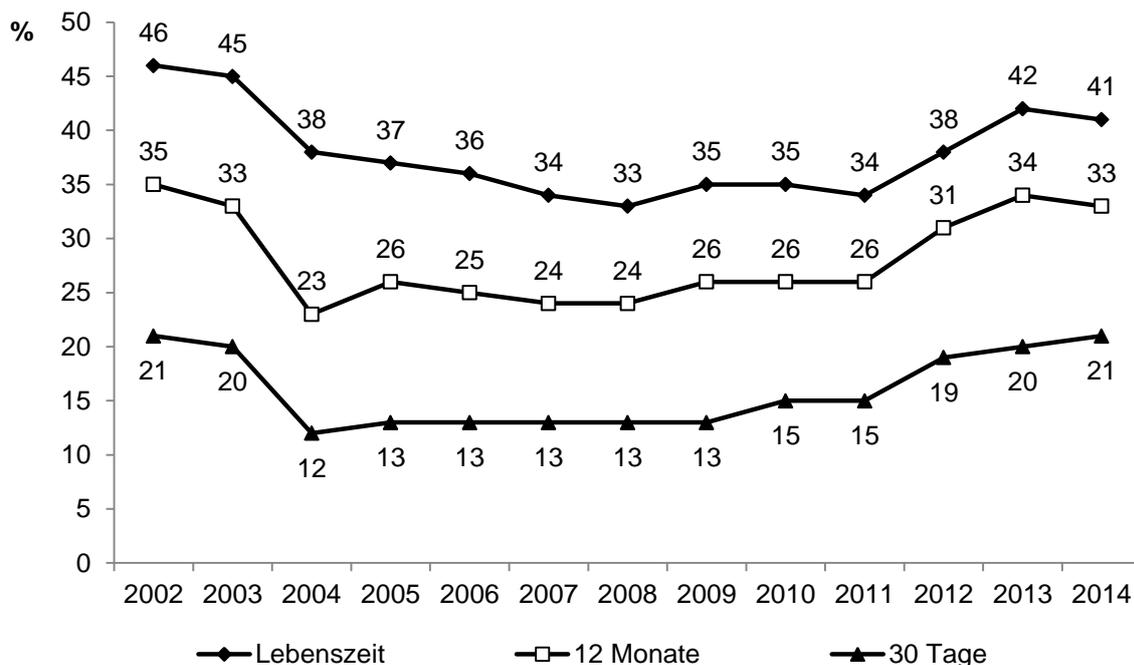
Daten aus der DAS der BZgA wurden bereits unter A1.1.1 sowie in den REITOX-Berichten 2013 und 2014 berichtet, so dass auf eine Wiederholung an dieser Stelle verzichtet wird. Darüber hinaus handelt es sich bei der DAS nicht um eine „Schülerbefragung“.

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Frankfurt (MoSyD)

Die Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern ist nach dem deutlichen Anstieg von 2011 bis 2013 im Jahr 2014 wieder um einen Prozentpunkt auf 41 % zurückgegangen (Abbildung 2). Gleiches gilt für die 12-Monats- Prävalenz, die 2014 von

34 % im Jahr 2013 auf 33 % fiel. Damit lässt sich die Stagnation des Probierkonsums von Cannabis, die in den letzten Jahren zu beobachten war, nun auch bei den Frankfurter Schülern feststellen. Die 30-Tage-Prävalenz ist hingegen auf 21 % gestiegen. Auch der Wert für „häufigen Konsum“ (mindestens 10 Mal im Vormonat) ist angestiegen und erreichte mit 9 % einen neuen Höchststand, ebenso erreicht der Anteil der täglich Konsumierenden mit 4 % den höchsten Wert seit 2003. Das Einstiegsalter ist mit durchschnittlich 15 Jahren seit mehreren Jahren unverändert geblieben (Werse et al. 2015).



Werse et al. 2015.

Abbildung 2 Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD)

Brandenburg

Die Brandenburger Schülerbefragung 2012/2013 (Studienbeschreibung siehe 0.1) zeigt, dass mehr als jeder fünfte Zehntklässler in Brandenburg Haschisch zumindest schon einmal in seinem Leben probiert hat. Dagegen ist ein regelmäßiger, d. h. täglicher oder wöchentlicher Haschischkonsum, selten (2,0 % der Mädchen, 4,5 % der Jungen). Andere illegale Drogen als Haschisch oder Marihuana werden von Jugendlichen deutlich weniger konsumiert: 6 % der Schüler der aktuellen Befragung haben mindestens einmal in ihrem Leben „harte“ illegale Drogen⁷ probiert, mit rückläufiger Tendenz seit der Befragung 2008/2009 (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg 2014).

Tabelle 5 bietet einen Überblick über die in verschiedenen Studien unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland erhobene Daten zum Cannabiskonsum.

⁷ Ecstasy, Speed, Kokain oder Heroin.

Tabelle 5 Prävalenz des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen deutschen Studien*

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC	2010	15	National ²⁾		7,4	
HBSC ³⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3	10,6	18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		17,5	24,0
KiGGS ³⁾	2003/06	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2012	18-25	National	6,4 (3,9) ⁴⁾	15,8	34,8
BZgA	2012	12-17	National	2,0 (1,3) ⁴⁾	5,6	7,8
BZgA	2011	18-25	National	5,4 (3,3) ⁴⁾	13,5	39,2
BZgA	2011	12-17	National	1,9 (0,8) ⁴⁾	4,6	6,7
BZgA	2010	18-25	National	5,3 (3,2) ⁴⁾	12,7	35,0
BZgA	2010	12-17	National	1,7 (0,2) ⁴⁾	5,0	7,4
BZgA	2008	18-25	National	4,5	11,6	40,9
BZgA	2008	12-17	National	2,6	6,6	9,6
BZgA	2007	18-25	National			
BZgA	2007	12-17	National	2,3	5,9	9,0
ESPAD ⁵⁾	2011	15-16	5 Länder	8,1	17,4	22,2
ESPAD ⁵⁾	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD ⁵⁾	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2014	15-18	Frankfurt	21	33	41
MoSyD	2013	15-18	Frankfurt	20	34	42
MoSyD	2012	15-18	Frankfurt	19	31	38
MoSyD	2011	15-18	Frankfurt	15	26	34
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	15	26	35
SCHULBUS	2012	14-17	Hamburg	16,9		29,3
SCHULBUS ⁶⁾	2009	14-17	Hamburg	11,3		23,6
SCHULBUS ⁶⁾	2007	14-17	Hamburg	9,0		22,7
SCHULBUS ⁶⁾	2005	14-17	Hamburg	15,5		35,0
SCHULBUS ⁶⁾	2004	14-17	Hamburg	16,7		38,0

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

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

2) Ohne Baden-Württemberg.

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

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

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

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

1.1.3 Kommentar zum Cannabiskonsum (T1.1.3)

Betrachtet man den Trend des Cannabiskonsums in den Befragungen der letzten 10 bis 15 Jahre, so zeigt sich nach dem übereinstimmend berichteten Anstieg des passageren Konsums in den 1990er Jahren zunächst ein Rückgang etwa seit 2005. Dieser Rückgang scheint in den letzten Jahren bei Jugendlichen sowie (jungen) Erwachsenen zu stagnieren, es gibt sogar vereinzelt Hinweise auf einen erneuten Anstieg. Anlass zur Sorge bereitet die Tatsache, dass sich die Verbreitung des regelmäßigen Konsums insbesondere unter jungen Erwachsenen über die Jahre praktisch kaum verändert hat. Diese Beobachtungen unterstützen die Vermutung, dass Veränderungen im Probierkonsum der Allgemeinbevölkerung keinen Rückschluss auf die Konsumgewohnheiten der erfahrenen Konsumenten erlauben und diese auch von den zahlreichen Maßnahmen nach wie vor nur ungenügend erreicht werden. Die Zahl der wegen Problemen im Umgang mit Cannabis in Behandlung befindlichen Personen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, was einerseits ein Beleg für die Akzeptanz der angebotenen Interventionen ist. Andererseits verdeutlicht diese Entwicklung auch, dass intensiver Cannabiskonsum zu schwerwiegenden Folgen führen bzw. in Kombination mit anderen Faktoren auftreten kann, die eine insgesamt erhebliche Problemlast für das Individuum ausmachen und professioneller Unterstützung bedürfen.

Basierend auf ESPAD-Daten aus drei Erhebungswellen (2003, 2007, 2011) der 9. und 10. Klasse in fünf Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) wurde von Gomes de Matos und Kollegen (2014) untersucht, ob auf Bundesebene und im Zeitverlauf Unterschiede im Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum Jugendlicher bestehen. Länderbergreifend zeigen sich für alle drei Substanzen sinkende Konsumwerte über die Zeit. Cannabiskonsum ist also nicht als isoliertes Phänomen zu betrachten. Für den Cannabiskonsum ist der rückläufige Trend nur bis 2007 zu beobachten. Im Gesamtverlauf sind die beobachteten Konsumparameter, die sich im europäischen Vergleich auf hohem bis mittlerem Niveau befinden, rückläufig. Der Urbanisierungseffekt – höherer Konsum in größeren Städten – wird auf die erhöhte Verfügbarkeit zurückgeführt (Tretter & Kraus 2004). Ähnliche Konsumprofile in den untersuchten Bundesländern deuten darauf hin, dass Substanzkonsum in Deutschland innerhalb eines gemeinsamen kulturellen Rahmens stattfindet. So kann man davon ausgehen, dass sich Personen in allen deutschen Bundesländern grundlegende Normen und Einstellungen zum Substanzkonsum teilen und bundesweiten Regulierungen gleichermaßen unterliegen.

Eine Studie von Legleye und Kollegen (2014) analysiert die Dynamik der Verbreitung des experimentellen Cannabiskonsums in den Ländern Frankreich, Deutschland und USA durch die Nutzung von nationalen Bevölkerungssurveys aus den Jahren 2009 und 2010. Drei Generationen von Männern und Frauen im Alter von 18-34, 35-49 und 50-64 Jahren wurden untersucht, um die Hypothese zu prüfen, dass sich ein positiver Zusammenhang in älteren Kohorten – je höher das Bildungsniveau, desto höher der experimentelle Konsum – zu einem negativen Zusammenhang in jüngeren Kohorten – je höher das Bildungsniveau, desto geringer der experimentelle Konsum – wandelt. Dieser Wandel soll zuerst bei Männern und

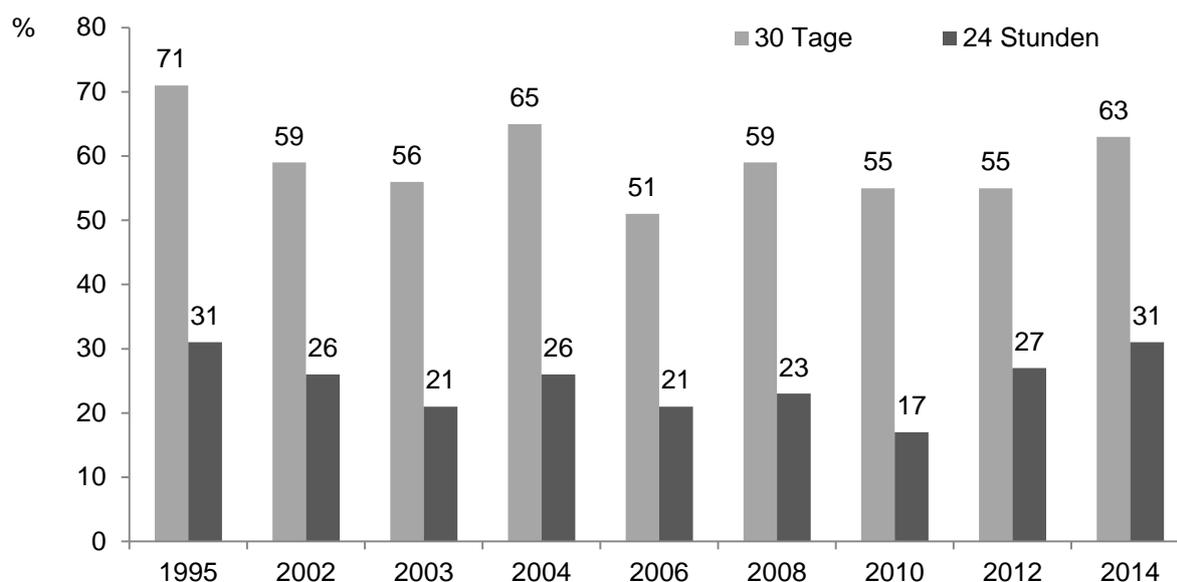
dann bei Frauen stattfinden. Die Hypothese basiert auf der Dynamik der Verbreitung von Tabak, die diesem Muster gefolgt ist. Die Ergebnisse für Deutschland zeigen zunächst das erwartete Entwicklungsmuster, in der letzten untersuchten Generation nivelliert sich die Entwicklung jedoch, sodass der Cannabiskonsum gleichmäßig über alle Bildungsniveaus verteilt ist. Die Entwicklung verläuft in Deutschland für beide Geschlechter etwa parallel. Obwohl die Prävalenzen für Frauen nach wie vor niedriger sind, beobachten die Autoren eine langsame Annäherung der Geschlechterverhältnisse. Insgesamt steigt die Prävalenz des experimentellen Konsums über die Altersgruppen hinweg deutlich an.

1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)

1.2.1 Aktuelle Befragungen / Studien zum Cannabiskonsum (T1.2.1)

Cannabiskonsum in der offenen Drogenszene – Frankfurt/Main

Aus der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main liegen aus dem MoSyD aktuelle Daten vor (Werse & Egger 2015).



Werse & Egger 2015.

Abbildung 3 30-Tages und 24-Stunden-Prävalenzraten von Cannabis aus der Frankfurter Szenestudie (1995-2014)

Für die Betrachtung der aktuellen Gebrauchsmuster von Cannabis in der Szene werden in Abbildung 3 die Werte für die 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen dargestellt. Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis liegt der Ausgangswert aus dem Jahr 1995 über denen der folgenden Erhebungen; seither lässt sich keine klare Entwicklung beobachten (aktuell: 63 %). Die 24-Stunden-Prävalenz ist hingegen seit 2010 sehr deutlich angestiegen und erreicht 2014 (wie auch 1995) mit 31 % den höchsten Wert aller Erhebungen (Werse & Egger 2015).

Cannabiskonsum unter Partygängern

Auch bei Partygängern bestätigt sich die große Akzeptanz von Cannabis. Aktuelle Ergebnisse aus dem Projekt Phar-Mon zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene zeigen, dass unter den Partygängern in den vergangenen 12 Monaten am häufigsten Cannabis (74,4 %) konsumiert wurde (Hannemann & Piontek 2015, persönliche Mitteilung).

Cannabiskonsum unter Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen

Den Ergebnissen der FOGS-Erhebung in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen des LWL zufolge ist der Konsum illegaler Drogen unter den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Einrichtungen deutlich durch den Konsum von Marihuana bzw. Haschisch bestimmt. Im Vergleich zu den anderen genannten illegalen Drogen hatten die Jugendlichen mit Abstand am häufigsten Zugang zu Marihuana bzw. Haschisch (39,6 %). Bezogen auf den Monat vor der Erhebung haben 8,8 % (n = 8) Cannabis konsumiert und damit ein deutlich größerer Anteil als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung (1,9 % für die gleiche Altersgruppe laut der letzten DAS Studie; vgl. BZgA 2012). Das Ergebnis der Befragung der Fachkräfte ergab, dass diese den Suchtmittelkonsum der von ihnen betreuten Jugendlichen teilweise deutlich unterschätzen. Die Angaben der Jugendlichen zu ihrem Konsumverhalten geben als Indikatoren für ein problematisches Verhalten Anlass zur Sorge (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht 2014).

Baldus und Kollegen (2014) haben in einer Querschnittsstudie die Zusammenhänge zwischen internalisierendem Problemverhalten, cannabisbezogenen Wirkerwartungen, der Anzahl psychosozialer Problembereiche und dem Abhängigkeitserleben bei jugendlichen und heranwachsenden Cannabiskonsumern aus dem „CAN Stop“-Projekt (n = 239; 14 bis 23 Jahre) unter geschlechts- und alterssensitiver Perspektive untersucht. Hinsichtlich der Wirkerwartungen zeigen Cannabiskonsumern mit externalisierendem Problemverhalten eine breitere Variation verschiedener positiver Erwartungen. Internalisierende Probleme gehen eher mit beeinträchtigenden und sedierenden Wirkerwartungen einher. Gemäß der Studie berichtet die Gruppe mit ausschließlich internalisierendem Problemverhalten von den meisten Abhängigkeitssymptomen.

1.2.2 Reduzierung der Nachfrage nach Cannabis (T1.2.2)

Weltweit und auch deutschlandweit ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Gleichzeitig wird intensiver Cannabiskonsum mit Risiken für die psychische und körperliche Gesundheit in Verbindung gebracht. Die fachliche Beratung und die Behandlung cannabisbezogener Folgeschäden erfolgt in Deutschland größtenteils ambulant. Eine stationäre Aufnahme und Behandlung ist nur bei schweren gesundheitlichen Störungen oder bei einem hohen Rückfallrisiko vorgesehen (Hoch et al. 2015). In Deutschland erhalten gemäß einer Studie der EBDD ca. 10 % der behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumern (täglich oder fast täglich Konsum) eine Behandlung. Im gesamteuropäischen Vergleich gehört Deutschland zusammen mit Norwegen zu den Ländern mit der höchsten Abdeckungsrate (Schettino et al. 2015).

Eine Reihe spezieller Angebote für Cannabiskonsumenden wird im Workbook Behandlung dargestellt.

Die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys zeigen, dass der Anteil spezifischer Angebote zur Senkung des Cannabiskonsums wächst (siehe Workbook Prävention).

1.2.3 Riskanter Cannabiskonsum (T1.2.3)

Schätzungen zum riskanten Konsum in der Allgemeinbevölkerung

Der letzte ESA wurde im Jahr 2012 durchgeführt (Pabst et al. 2013). Die Methodik wurde bereits im REITOX-Bericht 2013 (Kapitel 2) dargestellt, eine Studienbeschreibung findet sich in Abschnitt 0.1. Substanzbezogene Störungen wurden mithilfe der schriftlichen Version des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) (Wittchen et al. 1995) für Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Schmerzmittel, Schlafmittel und Beruhigungsmittel erfasst. Für alle Substanzen wurden die Kriterien für die Diagnosen Missbrauch (außer Tabak) und Abhängigkeit nach DSM-IV für den Zeitraum der letzten 12 Monate erhoben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllten jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit (ca. 250.000) (Pabst et al. 2013). Zwischen 2000 und 2012 stieg der Anteil cannabisabhängiger Männer von 0,5 % auf 0,8 %. Keine Hinweise auf bedeutsame zeitliche Veränderungen gibt es bezüglich des Missbrauchs sowie der Abhängigkeit von Cannabis bei Frauen (Kraus et al. 2013b).

Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist 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 nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008). 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 kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum häufig 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. 2008).

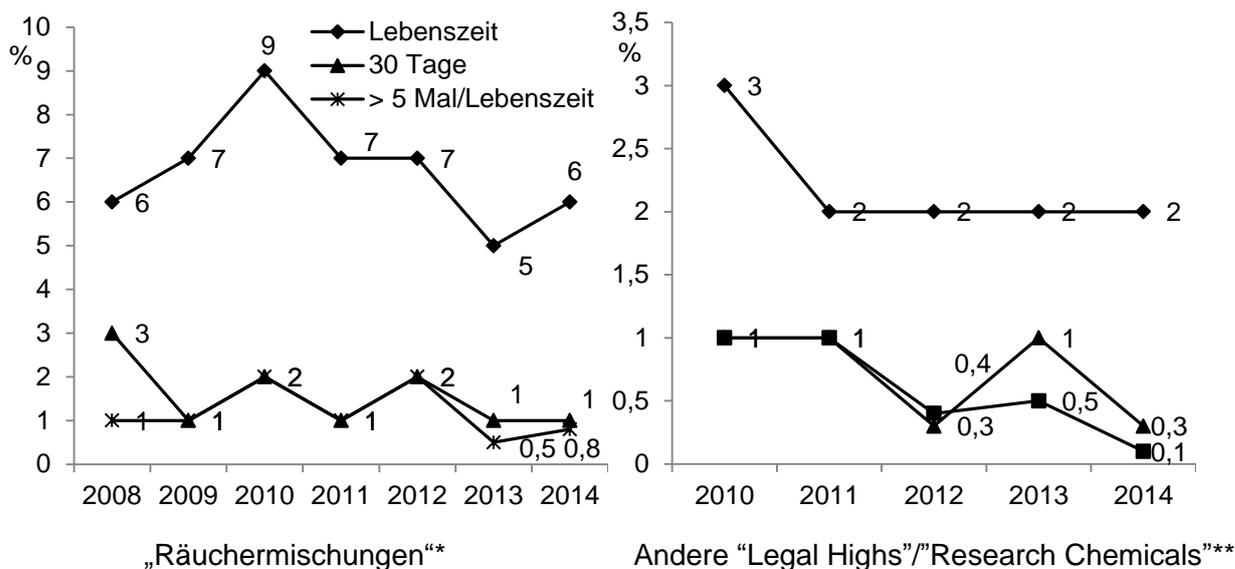
Ergebnisse der letzten ESPAD-Erhebung 2011 zum problematischen Cannabiskonsum sind im REITOX-Bericht des Jahres 2012 aufgeführt.

Laut der BZgA-Studie zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland (BZgA 2014) haben 2012 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung regelmäßig, d. h. mehr als zehn Mal, Cannabis genommen. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der regelmäßige Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet, 3,9 % konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung regelmäßig Cannabis. In beiden Altersgruppen änderte sich die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums über die Jahre hinweg kaum.

Bei einer insgesamt hohen Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen muss sorgfältig zwischen alterstypischem Probierkonsum und regelmäßigem bzw. problematischem Cannabiskonsum unterschieden werden. Nach aktuellen epidemiologischen Befunden (aus der Studien Hamburger SCHULBUS, Frankfurter MoSyD, DAS und ESA) zeigen 1,4 % bis 7,1 % der befragten deutschen Jugendlichen einen Cannabiskonsum, der als problematisch einzuschätzen ist (Wartberg et al. 2014). Die von Waltberg und Kollegen durchgeführte Studie zu Leistungseinbußen bei Jugendlichen aufgrund regelmäßigen Cannabiskonsums wird im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung vorgestellt.

1.2.4 Synthetische Cannabinoide (T1.2.4)

Im Rahmen der Frankfurter Schülerbefragung werden die Schüler seit 2008 nach dem Konsum sogenannter Räuchermischungen und seit 2010 auch nach dem Konsum anderer „Legal Highs“ befragt. In der aktuellen Erhebung haben 6 % der 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben eine Räuchermischung mit synthetischen Cannabinoiden konsumiert, 1 % auch in den letzten 30 Tagen (siehe Abbildung 4). Andere Produkte, die NPS enthalten, spielen quantitativ keine Rolle. Die Lebenszeitprävalenz von Räuchermischungen ist im Berichtsjahr um einen Prozentpunkt auf 6 % gestiegen, liegt aber immer noch unter den Werten von 2009 bis 2012 (7-9 %). Die 30-Tages-Prävalenz verharrt auf dem Vorjahresniveau bei 1 % und der mehr als fünfmalige Konsum steigt geringfügig auf 0,8 %. Insgesamt hat sich die rückläufige Tendenz beim Konsum cannabinoidhaltiger Kräutermischungen weitgehend bestätigt (Werse et al. 2015).



* „Räuchermischungen“: 2002-2007 nicht erhoben; 2008: nur „Spice“.

** Andere „Legal Highs“/„Research Chemicals“: erstmals 2010 erhoben.

Werse et al. 2015.

Abbildung 4 Prävalenz des Konsums von „Legal Highs“ (Räuchermischungen und andere) unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD)

Im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ wurden insgesamt 43 NPS-Vergiftungsfälle, bei denen die Freiburger Giftnotrufzentrale zu Rate gezogen wurde, ausgewertet (Centre for Drug Research Frankfurt 2015, persönliche Mitteilung). Die überwiegende Mehrheit dieser Vergiftungsfälle erfolgte im Zusammenhang mit dem Konsum synthetischer Cannabinoide. Obwohl dies teilweise die Verteilung der Prävalenz von NPS widerspiegelt (Werse et al. 2014; Werse & Morgenstern 2015), kann die massive Überrepräsentation der synthetischen Cannabisprodukte als Anzeichen für die im Vergleich zu anderen NPS höhere Gefährlichkeit dieser Stoffe gewertet werden. Außerdem treten Vergiftungsfälle vermutlich tendenziell eher bei jungen, weniger erfahrenen Konsumierenden auf (Centre for Drug Research Frankfurt 2015, persönliche Mitteilung). Für Informationen zu den häufigsten Nebenwirkungen von NPS siehe Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.

2 Neue Entwicklungen (T3)

2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Cannabiskonsums (T3.1)

Die aktuelle bundesweite Lage sowie aktuelle Studien werden weiter oben berichtet (siehe A1.1 und A1.2). Es liegen keine weiteren Informationen zu neuen Entwicklungen des Cannabiskonsums vor.

3 Zusatzinformationen (T4)

3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Es liegen keine zusätzlichen Informationsquellen vor.

3.2 Weitere Aspekte des Cannabisgebrauchs (T.4.2)

Es liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Cannabisgebrauchs vor.

4 Anmerkungen und Anfragen (T5)

Es liegen keine Anmerkungen und Anfragen vor.

5 Quellen und Methodik (T6)

5.1 Quellen (T6.1)

In diesem Workbook verwendete wichtige Quellen werden unter 0.1 aufgeführt.

5.2 Methodik (T6.2)

Die wichtigsten in diesem Workbook aufgeführten Surveys und Studien werden unter 0.1 erläutert.

ABSCHNITT B: STIMULANZIEN

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)

1.1.1 Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzen (T1.1.1)

Deutschlandweit werden ähnlich hohe Prävalenzen des Konsums für Amphetamine (12-Monats-Prävalenz 0,7 %) und Kokain (0,8 %) unter Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren berichtet (siehe Tabelle 6). Ecstasy wird insgesamt seltener konsumiert (0,4 %); nochmals deutlich darunter liegt die Prävalenz für Crack (0,1 %). Allerdings schwankt die Bedeutung einzelner Stimulanzen je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen erheblich. Die Bedeutung von Amphetamin und Methamphetamin scheint in den letzten Jahren zu steigen, insbesondere bei den Indikatoren der Strafverfolgungsbehörden (erstauffällige Konsumenten, einschlägige Delikte, Sicherstellungen) sind in den letzten Jahren zum Teil erhebliche Zuwachsraten im Zusammenhang mit Amphetamin zu beobachten (cave: Kontrolldelikte – es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Strafverfolgung ist). Im Behandlungsbereich sind z. B. in ambulanten Beratungsstellen und Fachambulanzen in den letzten Jahren ebenfalls deutliche steigende Nachfragen nach Unterstützung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin / Methamphetamin zu verzeichnen. In den bundesweiten Erhebungen der Konsumprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung zeichnen sich diese deutlichen Anstiege nicht in vergleichbarer Weise ab.

Ein grundsätzliches Problem besteht insbesondere bei Daten aus dem Gesundheitsbereich darin, dass auf Grund der Kodierungen nach ICD-10 häufig keine Differenzierung zwischen Amphetamin und Methamphetamin möglich ist. Während sich Belastungen im Zusammenhang mit Methamphetamin in einigen Regionen Deutschlands übereinstimmend im Beratungs-/Behandlungsbereich und bei Strafverfolgungsbehörden abzeichnen, spielt diese Substanz bislang in anderen Regionen keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Variablen wie Verfügbarkeit und regionale Präferenzen kommt auch beim Konsum von Stimulanzen eine offensichtlich wichtige Bedeutung zu.

1.1.2 Konsum von Stimulanzen in der Allgemeinbevölkerung (T1.1.2)

Die ESA Befragung 2012 ergab, dass Kokain das in Deutschland am häufigsten konsumierte Stimulans mit den höchsten Werten sowohl für Lebenszeit-, wie auch für 12-Monats-Prävalenzen ist (3,4 % bzw. 0,8 %) (siehe Tabelle 6). Knapp darunter liegen die Werte für den Konsum von Amphetaminen (3,1 % bzw. 0,7 %), die 30-Tage-Prävalenz liegt knapp über der für Kokain (0,4 % vs. 0,3 %). Für Ecstasy werden etwas geringere Werte angegeben; die Prävalenzen für den Konsum von Crack sind nochmals deutlich geringer. Bei Kokain, Amphetamin und Ecstasy unterscheiden sich die Lebenszeitprävalenzen sehr

deutlich von den 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen, was auf einen mehrheitlichen Probierkonsum hinweist. Bei allen Stoffen sind die angegebenen Prävalenzwerte für Männer deutlich höher als für Frauen. Die höchsten Werte des Konsums von Amphetaminen, Ecstasy und Crack in den letzten 12 Monaten geben die 25- bis 29-Jährigen an. Kokainkonsumenten sind im Schnitt etwas älter, der Gipfel der 12-Monats-Prävalenz liegt hier bei den 30- bis 39-Jährigen.

Tabelle 6 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Stimulanzen, 18-64 Jährige (ESA 2012)

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen						
	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Amphetamine	3,1	4,4	1,8	2,4	4,5	6,8	5,3	2,1	1,5	1,3
Ecstasy	2,7	3,6	1,8	1,2	3,4	6,7	6,6	1,4	0,6	0,4
Kokain	3,4	4,4	2,3	1,7	3,0	7,6	6,6	2,8	1,3	0,7
Crack	0,3	0,5	0,2	0,0	0,3	1,2	0,3	0,2	0,2	0,2
12 Monate	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Amphetamine	0,7	1,2	0,3	1,6	2,1	2,4	0,6	0,5	0,1	0,0
Ecstasy	0,4	0,7	0,1	0,7	0,8	1,7	0,3	0,4	0,1	0,0
Kokain	0,8	1,3	0,3	1,4	0,8	1,5	1,8	0,5	0,2	0,2
Crack	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0
30 Tage	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Amphetamine	0,4	0,6	0,1	0,9	0,4	1,5	0,3	0,3	0,1	0,0
Ecstasy	0,2	0,4	0,0	0,4	0,1	0,9	0,2	0,3	0,0	0,0
Kokain	0,3	0,4	0,2	0,5	0,2	0,5	0,5	0,2	0,1	0,2
Crack	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0

Kraus, L. et al. 2014.

Ergebnisse der DAS-Befragung 2011 zur Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen finden sich in Tabelle 2. Bei dieser jüngeren Altersgruppe ist der Konsum von Amphetaminen am weitesten verbreitet (12-Monats-Prävalenz 0,4 % bei den 12- bis 17-Jährigen; 1,6 % bei den 18- bis 25-Jährigen). Ecstasy (0,2 % bzw. 1,0 %) und Kokain (0,2 % bzw. 0,9 %) werden seltener als Amphetamine konsumiert. Der Konsum von Crack wird praktisch nicht berichtet (0,0 % für beide Altersgruppen).

1.1.3 Konsum von Stimulanzen in der Schule und weiteren Bevölkerungsgruppen (T1.1.3)

Bei der Frankfurter Schülerbefragung wurde ein Anstieg bei der Erfahrung mit Ecstasy-Konsum sowohl in der Lebenszeit- als auch in der 12-Monats-Prävalenz beobachtet.

Laut der Szenestudie des CDR über die offene Drogenszene in Frankfurt am Main ist der Konsum von Kokainprodukten innerhalb dieser Szene weit verbreitet, wobei die Bedeutung

aktuell auf einen Höchstwert angestiegen ist. Crystal Meth spielt in der Frankfurter Straßenszene keine nennenswerte Rolle: Zwar haben 17 % der Befragten die Substanz ausprobiert, aber nur 1 % haben sie in den letzten 30 Tagen und kein einziger Befragter in den zurückliegenden 24 Stunden konsumiert (Werse & Egger 2015).

Aktuelle Ergebnisse aus dem Projekt Phar-Mon zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene zeigen, dass unter den Partygängern in den vergangenen 12 Monaten MDMA/Ecstasy (54,2 %) und Speed (50,4 %) am häufigsten nach Cannabis (74,4 %) konsumiert wurden (Hannemann & Piontek 2015, persönliche Mitteilung). Den Ergebnissen der aktuellen Trendscout-Untersuchung des Frankfurter MoSyD zufolge ist der Konsum von chemischen Stimulanzien und Empathogenen nahezu völlig auf die Szenen aus dem Bereich „elektronische Tanzmusik“ (Techno, House, Underground-Partys, Goa) beschränkt. Die Trendscouts berichten von sich dahingehend verändernden Konsummustern, dass zunehmend mehr Personen den Konsum nicht auf die Wochenenden beschränken („nightlife settings“) sondern auch an den Wochentagen konsumieren würden. Kokain spielt weiterhin eine untergeordnete Rolle gegenüber anderen Party-Drogen, weil es von den Konsumenten als überteuert, die Kommunikativität hemmend und die Wirkungen anderer Drogen schwächend erachtet wird. Der Konsum von Crystal Meth wird kaum berichtet (Werse et al. 2015).

1.1.4 Kommentar zum Konsum von Stimulanzien (T1.1.4)

Aus verschiedenen Datenquellen werden seit einigen Jahren Zuwächse bezogen auf den Konsum von Stimulanzien berichtet, während sich dies in anderen Quellen nicht in vergleichbarem Maß abzeichnet. Insgesamt ist unstrittig, dass insbesondere der Konsum von Methamphetamin in einigen Regionen Deutschlands eine erhebliche Problembelastung z. B. im Gesundheitssektor zur Folge hat. Relativ betrachtet hat der Konsum von Stimulanzien im Beratungs-/Behandlungssegment sowie in den Datenquellen, die auf Indikatoren der Strafverfolgungsbehörden beruhen, in den letzten Jahren bundesweit an Bedeutung gewonnen (siehe B1.1.1 für eine umfassende Beschreibung der Konsumdaten).

1.1.5 Wechselwirkungen des Konsums verschiedener Stimulanzien (T1.1.5)

Zu diesem Themenbereich liegen aktuell keine Informationen vor.

1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)

1.2.1 Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)

Informationen zu Applikationsformen finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinung und Schadensminderung.

1.2.2 Infektionskrankheiten (T1.2.2)

Informationen zu Infektionskrankheiten finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinung und Schadensminderung.

1.2.3 Konsummuster (T1.2.3)

Informationen zu riskanten Konsummustern finden sich in B1.2.5. Ergebnisse zu Konsummustern in bestimmten Bevölkerungsgruppen aus der MoSyD-Erhebung wurden oben unter B1.1.3 berichtet.

1.2.4 Behandlung: Stimulanzen (T1.2.4)

Unter den Stimulanzen gewinnt kristallines Methamphetamin („Crystal Meth“) in den letzten Jahren in der Suchtprävention aufgrund seiner Verbreitung vor allem in grenznahen Regionen (zu Tschechien) an Bedeutung. So berichtet beispielweise das Bundesland Sachsen-Anhalt seit 2010 über eine erhebliche Zunahme bei Beratungsanfragen bzgl. Crystal Meth (SLS 2015). Eine ähnliche Tendenz wird in Bayern beobachtet: In einigen spezialisierten stationären Einrichtungen der Suchthilfe belegen Crystal Meth-Patienten bis zu 90 % der Plätze. In den Justizvollzugsanstalten ist die Zahl der Inhaftierten, die Crystal-Meth konsumieren, deutlich angestiegen (Freie Wohlfahrtspflege Bayern 2015, persönliche Mitteilung).

Das BMG hat 2013 eine Studie in Auftrag gegeben, die sich mit Konsummotiven der Gebraucher von (Meth-)Amphetaminen befasst. Das Ziel der Untersuchung war es, relevante Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum von Amphetamin und Methamphetamin zu identifizieren und als Grundlage für mögliche zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen Informationen zu deren Konsumbiographien, -motiven und -mustern zu gewinnen. Die Studie (Milin et al. 2014) ist im Kapitel 2.5 des REITOX-Berichtes 2014 beschrieben. Ergebnisse der Studie zeigen, dass in 16 % der Fälle (Meth-)Amphetamin die erste illegale Droge des Konsumenten war und dass 22 % den Konsum mit 15 Jahren oder jünger begonnen hatten. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass in Deutschland weiterer Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Behandlung und der Prävention des Konsums von (Meth-)Amphetaminen besteht (Milin et al. 2015). Weitere Informationen finden sich auch in den Workbooks Behandlung und Prävention.

1.2.5 Riskanter Konsum von Stimulanzen (T1.2.5)

Anhand des verfeinerten Schätzverfahrens auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2013 (für eine Darstellung des Schätzverfahrens siehe Abschnitt C 1.1.2) wurden Schätzungen ausschließlich für die Zielgruppe der Klienten mit Kokain- und Stimulanzenproblemen (F14 und F15 nach ICD-10) berechnet.⁸ Diese ergeben eine Schätzung von 71.000-84.000 (2005: 29.000-35.000; 2011: 58.000-69.000; 2012: 64.000-76.000). Die Schätzungen liegen bei 1,3-1,6 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15- bis 64-Jährigen (2005: 0,5-0,6; 2011: 1,1-1,3; 2012: 1,2-1,4).⁹ Von 2005 bis 2013 stieg dieser Wert fast ausnahmslos an. Nur in den Jahren 2007 und 2009 wurde ein geringfügiger Rückgang

⁸ In den Vorjahren wurden Klienten mit opioid-, kokain- und amphetaminbezogener Störungen berücksichtigt.

⁹ Zu beachten ist, keine Möglichkeit besteht, den intravenösen oder hochfrequenten Konsum in den vorliegenden Datenquellen zu verifizieren. Damit würde eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Daraus folgt möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

im Vergleich zu dem jeweiligen Vorjahr verzeichnet. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für diese Zielgruppe wegen der im Abschnitt C 1.1.2 genannten Probleme nicht vorgenommen.

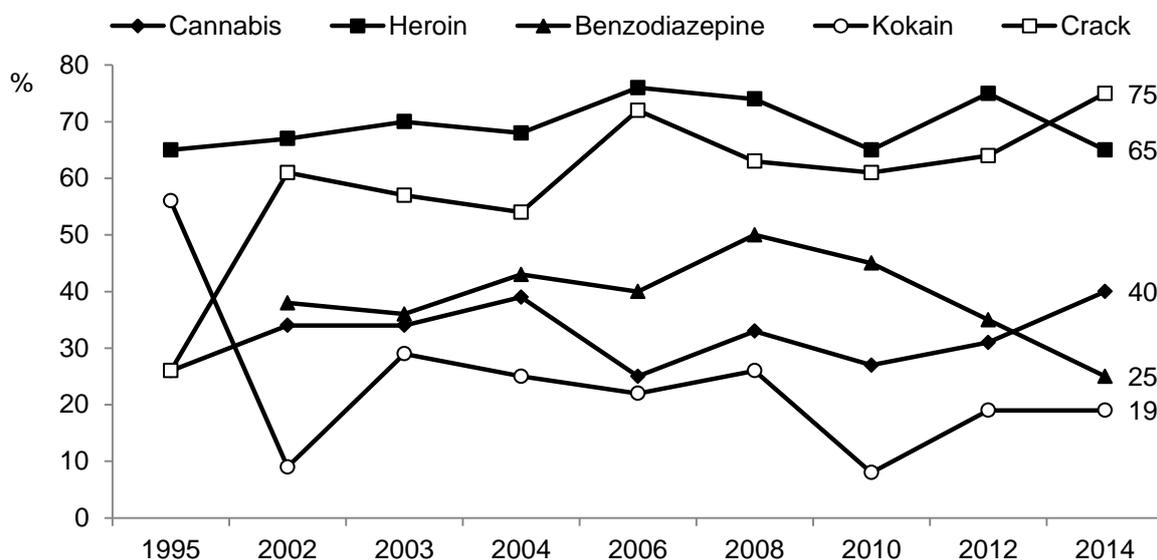
Für den Raum Berlin liegt eine Schätzung aus fünf verschiedenen Datenquellen¹⁰ aus den Jahren 2010 und 2011 zu substanzbezogenen Störungen bei 15- bis 64-jährigen Berlinern vor. Differenziert wurde hierbei in opioid-, kokain- und stimulanzenbezogene Störungen. In Berlin ergab die Schätzung 5.300-9.500 Personen mit einer kokainbezogenen Störung bzw. eine Rate von 2-4 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner. Das Vorkommen stimulanzenbezogener Störungen wurde auf 6.500-9.400 bzw. 3-4 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner geschätzt (Kraus et al. 2015).

Schätzungen in der Allgemeinbevölkerung

Die letzte ESA-Befragung 2012 ergab einen Missbrauch von Amphetaminen für 0,2 % der Befragten (ca. 100.000 Personen), weitere 0,1 % erfüllten die Kriterien für eine Abhängigkeit (ca. 50.000).

Gebrauchsformen außerhalb der HRDU-Definition der EMCDDA

Abbildung 5 zeigt für verschiedene Substanzen den Prozentsatz derjenigen Befragten in der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main (weitere Informationen zur Studie siehe Abschnitt 0.1), die in den letzten 30 Tagen „intensiv“, d. h. täglich oder nahezu täglich, konsumiert haben.



Werse & Egger 2015.

Abbildung 5 Intensiver Konsum illegaler Drogen (in %) bei Personen mit Konsum „harter“ Drogen in den letzten 30 Tagen, Frankfurter Szenestudie

¹⁰ (1) Krankenhausstatistik, (2) Kriminalitätsstatistik, (3) Suchthilfe ambulant, (4) Suchthilfe stationär und (5) Drogentodesstatistik.

Der höchste Anteil an Intensivkonsumenten ist mit aktuell 75 % erstmalig bei Crack und nicht wie bei den vorherigen Untersuchungen bei Heroin festzustellen. Im Vergleich zur vorangehenden Erhebung haben sich die Werte fast punktgenau vertauscht, was die derzeitige Dominanz von Crack in der Straßenszene verdeutlicht. Seit 1995 hat der intensive Konsum von Crack in der offenen Szene in Frankfurt am Main insgesamt massiv zugenommen, wobei ein deutlicher Sprung bereits zwischen 1995 und 2002 zu beobachten ist; gefolgt von einer leichten Abschwächung des Trends, der dann erneut ansteigt und im Berichtsjahr 2014 Maximalwerte erreicht. Für Kokain ist hingegen eine gegenläufige Entwicklung im intensiven Konsum festzustellen; zwischen 1995 und 2002 sind die Zahlen für intensiven Konsum massiv gesunken, gefolgt von einem leichten Anstieg hin zum Jahr 2003. Seit 2003 ist der intensive Konsum von Kokain mit Schwankungen etwa stabil geblieben (Werse & Egger 2015).

1.2.6 Synthetische Cathinone (T1.2.6)

Den Ergebnissen der Online-Befragung zum Konsum von „Legal Highs“ zufolge (für weitere Informationen und Ergebnisse der Erhebung siehe Abschnitt D1.1.1) hat sich der Konsum von NPS-Produkten ohne genaue Deklaration hin zu „Research Chemicals“ mit Bezeichnung der Wirksubstanz verlagert (Werse & Morgenstern 2015).

Die häufigsten Symptome bzw. Nebenwirkungen im Hinblick auf NPS wurden im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ erhoben und werden im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung berichtet.

2 Neue Entwicklungen (T3)

2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Stimulanzien (T3.1)

Aktuelle Daten zum Stimulanzienkonsum sowie die Entwicklung der letzten Jahre werden unter B1.1.1 erläutert.

3 Zusatzinformationen (T4)

3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Ergebnisse aus Abwasseranalysen, die im Rahmen einer europäischen Studie in den Jahren 2012 und 2013 durchgeführt wurden, bestätigen große regionale Unterschiede zwischen europäischen Großstädten. Im Allgemeinen stimmten die Ergebnisse mit den verfügbaren herkömmlichen Überwachungsdaten überein. Was den Kokainkonsum anbelangt, weisen die Ergebnisse auf einen höheren Konsum in Großstädten im Vergleich zu Kleinstädten hin. Weiterhin konnte ein klarer geographischer Unterschied festgestellt werden mit höherem Konsum in Westeuropa, wohingegen die niedrigsten Werte in Nord-, Ost- und Südeuropa gemessen wurden. Dies deckt sich auch mit Ergebnissen aus zwei ähnlich großen Städten in Deutschland: Werte in Dresden (Ostdeutschland) sind vernachlässigbar, während die Werte in Dortmund (Westdeutschland) vergleichbar sind mit Werten belgischer, niederländischer

und schweizerischer Städte. Die deutschen Ergebnisse bestätigen den o. g. Trend geographischer Unterschiede auch für den Konsum Amphetamin-ähnlicher Substanzen – allerdings mit umgekehrter Polung (höhere Werte in Ostdeutschland) (Ort et al. 2014). Weitere umfangreiche Informationen zu diesem Themenkomplex und Daten aus den Abwasseruntersuchungen sind auf der Homepage der EBDD¹¹ zu finden.

3.2 Weitere Aspekte des Stimulanziengebrauchs (T.4.2)

Es liegen zurzeit keine weiteren Informationen zum Stimulanziengebrauch vor.

4 Anmerkungen und Anfragen (T5)

Es liegen zurzeit keine Anmerkungen und Anfragen zum Stimulanziengebrauch vor.

5 Quellen und Methodik (T6)

5.1 Quellen (T6.1)

In diesem Workbook verwendete wichtige Quellen werden unter 0.1 aufgeführt.

5.2 Methodik (T6.2)

Die wichtigsten in diesem Workbook aufgeführten Surveys und Studien werden unter 0.1 erläutert.

¹¹ <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> [letzter Zugriff: 05.10.2015].

ABSCHNITT C: HEROIN UND ANDERE OPIOIDE

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Prävalenz und Trends (T1.1)

1.1.1 Die relative Bedeutung verschiedener Opioiden (T1.1.1)

Im Kontext illegaler Drogen ist der Konsum von Opioiden in Deutschland zum weit überwiegenden Teil identisch mit dem Konsum von Heroin oder ggf. Substanzen, die im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Verwendung finden (Polamidon, Methadon, Buprenorphin). Eine regionale Besonderheit scheint in der Verwendung des synthetischen Opioids „Fentanyl“ zu liegen, das offensichtlich überwiegend (bzw. nahezu ausschließlich) von drogenabhängigen Personen im süddeutschen, v. a. bayerischen, Raum konsumiert wird. Hier werden auch nennenswerte Zahlen von drogeninduzierten Todesfällen im Zusammenhang mit Fentanyl berichtet.

Das Beratungs- und Behandlungssystem Deutschlands ist – im Kontext illegaler Drogen – unverändert an vielen Standorten an den Bedürfnissen Heroin konsumierender Personen orientiert und bietet ein umfangreiches Angebot an Beratung, Behandlung, schadensminimierenden Angeboten (Spritzentausch, Konsumräume in einigen Bundesländern) und sozialen Angeboten (sanitäre und Übernachtungsangebote). Insgesamt weisen die verfügbaren Indikatoren auf eine alternde Population Opioiden konsumierender Personen hin. Erstmalige Nachfragen nach Beratung/Behandlung, die Zahl erstauffälliger Konsumenten und die Zahl von Verstößen gegen das BtMG aufgrund des Konsums von Heroin und anderen Opioiden sind seit Jahren rückläufig. Im Gegensatz dazu gibt es immer wieder Berichte über lokal nachwachsende Szenen. Ein erhebliches Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden liegt in der Verbreitung übertragbarer Erkrankungen unter den Betroffenen (siehe dazu das Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung). Zum Missbrauch opioidhaltiger Arzneimittel liegen nur wenige Informationen vor.

1.1.2 Schätzungen zum Opioidkonsum (T1.1.2)

Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von riskantem Drogenkonsum

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

Da bei den deutschen Zahlen aus dem Polizeibereich Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden sind und valide Schätzungen der Mortalität nur für Opioidkonsumenten vorliegen, wird die Prävalenzschätzung anhand der

drei unten beschriebenen Multiplikatoren für Deutschland auf die Zielgruppe der Opioidkonsumenten beschränkt.

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

EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)

Für das Jahr 2014 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstauffälliger Heroinkonsumenten (Inzidenz) 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 in der Allgemeinbevölkerung wird unter Verwendung eines Mortalitätsschätzers (errechnet aus den Todesfällen in der ambulanten Beratung) auf 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 2013 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patienten in Krankenhäusern) regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2014 basierenden Schätzwert zu berechnen.

- Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung
Hierfür wird zunächst die Gesamtzahl behandelter Fälle auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen in ambulanter und stationärer Betreuung und der Gesamtzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berechnet. Auf dieser Grundlage wird mithilfe eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe die Gesamtzahl aller behandlungsbedürftigen Opioidkonsumenten geschätzt. Eine genaue Darstellung der Schätzmethodik auf der Basis der Behandlungsdaten findet sich im Kapitel 4 der REITOX-Berichte 2010 und 2014.

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt

gültig. Die Verfahren wurden an anderer Stelle beschrieben (Kraus et al. 2003). Alle Multiplikatorenverfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die Erfassung erstauffälliger Konsumenten wird maßgeblich vom Ermittlungsdruck der Polizei beeinflusst und auch die Zahl der Drogentoten ist in ihrer jeweils absoluten Höhe nur bedingt interpretierbar. Andere Schätzverfahren (z. B. Capture-Recapture-Studien oder andere Multiplikatorenverfahren) wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl riskanter Konsumenten von Heroin zwischen 56.000 und 169.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2013 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,1 bis 3,2 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7 Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2006 bis 2014 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr									Prävalenz pro 1.000	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Behandlung ¹⁾	130-154	110-130	164-195	163-194	167-198	171-203	153-182	143-169		²⁾	2,7-3,2
Polizei-kontakte	117-159	108-149	99-137	89-127	81-117	79-106	74-95	68-90	61-84		1,1-1,6
Drogen-todesfälle	103-130	99-113	117-178	91-119	82-137	63-91	62-65	57-59	56-75		1,1-1,4

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

2) S.o. Abschnitt „Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von riskantem Drogenkonsum“ zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2014.

DBDD 2015, spezielle Berechnung.

Die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist zwischen 2007 und 2011 angestiegen und sinkt seit 2012 wieder. Dies ist auf einen Rückgang sowohl der ambulant als auch der stationär behandelten Klienten mit einer primären Opioid-Problematik zurückzuführen.

Die Zahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren stark rückläufig (2000: 7.914; 2014: 1.648). Der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstauffällige Konsumenten registriert worden sind, ist zwischen 2003 (n = 52) und 2013 (n = 33) gesunken, 2014 aber angestiegen (n = 43). Die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ sind seit Jahren rückläufig.

Die Schätzungen des Multiplikators „Drogentodesfälle“ basieren auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten und auf der Zahl der Drogentodesfälle. Erstere ist in den letzten zwei Jahren leicht angestiegen (2012: 1,4-1,5 %; 2014: 1,4-1,8 %). Auch letztere ist nach einem Rückgang zwischen 2010 und 2012 in den letzten zwei Jahren wieder leicht gestiegen (2010: 1.237; 2011: 986; 2012: 944; 2013: 1.002; 2014: 1.032). Die Schätzwerte für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ sind von 2008 bis 2013 gesunken, im letzten Jahr hat sich der Trend aber konsolidiert.

Gemäß der Schätzung für substanzbezogenen Störungen in Berlin (siehe Abschnitt B1.2.5) liegt die Zahl für opioidbezogene Störungen bei 11.300-16.700 Personen in Berlin bzw. bei einer Quote von 5-7 von 1.000 Personen. Damit liegt Berlin im europäischen Vergleich im mittleren bis unteren Bereich (Kraus et al. 2015).

1.1.3 Kommentar zum Opioidkonsum (T1.1.4)

Insgesamt hat die Bedeutung des Konsums von Heroin und anderen Opioiden laut verschiedener Datenquellen, die Informationen zum Drogenkonsum in Deutschland liefern, in den letzten Jahren abgenommen. Insbesondere für jüngere Menschen scheint der Konsum von Opioiden nicht mehr attraktiv zu sein (im Gegensatz z. B. zum Konsum von Stimulanzien), so dass die in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Erscheinung tretende Klientel eine alternde Kohorte repräsentiert. Dazu passen auch Indikatoren wie das seit Jahren steigende Durchschnittsalter unter den Opfern drogeninduzierter Todesfälle (vgl. dazu das Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung) und auch die aus den Strafverfolgungsstatistiken vorliegenden Daten weisen auf eine nachlassende Bedeutung des Konsums und Handels mit Heroin hin. Die Gesamtzahl der Betroffenen scheint sich aber insgesamt in den letzten Jahren nicht dramatisch verändert zu haben, da aufgrund der guten Versorgungslage für die Betroffenen das Überleben über größere Zeiträume als früher gewährleistet werden kann. Mittlerweile existiert auch eine erste Modelleinrichtung für „alte“ Heroinabhängige in Unna. Anlass zur Sorge bereitet die stagnierende bzw. sinkende Zahl von Ärzten, die eine ambulante substitions-gestützte Behandlung anbieten. Hier bestehen in einigen ländlichen Regionen Deutschland bereits Versorgungsprobleme.

1.2 Konsummuster, Behandlung und problematischer / riskanter Konsum (T1.2)

1.2.1 Injektion und andere Applikationsformen (T1.2.1)

In der Szenestudie 2014 finden sich Informationen zu Konsummustern in der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main (Werse & Egger 2015). Hervorzuheben ist der klare Rückgang beim ausschließlich intravenösen Konsum von Heroin von 74 % in 2012 auf 58 % in 2014. Gestiegen sind die Nennungen für nasalen Konsum und Rauchen sowie der Anteil derer, die Heroin sowohl intravenös als auch in anderer Form konsumierten. Der intravenöse Konsum findet weiterhin deutlich überwiegend (72 %) in den Druckräumen statt. Der i.v.-Konsum zu Hause ist zurückgegangen; der Anteil derjenigen, die vor allem auf der Straße (im Bahnhofsviertel) injizieren, hat sich im Vergleich zu den letzten Jahren verdreifacht und

liegt bei 18 %. Informationen zu in Drogenkonsumräumen vorherrschenden Applikationsformen werden im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung im Abschnitt 1.5.3 „Maßnahmen zur Schadensminderung“ berichtet.

1.2.2 Infektionskrankheiten (T1.2.2)

Informationen zu Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.

1.2.3 Konsummuster (T1.2.3)

In der aktuellen Szenestudie des Frankfurter MoSyD zeigt sich, dass Heroin (zusammen mit Crack) nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte Droge in der Straßen-Drogenszene ist. Nahezu alle Befragten verfügten diesbezüglich über Konsumerfahrungen; knapp zwei Drittel hatten in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert. Damit ist der Heroinkonsum aktuell leicht zurückgegangen und liegt im Turnusvergleich auf einem mittleren Niveau. Wie in den Jahren zuvor weist ein Großteil der befragten Szenegänger polyvalente Konsummuster auf. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,4 und in den letzten 24 Stunden 2,7 verschiedene Drogen zu sich genommen. Der Wert für die letzten 24 Stunden ist dabei der höchste aller bisherigen Befragungen. Nicht nur die Anzahl der konsumierten Drogen, sondern auch die Konsumintensität hat sich tendenziell erhöht. Geringfügig angestiegen ist der Anteil der Befragten, die zum Befragungszeitpunkt nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumierten: 19 % hatten in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes Methadon und 11 % Buprenorphin genommen (Werse & Egger 2015).

1.2.4 Behandlung: Heroin und andere Opioide (T1.2.4)

Die substitutionsgestützte Behandlung ist - nach der Entgiftung - die am häufigsten angewandte Intervention bei Heroin- bzw. Opioidabhängigkeit. Darüber hinaus existieren insbesondere im stationären Kontext unmittelbar abstinenzorientierte Rehabilitationsangebote. Informationen zur Behandlung von Opioidkonsumenten finden sich im Workbook Behandlung.

2 Neue Entwicklungen (T3)

2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von Heroin und anderen Opioiden (T3.1)

Über die bereits oben beschriebene Lage hinaus sind keine nennenswerten aktuellen Entwicklungen bekannt.

3 Zusatzinformationen (T4)

Wichtige Quellen werden oben erläutert (siehe 0.1). Weitere Quellen zu Themen wie Injektionsverhalten, Infektionskrankheiten und Schadensminderung bei Opioidkonsumenten finden sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.

3.1 Weitere Aspekte des Gebrauchs von Heroin und Opioiden (T.4.2)

Zurzeit liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Gebrauchs von Heroin und Opioiden vor.

4 Anmerkungen und Anfragen (T5)

Zurzeit liegen keine Anmerkungen und Anfragen vor.

5 Quellen und Methodik (T6)

5.1 Quellen (T6.1)

In diesem Workbook verwendete wichtige Quellen werden unter 0.1 aufgeführt.

5.2 Methodik (T6.2)

Die wichtigsten in diesem Workbook aufgeführten Surveys und Studien werden unter 0.1 erläutert.

ABSCHNITT D: NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN (NPS) UND WEITERE DROGEN

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), andere neue oder neuartige Drogen und Drogen mit geringer Verbreitung (T1.1)

1.1.1 Konsum von NPS: Prävalenz und Trends (T1.1.1)

Ein aktuelles Phänomen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen stellen die so genannten „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS) dar, zu denen auch die „Research Chemicals“ (RC) und „Legal Highs“ gehören. Nach dem EuGH-Urteil vom 10.07.2014 kann das Arzneimittelgesetz (AMG) nicht mehr ohne weiteres dazu genutzt werden, den Handel mit diesen Substanzen gesetzlich zu verbieten. Mit „Research Chemicals“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z. B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabinomimetische Substanzen) - häufig in Reinsubstanz - bezeichnet, die (noch) nicht dem Betäubungsmittelrecht unterstellt sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere, dem BtMG bereits unterstellte Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Solche Substanzen werden einerseits (zumindest vorgeblich) als Reinsubstanz unter ihren tatsächlichen chemischen Namen über Online-Shops vertrieben. Andererseits sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe), verschleiern als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o. Ä. aufgemacht, über Onlinehändler und zum Teil auch noch über immobile Headshops erhältlich.

Die Datenlage zur Verbreitung des Konsums so genannter „Legal Highs“ und verwandter Produkte ist weiterhin unbefriedigend. Insgesamt deuten die (wenigen) verfügbaren Daten darauf hin, dass der Konsum in der Allgemeinbevölkerung unverändert relativ niedrig zu sein scheint. Dennoch scheinen sie sich als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen zu etablieren. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten in diesem Segment ist mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden und wird sicherlich vor dem Hintergrund sich verändernder Konsumgewohnheiten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

Laut Experten-Panel des Frankfurter MoSyd spielen NPS weiterhin eine untergeordnete Rolle im Konsumgeschehen. NPS werden vor allem über das Internet bezogen und vorwiegend in Form von Räuchermischungen als Cannabis-Ersatz konsumiert. Bedeutung haben sie nur bei erfahrenen „Psychonauten“ und werden in diesem Bereich als „Research Chemicals“ (Reinstoffe) erworben und konsumiert. Im Bereich der Strafverfolgung kommt es nur zu wenigen Maßnahmen, die mit NPS in Verbindung stehen. Insgesamt werden NPS nach wie vor nur von wenigen Menschen konsumiert, wohl u. a. deswegen, weil der Konsum aufgrund der unklaren gesundheitlichen Folgen stark risikobehaftet ist (Werse et al. 2015).

Seit 2008 werden Schüler in der Frankfurter Schülerbefragung nach dem Konsum sogenannter Räuchermischungen, seit 2010 auch nach dem Konsum anderer „Legal Highs“ befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 6 % der 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben eine sogenannte Räuchermischung mit synthetischen Cannabinoiden konsumiert haben (siehe dazu Abschnitt A1.2.4). Andere NPS spielen quantitativ keine Rolle (Werse et al. 2015).

Das Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität hat 2013/2014 im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ bereits zum zweiten Mal eine Online-Befragung unter Konsumenten von NPS durchgeführt. Ziel der Erhebungen war es, jeweils eine größere Stichprobe von Konsumentenerfahrungen zu erreichen, mittels derer differenzierte Aussagen über NPS-Konsumierende möglich sind. Zur Strukturierung wurden in der Erhebung drei Kategorien von NPS-Produktgruppen verwendet: a) „Research Chemicals“, b) „Räuchermischungen“ / „Spice-Produkte“, und c) Psychoaktive Substanzen wie „Badesalze“, „Pflanzendünger“ usw. („Andere Legal Highs“). In der aktuellen Erhebung wurde weniger Konsum von NPS berichtet als 2011. Generell werden Räuchermischungen bzw. synthetische Cannabinoide wesentlich häufiger wegen ihrer Legalität konsumiert als dies bei „Research Chemicals“ der Fall ist; die Bedeutung der legalen Erhältlichkeit als Konsummotiv hat seit der ersten Befragung 2011 aber abgenommen. Bereits 2011 gab es einen deutlichen regionalen Schwerpunkt in Bayern. In der aktuellen Befragung waren sogar noch mehr bayerische Befragte vertreten, insbesondere beim Konsum von Räuchermischungen. Angesichts der geringeren Werte für aktuellen Konsum vermuten die Autoren, dass das NPS-Phänomen seinen Höhenpunkt überschritten hat. Der Konsum konzentriert sich stärker auf eine kleine, vermutlich zumeist gut informierte Gruppe sowie auf Regionen mit eher repressiven drogenpolitischen Ansätzen (Werse & Morgenstern 2015).

Laut aktuellen Ergebnissen aus dem Projekt Phar-Mon zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene hatten insgesamt 18,8 % der Stichprobe in den vergangenen 12 Monaten NPS konsumiert. Die genannten NPS wurden gesammelt und in einem Glossar aufgeführt, welches über 90 neuartige Substanzen sowie Nennungen von Medikamenten beinhaltet (Hannemann & Piontek 2015, persönliche Mitteilung).

Die im Rahmen des MAG-NET 2 Projektes¹² durchgeführte nicht-repräsentative Studie zum Freizeitkonsum weist auf eine eher geringe Bedeutung von NPS hin. Die Stichprobe der 2013-2014 durchgeführten Studie umfasste 1.381 validierte Interviews, untersucht wurden verschiedene Freizeitsettings. Über alle Altersgruppen hinweg waren NPS nur selten vertreten (5,5 % Lebenszeitprävalenz, davon 49 % ohne Konsum in den letzten 12 Monaten) (Kraus, A. et al. 2014).

¹² www.mag-net.eu [letzter Zugriff: 05.10.2015].

1.1.2 Gesundheitliche Begleiterscheinungen beim Konsum von NPS (T1.1.2)

Die häufigsten Nebenwirkungen von NPS wurden im Rahmen des EU-Projektes „Spice II Plus“ erhoben (siehe dazu Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schandesminderung, Abschnitt 1.4)

1.1.3 Konsum anderer Drogen: Prävalenz, Trends und gesundheitliche Begleiterscheinungen (T1.1.3)

Das Trendscout-Panel des MoSyD (Werse et al. 2015) liefert auch Information zu einigen Drogen, die kürzlich in Frankfurt aufgefallen sind. Demnach hat sich Ketamin als Party-Droge in der Techno- und Tech-House-Szene unter erfahrenen Konsumenten fest etabliert. Sie wird von experimentierfreudigen Konsumenten mit anderen Substanzen zusammen konsumiert; besonders Kombinationen mit MDMA und/oder Kokain sind beliebt. Teilweise werden die verschiedenen Drogen vor dem Konsum vermischt (anstatt sie nacheinander einzunehmen), was eine genaue Dosierung erschwert. Es gibt Hinweise darauf, dass Ketamin von manchen Szeneangehörigen auch unter der Woche konsumiert wird, da sie keinen Kater verursache, nur eine kurze Wirkdauer habe und somit gut in den Alltag integrierbar sei.

In einem kleinen Kreis der Techno-Szene wieder aufgetaucht ist Methoxetamin, ein mittlerweile illegaler Ketamin-„Ersatzstoff“, der sich wegen seiner von vielen Konsumenten als unangenehm empfundenen Wirkungsweise in der Vergangenheit nicht durchgesetzt hat.

Aus Frankfurt wird über eine zunehmende Verbreitung des Konsums von Mephedron insbesondere unter homosexuellen Konsumenten berichtet. In Frankfurt findet der Konsum demnach hauptsächlich unter verhältnismäßig älteren Konsumenten (um die 30 Jahre alt) statt, die bereits mit anderen Drogen Erfahrungen gemacht haben.

1.1.4 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

In der aktuellen Veröffentlichung der Ergebnisse des ESA 2012 wird berichtet, dass 3,4 % der befragten 18- bis 64-Jährigen die Kriterien einer Schmerzmittelabhängigkeit erfüllen (Pabst et al. 2013). Zudem zeigten 1,4 % der Befragten eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln und 0,8 % eine Abhängigkeit von Schlafmitteln. Die Hochrechnung für die Gesamtzahl aller Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigen Personen in Deutschland beträgt 2,31 Millionen und liegt damit höher als der Wert für die Alkoholabhängigen (1,77 Millionen).

Die Schätzungen des Deutschen Epidemiologischen Gesundheitssurveys ergaben hingegen lediglich eine 12-Monats-Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit (Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel) von 0,5 % (Jacobi et al. 2014), dies entspricht 0,3 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Aufgrund deutlicher Unterschiede in der methodischen Herangehensweise, den Einschlusskriterien und erfassten Medikamenten lassen sich die Ergebnisse der beiden Studien nicht miteinander vergleichen.

Die Verschreibungszahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung können Anhaltspunkte für die Verbreitung von Arzneimitteln liefern sowie über Trends des Arzneimittelmisbrauchs informieren. In den letzten Jahren zeichnen sich auffallende Veränderungen in der Verordnungsstruktur von Psychopharmaka in Deutschland ab. Verschreibungen von Sedativa/Hypnotika sind zwischen 1992 und 2012 um 76 % gesunken (Schwabe & Paffrath 2013). Gleichzeitig stieg die Anzahl der privaten Verordnungen für diese Arzneimittelgruppe (Glaeske & Schicktanz 2012; Hoffmann & Glaeske 2014). Es gibt Hinweise darauf, dass Ärzte diese Mittel jenseits der als transparent geltenden Krankenkassendaten vermehrt auf Privatrezepten verschreiben, zumindest für Zolpidem und Zopiclon (Hoffmann et al. 2009). Im Jahr 2012 sind insgesamt 105 Millionen Defined Daily Doses (DDD) an Benzodiazepinen und Z-Drogen verschrieben worden (Schwabe & Paffrath 2013). Zolpidem wird häufiger auf Privatrezept verordnet als Zopiclon, dies kann als Hinweis auf das größere Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Zolpidem gewertet werden. Gleichzeitig werden Z-Drogen im Vergleich zu Benzodiazepinen von britischen und deutschen Hausärzten als vergleichsweise wirksamer, sicherer und deutlich weniger anfällig für Missbrauch und Abhängigkeit eingeschätzt (Hoffmann & Glaeske 2014). Im Bereich der Schmerzmittel wurden Opioidanalgetika 2012 dreimal so häufig wie 1997 verordnet, sodass mit 403 DDD ein Höchststand erreicht wurde (Schwabe & Paffrath 2013).

In Rahmen der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit ist ein aktuelles Modellprojekt zum ambulanten Entzug benzodiazepinabhängiger Patienten entstanden. Ziel des Projektes war es, ein ortsnahes und niedrigschwelliges Angebot zum ambulanten Entzug älterer Patienten in Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker zu ermöglichen. 45 % der Patienten waren nach Ablauf des Projektes abstinent und weiteren 28 % gelang es, ihre Dosis zu reduzieren. 80 % der Patienten, die abstinent wurden bzw. ihre Dosis reduzierten, berichteten drei Monaten nach Abschluss der Intervention, keinen Rückfall erlitten zu haben (ABDA 2013).

Daten aus dem Monitoringsystem Phar-Mon

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

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2014 wurden Daten von 32 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit am Projekt teilnehmen. 31 der angeschriebenen Einrichtungen meldeten insgesamt 970 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelgebrauchs von 737 Klienten zurück. Die Nennungen stammen überwiegend von Männern (71,8 %) und Personen mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden (n = 538, 73,0 %).

Die am häufigsten missbrauchte Arzneimittelgruppe waren Substitutionsmittel mit 51,2 % (n = 497). An zweiter und dritter Stelle folgten Sedativa/Hypnotika mit 23,2 % (n = 225) und

Analgetika mit 10,5 % (n = 102). Die häufigsten Nennungen einzelner Wirkstoffe in der Gesamtstichprobe umfassten Methadon (n = 242, 24,9 %), Buprenorphin (n = 154, 15,9 %), Diazepam (n = 130, 13,4 %) und Levomethadon (n = 101, 10,4 %).

Da sich die Konsummuster je nach Hauptdiagnose der Klienten deutlich unterscheiden, werden Missbrauchsennungen in Phar-Mon getrennt für die Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Opioide und Sedativa/Hypnotika dargestellt.

Die Hauptdiagnosegruppe Alkohol zeichnete sich durch einen Missbrauch unterschiedlicher Arzneimittelgruppen aus, während sich der Missbrauch in den Hauptdiagnosegruppen Opioide und Sedativa/Hypnotika eher auf wenige Gruppen konzentrierte. Unter den Klienten mit alkoholbezogenen Störungen wurden am häufigsten Sedativa/Hypnotika (n = 30, 39,5 %) missbraucht, darunter vor allem Benzodiazepine. Die zweithäufigste missbrauchte Arzneimittelgruppe waren Analgetika (n = 21, 27,6 %). Seltener wurden Z-Drogen missbraucht (n = 7, 9,2 %). Unter den Wirkstoffen wurden am häufigsten Diazepam (n = 10, 13,2 %) und Lorazepam (n = 9, 11,8 %) sowie Ibuprofen (n = 10, 13,2 %) genannt.

Unter Klienten mit der Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden wurden am häufigsten Substitutionsmittel missbräuchlich verwendet (n = 450, 62,6 %), wobei Methadon am häufigsten genannt wurde (n = 227, 32,1 %), gefolgt von Buprenorphin (n = 130, 18,4 %) und Levomethadon (n = 93, 13,2 %). Unter den anderen Arzneimittelgruppen wurden insbesondere Sedativa/Hypnotika mit 17,8 % (n = 126) und Antiepileptika mit 9,3 % (n = 66) missbraucht. Bei den Wirkstoffen dominierten Diazepam (n = 99, 14,0 %) und Clonazepam (n = 49, 6,9 %).

Entsprechend der Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika missbrauchten Klienten in dieser Gruppe mit 50,0 % (n = 30) am häufigsten Sedativa/Hypnotika. An zweiter und dritter Stelle der missbrauchten Arzneimittelgruppen standen Analgetika mit 20,0 % (n = 12) und Substitutionsmittel mit 10,0 % (n = 6). Bezogen auf die Wirkstoffe fanden sich die meisten Nennungen für die Opioid-Analgetika Tramadol (n = 5, 8,3 %) und Tilidin (n = 3, 5,0 %) (Phar-Mon 2015, persönliche Mitteilung).

Daten aus Frankfurt

Laut den aktuellen Ergebnissen der Frankfurter Szenestudie hat sich der klare Rückgang des Benzodiazepinkonsums 2014 fortgesetzt. Nur noch 13 % der Konsumenten in der offenen Drogenszene in Frankfurt haben diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert; 2010 betraf dies noch fast die Hälfte der Befragten. Flunitrazepam, das 2011 dem BtMG unterstellt wurde, spielt mit einer 24-Stunden-Prävalenz von 1 % mangels Verfügbarkeit kaum noch eine Rolle im Konsumgeschehen. Der gesamte Rückgang der Verbreitung dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass andere Benzodiazepine nicht so beliebt sind wie Flunitrazepam; zumindest werden diese trotz sehr guter Verfügbarkeit und niedriger Preise in wesentlich geringerem Maße konsumiert (Werse & Egger 2015).

Den Ergebnissen der aktuellen Frankfurter Schülerbefragung zufolge haben 4 % der Befragten schon einmal psychoaktiv wirksame Medikamente eingenommen mit dem Ziel, sich zu berauschen oder ihre Leistungen zu beeinflussen. Weniger als 1 % (n = 4) hiervon konsumierten diese Medikamente auch in den letzten 30 Tagen (Werse et al. 2015).

Daten aus anderen Quellen

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

2 Neue Entwicklungen (T3)

2.1 Neue Entwicklungen bezüglich des Konsums von NPS und anderen Drogen (T3.1)

Über die oben berichteten Daten hinaus liegen keine weiteren Informationen vor.

3 Zusatzinformationen (T4)

3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Im Rahmen eines EU-geförderten INTERREG-Projektes (Deutschland / Österreich) wurde der Alkohol- und Benzodiazepinkonsum bei älteren Menschen in Krankenhäusern und Seniorenheimen des Projektgebiets (Bundesland Salzburg sowie die Landkreise Berchtesgadener Land und Traunstein) untersucht. Hier wurden neben Fremd- und Selbstauskunft auch erstmalig objektive Biomarker wie Ethylglukuronid in Urin und Haaren sowie eine Laboranalyse mittel Flüssigkeitschromatografie auf Benzodiazepine eingesetzt.

Die Ergebnisse aus den Haaranalysen zeigen, dass 34,2 % der Seniorenheimbewohner und 28,6 % der Patienten in Krankenhäusern Benzodiazepine konsumieren. Bei 68 % der Benzodiazepin-positiven Heimbewohner geht das Pflegepersonal davon aus, dass keine Benzodiazepine verabreicht werden. Ähnlich verhält es sich bei exzessivem Alkoholkonsum, der in 60 % der Fälle vom Pflegepersonal deutlich unterschätzt wird. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung stellt Suchthilfe und Altenhilfe vor neue Herausforderungen und erfordert eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Thema Sucht im Alter. Die Autoren schlussfolgern, dass es einen Bedarf an neuen Verfahren zur Messung von Suchtproblemen im Alter gibt und ein Angebot an altersspezifischen Therapie- und Behandlungsprogrammen in den Hilfesystemen etabliert werden sollte (Kunz et al. 2014).

3.2 Weitere Aspekte des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen (T.4.2)

Aktuell liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten des Gebrauchs von NPS und weiteren Drogen vor.

4 Anmerkungen und Anfragen (T5)

Zurzeit liegen keine Anmerkungen und Anfragen vor.

5 Quellen und Methodik (T6)

5.1 Quellen (T6.1)

In diesem Workbook verwendete wichtige Quellen werden unter 0.1 aufgeführt.

5.2 Methodik (T6.2)

Die wichtigsten in diesem Workbook aufgeführten Surveys und Studien werden unter 0.1 erläutert.

ABSCHNITT E: BIBLIOGRAPHIE

1 Bibliographie

- ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2013). Modellprojekt Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt, Berlin.
- Baldus, C., Haevelmann, A., Reis, O. & Thomasius, R. (2014). Internalisierendes Problemverhalten und Cannabiskonsum: Zusammenhänge und Einflussvariablen in einer Querschnittsuntersuchung 14- bis 23-jähriger Cannabiskonsumenden. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie **63** (3) 200-218.
- Baumgärtner, T. (2013). "Risikogruppen in der aktuellen Hamburger SCHULBUS-Studie. **Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln**", in *DZSKJ-Fachtagung 2013 "Risikogruppen in der Suchtprävention"*, Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2013). Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2014). Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland - Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional-Studie 2012. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- 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.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2011). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2010). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum

- Gebrauch. Stand: 05.10.2010 [online]. Hamm. Verfügbar unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld Statistik/KDS Manual 10 2010.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf) [letzter Zugriff: 05.10.2015].
- 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.
- Erbe, S. & Bschor, T. (2013). Diphenhydramin-Abhängigkeit und -Entzug. Psychiatrische Praxis **40** (5) 248-251.
- Glaeske, G. & Schickanz, C. (2012). GEK-Arzneimittel-Report 2012. Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg.
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2014). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher: Gibt es regionale Unterschiede? Sucht **60** (3) 163-172.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U. & Preuss, U. W. (2015). Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt **112** (16) 271-278.
- Hoffmann, F. & Glaeske, G. (2014). Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. Der Nervenarzt **85** (11) 1402-1409.
- Hoffmann, F., Scharffetter, W. & Glaeske, G. (2009). Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. Der Nervenarzt **80** (5) 578-583.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt **85** (1) 77-87.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Kraus, A., Both, L., & Paulos, C. (2014). "Freizeitkonsum in der Großregion. Aktivitäten, Ergebnisse und offene Fragen", in *Jahresabschlussitzung Beirat Saarbrücker Gesundheitsforum und Runder Tisch Kindergesundheit*.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A. & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction **98** (4) 471-485.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 181. IFT Institut für Therapieforchung, München.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013a). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. Sucht **59** (6) 309-320.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013b). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. Sucht **59** (6) 333-345.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler

- Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012 [online]. IFT Institut für Therapieforschung, München. Verfügbar unter: http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Drogen-Kurzbericht.pdf [letzter Zugriff: 05.10.2015].
- Kraus, L., Steppan, M. & Piontek, D. (2015). Schätzung der Prävalenz substanzbezogener Störungen in Berlin: Opioide, Kokain und Stimulanzien. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kunz, I., Dreher, M., Schmidt, V., Lang, S., Hoffmann, R., Auwärter, V., Yegles, M., Kühberger, A., Laireiter, A., Iglseider, B., Thon, N. & Wurst, F. M. (2014). Alkohol- und Benzodiazepinkonsum bei älteren und hochbetagten Menschen - Ergebnisse aus dem INTERREG-Projekt Alter und Sucht. Suchttherapie **15** (3) 105-112.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group (2014). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **57** (7) 830-839.
- 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.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2014). Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlage von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe, Forum Sucht Sonderband 8. LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster.
- Legleye, S., Piontek, D., Pampel, F., Goffette, C., Khat, M. & Kraus, L. (2014). Is there a cannabis epidemic model? Evidence from France, Germany and USA. International Journal of Drug Policy **25** (6) 1103-1112.
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2014). Amphetamin und Methamphetamin - Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg.
- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer, I. (2015). "Methamphetamine user groups in Germany: results of a nationwide study", in *18th Annual Conference of the European Association of Substance Abuse Research (EASAR)*.
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2014). Suchtproblematik im Land Brandenburg, Inpuncto 05/2014. Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam.
- Ort, C., van Nuijs, A. L. N., Berset, J.-D., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., de Voogt, P., Emke, E., Fatta-Kassinos, D., Griffiths, P., Hernández, F., Gonzálo-Marino, I., Grabic, R., Kasprzyk-Hodern, B., Mastroianni, N., Meierjohann, A., Nefau, T., Östman, M., Pico, Y., Racamonde, I., Reid, M., Slobodnik, J., Terzic, S., Thomaidis, N. & von Thomas, K. (2014). Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. Addiction **109** (8) 1338-1352.

- Orth, B. & Töppich, J. (2015). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Ottova, V., Hillebrandt, D., Kolip, P., Hoffarth, K., Bucksch, J., Melzer, W., Klocke, A., Richter, M., Ravens-Sieberer, U. & das HBSC-Team Deutschland (2012). Die HBSC-Studie in Deutschland - Studiendesign und Methodik. Das Gesundheitswesen **74** (Suppl 1) S8-S14.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht **59** (6) 321-331.
- Perkonig, 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. (2008). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **10** (3) 151-163.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2013/2014. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Schettino, J., Leuschner, F., Kasten, L., Tossmann, P. & Hoch, E. (2015). Treatment of cannabis-related disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Luxembourg.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.) (2013). Arzneiverordnungs-Report 2013. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- SLS (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V) (2015). Sucht 2014. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. SLS, Dresden.
- ter Bogt, T. F., de Looze, M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Gabhainn, S. N., Pejnovic Franelic, I., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W. & Pickett, W. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. Addiction **109** (2) 273-283.
- Tretter, F. & Kraus, L. (2004). Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen. Sucht **50** (1) 5-7.
- Wartberg, L., Thomsen, M. & Thomasius, R. (2014). Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen bei Jugendlichen mit intensivem regelmäßigem Cannabiskonsum. Zeitschrift für Neuropsychologie **25** (3) 165-176.
- Werse, B. & Egger, D. (2015). MoSyD Szenestudie 2014. Centre for Drug Research, Goethe Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main.
- Werse, B. & Morgenstern, C. (2015). Der Trend geht zur Reinsubstanz - Entwicklungen im Konsum von "Legal Highs"/neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) auf Basis zweier Online-Befragungen. Suchttherapie **16** (1) 36-41.
- Werse, B., Morgenstern, C., & Sarvari, L. (2014). MoSyD Jahresbericht 2013. Drogentrends in Frankfurt am Main. CDR Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.

- Werse, B., Kamphausen, G., Egger, D., Sarvari, L. & Müller, D. (2015). MoSyD Jahresbericht 2014. Drogentrends in Frankfurt am Main. CDR Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodemaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Zieglgänsberger, S. (1995). Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G. & Beesdo, K. (2008). 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.

2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland	14
Tabelle 2	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen.....	15
Tabelle 3	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien*	16
Tabelle 4	Prävalenz diverser Substanzen in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (2002 und 2010-2014) (MoSyD)	18
Tabelle 5	Prävalenz des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen deutschen Studien*	25
Tabelle 6	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Stimulanzien, 18-64 Jährige (ESA 2012).....	34
Tabelle 7	Schätzung der Prävalenz riskanten Opioidkonsums von 2006 bis 2014 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)	42

3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Prävalenz des Konsums "harter Drogen" (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD)	18
Abbildung 2	Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD)	24
Abbildung 3	30-Tages und 24-Stunden-Prävalenzraten von Cannabis aus der Frankfurter Szenestudie (1995-2014).....	27
Abbildung 4	Prävalenz des Konsums von „Legal Highs“ (Räuchermischungen und andere) unter Frankfurter Schülern (15 bis 18 Jahre), 2002-2014 (MoSyD).....	31
Abbildung 5	Intensiver Konsum illegaler Drogen (in %) bei Personen mit Konsum „harter“ Drogen in den letzten 30 Tagen, Frankfurter Szenestudie	37