



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

DBDD
Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS IFT BZgA

Tim Pfeiffer-Gerschel, Ingo Kipke, Stephanie Flöter & Krystallia Karachaliou,
IFT Institut für Therapieforschung

Christiane Lieb, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD

DEUTSCHLAND

Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen

Drogensituation 2009/2010

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Verantwortlich für Kapitel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 und 12

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)

Dr. Stephanie Flöter

Krystallia Karachaliou

Ingo Kipke

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

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

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

Email: pfeiffer-gerschel@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)

Verantwortlich für Kapitel 3

Christiane Lieb

Peter Lang

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

Tel.: +49 (0) 221-8992 - 364

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

Email: peter.lang@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Verantwortlich für Kapitel 11

Peter Raiser

Gabriele Bartsch

Westenwall 4

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: raiser@dhs.de

Nationale Experten

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

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

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

Heiko Hergenbahn, BKA Wiesbaden (Kapitel 10), Dr. Heinrich Küfner, IFT München (Kapitel 4), Oliver Müller, CDR Frankfurt (Kapitel 2 und 10), Alexander Pabst, IFT München (Kapitel 2), Dr. Bernd Wese, CDR Frankfurt (Kapitel 2 und 10).

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

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Zusammenfassung

Summary

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS 1

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

1.1 Überblick..... 1

1.1.1 Begriffsdefinition 1

1.1.2 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“ 2

1.1.3 Die Struktur Deutschlands..... 2

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen..... 3

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich 3

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen 5

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination 11

1.3.1 Nationaler Aktionsplan..... 11

1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans 12

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik..... 27

1.3.4 Koordinierung 27

1.4 Ökonomische Analyse 28

1.4.1 Einleitung 28

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets 29

1.4.3 Soziale Kosten..... 29

2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG UND SPEZIFISCHEN UNTERGRUPPEN..... 31

2.1 Überblick..... 31

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung 35

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen..... 35

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich 37

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen 43

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.3.1 | Konsum legaler psychotroper Substanzen..... | 45 |
| 2.3.2 | Konsum illegaler Drogen | 46 |
| 2.4 | Drogenkonsum in spezifischen Gruppen..... | 58 |
| 3 | PRÄVENTION | 63 |
| 3.1 | Überblick..... | 63 |
| 3.1.1 | Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen | 63 |
| 3.1.2 | Aktuelle Entwicklungen und Trends | 63 |
| 3.1.3 | Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention | 66 |
| 3.2 | Universelle Prävention | 68 |
| 3.2.1 | Schule..... | 68 |
| 3.2.2 | Familie | 71 |
| 3.2.3 | Kommunale Prävention | 72 |
| 3.2.4 | Freizeit und Sportvereine | 72 |
| 3.3 | Selektive Prävention | 73 |
| 3.3.1 | Risikogruppen..... | 73 |
| 3.3.2 | Risikofamilien..... | 74 |
| 3.4 | Selektive Prävention im Freizeitbereich..... | 76 |
| 3.5 | Indizierte Prävention | 77 |
| 3.5.1 | Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten..... | 77 |
| 3.5.2 | Kinder mit ADHS..... | 77 |
| 3.5.3 | Früherkennung und Frühintervention | 78 |
| 3.6 | Nationale und regionale (Medien-) Kampagnen | 79 |
| 4 | PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM..... | 81 |
| 4.1 | Überblick..... | 81 |
| 4.2 | Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum | 83 |
| 4.2.1 | EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)..... | 83 |
| 4.2.2 | Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum..... | 86 |
| 4.3 | Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen..... | 86 |
| 4.4 | Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch von Drogen | 87 |
| 4.4.1 | Gebrauchsformen außerhalb der PDU-Definition der EMCDDA | 87 |
| 4.4.2 | Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition | 88 |
| 4.4.3 | Missbrauch von Medikamenten..... | 89 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5 | DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG: BEHANDLUNGSNACHFRAGE UND BEHANDLUNGSVERFÜGBARKEIT | 95 |
| 5.1 | Überblick..... | 95 |
| 5.2 | Strategie, Politik..... | 97 |
| 5.3 | Behandlungssystem | 99 |
| 5.3.1 | Organisation und Qualitätssicherung | 100 |
| 5.3.2 | Verfügbarkeit und Behandlungsformen | 103 |
| 5.4 | Charakteristika der behandelten Personen | 111 |
| 5.4.1 | Ambulante Behandlung | 111 |
| 5.4.2 | Stationäre Behandlung | 117 |
| 5.5 | Behandlungstrends..... | 121 |
| 5.5.1 | Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich | 121 |
| 5.5.2 | Substitutionsbehandlung | 124 |
| 6 | GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN..... | 131 |
| 6.1 | Überblick..... | 131 |
| 6.2 | Infektionskrankheiten..... | 131 |
| 6.2.1 | Drogenbezogene Todesfälle | 132 |
| 6.3 | Drogenbezogene Infektionskrankheiten | 133 |
| 6.3.1 | HIV/AIDS und virale Hepatitis..... | 133 |
| 6.3.2 | Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten | 139 |
| 6.3.3 | Verhaltensdaten..... | 139 |
| 6.4 | Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ... | 140 |
| 6.4.1 | Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle..... | 140 |
| 6.4.2 | Andere interessante Themen | 140 |
| 6.5 | Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten..... | 141 |
| 6.5.1 | Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen) | 141 |
| 6.5.2 | Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle) | 149 |
| 6.5.3 | Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen | 150 |
| 7 | UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS | 151 |
| 7.1 | Überblick..... | 151 |
| 7.2 | Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen | 151 |
| 7.3 | Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten..... | 154 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 7.4 | Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten | 165 |
| 8 | SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND SOZIALE WIEDEREINGLIEDERUNG | 167 |
| 8.1 | Überblick..... | 167 |
| 8.2 | Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum | 167 |
| 8.2.1 | Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten | 167 |
| 8.2.2 | Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen | 168 |
| 8.3 | Soziale Reintegration..... | 169 |
| 8.3.1 | Unterkunft | 169 |
| 8.3.2 | Bildung, berufliche Ausbildung | 169 |
| 8.3.3 | Beschäftigung..... | 170 |
| 9 | DROGENBEZOGENE KRIMINALITÄT, PRÄVENTION VON DROGENBEZOGENER KRIMINALITÄT UND GEFÄNGNIS..... | 175 |
| 9.1 | Überblick..... | 175 |
| 9.2 | Drogenbezogene Kriminalität | 175 |
| 9.2.1 | Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Drogen..... | 175 |
| 9.2.2 | Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen..... | 180 |
| 9.3 | Prävention von drogenbezogener Kriminalität..... | 182 |
| 9.4 | Interventionen im Strafjustizsystem | 183 |
| 9.4.1 | Alternativen zu Gefängnisstrafen | 183 |
| 9.4.2 | Andere Interventionen im Strafjustizsystem | 184 |
| 9.5 | Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen..... | 184 |
| 9.6 | Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen | 187 |
| 9.6.1 | Drogenbehandlung | 187 |
| 9.6.2 | Prävention und Reduktion von durch Drogen verursachte Schäden | 195 |
| 9.6.3 | Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten | 195 |
| 9.6.4 | Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung..... | 196 |
| 9.7 | Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung | 197 |
| 10 | DROGENMÄRKTE..... | 199 |
| 10.1 | Überblick..... | 199 |
| 10.2 | Verfügbarkeit und Versorgung | 201 |
| 10.2.1 | Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang | 201 |
| 10.2.2 | Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe..... | 202 |

| | | |
|---|---|------------|
| 10.2.3 | Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten | 202 |
| 10.3 | Beschlagnahmungen | 205 |
| 10.3.1 | Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen | 205 |
| 10.3.2 | Mengen und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen..... | 207 |
| 10.3.3 | Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten | 207 |
| 10.4 | Preis / Reinheit | 208 |
| 10.4.1 | Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene | 208 |
| 10.4.2 | Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen..... | 210 |
| TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN | | 215 |
| 11 | ENTWICKLUNG, METHODEN UND UMSETZUNG NATIONALER BEHANDLUNGS-LEITLINIEN | 215 |
| 11.1 | Entwicklung und Rahmenbedingungen | 215 |
| 11.1.1 | AWMF-Leitlinien | 215 |
| 11.1.2 | Substitutions-Richtlinien der Bundesärztekammer..... | 217 |
| 11.1.3 | Leitlinienentwicklung der Deutschen Rentenversicherung..... | 217 |
| 11.1.4 | Diskussionen zur Entwicklung von Leitlinien..... | 218 |
| 11.2 | Beschreibung existierender Behandlungs-Leitlinien..... | 219 |
| 11.2.1 | Opioidbezogene Störungen: Akutbehandlung..... | 219 |
| 11.2.2 | Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung..... | 222 |
| 11.2.3 | Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger..... | 227 |
| 11.2.4 | Cannabisbezogene Störungen..... | 230 |
| 11.2.5 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene..... | 232 |
| 11.2.6 | Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)..... | 234 |
| 11.2.7 | Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen | 237 |
| 11.2.8 | Weiterentwicklung von Leitlinien | 238 |
| 11.3 | Implementierung | 238 |
| 12 | KOSTEN DROGENBEZOGENER BEHANDLUNG..... | 241 |
| 12.1 | Finanzierungsquellen..... | 241 |
| 12.1.1 | Leistungsträger | 241 |
| 12.1.2 | Maßnahmen..... | 242 |
| 12.1.3 | Anbieter | 243 |
| 12.1.4 | Einzelne Kostenangaben für drogenbezogene Behandlung in Deutschland..... | 244 |

| | | |
|--|-----------------------------------|------------|
| 12.2 | Kostenstudien | 259 |
| 12.3 | Kosten-Effektivitäts-Studien..... | 260 |
| TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG..... | | 265 |
| 13 | BIBLIOGRAPHIE | 265 |
| 13.1 | Literatur zum Bericht..... | 265 |
| 13.2 | Websites | 281 |
| 14 | TABELLEN..... | 285 |
| 15 | ABBILDUNGEN | 287 |

ABKÜRZUNGEN

| | |
|-----------|---|
| ADHS/ADHD | Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung |
| AMG | Arzneimittelgesetz |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| ÄZQ | Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Forschung |
| BAMF | Bundesamt für Migration und Flüchtlinge |
| BfA | Bundesversicherungsanstalt für Angestellte |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| BGH | Bundesgerichtshof |
| BKA | Bundeskriminalamt |
| BMAS | Bundesministerium für Arbeit und Soziales |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMI | Bundesministerium des Innern |
| BMJ | Bundesministerium der Justiz |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BOPST | Bundesopiumstelle (innerhalb des BfArM; s.o.) |
| BtMÄndV | Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| BtMVV | Betäubungsmittelverschreibungsverordnung |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DAS | Drogenaffinitätsstudie |
| DBDD | Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht |
| DELBI | Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung |
| DFB | Deutscher Fußball-Bund e.V. |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde |
| DGVS | Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| DG-Sucht | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie |
| DHS | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen |
| DRV | Deutsche Rentenversicherung Bund |
| DSHS | Deutsche Suchthilfestatistik |
| DSR | Drogen- und Suchtrat |
| DZSKJ | Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters |

| | |
|-------------|---|
| EAS | Europäischer Sozialfond |
| EBDD/EMCDDA | Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht |
| ESA | Epidemiological Survey on Addiction (früher „Bundesstudie“) |
| ETM | Evidenzbasierte Therapiemodule |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| HAV | Hepatitis A-Virus |
| HBV | Hepatitis B-Virus |
| HCV | Hepatitis C-Virus |
| HDG | Horizontale Drogen Gruppe |
| IFT | Institut für Therapieforschung |
| i.v. | intravenös |
| KTL | Klassifikation therapeutischer Leistungen |
| LKA | Landeskriminalamt |
| MoSyD | Frankfurter Monitoringsystem Drogen |
| OST | Opioid-Substitutionstherapie |
| PKV | Private Krankenversicherung |
| REITOX | Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies) |
| RKI | Robert Koch - Institut |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SQ | Strukturierter Fragebogen (Structured Questionnaire) |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| THC | Tetrahydrocannabinol |
| UKE | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

Einführung

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

Der aktuelle Bericht der DBDD für das Berichtsjahr 2009/2010 folgt den europaweit einheitlichen Richtlinien der EBDD und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2009, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2010, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

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

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse aus dem Berichtszeitraum. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen oder es wird im Text auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturierten Fragebögen (SQ) der EBDD verwiesen, die eine Reihe von Informationen enthalten und über das Statistische Bulletin der EBDD verfügbar sind (www.emcdda.europa.eu/stats10). Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

In diesem Jahr enthält der vorliegende Bericht zwei Sonderkapitel zu den Themen „Kosten drogenbezogener Behandlung“ und „Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien“. Damit widmet sich zum zweiten Mal nach 2007 ein Sonderkapitel des REITOX-Berichtes den durch Drogen verursachten Kosten, wobei die detaillierte Betrachtung der Behandlungskosten für Deutschland angesichts der Komplexität des deutschen Versorgungssystems mit seinen verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern in diesem Rahmen zwar zwangsläufig lückenhaft bleiben muss, andererseits aber in komprimierter Form einen Überblick über die vorhandenen Daten und Informationen zur Verfügung stellt. Systematische Analysen und Studien, die das deutsche Behandlungssystem für Drogenkonsumenten einer detaillierten Kosten-Nutzen-Analyse unterzogen haben, liegen

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

bislang nicht vor. Dennoch konnten zahlreiche relevante Daten und Informationen zu diesem Thema zusammengestellt werden.

Systematische Interventionen für Drogenkonsumenten, die mit vergleichbarer Qualität durch unterschiedliche Einrichtungen und an verschiedenen Orten erbracht werden, erfordern die Definition gemeinsamer Standards. Behandlungsleitlinien, die zahlreiche Aspekte von Interventionen bei verschiedenen substanzbezogenen Störungen regeln, stellen diese Grundlage einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Betroffenen in der professionellen Suchtkrankenhilfe dar. Das diesjährige Sonderkapitel beschreibt anhand der Leitlinien der AWMF² für substanzbezogene Störungen, der Richtlinien zur Substitutionsbehandlung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ausführlich die institutionellen Hintergründe, vor denen die jeweilige Leitlinienentwicklung erfolgte, die Inhalte der Leitlinien und macht einige Anmerkungen zur Weiterentwicklung der bestehenden Leitlinien. Den Herausforderungen der Implementierung, Umsetzungsstrategien und den Hindernissen ist der letzte Teil dieses Sonderkapitels gewidmet.

Basierend auf den Sonderkapiteln der nationalen Knotenpunkte wird die EBDD im Jahr 2011 um die europäische Perspektive ergänzte Publikationen erstellen.

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

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

München, August 2010

Tim Pfeiffer-Gerschel
Geschäftsführer DBDD

² Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht zur Drogensituation in Deutschland wird für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellt, eine Agentur der Europäischen Union. Die Arbeit wurde von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt, in der das Institut für Therapieforschung (IFT), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zusammenarbeiten. Die DBDD wird finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die EBDD gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter www.dbdd.de elektronisch zur Verfügung.

Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

An der Stelle isolierter „Drogen“-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Schwerpunkte nationaler Politik im Bereich illegaler Substanzen im Berichtsjahr waren nach wie vor die Verbesserung der Hilfeangebote für Personen mit Cannabisproblemen, die Erforschung der Auswirkungen missbräuchlichen Cannabiskonsums, Projekte zur Unterstützung von Eltern missbräuchlich oder schädlich konsumierender Jugendlicher, Maßnahmen zur Wiedereingliederung Suchtkranker in das Erwerbsleben, Angebote für Migranten sowie die Initiierung weiterer Forschung zu den langfristigen Ergebnissen der Substitutionsbehandlung und andere (Modell-)Vorhaben. Darüber hinaus liegen aus den Bundesländern zahlreiche Projekte und Aktivitäten vor, die regionale Präventionsaktivitäten, Modellprojekte und Studien beinhalten. Zudem sind im Berichtsjahr einige gesetzliche Änderungen im Zusammenhang mit der Unterstellung synthetischer Cannabinoide unter das BtMG und weitere Änderungen arzneimittelrechtlicher Vorschriften in Kraft getreten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Anfang 2010 eine Richtlinie verabschiedet, um eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

Die Ergebnisse des letzten epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der 2009 durchgeführt wurde, bestätigen die Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. Weiterhin bei etwa 5% liegt der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, weniger als 3% haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Pilze. Der Konsum von Heroin, LSD und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

In der erwachsenen Bevölkerung gab es zwischen den Erhebungen des ESA 2006 und 2009 (mit Ausnahme geringfügiger Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz) praktisch keine Un-

terschiede. Geringfügig gestiegen ist der aktuelle Konsum (12-Monats-Prävalenz) von Amphetaminen und Kokain, wobei es sich um Veränderungen auf einem ausgesprochen niedrigen Niveau handelt. Beide Veränderungen deuten allerdings aufgrund der stimulierenden Charakteristika beider Substanzen in eine gemeinsame Richtung. Im Vergleich zu 2006 unverändert stellt sich der aktuelle Konsum von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung dar. Dieses Ergebnis bestätigt die auf (einen Rückgang und) eine Stabilisierung hindeutenden und bereits früher berichteten Ergebnisse des ESA 2006 und der Erhebungen der Drogenaffinitätsstudie (DAS). Mit Hilfe der Severity of Dependence Scale (SDS) wurden im Rahmen des ESA auch Angaben zur Schwere einer möglichen Abhängigkeit erfasst. Bezogen auf die Gesamtstichprobe liegt bei 1,2% der Befragten eine entsprechende Problematik in Bezug auf Cannabis vor. Für Kokain betrifft dies 0,2% und für Amphetamine 0,1%. Von den aktuellen Konsumenten der entsprechenden Substanzen weisen 30% eine cannabisbezogene Störung sowie jeweils 26% eine kokain- und amphetaminbezogene Störung auf.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung nach wie vor höher, fällt aber auch geringer aus als in Vergleichsuntersuchungen der Vorjahre. Mit Ausnahme der Angaben über die letzten 30 Tage sind die Prävalenzen für den Konsum „illegaler Drogen“ (insgesamt) in der letzten Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2008) für alle Altersgruppen im Vergleich zur Untersuchung aus dem Jahr 2004 gesunken. Dieses Ergebnis wird maßgeblich durch Rückgänge des Cannabiskonsums geprägt.

2010 wurden erste Ergebnisse aus der aktuellen SCHULBUS-Erhebung in Hamburg unter 14- bis 18-jährigen Jugendlichen und aktuelle Daten des Frankfurter MoSyD vorgestellt. Angaben zum Drogenkonsum in der Bevölkerung finden sich in Kapitel 2.

Prävention

Nachdem in den vergangenen Jahren der Tabak- und auch der Cannabiskonsum deutlich reduziert werden konnten, beherrscht der zu hohe Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland seit vielen Monaten die Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik. Alkohol ist nicht nur die am weitesten konsumierte psychotrope Substanz in Deutschland, sondern exzessiver Alkoholkonsum geht bei einem Teil von Jugendlichen häufig auch mit dem Konsum von Cannabis oder anderen illegalen Substanzen einher. Der so genannte Mischkonsum stellt ein signifikant erhöhtes Risiko dar, eine Suchterkrankung zu entwickeln.

Während substanzbezogene Präventionsaktivitäten derzeit aufgrund der aktuellen epidemiologischen Lage den Alkoholmissbrauch thematisieren, sind substanzübergreifende Maßnahmen wie zum Beispiel die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen sowie die Bildung kritischer Einstellungen insgesamt betrachtet gleichermaßen weit verbreitet. Häufig werden die so genannten Lebenskompetenzprogramme in schulische Unterrichtscurricula eingebunden und erreichen dadurch einen sehr großen Teil ihrer Zielgruppe. Neue Herausforderungen für die Prävention stellen sich auch im Bereich der Mediensucht.

Im Themenfeld universelle Präventionsmaßnahmen sind neben Kindern und Jugendlichen die Eltern eine wichtige Zielgruppe vor allem für substanzübergreifende Maßnahmen. Erfolgversprechend werden Eltern häufig im Setting Schule eingebunden oder auch direkt als Ziel-

gruppe kompetenzstärkender Maßnahmen familienbasierter Prävention. Neben der Zielsetzung Verbesserung von Erziehungskompetenzen und harmonischeres Miteinander in der Familie, wird Eltern zunehmend die Wichtigkeit ihrer Vorbildfunktion in Bezug Substanzkonsum gegenüber ihren Kindern bewusst gemacht.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement haben in der Gesundheitsförderung und Prävention von Suchterkrankungen einen zentralen Stellenwert eingenommen. Neben Studien zur Wirksamkeit der Interventionen und dem Einsatz einer wissenschaftlich fundierten Prävention, kommen in den Bundesländern diverse selbstentwickelte sowie adaptierte Qualitätssicherungsinstrumente zum Einsatz, wie zum Beispiel das von der BZgA und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte „QIP – Qualität in der Prävention“.

Problematischer Drogenkonsum

Berechnungen des Umfangs problematischen (d. h. riskanten, schädlichen und abhängigen) Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 78.000 bis 184.000 Personen (1,4 bis 3,4 Personen pro 1.000 Einwohner) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Im Vergleich zu den Vorjahren wurden zwei Schätzverfahren leicht modifiziert und zum Teil mit neuen Datengrundlagen (z.B. zur Zahl ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland) hinterlegt, so dass die Schätzwerte nicht unmittelbar mit den Vorjahren vergleichbar sind. Das Intervall der geschätzten Zahl von Heroin-/Opioidkonsumenten auf Basis der Zugänge zu Behandlung im Jahr 2008 ist identisch mit dem für das Jahr 2005 geschätzten Wert, was angesichts einer vermuteten Verzerrung der Schätzwerte für die Jahre 2006-2007 einen plausiblen Wert darstellt und als Hinweis auf eine insgesamt weitgehend stabile Population interpretiert werden kann. Zu problematischem Konsum im weiteren Sinne finden sich auch im ESA 2009 Angaben, die in Kapitel 2 berichtet werden. Die Ergebnisse der aktuellen Studien der BZgA zur Veränderung der Anteile „regelmäßiger“ Cannabiskonsumenten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden bereits im REITOX-Bericht 2009 dargestellt. Darüber hinaus werden Ergebnisse von Einzelstudien berichtet, die z.B. auf Basis der deutschen ESPAD-Daten spezifische Untersuchungen zu Folgen problematischen Cannabiskonsums durchgeführt haben.

Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

Etwa die Hälfte (47,5%; 2008: 49,1%) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, hatten 2009 ein primäres Problem aufgrund des Konsums von Opioiden, etwa ein Drittel (35,4%; 2008: 32,8%) leidet primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 61,0% (2008: 59,0%), Opioide spielen in dieser Population eine weniger wichtige Rolle (18,3%; 2008: 19,8%). Stimulantien sind in etwa jedem zehnten Fall der Grund für eine erstmalige Kontaktaufnahme mit einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, unter allen Zugängen/Beendern machen sie etwa 7% aus. Im stationären Bereich spielen Opioide unter den illegalen Drogen nach wie vor die größte Rolle. Im Akutbereich (Krankenhausbehandlungen) sind unter den substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) in jedem zehnten Fall Vergiftungen mit Sedati-

va/Hypnotika Grund der Kontaktaufnahme. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, steht in etwa jedem zehnten Fall Kokain oder eine Störung aufgrund des Konsums von Stimulantien im Zentrum der Behandlung (8,1% bzw. 9,0%). Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist auch 2009 weiter gestiegen und liegt aktuell (2009) bei 74.600. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Bis zum 01.03.2010 wurden dem RKI für das Jahr 2009 insgesamt 2.856 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, geht weiter zurück auf 3,5%. Bei i.v. Drogenkonsumierenden ging die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen im Vergleich zu 2008 von 125 auf 100 zurück.

Für das Jahr 2009 wurden insgesamt 5.412 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Damit ist die Inzidenz weiter gesunken. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.342 Fälle (34,1% der Fälle mit Expositionsangaben) übermittelt. Damit stellen intravenös Drogenkonsumierende einen großen Teil der Hepatitis-C-Erstdiagnosen. Die Infektion mit Hepatitis C weist unter Drogenkonsumenten in den vergangenen Jahren zwar einen leicht sinkenden Trend auf, stellt aber dennoch nach wie vor eins der zentralen gesundheitlichen Probleme bei dieser Personengruppe dar.

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle ist 2009 auf den drittniedrigsten Stand der letzten zehn Jahre gesunken. Insgesamt kamen 1.331 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, ein Rückgang um acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt nach wie vor die häufigste Todesursache dar.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

Verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Drogenkonsumräume, Sprizentauschprogramme und andere Präventionsprogramme sollen dabei helfen, Drogentodesfälle zu verhindern und Infektionskrankheiten vorzubeugen.

Eine Reihe aktueller Publikationen beschäftigt sich mit der Situation Hepatitis-C (HCV)-infizierter Drogenkonsumenten und deren Behandlung. Dabei mehren sich die Hinweise, dass eine HCV-Therapie bei dieser Personengruppe auch unter erschwerenden Bedingungen wie bestehendem Beikonsum oder Psychosen erfolgreich sein kann.

Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildung und ein niedriges Einkommen finden sich nach wie vor häufig unter Drogenkonsumenten. Spezielle Maßnahmen der Arbeitslosenversicherung und Angebote des zweiten Arbeitsmarkts setzen an diesem Problem an, das für einen dauerhaften Therapieerfolg von sehr großer Bedeutung ist. In einigen Regionen gibt es vermehrt Ko-

operationen zwischen der Suchthilfe und den ARGEn, um arbeitslose Abhängige frühzeitiger für eine Therapie zu gewinnen und somit einer Chronifizierung entgegenzuwirken, und um möglichst viele Klienten in ein reguläres Arbeitsverhältnis zu bringen. Unter den aktuellen Arbeitsmarktanforderungen sind jedoch die Chancen in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren sehr begrenzt.

Weiterhin prekär ist die soziale Situation der Klienten, die niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchen. Ihr Leben ist immer noch sehr stark von Wohn- bzw. Obdachlosigkeit und fehlender regulärer Arbeit, nicht zuletzt aufgrund niedrigen Bildungsgrades, geprägt.

Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

Im Jahr 2009 wurden insgesamt rund 235.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon rund 170.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und etwa 51.000 Handelsdelikte. Die Zahl der Handelsdelikte nimmt damit weiter ab, während die Zahl der allgemeinen Verstöße gegen das BtMG fast gleich geblieben ist.

Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist von 2007 nach 2008 um 7,2% gestiegen. Der Anstieg resultiert ausschließlich aus einer Zunahme der erwachsenen Straftäter. Bei den Heranwachsenden und Jugendlichen ist dagegen ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Drogenkonsum, vor allem intravenös, ist im Gefängnis mit noch höheren Risiken verbunden als in Freiheit. Über das ausreichende Maß an dauerhaften Substitutionsbehandlungen und antiretroviraler HCV-Therapie in Haft bestehen unterschiedliche Auffassungen.

Drogenmärkte

Insgesamt hat sich bei der Reinheit, den Preisen und der Fallzahl der Beschlagnahmungen von illegalen Drogen zwischen 2008 und 2009 nur wenig geändert. Die Menge der beschlagnahmten Drogenmenge ist sehr abhängig von größeren Einzelsicherstellungen. Da es 2009 (im Gegensatz zu 2008) einige Großsicherstellungen von Kokain im dreistelligen und von Heroin im zweistelligen Kilogramm Bereich sowie eine Rekordsicherstellung von Amphetaminen (360 kg) gab, ist die beschlagnahmte Menge dieser Substanzen relativ hoch. 2009 blieben Großsicherstellungen von Cannabis, die mit denen von 2008 vergleichbar wären, aus und somit sank auch die Gesamtmenge im Jahresvergleich sehr stark.

Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist von 2008 nach 2009 insgesamt um 6,6% zurückgegangen, wozu, mit Ausnahme von Methamphetamin, Rückgänge bei allen Rauschgiftarten beigetragen haben.

Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt der analysierten illegalen Drogen hat sich 2009 im Vergleich zu 2008 kaum verändert. Das gilt bei Cannabis auch bei einem Vergleich über die letzten zehn Jahre. Dagegen scheint der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen und Kokain im letzten Jahr immer weiter zu sinken, während der von Heroin im Großhandel immer weiter steigt und sich der Wirkstoffgehalt von Straßenheroin bei ca. 20% einzupendeln scheint (2009: 21,7%).

Die Preise für die verschiedenen Drogenarten sind von 2008 nach 2009 auf Kleinhandelsebene entweder gleich geblieben (Marihuana) oder leicht gestiegen. Nur die Preise von Amphetaminen sind auf Kleinhandels- (-15%) und Großhandelsebene (-6%) spürbar gefallen. Heroin (+7%), Haschisch (+8%), Marihuana (+9%) und Kokain (+12%) sind dagegen auf Großhandelsebene teurer geworden.

Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungs-Leitlinien

Leitlinien werden von unterschiedlichen Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften herausgegeben. In Deutschland existieren daher Leitlinien mit unterschiedlichen Zielsetzungen, Adressaten (Anwendern) und mit unterschiedlicher Verbindlichkeit und Praxisrelevanz. Der Fokus in diesem Sonderkapitel liegt auf den substanzbezogenen Behandlungsleitlinien, die von medizinischen Fachgesellschaften nach einem standardisierten Verfahren entwickelt und veröffentlicht werden. Die zugrundeliegende Definition von Behandlungsleitlinien entspricht der von der EBDD verwendeten. Darüber hinaus werden aber auch weitere Leitlinien berücksichtigt, die in Deutschland eine hohe Praxisrelevanz für unterschiedliche Bereiche der Behandlung haben, wie z.B. Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitationsbehandlung und Richtlinien der Bundesärztekammer für Substitutionsbehandlungen. Neben der inhaltlichen Beschreibung der Leitlinien sind auch jeweils der institutioneller Hintergrund, Entwicklung und historischer Verlauf sowie Implementierung, Umsetzungsstrategien und Hindernisse der Leitlinien in diesem Kapitel aufgegriffen. Auch die Weiterentwicklung bestehender Leitlinien und begleitende Diskussionen in der Fachöffentlichkeit werden thematisiert.

Kosten drogenbezogener Behandlung

Die Finanzierung von Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist durch eine schwer überschaubare Vielfalt von Zuständigkeiten gekennzeichnet. Daher werden zunächst die verschiedenen Finanzierungsmechanismen anhand der verschiedenen Leistungsträger und Maßnahmen dargestellt. Eine systematische Erfassung aller im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung entstehenden Kosten gibt es nicht. Es werden daher verfügbare Kostenangaben aus verschiedenen Quellen zusammengestellt, die jedoch noch kein Gesamtbild ergeben.

Summary

The present report on the drug situation in Germany has been prepared on behalf of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), which is an agency of the European Union. The report is the result of joint work between the German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD), the Institute for Therapy Research (Institut für Therapieforschung, IFT), the Federal Centre for Health Education (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS). The DBDD is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to EMCDDA guidelines and is available for download at www.dbdd.de.

Drug policy: legislation, strategies and economic analysis

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction” policy that increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. Areas of concentration of national policy on illicit substances still are the improvement of the aid offers made for people with cannabis-related problems, projects to support parents of teenagers with abusive or harmful substance use, measures to reintegrate drug addicts into working life, offers made for migrants as well as the initiation of further research on the long-term outcome of substitution treatment and other (demonstration) projects. Moreover, the Federal Länder carried out numerous projects and activities that contained regional prevention activities, demonstration projects and studies. A series of legal changes in the light of the placement of synthetic cannabinoids under the Narcotic Act (Betäubungsmittelgesetz, BtMG) and changes to the Medical Products Act entered into force. At the beginning of the year 2010, the Common Federal Committee passed a guideline to pave the way for the costs of diamorphine-assisted substitution therapy to be borne by the Statutory Health Insurance Scheme.

Drug use in the population and specific targeted groups

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

There were practically no changes found in the adult population between the two ESA data collections carried out in the years 2006 and 2009 (except for slight variations in the lifetime prevalences). A slight increase – at a very low level though - was found for the current consumption (12-month prevalence) of amphetamines and cocaine. Given the stimulating effects

of the two substances, both changes do however point into the same direction. The current consumption of cannabis in the general population remained unchanged in respect of 2006. This observation confirms earlier findings of the ESA 2006 and DAS data collections that pointed to (a decline and) a stabilisation. The Severity of Dependence Scale (SDS) was used by ESA to collect data also on the severity of possible addiction. In the random sample, cannabis-related problems were found in 1.2% of the interviewees. As for cocaine, the figure was at 0.2% and for amphetamines at 0.1%. 30% of the current users of the respective substances have a cannabis-related disorder and 26% a cocaine- and amphetamine-related disorder respectively.

Among teenagers and young adults, substance use is still much more prevalent, but, at the same time, it is lower than in comparative studies of previous years. With the exception of the statements made on the 30-day category, the prevalences for the use of illicit “drugs” (total) in the last drug affinity study (DAS) carried out by the BZgA (2008) declined for all age groups in comparison with the survey conducted in the year 2004. This result has mainly been brought about by the decline in cannabis use:

In 2010, first results of the most recent SCHULBUS-survey conducted in Hamburg among 14- to 18-year-old teenagers were presented as well as current data of the Frankfurt monitoring system MoSyD. Data on drug use in the general population can be found in chapter 2.

Prevention

While it has been possible to bring down tobacco and cannabis use significantly over the last few years, the extremely high consumption of alcohol by teenagers in Germany has formed a subject of concern among the public and among health politicians for many months. Not only is alcohol the most commonly used psychotropic substance in Germany, but excessive alcohol consumption among some teenagers often goes along with use of cannabis or other illicit substances. Poly-drug use poses a significantly increased risk of developing addiction.

While substance-related prevention activities are presently focused on alcohol - given the current epidemiological situation - cross-substance measures, like for example the promotion of health and life skills as well as the formation of critical views are, on the whole, equally spread. Very often, the so-called life skills programmes are embedded in the curricula of schools with a view to potentially reach a very large portion of the target group. The field of media addiction is a new challenge for prevention as well.

Within the framework of universal prevention measures, parents – in addition to children and teenagers – form an important target group especially for cross-substance measures. Parents are often embedded in the school setting or are directly addressed as a target group of life skill training measures of family-based prevention. Next to improving child rearing skills and harmonious interaction within the family, parents are to become aware of the importance of the role model function they assume for their children with regard to substance use.

Quality assurance and quality management have meanwhile assumed a central role in health promotion and in the prevention of addiction. In addition to studies conducted on the effec-

tiveness of the interventions and the use of scientifically sound prevention, the Federal Länder employ quality assurance instruments that they have developed themselves or adapted like for example “QIP – Quality in Prevention“ developed by the BZgA and the University Clinic Hamburg-Eppendorf.

Problem drug use

Based on the figures from treatment, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates venturing the prevalence of problem (i.e. risky, harmful and dependent) drug use make the number of problematic users of heroin range between 78,000 and 184,000 persons (1.4 to 3.4 persons per 1,000 inhabitants) in the age group of 15-64 years. In comparison with the years before, two estimation methods have been slightly modified and partly based on some new data (e.g. on the number of outpatient addiction aid facilities in Germany) so that the estimated figures are not directly comparable to the years before. The interval of the estimated number of heroin/opioid users that is based on the treatment admissions recorded for the year 2008, is identical with the figure calculated for the year 2005, which represents a plausible figure – given the assumed divergence of estimates between the years 2006 and 2007 – and can be interpreted as an indication of a largely stable population. ESA 2009 also provided data on problem drug use in a broader sense that will be reported in chapter 2. The results of the most recent study carried out by the BZgA to investigate the changes in the portions of “regular“ cannabis users among teenagers and young adults have already been presented in the Reitox Report 2009. Moreover, results have been reported from individual studies that have for example carried out specific surveys on the effects of problem cannabis use on the basis of the German ESPAD data.

Drug-related treatment: treatment demand and availability

About half (47.5%; 2008: 49.1%) of the clients who sought help from outpatient drug counselling facilities in connection with illicit drugs in 2009, had primary opiate-related problems; about a third (35.4%; 2008: 32.8%) suffered primarily from cannabis-related disorders. Cannabis-related cases accounted for 61.0% (2008: 59.0%) of the first clients in addiction therapy, while opioids played a minor role among this population (18.3%; 2008: 19.8%). In about one case out of ten, stimulants were the reason for contacting an outpatient addiction counselling centre for the first time; they accounted for about 7% of all newly admitted and leaving patients. In the inpatient setting, opioids continued to play a predominant role in the area of illicit drugs. As for acute (hospital) treatments, toxicoses caused by sedatives/hypnotics (excluding alcohol) were the reason for admittance in about one case out of ten. Cocaine or disorders related to the use of stimulants were also the focus of treatment in every tenth case admitted to one of the specialized drug clinics which took part in the German Statistical Report on Treatment Centres for Substance Use Disorders (8.1% and 9.0% respectively). The number of substitution treatments continued to increase also in 2009 and currently (2009) lies at 74,600. There are still considerable regional divergences regarding the offer of and demand for substitution treatments.

Health correlates and consequences

Until 1 March 2010 a total of 2,856 new cases of hepatitis C were reported to the RKI for the year 2009. The portion of people who contracted HIV probably through injecting drug use (IDU) continued to decline to 3.5%. The number of newly diagnosed HIV-infections in IDUs shrunk from 125 to 100 cases compared to 2008.

For the year 2009, a total of 5,412 cases of newly diagnosed hepatitis C infections were reported. With this, the incidence continued to decline. Injecting drug use, which in all probability has a causal link with the diagnosed hepatitis C infection, was reported for 1,342 cases (34.1% of the cases with reported exposition). With this, IDUs form a large part of the new hepatitis C diagnoses. Infection with hepatitis C has been showing a slight downward trend among drug users over the last years, but it is still one of the central health issues in this group of persons.

In 2009, the total figure of drug-related deaths decreased to the third-lowest level in the last ten years. In total, 1,331 people died of illicit drugs, which represents a decline by eight percent compared to the previous year. Overdose of heroin (including use of heroin in combination with other drugs) is still the most common cause of death.

Response to health correlates and consequences

A variety of measures such as drug consumption rooms, syringe exchange programmes and other prevention programmes is to contribute to preventing drug-related deaths and infectious diseases.

Several recent publications look into the situation of drug users with hepatitis C virus (HCV-) infections and their treatment. There seems to be increasing evidence that HCV-therapy can be effective in this group of persons even under aggravating circumstances like existing co-use of other substances or psychoses.

Social correlates and social reintegration

Unemployment, low education and low income are still commonly found problems among drug users. Special measures undertaken by social security agencies and offers made by the second labour market address the problems that play a decisive role for the outcome of the therapy. In some regions, cooperations have been undertaken between addiction aid and the working groups formed by the employment agencies and the municipalities (the so-called ARGE_n) with a view to motivate unemployed drug users to undergo therapy at an early stage, to counteract chronification and to bring as many clients as possible back into regular employment. Chances to return to the first labour market are however rather limited given the qualifications currently required for employment.

The social situation of clients seeking help from low-threshold facilities remains precarious. Their life is still marked by homelessness and lack of regular occupation caused not least by low education.

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

In the year 2009, a total of approximately 235,000 drug crimes were recorded. Out of them 170,000 were general offences committed against the Narcotics Act (Betäubungsmittelgesetz, BtMG) and about 51,000 were dealing/trafficking crimes. With this, the number of dealing/trafficking crimes continues to be on the decline while the number of the general offences committed against the Narcotics Act has hardly changed.

The number of convictions rendered under the Narcotics Act increased by 7.2% from 2007 to 2008. The result is exclusively attributable to the increase in adult offenders. As for the young adults and juveniles, figures show a slight downward trend.

Drug use, especially injecting drug use, is linked to even higher risks in prison than in freedom. There are differences of opinion on whether or not long term substitution and HCV-therapy for inmates is sufficient.

Drug markets

All in all, there was little change in the development of purity, prices and number of seizures of illicit drugs between 2008 and 2009. The quantity of the drugs seized is subject to fluctuations depending on larger individual seizures. Since a series of seizures of large quantities of cocaine running into the three-digit kilogram range and of heroin in the two-digit kilogram range as well as a record seizure of amphetamines (360 kg) were made in 2009 (in contrast to 2008), the quantity of these substances seized is relatively high. As for cannabis, by way of contrast, there were no larger quantities seized in 2009, therefore the overall quantity considerably declined compared to the previous year.

The number of seizures declined on the whole between 2008 and 2009 by 6.6%, which is a result of the declines in all types of narcotic drugs, except for methamphetamine.

The average concentration of active ingredients of the analyzed illicit drugs has hardly changed in 2009 in comparison with 2008. As for cannabis, levels stayed basically stable for the last ten years. By way of contrast, the concentration of active ingredients in amphetamines and cocaine appeared to be on the decline in the last year, while concentration levels of heroin in the wholesale continually increased and those of street heroin stabilized around 20% (2009: 21.7%).

Prizes paid for the various types of drugs either remained stable (marijuana) or slightly increased between 2008 and 2009 at retail level. Only the prices of amphetamines considerably decreased both at retail level (-15%) and wholesale level (-6%). Heroin (+7%), hashish (+8%), marijuana (+9%) and cocaine (+12%), by way of contrast, became more expensive at wholesale level.

History, methods and implementation of national treatment guidelines

In Germany, guidelines are issued by various institutions, organisations and expert societies. Therefore, they differ in goals, addressees, practical relevance and binding character. The focus of this selected issue is placed on substance-related treatment guidelines that are de-

veloped according to a standardized procedure and published by medical professional societies. The underlying definition of treatment guidelines corresponds with those used by the EMCDDA. There are furthermore other guidelines taken into account that have a high practical relevance in Germany for the different areas of treatment, e.g. the guidelines of the German Statutory Social and Pension Insurance and the guidelines of the German Medical Association for substitution treatment. Apart from describing the contents of the guidelines, this chapter also deals with the institutional background, the development and history, the implementation, implementation strategies and obstacles encountered. The selected issue also takes a look at the further development of existing guidelines and discussions held on this subject among experts.

Cost of drug-related treatment

Funding of addiction aid in Germany is marked by a complex system of responsibilities. Therefore, the different funding mechanisms are presented in a first step in relation to the funding organs and the measures funded. However, a systematic overview of all costs related to drug-treatment does not exist. Therefore, available data on costs were compiled from different sources that however cannot provide the complete picture.

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

1.1 Überblick

1.1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Drogenpolitik“ unterliegt in Deutschland einem allmählichen Bedeutungswandel. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts bezog er sich eindeutig nur auf illegale Drogen, die im Mittelpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“³-Politik. Seit einigen Jahren stehen (1) Störungen durch legale psychotrope Substanzen und (2) gemeinsame Aspekte aller Substanzen (z. B. in der universellen Prävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) sowie auch stoffungebundene Süchte⁴ (z.B. pathologisches Glücksspiel) stärker im Mittelpunkt des politischen Interesses. Aus diesem Grunde werden zunehmend die Begriffe „Drogen- und Suchtpolitik“ oder „Suchtpolitik“ anstelle von „Drogenpolitik“ verwendet. Wegen der Unterschiede in den politischen Zielen und Strategien von legalen und illegalen Substanzen wird in der deutschen Sprache vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

Darüber hinaus erweitert sich das Blickfeld vom ursprünglichen Hauptinteresse an der Substanzabhängigkeit auch hin zu riskantem und schädlichem Konsumverhalten und damit zu einem umfassenden Verständnis einer Gesundheitspolitik für substanzbezogene Störungen und Risiken. Die deutsche Sprache kennt dafür allerdings keinen Kurzbegriff, so dass vor allem der Begriff der „Suchtpolitik“ weiterhin Verwendung findet. Für die jährlichen Berichte der DBDD hat das zur Folge, dass teilweise auch auf legale Substanzen und gemeinsame Strategien für legale und illegale Substanzen eingegangen werden muss. Eine Trennung ist an vielen Stellen aufgrund der fachlichen und politischen Entwicklung nicht mehr möglich. Wo dies möglich ist, wird dennoch entsprechend der Themenstellung des Berichts ausschließlich auf illegale Substanzen eingegangen. Stoffungebundene Süchte spielen momentan für die Berichterstattung keine Rolle.

³ Der Begriff „Sucht“ bezeichnet hier keine enge Zielgruppe, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

⁴ Nach wie vor findet eine wissenschaftliche Diskussion darüber statt, ob pathologisches Glücksspiel als nicht-stoffgebundene Sucht oder exzessives Verhalten vor dem Hintergrund einer Störung der Impulskontrolle zu betrachten ist. Eine abschließende Einigung konnte bislang nicht erzielt werden. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe im Rahmen des REITOX-Berichtes soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen. Von der Politik werden die Bereiche stoffungebundene Süchte in die Konzepte und Maßnahmen von Suchtpolitik einbezogen.

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

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

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

Dabei wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung angestrebt. Die Suchtpolitik schließt legale psychotrope Substanzen und ihre Risiken ausdrücklich ein und stellt sie unter Berücksichtigung der europäischen Entwicklung in den Vordergrund.

Sucht wird dabei als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild im breiten Verständnis der WHO betrachtet, das mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht und der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen zur Suchtbekämpfung sollen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Suchtprävention hat einen herausragenden Stellenwert. Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen verhütet oder zumindest deutlich reduziert werden. Vorhandene Maßnahmen und Angebote sollen weiter ergänzt und qualitativ abgesichert werden. Der im Jahr 2003 verabschiedete nationale „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) wird als Rahmen für die aktuelle Suchtpolitik ab 2010 durch eine zeitgemäße Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik abgelöst.

1.1.3 Die Struktur Deutschlands

Kompetenzen von Bund und Ländern

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

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

Die Rolle der Leistungsträger

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

Die Rolle von Nichtregierungsorganisationen

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

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

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

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

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

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

Sozialgesetze (SGB)

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

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II) für Menschen mit Suchtproblemen noch wichtiger geworden. Die Gesetzesänderung mit dem zentralen Ziel, Menschen verstärkt in Arbeit zu vermitteln, soll auch die intensivere Bearbeitung von Vermittlungshindernissen beinhalten. Drogenabhängigkeit ist in dieser Betrachtung ein besonders problematisches Hindernis und als solches Gegenstand der Hilfe. Zuständig für die Gewährung von Hilfen nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit und die so genannten optierenden Kommunen.

Sonstige Gesetze

Weitere relevante Gesetze, in denen mögliche rechtliche Konsequenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen z.B. in Hinblick auf die Beteiligung am Straßenverkehr definiert sind, sind:

- die Straßenverkehrsordnung (StVO), in der z.B. geregelt wird, wie Verkehrskontrollen durchzuführen sind,
- das Straßenverkehrsgesetz (StVG), in dem die Promillegrenze für Alkohol angegeben wird und auch das Führen von Kraftfahrzeugen unter der Wirkung anderer berauschender Mittel als Ordnungswidrigkeit definiert wird,
- das Strafgesetzbuch (StGB), das ebenfalls auf die Folgen des Konsums von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr eingeht und

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

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen

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

Absehen von der Strafverfolgung

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) räumt in § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Die noch vor einigen Jahren bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Laufe der letzten Jahre geringer geworden. Dennoch weisen die Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu auch Schäfer & Paoli 2006).

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

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

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

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

Vier Bundesländer haben auch Möglichkeiten für das Absehen von der Strafverfolgung im Zusammenhang mit anderen Betäubungsmitteln ausdrücklich geregelt. Sie sehen beim Besitz von Heroin (1 g), Kokain (je nach Bundesland: 1 – 3 g), Amphetaminen (zwei Bundesländer: 2,5 g bzw. 3 g) und Ecstasy (drei Bundesländer: zwischen 3 und weniger als 20 Tabletten) die Möglichkeit vor, das Verfahren einzustellen (Patzak & Bohnen 2009).

Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung⁵

Am 28.05.2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das durch Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, des Arzneimittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung schafft. Das Gesetz regelt u.a., dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) – unter engen Voraussetzungen – als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Schwerst opioidabhängigen verschreibungsfähig wird. Das Gesetz wurde anschließend dem Bundesrat zugeleitet und dort am 10.07.2009 im Plenum abschließend gebilligt. Das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung ist am 21.07.2009 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz werden die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten klinischen Arzneimittelstudie umgesetzt, die die Behandlung Schwerst opioidabhängiger mit Diamorphin im Vergleich zu einer Behandlung mit Methadon untersucht hat. Die Studie wurde in sieben Städten durchgeführt. Seit 2008 lagen alle Auswertungen des Bundesmodellprojekts zur diamorphingestützten Behandlung (2001–2007) vor (siehe dazu auch die REITOX-Berichte 2007 und 2008). Dabei erwies sich die diamorphingestützte Behandlung hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Abstinenz bzw. der Verringerung des Konsums, der verbesserten sozialen Integration langfristig als erfolgreiche Therapie schwerstabhängiger Heroinkonsumenten. Dieses Ergebnis wurde durch eine Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23.03.2009 erneut bestätigt. Die große Mehrheit der Stellungnahmen befürwortete, die diamorphingestützte Substitutionstherapie als zusätzliche Behandlungsoption für eine kleine Gruppe schwerstkranker Heroinabhängiger anzubieten.

Die Bundesförderung für die am Modell beteiligten Länder und Städte ist Ende Februar 2008

⁵ Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 41, Bonn: 20.07.2009.

ausgelaufen. Der Bund fördert derzeit die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung einschließlich der Durchführungsstandards und Behandlungseffekte erfolgt.

BfArM: Arzneimittelrechtliche Zulassung von Diaphin

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat für das Fertigarzneimittel Diaphin[®] 10.000 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung am 15. Oktober 2009 eine arzneimittelrechtliche Zulassung erteilt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18.03.2010 die Änderung seiner Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung: Diamorphingestützte Substitution Opiatabhängiger“ beschlossen, um eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung als Regelversorgung für die Gruppe der Schwerstopiatabhängigen durch die Gesetzliche Krankenversicherung zu ermöglichen. Der Beschluss wurde am 11.06.2010 im Bundesanzeiger (Nr. 85 S. 2074) veröffentlicht und ist am 12.06.2010 in Kraft getreten.

Bewertungsausschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung (BWA)

Der BWA hat dem BMG einen Beschluss zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie eine Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger, jeweils mit Wirkung zum 1. Oktober 2010, zur Prüfung nach § 87 SGB V vorgelegt. Das BMG hat den Beschluss im Rahmen dieser Prüfung nicht beanstandet.

Neue „Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in diesem Sinne ebenfalls ihre 2002 in Kraft getretenen „Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ überarbeitet, eine Beschlussfassung erfolgte hierzu am 19.02.2010. Die aktualisierten und ergänzten Richtlinien wurden mittlerweile veröffentlicht⁶ (und sind auch über die Website der EBDD verfügbar). Sie sind für die substituierenden Ärzte berufsrechtlich bindend. Zudem wird die BÄK die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ um ein fakultatives, Diamorphin-spezifisches Modul erweitern, um Ärzten eine entsprechende Qualifizierung zu ermöglichen.

⁶ Verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1504.1575.8070

Neufassung der Betäubungsmittel-Kostenverordnung (BtM-KostV) und der Grundstoff-Kostenverordnung (GÜGKostV)

Die Neufassungen der BtMKostV⁷ und der GÜGKostV⁸ vom 30. Juni 2009 (BGBl. I S. 1675 und S. 1678) sind am 4. Juli 2009 in Kraft getreten. Sie dienen dem Ziel, die Kosten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für Amtshandlungen auf den Gebieten des Betäubungsmittelverkehrs und der Grundstoffüberwachung zu decken.

Artikel 5 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (15. AMG–Novelle)

Die durch Artikel 5 der 15. AMG-Novelle (Gesetz vom 17. Juli 2009, BGBl. I S.1990) im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) vorgesehenen Änderungen sind am 23. Juli 2009 in Kraft getreten⁹. Sie dienen im Wesentlichen der Anpassung an Regelungen und Änderungen im Arzneimittelgesetz, der Anpassung von Verweisungen an geänderte Bezugsvorschriften sowie der Verwaltungsvereinfachung und der Korrektur des Strafrahmens in § 30a BtMG. Daneben beinhalten sie redaktionelle Änderungen und Klarstellungen. Der Stoffbegriff des BtMG (§ 2, Anlage I BtMG) wurde an die Definition im Arzneimittelgesetz (AMG) angepasst. Für Patientinnen und Patienten bei Klinischen Prüfungen und bei „Compassionate Use“ ist eine Ausnahme von der Erlaubnispflicht für den Erwerb von Betäubungsmitteln vorgesehen (§ 4 BtMG).

24. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (24. BtMÄndV)

Mit der 24. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften vom 18. Dezember 2009 (BGBl. I S. 3944) wurden die in Kräutermischungen wie „Spice“ und vergleichbaren Produkten festgestellten synthetischen Cannabinoide „CP-47,497-Homologe“ und „JWH-018“ jetzt dauerhaft dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt. Zuvor waren sie durch eine Eilverordnung von Januar 2009 (22. BtMÄndV) lediglich für die Dauer eines Jahres unterstellt.

Zudem wurden drei weitere Stoffe wegen ihres Suchtpotentials und der von diesen Stoffen ausgehenden Gesundheitsgefährdung dem BtMG unterstellt: Zwei synthetische Cannabinoide (JWH-019 und JWH-073), die inzwischen zum Teil als Zusatz in neu auf dem Markt befindlichen Kräutermischungen festgestellt wurden oder bereits in Rauschgiftforen im Internet diskutiert wurden, und Mephedron (4-Methylmethcathinon), das eine ähnliche Wirkung wie Ecstasy und Kokain aufweist.

Der neue Wirkstoff Tapentadol wurde in die Liste der verschreibungsfähigen Betäubungsmittel aufgenommen, um im Rahmen einer erwarteten Arzneimittelzulassung in der Schmerztherapie zur Anwendung kommen zu können.

⁷ Verfügbar unter: www.gesetze-im-internet.de/btmkostv_2009/BJNR167500009.html

⁸ Verfügbar unter: www.gesetze-im-internet.de/g_gkostv/BJNR167800009.html

⁹ Verfügbar unter: www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI

Die 24. BtMÄndV ist grundsätzlich am 22. Januar 2010 in Kraft getreten¹⁰. Tapentadol wurde erst mit Wirkung zum 1. Juni 2010 in die Anlage III des BtMG aufgenommen (mit einer Übergangsvorschrift bis 30. November 2010).

Sitzung des Sachverständigenausschusses nach § 1 Abs. 2 des BtMG

In seiner 35. Sitzung hat der Sachverständigenausschusses nach § 1 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) am 03. Mai 2010 der Bundesregierung empfohlen, folgende Änderungen bzw. Ergänzungen in den Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vorzunehmen:

- Aufnahme der sog. 'Designer-'Droge 4-Fluoramfetamin in die Anlage I des BtMG
- Aufnahme der synthetischen Cannabinoide JWH-200 und JWH-250 in die Anlage II des BtMG
- Änderung der Position Cannabis in den Anlagen I bis III des BtMG:
- Anlage I BtMG: Aufnahme folgender, zusätzlicher Ausnahmeregelung (e) zu der Position Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen):- ausgenommen e) Cannabis und Zubereitungen von Cannabis zu den in den Anlagen II und III bezeichneten Zwecken.
- Anlage II BtMG: Aufnahme der Position Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen), inkl. folgender Einschränkung: - sofern sie zur Herstellung von Zubereitungen zu medizinischen Zwecken bestimmt sind.
- Anlage III BtMG: Aufnahme der Position Cannabis-Extrakt (Extrakt, der aus Pflanzen und Pflanzenteilen der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen gewonnen wird), inkl. folgender Einschränkung: nur in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind.

Die Beschlussfassung zu den Wirkstoffen Tramadol und Tilidin sowie zu der Pflanze *Mitragyna speciosa* (Kratom) und ihrer Inhaltsstoffe Mitragynin und 7-Hydroxy-Mitragynin wurde vertagt.

13. Rundfunkänderungsstaatsvertrag

Am 30. Oktober 2009 hat die Konferenz der Ministerpräsidenten der Bundesländer den 13. Rundfunkänderungsstaatsvertrag beschlossen. Nach Ratifizierung durch die Landesparlamente ist er am 1. April 2010 in Kraft getreten. Schwerpunkte der Neuregelungen betreffen Werbung und Product Placement in Sendungen der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten und der privaten Rundfunkveranstalter, welche fortan teilweise zulässig sind. Für Deutschland bedeuten sie, dass Produktplatzierungen erstmals erlaubt sein werden, wenn sie entsprechend gekennzeichnet sind. Einzig Zigaretten und Arzneimittel sind von der Regelung ausgeschlossen. Produktplatzierungen dieser Artikel werden nach wie vor verboten sein.

¹⁰ 24. BtMÄndV: www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2009/Presse-2009/btmaendvo,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/btmaendvo.pdf

Auch in Kinder- und Nachrichtensendungen darf es weiterhin keine Produktplatzierungen geben.

Urteil des Bundesgerichtshofs zu GBL

In seinem Urteil vom 8. Dezember 2009 (BGH, Urteil vom 8.12.2009, 1 StR 277/09) hat der erste Strafsenat des Bundesgerichtshofs entschieden, dass es sich bei GBL um ein Arzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) handelt. Maßgeblich hierfür waren unter anderem die pharmakologische Wirkung von GBL sowie der Umstand, dass die Verwendungsmöglichkeiten als Droge – insbesondere aufgrund von Beiträgen im Internet – in der Öffentlichkeit bekannt sind und dass sich dementsprechend schon ein Markt an Konsumenten gebildet hat. Der erste Strafsenat hat in seiner Entscheidung zudem klargestellt, dass sich an dieser Rechtslage auch durch die Neufassung des Arzneimittelgesetzes nichts geändert hat und die Abgabe von GBL zu Konsumzwecken auch weiterhin strafbar ist. (PM Nr. 249/2009 des Bundesgerichtshofs).

GBL wird in großen Mengen in der chemischen Industrie produziert und anderen Stoffen zur Durchführung von chemischen Prozessen oder in geringer Konzentration zur Herstellung von Reinigungs- und Lösungsmitteln zugesetzt. Es wird im Körper in kurzer Zeit zu GHB (Szenename: Liquid-Ecstasy) umgewandelt. Anders als GHB unterfällt GBL aber nicht dem BtMG. GHB und GBL wirken – ähnlich wie Ecstasy - niedrig dosiert enthemmend und sexuell stimulierend, bei mittlerer Dosierung euphorisierend. Eine hohe Dosis führt zu Benommenheit und Bewusstlosigkeit (mit der Gefahr des Atemstillstands). Es wird von erheblichen körperlichen Entzugserscheinungen berichtet.

Mit einer Unterstellung von GBL unter das BtMG ist wegen seiner Verwendung in vielen chemischen Prozessen nicht zu rechnen. Die Industrie versucht einem Missbrauch zu Konsumzwecken mit einem freiwilligen Monitoring-System zu begegnen, indem verdächtige Geschäfte der Gemeinsamen Grundstoffüberwachungsstelle gemeldet werden. Es wird auch diskutiert, GBL mit Stoffen zu versetzen, die einen Konsum unmöglich machen (betaeubungsmittelrecht.info, Newsletter 1/2010, 15.02.2010). Zudem wurden Schnelltests entwickelt, die den Nachweis von GHB bzw. GBL erleichtern.

Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zu eigenen Maßnahmen und zum Stand geplanter Vorhaben zur arzneimittelrechtlichen Zulassung cannabis- und dronabinolhaltiger Medikamente

Ende Januar 2010 hat das Bundesministerium für Gesundheit an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu eigenen Maßnahmen und zum Stand geplanter Vorhaben zur arzneimittelrechtlichen Zulassung cannabis- und dronabinolhaltiger Medikamente in Deutschland und anderen europäischen Ländern berichtet.

Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Auffassung, dass Cannabis und seine Inhaltsstoffe nur bei ausreichender wissenschaftlicher Evidenz medizinisch angewendet werden sollten. Die Evidenz würde im Falle von zugelassenen Arzneimitteln als gegeben angesehen werden.

Gegenwärtig ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Zulassungsantrag für ein Dronabinol-haltiges Arzneimittel anhängig. Nach Angaben des Antragstellers wird eine Zulassung für die Indikationen Gewichtsverlust, Übelkeit und Erbrechen bei AIDS, Krebserkrankungen und Krebschemotherapie angestrebt. Bei Dronabinol handelt es sich um Delta-9-Tetrahydrocannabinol, den Hauptinhaltsstoff von Cannabis sativa. Dronabinol ist in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgeführt. Diese Anlage enthält die Verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel. Im Falle einer positiven Zulassungsentscheidung wäre die Verkehrsfähigkeit ohne Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften gegeben.

Cannabis-Extrakt als Wirkstoff von Fertigarzneimitteln unterfällt der Anlage I des BtMG (nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel). Zur Herstellung der Verschreibungsfähigkeit von Fertigarzneimitteln mit Cannabis-Extrakt als Wirkstoff wäre deshalb eine teilweise Umstufung der Position „Cannabis“ in den Anlagen des BtMG durch Rechtsverordnung nach § 1 Absatz 1 BtMG erforderlich.

Insoweit hat das Bundesministerium für Gesundheit den Betäubungsmittel-Sachverständigenausschuss, der nach § 1 Absatz 2 Satz 1 BtMG vor jeder Änderung der Anlagen des BtMG anzuhören ist, zunächst um fachliche Befassung mit dieser Thematik gebeten. In seiner Sitzung am 7. Dezember 2009 hat der Ausschuss Umstufungsmöglichkeiten ohne Beschlussfassung diskutiert. Sofern das o.g. europäische Zulassungsverfahren für das cannabisextrakt-haltige Arzneimittel (Sativex®) positiv abgeschlossen und in Deutschland ein entsprechender Zulassungsantrag eingereicht würde, könnte ein Fachvotum des Sachverständigenausschusses zur Frage einer Änderung der Anlagen des BtMG voraussichtlich zeitnah eingeholt werden. Die bislang fachlich diskutierten Umstufungsmöglichkeiten haben lediglich die Herstellung der Verkehrsfähigkeit eines unter den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes zugelassenen Fertigarzneimittels zum Gegenstand. Insoweit ist der weitere Rechtsstatus von Cannabis als nicht verkehrsfähiges und damit verbotenes Betäubungsmittel von diesen Überlegungen nicht betroffen.

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

1.3.1 Nationaler Aktionsplan

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den "Aktionsplan Drogen und Sucht" als eine fortlaufende Agenda zur Reduzierung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Im Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt“ zwischen CDU, CSU und FDP zur 17. Legislaturperiode wurde zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung festgelegt: "Unsere Drogen- und Suchtpolitik stellt Prävention, Therapie, Hilfe zum Ausstieg und die Bekämpfung der Drogenkriminalität in den Mittelpunkt. Drogenabhängige sind kranke Menschen, die umfassende medizinische Hilfe und Unterstützung brauchen."

1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans

Die Bundesregierung begreift gesundheitliche Prävention als gemeinschaftliche Aufgabe und Investition in die Zukunft, die in ressortübergreifender Verantwortung wahrgenommen wird. Mit einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention wird das Ziel verfolgt, Menschen in allen Lebensbereichen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen, sie durch den Aufbau individueller, gesundheitsbezogener Ressourcen zu befähigen, Erkrankungen zu vermeiden und die Gesundheit zu erhalten. In ein solches Konzept sollen möglichst alle Präventionsakteure einbezogen werden. Die Bundesregierung wird den vom BMG in der vergangenen Legislaturperiode erarbeiteten Entwurf eines Präventionsgesetzes nicht weiter verfolgen. Im Rahmen der Präventionsstrategie wird die Bundesregierung Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/845).

Am 24. März 2010 hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ihre Pläne vorgestellt, bis zum Ende des Jahres eine neue „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ zu erarbeiten, die vom Bundeskabinett verabschiedet werden soll (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/1652).

Deutsches Suchtforschungsnetz

2001 wurde in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung initiiert, der in der zweiten Förderperiode bis 2008 gefördert worden ist. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert wurden, haben Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen in ihrem regionalen Umfeld mit Einrichtungen der Primärversorgung und der Suchthilfe im Rahmen anwendungsorientierter Forschungsprojekte kooperiert.

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

Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

- Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention in Berlin
Seit Oktober 2008 führt der Berliner Träger Fixpunkt e.V.¹¹ ein Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention durch. Die finanzielle Förderung erfolgt aus Modellmitteln des BMG, das Land Berlin finanziert die wissenschaftliche Begleitung, die vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg durchgeführt wird. Nähere Informationen zu diesem Projekt finden sich in Kapitel 7.3.

¹¹ www.fixpunkt.org

- **INCANT**
Für Deutschland nimmt der „Therapieladen“ in Berlin am internationalen Forschungsprojekt INCANT teil. Die Therapie richtet sich an jugendliche Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten der Altersgruppe der 13-18 Jahre. Aktuell (Sommer 2010) liegen bereits die Teilergebnisse aus der Berliner Stichprobe (n=120) vor. Entsprechend der vorliegenden Ergebnisse ist die im Rahmen der Studie untersuchte multidimensionale Familientherapie (MDFT) in Bezug auf die Reduktion des Cannabiskonsums gegenüber der Jugendpsychotherapie (JUP)-Kontrollgruppe signifikant überlegen. Ebenso konnte eine signifikant höhere Haltequote sowie eine höhere subjektive Zufriedenheit der beteiligten Eltern bei MDFT ermittelt werden. Hinsichtlich komorbider psychosozialer Belastungen der Jugendlichen konnte in beiden Behandlungsgruppen gleichermaßen eine Verbesserung der Symptomatik erzielt werden. Endergebnisse der europäischen INCANT-Studie sind im Herbst 2010 zu erwarten¹². Eine Kurzdarstellung der INCANT-Studie und der bislang vorliegenden Ergebnisse ist auch in Kapitel 5.3.2 zu finden.
- **Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“**
Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de nutzbar und wurde im Rahmen eines Modellprojekts erfolgreich in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert (siehe dazu auch die REI-TOX-Berichte der vergangenen Jahre). Die zweite Transferphase wurde im Sommer 2009 abgeschlossen und die Implementierung eines qualitätsgesicherten regionalen Netzwerks „Quit the shit“, aktuell neun Beratungsstellen in sieben Bundesländern, wurde initiiert¹³.
- **Transfer des Projektes „Realize it“**
Realize it richtet sich an jugendliche Cannabiskonsumierende (siehe dazu auch die REI-TOX-Berichte der vergangenen Jahre). Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Transfers von „Realize it“ liegen seit Anfang 2010 vor¹⁴. Weitere Informationen zum Projekt finden sich in Kapitel 3.5.3.
- **Transfer der CANDIS-Therapie**
Im Rahmen der in den Jahren 2007 bis 2009 von der TU Dresden durchgeführten multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie „Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen ‚CANDIS‘ in das ambulante deutsche Suchthilfesystem“ wurde überprüft, wie wirksam das modulare Behandlungskonzept CANDIS unter den realen Bedingungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist (siehe dazu auch die REI-TOX-Berichte der vergangenen Jahre)¹⁵. Das Transfer-Projekt wurde inzwischen erfolgreich beendet. Zu den Ergebnissen der Studie siehe auch Kapitel 5.3.2.

¹² www.incant.de bzw. www.incant.eu

¹³ www.drugcom.de

¹⁴ www.realize-it.org

¹⁵ www.candis-projekt.de

- Projekt „AVerCa“
Das Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der LWL-Koordinationsstelle Sucht „AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs“ soll die Arbeit mit und den Zugang zu jugendlichen Cannabiskonsumenten erleichtern (siehe dazu auch REITOX-Bericht 2009).¹⁶
- Eltern.aktiv – Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe
2009 startete das zweijährige Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Es ist das Ziel, pro-aktiv sowohl Eltern selbst als auch über die Eltern missbräuchlich oder schädlich konsumierende Jugendliche effizient zu erreichen. Sie sollen frühzeitiger und angemessen unterstützt werden. Ein weiteres Ziel des Projektes ist die Initiierung und Förderung effizienter Kommunikationen und Kooperationen zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und Vermittlerinstitutionen sowie die Förderung eines optimierten pro-aktiven Zugangs zu Eltern junger Suchtmittelkonsumenten/innen. An das Bundesprojekt gliedert sich das LWL-Projekt „Pro-aktive Elternarbeit mit Eltern Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendlicher durch Jugendschutzfachkräfte/Fachkräfte der Jugendhilfe“ als Zusatzprojekt an. Um einen Mehrwert des Bundesprojektes für Westfalen-Lippe zu erzielen, sollen Fachkräfte der Jugendämter - insbesondere Jugendschutzfachkräfte - für die pro-aktive Arbeit mit Eltern Unterstützung erhalten¹⁷.
- Eltern helfen Eltern
Übergeordnetes Ziel des vom BMG geförderten Vorhabens des Bundesverbands der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (BVEK) e. V. ist die Erarbeitung einer "Handlungsempfehlung für die künftige Arbeit der Elternkreise". Wesentliche Elemente des Projekts sind vertiefende Interviews und Workshops mit Expertinnen und Experten zu möglichen neuen Ansätzen, wie Eltern suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder und Jugendlicher besser und frühzeitig erreicht werden können (Psychoedukation, Angehörigenarbeit nach dem CRAFT-Ansatz o.a.) sowie eine Befragung der etwa 100 Elternkreise in Deutschland, um die heutigen Bedarfe und Anliegen der Eltern von jungen Suchtgefährdeten und -kranken zu erheben¹⁸.
- Entwicklung des Gruppentrainings „CAN Stop“
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt und evaluiert das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) seit Februar 2008 (bis April 2011) ein manualisiertes Gruppenbehandlungsprogramm zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen (14-21 Jahre) mit problematischem

¹⁶ www.averca.de

¹⁷ www.dhs.de/web/projekte/elternarbeit.php

¹⁸ www.bvek.org

Cannabiskonsum unter der Bezeichnung „CAN Stop“ (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre)¹⁹.

- **Längerfristige Effekte der Substitutionsbehandlung: PREMOS**
Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments), hat das BMG 2007 einen Forschungsauftrag erteilt, um auch Aussagen über die längerfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können. Unter dem Akronym PREMOS (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) wird auf Grundlage einer bundesweit repräsentativen klinisch-epidemiologischen Studie der klinische, psychopathologische, soziale und substanzbezogene Verlauf und Outcome von mehr als 2.600 Patienten aus 223 Einrichtungen längsschnittlich über bis zu fünf Jahre untersucht und beschrieben. Der Abschlussbericht wird Ende 2010 vorliegen²⁰.
- **Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung – Dokumentationsstandards und Monitoring der heroingestützten Behandlung in Deutschland**
Seit dem Ende des bundesweiten Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung im ersten Halbjahr 2007 wurde die Dokumentation von Behandlungsstandards und therapeutischen Wirkungen durch die Einführung eines vom BMG geförderten Qualitätssicherungsprojekts sicher gestellt. Für das Jahr 2008 liegen für insgesamt 231 Diamorphinpatienten Dokumentationsbogen zum Behandlungsverlauf vor. Davon sind 40 Patienten (seit Mitte 2007) neu in die Behandlung aufgenommen worden (17,3%). Die Ergebnisse der Behandlungsdokumentation des Jahres 2008 lassen erkennen, dass auch die Neuaufnahmen dem Profil der schwerstabhängigen Heroinkonsumenten entsprechen. Im Vergleich zu den Behandlungsteilnehmern des Bundesmodellprojekts zeichnen sich nur wenige bzw. wenn, dann eher geringfügige Unterschiede in den Patientencharakteristika zu Therapiebeginn ab. Die neuen Patienten sind im Durchschnitt um etwa drei Jahre älter, leben in etwas stabileren Wohnverhältnissen und haben zu einem größeren Anteil eine Arbeit. Der Gesundheitszustand ist ähnlich schlecht wie bei den Patienten des Modellprojekts. Die Verlaufsergebnisse zeigen einerseits eine langfristige Stabilisierung bzw. weiterhin leichte Verbesserung der sich seit dem Modellprojekt in Behandlung befindlichen Diamorphinpatienten. Andererseits lässt sich eine positive Entwicklung im gesundheitlichen Bereich und im Konsumverhalten der neu aufgenommenen Patienten erkennen, die in den meisten Fällen noch nicht so weit fortgeschritten ist wie die der „Altpatienten“²¹.
- **Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker: FAIRE**
Seit Ende 2006 bis Oktober 2009 arbeitete die Fachstelle FAIRE als Modellprojekt des BMG und des Landes Rheinland-Pfalz (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, MASGFF) mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitan-

¹⁹ www.canstop.med.uni-rostock.de/

²⁰ www.premos-studie.de

²¹ www.zis-hamburg.de

den der Suchtkrankenhilfe zu verbessern (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre). Von Oktober 2008 bis Ende 2009 unterstützte das BMG gemeinsam mit dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern darüber hinaus den Transfer von FAIRE in Mecklenburg-Vorpommern²². Zu Ergebnissen des Projektes FAIRE siehe auch Kapitel 8.3.3.

- Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II
Ziel des vom Konsortium Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt, Prof. Dr. Dieter Henkel und Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.²³ durchgeführten Projekts war eine möglichst vollständige Erhebung aller Maßnahmen von SGB II-Grundsicherungsträgern hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung. Dabei sollten gleichzeitig Ansätze guter Praxis ermittelt werden.
Die Ergebnisse des im Sommer 2009 abgeschlossenen Projektes zeigen eine große Heterogenität in Bezug auf das konkrete Vorgehen bei der Betreuung suchtkranker Kunden im SGB II. In jeder Phase – vom Erkennen des Suchtproblems über die Betreuung und Förderung bis zur Integration in Arbeit – gibt es eine sehr unterschiedliche Praxis in den Grundsicherungsstellen. Grundsicherungsstellen, die mit der örtlichen Suchthilfe eine gezielte Kooperation vereinbart haben, gelingt es tendenziell besser, die in der Fachdiskussion unumstrittenen Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Weitere Informationen zu diesem Projekt finden sich in Kapitel 8.3.3²⁴.
- Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund
Mit dem Ziel, eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, läuft im Rahmen einer vom BMG finanzierten Förderinitiative seit Frühsommer 2009 für drei Jahre der Schwerpunkt „transVer“. Neben sechs regionalen Modellprojekten, in denen exemplarisch zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert werden sollen, beinhaltet die Förderinitiative ein wissenschaftliches Begleitvorhaben, das von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) in Zusammenarbeit mit FTK (Fortbildung transkulturell) in Freudenstadt durchgeführt wird. Darüber hinaus wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der das Modellvorhaben unterstützt. Die geförderten Projekte (in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein) realisieren in sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen²⁵.
- Modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtblasteten Familien
Seit 2008 wird gemeinsam durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsfor-

²² www.fachstelle-faire.de

²³ www.prospektive-entwicklungen.de/

²⁴ <http://www.prospektive-entwicklungen.de/projekte/abgeschlossene-projekte/suchtkranke-im-sgb-ii>

²⁵ www.transVer-sucht.de

schung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf das Projekt "Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtbelasteten Familien - Eine prospektive randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie" durchgeführt, das ebenfalls vom BMG gefördert wird (siehe dazu auch REITOX-Bericht 2009). Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt drei Jahre und besteht aus einer einjährigen Konzeptentwicklungsphase und einer zweijährigen Feldphase mit experimenteller Wirksamkeitsüberprüfung des modularisierten Präventionskonzepts. Seit Beginn der Feldphase im Februar 2010 wird "Trampolin" in mehr als 20 Beratungsstellen in Deutschland erprobt und wissenschaftlich untersucht²⁶.

- JES Selbsthilfe

Die Deutsche Aids-Hilfe unterstützt seit 20 Jahren das bundesweite JES-Netzwerk, in dem verschiedene regionale Gruppen, landesweite Zusammenschlüsse und Einzelaktivisten aktueller und ehemaliger Drogenkonsumenten sowie Substituierter zusammengeschlossen sind. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Mitarbeit in der JES-Selbsthilfe die Abstinenzmotivation stärken und die Entstehung sozialer Netzwerke fördern kann. Sie erhöhen unter anderem die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen unter den Drogenabhängigen und leisten in diesem Zusammenhang wertvolle Dienste im Sinne der HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention sowie der Schadensminimierung. Durch eine BMG-Förderung zur Verbesserung und Erweiterung des bisherigen Webauftritts des JES-Netzwerks sollen diese Potenziale ausgebaut und besser genutzt werden. Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch die JES-Zielgruppen weit mehr als in früheren Jahren Interesse am und Zugang zum Internet haben. Teile des Webauftritts sollen in englischer Sprache zur Verfügung gestellt werden, damit die Einbindung des JES-Netzwerks in die internationale Organisation INPUD (International Network People who Use Drugs) gestärkt und der Austausch auf internationaler Ebene vertieft werden kann²⁷.

- Spice, Smoke, Sence & Co. - Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung

Das vom BMG geförderte und vom Centre for Drug Research (CDR) der Universität Frankfurt in 2009/2010 durchgeführte Forschungsprojekt zu "Spice" und vergleichbaren cannabinoidhaltigen Räuchermischungen untersucht Charakteristika und Konsummotive von experimentellen und regelmäßigen Konsumenten, die generelle Verbreitung und Veränderungen im Konsum derartiger Produkte vor und nach der BtMG-Unterstellung. Zudem erbrachte die Studie Erkenntnisse aus der Sicht des Verkaufspersonals so genannter Headshops. Mithilfe dieser Befragung konnten die Konsummotivationen und Hintergrundbedingungen des Konsums näher erforscht werden. Der Abschlussbericht der Studie kann auf der Homepage der Drogenbeauftragten abgerufen werden²⁸.

²⁶ vergleiche dazu auch Kapitel 3 und www.projekt-trampolin.de

²⁷ www.jes.aidshilfe.de

²⁸ www.drogenbeauftragte.de

- **FreD goes net**
Unter dem Titel „FreD goes net“ wird gegenwärtig das deutsche Modellprojekt „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD“ (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre) in 17 Länder der EU transferiert. „FreD goes net“ wird zwischen November 2007 bis Oktober 2010 von der LWL-Koordinationsstelle Sucht unter wissenschaftlicher Begleitung der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) durchgeführt und sowohl von der Europäischen Kommission als auch den teilnehmenden Mitgliedsstaaten und dem BMG gefördert²⁹.
- **EU Projekt Senior Drug Dependents and Care Structures (SDDCARE)**
Das Projekt SDDCARE vereint Forschung und Praxis aus vier europäischen Ländern zur Klärung von Fragen über die Lebenssituation und die Gesundheit älterer drogenabhängiger Frauen und Männern und zur Erarbeitung von Grundlagen für ihre Versorgung im Alter. Zentrale Projektziele beinhalten die Erarbeitung von Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage älterer Drogenabhängiger sowie ihrer objektiven und subjektiven Versorgungsbedürfnisse. Das Projekt wurde von Januar 2008 bis Ende Juni 2010 von der Europäischen Kommission gefördert³⁰. Das BMG hat im Jahr 2009 vertiefte Befragungen von älteren Drogenabhängigen und Experten aus den Bereichen Sucht- und Altenhilfe gefördert, um fundierte Erkenntnisse zur Situation in Deutschland zu erhalten. Der Abschlussbericht kann unter www.drogenbeauftragte.de heruntergeladen werden.
- **EU-Projekt DRUID**
Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt, www.bast.de) ist Konsortialführer eines Projekts der Europäischen Kommission mit 37 Partnern zum Thema "Driving under the Influence of Alcohol, Drugs and Medicines" (Laufzeit: 2006-2011). Von den Ergebnissen dieses interdisziplinären Forschungsprojekts werden wichtige Informationen über die Auftretenshäufigkeit psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr und deren Risikopotential erwartet. Darüber hinaus werden für bestimmte psychoaktiven Substanzen Vorschläge für bislang nicht vorliegende Grenzwerte in Analogie zur 0,5-Promillegrenze bei Alkohol erarbeitet³¹.

Aktivitäten der Bundesländer

Bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland sowie das Prinzip der Subsidiarität, aber auch in Folge unterschiedlicher Problembelastungen und Ausgangsbedingungen, finden sich regionale Unterschiede im Umgang mit substanzbezogenen Störungen. Infolgedessen existieren Unterschiede in den Leitlinien und Richtlinien sowie in den Drogen- und Suchtprogrammen der Bundesländer. Alle Bundesländer haben gemeinsam ein Anforderungsprofil für ambulante regionale Suchthilfeeinrichtungen vorgelegt. Es bestehen keine einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maß-

²⁹ www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/FreD/fred_goes_net/

³⁰ s.a. REITOX-Bericht 2008/09, Kapitel 12 und www.sddcare.eu

³¹ s.a. die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre und www.druid-project.eu.

nahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Ansätze dazu - die Entwicklung von Leitlinien und Programmen zur Qualitätssicherung - werden jedoch auf fachlicher Ebene durch Fach- und Wissenschaftsverbände und durch die Leistungsträger verfolgt, ohne dass deren Anwendung und Berücksichtigung verpflichtend wäre (siehe 5.5). Aus den dargestellten Gründen kommt in den einzelnen Bundesländern und Kommunen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

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

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

In den Bundesländern existieren zahlreiche Projekte, die sich in unterschiedlichen Settings mit verschiedenen Schwerpunkten an eine ganze Reihe von Zielgruppen wenden. Diese reichen von spezifischen Angeboten, z.B. für Migranten oder sozial benachteiligte Familien über Schulprojekte oder Initiativen in Sportvereinen zu differenzierten Interventionen, z.B. bei erst auffälligen Drogenkonsumierenden. Alle Bundesländer (auch die nachfolgend nicht ausdrücklich genannten) fördern eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten im Drogen- und Suchtbereich. Die Übersicht der aus den Bundesländern berichteten Aktivitäten stellt daher nur eine Auswahl der wesentlichen und wichtigsten Projekte dar.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen ist die ginko Stiftung für Prävention mit der Koordination der Suchtvorbeugung betraut und dient als Schnittstelle zwischen dem Ministerium für Arbeit, Ge-

sundheit und Soziales und den örtlichen Präventionsfachkräften. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurde das Cannabis-Präventionsprogramm „Stark statt breit“ von der ginko Stiftung entwickelt (www.stark-statt-breit.de) und bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt. Weitere Informationen zu „Stark statt breit“ finden sich auch in Kapitel 3.

Im Herbst 2009 begannen die Aktionswochen „Suchtvorbeugung geht uns alle an“ zur nordrhein-westfälischen Öffentlichkeitskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“. In acht Regionen des Landes fanden bis Ende November mehr als 500 Veranstaltungen statt. Die Landesregierung unterstützte die Maßnahmen durch ein massenmediales Begleitprogramm. Ziel der Aktionswochen war es, die Ursachen von Sucht darzustellen, den Menschen eigene Möglichkeiten zur Suchtvorbeugung aufzuzeigen sowie sie für eine eventuell vorhandene Suchtgefährdung zu sensibilisieren. Außerdem wurden Wege aus der Suchterkrankung sowie Hilfsangebote präsentiert.

Eine durch das Justizministerium Nordrhein-Westfalen initiierte Arbeitsgruppe, der ärztliche Mitarbeiter des Justizvollzuges des Landes Nordrhein-Westfalen und Vertreter der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe angehörten, hat "Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Heroinabhängigkeit im Justizvollzug (Substitutionstherapie in der Haft)" entwickelt. Die Empfehlungen sind von den zuständigen Gremien der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe gebilligt worden. Die Empfehlungen wurden der Anstaltsärzteschaft des Justizvollzuges Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Workshops vorgestellt. Dieser Erlass erging im Einvernehmen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Bayern

Das bereits seit vielen Jahren durchgeführte Projekt „mindzone“ (Drogenprävention für die Zielgruppe junger Partygänger) wurde im vergangenen Jahr um Kampagnen zu „Spice“, „Naturdrogen“ und „Drogen Mischkonsum“ erweitert.

Im Rahmen eines Projektes der Mudra alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. werden Erste-Hilfe-Maßnahmen für Drogenabhängige in JVAen angeboten.

„Therapie Sofort München“ ist ein niedrigschwelliges und zugleich ausstiegsorientiertes Angebot der Münchner Suchtkrankhilfe. Ziel ist eine schnelle Vermittlung suchtkranker, drogenabhängiger Menschen in eine geeignete Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung, ohne lange Wartezeiten oder Beratungsarbeit, auch für nicht krankenversicherte Klienten.

Im Rahmen eines Streetwork-Angebotes werden in Regensburg Abhängigkeitskranke und oft zusätzlich psychisch kranke Menschen erreicht, die von den bestehenden Hilfsangeboten kaum oder nicht erreicht werden.

Berlin

Das Projekt „Contradict“ greift im Rahmen eines Konsumkontrolltrainings für substituierte (Drogen-)Abhängige das Problem des Beikonsums Substituierter auf. Dieses Programm vom Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e.V. durchlief nach mehreren

Jahren der Vorbereitung erste Erprobungsjahre. Das Contraddict-Programm ist in die laufende Einzelbetreuung eingebettet. Anhand eines Vertrages werden die vom Betroffenen selbst formulierten Zielstellungen fixiert. Es wurde ein Manual zum Programm erarbeitet, in dem u.a. Aufbau und Grundprinzipien von Contraddict, wie z.B. Verbindlichkeit, Konkretheit und Flexibilität dargestellt werden. Nach den bisherigen Erfahrungen ist das Programm für ein breites Spektrum von Konsumenten illegaler und legaler Drogen geeignet und erfolgversprechend.

Das Bundesmodellprojekt "Transit" wird in Berlin seit Juni 2009 von Gangway e.V. umgesetzt. Zielsetzung ist die Erleichterung des Zugangs zum örtlichen Suchthilfesystem für Jugendliche mit Migrationshintergrund durch Abbau von Zugangsbarrieren. Die Arbeitsaufgaben umfassen u.a. Schulungen für Multiplikatoren und Peers, Kollegiale Fachberatung sowie die Unterstützung bei Vernetzung und Austausch bestehender Angebote.

Im Rahmen der ESF-Förderung 2007-2013 werden auch im Jahr 2010 neun Maßnahmen der Qualifizierung, Beschäftigung und Beratung drogenabhängiger/suchtmittelgefährdeter Menschen mit insgesamt 1.105 teilnehmenden Personen gefördert. Zielsetzungen dieser Projekte sind die Stabilisierung der Lebensverhältnisse, die Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit, die Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben und die gesellschaftliche Integration Drogenabhängiger. Im Jahr 2009 wurde die Broschüre „Arbeit schafft Perspektiven“ über erfolgreiche Berliner Maßnahmen der sozialen Reintegration und (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt erstellt.

In Berlin wird derzeit das dreijährige Bundesmodell „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ von Fixpunkt e.V. durchgeführt (siehe dazu Kapitel 7.3).

Brandenburg

Noch immer wird das in Brandenburg erweiterte Fred PLUS-Programm als Modell in 12 ausgewählten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke angeboten, insbesondere der speziellen Zielgruppe Alkohol konsumierender Jugendlicher unter der Berücksichtigung substanzspezifischer Besonderheiten.

Auch das PEER-Projekt an Fahrschulen ist fester Bestandteil suchtpreventiver Maßnahmen im Rahmen des Landesprogramms „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ und schließt das Problem des Drogengebrauchs/missbrauch im Straßenverkehr ein.

Saarland

Im Saarland wird das Projekt FreD (Früherkennung und –intervention bei Drogen- und Suchtmittelmissbrauch) flächendeckend in allen Landkreisen angeboten.

Ebenfalls mit Landeszuschüssen (und Trägeranteilen) wird ein Netzwerkprojekt „Beratung und Intervention bei jungen Aussiedlern mit Drogen- und Hafterfahrung“ gefördert.

Darüber hinaus gibt es ein grenzüberschreitendes Projekt für Multiplikatoren und Jugendliche in suchtgefährdeten Lebenssituationen zusammen mit den Regionen Lothringen, der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, Luxemburg und Rheinland-Pfalz (Fachkräfteprojekt der „Mondorfer Gruppe“).

Sachsen-Anhalt

Die Studie „Moderne Drogen- und Suchtprävention – MODRUS IV“ wurde bereits im letzten REITOX-Bericht ausführlich vorgestellt.

Neben anderen aktuellen Publikationen (z.B. Landessuchtberichte, Projektberichte, Presstexte) existiert für Sachsen-Anhalt seit 2009 eine „Handlungsempfehlung: Beitrag zur Kindeswohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt“.

Im Rahmen des Projektes „Kooperation Jugendhilfe - Schule in der Stadt Dessau-Roßlau“ soll die Verzahnung suchtpreventiver Arbeit in der Schule mit den sozialpädagogischen Unterstützungsmöglichkeiten der Jugendhilfe befördert werden. Die Koordinierungsstelle im Jugendamt kann Präventionsangebote mit Hilfen des Allgemeinen Sozialen Dienstes und Angeboten der Kindertageseinrichtungen verbinden, um durch möglichst frühzeitige Vernetzung schnell handeln zu können. Dadurch sind Kinder und Jugendliche stadtteilbezogen entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen optimal zu fördern. Das Projekt Kooperation Jugendhilfe/ Schule wurde mit der obersten Verwaltungsebene abgestimmt und soll perspektivisch die Qualität der Zusammenarbeit auf eine verbindlichere Ebene stellen. Mit den einzelnen Schulen werden nach und nach Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

Thüringen

Auch in Thüringen wird das Projekt FreD weiterhin in zahlreichen Beratungsstellen umgesetzt.

Im Sinne der Frühintervention arbeitet ebenfalls das Projekt „Lotsennetzwerk in Thüringen“ (beim Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., fdr). Engagierte und auf freiwilliger und ehrenamtlicher Basis tätige Lotsen aus der Suchtselbsthilfe begleiten suchtkranke Menschen z. B. nach einer Entgiftungsbehandlung für einen befristeten Zeitraum, um sie in das vorhandene Hilfesystem von professionellen Angeboten und Selbsthilfegruppen zu integrieren. Neben der Frühintervention geht es vor allem um diejenigen Suchtkranken, die als sogenannte „Drehtürpatienten“ zwar in der Klinik bekannt sind, aber sonst noch niemals andere (weiterführende) Hilfen in Anspruch genommen haben.

Eine unter Thüringer Beratungsstellen durchgeführte Umfrage hat sich mit dem Themenkomplex „Migration“ befasst, deren Ergebnisse in Kapitel 8.2.2 berichtet werden.

Ein speziell für die Zielgruppe junger Menschen, die mit Drogen in Kontakt kommen und mit ihnen experimentieren bzw. diese missbräuchlich konsumieren könnten, ist das Drogerie-Projekt in Erfurt (siehe dazu auch Kapitel 3).

Ein Behandlungsmodell der Rentenversicherung Mitteldeutschland ist der „Magdeburger Weg“, der auch in Thüringen Anwendung findet. Um alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen zeitnah zu rehabilitieren, finden hier neben den bisherigen Antragswegen auch neue und effizientere Verfahren Anwendung. Die bisher zwingend notwendige Motivationsphase durch die Suchtberatungsstellen wird von denjenigen Patienten, die sich in der Akutbehandlung für eine medizinische Rehabilitation entscheiden, übersprungen. Durch

die frühzeitige Behandlung kann einer weiteren Verschlechterung der Suchterkrankung und deren Folgeschäden entgegengewirkt sowie eine Motivation für ein suchtmittelfreies Leben entwickelt werden. Da als „Magdeburger Weg“ bezeichnete Verfahren wird inzwischen nicht nur von allen Suchtfachkliniken in Mitteldeutschland praktiziert, sondern auch in Kooperation mit anderen ARGEen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in die Praxis umgesetzt. Das heißt, eine Entwöhnungsbehandlung kann jetzt auch direkt durch den Arzt der Arbeitsagentur beantragt werden, wenn er das Suchtproblem des ALG II-Empfängers aus medizinischer Sicht bestätigt hat.

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von gesundheitsschädlichen Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster zu etablieren. Im Vordergrund der Präventionsaktivitäten der BZgA stehen insbesondere die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Drogen Nikotin und Alkohol aber auch illegale Drogen. Seit 2006 wurde der Präventionsbereich um das Thema „Bekämpfung des Pathologischen Glücksspiels“ erweitert. Hauptaugenmerk im Rahmen der Entwicklung von Maßnahmen und Medien ist die systematische Ansprache der relevanten Zielgruppen in ihrer jeweiligen Lebenswelt. Nachfolgend sollen zwei Maßnahmen aus dem Jahr 2009 vorgestellt werden, die einen kleinen Ausschnitt der suchtspezifischen Präventionsaktivitäten der BZgA darstellen:

- Bundesweiter Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention – Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort.“ (Bereits zum vierten Mal führten die BZgA und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände und der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen den Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ durch (siehe dazu Kapitel 3.2.3).

Im Jahr 2011 wird der 5. Wettbewerb mit dem Fokus „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“ durchgeführt.

- Kinder stark machen-Aktionstage „Mitspielen kickt! Starke Kinder – Wahre Champions“
Im Rahmen der Aktivitäten zur frühen Suchtvorbeugung fanden im Frühjahr 2010 im Rahmen des Programms Kinder stark machen in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) und örtlichen Präventionsfachstellen Aktionstage unter dem Titel „Starke Kinder - Wahre Champions“ statt.

Tagungen und Arbeitsgruppen

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

- Durchführung des Kooperationstages „Sucht und Drogen“ in Nordrhein-Westfalen
Der Kooperationstag „Sucht und Drogen“ wurde im Jahr 2001 als eine konkrete Umset-

zungsmaßnahme des „Landesprogramms gegen Sucht“ zum ersten Mal durchgeführt und findet seitdem in zweijährigem Turnus statt. Ziel dieser Veranstaltung ist es, die Expertinnen und Experten verschiedener Professionen und Institutionen zusammenzubringen und fachliche Themenfelder interdisziplinär zu bearbeiten. Der Kooperationstag bietet allen beteiligten Akteuren in der Sucht- und Drogenhilfe NRW sowie Ärzten, Apothekern und Psychotherapeuten eine einmalige Plattform zur Kommunikation und Vernetzung. Die Veranstaltung wird vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) gefördert und von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „berufsgruppenübergreifende Fortbildung“, geplant und durchgeführt. Das Thema des Kooperationstages 2009 lautete: „Sucht und demographischer Wandel“³².

- Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ in Nordrhein-Westfalen
Das Ziel der von der Landeskoordinierungsstelle in Kooperation mit der BZgA durchgeführten Tagung bestand darin, aktuelle suchtpreventive Standards vorzustellen und deren Transfer auf verschiedenen Ebenen mit der Absicht voranzutreiben, suchtpreventive Maßnahmen in Deutschland insgesamt zu optimieren. Die Fachtagung diene als Informationsplattform und Impulsgeber für die Erarbeitung und Abstimmung einheitlicher Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsverfahren in der Suchtprävention.
- Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Das im Juni 2009 in Tutzing durchgeführte 18. Wissenschaftliche Symposium der DHS beschäftigte sich mit dem Thema „Grenzwerte - Gibt es bei den Suchtstoffen einen risikoarmen Konsum?“. Neben den verschiedenen Substanzen sollten auch spezielle Konsumsituationen und Lebensbereiche, wie z.B. die Substitution, die Teilnahme am Straßenverkehr und die Gefahren am Arbeitsplatz, berücksichtigt werden. Die Veranstaltung richtete sich an Entscheidungsträger, Multiplikatoren und ausgewiesene Fachwissenschaftler/-innen aus der Grundlagen- und Praxisforschung.
- 2. Deutscher Suchtkongress in Köln
Anlässlich des gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. veranstalteten 2. Deutschen Suchtkongresses wurden im September 2009 in Köln 180 Vorträge in 45 Symposien präsentiert. Damit bot die Tagung einen guten Überblick und einen intensiven Einblick in das gesamte Themenfeld der Suchtforschung. Besonders stark vertreten waren die Bereiche Familie und Jugend, Prävention sowie Komorbidität und Suchttherapie.
- Fachtagung "Ältere Drogenabhängige - Versorgungskonzepte an der Schnittstelle zwischen Sucht- und Altenhilfe" in Bayern
Am 22. Oktober 2009 veranstalteten der Paritätische und seine Mitgliedsorganisation Condrobs e.V. in Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, dem Bezirk Oberbayern und dem Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) die Fachtagung „Ältere Drogenabhängige“. Die Referenten der

³² www.wissenssuchtwege.de

Fachtagung informierten über Hintergründe, stellten Arbeitsansätze, Betreuungs- und Behandlungskonzepte unterschiedlicher Projekte vor und gaben konkrete Hinweise für den Umgang mit der älter werdenden Klientel. Die Fachtagung war eine von drei nationalen Tagungen, die im Rahmen des Projekts „Senior Drug Dependents and Care Structures“ (SDDCARE) stattfanden³³.

- 18. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
„Rausch als Teil des Lebens“ – Unter dieses Motto hat die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) ihren 18. Kongress im November 2009 gestellt. Damit möchte die Organisation betonen, dass sie gegen eine Akzentverschiebung in der Suchtpolitik hin zu einer Renaissance des Abstinenz-Paradigmas ist. Die DGS geht davon aus, dass das Verständnis dessen, was Süchtige im Rausch zu finden hoffen, bei der Therapie der Erkrankung von Nutzen sein kann.
- Expertengespräch "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung 2009
Dieses Expertengespräch wurde im Dezember 2009 von akzept e.V. in Kooperation mit der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, dem Berufsverband der Deutschen Psychiater/ Deutschen Nervenärzte, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, der DGPPN, der DGS, der DAH und der KV Berlin veranstaltet. Die Beiträge stellten die vorhandenen Ansätze guter Praxis in Deutschland und die Möglichkeiten von Weiterentwicklungen der Substitutionsbehandlung vor. Schwerpunkte waren die Vorstellung der 23. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndV), die aktualisierten BÄK-Richtlinien zur Substitutionsbehandlung, der Arbeiten an einer verbandsübergreifenden Position zur psychosozialen Betreuung Substituierter und die Auswirkungen der gesetzlichen Regelung zur diamorphingestützten Behandlung.
- Fachtagung "Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse und Schlussfolgerungen zum Suchtmittelkonsum Jugendlicher"
Diese Veranstaltung wurde im Dezember 2009 vom Landschaftsverband Westfalen Lippe, Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG Sucht) durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war, aktuelle Erkenntnisse zur sozialen Lebenswirklichkeit junger Menschen im Kontext einer Suchtgefährdung sowie zu den individuellen Bewältigungsstrategien Jugendlicher in Problemsituationen einem Fachpublikum vorzustellen und zu diskutieren. Dabei wurden auch Ergebnisse von Studien zum legalen Suchtmittelkonsum Jugendlicher mit besonderer Berücksichtigung von Benachteiligtengruppen mit einbezogen.
- Abschlusstagung des Bundestransfers von "Realize it"
Die Abschlusstagung des Transferprojektes „Realize it“ wurde im Januar 2010 von der Villa Schöpflin (Lörrach) und der delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH in Berlin veranstaltet (zu den Inhalten des Programms siehe auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre und in Kapitel 3.4.3).

³³ www.sddcare.eu

- 33. Bundesdrogenkongress des Fachverbands für Drogen und Rauschmittel
250 Teilnehmende trafen sich im Mai 2010 in Stuttgart und beschäftigten sich mit dem Kongressthema "Vom Cyber zum Runden Tisch. Modernes Networking". Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) führt seit 1980 den Bundesdrogenkongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Es handelt sich um einen Fachkongress, in dem es darum geht, ein Praktikerforum zu schaffen, das der Informationsvermittlung, dem Erfahrungsaustausch, der Projektdarstellung und der Verbesserung der Praxis insgesamt dient. Die aktuellen Kongressthemen setzen zeitnah wichtige Diskussionsprozesse in Gang. In einer Mischung aus Vorträgen („Input“) sowie Seminaren („Output“) wird eine Verbindung von Lernen und Handeln erreicht, die sowohl auf Wissenszuwachs als auch auf fachlichen Diskurs ausgerichtet ist.
- Fachtag "Arbeitsbezogene Maßnahmen in der stationären Suchtrehabilitation - Stand und Entwicklungsperspektiven"
Mit dem in Kassel im Januar 2010 durchgeführten Fachtag stellte die DHS die Frage nach dem aktuellen und zukünftigen Stellenwert unterschiedlicher arbeitsbezogener Maßnahmen und Ansätze innerhalb der Suchttherapie in den Mittelpunkt. Hierbei wurden die Anforderungen der Leistungsträger bei der Strukturqualität ebenso berücksichtigt wie die Perspektive der Rehabilitanden, die teilweise mit geringen Ressourcen in die Einrichtungen kommen und die grundlegenden Kompetenzen erst wieder erwerben müssen, um eine Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft realistisch zu ermöglichen.
- Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin
Im Juli 2010 fand in München der 11. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin statt, bei dem sich Spezialisten der Suchtmedizin und Suchttherapie treffen. Der Kongress bietet die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben.
- DHS-Kooperationstagung
Thema der Kooperationstagung, die regelmäßig alle zwei Jahre stattfindet und im September 2010 in Weimar durchgeführt wurde, war die Praxis der Sucht- und Wohnungslosenhilfe. Im Mittelpunkt der Tagung stand die Annäherung der beiden Hilfesysteme hinsichtlich ihrer Arbeitsansätze mit abhängigen Wohnungslosen. Gesetzliche Rahmen der Hilfesysteme, wie z.B. die Finanzierung der Hilfen, sowie Hindernisse und Lösungsansätze in Kommunen und Regionen bildeten einen weiteren Schwerpunkt der Tagung. Etwa 80 Teilnehmende aus den Verbänden der beiden Arbeitsfelder, Entscheidungsträger aus Kommunen und Ländern sowie örtlichen und überörtlichen Suchthilfeträgern erörterten, wie die Hilfen verbessert werden können.
- In 2009 wurden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer bereits 2008 von der DBDD durchgeführten Fachtagung zu dem Thema „Bewährtes Übertragen – Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“ veröffentlicht (Kipke et al. 2009).

Internationale Zusammenarbeit

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die WHO, die UNODC, die Europäische Kommission, die Horizontale Drogen Gruppe (HDG), die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und die Pompidou-Gruppe beim Europarat sind dabei die wichtigsten Partner. Deutschland ist auch ein aktiver Partner der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). Bei der Vertretung Deutschlands in den europäischen und anderen internationalen Gremien, die sich mit Drogenpolitik befassen, kommt der Drogenbeauftragten eine wichtige koordinierende Funktion zu (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Neben der Drogenbeauftragten vertreten die zuständigen Fachreferate unterschiedlicher Ministerien (Innen-, Gesundheitsministerium, Auswärtiges Amt) oder Experten aus anderen Bereichen Deutschland in europäischen und internationalen Gremien. Auch im „Drogenforum der Zivilgesellschaft“ (Civil Society Forum on Drugs) der Europäischen Kommission arbeiten deutsche Vertreter aktiv mit.

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

Darüber hinaus haben deutsche Experten in 2009 und 2010 an Expertentreffen zur Überarbeitung der Erhebungsinstrumente von UNODC (Annual Report Questionnaire) und an von UNODC organisierten Arbeitstreffen zum Thema „Nicht-medizinischer Gebrauch von Medikamenten“ bzw. zum Thema „Alternativen zu Zwangstherapien bei Drogenabhängigkeit“ teilgenommen.

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik

In diesem Bereich sind keine neuen Entwicklungen zu berichten.

1.3.4 Koordinierung

Die Koordinierung zwischen Bund und Ländern findet in den Fachministerkonferenzen und deren Gremien statt. Der „Drogen- und Suchtrat“ (DSR) spielt in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle, da auch hier ein Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Bundes- sowie Landesministerien stattfindet.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist auf Bundesebene verantwortlich für die Planung und Durchführung von Präventionskampagnen, das Monitoring suchtpräventiver Aktivitäten und deren Qualitätssicherung.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten. Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche u.a. Erlaubnisse zur Teilnahme am Betäubungsmittel- und/oder Grundstoffverkehr erteilt und den Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehr bei den Erlaubnisinhabern überwacht sowie das nati-

onale Substitutionsregister führt.

Neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Der Bundesminister für Gesundheit hat am 19. November 2009 die Bundestagsabgeordnete Mechthild Dyckmans (FDP) zur Drogenbeauftragten der Bundesregierung ernannt. Als Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen wird sie in der 17. Legislaturperiode die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung koordinieren und in der Öffentlichkeit vertreten. Mechthild Dyckmans führt die sinnvollen Ansätze der bisherigen Sucht- und Drogenpolitik fort. Die neue Drogenbeauftragte beruft den „Drogen- und Suchtrat“ als beratendes Gremium wieder ein, der im Herbst 2010 zu seiner ersten Sitzung zusammentritt. Dem Drogen- und Suchtrat gehören unter anderem Vertreter der zuständigen Bundes- und Landesministerien, der Kostenträger, der Kommunen, der Suchtkrankenhilfe, der Forschung sowie der Selbsthilfe an.

1.4 Ökonomische Analyse

1.4.1 Einleitung

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

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

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

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets

Im Jahr 2008 wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit von der DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Essen eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, erstmals eine umfassende Schätzung der direkten (gekennzeichneten und nicht-gekennzeichneten) Ausgaben der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungsträger mit Bezug zu illegalen Drogen für das Jahr 2006 vorzunehmen (Mostardt et al. 2010).

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

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

Ein großer Anteil der ermittelten Ausgaben (>65%) ist dem Funktionsbereich „Öffentliche Sicherheit und Ordnung“ zuzurechnen. Ausgaben für die Funktionen „Gesundheit“ und „Soziale Sicherung“ machen einen wesentlich geringeren Anteil an den Gesamtausgaben aus. Hier sind allerdings auch die größten Lücken in der Datensammlung zu finden.

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

Für das Berichtsjahr 2009 liegen keine neuen systematischen Schätzungen vor. Angaben zu Ausgaben im Behandlungsbereich (z.B. aus der Deutschen Suchthilfestatistik) werden im diesjährigen Sonderkapitel zu den Behandlungskosten berücksichtigt (siehe Kapitel 12).

1.4.3 Soziale Kosten

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

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

2.1 Überblick

Aspekte des Drogenkonsums

Drogenerfahrung bedeutet in vielen Fällen einen einmaligen oder seltenen Konsum von Substanzen. Nachdem die Droge probiert wurde, wird der Konsum in den meisten Fällen im Lauf der Zeit wieder völlig eingestellt. Der Konsum im Lebenszeitraum ist deshalb nur ein grober Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums in der Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt. Hier werden auch Personen mitgezählt, die über Erfahrungen berichten, die bereits 20 oder 30 Jahre zurückliegen können.

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

Bundesweite Datenquellen und internationale Studien

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

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen für den Gebrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle 3-4 Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) in einer Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die aktuellen Ergebnisse der DAS 2008 wurden bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt (BZgA 2010). Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA 2007 Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Cannabiskonsum unter 3.602 Jugendlichen im

Alter von 12 bis 19 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007), deren Ergebnisse bereits im REITOX-Bericht 2007 zusammenfassend dargestellt wurden.

In der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2008 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2010) wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 3.001 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Die Datenerhebung wurde mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) durchgeführt³⁴. Die Durchführung der Interviews fand im Februar und März 2008 statt. In der DAS 2008 wurden Angaben zu Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetaminen, Kokain, Crack, Heroin, Schnüffelstoffen und psychoaktiven Pflanzen bzw. Pilzen („Drogenpilze“) erhoben. Für jede dieser Substanzen wird unter anderem erfasst, ob den Befragten die Droge schon einmal angeboten wurde, ob sie sich vorstellen können, sie einmal zu versuchen, und ob sie diese Drogen konsumiert haben bzw. konsumieren. Die Angaben zu den einzelnen Substanzen lassen sich zusammenfassen und erlauben so substanzübergreifend Aussagen zum Konsum von illegalen Drogen insgesamt, zum Gebrauch irgendeiner anderen Droge als Cannabis oder dazu, ob unterschiedliche Substanzen konsumiert wurden oder werden. Ein differenzierter Überblick nach Geschlecht und einzelnen Substanzen wurde bereits im REITOX-Bericht 2009 gegeben.

- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey on Substance Abuse: ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des BMG seit 1990 durch das IFT München durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Landesauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen.

Unter Kombination postalischer und telefonischer Befragungsmethoden wurde für den Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 ein Mixed-Mode-Design der Datenerfassung umgesetzt, das optional auch die Beantwortung des Fragebogens im Internet ermöglichte (Kraus & Pabst 2010; Pabst et al. 2010a). Nach Bereinigung liegen Daten von 8.030 Personen (Teilnahme: 3.731 schriftlich, 3.376 telefonisch und 927 online) im Alter von 18 bis 64 Jahren

³⁴ Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem ADM-Telefonstichproben-Design. Aus einem Telefon-Mastersample, das alle relevanten Telefonnummern enthält, wurden uneingeschränkt und mit gleicher Auswahlwahrscheinlichkeit zufällig Festnetznummern gezogen. Nach Anruf dieser Nummern wurde ermittelt, ob es sich um einen Privathaushalt, in dem Jugendliche und junge Erwachsene leben, handelt. Lebten in einem der erreichten Haushalte mehrere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren, fiel die Wahl auf die Person, die zuletzt Geburtstag hatte. Bei Personen im Alter von 12 und 13 Jahren wurde vor einer Befragung das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt.

vor³⁵. Dies entspricht nach Abzug stichprobenneutraler Ausfälle einer Antwortrate von 50,1 %. Die verwendete Design- und Poststratifikationsgewichtung erzielt eine Effektivität von 83,5 %. Abweichungen von der Grundgesamtheit bestehen in der gewichteten Stichprobe hinsichtlich Staatsbürgerschaft und Schulbildung. Die Ergebnisse der Nonresponse-Analyse zeigen, dass Nichtteilnehmer seltener Alkohol- und Drogenkonsum berichteten als Teilnehmer. Modus-Effekte deuten im Vergleich zu schriftlich Befragten auf eine geringere Verbreitung von Cannabiskonsum unter telefonisch Befragten und eine geringere Prävalenz von Alkoholkonsum unter Online-Teilnehmern hin.

- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) wurde bereits 1995 in 26, 1999 in 31 und 2003 in 35 europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich in 2007 zum zweiten Mal nach 2003 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN³⁶ (Stockholm) koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Sie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. In der Erhebung 2007 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 12.448 Schülern aus 586 Klassen an 567 Schulen (Kraus et al. 2008a). Zum Teil liegen für die ESPAD auch Auswertungen aus einzelnen Bundesländern vor.
- Im Rahmen der von der WHO unterstützten Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC), die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern durchgeführt wird, haben sich 2005/06 fünf Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hamburg, Sachsen, Hessen) an der Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren beteiligt. Bei der Erhebung 2006 wurden auch Angaben zum Konsum illegaler Drogen erfasst. Ergebnisse liegen seit dem Sommer 2007 vor (Nickel et al. 2008; Settertobulte & Richter 2007). Darüber hinaus wurden im REITOX-Bericht 2008 auch Daten einer eigenen Auswertung der HBSC für das Bundesland Nordrhein-Westfalen berichtet (Richter et al. 2008).
- Anfang 2007 wurden die ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vorgelegt (Lampert & Thamm 2007). Die Ergebnisse beruhen auf bundesweiten

³⁵ Die Grundgesamtheit des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 umfasst alle in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen, die in den Jahren zwischen 1945 und 1991 geboren wurden. Die Stichprobe basiert somit auf etwa 51,6 Mio. Personen der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stand 31.12.2008, Statistisches Bundesamt). Die Stichprobe des ESA 2009 wurde auf der Grundlage der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Im ersten Schritt wurden Gemeinden bzw. Stadtteile proportional zur Anzahl der Einwohner und stratifiziert nach Bundesland, Kreis, Regierungsbezirk und BIK-Gemeindegroßenklasse ausgewählt. Die Gemeindegroßenklassen kategorisieren die Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion. Im zweiten Schritt wurden in den ausgewählten Gemeinden Individuen nach Altersgruppe disproportional gezogen, wobei jüngere Erwachsene in der Stichprobe überrepräsentiert waren. Insgesamt wurden 8.000 Fälle für die Nettostichprobe angestrebt mit jeweils 1.000 Personen in den Altersgruppen 18-20, 21-24 und 25-29 Jahre, 1.400 in den Altersgruppen 30-39, 40-49, 50-59 Jahre und 800 Personen in der Altersgruppe 60-64 Jahre.

³⁶ Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

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

Daten aus den Bundesländern und regionale Monitoringsysteme

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

In Hamburg fand 2009 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2007/2008 unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum vierten Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. Die Ergebnisse der Erhebung 2009 beruhen auf einer nach Geschlecht, Alter und Schulform der amtlichen Schulstatistik angepassten und entsprechend der amtlichen Bevölkerungsstatistik ebenfalls nach Geschlecht und Alter gewichteten Stichprobe der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Hamburg (N=1.132) (Baumgärtner 2010).

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

Im Erhebungszeitraum 2009 wurden im Rahmen der jährlichen Schülerbefragung N=1.157 (gewichtete und bereinigte Stichprobe) Schüler im Alter zwischen 15 und 18 Jahren an Allgemein- und berufsbildenden Schulen befragt (Werse et al. 2010). Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse der aktuellen Expertenbefragung des MoSyD vor.

- In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie MODRUS IV (Moderne Drogen- und Suchtprävention) vorgestellt worden. In der vierten soziologisch-empirischen MODRUS-Studie wurden Schülerinnen und Schüler sowie Lehrer der Klassenstufen sechs bis zwölf zu ihren Erfahrungen und Meinungen mit legalen Suchtmitteln,

Drogen und ihrem Umgang mit Computern und dem Internet befragt (N=2.432). Die Ergebnisse wurden bereits im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

Nutzung der verfügbaren Datenquellen

Es wird jeweils über relevante Ergebnisse der aktuellen Studien berichtet, wobei ein Schwerpunkt auf den bundesweiten und internationalen epidemiologischen Studien zum Substanz- und Drogengebrauch liegt (v.a. Epidemiologischer Suchtsurvey [ESA]) und Drogeaffinitätsstudie [DAS]). Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt. Die wichtigsten Ergebnisse des ESA 2006 zum Substanzgebrauch in der erwachsenen Bevölkerung sowie der beiden von der BZgA in 2007 vorgestellten Studien zu Cannabis- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden bereits in den letzten REITOX-Berichten vorgestellt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist allerdings zu berücksichtigen, dass mit einer nicht unerheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen gerechnet werden muss, da insbesondere Personen mit einem hohen Konsum illegaler Drogen schlechter durch solche Studien zu erreichen sind und häufig eine Tendenz zur Untertreibung (Underreporting) bei der Angabe von Konsumhäufigkeit und -mengen besteht. Insbesondere für Heroinabhängige liegen deshalb Schätzverfahren vor, die andere Datenquellen verwenden (unter anderem Polizeidaten, siehe auch Kapitel 4.2). Neben den quantitativen Daten wurden auch aktuelle qualitative Studien berücksichtigt.

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

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

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

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

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen: 18-65 Jahre: 51.773.467 (Jahr 2006); 51.729.010 (Jahr 2007, neuere Zahlen liegen nicht vor) (Quelle: Statistisches Jahrbuch 2009, Statistisches Bundesamt); Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die Altersgruppe 18-65 im Vergleich zu 18-64 in ESA, daher leichte Abweichungen der oben genannten absoluten Zahlen; 12-17 Jahre: 5.075.140 (Jahr 2008) (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE 2010)

2) DAS: „gegenwärtiger Konsum“ statt „30-Tage-Prävalenz“.

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

Während die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen unter Erwachsenen der Altersgruppe 18-64 Jahre (ESA) zwischen 2006 und 2009 leicht gestiegen ist (2006: 23,7%; 2009: 26,7%), haben sich die Angaben für den Konsum illegaler Drogen innerhalb der letzten 12 Monate zwischen den Erhebungsjahren 2006 und 2009 praktisch nicht verändert (2006: 5,0%; 2009: 5,1%). Ähnliches gilt für den Konsum innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung (2006: 2,5%; 2009: 2,6%) (Pabst et al. 2010a). Die Lebenszeitprävalenz ist als Indikator für aktuelle Veränderungen allerdings nicht geeignet, da sie keinen Aufschluss über das aktuelle Konsumverhalten der Befragten gibt. In der Literatur wird üblicherweise die 12-Monats-Prävalenz als Referenzgröße herangezogen, da sie einerseits auf einen hinreichend überschaubares Zeitfenster des zurückliegenden Konsums begrenzt ist und andererseits noch interpretierbare Prävalenzwerte liefert (wohingegen die 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen mit Ausnahme von Cannabis häufig nur ausgesprochen niedrige Werte aufweist) (Details zu den Bevölkerungsumfragen sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten).

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

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

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

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

Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch Kokain, Amphetamine, Ecstasy (und Pilze in der ESA). Der Konsum von Heroin, LSD und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

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

Tabelle 2.2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

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

1) LZ: Lebenszeit, 12 M: 12 Monate, 30 T: 30 Tage
 DAS: 30 T entspricht „gegenwärtigem Konsum“

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

Beim Konsum halluzinogener Pilze gab es in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 2006 und 2009 einen Rückgang bei der 12-Monats-Prävalenz von 0,4% auf 0,1%. Unverändert stellt sich der aktuelle Konsum von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung dar. Dieses Ergebnis bestätigt die auf (einen Rückgang und) eine Stabilisierung hindeutenden und bereits früher berichteten Ergebnisse des ESA 2006 und der Erhebungen der DAS.

Einen vollständigen Überblick über die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen nach Geschlecht und Altersgruppen aus dem ESA 2009 bietet Tabelle 2.3. Erstmals wurde im Erhebungsjahr 2009 auch nach der Kräutermischung „Spice“ gefragt.

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

Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Im Durchschnitt berichtete etwa eine von 20 Personen, innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis genommen zu haben. Männer zeigen eine doppelt so hohe Prävalenz wie Frauen (6,4% vs. 3,1%, OR = 2,2, KI = 1,8 – 2,7³⁷). Diese deutlichen Geschlechts- und Altersunterschiede zeigen sich auch bezogen auf Kokain und Amphetamine, d. h. der Konsum ist bei Männern sowie in jüngeren Altersgruppen stärker verbreitet als bei Frauen und älteren Personen (Pabst et al. 2010a).

Die Feststellung der Schwere der Abhängigkeit von Cannabis, Kokain und Amphetaminen erfolgte mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (SDS; Gossop et al. 1995)³⁸. Bezogen auf die Gesamtstichprobe liegt bei 1,2% der Befragten eine entsprechende Problematik in Bezug auf Cannabis vor. Für Kokain betrifft dies 0,2% und für Amphetamine 0,1%. Von den aktuellen Konsumenten der entsprechenden Substanzen weisen 30% eine cannabisbezogene Störung sowie jeweils 26% eine kokain- und amphetaminbezogene Störung auf. Die zuvor beschriebenen Geschlechts- und Alterseffekte sind auch in diesem Zusammenhang zu finden.

³⁷ OR: Odds Ratio, KI: Konfidenzintervall.

³⁸ Die Skala besteht aus fünf Items, die Antworten sind so gewichtet, dass ein maximaler Wert von 20 Punkten erreicht werden kann. Für Cannabisabhängigkeit wurde ein Wert von zwei oder mehr Punkten als Cut-off-Wert verwendet (Steiner et al. 2008), für Kokainabhängigkeit ein Wert von drei oder mehr Punkten (Kaye & Darke 2002) und für Amphetamine ein Wert von 4 oder mehr Punkten (Topp & Mattick 1997).

Tabelle 2.3 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18-64 Jährige (ESA)

| Lebenszeit | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|----------|----------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Gesamt | M | F | 18-20 | 21-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 |
| Irgendeine ill. Droge ¹⁾ | 26,7 | 31,1 | 22,1 | 26,6 | 41,4 | 45,2 | 35,4 | 22,2 | 18,7 | 7,2 |
| Cannabis | 25,6 | 30,3 | 20,9 | 25,8 | 40,8 | 44,6 | 34,0 | 21,3 | 17,8 | 5,8 |
| Andere als Cannabis | 7,4 | 9,2 | 5,6 | 6,1 | 9,9 | 12,7 | 10,1 | 5,4 | 6,5 | 2,6 |
| Amphetamine | 3,7 | 5,1 | 2,2 | 3,4 | 6,1 | 7,1 | 4,4 | 2,5 | 3,2 | 0,9 |
| Ecstasy | 2,4 | 3,0 | 1,9 | 2,7 | 4,4 | 6,4 | 4,8 | 1,2 | 0,3 | 0,1 |
| LSD | 2,4 | 3,3 | 1,5 | 0,7 | 1,3 | 4,1 | 3,1 | 1,6 | 3,4 | 1,1 |
| Heroin | 0,5 | 0,7 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,5 | 0,8 | 0,4 | 0,5 | 0,0 |
| Andere Opiate | 1,4 | 1,7 | 1,1 | 0,7 | 1,2 | 1,4 | 1,6 | 1,5 | 1,4 | 1,5 |
| Kokain | 3,3 | 4,4 | 2,2 | 2,3 | 4,8 | 6,2 | 5,0 | 3,1 | 1,8 | 0,3 |
| Crack | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,6 | 0,1 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| Pilze | 2,8 | 3,8 | 1,8 | 2,3 | 4,8 | 7,5 | 3,9 | 1,6 | 1,7 | 0,5 |
| Spice | 0,8 | 1,1 | 0,4 | 2,5 | 2,5 | 2,1 | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| 12-Monate | Gesamt | M | F | 18-20 | 21-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 |
| Irgendeine ill. Droge | 5,1 | 6,7 | 3,4 | 16,8 | 15,3 | 12,0 | 4,8 | 2,4 | 1,1 | 0,3 |
| Cannabis | 4,8 | 6,4 | 3,1 | 16,1 | 14,4 | 11,1 | 4,4 | 2,3 | 1,1 | 0,1 |
| Andere als Cannabis | 1,3 | 1,9 | 0,8 | 4,0 | 4,0 | 3,2 | 1,5 | 0,6 | 0,1 | 0,3 |
| Amphetamine | 0,7 | 1,1 | 0,4 | 2,6 | 3,0 | 2,1 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Ecstasy | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 0,4 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| LSD | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Heroin | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Andere Opiate | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Kokain | 0,8 | 1,2 | 0,4 | 1,4 | 2,4 | 2,0 | 1,0 | 0,4 | 0,1 | 0,1 |
| Crack | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 0,2 | 0,4 | 0,1 | 1,0 | 0,8 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Spice | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 1,9 | 1,8 | 1,0 | 0,3 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| 30-Tage | Gesamt | M | F | 18-20 | 21-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 |
| Irgendeine ill. Droge | 2,6 | 3,8 | 1,4 | 7,4 | 8,0 | 6,0 | 2,6 | 1,4 | 0,6 | 0,1 |
| Cannabis | 2,4 | 3,4 | 1,3 | 6,8 | 7,1 | 5,5 | 2,4 | 1,2 | 0,6 | 0,1 |
| Andere als Cannabis | 0,6 | 1,0 | 0,3 | 1,7 | 2,5 | 1,1 | 0,6 | 0,5 | 0,1 | 0,0 |
| Amphetamine | 0,3 | 0,5 | 0,2 | 0,9 | 1,7 | 0,9 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Ecstasy | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,6 | 0,9 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| LSD | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Heroin | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Andere Opiate | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Kokain | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 0,7 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,0 |
| Crack | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Spice | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

1) Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack und Pilze (ohne Spice).

Pabst et al. 2010a, spezielle Berechnungen.

Tabelle 2.4 bietet einen Überblick über die Trends der Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei jungen Erwachsenen in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf den sieben Erhebungen

des ESA zwischen 1990 und 2009. Bei Cannabis zeigt sich nach dem vielfach zitierten Anstieg des Konsums insbesondere in der zweiten Hälfte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts und bis 2003 eine Stabilisierung des aktuellen Konsums (letzte 12 Monate) auf einem gegenüber 2003 gesunkenen und im Vergleich zu 2006 gleich bleibendem Niveau. Beim Konsum von Amphetaminen, Opioiden und Kokain zeigen sich seit 2003 bzw. sogar seit 1997 und 1995 keine statistisch signifikanten Veränderungen bezogen auf den gegenwärtigen Konsum. Aktuelle Konsumerfahrungen mit Ecstasy sind seit 2003 rückläufig.

Tabelle 2.4 Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen in Gesamtdeutschland, 1990-2009 (ESA)

| Substanz | | Erhebungsjahr | | | | | | |
|---------------|-------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 |
| Illeg. Drogen | LZ ¹⁾ | 14,6* | 19,0* | 18,9* | 27,7* | 33,8* | 34,7* | 37,6 |
| | 12M ¹⁾ | 4,3* | 8,3* | 7,9* | 10,8 | 12,2* | 9,6 | 9,9 |
| | 30T ¹⁾ | | 5,6 | 5,3 | 5,9 | 6,4* | 4,9 | 5,0 |
| Cannabis | LZ | 14,0* | 18,2* | 17,6* | 27,2* | 33,1* | 33,9* | 36,6 |
| | 12M | 4,1* | 7,8* | 7,2* | 10,4 | 11,8* | 9,2 | 9,3 |
| | 30T | | 4,9 | 4,8 | 5,7* | 6,0* | 4,4 | 4,5 |
| Amphetamine | LZ | 2,8* | 3,6* | 2,1* | 3,0* | 4,6 | 4,0* | 5,2 |
| | 12M | 0,4 * | 1,3 | 0,8* | 1,0* | 1,6 | 1,2 | 1,6 |
| Ecstasy | LZ | | 2,5* | 2,8* | 2,8* | 4,4 | 4,3 | 4,8 |
| | 12M | | 1,6* | 1,5* | 1,2 | 1,4* | 0,9 | 0,8 |
| LSD | LZ | 1,8* | 2,3 | 1,8* | 2,3 | 3,1 | 2,3 | 2,7 |
| | 12M | 0,1 | 0,9* | 0,6* | 0,3 | 0,4* | 0,2 | 0,2 |
| Opiate | LZ | 1,4 | 2,2 | 1,1 | 1,4 | 1,9 | 1,4 | 1,6 |
| | 12M | 0,1* | 0,7* | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,4 |
| Kokain/Crack | LZ | 1,3* | 3,2* | 2,0* | 3,7* | 4,8 | 4,1 | 5,0 |
| | 12M | 0,3* | 1,5 | 1,1 | 1,5 | 1,5 | 1,2 | 1,6 |

1) LZ = Lebenszeitprävalenz; 12M = 12 Monats-Prävalenz; 30 M = 30-Tage-Prävalenz.

2) * p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009.

3) Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤10) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

Pabst et al. 2010a, spezielle Berechnungen.

Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsenen zwischen 12 und 25 Jahren, die auf der DAS beruhen, wurden bereits im REITOX-Bericht 2009 dargestellt. Trenddaten zur Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen für die 12- bis 17-Jährigen bzw. 18- bis 25-Jährigen werden in Kapitel 2.3.2 berichtet.

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Hessen

Im Jahr 2007 hat das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) im Auftrag der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) mit finanzieller Förderung des Hessischen Sozialministeriums (HSM) eine repräsentative Umfrage zum Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen in Hessen durchgeführt, deren Ergebnisse 2010 publiziert wurden (Buth et al. 2010)³⁹. Der Konsum illegaler Drogen wurde bei den 12- bis 69-Jährigen für das vorangegangene Jahr erhoben. Demnach hatten etwa 2% der hessischen Bevölkerung im Zeitraum der letzten 12 Monate zumindest gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert, wobei der einmalige Probierkonsum nicht erfasst wurde. Bei den Männern ist dieser Anteil etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (2,8% vs. 1,3%; Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in der hessischen Bevölkerung (2007)

| 12 Monate | | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | |
|------------------------|---|------------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Gesamt | M | F | 17-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 |
| Cannabis | % | 2,1 | 2,8 | 1,3 | 6,7 | 5,8 | 2,0 | 0,8 | 0,8 | 0,3 |
| | N | 5.586 | 2.806 | 2.780 | 671 | 419 | 1.106 | 1.331 | 1.048 | 992 |
| Andere illegale Drogen | % | | | | 1,3 | 1,6 | 0,5 | 0,1 | 0,3 | 0,2 |
| | N | | | | 671 | 419 | 1.106 | 1.331 | 1.048 | 992 |

Buth et al. 2010.

Nur sehr wenige Personen haben nach ihren Selbstauskünften in den letzten 12 Monaten andere illegale Drogen (Ecstasy, Kokain, Heroin etc.) zu sich genommen (0,5%). Es ist jedoch bekannt, dass bei Repräsentativerhebungen ein Teil der Drogenabhängigen nicht erreicht werden kann. Deshalb kann unter Verwendung dieser Angaben keine verlässliche Aussage darüber abgeleitet werden, wie hoch der Anteil von Konsumenten anderer illegaler Drogen als Cannabis in Hessen tatsächlich ist. Hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen lassen sich große Unterschiede zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe feststellen. Die Jahresprävalenz für Cannabis liegt in der Gruppe der 17- bis 24-Jährigen bei 6,7%. Mit zunehmendem Alter gebrauchen immer weniger Personen Cannabisprodukte, sodass bei den 60- bis 69-Jährigen nur noch ein verschwindend geringer Anteil von 0,3% angab, im zurückliegenden Jahr Cannabis konsumiert zu haben. Bei anderen illegalen Drogen sind die Anteile noch geringer, die beschriebene Tendenz findet sich – von geringfügigen Schwan-

³⁹ Bei der Repräsentativerhebung für Hessen handelte es sich um eine telefonische Befragung, die mit der sog. CATI-Methode, die Grundgesamtheit der Studie bildet die in Hessen in Privathaushalten lebende deutschsprachige Bevölkerung zwischen 17 und 69 Jahren mit einem Festnetzanschluss. Aus jedem der 21 Landkreise und den 4 kreisfreien Städten des Bundeslandes Hessen wurden 200 Personen telefonisch befragt. Für die Metropole Frankfurt betrug die Fallzahl 600. Damit ergab sich insgesamt ein N von 5.600. Die Befragung fand vom 15. Oktober bis 12. November 2007 statt. Die aus der Befragung gewonnenen Daten wurden für die statistische Auswertung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, BIK-Gemeindeklassen und Bevölkerungszahl der einzelnen Kreise gewichtet.

kungen abgesehen – auch hier wieder. Innerhalb von Hessen lassen sich auch erhebliche regionale Unterschiede beobachten. Die höchsten Prävalenzen für den Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen berichten (erwartungsgemäß) die Befragten aus der Metropole Frankfurt, wohingegen insbesondere die Vergleichswerte aus Nord, Mittel- und Südhessen deutlich niedriger ausfallen (Tabelle 2.7).

Tabelle 2.6 Konsumverhalten der hessischen Bevölkerung nach Region (2007)

| 12 Monate | | Region | | | | |
|--------------------|---|-----------|-------------------|------------|--------------|-----------|
| | | Frankfurt | Kreisfreie Städte | Nordhessen | Mittelhessen | Südhessen |
| Cannabis | % | 4,1 | 3,3 | 1,2 | 2,4 | 1,5 |
| Andere ill. Drogen | % | 0,9 | 0,1 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| | N | 546 | 620 | 1.040 | 999 | 2.394 |

Buth et al. 2010.

Aufgrund der bereits erwähnten Einschränkungen hinsichtlich der Erreichbarkeit der Konsumenten illegaler Drogen sollten insbesondere die niedrigen Prävalenzraten allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. Im Vergleich mit den bereits berichteten bundesweiten Daten (ESA 2009) fallen die in Hessen deutlich niedrigeren 12-Monats-Prävalenzen für den Cannabiskonsum auf, wobei zu berücksichtigen ist, dass diejenigen mit einem einmaligen Probiertkonsum innerhalb der letzten 12 Monate in Hessen als Nichtkonsumenten erfasst worden sind. Ähnliches gilt für die Kategorie „andere illegale Drogen“, wobei hier erneut auf die eingeschränkte Aussagekraft dieser regionalen Ergebnisse hingewiesen werden muss.

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen

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

eine Schlüsselrolle zu, da Nikotinabhängigkeit eine hohe Assoziation mit anderen Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen aufweist (Perkonigg et al. 2008b). Aufgrund der besonderen Bedeutung des Konsums auch legaler psychotroper Substanzen (v.a. Alkohol, Tabak) durch Jugendliche und junge Erwachsene, werden nachfolgend auch kursorisch Ergebnisse zum Konsum legaler Substanzen berichtet.

Grundsätzlich weisen Sack und Krüger (Sack & Krüger 2009) im Zusammenhang mit der Diagnostik substanzbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen darauf hin, dass die unkritische Übernahme der diagnostischen Kriterien der ICD-10 bei substanzgebrauchenden Kindern und Jugendlichen nachweislich zu Fehleinschätzungen führt. Insbesondere zeigen Drogenscreenings nicht an, in welchem Stadium sich ein jugendlicher Drogenpatient befindet. Die Autoren empfehlen, dass der Substanzkonsum detailliert und in Bezug auf definierte Zeiträume über eine standardisierte Suchtanamnese erfragt werden soll. Allerdings fehlt im deutschsprachigen Raum bislang ein standardisiertes Interview zur Diagnostik substanzbezogener Störungen von Kindern und Jugendlichen, das psychische Komorbidität mit erfasst.

Die Verlaufsprognose von Substanzstörungen ist speziell für das Kinder- und Jugendalter noch wenig erforscht. In einzelnen Untersuchungen begünstigt das Vorhandensein eines oder mehrerer folgender Merkmale einen negativen Verlauf: bestimmte gesetzliche Regelungen, Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen, extreme ökonomische Deprivation, negative Peer-Rollenvorbilder, inadäquate Beschulung, desorganisierte Nachbarschaftsverhältnisse (zitiert nach: Thomasius 2009b). Darüber hinaus wirken sich auch komorbide psychische Störungen sowie Substanzmissbrauch und psychische Störungen der Eltern ungünstig auf den Verlauf aus. Demgegenüber haben folgende Merkmale auf die Verlaufsprognose des Substanzmissbrauchs Jugendlicher einen günstigen Einfluss: Angst vor negativen Folgen des Substanzkonsums, Selbstvertrauen, psychosoziale Kompetenz, Abwesenheit psychischer Störungen, abstinente Peers, emotionale Unterstützung durch die Eltern. Die Abwesenheit von familiären Risikofaktoren alleine wirkt bei jugendlichen Substanzkonsumenten nicht suchtprotektiv. Erst eine funktionale Familie senkt (neben Peer-Einflüssen) vor allem bei Jungen das Risiko eines experimentellen Substanzkonsums, wenn ein Erziehungsstil gegeben ist, welcher Herausforderung, Zuwendung und verlässliche Strukturen bietet. Daher sollte die therapeutische Arbeit mit jugendlichen Substanzkonsumenten familiäre Hintergründe abklären, am besten die Herkunftsfamilie mit einbeziehen. Dies ist insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund dringlich (zitiert nach: Sack & Thomasius 2009).

Schindler und Kollegen (2009) haben in einer kürzlich erschienenen Untersuchung von einem Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und Substanzpräferenz bei Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen berichtet. Demnach lässt sich basierend auf der Selbstmedikationshypothese die Präferenz für spezifische Substanzen als durch bestimmte Bindungsstrategien beeinflusst betrachten. Beispielsweise scheint Heroinkonsum häufiger im Zusammenhang mit fehlenden Coping-Strategien zu stehen und Cannabiskonsum bereits bestehende Strategien, die einen eher deaktivierenden und distanzierenden Effekt haben, zu verstärken.

2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen

Alkohol

Die Ergebnisse der aktuellen DAS (BZgA 2009a) bestätigen, dass Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol unter den 12-25-Jährigen weit verbreitet sind. Etwa drei Viertel (75,8%) der 12- bis 17-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken, unter den 18- bis 25-Jährigen berichteten nahezu alle Befragten einen mindestens einmaligen Konsum im Lebenszeitraum (97,4%). Die 12-Monatsprävalenzen liegen in beiden Altersgruppen nur knapp unterhalb dieser Werte (68,0% bzw. 94,1%). Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Prävalenzen nicht finden. Erhebliche geschlechtsspezifische und altersabhängige Unterschiede zeigen sich jedoch mit Bezug auf den regelmäßigen Konsum (operationalisiert als: mindestens einmal/Woche), der seit 1979 insgesamt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zurückgeht (von 44% auf 29%). Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten in beiden Geschlechtern steigt nach dem 16. Lebensjahr zunächst stark an. Dieser Anstieg setzt sich jedoch nach dem 18. Lebensjahr nicht weiter fort. Grundsätzlich trinken mehr männliche Jugendliche und junge Erwachsene regelmäßig Alkohol. Ein Indikator zur Messung riskanten Konsumverhaltens bei Jugendlichen ist das so genannte Binge-Trinken, bei dem bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol konsumiert werden. Aktuell gibt jeder fünfte Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren an, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal Binge-Trinken praktiziert zu haben, ein Drittel dieser Gruppe gibt an, dieses Verhalten mindestens einmal wöchentlich zu zeigen. Daraus ergibt sich eine erhebliche Zahl Jugendlicher, die riskante Konsummuster für Alkohol zeigen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit späterer alkoholbezogener Probleme und Störungen erhöht.

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

Tabak

Aus der DAS liegen ebenfalls Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor (BZgA 2009b). Die Lebenszeitprävalenz des Rauchens unter 12- bis 25-Jährigen liegt 2008 bei 60,9%. Etwa jeder fünfte Jugendliche und junge Erwachsene raucht täglich, knapp 14% sogar mehr als zehn Zigaretten pro Tag. Das Einstiegsalter für den Zigarettenkonsum beträgt 13,7 Jahre und hat sich seit 1986 nicht deutlich verändert. Bei den 12- bis 17-Jährigen ging die Raucherquote zwischen 1979 und 1993 kontinuierlich zurück, um dann bis 1997 erneut zu steigen und bei beiden Geschlechtern auf hohem Niveau bis 2001 zu stagnieren. Seit 2001 ist der Anteil erneut deutlich gesunken und liegt aktuell bei 16% (männliche Jugendliche) bzw. 16% (weibliche Jugendliche).

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

2.3.2 Konsum illegaler Drogen

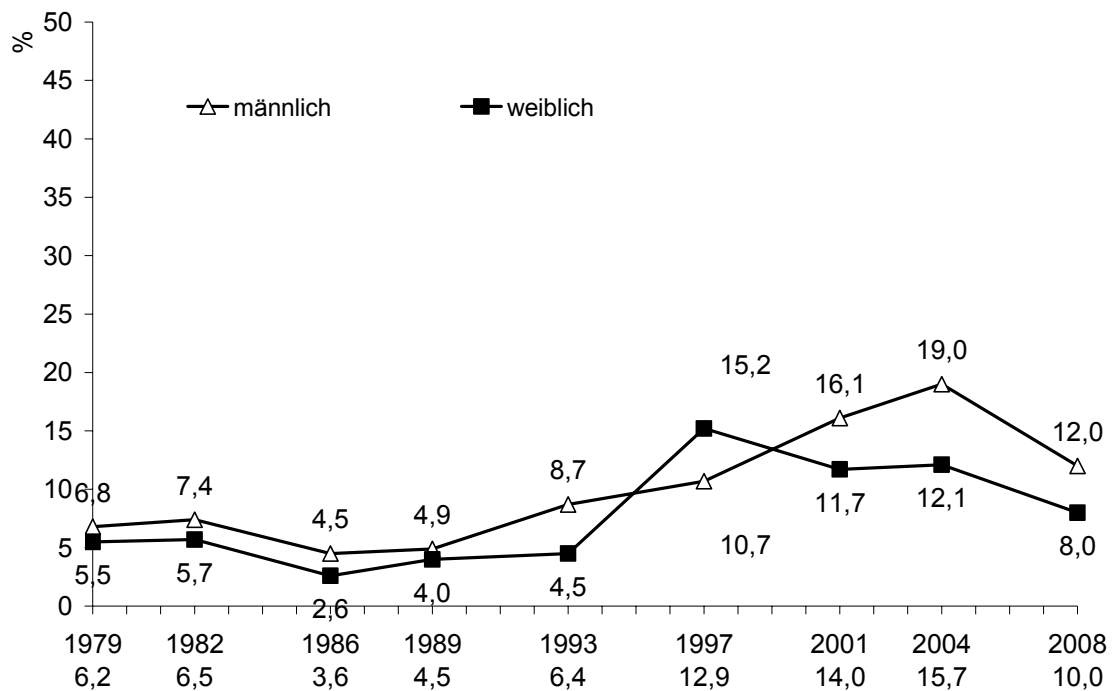
Bundesweite Daten

Die Ergebnisse der letzten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden bereits in den letzten REITOX-Berichten vorgestellt (Kraus et al. 2008b).

Die Übersichtsdaten der DAS zum Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche und junge Erwachsene sowie Trendanalysen für den Cannabiskonsum wurden bereits im REITOX-Bericht 2009 (Kapitel 2.2.1 und 2.2.2) berichtet.

Trenddaten zum Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche (12- bis 17-Jährige) und junge Erwachsene (18- bis 25-Jährige) liegen in der DAS seit 1979 vor (BZgA 2010). Von 1979 bis 1993 variiert die Entwicklung der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren insgesamt nur gering und verläuft bei männlichen und weiblichen Jugendlichen bis 1989 nahezu parallel. Danach nimmt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit irgendeiner illegalen Droge gesammelt haben, bei weiblichen und männlichen Jugendlichen einen unterschiedlichen Verlauf: Bei den weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil derjenigen, die bereits Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen gemacht haben, zunächst von 4,5% (1993) auf 15,2% (1997) sprunghaft an⁴⁰. Seit 2001 (11,2%) sinkt die Lebenszeit-Prävalenz wieder und liegt im Jahr 2008 bei 8,0 Prozent. Bei den männlichen Jugendlichen steigt die Lebenszeit-Prävalenz von 8,7 Prozent im Jahr 1993 kontinuierlich auf 19,0 Prozent im Jahr 2004 und ist aktuell (2008) wieder auf 12,0 Prozent zurückgegangen (Abbildung 2.1).

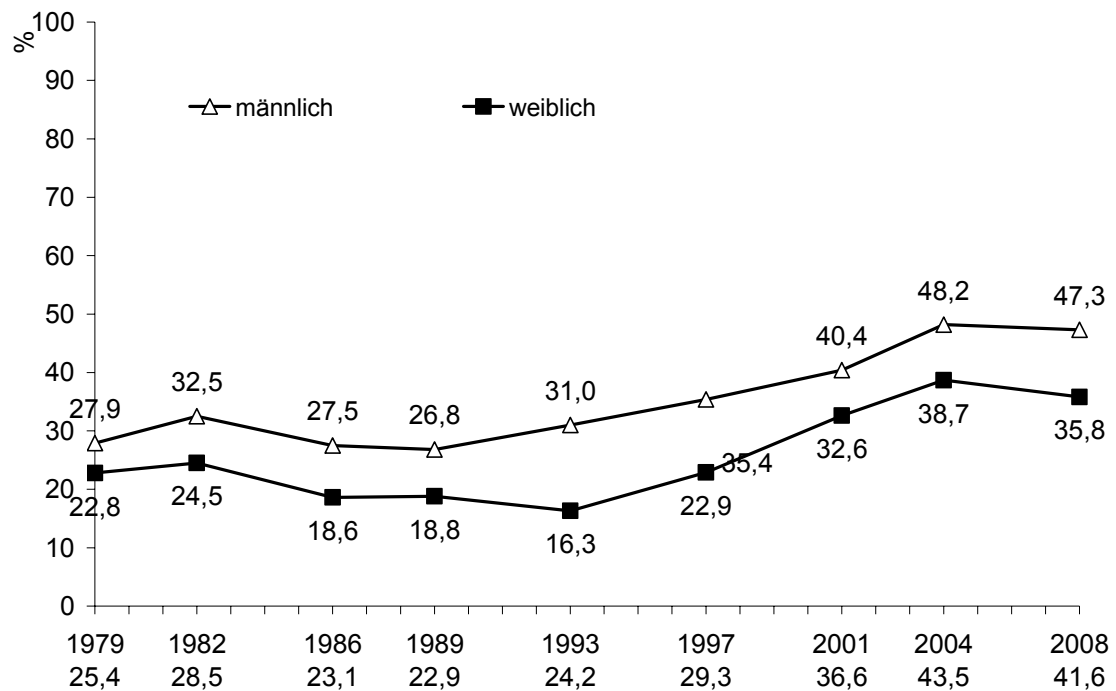
⁴⁰ Dieser Anstieg war im Wesentlichen auf den gestiegenen Konsum von Ecstasy als so genannte „neue Partydroge“ im Bereich der damals entstandenen Techno-Partyszene sowie einen gestiegenen Konsum von Cannabis zurückzuführen.



BZgA 2010.

Abbildung 2.1 Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen, 12- bis 17-jährige, 1979-2008 (DAS)

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



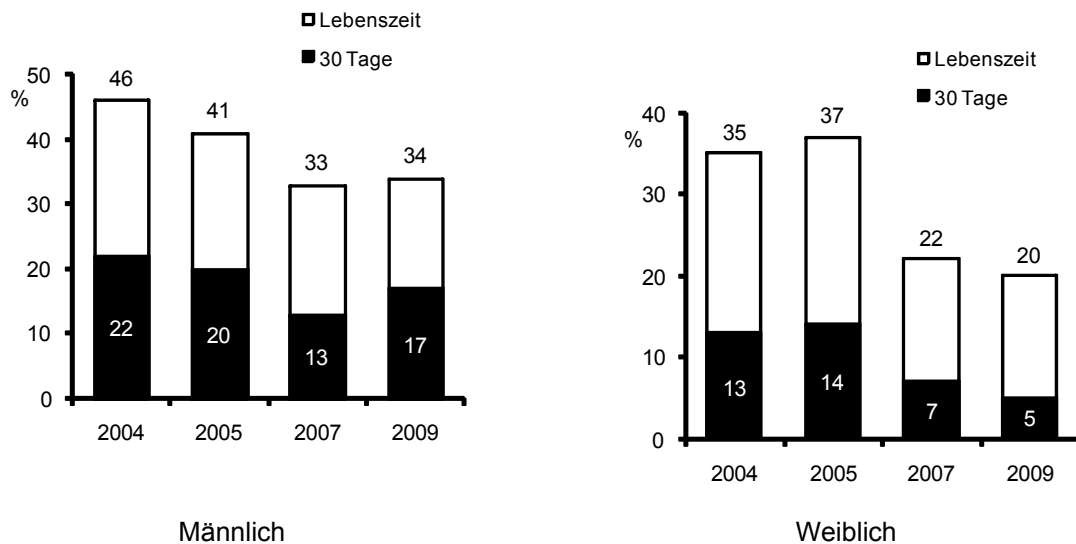
BZgA 2010.

Abbildung 2.2 Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen, 18- bis 25-jährige, 1979-2008 (DAS)

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Hamburg

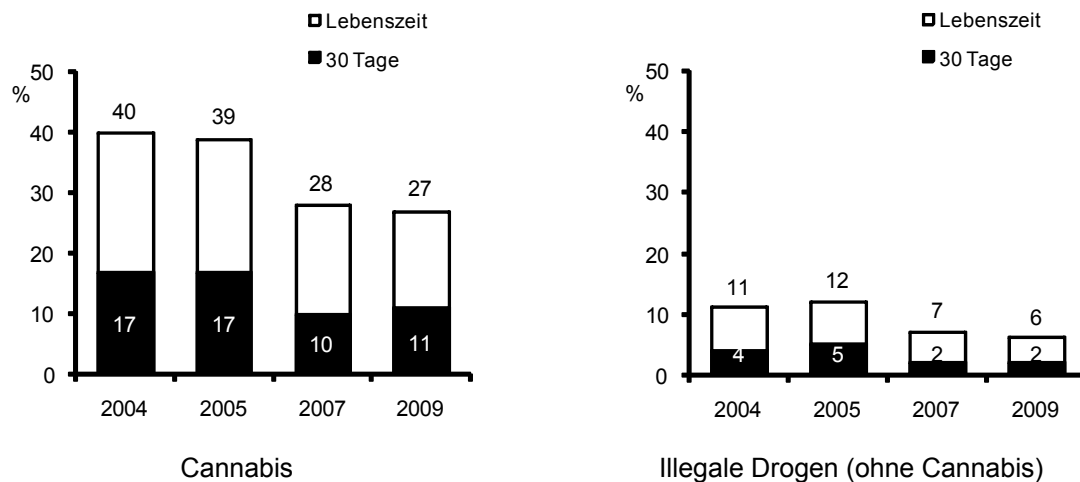
2009 hat das Büro für Suchtprävention in Hamburg zum vierten Mal seit 2004 die Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln „SCHULBUS“ unter 14- bis 18-Jährigen Hamburger Schülern durchgeführt (Baumgärtner 2010).



Baumgärtner 2010.

Abbildung 2.3 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums bei Hamburger Jugendlichen 2004-2009

Da es sich im Gegensatz zu den ersten drei Erhebungen des SCHULBUS um eine Sondererhebung zum Thema Glücks- und Computerspiel handelte, wurden nur einige Basisinformationen zum Suchtmittelkonsumverhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfasst. Auch im Jahr 2009 stellte Cannabis die nach wie vor am weitesten verbreitete illegale Droge unter den befragten Schülern dar (Abbildung 2.3). Etwa ein Viertel der 14- bis 18-jährigen Hamburger gaben an, dass sie schon einmal Cannabis konsumiert hatten, bei etwa jedem 10. Jugendlichen liegt der letzte Konsum nicht länger als 30 Tage zurück. Ähnlich wie beim Alkohol- und Tabakkonsum können auch im Zusammenhang mit Cannabis im Übergang von 2005 nach 2007 – unabhängig von der Altersgruppenzugehörigkeit der Befragten – die stärksten Rückgänge in der Konsumverbreitung verzeichnet werden. Das durchschnittliche Erstkonsumalter bei Cannabis liegt in der aktuellen Befragung bei 14,7 Jahren.



Baumgärtner 2010.

Abbildung 2.4 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen (außer Cannabis) bei Hamburger Jugendlichen 2004-2009

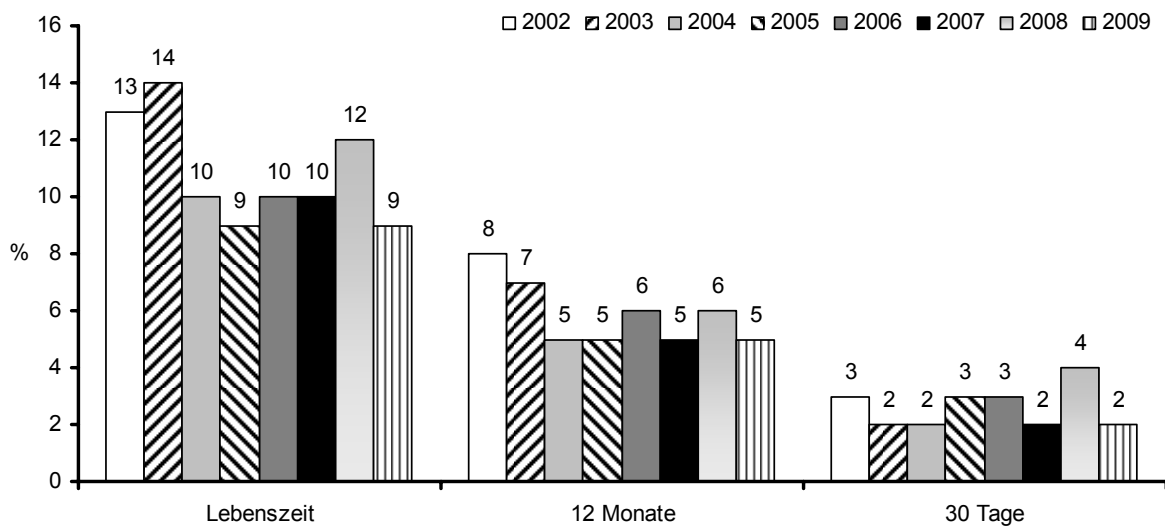
Für die Substanzen Ecstasy, Amphetamine, Kokain, psilocybinhaltige Pilze und Metamphetamine sind die Lebenszeitprävalenzen der befragten Schüler zum zweiten Mal seit 2005 rückläufig (Abbildung 2.4). Angestiegen hingegen sind die Konsumerfahrungen mit Schnüffelstoffen und LSD, wobei die Lebenszeitprävalenz für LSD nach wie vor unter 2% liegt. Die Gesamtprävalenzen des Konsums illegaler Drogen haben sowohl für die Lebenszeitprävalenz (5,8%) als auch die 30 Tage-Prävalenz (1,6%) ihren Tiefststand seit 2004 erreicht.

Frankfurt (MoSyD)

Nach einem Anstieg in 2008 (12%) berichten in 2009 noch 9% der 15-18-jährigen Frankfurter Schüler über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis (Abbildung 2.5). Neben der Lebenszeit-Prävalenz haben auch die Werte der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) nach einem Anstieg in 2008 wieder das Niveau des Jahres 2007 erreicht. 3% der Schüler haben mindestens einmal im Leben Ecstasy genommen. Während sich das Konsumniveau für Ecstasy offenbar nicht geändert hat, gab es eine auffällige Entwicklung auf dem Schwarzmarkt für diese Substanz: Anstatt der „ursprünglichen“ Substanz MDMA waren in entsprechenden Tabletten im Jahr 2009 weitaus häufiger diverse andere, zum Teil nicht dem BtMG unterstellte und hinsichtlich der Wirkung leicht abweichende synthetische Stoffe, u.a. m-CPP, enthalten.

Die Lebenszeitprävalenz von „Speed“ ist leicht rückläufig und beträgt im Jahr 2009 3% (2008: 5%). Der Anteil der 15-18-jährigen Frankfurter Schüler, die über Konsumerfahrungen mit Kokain verfügen, ist nach einem leichten Anstieg in 2008 (6%) wieder auf 3% zurückgegangen. Die Lebenszeitprävalenz von Methamphetamin, das bei den 15-18-Jährigen zu den am stärksten abgelehnten Drogen gehört, beläuft sich nach wie vor auf 1%. Praktisch keine Veränderungen sind auch hinsichtlich der Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Pilzen

(4%; 2008: 5%) und LSD (unverändert 2%) zu beobachten und nach wie vor hat nur eine Minderheit (<1%) der 15-18-Jährigen Erfahrungen mit Heroin (Werse et al. 2010).

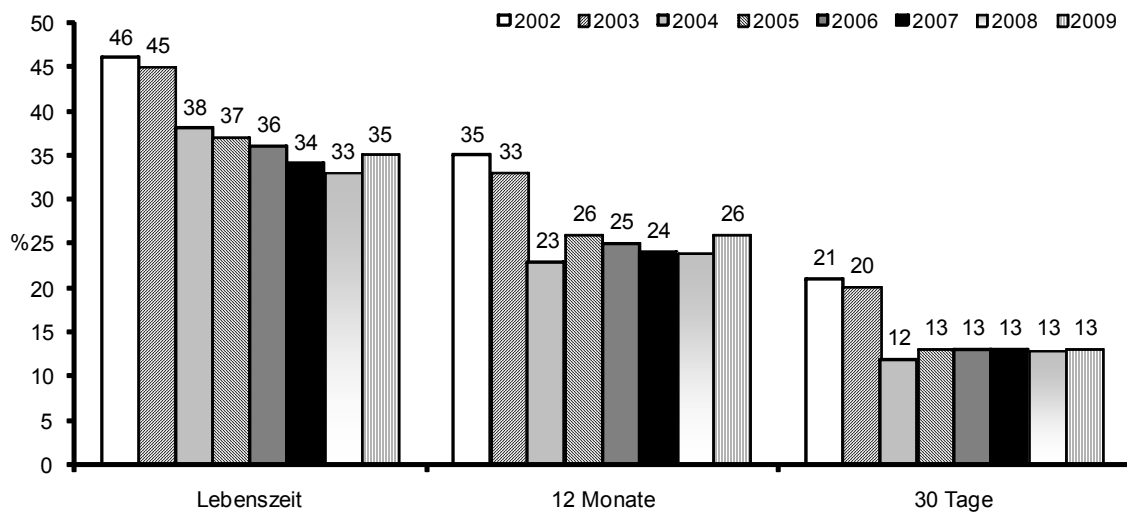


Werse et al. 2010.

Abbildung 2.5 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2009 (MoSyD)

Hinsichtlich des Konsums von Cannabis zeigen die Ergebnisse der aktuellen im Rahmen des Frankfurter MoSyD durchgeführten Schülerbefragung auch für 2008 keinerlei auffällige Veränderungen; die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern ist zwischen 2002 und 2008 kontinuierlich zurückgegangen, im Jahr 2009 wiederum zwei Prozentpunkte angestiegen (Werse et al. 2010). Die 30-Tages- und die 12-Monats-Prävalenz sind seit einigen Jahren praktisch stabil (Abbildung 2.5).

Das Einstiegsalter für den Cannabiskonsum ist unter Frankfurter Schülern seit 2002 von 14,5 ($\pm 1,4$) Jahren auf aktuell 15,1 ($\pm 1,5$) Jahre gestiegen. Ein entsprechender Verlauf ist bei denjenigen Schülern zu beobachten, deren Einstiegsalter noch vor dem 14. Lebensjahr lag. Dieser Anteil ist seit 2002 von 21% auf aktuell (2009) 12% gesunken (Werse et al. 2010).



Werse et al. 2010.

Abbildung 2.6 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2009 (MoSyD)

Trotz der unverändert niedrigen Prävalenzen gibt es aus der aktuellen Expertenbefragung des MoSyD (Werse et al. 2010) Hinweise darauf, dass sich der Trend eines niedrigeren Cannabiskonsums unter Jugendlichen im Jahr 2009 umgekehrt haben könnte. Vor allem in Gruppen junger Jugendlicher wurden verstärkt intensive Konsummuster, z.T. einhergehend mit Verhaltensauffälligkeiten, beobachtet⁴¹. Auch die Tendenz, dass Drogen-/ Suchtprobleme unter Heranwachsenden häufig mit psychiatrischen Problemlagen einhergehen, hat sich augenscheinlich fortgesetzt. Als etwas rückläufig wurde der Gebrauch von Anabolika sowie die Verbreitung von Heroin unter potenziell gefährdeten Jugendlichen bewertet.

Erstmalig wurden 2008 im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD Frankfurt auch Daten zum Konsum von Kräutermischungen erhoben, die 2008 unter dem Namen „Spice“ in das Blickfeld geraten sind (vgl. dazu auch REITOX-Bericht 2009). Demnach hatten 2008 rund 6% der 15-18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben „Spice“ konsumiert, 3% auch in den letzten 30 Tagen (Werse et al. 2009). Im Jahr 2009 betrug die Lebenszeitprävalenz unverändert 6%, die 30-Tage-Prävalenz ist jedoch auf 1% gesunken. Eine gewisse Verbreitung erfahren indes zahlreiche Nachfolgeprodukte. Deren Gebrauch ist nach Experteneinschätzung in Frankfurt (Werse et al. 2010) allerdings auf eng umgrenzte Gruppen beschränkt, etwa erfahrene Cannabiskonsumern mittleren Alters oder Klienten von Therapieeinrichtungen. Erfahrungen mit anderen „Kräutermischungen“, die 2009 erstmals erhoben wurden, lagen bei 3% der befragten Schüler vor (30-Tage-Prävalenz: 1%)⁴². Ergebnisse einer ersten

⁴¹ Auch intensiver Alkoholkonsum und damit assoziierte Enthemmung im Hinblick auf Aggressionen und Sexualität zeigte sich in bestimmten Gruppen Jugendlicher häufiger. Personen aus islamischem Elternhaus halten sich offenbar immer seltener an das religiös begründete Alkoholverbot.

⁴² Diese Zahlen sind allerdings unter einem gewissen Vorbehalt zu betrachten, da sich die Bezeichnung „Spice“ offenbar teilweise auch für andere Räuchermischungen durchgesetzt hat. Daher ist es denkbar, dass ein Teil der Jugendlichen, die vorgeblich das seit Anfang 2009 verbotene Spice ausprobiert haben, eigentlich andere

Untersuchung zu „Spice“ und anderen Kräutermischungen, die ebenfalls in Frankfurt durchgeführt wurde (Werse & Müller 2009), weisen darauf hin, dass insbesondere durch die Medienberichterstattung über „Spice“ offenbar eine hohe Zahl unterschiedlicher Personen dazu motiviert wurde, Räuchermischungen auszuprobieren. Zum Zeitpunkt der Untersuchung (2009) konsumierte nur noch eine vergleichsweise kleine Gruppe von Personen derartige Produkte. Diese Personen, häufig mittleren Alters, substituieren mit den Räuchermischungen entweder wegen rechtlicher Bedenken den Konsum von Cannabis oder integrieren die Droge als Ergänzung des Spektrums unterschiedlicher Substanzen in ihre Konsummuster. Die legale Erhältlichkeit sowie die Nicht-Nachweisbarkeit der Wirkstoffe sind dabei wichtige Argumente für den Konsum.

Gesamtbetrachtung und Trends

Nach dem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab etwa Mitte der 90er Jahre ist aufgrund der in jüngster Zeit vorgelegten Studienergebnisse der Eindruck einer gewissen Entspannung hinsichtlich des Konsums und der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden. Insbesondere während der letzten drei bis vier Jahre sind zahlreiche Initiativen und Projekte entstanden, die sich insbesondere an (jugendliche) Cannabiskonsumenten gewandt haben. Diese Angebote reichen von niedrigschwelligen Angeboten bis zu hoch strukturierten psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Darüber hinaus sind mögliche Risiken und langfristige Folgen intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums auch deutlich mehr sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen und unter Experten diskutiert worden.

Nachhaltige Veränderungen im Konsum anderer Substanzen sind in letzter Zeit nicht berichtet worden. Regional existieren aber nach wie vor Unterschiede im Konsumverhalten. So werden nennenswerte Zahlen von Crackkonsumenten seit Jahren nur aus Hamburg und Frankfurt berichtet. Auch Charakteristika der Märkte wie Preise und/oder Reinheitsgehalte für verschiedene Substanzen können sich regional erheblich unterscheiden (so haben sich z.B. die Preise für Crack in Frankfurt innerhalb kürzester Zeit nahezu verdoppelt (Werse et al. 2009) und damit Einfluss auf Unterschiede im Konsumverhalten haben. Darüber hinaus rücken in jüngster Zeit immer wieder einzelne Substanzen oder Substanzgruppen (z.B. GHB/GBL, Methamphetamin, biogene Drogen, Tilidin) häufig in Verbindung mit einer intensiven Berichterstattung in den Medien in den Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass nicht für alle diese Substanzen regelhafte Monitoringsysteme zur Verfügung stehen. Darüber hinaus handelt es sich z.T. auch um passagere Phänomene, die darüber hinaus häufig auf spezifische (und zahlenmäßig kleine) Konsumentengruppen beschränkt sind und 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

Räuchermischungen konsumiert haben (insbesondere diejenigen, die die Droge bei Freunden „mitgeraucht“ haben).

Konsum legaler Substanzen (v.a. Alkohol, Tabak – aber auch: Medikamente) gibt, so dass eine isolierte Betrachtung des Konsums illegaler Substanzen möglicherweise wichtige Entwicklungen vernachlässigt.

Abzuwarten bleibt, inwieweit das Auftauchen synthetischer Cannabinoide, das erstmalig im Zusammenhang mit dem Konsum von so genannten Räuchermischungen wie „Spice“ berichtet worden ist, zu einer Veränderung des Marktes beiträgt. Mit dem Verbot der im Dezember 2008 identifizierten Substanzen ist die überwiegende Mehrheit der bis dahin auf dem Markt frei verkäuflichen Räuchermischungen in Deutschland nicht mehr verfügbar. Aufgrund der großen Zahl der theoretisch herstellbaren synthetischen Cannabinoide sind allerdings nach wie vor bzw. immer wieder cannabinoidhaltige Mischungen legal erhältlich, da bislang keine Möglichkeit besteht, die gesamte Substanzgruppe dem BtMG zu unterstellen.

Ottova und Kollegen (2009) haben kürzlich basierend auf Daten der deutschen HBSC-Studie den Zusammenhang zwischen Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität von Jugendlichen untersucht⁴³. Dabei wurde die Bedeutung des Substanzkonsums und soziodemografischer und -ökonomischer Einflussfaktoren für die selbst wahrgenommene Gesundheit und subjektive Lebensqualität analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass weibliches Geschlecht, ein höheres Alter sowie ein niedrigerer familiärer Wohlstand sowohl bei Alkohol- als auch Cannabis- und Tabakkonsum mit einem höheren Risiko einer Beeinträchtigung der selbst wahrgenommenen Gesundheit und subjektiven Lebensqualität einhergehen. Während Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien häufiger von einem regelmäßigen bzw. Probierkonsum von Tabak berichten als ihre sozial besser gestellten Peers, ist dies beim Alkoholkonsum genau umgekehrt der Fall.

Eine nähere Betrachtung der 15-jährigen Cannabiskonsumenden und Nichtkonsumenten ergab, dass 47% der Jugendlichen, die regelmäßig bzw. probenhalber Cannabis zu sich nahmen, auch regelmäßig Alkohol tranken (im Vergleich zu 19,9% bei allen 15-Jährigen). Zudem gaben 72% der Jugendlichen, die Cannabis probiert hatten, an, bereits vor ihrem 13. Lebensjahr einmal Alkohol probiert zu haben, wohingegen dies nur bei 48% der Nichtkonsumenten der Fall war. Auch berichteten 73,3% der Cannabiskonsumenden, bereits zwei- oder mehrmals einen alkoholbedingten Rausch erfahren zu haben (Vergleichswert aller 15-Jährigen: 29,4%). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und familiärem Wohlstand ließ sich nicht nachweisen.

Insgesamt wurde in den Analysen deutlich, dass sich (Tabak- und) Cannabiskonsumenden von ihren nichtkonsumierenden Peers vor allem in ihrem selbst berichteten generellen Gesundheitszustand unterscheiden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass insbesondere jüngere Substanzkonsumenten ein erhöhtes Risiko für Beeinträchtigungen der subjektiven

⁴³ Die Datenbasis für diese Untersuchung stellt die deutsche Stichprobe der HBSC-Studie von 2005/2006 dar, an der insgesamt N=7.224 Kinder und Jugendliche in den Altersgruppen 11, 13 und 15 Jahre teilgenommen haben (vergleiche auch Reitox-Berichte 2007 und 2008). Auswertungen, die den Cannabiskonsum betrafen, wurden ausschließlich auf Basis der Angaben der 15-Jährigen (N=2.552) berechnet.

Lebensqualität aufweisen. Hinsichtlich schulischer Leistungen bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass jugendliche Cannabiskonsumenten häufiger schlechtere schulische Leistungen haben. Grundsätzlich positiv zu verzeichnen ist, dass die Mehrheit der deutschen 15-jährigen Jugendlichen noch nie Cannabis probiert hat (84,1%) und über eine gute bis ausgezeichnete Gesundheit verfügt (86,0%).

Die Autoren empfehlen daher, bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen zukünftig stärker die Unterschiede im Konsumverhalten der verschiedenen Gruppen zu berücksichtigen.

Mit Hilfe eines interaktiven Selbsttests zur Prävention riskanten Cannabiskonsums haben Jonas & Kollegen (2009) unterschiedliche Konsummuster von Cannabis untersucht und beschrieben⁴⁴. Anhand klassischer analytischer Verfahren konnten drei Konsumentengruppen identifiziert werden. Die erste Gruppe besteht hauptsächlich aus Konsumenten, die einen relativ niedrigen Cannabisgebrauch im Monat aufweisen. Sie bevorzugen vorwiegend eine sanfte Konsumwirkung und weisen eine vergleichsweise geringe Konsummotivation auf. Unter ihnen ist die Abhängigkeitssymptomatik relativ schwach ausgeprägt. Diese Gruppe lässt sich am ehesten als „Gelegenheitskonsumenten“ oder „Niedrigrisikoklienten“ klassifizieren, Begriffe, die auch in anderen Untersuchungen Verwendung gefunden haben. Unter den Mitgliedern des zweiten Clusters ist der Konsum dagegen stärker in den Alltag integriert und weist eine höhere Funktionalität auf. Der regelmäßige und starke Cannabisgebrauch hat überwiegend hedonistische Züge. Auch dies deckt sich mit anderen Studien, in denen Cannabiskonsum insbesondere mit dem Ausmaß sozialer Konsummotive und einer erweiterten Wahrnehmung in Zusammenhang gebracht wurde. Allerdings lassen sich unter den Mitgliedern dieses Clusters auch dysphorische Konsumaspekte feststellen. So weist ein Drittel der Konsumenten in dieser Gruppe eine Substanzabhängigkeit auf. Darüber hinaus lässt sich unter ihnen eine starke Funktionalisierung des Konsums zur Problemkompensation erkennen. Das dritte Nutzer-Cluster besteht aus intensiv Konsumierenden mit mehrmaligem täglichem Cannabisgebrauch, der insbesondere zum Ausgleich negativer Affekte genutzt wird. Mitglieder dieses Clusters weisen die geringste Lebenszufriedenheit auf. Der Anteil an Cannabisabhängigen in diesem Cluster ist am höchsten. Diese Gruppe kann am ehesten als „Dauerkonsumenten“ bzw. als „Hochrisikogruppe“ bezeichnet werden.

Da die vorliegenden Daten nicht im Rahmen einer Untersuchung, sondern mittels eines frei im Internet zugänglichen Selbsttests gewonnen wurden, lassen sich auch nach Einschätzung der Autoren die gefundenen Gebrauchsmuster nur unter Vorbehalt auf Cannabiskonsum-

⁴⁴ Dazu wurde aus allen bisherigen Nutzern eines internetbasierten Selbsttests eine Zufallsstichprobe (N=1.590) gezogen und anhand Cluster-bildender Merkmale wie Konsumhäufigkeit, favorisierter Wirkung und Konsummotiven aufgegliedert. Grundlage der Studie waren die Fragebogeneingaben der Nutzer des internetbasierten „Cannabis-Checks“, der seit Dezember 2005 auf der Website drugcom.de (vergleiche frühere Reitox-Berichte) frei zugänglich ist und 24 Fragen beinhaltet. Ausgewertet wurden die Daten der von den Nutzern bis zum 30.04.2009 eingegebenen Angaben. Insgesamt lagen im Auswertungszeitraum 136.238 Datensätze vor, die in verschiedenen Schritten um unvollständige Angaben, sowie inkonsistente und extreme Antwortmuster bereinigt wurden. Darüber hinaus wurden Nutzer außerhalb des interessierenden Altersbereiches von 12 bis 25 Jahren aussortiert, so dass letztendlich N=80.830 Daten als Grundgesamtheit für die Analysen herangezogen wurden. Aus diesen Daten wurde eine zweiprozentige Zufallsstichprobe von 1.590 Datensätzen gezogen.

mierende in der Allgemeinbevölkerung übertragen. Dennoch kann nach Einschätzung der Autoren angenommen werden, dass sich die gefundenen Konsummuster ausreichend verallgemeinern lassen.

Tabelle 2.7 und Tabelle 2.8 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuell vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen noch einmal zusammen. Beim Vergleich der Werte ist zu beachten, dass die befragten Altersgruppen nicht identisch sind. Auch die unter dem Begriff „illegale Drogen“ zusammengefassten Substanzen variieren zwischen den Studien, so dass unmittelbare Vergleiche nicht möglich sind (z.B. schließen die Angaben der BZgA als einzige auch den Konsum von Cannabis mit ein). Es ist auch zu beachten, dass ESPAD und HBSC nur in einigen der 16 Bundesländer durchgeführt wurden, was ebenfalls eine Ursache für Verzerrungen sein kann. Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auch z.B. auf unterschiedliche Methoden (Telefon- vs. face-to-face Interviews) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.

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

Tabelle 2.7 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

| Studie ¹⁾ | Jahr | Altersgruppe | Region | Prävalenz (%) | | |
|----------------------|------|--------------|-----------|-------------------|-----------|------------|
| | | | | 30 Tage | 12 Monate | Lebenszeit |
| BZgA | 2008 | 12-15 | National | 1,6 ²⁾ | 3,7 | 4,2 |
| BZgA | 2008 | 16-17 | National | 5,0 | 13,6 | 19,9 |
| BZgA | 2008 | 18-19 | National | 7,0 | 16,2 | 35,8 |
| BZgA | 2004 | 12-15 | National | 1,3 | 5,6 | 7,7 |
| BZgA | 2004 | 16-17 | National | 5,1 | 20,7 | 32,1 |
| BZgA | 2004 | 18-19 | National | 6,7 | 18,8 | 40,6 |
| ESPAD | 2007 | 15-16 | 7 Länder | | | 10,1 |
| ESPAD | 2003 | 15-16 | 6 Länder | 3,8 | 8,3 | 12,3 |
| MoSyD | 2009 | 15-18 | Frankfurt | 2 | 5 | 9 |
| MoSyD | 2007 | 15-18 | Frankfurt | 2 | 5 | 10 |
| MoSyD | 2005 | 15-18 | Frankfurt | 3 | 5 | 9 |
| Schulbus | 2009 | 14-18 | Hamburg | 2 ²⁾ | | 6 |
| Schulbus | 2007 | 14-18 | Hamburg | 2 | | 7 |
| Schulbus | 2005 | 14-18 | Hamburg | 5 | | 12 |

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

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

Tabelle 2.8 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

| Studie | Jahr | Altersgruppe | Region | Konsum im Zeitraum (%) | | |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|-------------------------|-----------|------------|
| | | | | 30 Tage ¹⁾ | 12 Monate | Lebenszeit |
| HBSC ²⁾ | 2006 | 15 | 5 Länder | 7,1/4,3 | | 18,1/13,8 |
| HBSC | 2002 | M=15,7 | 4 Länder | | 18,0 | 24,0 |
| KiGGS ²⁾ | 2003-2006 | 11-17 | National | | 9,2/6,2 | |
| BZgA | 2008 | 12-19 | National | 3,7 (2,0) ³⁾ | 9,1 | 16,7 |
| BZgA | 2007 | 12-19 | National | 3,4 (2,3) ³⁾ | 8,0 | 15,1 |
| BZgA | 2004 | 12-19 | National | 3,4 (2,3) ³⁾ | 12,1 | 21,3 |
| ESPAD ⁴⁾ | 2007 | 15-16 | 7 Länder | 8,1 | 17,2 | 25,2 |
| ESPAD | 2003 | 15-16 | 6 Länder | | 24,0 | 31,0 |
| MoSyD | 2009 | 15-18 | Frankfurt | 13 | 26 | 35 |
| MoSyD | 2007 | 15-18 | Frankfurt | 13 | 24 | 34 |
| MoSyD | 2005 | 15-18 | Frankfurt | 13 | 26 | 37 |
| MoSyD | 2004 | 15-18 | Frankfurt | 12 | 23 | 38 |
| Schulbus | 2009 | 14-18 | Hamburg | 11 | | 27 |
| Schulbus | 2007 | 14-18 | Hamburg | 10 | | 28 |
| Schulbus | 2005 | 14-18 | Hamburg | 17 | | 39 |
| Schulbus | 2004 | 14-18 | Hamburg | 17 | | 40 |

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

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

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

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

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Aussiedler und Migranten

Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (Collatz 2001). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler in Deutschland bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional häufig desintegrierte Lebensläufe aufweist, einschließlich Suchtverhalten und Devianz. Nach wie vor stellt der Zugang zu Migranten, die entsprechende Versorgungseinrichtungen häufig nur vermittelnd in Anspruch nehmen, eine besondere Herausforderung dar. Muttersprachliche Mediatoren in der präventiven, aber auch in der kurativen Versorgung können helfen, Barrieren zu überwinden und den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern (Walter et al. 2007).

Studien, die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen untersucht

haben, bestätigen die Annahme kultureller Unterschiede in den Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens, die zu Verständigungsproblemen mit den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtungen führen können (Heimann et al. 2007; Penka et al. 2008). Die im Vergleich zu Deutschen geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Betroffene mit einem Migrationshintergrund beruht demnach auch auf einem unterschiedlichen konzeptuellen Verständnis von „Abhängigkeit“ und den im gegebenen Fall aufzusuchenden Hilfestrukturen. Auch ist die Übersetzung medizinischer oder die von Alltagskonzepten jenseits einer reinen sprachlichen Übersetzung nicht ohne Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen Kontextes, der mit den entsprechenden Begriffen verbunden ist, möglich.

(Techno-) Partyszenen und andere Jugendkulturen

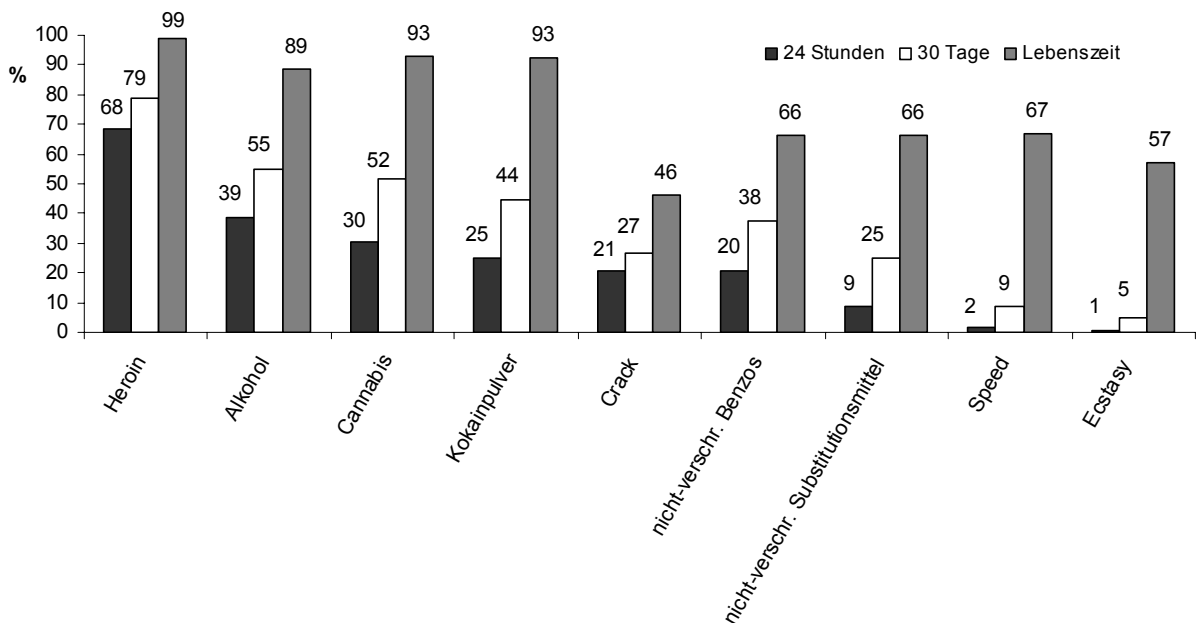
Aus dem MoSyD Frankfurt wird berichtet, dass sich der Trend einer wachsenden Beliebtheit von Techno unter Jugendlichen auch im Jahr 2009 nochmals fortgesetzt hat. Auch Jugendliche schließen sich offenbar wieder häufiger der Techno-Szene an. Nichts geändert hat sich an der Rangfolge der beliebtesten Drogen, bei denen hinter Alkohol (und Zigaretten) Cannabis und Speed folgen. Die zuvor zeitweise Verbreitung von GHB/GBL („Liquid Ecstasy“) hat sich – möglicherweise im Zusammenhang mit Präventionsbotschaften - wieder auf ein Minimum reduziert (Werse et al. 2010).

Szenebefragung in Deutschland 2008

Thane, Wickert und Verthein (2009) haben 2009 die Ergebnisse einer umfangreichen Szenebefragung vorgelegt. Bisherige Studien zu Drogenszenen und Konsumräumen in Deutschland haben sich in der Regel nur auf einzelne Städte oder Einrichtungen bezogen. Für die vorliegende Studie wurden in fast allen deutschen Städten, die über Einrichtungen mit Konsumraum verfügen, Befragungen durchgeführt. Die Erhebung wurde mittels eines standardisierten Fragebogens⁴⁵ unter Besuchern der beteiligten Drogenkonsumräume bzw. szenena-

⁴⁵ Dazu wurde ein insgesamt 46 Fragen umfassender standardisierter Fragebogen entwickelt und mit den Teilnehmern des bundesweiten Arbeitskreis Konsumraum (AK Konsumraum) abgestimmt. Die Fragebögen wurden zentral versandt. Ziel war es, in jeder Einrichtung 30-50% der regelmäßigen (d.h., mindestens wöchentlichen) Besucher zu erreichen. Die entsprechenden Zahlen wurden von den Einrichtungen geschätzt, und die jeweilige Anzahl Fragebögen (insgesamt N=1.430) an die einzelnen Einrichtungen verschickt. Die Durchführung der Befragung wurde von den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen geleistet, z.T. mit Unterstützung von externen Interviewern. Die Erhebung erfolgte face-to-face mit Hilfe eines Interview-Leitfadens. Doppelbefragungen wurden im Nachhinein durch Kombination verschiedener Fragebogen-Items ausgeschlossen. Die Durchführung der Befragung erfolgte im Zeitraum zwischen 26.05. und 25.07.2008, lediglich in Frankfurt wurde bis zum 31.08.2008 befragt. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte freiwillig. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Interviewten (je nach Durchführbarkeit in den jeweiligen Einrichtungen) Essensgutscheine oder Zigaretten. Die Beantwortung der Fragebögen nimmt schätzungsweise 30-45 Minuten in Anspruch. Neben Deutschkenntnissen ist eine Bereitschaft erforderlich sich intensiv auf die Befragung einzulassen. Daher ist es denkbar, dass durch die Länge des Fragebogens bestimmte Gruppen in der Befragung systematisch unterrepräsentiert sind (beispielsweise Konsumenten in einer schlechteren körperlichen und/oder psychosozialen Verfassung, deren kurze Konzentrationsspanne eine Befragung nicht zulässt oder aber auch Crackkonsumenten mit einem besonders starken Craving oder Konsumenten ohne ausreichend gute deutsche Sprachkenntnisse). Bei einigen Fragestellungen bzgl. der Nutzung der Hilfsangebote sind direkte StädtEVERGLEICHE der Ergebnisse aufgrund der z.T. unterschiedlichen Erhebungsorte (Konsumraum, Szene, Café)

hen Einrichtungen (z.B. Cafés) durchgeführt. In einzelnen Städten wurden auch Konsumenten der offenen Szene befragt, die nicht Besucher der jeweiligen Einrichtung sind. Insgesamt haben sich N=16 Einrichtungen aus 13 Städten an der Befragung beteiligt. Neben zahlreichen weiteren Daten (z.B. zum Infektionsstatus oder der Lebenssituation) stellt die Szenebefragung auch Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums unter den Befragten zur Verfügung. Abbildung 2.7 zeigt die Prävalenz des Konsums der einzelnen Substanzen jeweils für die letzten 24 Stunden, die letzten 30 Tage und Lebenszeit.



Thane et al. 2009.

Abbildung 2.7 Prävalenz des Drogenkonsums nach Substanzen (Szenebefragung, 2008)

Im Mittel wurden in den letzten 24 Stunden 2,1 Substanzen konsumiert, in den letzten 30 Tagen 3,2 Substanzen, wobei als Maximum neun verschiedene Substanzen angegeben wurden. 11,3% der Befragten gaben an, in den letzten 24 Stunden nicht konsumiert zu haben; für die letzten 30 Tage gaben dies 5,8% der Befragten an. Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Konsumprävalenzen zeigen sich dahingehend, dass mehr Männer als Frauen Heroin, Alkohol und Cannabis konsumierten. Frauen hingegen konsumieren etwas häufiger Kokain, Crack und nicht-verschriebene Benzodiazepine sowie Substitutionsmittel.

Die bereits vor mehreren Jahren dokumentierte Sonderrolle der Hamburger und Frankfurter Szene im Hinblick auf den Crackkonsum (Kemmesies 2002; Prinzleve et al. 2004) wird anhand der lokalen Vergleichsdaten der Studie deutlich bestätigt: Während die 24-Stunden-Prävalenz von Crack in allen übrigen Städten bei höchstens 3% liegt, übersteigt sie in Frankfurt und Hamburg jeweils die 50%-Marke. Ein Vergleich der zentralen Kennzahlen mit der

nicht möglich. Von den N=1.430 verschickten Fragebögen wurden N=791 ausgefüllt, zurückgeschickt und analysiert. Es wurden keine Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen.

seit 2002 regelmäßig durchgeführten Frankfurter Szenestudie (Müller et al. 2009) zeigt, dass die Szene in Frankfurt sehr starke Ähnlichkeiten mit anderen lokalen 'offenen' Drogenszenen aufweist. Die hohe Prävalenz von Crack und ebenfalls deutlich höhere Konsumraten für Benzodiazepine sind indes dafür verantwortlich, dass die Frankfurter Konsumenten durchschnittlich mehr Substanzen zu sich nehmen als diejenigen in anderen urbanen Drogenszenen (30 Tage: 4,7 gegenüber 3,2 Substanzen; 24 Stunden: 2,5 vs. 2,1 Substanzen).

3 Prävention

3.1 Überblick

3.1.1 Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen

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

Der Suchtprävention wird unter anderem auch dadurch Nachdruck verliehen, dass eine übergreifende Präventionsstrategie entwickelt wurde, die konkrete Maßnahmen- und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention bündelt.

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

3.1.2 Aktuelle Entwicklungen und Trends

Die aktuellen substanzbezogenen Entwicklungen und Trends wurden im vorigen Kapitel dargestellt.

Mischkonsum

Aktuelle Analysen epidemiologischer Daten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche und junge Erwachsene eine illegale Droge konsumieren, bei gleichzeitigem Tabakkonsum, dem Konsum von Wasserpfeifen bzw. Shishas und bei vorliegenden Alkoholverbrauch-Erfahrungen deutlich ansteigt (BZgA 2010).

Tabelle 3.1 Zusammenhang Alkoholrauscherfahrung und 12-Monatsprävalenz einer illegalen Droge.

| Alkoholrausch- erfahrung | 12-25-Jährige | | | 14-17-Jährige | | | 18-25-Jährige | | |
|---|---------------|--------|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
| | Gesamt | M | W | Gesamt | M | W | Gesamt | M | W |
| Noch keinen Alko- holrausch | 1,90% | 3,00% | 1,00% | 2,20% | 3,30% | 1,20% | 3,10% | 5,60% | 1,60% |
| Im letzten Jahr, nicht in den letzten 3 Monaten | 13,20% | 14,70% | 11,20% | 14,10% | 16,60% | 10,80% | 12,90% | 13,90% | 11,50% |
| In den letzten 30 Tagen | 28,30% | 31,70% | 22,70% | 36,70% | 47,50% | 20,00% | 25,70% | 27,20% | 23,10% |

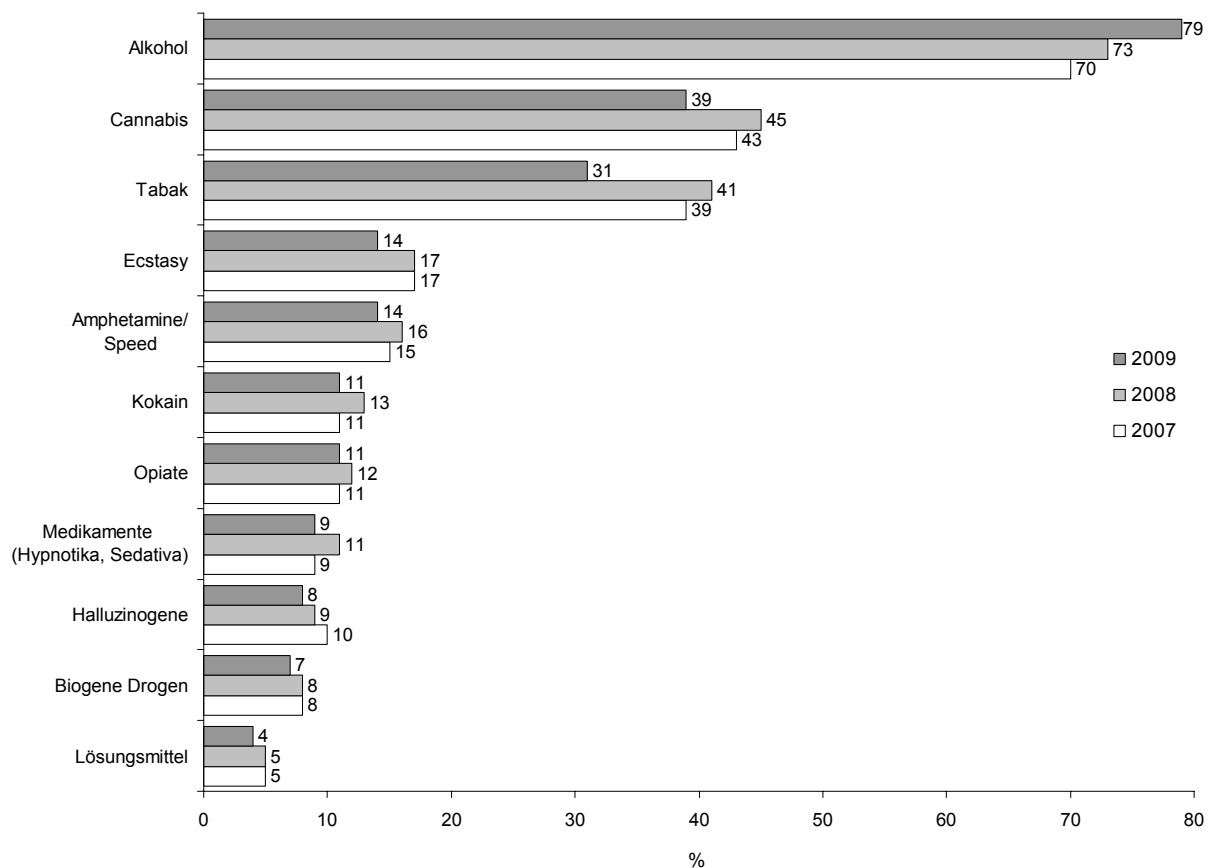
BZgA 2010.

Alkohol ist nicht nur die am weitesten verbreitete psychotrope Substanz in Deutschland, sondern in Bezug auf den Konsum anderer illegaler psychotroper Substanzen auch Moderatorvariable, wie Tabelle 3.1 deutlich zeigt. Der Konsum von Alkohol und Cannabis bzw. einer anderen illegalen Droge ist nicht nur in Deutschland ein weit verbreitetes Risikoverhalten junger Menschen (EMCDDA 2009a; Laging 2005). In der Regel stellt der größte Teil der Konsumenten illegaler Drogen seinen Konsum mit der Übernahme von Erwachsenenrollen später wieder ein, jedoch sind Personengruppen, die ein signifikant erhöhtes Risiko haben, eine Suchterkrankung zu entwickeln, durch Mischkonsum besonders gefährdet.

Entwicklungen und Trends

Der zu hohe Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland beherrscht seit vielen Monaten die Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik. Problematischer Alkoholkonsum ist in Deutschland jedoch nicht nur unter Jugendlichen, sondern vor allem auch in der erwachsenen Bevölkerung weit verbreitet. In Deutschland riskieren ungefähr 9,5 Mio. Männer und Frauen zwischen 18 und 64 Jahren durch ihren Alkoholkonsum nachhaltige Schäden ihrer Gesundheit (DHS 2010). Darunter sind ca. 1,3 Mio. Alkoholabhängige und weitere 2 Mio. missbräuchlich Alkohol Konsumierende. Darüber hinaus belegt die Krankenhausdiagnosestatistik des statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt 2009a) eindrücklich, dass nicht nur die Zahl Jugendlicher, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus behandelt wurden, angestiegen ist, sondern dass in nahezu jeder Altersgruppe von Jahr zu Jahr mehr Personen mit einem akuten Rausch in einem Krankenhaus behandelt werden. Beispielsweise ist die Zahl der wegen eines akuten Rauschs behandelten Patienten in der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen in den vergangenen acht Jahren um 122% von 5.675 im Jahr 2000 auf 12.617 im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009a) gestiegen.

Entsprechend findet sich eine Konzentration der suchtpreventiven Aktivitäten auf die Substanz Alkohol wie die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys aus dem Jahr 2009 belegen. Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug konzentrierten sich im Berichtsjahr 2009 wie bereits in den vorangegangenen Berichtsjahren auf die Substanzen Alkohol, Cannabis und Tabak.



Anzahl der in dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten: N(2009)=16.059, N(2008)=14.381, N(2007)= 13.571.

DotSys 2009, eigene Darstellung.

Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2007 bis 2009

Wie Abbildung 3.1 zeigt, thematisieren 79% aller substanzbezogenen Maßnahmen den Konsum von Alkohol, demgegenüber haben tabakpräventive Interventionen im Rahmen substanzbezogener Maßnahmen in den letzten zwölf Monaten in ihrer Zahl an Bedeutung verloren.

In diesem Kontext setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit „Alkohol? Kenn dein Limit.“ seit 2009 eine Mehrebenenpräventionsstrategie um, die massenmediale Maßnahmen durch breit angelegte personal-kommunikative Elemente ergänzt. Vervollständigt werden diese verhaltenspräventiven Interventionen durch Kooperationen und Gemeinschaftsprojekte in einzelnen Bundesländern mit dem Ziel, die präventiven Maßnahmen mittel- und langfristig strukturell zu verfestigen.

Neben den geschilderten substanzbezogenen Maßnahmen sind die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen sowie die Vermittlung von Informationen und Bildung kritischer Einstellungen ein weiterer Eckpfeiler der aktuellen Präventionsaktivitäten. Häufig werden die so genannten Lebenskompetenzprogramme in schulische Unterrichtscurricula integriert und erreichen potentiell einen sehr großen Teil der (schulpflichtigen) Bevölkerung (siehe dazu auch das folgende Kapitel).

3.1.3 Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

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

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention gelten Evaluation, Vernetzung und Transfer guter Beispiele. Zur Gewährleistung eines strukturierten und systematischen Austauschs sind in den vergangenen Jahren Strukturen erfolgreich entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren geschlossen worden. Dazu zählen z.B. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einsatz anerkannter Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der so genannte BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention (ein Zusammenschluss zwischen den für Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA) ebenso richtungweisend wie Veranstaltungen und Fachtagungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der BZgA, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie vielen anderen Akteuren und nicht zuletzt das Monitoring-System Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer.

Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement haben in der Gesundheitsförderung und Prävention von Suchterkrankungen einen zentralen Stellenwert eingenommen. Dazu zählen neben Untersuchungen zu Wirksamkeitsvoraussetzungen sowie zur Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen vor allem auch die Qualitätssicherung einer wissenschaftlich fundierten Suchtprävention. Aktuell existieren in den Bundesländern verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen und -instrumente, die vor allem regional zum Einsatz kommen. Neben diversen selbst entwickelten Instrumenten, werden in Deutschland beispielsweise auch das Projektplanungsinstrument „quint-essenz“⁴⁶ oder der Ansatz „partizipative Qualitätsentwicklung“⁴⁷ eingesetzt.

Darüber hinaus hat beispielsweise die BZgA Qualitätssicherungsmaßnahmen und Standardverfahren für eigene Maßnahmen entwickelt, die auch externen Institutionen und Akteuren zur Verfügung gestellt werden. „QIP- Qualität in der Prävention“⁴⁸ ist ein Instrument, das die BZgA gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) entwickelt hat. Mit QIP werden Merkmale der Struktur-, Konzept-, Prozess- und Outcomequalität einer systematischen Überprüfung unterzogen, die darüber hinaus von Expertinnen und Experten des jeweiligen Arbeitsfeldes begutachtet werden. Insgesamt wurden bereits 300 Projekte mit QIP

⁴⁶ <http://www.quint-essenz.ch/de>

⁴⁷ <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>

⁴⁸ <http://www.uke.de/extern/qip/index.html>

bewertet, darunter ca. 40 suchtpräventive Projekte (Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW & BZgA 2009).

Dot.sys

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

Nachdem *Dot.sys* in den letzten 4 Jahren einen sehr hohen Verbreitungsgrad erreicht und sich als Monitoringsystem der Suchtprävention gut etabliert hat, wurde in 2009/2010 eine externe Evaluation zur Akzeptanz und zum Verständnis des Systems durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, Hinweise für die Optimierung und Weiterentwicklung von *Dot.sys* bzw. der Rahmenbedingungen des Systems zu gewinnen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Nutzer/-innen insgesamt zufrieden mit dem System sind und ihm insbesondere eine hohe Effizienz bescheinigen. Deutlich wurde darüber hinaus, dass eine Erweiterung der Auswertungsfunktionalitäten des Tools neben einer Schärfung der inhaltlichen Kategorien einen wesentlichen Beitrag zu einer noch größeren Zufriedenheit und Akzeptanz des Dokumentationssystems leisten kann. Die Empfehlungen der Evaluation sollen bereits für das Berichtsjahr 2011 in einer überarbeiteten Softwareversion umgesetzt werden.

Im Berichtsjahr 2009 haben bundesweit 338 Einrichtungen suchtpräventive Maßnahmen in *Dot.sys* dokumentiert (gegenüber 320 Einrichtungen im Jahr 2008). Die Berichterstattung mit *Dot.sys* für das Jahr 2009 basiert auf insgesamt ca. 34.000 dokumentierten suchtpräventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen. Ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Jeweils 46% der dokumentierten Maßnahmen sind Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren bzw. auf Endadressaten richten, rund 8% sind Maßnahmen, die dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuzuordnen sind.
- Primäres Handlungsfeld der suchtpräventiven Aktivitäten ist mit ca. 39% das Setting Schule. Hauptzielgruppen der präventiven Maßnahmen sind Lehrerinnen und Lehrer (31% der Maßnahmen für Multiplikatoren) sowie Kinder und Jugendliche (54% der Maßnahmen für Endadressaten).
- Die substanzspezifisch durchgeführten Aktivitäten in der Suchtprävention im Jahr 2009 fokussieren immer stärker die Substanz Alkohol (79%). Cannabis (39%) und vor allem Tabak (31%) werden seltener thematisiert. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre eindeutig fort, dass die Suchtprävention in Deutschland zunehmend auf die Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum reagiert. So thematisieren bspw. 85% aller

substanzspezifischen Maßnahmen für Multiplikator/-innen des Jahres 2009 die Substanz Alkohol.

3.2 Universelle Prävention

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

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

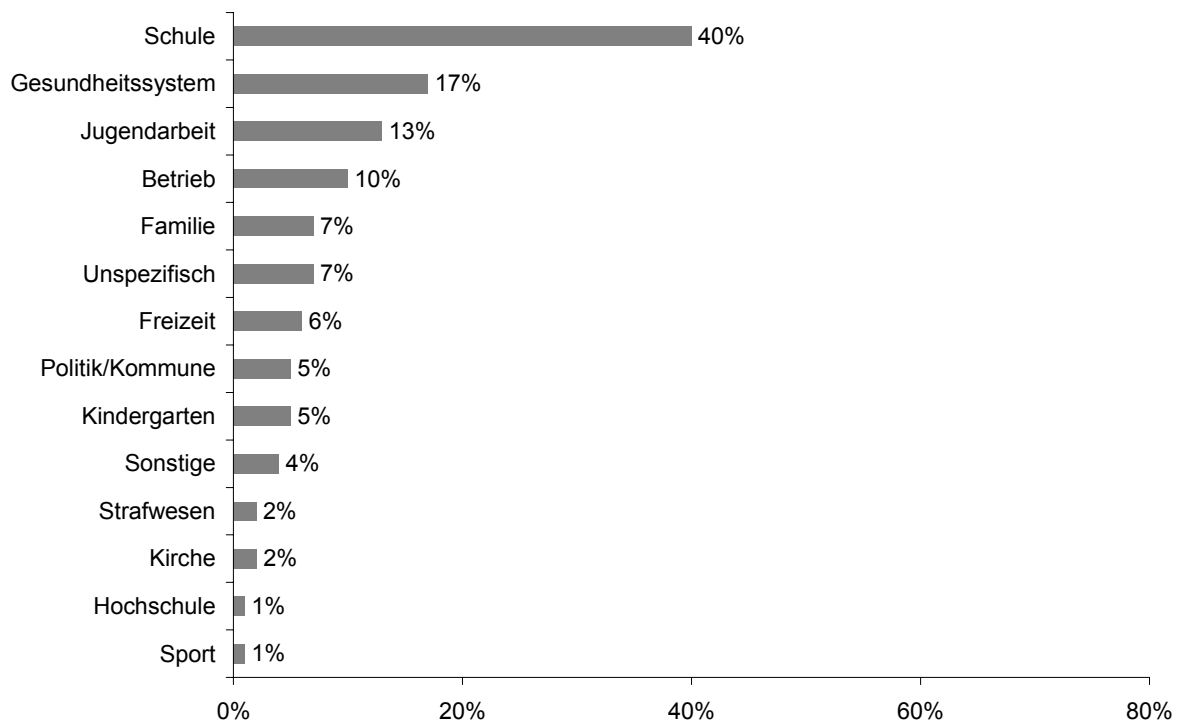
Im Jahr 2009 wurden die Maßnahmen zur universellen Prävention des Cannabiskonsums und –missbrauchs „Stark statt breit“ des Landes Nordrhein-Westfalen gezielt durch zielgruppenadäquate Kommunikationsmittel ergänzt. *Stark statt breit* ist inhaltlich und strukturell in die landesweite Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ eingebettet. Neben einer direkten Ansprache der Zielgruppe, beispielsweise durch schriftliche Informationsmedien oder Veranstaltungen für Führerscheinbewerber, werden Bezugspersonen aus dem schulischen und familiären Bereich aktiv in die Intervention eingebunden. Im Rahmen der Maßnahmen wurden nach Schätzungen der verantwortlichen Landeskoordinierungsstelle Nordrhein-Westfalen ca. 54.000 Personen aus der Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene sowie nahezu 14.000 Multiplikatoren aus den Bereichen Sucht- und Jugendhilfe sowie Schule und Eltern erreicht.

3.2.1 Schule

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

Im Setting Schule kommen Programme zum Einsatz, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich bundesweit umgesetzt werden. *Be smart – Don't Start*, *rauchfreie Schule* und *Klasse 2000* sind nur einige Beispiele. Die genannten Programme setzen sich aus unterschiedlichen Maßnahmenbausteinen zusammen, die von der Förderung sozialer Kompetenzen über die Vermittlung von Informationen und der Motivierung, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil

zu führen, reichen.



Dot.Sys 2009, N=32.817 Maßnahmen, eigene Darstellung.

Abbildung 3.2 Settings von Präventionsmaßnahmen

Mit 40% wurde der Großteil aller in Dot.sys registrierten präventiven Maßnahmen im Jahr 2009 in Schulen umgesetzt. Dies schließt Maßnahmen für Endadressatinnen und Endadressaten, also Schülerinnen und Schüler ebenso ein, wie beispielsweise Fortbildungen und Trainings für Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter und -psychologen oder Eltern. Im Setting Schule werden sowohl substanzspezifische (45% der im Jahr 2009 dokumentierten Maßnahmen) als auch substanzbezogene (46% der im Jahr 2009 dokumentierten Maßnahmen) Präventionsmaßnahmen umgesetzt. Nahezu jede zehnte Maßnahme an Schulen beschäftigte sich mit stoffungebundenen Süchten wie zum Beispiel Essstörungen oder pathologischem Glücksspiel. In der schulischen Prävention steht die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen neben der Vermittlung von Informationen und der Bildung kritischer Einstellungen im Mittelpunkt der Aktivitäten.

„Eigenständig werden“ ist ein beispielhaft zu nennendes überregional zum Einsatz gekommenes Unterrichtsprogramm zur Sucht- und Gewaltprävention in der Grundschule. *Eigenständig werden* basiert auf dem Lebenskompetenzansatz und spricht persönlichkeitsstärkende Faktoren an, die Sucht, Gewalt, Aggression und Stress erfolgreich vermeiden können. *Eigenständig werden* wurde vom Institut für Therapieforchung und Prävention (IFT-Nord) in Kiel entwickelt und evaluiert. Das Programm wurde bislang in 8 Bundesländern realisiert, mehr als 2.000 Lehrkräfte haben an der dazugehörigen Fortbildungsveranstaltung teilgenommen. Im Rahmen einer mehrjährigen Kontrollgruppenstudie wurde die Effektivität des Programms

im Land Sachsen geprüft. Die Untersuchung zeigt, dass die Teilnahme an dem Programm zu einer Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten und Gewaltbereitschaft sowie zu einer Zunahme sozialer Kompetenzen führen kann. Aktuell erfährt *Eigenständig werden* eine Erweiterung auf die Klassenstufen fünf und sechs. „Eigenständig werden 5+6“ basiert auf interaktiven Unterrichtseinheiten sowie einem suchtspezifischen Aktionsparcours (5. Klasse Nikotin, 6. Klasse Alkohol). Zusätzlich zu den Unterrichtseinheiten enthält *Eigenständig werden 5+6* eine Elternkomponente, die bspw. Elternbriefe zu den einzelnen Unterrichtseinheiten sowie Elternabende umfasst.⁴⁹

Für Schüler der Klassen sieben bis zwölf wurde der interaktive Parcours „Cannabis – Quo Vadis“ von der Villa Schöpflin entwickelt. *Cannabis – Quo Vadis* bietet eine kurze ca. zweistündige Intervention, in der die Rolle von Cannabiskonsum in bestimmten Lebensentwürfen fiktiver Personen durchgespielt und diskutiert wird. Darüber hinaus erhalten die Jugendlichen Informationen über spezifische Hilfen in ihrer jeweiligen Region. *Cannabis – Quo Vadis* wird inzwischen in Schulen in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und der Schweiz von ca. 40 beteiligten Fachstellen für Suchtprävention eingesetzt. Ausgewählte Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Intervention das Wissen der Jugendlichen zum Thema Cannabis signifikant erhöht und sich die Bewertung von Konsumrisiken sechs Wochen nach der Intervention ebenfalls signifikant erhöht hat.

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

Peer-Ansätze im Setting Schule richten sich aber auch an Eltern, wie das Beispiel „PEaS – Peer Eltern an Schule“ der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin zeigt. Die beiden Leitmotive - 1. Eltern können eine Menge tun, um ihre Kinder vor Suchtgefahren zu schützen und 2. Eltern wird verdeutlicht, dass Schule ein Ort ist, den sie mit gestalten können - werden in dem Pilotprojekt seit 2009 an weiterführenden Schulen in Berlin erprobt. Ziele von PEaS sind die Stärkung der elterlichen Partizipation im Setting Schule, die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und der Kommunikation in der Familie, die Erhöhung der Ausbildung familiärer Schutzfaktoren und die Minimierung von Risikofaktoren für Sucht⁵⁰.

⁴⁹ www.eigenstaendigwerden.de

⁵⁰ Nähere Informationen unter : http://www.berlin-suchtpraevention.de/Fuer_Eltern-c1-l1-k28.html

3.2.2 Familie

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

7% der präventiven Maßnahmen des Jahres 2009 wurden im Setting Familie umgesetzt. Im familiären Präventionsumfeld kommen nahezu ebenso viele substanzunspezifische Maßnahmen (41%) wie substanzbezogene Aktivitäten (43%) zum Einsatz. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil der Maßnahmen, die sich stoffungebundenen Süchten bzw. Verhaltenssüchten (17%) zuwenden. Die substanzbezogenen Maßnahmen im familiären Umfeld konzentrieren sich zum überwiegenden Teil auf die Substanzen Alkohol (58%) und Cannabis (55%). Die substanzbezogenen Maßnahmen sprechen vor allem Endadressaten an, hier handelt es sich in der Regel um die Familie als Ganzes, d.h. Eltern (Mutter und/oder Vater) sowie deren (konsumierende) Kinder.

Das aus den USA stammende Programm „Strengthening Families - Familien stärken“ wurde inzwischen für den deutschen Raum adaptiert und wird aktuell als Pilotprojekt in vier Bundesländern umgesetzt. *Familien stärken* ist ein Programm zur universellen, familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen für Kinder im Alter von zehn bis 14 Jahren und deren Eltern. Die Implementierung von *Familien stärken* wird zurzeit gefördert durch das BMBF vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter (DZSKJ) im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Multicenterstudie überprüft⁵¹. *Familien stärken* hat sich in den USA, in England und Schweden als sehr wirkungsvoll erwiesen. Kinder und Jugendliche, die mit ihren Familien an dem Programm teilnahmen, hatten weniger Probleme in der Schule und konsumierten seltener und in der Menge weniger Tabak, Alkohol oder illegale Drogen wie Cannabis. Teilnehmende Eltern berichten darüber hinaus über verbesserte Erziehungskompetenzen und ein harmonischeres Miteinander in der Familie.

Bereits im Vorjahresbericht wurde das Programm „Papilio“ vorgestellt, das im Bereich der Primärprävention von Verhaltensproblemen im Kindergarten als beispielhaft hervorgehoben wurde. *Papilio* ist entwicklungspräventiv konzipiert und richtet sich gegen die Entwicklung von Sucht und Gewalt im späteren Kindes- und Jugendalter. Neben der Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen mindert *Papilio* Risikofaktoren beispielsweise durch die Vermittlung von Erziehungskompetenzen an Eltern (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2009). Bisherige Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die *Papilio*-Maßnahmen dazu beitragen, prosoziales Verhalten zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindergartenkindern erheblich zu reduzieren (Barquero et al. 2005). Inzwischen sind in elf Bundesländern

⁵¹ Weitere Informationen: www.familien-staerken.info

Erzieherinnen und Erzieher als Trainerinnen und Trainer ausgebildet worden. Bundesweit wurden im Rahmen von *Papilio* 3.516 Erzieherinnen und Erzieher wurden bislang fortgebildet und rund 63.000 Kinder erreicht⁵².

3.2.3 Kommunale Prävention

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

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

3.2.4 Freizeit und Sportvereine

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

Mit der bundesweiten Kampagne zur Suchtvorbeugung „Kinder stark machen“ wendet sich die BZgA an Erwachsene, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Eltern, Lehrerinnen und Lehrer sowie Trainerinnen und Trainer in Sportvereinen sind wichtige Vertrauenspersonen, die Kinder in ihrer Entwicklung stärken und unterstützen können. Hauptziele von *Kinder stark machen* ist die Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Heranwachsenden und die Förderung ihrer Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit. Aus einer starken, selbstsicheren Position heraus sollen Kinder und Jugendliche ‚Nein‘ zu Suchtmitteln aller Art sagen können⁵³.

Um Reichweite und Nachhaltigkeit der Kampagne zu sichern, ist die BZgA eine strategische Partnerschaft mit den mitgliederstarken Sportverbänden (Deutscher Fußball-Bund, Deut-

⁵² Stand Juni 2010.

⁵³ Nähere Informationen zu „Kinder stark machen“ finden Sie unter www.kinderstarkmachen.de

scher Turnerbund/Turnerjugend, Deutscher Olympischer Sportbund, Deutscher Handballbund, Deutscher Leichtathletikverband, DJK-Sportjugend) eingegangen. Im Rahmen der Aktivitäten zur frühen Suchtvorbeugung fanden im Frühjahr 2010 im Rahmen des Programms *Kinder stark machen* in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) und örtlichen Präventionsfachstellen Aktionstage unter dem Titel „Starke Kinder - Wahre Champions“ statt. Neben dem Spaß am Fußball stand die Förderung der sozialen Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen im Mittelpunkt. Darüber hinaus zielt die Aktion auf die Förderung des Kontakts zwischen Lehrkräften, ehrenamtlichen Übungsleiterinnen und Übungsleitern sowie Präventionsfachkräften und soll zum Entstehen lokaler Netzwerke für Suchtvorbeugung beitragen. Die Aktionstage fanden bundesweit auf ca. 670 so genannten Mini-Spielfeldern des DFB statt.

3.3 Selektive Prävention

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

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

Die Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen werden sehr häufig im Freizeitbereich angesprochen. Interventionen für sozial benachteiligte Jugendliche oder Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien erfolgen vielfach im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können.

3.3.1 Risikogruppen

Sozial Benachteiligte

Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind sehr häufig besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Statistisch betrachtet, haben Personen der unteren sozialen Milieus ein mehr als doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder früher zu sterben als An-

gehörige der oberen sozialen Milieus. Soziale Benachteiligung erzeugt somit Ungleichheit in Gesundheitschancen (BMG 2008). Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status sind weitere Risikofaktoren, die die Entstehung oder Intensivierung von Suchtproblemen begünstigen. Daher ist es besonders wichtig, diesen Personenkreis möglichst frühzeitig in seiner Entwicklung zu fördern und zu stärken. Häufig sind die ‚üblichen‘ Präventionsmaßnahmen jedoch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit besonderem Förderbedarf kaum einsetzbar, da diese nicht über die notwendigen personalen, sozialen und/oder kognitiven Kompetenzen verfügen, um die Präventionsinhalte hinreichend umsetzen zu können.

Im Vorjahresbericht wurde vor diesem Hintergrund über *PeP – Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention* speziell für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf informiert. Inzwischen wird *PeP* auch in Schulen in Bayern zur Verfügung gestellt und *PeP*-Multiplikatoren ausgebildet. *PeP* wird vor allem in Förderschulen, Integrationsklassen und Hauptschulen mit Erfolg eingesetzt. *PeP* ist so konzipiert, dass es von den Klassenstufen 3 bis 9 eingesetzt werden kann, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen entsprechend des Alters und der Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen.

Suchtprävention für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund

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

Bereits im letzten Berichtsjahr wurde unter dem Aspekt *Kultursensible Suchtprävention* der spezielle Gesundheitswegweiser für Zuwanderer sowie ein Leitfaden zur *Kultursensiblen Suchtprävention in Betrieben* des Landes Berlin vorgestellt. Der Gesundheitswegweiser „Unabhängig bleiben“ ist inzwischen in 6 Sprachen: deutsch, russisch, türkisch, arabisch, vietnamesisch und polnisch zur Verfügung gestellt worden. Darüber hinaus hat die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin ein Factsheet zur Substanz Tilidin in deutsch, arabisch, türkisch und englisch erarbeitet⁵⁴.

3.3.2 Risikofamilien

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil

⁵⁴ Weitere Informationen unter <http://www.berlin-suchtpraevention.de>

eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil. Darüber hinaus sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtbelasteten Familien aufgewachsen⁵⁵. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Alkohol- und Drogensucht in Familien weitergegeben werden kann. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien eine der größten bekannten Gruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für dieses erhöhte Suchtrisiko sind unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch zu nennen, die in suchtbelasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

Auf Bundesebene fördert das BMG das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ für acht- bis zwölfjährige Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Trampolin* soll Kinder aus suchtbelasteten Familien in ihrer positiven Selbstwahrnehmung und ihren Problemlösungsfähigkeiten grundlegend stärken. Dazu erlernen die Kinder beispielsweise effektive Stressbewältigungsstrategien und erfahren psychische Entlastung durch Auflösung des Tabuthemas Sucht und Abhängigkeit. Das Projekt wird derzeit an 26 Standorten in 12 Bundesländern erprobt und vom DZSKJ wissenschaftlich begleitet⁵⁶.

Auf Ebene der Bundesländer bündeln verschiedene Akteure ihre Aktivitäten und bieten u.a. Informationsmaterialien und Arbeitshilfen für Multiplikatoren zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien an. Ein so genanntes „Model of good practice“⁵⁷ ist das Projekt „connect“ in Hamburg. Das Projekt *connect* geht dabei insbesondere auf Begleiterscheinungen ein, die häufig bei einer Suchterkrankung der Eltern auftreten: materielle Unterversorgung, Arbeitslosigkeit, Migration, Leben in einem Stadtteil mit Entwicklungsbedarf usw. Die Betroffenen sind überdurchschnittlich großen körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Präventives und gesundheitsförderndes Handeln zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist daher besonders wichtig. *connect* zielt auf eine arbeitsfeldübergreifende Zusammenarbeit, nicht nur Sucht- bzw. Beratungseinrichtungen arbeiten sozialraumorientiert enger zusammen, sondern in einem Verbund kooperieren verbindlich alle Einrichtungen miteinander, die „rund um das Kind und die Familie“ aktiv sind. Nach Abschluss der Modellphase im Jahr 2009 wurde die Finanzierung von *connect* bis auf weiteres gesichert und das Projekt soll nun innerhalb von zwei Jahren in ein Regelangebot überführt werden⁵⁸.

„COA – Children of Alcoholism“ ist eine Trainerausbildung zur Leitung von Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren im Bereich suchtbelasteter Systeme in Hessen. COA soll Multiplikatoren dazu befähigen, in ihrer eigenen Region Fortbildungen zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien durchzuführen. Im Jahr 2009 haben 16 Fachkräfte an der Fortbildung teilgenommen, sowie mehrere Trainer-Tandems aus den Bereichen Suchtprävention

⁵⁵ www.fruehehilfen.de

⁵⁶ Informationen unter www.projekt-trampolin.de

⁵⁷ Informationen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

⁵⁸ Nähere Informationen unter <http://www.sucht-hamburg.de/projekte/connect>

und Familien-/Jugend- und Suchthilfe gebildet (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2010)⁵⁹.

3.3.3 Selektive Prävention im Freizeitbereich

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

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

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

Im Freistaat Thüringen wird für Jugendliche und junge Erwachsene in der Club- und Musikszene das Projekt „DROGERIE“ angeboten⁶⁰. *DROGERIE* bietet Prävention und Hilfe durch aufsuchende Sozialarbeit beispielsweise bei Musikveranstaltungen. Die Zielgruppe des Projektes sind Jugendliche und junge Erwachsene, die mit Drogen in Kontakt kommen könnten, mit Drogen experimentieren oder missbräuchlich konsumieren. Neben Informationen zu Suchtstoffen, berät *DROGERIE* Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Suchtmittelkonsum und vermittelt Konsumenten in weiterführende Hilfeangebote.

⁵⁹ Weitere Informationen auch unter www.hls-online.de

⁶⁰ www.drogerie-projekt.de

Weiterhin überregional in Bayern aktiv ist das Projekt *Mindzone*. *Mindzone* informiert seit 1996 über Suchtrisiken und Partydrogen. Unter dem Motto „Sauber drauf“ führt *Mindzone* beispielsweise Aktionen in Clubs, auf Konzerten und Festivals durch. An einem Infostand stehen neben Informationsmaterialien auch Gesprächspartner zum Thema Party und Sucht zur Verfügung⁶¹.

3.4 Indizierte Prävention

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

3.4.1 Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sind ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtstörung im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei ungefähr einem Fünftel aller Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Ca. 10% weisen psychische Auffälligkeiten, d.h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (RKI 2007a). Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger auf, als bei Kinder und Jugendlichen mit höherem sozioökonomischen Status. Diese Kinder und Jugendlichen verfügen in der Regel über geringere soziale und personale Ressourcen und sind somit zusätzlich belastet (vgl. dazu auch Berichtsteil zu sozial Benachteiligten).

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

3.4.2 Kinder mit ADHS

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

⁶¹ www.mindzone.info

Derzeit liegen keine Informationen über aktuelle präventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit ADHS vor.

3.4.3 Früherkennung und Frühintervention

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

Frühinterventive Maßnahmen haben sich in der deutschen Präventionslandschaft inzwischen gut etabliert. Dies trifft sowohl für den Konsum illegaler Substanzen – vor allem Cannabis – als auch für den Bereich exzessiver Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen zu. Wie bereits im vorherigen Berichtsjahr sind ca. 30% aller in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen dem Präventionsbereich Früherkennung und Frühintervention zuzuordnen. Dennoch sollten frühinterventive Maßnahmen weiter ausgebaut werden.

Neben den bereits seit vielen Jahren etablierten u.a. bundesweit zum Einsatz kommenden Maßnahmen wie zum Beispiel „Quit the Shit“, „FreD – Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten“, „Hart am Limit (HaLT)“, oder „Selbstkontrolltraining (SKOLL)“, sollen im folgenden die Ergebnisse des Transfers von „Realize it“ exemplarisch für andere Interventionen vorgestellt werden.

Das Kurzinterventionsprogramm „Realize it“ richtet sich überwiegend an junge Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 22 Jahren. Hauptziel von Realize it ist die Reduktion bzw. Einstellung des Konsums von Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum⁶². Im Kern besteht das Programm aus drei Elementen:

- Fünf Einzelberatungen mit einer Beraterin oder einem Berater über einen Zeitraum von zehn Wochen. In dieser Zeit findet zusätzlich eine Gruppenberatung statt.
- Gemeinsame Klärung persönlicher Ziele zwischen Klienten/innen und Berater/innen
- Im weiteren Verlauf werden die Umstände des Konsums genauer analysiert, um künftige Risikosituationen erkennen und Kontrollstrategien entwickeln zu können.

Das Projekt wird seit 2007 bundesweit mit dem Ziel durchgeführt, das Interventionsprogramm in die Arbeit von möglichst vielen Drogen- und Suchtberatungsstellen zu integrieren. Der bisherige Transfer verlief sehr positiv, *Realize it* ist zum jetzigen Zeitpunkt bundesweit mit 161 Beratungsstellen und 353 Beratern vertreten. Im Rahmen einer Abschlussstagung erfolgte eine übergreifende Auswertung des Transfers von *Realize it*. Dabei wurde auch eine

⁶² Weitere Informationen unter www.realize-it.org

Bewertung des Kurzinterventionsprogramms im Vergleich mit anderen Programmen vorgenommen und thematisiert, wie das entstandene Netzwerk der Einrichtungen *Realize it* zukünftig auch ohne die Förderung des BMG fortführen kann.

3.5 Nationale und regionale (Medien-) Kampagnen

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

Auch im aktuellen Berichtszeitraum sind vor allem Kampagnen zur Prävention missbräuchlichem Alkoholkonsums initiiert und intensiviert worden. So hat beispielsweise die BZgA in Kooperation mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) die Kampagne "*Alkohol? Kenn dein Limit*" für Jugendliche ins Leben gerufen. Neben massenmedialen Maßnahmen wie Plakaten und Kinospots, richtet sich die Kampagne mit einem umfangreichen Internetangebot⁶³ und personal-kommunikativen Maßnahmen wie zum Beispiel der Peer-Aktion im Freizeitsetting direkt an die Zielgruppe. Alle Kampagnenbestandteile werden derzeit einer Evaluation und Erfolgskontrolle unterzogen, erste Ergebnisse werden Ende des Jahres 2010 erwartet.

Die Kampagne „Saar-BOB“ sensibilisiert für die Risiken und Gefahren der Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkohol- und Drogeneinfluss. *Saar-BOB* richtet sich an alle Verkehrsteilnehmer, im Besonderen aber an die besonders gefährdeten Fahranfänger der Altersgruppe 18 bis 24 Jahre. Die ursprünglich in Belgien konzipierte und inzwischen adaptierte Kampagne für junge Fahrer wird in Deutschland nicht nur im Saarland, sondern beispielsweise auch in Thüringen und Hessen umgesetzt.

Bereits im Vorjahr wurde die Kampagne des Landes Berlin „*Na klar...!*“ vorgestellt. Die berlinweite Kampagne konnte seit ihrem Start mehr als 100.000 Personen direkt erreichen. *Na klar...!* wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung sowie von allen 12 Berliner Bezirken und der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin getragen und soll riskanten Konsummustern wie zum Beispiel Alkoholmissbrauch entgegenwirken⁶⁴. Eingebettet ist die Kampagne in die Gesamtpräventionsstrategie „Unabhängig bleiben“. Unter diesem Motto widmet sich die Fachstelle für Suchtprävention des Landes Berlin nicht nur der Substanz Alkohol, sondern auch anderen Themen wie zum Beispiel Cannabis- oder Medikamentenkonsum, stoffungebundenen Süchten sowie verhältnispräventiven Tätigkeiten.

⁶³ www.kenn-dein-limit.info

⁶⁴ Nähere Informationen finden Sie auch unter www.praevension-na-klar.de

Die Wanderausstellung „Sucht hat immer eine Geschichte“ wird in Nordrhein-Westfalen von der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung NRW seit über zehn Jahren mit Erfolg umgesetzt. Ziel der Öffentlichkeitskampagne ist es Anregungen zu geben, wie Wege in die Sucht von Anfang an verhindert werden können. Dabei wird mit Hilfe von verschiedenen Objekten ein differenziertes Bild von Sucht und Drogen geboten. Die Zielgruppe soll mit allen Sinnen und auch spielerisch Einstellungen, Wissen und Verhalten überprüfen, ergänzen und bei Bedarf korrigieren. Im Berichtsjahr 2009 wurden insgesamt Ausstellungen an fünf Orten umgesetzt, die ca. 7.500 Besucherinnen und Besucher erreichen konnten.

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Überblick

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

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

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

Ergänzend zu der Erfassung der klinischen Diagnosen „Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, für die die internationalen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2005) Anwendung finden, wird im Deutschen Kerndatensatz Sucht (DHS 2008) eine Definition für den „riskanten Konsum“ vorgeschlagen. Gemäß fachlicher Einschätzung soll der „riskante Konsum“ für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten in diesem Fall die Empfehlungen der WHO, der British Medical Association und des Kuratoriums der DHS. Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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

Methoden zur Messung und Schätzung

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

Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Eine relativ sichere Zuordnung ist in Behandlungseinrichtungen möglich, deren Mitarbeiter über eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle verfügen. Die oben erwähnte Definition des „riskanten Konsums“ aus dem Deutschen Kerndatensatz schließt jeden Konsum einer Substanz (innerhalb der letzten 30 Tage) aus dem Bereich F11 (Opiode) – F19 (multipler Substanzgebrauch und sonstige Substanzen) der ICD-10 ein. Lediglich für Alkohol (F10) liegen konkrete definierte Grenzwerte vor.

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

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

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

Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

Die EBDD hat eine Reihe von Verfahren zur Schätzung der Prävalenz problematischen Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition problematischen Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von 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 Heroinklienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroinkonsumenten beschränkt.

In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist die

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

4.2 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)

Für das Jahr 2009 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 erstaufrälliger (Inzidenz) Heroinkonsumenten über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekanntem Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Berechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- Schätzung auf der Basis von Drogentodesfällen
Von der Zahl der Drogentodesfälle des Jahres wird unter Verwendung des Anteils von Todesfällen in der ambulanten Klientel p.a. die Gesamtzahl der Konsumenten von Opioiden in der Bevölkerung hochgerechnet.

Darüber hinaus wurde auch die Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten für die Daten des Jahres 2008 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern) regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2009 basierenden Schätzwert zu berechnen.

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

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Die Verfahren wurden an anderer Stelle beschrieben. Alle Multiplikatorenverfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die Erfassung erstaufrälliger Konsumenten wird maßgeblich vom Ermittlungsdruck der Polizei beeinflusst und auch die Zahl der Drogentoten ist in ihrer jeweils absoluten Höhe nur bedingt interpretierbar. Andere Schätzverfahren (z.B. Capture-Recapture-Studien oder andere Multiplikatorenverfahren)

ren) wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 78.000 und 184.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2008 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,4 bis 3,4 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2009 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

| Datenquelle | Referenzjahr | | | | | Prävalenz pro 1.000 |
|--------------------------------|--------------|---------|---------|-----------------------|---------------|------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | |
| Behandlung | 155-184 | 136-162 | 131-156 | 155-184 ¹⁾ | ²⁾ | 2,8-3,4 |
| Polizeikontakte | 128-166 | 117-159 | 108-149 | 99-137 | 89-127 | 1,6-2,3 |
| Drogentodesfälle ³⁾ | 79-96 | 103-130 | 99-113 | 117-178 | 91-119 | 1,7-2,2 |

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

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2009.

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

DBDD 2010, spezielle Berechnung.

Im Vergleich zum Vorjahr fällt die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ deutlich höher aus. Dabei handelt es sich aber vermutlich um ein Artefakt, das primär darauf zurückzuführen ist, dass während der vergangenen Jahre eine veraltete Bezugsgröße für die Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen verwendet wurde. Darüber hinaus wurde 2010 die methodische Grundlage zur Schätzung der Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen und damit der Hochrechnung teilweise angepasst:

- Seit 2005 wurde unverändert eine Anzahl von insgesamt N=934 ambulanten Einrichtungen für die Schätzung zugrunde gelegt, die auf einer letzten Erhebung aus dem Jahr 2004 stammte (Patzak & Bohnen 2009). Es ist davon auszugehen, dass die unveränderte Fortschreibung der Anzahl von N=934 Einrichtungen zwischen 2005 und 2008 eine systematische Unterschätzung darstellt, die den Ausbau des Versorgungssystems während der vergangenen Jahre nicht berücksichtigt.
- 2010 wurde erstmals das Einrichtungsregister der DBDD, das seit 2006 mit Unterstützung des BMG, der Wohlfahrtsverbände, Bundesländer und Facheinrichtungen aufgebaut wurde, als Referenz zur Bestimmung der Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen in Deutschland herangezogen. Die Definitionen des Einrichtungsregisters orientieren sich an den Standards des Deutschen Kerndatensatzes für die Suchtkrankenhilfe (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009) und weisen damit eine hohe Konsistenz mit der Erhebungsmethode auf.

thodik der DSHS auf. Das DBDD-Einrichtungsregister hat 2010 einen Referenzwert von insgesamt N=1.332 ambulanten Einrichtungen in Deutschland geliefert. Diese Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen steht in Übereinstimmung mit Angaben aus den aktuellen Länderkurzberichten, die auf dem Referenzjahr 2008 beruhen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009)⁶⁵.

Das Intervall der geschätzten Zahl von Heroin-/Opioidkonsumenten auf Basis der Zugänge zu Behandlung im Jahr 2008 ist identisch mit dem für das Jahr 2005 geschätzten Wert, was angesichts der vermuteten Verzerrung der Schätzwerte für die Jahre 2006-2007 einen plausiblen Wert darstellt und als Hinweis auf eine insgesamt weitgehend stabile Population interpretiert werden kann.

Die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren (2000: 7.914; 2009: 3.592) stark rückläufig. Parallel dazu ist der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstauffällige Konsumenten registriert worden sind, zwischen 2005 und 2008 konstant geblieben und 2009 leicht gesunken. Daher sinken die auf diesem Indikator beruhenden Schätzwerte kontinuierlich. Die Zahl der Drogentodesfälle ist 2009 im Vergleich zu 2008 (bei nur minimal veränderter Mortalität innerhalb der ambulant behandelten Klientel) leicht gesunken, so dass auch das Intervall unterhalb dem des Vorjahres liegt.

Der Wertebereich (1,7-3,4/1.000) liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen für die Altersgruppe 18 bis 65 errechnet hat (3,0/1.000; Grenzwerte: 2,0-6,0) (Wittchen & Jacobi 2005). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

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

Aktualisierte Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2008, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 197.000-234.000 (2007: 167.000-198.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 3,6-4,3 (pro 1.000 Einwohner) (2006: 3,0-3,6) und liegt damit höher als im Vorjahr (wobei auch dieser Anstieg vermutlich größtenteils durch die o.g. angepasste Berechnungsgrundlage für die Behandlungsdaten erklärt werden kann). Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der oben genannten Probleme nicht vorgenommen.

⁶⁵ Die Bundesländer haben im Jahr 2008 eine Gesamtzahl von N=1.272 ambulanten Einrichtungen identifiziert. Auch dieser Wert liegt deutlich über dem Vergleichswert von 2005 und hätte auch bei Beibehaltung der methodischen Herangehensweise ebenso zu einem Anstieg des Schätzwertes geführt (174.000-207.000 Tsd.).

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

4.2.2 Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum

Die Inzidenz des problematischen Opioidkonsums (die Zahl der neuen Fälle in einem bestimmten Jahr) ermöglicht eine genauere Messung der Veränderungen im Zeitverlauf und kann einen frühzeitigen Ausblick auf künftige Entwicklungen bei Prävalenz und Behandlungsnachfrage geben. Allerdings liegen den herangezogenen Schätzmodellen mehrere Annahmen zugrunde und sie erlauben nur eine teilweise Schätzung der Inzidenz, da sie ausschließlich auf den Fällen basieren, die mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen. In Zusammenarbeit mit einer Gruppe europäischer Sachverständiger hat die EBDD vor kurzem neue Leitlinien für Inzidenzschätzungen erarbeitet, um weitere Arbeiten in diesem Bereich anzuregen (Scalia Tomba et al. 2008). Neue Studien aus Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor.

4.3 Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen

Schätzungen in der Allgemeinbevölkerung

Bereits in Kapitel 2.2.2 wurden Daten zu cannabis-, kokain- und amphetaminbezogenen Störungen berichtet, die auf dem 2009 durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA; Pabst et al. 2010a) beruhen und mittels der Severity of Dependence Skala (SDS) erhoben wurden.

Schätzungen aus Gefängnissen

Personen, die wegen Drogendelikten - in der Regel Handelsdelikten - oder aus anderen Gründen in Haft sind, konsumieren häufig auch innerhalb der Gefängnisse psychotrope Substanzen. Epidemiologische Daten zum Konsum psychotroper Substanzen sind in den Justizvollzugsanstalten sehr schwer zu erheben und oft wenig valide. Einen groben Überblick über die Situation geben Simon & Tischer (2006) auf der Basis von Angaben aus den Justizministerien der Bundesländer. Soweit dabei Angaben und Schätzungen zur Prävalenz von Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen gemacht werden, liegen diese zwischen 40% und 50%. Der Anteil der Gefangenen, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vermutet wird, liegt bei etwa 33%. Für inhaftierte Frauen liegen die Prävalenzen tendenziell etwas höher als für Männer. Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat zum Stichtag 31.03.2008 für die Indikatorenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Daten aus den einzelnen Bundesländern und damit 195 JVA zusammengestellt (Bundesministerium der Justiz 2009). Die Ergebnisse sind ausführlich in Kapitel 9.5 dargestellt.

Aktuelle Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum, die z.B. auf Daten niedrigschwelliger Einrichtungen, Polizeidaten oder Notaufnahmen beruhen, liegen nicht vor.

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

4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der PDU⁶⁶-Definition der EMCDDA

Problematischer/intensiver Konsum von Cannabis

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

Die Ergebnisse der aktuellen Studien der BZgA zur Veränderung der Anteile „regelmäßiger“ Cannabiskonsumenten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden bereits im REI-TOX-Bericht 2009 dargestellt. Demnach ist der regelmäßige (im letzten Jahr mindestens 10malige) Konsum von Cannabis sowohl in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen als auch den 12- bis 17-Jährigen seit 1993 rückläufig (BZgA 2010).

Im Rahmen der letzten ESPAD Studie (siehe Kapitel 2.1) wurde erstmalig ein Screening-Instrument als optionales Modul eingesetzt, um Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis zu erfassen (Cannabis Abuse Screening Test, CAST; Legleye et al. 2007). Aufbauend auf einer Detailanalyse der deutschen ESPAD-Daten haben Piontek und Kollegen in einer kürzlich erschienenen Arbeit die Verbreitung und Einflussfaktoren cannabisbezogener Probleme bei Jugendlichen untersucht (Piontek et al. 2009)⁶⁷. Die am häufigsten berichteten Probleme, die mittels des CAST identifiziert wurden, waren bereits von Freunden oder Familienangehörigen erfolgte Ratschläge, den Konsum zu reduzieren (31,7%) und Gedächtnisprobleme (27,6%). Auch Probleme aufgrund des Konsums (20,8%), der Cannabiskonsum am Vormittag (16,8%) oder erfolglose Reduktionsversuche (13,8%) und Konsum, wenn die Jugendlichen alleine waren (10,7%) wurden vergleichsweise häufig genannt. Insgesamt ergab sich für etwa jeden zehnten Jugendlichen, der im letzten Jahr Cannabis genommen hatte, ein Hochrisikokonsum. Im Vergleich zu einer ersten internationalen Analyse der ESPAD-Daten aus 17 Ländern scheint Deutschland damit am unteren Ende der Skala zu liegen.

⁶⁶ Problem Drug Use.

⁶⁷ Dazu wurden Daten von 1.933 aktuellen Cannabiskonsumenten aus der europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD) analysiert. Die cannabisbezogenen Probleme wurden mit dem Cannabis Abuse Screening Test (CAST) erfasst. Ausgehend von der ursprünglichen Gesamtstichprobe (N=12.448) wurden für die vorliegenden Analysen nur Schüler berücksichtigt, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten (N=1.933, 15,5%). Der für die Erfassung cannabisbezogener Probleme verwendete CAST erfasst sechs Indikatoren des problematischen Konsums, die u.a. erfassen, ob Cannabis bereits am Vormittag geraucht wurde oder ob bereits Gedächtnisprobleme aufgetreten sind. Basierend auf der Bildung eines Summenscores über alle sechs Items zielt der CAST letztendlich auf eine Unterteilung in risikoarme und Hochrisiko-Konsumenten.

Auch wenn die Mehrheit der Jugendlichen angab, die erfragten Probleme im letzten Jahr nie erlebt zu haben, berichtete doch etwa jeder Dritte von Interventionen der Familie oder Freunden sowie von Gedächtnisproblemen. Letzteres deckt sich mit internationalen Befunden, die belegen, dass kognitive Einschränkungen zu den konsistentesten Effekten schon moderaten Cannabiskonsums zählen. Insgesamt haben Jungen ein deutlich höheres Risiko für problematischen Konsum als die Mädchen. Wie auch eine Vielzahl anderer Studien bestätigt, scheinen Jungen generell ungünstigere Konsummuster aufzuweisen und mehr Probleme zu entwickeln. Zu den stärksten Prädiktoren des riskanten Konsums zählen der Zigarettenkonsum sowie andere Problemverhaltensweisen. Dies könnte nach Meinung der Autoren ein Indiz dafür sein, dass Cannabiskonsum häufig Teil eines komplexen allgemeinen Musters von Problemverhaltensweise ist, die in komplexer Weise interagieren und sich möglicherweise gegenseitig verstärken.

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

Andere Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In Ergänzung zu den bereits berichteten Daten aus Wiederholungserhebungen werden nachstehend noch ausgewählte Ergebnisse aus aktuellen Studien berichtet, die z.B. Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen problematischem, riskantem oder regelmäßigem Konsum und der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen beinhalten. Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist besonders bemerkenswert, dass sich relativ große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis und Nikotin beobachtet (im Vergleich zu Alkohol). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008b). Behrendt und Kollegen (2009) konnten neben Cannabis auch für Alkohol und Nikotin zeigen, dass ein früherer Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz im Vergleich zu einem späteren Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit verbunden ist. Dabei ist der Konsum von Cannabis aber kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bestehen. Auch Alkoholabhängigkeit und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für die Stabilität des Cannabiskonsums bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt (Perkonigg et al. 2008a).

Noack und Kollegen (Noack et al. 2009) haben Zusammenhänge zwischen Merkmalen des Cannabiskonsums und DSM-IV Cannabisabhängigkeit untersucht⁶⁸. Einzelne spezifische

⁶⁸ Dazu wurden N=3.904 Studenten in einer querschnittlichen Interneterhebung befragt.

Merkmale des Konsums sind hoch mit dem Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit assoziiert. Bei den untersuchten regelmäßigen Cannabiskonsumern (mindestens monatlicher Konsum in den letzten 12 Monaten) haben die Variablen Häufigkeit des Konsums allein also abseits sozialer Kontexte und Häufigkeit des Konsums an zeitigen Tagesabschnitten jeweils einen vergleichbar hohen Aufklärungswert für das Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit wie die Frequenz des Konsums. Die Konsumfrequenz ist Bestandteil anerkannter, häufig verwendeter Screening Instrumente der Cannabisabhängigkeit. Die Variable „Häufigkeit des Cannabisgebrauchs vor Einschlafen, bei nächtlichem Erwachen“ und die Verwendung der extremen Konsummethode „Wasserpfeife“ sind ebenfalls mit der Diagnose Abhängigkeit assoziiert. Diese Variablen leisten jedoch einen etwas geringeren Beitrag zur Aufklärung. Ein gemeinsames Modell von Konsummustern hat nach Ansicht der Autoren einen sehr viel höheren Aufklärungswert als die Konsumfrequenz allein. Die Assoziation verschiedener Variablen eines Konsumverhaltens mit Cannabisabhängigkeit neben der Frequenz des Gebrauchs lassen sich also nicht als parallel verlaufende Zusammenhänge interpretieren, sie klären demnach zusätzliche Anteile der Varianz der Cannabisabhängigkeit auf. Nach Einschätzung der Autoren kann eine differenzierte Erhebung von Gebrauchsmustern eines gewöhnlichen Kontextes des Konsums von Cannabis bei Prävention oder Frühintervention einen bedeutsamen Beitrag zur verlässlicheren Bestimmung von Hochrisiko-Personen leisten.

4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von 700.000 (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (Kraus & Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 zufolge weisen nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (Watzl et al. 1991) knapp 5% aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf. Trotz der hohen Prävalenzen einer Medikamentenabhängigkeit wird die oft als "stille Sucht" bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata 2005). Arzneimittelabhängigkeit betrifft häufig ältere Menschen (Ruhwinkel 2009) und Frauen (Simoni-Wastila et al. 2004). Darüber hinaus stellen Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen mit substanzbezogenen Störungen wichtige Risikogruppen für die Entwicklung von Störungen aufgrund des Konsums von Arzneimitteln dar. So haben Opioidabhängige z.B. einen erleichterten Zugang zum Schwarzmarkt und weisen eine größere Tendenz auf, Arzneimittel als Wirkungsmodulatoren für Drogen zu missbrauchen (Küfner & Rösner 2008).

Auch wenn insbesondere Störungen aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen kein neues Thema sind, befinden sich Benzodiazepin-Abhängige - wie auch Personen mit anderen Medikamentenabhängigkeiten - nur selten in suchtmedizinischer Behandlung. Holzbach (2008) nimmt als Ursachen für die bundesweit geringe Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen durch Arzneimittelabhängige die fehlende Abwägung zwischen den Vor- und

Nachteilen einer Langzeitbehandlung und die Überschätzung der Belastung durch den Entzug an. Medikamentenabhängige stellen eine eigenständige Gruppe innerhalb der Suchtpatienten dar, da es sowohl in der Krankheitsentstehung als auch in der Krankheitsverarbeitung Unterschiede z.B. zu alkoholabhängigen Patienten gibt. So bleibt die Abhängigkeit aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen z.B. häufig wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

Auch Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So steigen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich an (Böger & Schmidt 2008). Aber auch die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente (vor allem: Opioide/Analgetika) zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger & Schmidt 2008), so dass – auch auf dem Schwarzmarkt – von einer erhöhten Verfügbarkeit dieser Arzneimittelgruppen ausgegangen werden muss.

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

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

Nach der schwerpunktmäßigen Analyse von Antidepressiva und missbrauchter Substitutionsmittel in den Vorjahren stand bei der Jahresauswertung von PHAR-MON 2008 der Missbrauch von Analgetika im Mittelpunkt.

Unter den verkauften Arzneimitteln in Deutschland stehen seit Jahren Schmerzmittel (Analgetika) bei weitem an der Spitze der Verkaufsliste (Glaeske 2010). Von den 156 Millionen

Verpackungen mit Schmerzmitteln (von insgesamt 1.570 Millionen Arzneimitteln) wurden 81% rezeptfrei verkauft. Frei verkäufliche Kombinationspräparate (z.B. Acetylsalicylsäure und/oder Paracetamol in Verbindung mit Koffein) erweisen sich in diesem Zusammenhang als besonders problematisch. Als Folge der Einnahme kann es verstärkt zu Entzugskopfschmerzen, einem starken Verlangen nach erneuter Einnahme und weiteren Nebenwirkungen kommen. Langzeitwirkungen von Analgetika betreffen vor allem das gastrointestinale System, das hämatopoetische System sowie die Nierenfunktionen.

Im Unterschied zu den Narkotika, die auch eine schmerzreduzierende Wirkung aufweisen, bleibt bei den Analgetika das Bewusstsein erhalten. Man unterscheidet generell zentralnervös und peripher wirksame Analgetika. Üblicherweise erfolgt eine Einteilung in Opioid-Analgetika (wie Morphin, Fentanyl, oder Methadon) und nicht-Opioide, die auch als chemisch definierte Analgetika bezeichnet werden. Diese werden weiter in drei Untergruppen differenziert: (1) saure antiphlogistische (entzündungshemmende) und antipyretische (fiebersenkende) Analgetika (z.B. Acetylsalicylsäure), (2) nicht-saure antipyretische Analgetika (z.B. Paracetamol) und (3) nicht-opioide Analgetika ohne antiphlogistische und antipyretische Wirkung.

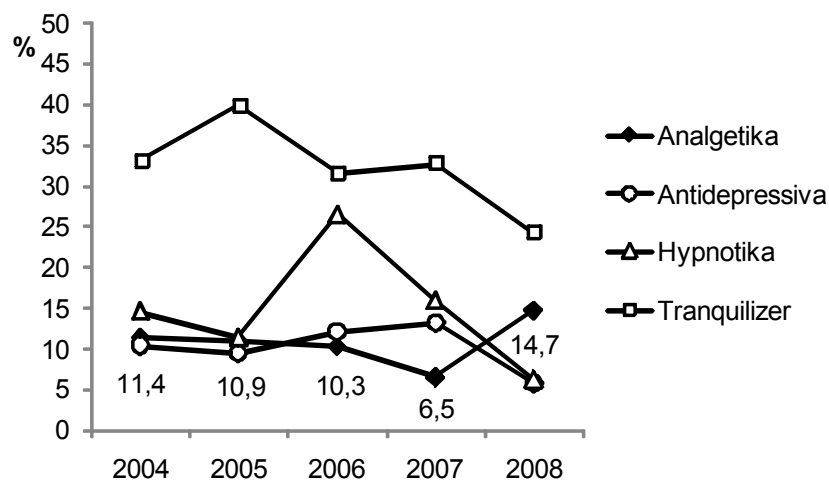
Von den insgesamt in Phar-Mon N=326 Nennungen missbrauchter Arzneimittel im Jahr 2008 gehören N=48 in die Gruppe der Analgetika (14,7%). Damit wurden in der Patientengruppe mit Suchtstörungen in Beratungsstellen lediglich Substitutionsmittel (42,9%) und Tranquilizer (24,2%) noch häufiger missbraucht als Schmerzmittel. Unter den Opioid-Analgetika (7,7%) waren Tilidin (2,5%) und Tramadol (2,8%) die am häufigsten missbrauchten Arzneimittel, bei den chemisch definierten Analgetika (7,1%) wurden Paracetamol (2,1%) und Acetylsalicylsäure (1,8%) am häufigsten genannt. Eine weitergehende Differenzierung von Untergruppen, wie oben dargestellt, wurde wegen der geringen Häufigkeiten nicht vorgenommen.

Analysiert man den Missbrauch von Analgetika innerhalb der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen, zeigt sich folgendes Bild: Innerhalb der Gruppe der Personen mit primär Alkoholbezogenen Störungen gehören 22,0% der missbrauchten Arzneimittel zu der Analgetika Gruppe, unter den Opioidkonsumenten sind es 6,1% (wenn Substitutionsmittel als eigene Gruppe definiert werden) und unter den Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika beziehen sich 30,3% der Nennungen auf Analgetika. Offensichtlich sind in der Gruppe mit Opioid-bezogenen Störungen Analgetika (andere als die als Substitutionsmittel verwendeten Substanzen) im Vergleich zu anderen Wirkstoffgruppen (v.a. Tranquilizern) weniger attraktiv. In den anderen beiden Hauptdiagnosegruppen werden jeweils Tranquilizer am häufigsten missbraucht und danach folgt der Missbrauch von Analgetika.

Wichtigste Bezugsquelle für Analgetika war mehrheitlich eine ärztliche Verordnung (in 52,1% aller Fälle), in weitem Abstand gefolgt von einem rezeptfreien Bezug (12,5%). Der Schwarzmarkt als primäre Bezugsquelle wurde nur in 4,2% (v.a. durch Opioid-Konsumenten) der Fälle angegeben. Deutlich mehr als die Hälfte der Analgetika wurden täglich eingenommen (58,4%), in etwa einem Viertel der Fälle (26,9%) erfolgte eine Einnahme zwischen 10 und 25 Tagen (bezogen auf die letzten 30 Tage). Häufig wurden die Analgetika in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert (60,4%). Bezogen auf den Konsum von Analgetika wurden in der Phar-Mon Stichprobe bei 39,6% aller Missbrauchsnennungen drei oder mehr der

sechs Abhängigkeitskriterien nach ICD-10 erfüllt und können damit als Hinweis auf eine Abhängigkeit vom Schmerzmittel angesehen werden. Mehrheitlich wurden die Höchstdosis (54,2%) und die Einnahmedauer (52,1%) überschritten. In etwas weniger als der Hälfte der Fälle (47,9%) wurde eine Zweckentfremdung des Medikaments angegeben und in einem Drittel der Fälle (33,3%) wurden körperliche oder psychische Schäden festgestellt.

Hinsichtlich der Einnahmegründe stand wie zu erwarten die Schmerzreduktion der Nennungen an der Spitze (bei 62,2%), danach folgten die Einnahmegründe „Vermeidung von Entzugerscheinungen“ (37,8%), „Sedierung“ (31,1%), „Anregung“ (22,2%) und „Euphorisierung“ (20,0%). Bei jeweils über 10% wurden die Einnahmegründe „Stimmungsaufhellung“ (17,8%), „Leistungssteigerung“ (15,6%) und „Angstreduzierung“ (11,1%) genannt.



IFT; eigene Berechnungen.

Abbildung 4.1 Anteile missbrauchter Arzneimittelgruppen in Phar-Mon (2004-2008)

Abbildung 4.1 zeigt für den Zeitraum 2004-2008 die Anteile der fünf am häufigsten in Phar-Mon als missbraucht genannten Arzneimittelgruppen. 2008 kam es beim Missbrauch von Analgetika (ohne Substitutionsmittel) zu einem deutlichen Anstieg der Missbrauchsnennungen. Ihr Anteil stieg von 6,5% im Jahr 2007 auf 14,7% im Jahr 2008, das ist ein Anstieg um 126%. Innerhalb der Gruppe der Analgetika hat sich der Anteil der Opioid-Analgetika um einen Prozentpunkt von 6,4% auf 7,4% erhöht und der Anteil der nicht Opioidanalgetika ist von 5,0% im Jahr 2004 auf 7,4% im Jahr 2008 angestiegen. Dieser Anstieg geht primär auf Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol oder Sedativa/Hypnotika zurück.

Andere aktuelle Entwicklungen

In einem vor Kurzem erschienenen Beitrag setzt sich Soyka (2009) mit dem zunehmend propagierten Einsatz von Pharmaka zur Leistungssteigerung bei Gesunden („Neuro-Enhancement“) auseinander. Eine ganze Reihe von Substanzen (einschließlich Psychostimulanzien) wird in diesem Zusammenhang zur Leistungssteigerung vorgeschlagen. Aktuelle Daten einer Erhebung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) weisen darauf hin, dass bereits heute viele gesunde Arbeitnehmer Medikamente einnehmen, um im Beruf leis-

tungsfähig zu bleiben. Einer Studie der DAK unter etwa 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren zufolge haben 17% der Befragten bereits mindestens einmal selbst schon Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder der psychischen Befindlichkeiten eingenommen (DAK Forschung 2009). Soyka weist auf eine ganze Reihe von ethischen Implikationen hin, die aus Forschungsansätzen resultieren, die jeden Bereich menschlichen Zusammenlebens pharmakologisch optimierbar betrachten. Auch Normann und Kollegen (Normann et al. 2009) setzten sich kritisch mit dem Thema Neuro-Enhancement auseinander und betonen, dass bisher bei einem Großteil der Medikamente weder die Wirkungen noch die Risiken wirklich gut bekannt und nachgewiesen seien. Unklar bleiben nach Einschätzung der Autoren auch die unter dem Begriff der „Verbesserung“ kognitiver und emotionaler Leistungen und Zustände angestrebten Wirkungen und Effekte. Förstl (Förstl 2009) weist auf die Prinzipien ethischer Vorbehalte gegen eine „unnatürliche“ Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit hin, die aus einem Druck zur Einnahme von leistungssteigernden Medikamenten in Beruf und Freizeit resultieren können und thematisiert mögliche aus dem Konsum resultierenden Defizite in anderen Leistungs- und Motivationsbereichen (beim Einzelnen und auch für die Gesellschaft), weitgehend unklare Langzeitfolgen und Langzeitstörungen, mögliche Rebound-Effekte und denkbare neuropsychiatrische Konsequenzen.

5 Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

5.1 Überblick

Behandlungsphasen

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

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

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

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

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

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

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

Datenquellen

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

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e) auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2009: N=779; 2008: N=753) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden. Seit dem Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue KDS (DHS 2008) verwendet. Aufgrund einiger Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen KDS sollten die Ergebnisse der Auswertungen der DSHS für ambulante und stationäre Einrichtungen der Berichtsjahre ab 2007 nur zurückhaltend in Beziehung zu den Daten der Vorjahre gesetzt werden (zur Einführung des neuen KDS siehe auch: REITOX-Bericht 2008, Kapitel 4.3). Der „Treatment Demand Indicator (TDI)“ der EBDD ist im KDS integriert. Unschärfen zwischen TDI und KDS ergeben sich aber nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der ICD-10, die Analysen auf Substanzebene z.T. erschwert oder nicht möglich macht.

Auch für den stationären Bereich existieren umfangreiche Statistiken aus der DSHS. An der Bundesauswertung 2009 der DSHS beteiligten sich N=157 (2008: N=131) Einrichtungen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009).

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

- Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009a) vorliegen, erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie erfasst neben der behandlungsleitenden Diagnose auch Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der DSHS. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation, erlaubt aber eine Differenzierung der Zahl der Fälle analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Eine umfassende Statistik zur Behandlung der in Krankenhäusern behandelten Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Es existieren aber z.B. für psychiatrische Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemeine Standards zur Dokumentation, die auch Informationen zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen beinhalten. Eine systematische Analyse zur Überführung dieser Informationen in den Standard des KDS liegt bislang nicht vor.
- Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden (DRV 2010). Dabei entfällt jedoch der Teil der sta-

tionären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.

Die Verteilungen dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten der DRV berücksichtigt.

- Informationen über OST in Deutschland werden seit dem 01. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung soll nicht in diesem Register erfasst werden. Für 2009 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.
- Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden. Da die Auswertungen dabei teilweise auf den Originaldaten beruhen und eine weitgehend vollständige Erhebung ganzer Regionen beinhalten, stellen sie bei der Beschreibung der Situation eine wertvolle Ergänzung der nationalen Statistiken dar.

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

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

5.2 Strategie, Politik

In Deutschland existieren laut Analyse der aktuellen Länderkurzberichte 2008⁶⁹ (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009) knapp 1.300 spezialisierte ambulante Suchtberatungsstellen, in denen vorrangig substanzbezogene Störungen behandelt werden⁷⁰. In etwa 300 spezialisierten Krankenhausabteilungen stehen knapp 8.800 Betten für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung, in mehr als 110 Einrichtungen (>2.030 Plätze) wird ein qualifizierter Entzug (OPS 8-985) durchgeführt. Mindestens 311 Einrichtungen (>13.165 Plätze) bieten stationäre, mindestens 109 Einrichtungen (>1.062 Plätze) teilstationäre (auch: ganztägig

⁶⁹ Bei den Länderkurzberichten handelt es sich um eine Erhebung unter den Bundesländern zur Anzahl der Suchtkranken und zum Hilfeangebot in den jeweiligen Bundesländern, die von der DBDD durchgeführt wird. Im Vergleich zur letzten Erhebung (2004) wurden einige Kategorien entfernt und andere zusammengefasst, so dass Vergleiche über die Zeit nur eingeschränkt möglich sind. Für das Berichtsjahr 2008 liegen Datensätze für 15 der 16 Bundesländer vor.

⁷⁰ Dabei handelt es sich um eine Schätzung der Gesamtzahl der ambulanten psychosozialen Beratungsstellen, unter denen Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen.

ambulante oder tagesklinische) Rehabilitationsmaßnahmen an (einschließlich Alkohol und andere Substanzen). Diese Angebote werden um mindestens 126 Adaptionseinrichtungen (>1.292 Plätze), 261 stationäre (>11.026 Plätze) und 139 teilstationäre (>1.832 Plätze) Einrichtungen der Sozialtherapie, sowie Angebote des ambulant betreuten Wohnens (in mindestens 840 Einrichtungen; >10.257 Plätze) und 232 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (>3.342 Plätze) ergänzt (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009). Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Die DBDD hat mit Unterstützung des Bundes, der Länder und der Verbände ein zentrales Register aller Suchthilfeinrichtungen in Deutschland aufgebaut, das erstmalig einen nahezu vollständigen Überblick über alle bestehenden (Fach-)Angebote liefert und sich an der Klassifikation des Deutschen Kerndatensatzes (DHS 2008) orientiert (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009).

Eine erste Beispielauswertung des Registers (auf Basis der Daten für 2008) zur Vermittlung der methodischen Herangehensweise wurde den zuständigen Fachgremien Anfang 2010 vorgestellt. Die Berechnung der Erreichungsquote der DSHS auf Basis des Einrichtungsregisters wird erstmalig für den Dokumentationsjahrgang 2009 zur Anwendung kommen⁷¹. Zwischen dem Einrichtungsregister und den Angaben der Bundesländer im Rahmen der Länderkurzberichte besteht eine weitgehende Übereinstimmung, Abweichungen ergeben sich z.T. noch aus unterschiedlichen Definitionen für Einrichtungen und Einrichtungstypen.

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

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

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

⁷¹ Bereits in Kapitel 4 wurde die Gesamtzahl ambulanter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Institutsambulanzen aus dem Register (N=1.332) als Referenzgröße für die Schätzverfahren zugrunde gelegt.

Die psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland stellen einen wesentlichen Teil der stationären und ambulanten Behandlung Suchtkranker sicher. Dem Modell der qualifizierten Entzugsbehandlung folgend werden Patienten neben der körperlichen Entgiftung durch geeignete Maßnahmen für weiterführende Behandlungen motiviert. Darüber hinaus weisen viele Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie auch Spezialstationen zum qualifizierten Heroinentzug auf. Nach im Rahmen der „Personalverordnung Psychiatrie“ erhobenen Daten (2006: 247 Kliniken und Abteilungen mit rund 42.000 Betten) beträgt der Anteil (aller) Suchtkranker stabil 18%. Seit langer Zeit ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes in zunehmend intensivere Behandlungsformen zu verzeichnen. Die ambulante Betreuung von Suchtpatienten in psychiatrischen Einrichtungen wurde vor allem durch die Etablierung der psychiatrischen Institutsambulanzen mit Behandlungsauftrag für Suchtpatienten stark ausgebaut. In 414 psychiatrischen Institutsambulanzen werden ca. 650.000 Behandlungen pro Jahr durchgeführt, 12% davon sind Suchtkranke. Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen Beratungsstellen und den stationären ambulanten Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen. In einigen Bundesländern, wie z.B. in Baden-Württemberg, gibt es inzwischen fest etablierte kommunale Suchthilfenetze.

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

5.3 Behandlungssystem

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist – wie oben beschrieben - sehr ausdifferenziert und reicht von Institutionen, die erste niedrigschwellige Kontakte anbieten, über Beratungsangebote bis hin zu intensiver Betreuung und Therapie in spezialisierten stationären Einrichtungen und ein weithin verfügbares Angebot von OST. Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt aber nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Ebene der Bundesländer oder Kommunen.

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

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

5.3.1 Organisation und Qualitätssicherung

Organisation

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

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

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

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

Seit 2001 ist auch die substitutionsgestützte Behandlung detailliert im Betäubungsmittelrecht

geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt. Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren Teil der Standardbehandlung von Opioidabhängigen, mit der eine große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird und hat in zahlreichen Studien ihren Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Gerlach und Stöver (2005) geben einen guten Überblick über den Stand der Substitution in Deutschland. Die vor kurzem veröffentlichten Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (2008a) unterstreichen erneut die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von OST mit Methadon und Buprenorphin und weisen eine Haltequote der Patienten in OST aus, die vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien ist. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opioide und Kokain) ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung handelt es sich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist.

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

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmmedizinische Qualifikation vorweisen. Falls sie diese nicht besitzen, können sie im Rahmen einer Konsiliarregelung maximal drei Patienten behandeln. Einzelne stationäre Einrichtungen nehmen inzwischen auch Patienten zur OST auf.

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

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

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

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

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

Qualitätssicherung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11). Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so - unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen - dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al. 2002), für die postakute Behandlung von Opioidabhängigen (Havemann-Reinicke et al. 2006), für Patienten mit Cannabis bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2006) sowie für Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004) publiziert. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

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

Außerdem wurde 2010 die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.

(DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010) (s.a. Kapitel 7.3).

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

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

Neben dem Ausbau der Darstellung der Prozessqualität durch dokumentierte Leistungsdaten und der Bewertung der Qualität von Suchthilfeeinrichtungen werden die qualitätssichernden Aktivitäten der Rentenversicherung (RV) sich zukünftig in verstärktem Maße der Ergebnisqualität widmen (Beckmann et al. 2009a). Es soll geprüft werden, inwieweit die routinemäßig erfassten Daten zum sozialmedizinischen Verlauf auch für Einrichtungsvergleiche genutzt werden können. Als weiteren Entwicklungsbereich für die nächsten Monate und Jahre benennt Beckmann die verstärkte Integration von Qualitätssicherung in ambulanten Versorgungsbereichen. Beckmann sieht in den qualitätssichernden Maßnahmen einen Beitrag zur Optimierung der medizinischen Rehabilitation und zur Verringerung der problematischen Varianz der Rehabilitationseinrichtungen. Die Ergebnisse der Berichterstattung aus den Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen zukünftig noch handlungsorientierter für die Adressaten in den Rehabilitationseinrichtungen und bei den Rentenversicherungsträgern gestaltet werden.

5.3.2 Verfügbarkeit und Behandlungsformen

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Eine ausführliche Darstellung der grundsätzlich verfügbaren Behandlungsformen ist bereits weiter oben

erfolgt (siehe Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3.1) und wird hier nicht wiederholt. Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern durchaus Unterschiede. So existieren z.B. nicht in allen Bundesländern Konsumräume als Element schadensminimierender Angebote. Darüber hinaus gibt es immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit Substitutionswunsch in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern, vgl. dazu auch Kapitel 5.5.2) zu gewährleisten.

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

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

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

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

von Behandlung umfasst verschiedene Interventionsformen auf sehr unterschiedlichen Gebieten und benennt die gleichberechtigten Zielvorstellungen der Reduktion bzw. Beendigung des jeweiligen Substanzkonsums sowie die Bekämpfung der assoziierten Probleme. Ein solches Interventionsverständnis ist auf die Behandlung aller substanzbezogenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen übertragbar (DHS 2001).

Vor dem Hintergrund deutlich wachsender Prävalenzen des Cannabiskonsums insbesondere Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts (bis etwa 2003) wurden eine Reihe von Studien und Projekten angestoßen, die sich mit der Entwicklung spezifischer Interventionskonzepte für Cannabiskonsumenden unter verschiedenen Rahmenbedingungen befasst haben. Zahlreiche dieser Projekte (z.B. „realize it!“⁷², INCANT⁷³, CANDIS⁷⁴, CAN stop⁷⁵, AVerCa⁷⁶ oder „Quit the shit“⁷⁷) wurden in den REITOX-Berichten der vergangenen Jahre vorgestellt. Auch wenn diesen Projekten gemeinsam ist, dass der (problematische) Cannabiskonsum Ausgang für die Intervention darstellt, handelt es sich im einzelnen z.T. um sehr komplexe Programme, die in ihren Zielsetzungen weit über die Zielsetzung der Abstinenz oder des reduzierten Konsums hinausgehen.

Auch beim Bundesmodellprojekt zur heroingestützten Behandlung⁷⁸, das sich an die Gruppe schwerstabhängiger Opioidkonsumenten gewandt hat, handelt es sich um die Entwicklung einer Intervention, die sich primär über die störungsrelevante Hauptsubstanz definiert, wobei auch dieses Projekt mit einem ganzen Bündel psychosozialer und gesundheitlicher Interventionen verbunden war.

Auch wenn bislang für andere Substanzgruppen (z.B. Stimulantien, Kokain, LSD) nicht in vergleichbarem Umfang spezifische aktuelle Interventionsstudien vorliegen, wird in den Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe auch diesen Konsumenten ein professionelles und fundiertes Angebot zur Unterstützung gemacht. So existieren Behandlungsleitlinien nicht nur für opioid- und cannabisbezogene Störungen sondern auch für psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (siehe dazu auch das diesjährige Sonderkapitel zu Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien, Kapitel 11). Nachfolgend werden Ergebnisse aktueller (Interventions-)Studien berichtet, die thematisch gegliedert sind und einen Überblick über aktuelle Entwicklungen im Behandlungsbereich geben sollen. Strukturierungsmerkmal der Darstellung ist dabei nicht nur die im Vordergrund der Intervention stehenden Substanzen sondern auch bestimmte Zielgruppen, die unabhängig von der im Einzelnen konsumierten Substanz spezifischer Interventionen bedürfen.

⁷² www.realize-it.org/

⁷³ www.incant.eu

⁷⁴ www.candis-projekt.de/

⁷⁵ www.canstop.med.uni-rostock.de/

⁷⁶ www.averca.de/

⁷⁷ www.drugcom.de/

⁷⁸ www.heroinstudie.de/

Interventionen für Cannabiskonsumenten

Thomasius und Kollegen (2009b) gehen trotz der vorliegenden Hinweise auf eine Trendwende in der Prävalenz des Cannabiskonsums Jugendlicher (siehe dazu auch Kapitel 2) davon aus, dass die Klientenzahlen aufgrund Cannabis-bezogener Störungen auch in den nächsten Jahren wahrscheinlich weiter wachsen werden. Nach Ansicht der Autoren konnte das in der jüngeren Vergangenheit festgestellte rapide Anwachsen der Klientenzahl mit Cannabis bezogenen Störungen nicht ausschließlich aus einer nur annähernd vergleichbar starken Zahl an Intensivkonsumenten erklärt werden. Die Behandlungseinrichtungen sollten sich somit auf einen weiterhin zunehmende Zahl an insbesondere männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen einrichten, die eine entsprechende Behandlung nachfragen.

2009 wurde der Abschlussbericht des Projektes "Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen „CANDIS“ in das ambulante deutsche Suchthilfesystem (CANDIS II)" vorgelegt (Hoch et al. 2010). CANDIS ist ein modulares Entwöhnungsprogramm für Jugendliche (≥ 16 Jahre) und Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum⁷⁹ (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre). Im Rahmen von CANDIS II sollte überprüft werden, ob der Ansatz auch im Setting der ambulanten Suchtkrankenhilfe anwendbar und effektiv ist. Elf Suchthilfeeinrichtungen aus zehn Städten wurden zur Teilnahme an CANDIS II nach definierten, inhaltlichen Kriterien ausgewählt.

Um die Effektivität der CANDIS-Therapie unter realen Praxisbedingungen zu erproben, wurde eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Die Studienteilnehmer mit problematischem Cannabiskonsum wurden per Zufallsprinzip entweder der aktiven Studienbedingung (Standardisierte Einzeltherapie, ST) oder der Wartekontrollgruppe (WKG) zugeordnet⁸⁰. Als primäre Ergebnisvariable wurde "Abstinenz" festgelegt, als

⁷⁹ CANDIS basiert auf den Komponenten der Motivationssteigerung, der kognitiv-behavioralen Therapie sowie einem psychosozialen Problemlösetraining. Die Therapie beinhaltet 10 Sitzungen Einzeltherapie, die sich über einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen erstrecken. Sie wurde in den Jahren 2004 bis 2007 am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden entwickelt und in einer randomisiert-kontrollierten Studie erfolgreich erprobt.

⁸⁰ Während der 12-monatigen Rekrutierungsphase von Mai 2008 bis April 2009 wurden in den bundesweit 11 ambulanten Suchthilfezentren $n=662$ Patienten auf eine potentielle Teilnahme an der CANDIS-Studie angesprochen. Insgesamt $n=130$ Teilnehmer wurden zur Wartekontrollgruppe gelost (Ziel: $n=150$), $n=149$ (Ziel: $n=150$) zur aktiven Therapiegruppe. Von allen Patienten der Wartekontrollgruppe nahmen $n=106$ nach einer Wartezeit von 8 Wochen an der Standardisierten Einzeltherapie (ST) teil. Die Stichprobengröße der Therapieteilnehmer beträgt somit $n=255$ Patienten. $N=166$ der Teilnehmer beendeten die Therapie (Haltequote: 65%). In den 3-Monats-Katamnesen lagen 80 Urinscreenings vor (Ausschöpfungsrate: 48%) und 135 Patientenbefragungen (Ausschöpfungsrate: 81%). In den 6-Monats-Katamnesen lagen 54 Urinscreenings vor (Ausschöpfungsrate: 32%) und 96 Patientenbefragungen (Ausschöpfungsrate: 58%). Die Teilnehmer der CANDIS-Studie waren überwiegend männlich (86,8%) und durchschnittlich 26,3 Jahre alt (Range: 16 – 63 Jahre). Zu Therapiebeginn erfüllten 88% der Studienteilnehmer die Lebenszeit-Diagnosekriterien (ICD-10) einer Cannabisabhängigkeit, 12% die von Cannabismisbrauch. 55,6% erfüllten die Abhängigkeitskriterien im Zeitraum der letzten 4 Wochen. Bei den Patienten handelt es sich insgesamt um schwere Cannabiskonsumenten. Der Cannabisgebrauch lag bei 21 Konsumeinheiten in der letzten Woche. Regelmäßiger Konsum anderer illegaler Drogen ist zwar im Lebenszeitraum verbreitet (64%), aktuell aber weniger (10%).

sekundäre "Konsumreduktion in den letzten 28 Tagen"⁸¹. Die ITT-Analyse zeigte, dass in der aktiven Therapiebedingung signifikant höhere Abstinenzraten vorlagen als in der Wartekontrollbedingung (ST: 53,3%; WKG: 25,4%)⁸². Auch die Anzahl der Konsumeinheiten pro Konsumtag (Prä: 6,1; Post: 3,5)⁸³ und der Anteil der Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose in den letzten 4 Wochen reduzierten sich (Prä: 55,6%; Post: 12,7%). Bei den 6-Monats-Katamnesen waren 69% der vorliegenden Urinscreenings (n=54) negativ.

Der Transfer der CANDIS-Therapie in die ambulante Suchthilfe wurde durch eine Prozess-evaluation (Fragebogenerhebung unter allen Studientherapeuten) dokumentiert. Dabei wurden folgende Barrieren beim Programm-Transfer am häufigsten genannt: a.) Manualisierte Therapie ist aufgrund von Mangel an zeitlichen Spielräumen und hoher Arbeitsbelastung bei komplexer Klientenproblematik schwierig. b.) Vorurteile der Kollegen gegenüber manualisierter Therapie, c.) Mangelnde Kooperation mit regionalen Diensten. Als Transfer förderliche Faktoren wurden genannt: a.) Das manualisierte Vorgehen schafft eine klare Struktur, ein inhaltliches Konzept und Dokumentationshilfen in der Behandlung, b.) Geklärte Kostenübernahme des Programms, c.) Schulungen zur Vermittlung von Inhalten und Aufbau von Kompetenzen und regelmäßige Fallbesprechungen. Chancen wurden insbesondere in einer Erweiterung des bestehenden Behandlungsangebots sowie im Erreichen von neuen Patientengruppen gesehen.

Dau und Kollegen (2009) haben ein speziell für junge Erwachsene mit Cannabis- und Partydrogenkonsum entwickeltes stationäres Behandlungsprogramm untersucht. Insbesondere wurde der Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Konsumentengruppe nachgegangen, sowie überprüft, ob ein gemeinsames Behandlungsangebot für beide Konsumentengruppen sinnvoll ist. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass gemeinsame Behandlungsangebote für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten sinnvoll sind. Die Angebote können und sollten sich primär an der Lebensphase der jungen Erwachsenen und Jugendlichen orientieren, in denen Angst und interpersonale Konflikte die zentralen Themen für die therapeutische Behandlung darstellen. Die Autoren weisen darauf hin, dass auch rechtliche und familiäre Probleme in der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen.

Im Jahr 2003 haben sich fünf europäische Länder darauf verständigt, im Rahmen der INCANT-Studie die Wirksamkeit der in den USA etablierten Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) für jugendliche Cannabiskonsumenten im europäischen Raum wissenschaftlich zu überprüfen (siehe dazu auch die REITOX-Berichte der vergangenen Jahre). Die

⁸¹ Die Ergebnisdokumentation erfolgte durch die Studientherapeuten im Erstgespräch vor Therapiebeginn, in den Sitzungen 1 bis 10, im Abschlussgespräch sowie in den Katamnesen drei und sechs Monate nach Behandlungsende.

⁸² Bei den Beendern (N=166) lag die Abstinenzrate bei 63,9%. Bei nicht abstinenten Patienten lag zu Therapieende eine hochsignifikante Reduktion der Konsumtage in den letzten 4 Wochen vor (Prä: 17,7; Post: 6,3).

⁸³ Dass sich die Schwere des Cannabiskonsums in der vorliegenden behandelten Stichprobe deutlich reduzierte, konnte auch durch andere in der Studie verwendete Instrumente belegt werden: Z.B. "Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT)" von Bashford et al. (in prep.); "Cannabis Problem Questionnaire (CPQ)" von Copeland et al. (2005).

INCANT Behandlungsstudie ist eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie die in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland durchgeführt wurde.

Studienstandort in Deutschland war der „Therapieladen“ in Berlin⁸⁴. Für die in Berlin behandelten Jugendlichen/Familien erwies sich die Studienintervention (MDFT) bezogen auf die Primärhypothese (Reduktion des Cannabiskonsums) als der Kontrollbedingung signifikant überlegen (Therapieladen Berlin, persönliche Mitteilung 2010). Ebenso konnte eine signifikant höhere Haltequote sowie eine höhere subjektive Zufriedenheit der beteiligten Eltern unter MDFT ermittelt werden. Hinsichtlich komorbider psychosozialer Belastungen der Jugendlichen konnte in beiden Behandlungsgruppen gleichermaßen eine Verbesserung der Symptomatik erzielt werden. Soziodemographische Klientenmerkmale zeigen, dass in der INCANT Studie in Berlin eine sehr junge und psychisch hoch belastete Zielgruppe erreicht wurde (Durchschnittsalter 16,2 Jahre), wobei Jugendliche und Familien aus sozial schwachen und bildungsarmen Milieus in der Berliner Stichprobe die Hauptgruppe bilden. Die vielversprechenden bisherigen Trends zeigen, dass mit dem intensiven systemischen MDFT Therapieansatz eine sehr junge, schwach motivierte und psychosozial hochbelastete Klientengruppe erfolgreich ambulant behandelt werden kann.

Basierend auf den (Berliner) Ergebnissen der INCANT-Studie kommen Gantner und Spohr (2010) aber auch zu dem Schluss, dass der Transfer von MDFT in die suchtttherapeutische bzw. jugend- und familientherapeutische Praxis die beteiligten Institutionen und Hilfesysteme sowie die einzelnen Therapeuten vor spezifische Herausforderungen stellt. Aus Sicht der Autoren ist ein wesentlicher Faktor, der dabei eine Rolle spielt, die bis heute in Deutschland für systemische bzw. familientherapeutische Behandlungskonzepte fehlende Anerkennung als Sucht- oder Psychotherapieverfahren und die daraus resultierenden Schwierigkeiten in der Einbeziehung von Eltern und anderen relevanten Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit. Auch Schnittstellenprobleme zwischen den Hilfesystemen Jugendhilfe, Suchthilfe und Jugendpsychiatrie werden von den Autoren als hinderlich genannt.

Interventionen im Kindes- und Jugendalter und bei jungen Erwachsenen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen sind neben den körperlichen und psychischen Auswirkungen und Folgen des Substanzmissbrauchs alle Funktionsstörungen, Entwicklungsstörungen und komorbiden psychischen Stö-

⁸⁴ Zur Überprüfung der Untersuchungsfragen wurde die in den USA entwickelte Multidimensionale Familientherapie (MDFT) mit einem Therapieverfahren verglichen, das in seinen Grundzügen seit mehreren Jahren im Therapieladen im Rahmen eines ambulanten jugendsuchtspezifischen Therapieangebotes angewandt wird. Die Rekrutierung der Jugendlichen/Familien in Deutschland erfolgte im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2009. Nach einem Baseline-Screening wurden in Berlin insgesamt N=120 Jugendliche/Familien über die zentrale Datenbasis der Erasmus Universität Rotterdam randomisiert und je n=60 den zwei Behandlungsbedingungen zugeordnet. Während und nach der Behandlung fanden 3-, 6-, 9- und 12- monatige follow up Untersuchungen statt. Die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung am Projektstandort in Berlin wurde von der delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH in Kooperation mit der Erasmus Universität (Rotterdam) gewährleistet. Aktuell (Sommer 2010) liegen nur Teilergebnisse aus der Berliner Stichprobe vor, so dass sich Ergebnisse und Effekte der MDFT im Rahmen der gesamten INCANT Studienpopulation noch verändern können bzw. subgruppenspezifisch differenzieren lassen. Endergebnisse der europäischen INCANT-Studie sind im Herbst 2010 zu erwarten.

rungen zu berücksichtigen (Thomasius 2009a). Dabei ist die Therapie störungs-, alters- und phasenspezifisch ausgerichtet. Insbesondere der Motivationsförderung in der initialen Kontaktphase kommt eine besondere Bedeutung zu. Auch Küstner und Kollegen (2009) weisen darauf hin, dass Maßnahmen der Frühintervention bei suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen familien-, entwicklungs- und störungsorientiert sein sollten. Reviews und Metaanalysen zeigen, dass familientherapeutische Ansätze in Bezug auf ihre Effektivität Einzelbehandlungen bzw. Peer-bezogenen Vorgehensweisen überlegen oder zumindest gleichwertig sind (zitiert nach: Küstner et al. 2009). So liegt die Haltequote, die in allen Suchtherapien als bester Indikator für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges angesehen wird, speziell in familientherapeutischen Behandlungen, die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen als Standard gelten, bei 70-90%, insgesamt werden für Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen international 60-65% Haltequote angegeben (zitiert nach: Sack et al. 2009).

Thomasius und Kollegen (2009a) weisen darauf hin, dass man neben einer häufig beklagten Schnittstellenproblematik an den Übergangsbereichen von behördlicher und institutioneller Zuständigkeit (Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, medizinische Versorgung) teilweise auch innerhalb einzelner Versorgungssysteme auf unzureichende Vernetzung stößt, so dass mögliche Synergien zum Teil ungenutzt bleiben. Darüber hinaus sei es wichtig, im gegliederten System der Suchthilfe die verschiedenen Leistungserbringer und Kostenträger in einen konstruktiven Dialog zu bringen. In vielen kommunalen Koordinationsstellen werden die Zuständigkeiten für Suchtgefährdung, seelisch kranke Kinder und Jugendliche sowie Familienfürsorge organisatorisch und inhaltlich voneinander abgegrenzt. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Zusammenführung dieser Ressourcen unbedingt erforderlich sei, damit Ansätze der Prävention und Frühintervention geplant, gelenkt und umgesetzt werden.

Vor kurzem wurden die Ergebnisse der Studie „Geschlechterspezifische Anforderung an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, vorgelegt⁸⁵ (Schu et al. 2009). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass in den Konzeptionen der befragten Einrichtungen Genderaspekte kaum berücksichtigt wurden und eine substantielle Verankerung des Genderthemas die Ausnahme darstellte. Laut Selbsteinschätzung arbeitet zudem nur etwa die Hälfte der Einrichtungen tatsächlich genderorientiert. Die Ergebnisse der Studie weisen auch auf eine mangelhafte Vernetzung suchtspezifischer Angebote für Jugendliche mit der (allgemeinen) Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auf unzureichende Sensibilitäten bezogen auf den Substanzkonsum Jugendlicher in Schule, Jugendeinrichtungen (Kinder- und Jugend) und ärztlicher Versorgung hin. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Gender-Kompetenz in der sozialen Arbeit ein zentrales Professionalitätsmerkmal darstellt und der Erwerb dieser Kenntnisse und Fähigkeiten bereits in den Grundausbildungen der Fachkräfte beginnen sollte. Die Einführung und Umsetzung von Gender

⁸⁵ Übergeordnetes Ziel der Studie war es, empirisch begründete Ideen für eine Verbesserung der Versorgungssituation von Jugendlichen mit suchtbefragten Problemen zu generieren. Dazu wurden N=126 von den Autoren befragt.

Mainstreaming wird als in die Verantwortung der Leitungskräfte fallende Verantwortlichkeit betrachtet. Besonderer Bedarf bestehe in der Entwicklung spezifischer Angebote für Jungen.

Wartberg und Kollegen (2009) haben vor Kurzem die Ergebnisse einer komplexen kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychotherapeutischen Behandlung auf Spezialstationen für substanzmissbrauchende Kinder und Jugendliche mit komorbiden psychischen Störungen der Altersgruppe 12 – 19 Jahren vorgelegt. In einer Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten⁸⁶ wurden die Daten bezüglich Substanzkonsum und psychopathologischer Belastung analysiert. Im Zeitverlauf ergaben sich signifikant niedrigere Konsumprävalenzen vor allem für Cannabis, Methamphetamin, Kokain und Heroin. Die Patienten wiesen sowohl nach Einschätzung der Eltern als auch im Selbsturteil zum vierten Messzeitpunkt eine signifikant niedrigere psychopathologische Belastung als zum Aufnahmezeitpunkt auf. Die Resultate sprechen nach Ansicht der Autoren für multimodale Schulen übergreifende und störungsspezifische Ansätze in Bezug auf diese Zielgruppe.

Im September 2009 hat der LIGA-Fachausschuss „Landesstelle für Suchtfragen“ in Sachsen-Anhalt eine Handlungsempfehlung zur Kindeswohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt veröffentlicht. Im Mittelpunkt dieser Handlungsempfehlung steht der Blick auf die Kinder von Suchtmittel konsumierenden und abhängigen Klienten der Suchtberatungsstellen und es wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise Suchtberatungsstellen einen konzeptionellen Beitrag zur Sicherung des Kindeswohls in suchtblasteten Familien leisten können (Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt 2009).

Von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung und der Liga der Wohlfahrtspflege Berlin wurde im Dezember 2009 eine Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls unterzeichnet. Ziel der Rahmenvereinbarung ist es, die Vernetzung und die Kooperation aller Akteure, die mit suchtkranken (werdenden) Eltern zu tun haben, zu optimieren, um Anzeichen für eine mögliche Kindeswohlgefährdung rechtzeitig zu erkennen und die betroffenen Kinder durch eine frühzeitige, gut abgestimmte Intervention vor Gefährdungen zu schützen.

Interventionen für Frauen und schwangere Drogenkonsumentinnen

In einer kürzlich erschienen Übersichtsarbeit weist Tödte (2010) auf die hohen Belastungen für drogenabhängige Frauen in der Schwangerschaft hin. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn die Frauen nur über unzureichende soziale Netzwerke verfügten und je mangelhafter die Grundsituation (Wohnung, Finanzen, Strukturen) sei. Die Autorin sieht einen dringenden Handlungsbedarf bezogen auf Fort- und Weiterbildung sowie die Entwicklung von Standards und Qualitätsmerkmalen für die Arbeit mit drogenabhängigen schwangeren Frauen, Frauen mit Kindern und für die Arbeit mit Kindern. Es fehlen bisher fachlich fundierte, geschlechtsbezogene, spezifische ambulante therapeutische Behandlungsangebote für Kin-

⁸⁶ Aufnahme, Entlassung, 6 und 12 Monate nach Behandlungsende.

der aus drogenbelasteten Familienbezügen sowie für Frauen und Mütter mit Trauma-Folgestörungen.

Auch Barth (2010) betont die hohe Belastung suchtmittelabhängiger Frauen hinsichtlich Komorbidität der Störungsbildung des gesamten psychiatrischen Formenkreises hin, wobei affektive und Angststörungen den Schwerpunkt bildeten.

Interventionen bei Migranten

Michael und Kollegen (2009) haben die Unterschiede zwischen Migranten aus Osteuropa und Deutschen mit einer Suchterkrankung in der subjektiv erlebten Belastung, depressiven Beschwerden, Persönlichkeitseigenschaften und Stress und Ärgerreaktion untersucht, sowie Unterschiede dieser Faktoren am Ende einer geschlossenen neunmonatigen stationären Therapie analysiert. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass sich eine signifikant höhere subjektive erlebte Belastung der Migranten und eine häufigere Nutzung negativer Stressverarbeitungsstrategien feststellen ließen. Die Autoren leiten aus diesen Ergebnissen die Notwendigkeit ab, in der Suchttherapie von Migranten auf deren starke Belastung und den negativen Umgang mit Stress stärker als bisher einzugehen.

5.4 Charakteristika der behandelten Personen

5.4.1 Ambulante Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) des Jahres 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010b; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e). Die den Darstellungen zugrunde gelegten Daten entstammen der Teilauswertung für ambulante Betreuung und Behandlung. Ausführliche Angaben zu den Variablen des Schlüsselindikators Behandlungsnachfrage (Treatment Demand Indicator; TDI) sind der Standardtabelle 3 zu entnehmen. Die hier vorgestellten Tabellen enthalten auch Referenzen zu den entsprechenden Tabellen des TDI. Informationen zu Klienten, die sich parallel zu einem Gefängnisaufenthalt in Betreuung/Behandlung befinden und einige Informationen zu Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen finden sich in Kapitel 9.6.1 bzw. Kapitel 7.2.

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2009 insgesamt 316.588 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in N=779 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden REITOX-Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2009 56% aller erfassten Episoden aus).

Diagnosen

Für das Jahr 2009 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 58.163 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet

worden sind (Anteil Männer: 79,9%; 2008: 79,6%). Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD-10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit).

Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile in weniger als der Hälfte der Fälle (47,5%; 2008: 49,1%) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben⁸⁷. Der Anteil der primär wegen Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden betreuten Personen ist seit 2007 konstant rückläufig. In mehr als einem Drittel der Fälle (35,4%; 2008: 32,8%) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Dieser Anteil steigt seit 2007 konstant an. Leicht gesunken ist der Anteil der Klienten, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Kokain (6,3%; 2008: 7,2%) in Beratung und Behandlung begeben haben, die Vergleichswerte für Stimulantien (6,6%; 2008: 6,8%) und anderen Substanzen sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (61,0%; 2008: 59,0% aller Klienten), deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (18,3%; 2008: 19,8%) und einem stabilen Anteil an Konsumenten von Stimulantien (10,2%; 2008: 10,3%) (Tabelle 5.1). Auch unter den Erstbehandelten ist der Anteil der Personen mit Kokain-bezogenen Störungen im Vergleich zum Vorjahr gesunken (7,2%; 2008: 8,0%). Die Anteile aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

⁸⁷ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die ambulanten Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

Tabelle 5.1 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2009)

| Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von ... (ICD10: F1x.1/F1x.2x) | Alle Behandelten ¹⁾ (%) | | | Erstbehandelte (%) | | |
|--|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Männer ²⁾ | Frauen ²⁾ | Gesamt ²⁾ | Männer ²⁾ | Frauen ²⁾ | Gesamt ²⁾ |
| Opioiden | 45,4 | 55,9 | 47,5 | 17,2 | 23,7 | 18,3 |
| Cannabinoiden | 38,5 | 23,3 | 35,4 | 64,4 | 45,2 | 61,0 |
| Sedativa/Hypnotika | 1,2 | 6,3 | 2,2 | 1,1 | 8,2 | 2,4 |
| Kokain | 6,9 | 4,3 | 6,3 | 7,6 | 5,1 | 7,2 |
| Stimulantien | 6,3 | 8,1 | 6,6 | 8,9 | 15,9 | 10,2 |
| Halluzinogenen | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Flüchtigen Lösungsmitteln | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,2 |
| Multiplen/anderen Substanzen | 1,6 | 1,9 | 1,6 | 0,5 | 1,2 | 0,6 |
| Gesamt (N) | 46.403 | 11.760 | 58.163 | 11.838 | 2.568 | 14.406 |

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010b; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen⁸⁸ wies 2009 etwa jeder vierte auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain auf (Tabelle 5.2). Die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis stellt bei dieser Patientengruppe nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose dar.

Bei Klienten mit primären Kokainproblemen⁸⁹ standen Cannabis, Alkohol, Amphetamine und Ecstasy als substanzbezogene Sekundärdiagnosen im Vordergrund. Nach wie vor erfüllte fast jeder zehnte Klient mit einer primären Kokainproblematik zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin.

Fast jeder fünfte der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik⁹⁰ wies auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf. Bei mehr als jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt. Knapp ein Drittel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung.

⁸⁸ TDI-Tabelle 24.1.1; Alle nachfolgenden Angaben zu Klienten mit primärer Opioidproblematik bezogen auf eine Gesamtzahl von N=19.515. Eine unmittelbare Berechnung einer Gesamtzahl aus den TDI-Tabellen ist nicht möglich, da Mehrfachnennungen für die Einzeldiagnosen möglich sind.

⁸⁹ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=2.775.

⁹⁰ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=15.655 (Hauptdiagnose: Cannabinoide).

Über alle Substanzen hinweg hatte etwa ein Drittel der Klienten zusätzlich zum primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e).

Tabelle 5.2 Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2009)

| Einzeldiagnose ¹⁾ | Hauptdiagnose | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|------------|--------------|--------------|
| | Opiode | Cannabis | Sed./Hypn. | Kokain | Stimulantien |
| Alkohol | 27,4% | 29,9% | 33,5% | 42,2% | 32,4% |
| Heroin | 90,0% | 2,8% | 5,9% | 8,7% | 5,1% |
| Methadon | 39,7% | 0,4% | 1,0% | 1,3% | 0,3% |
| Buprenorphin | 8,7% | 0,2% | 0,8% | 0,7% | 0,5% |
| and. opiathaltige Mittel | 6,5% | 0,5% | 5,4% | 0,8% | 0,7% |
| Cannabinoide | 33,7% | 100,0% | 10,5% | 48,9% | 54,2% |
| Benzodiazepine | 14,8% | 1,2% | 76,2% | 4,7% | 2,5% |
| and. Sedativa/Hypnotika | 0,5% | 0,3% | 20,9% | 0,4% | 0,4% |
| Kokain | 24,5% | 11,3% | 4,4% | 97,5% | 19,2% |
| Amphetamine | 8,6% | 18,1% | 5,2% | 22,3% | 87,8% |
| MDMA | 4,9% | 8,0% | 2,9% | 10,5% | 27,4% |
| andere Stimulanzien | 0,6% | 1,4% | 0,9% | 1,2% | 12,4% |
| LSD | 3,7% | 2,9% | 1,8% | 5,1% | 6,1% |
| Gesamt (N) | 19.515 | 15.655 | 982 | 2.775 | 3.006 |

1) Mehrfachnennungen möglich.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2009 waren 79,8%⁹¹ (2008: 79,9%) der in der DSHS erfassten N=58.163⁹² ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 54,8% (2008: 56,1%) aller Behandelten waren zwischen 15 und 30 Jahre alt⁹³. 84,1% (2008: 83,7%) waren deutsche Staatsbürger, 3,0% (2008: 2,8%) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union, 8,5% (2008: 8,8%) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 4,5%). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.3 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

⁹¹ TDI-Tabellen 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1

⁹² Für die Angaben zum Geschlecht und zur Hauptdiagnose vorlagen

⁹³ TDI-Tabelle 14.1.1

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

Tabelle 5.3 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2009)

| Charakteristika | Hauptdiagnose | | | | |
|---|----------------------------|----------|--------|--------------|-------|
| | Opioide | Cannabis | Kokain | Stimulantien | |
| Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾ | 33,8 | 24,0 | 31,6 | 26,6 | |
| Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾ | 21,0 | 15,2 | 21,4 | 18,1 | |
| Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾ | 76,2% | 86,7% | 86,4% | 75,4% | |
| Alleinstehend ⁴⁾ | 51,2% | 58,4% | 43,6% | 52,8% | |
| Erwerbsstatus ⁵⁾ | Arbeitslos | 62,3% | 37,2% | 38,8% | 44,1% |
| | Schüler/in / In Ausbildung | 3,1% | 28,7% | 5,8% | 14,0% |
| | Wohnungslos ⁶⁾ | 2,6% | 0,7% | 1,2% | 1,0% |

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

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

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

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

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

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

In Tabelle 5.4 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert, wobei sich der Trend fortsetzt, dass der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnupft (v.a. Kokain) oder geraucht (v.a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Tabelle 5.4 Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2009)

| Substanz | Applikationsform | | | | | Gesamt |
|--------------|------------------|---------|-------|-----------|--------|--------|
| | Injektion | Rauchen | Oral | Schnupfen | Andere | |
| Heroin | 58,7% | 26,4% | 4,7% | 9,8% | 0,3% | 18.456 |
| Methadon | 2,5% | 1,2% | 95,3% | 0,5% | 0,6% | 8.312 |
| Buprenorphin | 3,8% | 2,6% | 86,2% | 5,8% | 1,6% | 1.716 |
| And. Opioide | 12,0% | 9,0% | 72,6% | 4,0% | 2,4% | 2.014 |
| Kokain | 19,3% | 21,2% | 1,1% | 57,5% | 0,9% | 9.822 |
| Crack | 7,2% | 82,3% | 1,6% | 9,0% | 0,0% | 1.155 |
| Amphetamine | 1,2% | 10,3% | 36,0% | 50,8% | 1,7% | 8.003 |

1) Mehrfachnennungen möglich.

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 21,3 (2008: 20,7) bei Opioidklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 10,0 am niedrigsten⁹⁴ (2008: 9,6). Frauen nehmen (mit der Ausnahme: Sedativa/Hypnotika) durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.5). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten⁹⁵. Frauen haben bei vielen Substanzen trotz der höheren Kontaktzahlen insgesamt kürzere (oder nur geringfügig längere⁹⁶) Behandlungsdauern als die Männer. Dies spricht dafür, dass die Betreuungs- und Behandlungsintensität bei Frauen höher ist.

⁹⁴ Der Wert ist bei Klienten mit primären Problemen im Zusammenhang mit Halluzinogenen noch niedriger, da die absolute Fallzahl der Gruppe aber sehr klein ist (n=61), wurde hier kein Vergleich gezogen.

⁹⁵ Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums flüchtiger Lösungsmittel sind wegen der geringen Fallzahl (n=43) nicht berücksichtigt.

⁹⁶ Ausnahme: Opioide.

Tabelle 5.5 Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2009)

| Hauptdiagnose | Anzahl der Kontakte (m) | | | Betreuungsdauer (m) ¹⁾ | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|--------|-----------------------------------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt |
| Opioide | 20,3 | 24,4 | 21,3 | 47,1 | 52,1 | 48,1 |
| Cannabinoide | 9,7 | 12,2 | 10,0 | 25,4 | 26,9 | 25,6 |
| Sedativa/Hypnotika | 17,0 | 15,3 | 16,0 | 35,1 | 31,8 | 33,2 |
| Kokain | 13,5 | 15,8 | 13,9 | 31,6 | 32,6 | 31,5 |
| Stimulantien | 13,2 | 13,7 | 13,3 | 35,1 | 32,9 | 34,6 |
| Halluzinogene | 7,7 | 25,6 | 9,7 | 28,8 | 28,3 | 28,7 |
| Flüchtige Lösungsmittel | 8,7 | 15,8 | 11,5 | 21,3 | 23,6 | 22,3 |
| Mult./and. Substanzen | 17,7 | 18,8 | 17,9 | 36,9 | 31,5 | 35,0 |

1) in Wochen.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

5.4.2 Stationäre Behandlung

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

Diagnosen

Im Jahr 2009 wurden von insgesamt 38.618 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentierten stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 7.599 Personen wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) behandelt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010d; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a). Darunter waren 6.063 Männer, dies entspricht einem Männeranteil von 79,8% (2008: 80,8%). In drei Viertel (74,6%) waren alkoholbezogene Störungen die primäre Ursache für stationäre Behandlungen (25.103 Behandlungen; 2008: 19.752). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch im stationären Versorgungsbereich basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

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

stationärer Behandlung (40,0%; 2008: 44,0%)⁹⁷. Dieser Anteil ist seit 2007 (48,6%) rückläufig. Die zweitgrößte Gruppe bilden Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (23,8%; 2008: 20,6%), deren Anteil seit 2007 kontinuierlich steigt. Danach folgen Patienten mit polyvalentem Konsum (14,9%; 2008: 12,5%). Auch dieser Anteil steigt seit drei Jahren an. Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulantien sind in 8,1% (2008: 8,9%) bzw. 9,0% (2008: 9,7%) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.6).

Seit drei Jahren sind Cannabis-bezogene Störungen im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum der zweithäufigste Behandlungsgrund. Möglicherweise ist dies Ausdruck der gestiegenen Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext von Fachkliniken.

Diese Verteilung steht nicht in unmittelbarer Übereinstimmung mit den Daten der Rehabilitations- und Akutbehandlungen, bei denen die Opioide und der multiple Substanzgebrauch (der praktisch immer mit Opioidkonsum verbunden ist) die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle ausmachen. Im Akutbereich (Krankenhäuser) beruhte 2008 etwa die Hälfte (45,8%; 2007: 44,2%) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr sogar 57,5% (2007: 61,3%) aller Fälle. In beiden Statistiken sinkt dieser Anteil aber seit einigen Jahren kontinuierlich. In der DSHS wird häufiger der Konsum von Opioiden als behandlungsleitend kodiert⁹⁸. Auch bei den Akutbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) und in der Statistik der DRV steigen die Anteile der wegen Cannabiskonsums Behandelten (machen aber nach wie vor einen erheblich geringeren Anteil aus).

Unter den stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Klienten spielt Cannabis bei Frauen nach wie vor eine deutlich geringere Rolle als bei den Männern: Nur 15,4% (2008: 14,0%) der Frauen vs. 25,9% (2008: 22,2%) der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich in der DSHS sonst nur noch für Sedativa/Hypnotika, bei denen das Verhältnis fast um den Faktor 1:5 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (8,9% vs. 5,2%; 2008: 10,0% vs. 4,0%).

⁹⁷ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die stationären Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

⁹⁸ Dies ist auch Teil darin begründet, dass der Deutsche Kerndatensatz (KDS), der die Grundlage der Berichterstattung für die DSHS darstellt, (bewusst) eine von der ICD-10 abweichende Definition für die Vergabe der Diagnose F19 vorgibt und damit zu einem geringen Anteil dieser Diagnosen in der DSHS beiträgt.

Tabelle 5.6 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

| Hauptdiagnose | Krankenhaus | DRV | DSHS | | | |
|---------------------------|-------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2008 | 2008 | 2008 | 2009 | | |
| | Gesamt | Gesamt | Gesamt ¹⁾ | Gesamt ¹⁾ | Männer ²⁾ | Frauen ³⁾ |
| Opioide | 33,2% | 22,4% | 44,0% | 40,0% | 39,3% | 42,5% |
| Cannabinoide | 6,8% | 10,7% | 20,6% | 23,8% | 25,9% | 15,4% |
| Sedativa/ Hypnotika | 10,0% | 2,3% | 3,8% | 4,0% | 2,2% | 11,2% |
| Kokain | 1,5% | 3,8% | 8,9% | 8,1% | 8,9% | 5,2% |
| Stimulantien | 2,0% | 3,2% | 9,9% | 9,0% | 9,0% | 9,0% |
| Halluzinogene | 0,5% | 0,1% | 0,2% | 0,1% | 0,1% | 0,1% |
| Fl. Lösungsmittel | 0,2% | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 0,1% |
| Mult./And. Sub- stanz. | 45,8% | 57,5% | 12,5% | 14,9% | 14,5% | 16,5% |
| Gesamt (Anzahl) | 92.656 | 13.776 | 5.633 | 7.599 | 6.063 | 1.536 |

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

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

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

DRV 2010; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010d; Statistisches Bundesamt 2009a.

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

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

Soziodemographische Informationen und Behandlungsdauer

Tabelle 5.7 fasst analog der Darstellung für die ambulant betreuten Klienten für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen einige soziodemographische Merkmale der stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Behandlungen zusammen. Im Vergleich zu

den ambulant im Rahmen der DSHS erfassten Klienten (siehe Tabelle 5.3) sind die stationär behandelten Opioidkonsumenten etwas jünger, Cannabiskonsumenten deutlich älter, nur wenige Unterschiede gibt es bei Kokain- und Stimulantienkonsumenten. Hinweise darauf, dass es sich bei den stationär Behandelten um eine andere Klientengruppe handelt, lassen sich daraus ableiten, dass es sich – im Vergleich zu den ambulant behandelten Konsumenten – häufiger um arbeitslose und alleinstehende Personen handelt. Ein umfassender Vergleich der beiden Klientengruppen würde aber einen sorgfältigen Vergleich der Konsumparameter erfordern, die z.B. Aufschluss über die Intensität des Konsums und damit die Schwere der Substanzstörung liefern.

Tabelle 5.7 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2009)

| Charakteristika | Hauptdiagnose | | | | |
|---|----------------------------|----------|--------|--------------|-------|
| | Opioide | Cannabis | Kokain | Stimulantien | |
| Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾ | 32,2 | 26,5 | 31,8 | 27,2 | |
| Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾ | 20,4 | 15,1 | 20,5 | 17,8 | |
| Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾ | 78,5% | 86,9% | 87,1% | 79,7% | |
| Alleinstehend ⁴⁾ | 55,1% | 64,4% | 51,8% | 59,3% | |
| Erwerbsstatus ⁵⁾ | | | | | |
| | Arbeitslos | 63,5% | 58,1% | 55,9% | 60,3% |
| | Schüler/in / In Ausbildung | 1,4% | 7,3% | 2,2% | 5,8% |
| Wohnungslos ⁶⁾ | 1,2% | 0,9% | 1,0% | 0,6% | |

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

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

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

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

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

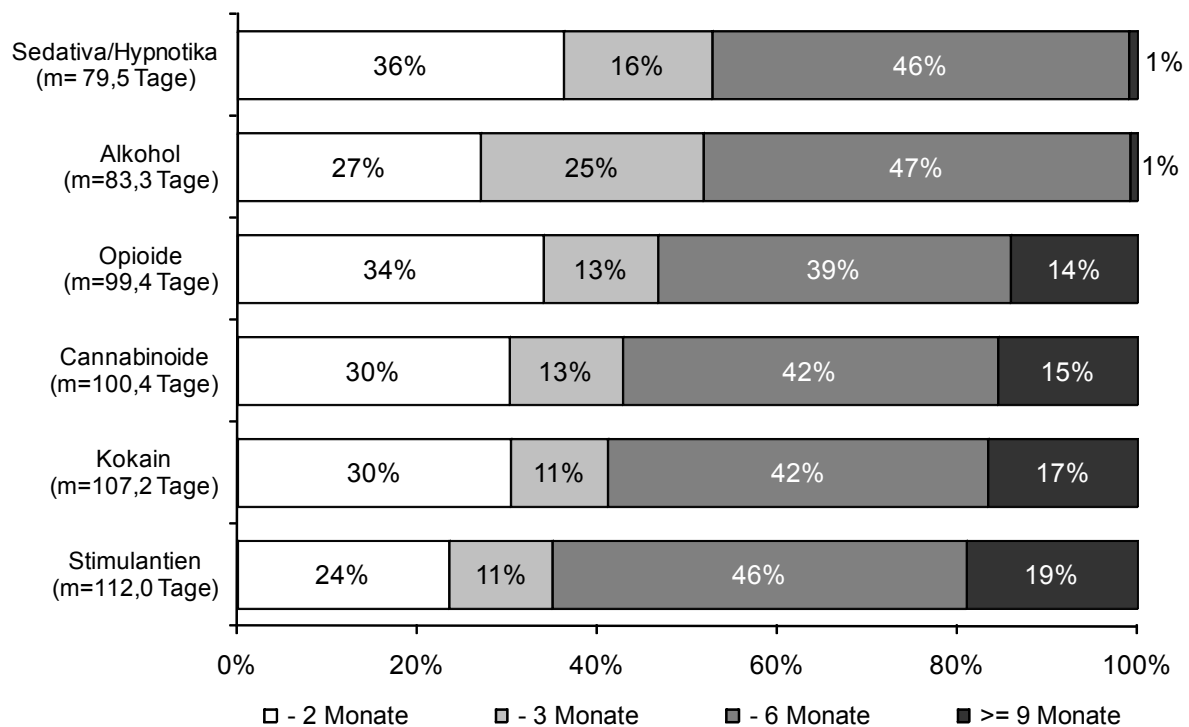
6) TDI-Tabelle 8.1.1 zur Stabilität der Lebenssituation (keine unmittelbare Entsprechung) ; Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010d.

Die Ergebnisse der DSHS zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2009 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis 14,1 Wochen (2008: 15,0), 16,0 Wochen (2008: 15,8) bei Stimulantien, 15,3 Wochen (2008: 14,3) bei Kokain, 14,2 Wochen (2008: 13,7) bei Opioiden und 11,4 Wochen (2008: 12,3) bei Sedativa/Hypnotika. Die als Vergleichswert aufgeführte Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 11,9 Wochen (2008: 12,1).

Die Behandlungsdauern weisen z.T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittlichen Behandlungsdauern wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit 14-16 Wochen im Durchschnitt mindestens zwei Wochen länger sind als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauern \geq 9 Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen.

Während die durchschnittliche Behandlungsdauer für Cannabis-bezogene Störungen (nicht so deutlich aber auch konstant rückläufig: Alkohol) seit drei Jahren rückläufig ist, ist für die anderen Substanzgruppen im selben Zeitraum kein eindeutiger Trend erkennbar.



Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d.

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2009)

5.5 Behandlungstrends

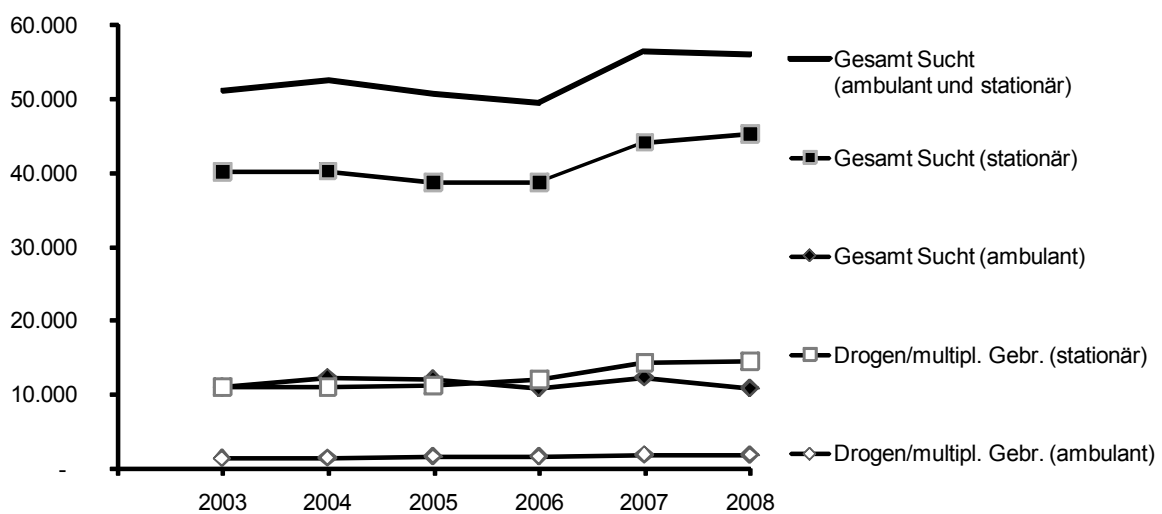
5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

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

Auch die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt eine zunehmend wichtigere Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen

Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsums (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ selten sind.

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist seit 2003 um etwa 10% von insgesamt 51.123 auf 55.963 gestiegen (Abbildung 5.2). Der größte Teil dieser Leistungen (70,0%) wird vor dem Hintergrund Alkohol-bezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen knapp 30% der Leistungen aus (Medikamente: <1%). Dieser Anteil ist seit 2003 um etwa fünf Prozentpunkte (von 24,3%) gestiegen, es werden also seit 2004 kontinuierlich anteilig weniger von der RV finanzierte Rehabilitationsleistungen wegen einer primären Alkoholproblematik durchgeführt.



Statistik der DRV zur Rehabilitation, 2003-2008.

Abbildung 5.2 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Das Verhältnis zwischen stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) etwa 4:1. Dieses Verhältnis hat sich zwischen 2003 und 2008 (insbesondere seit 2005) leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7:1 auf 4,2:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit etwa 8:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Allerdings steigt seit einigen Jahren im ambulanten Bereich der Anteil der wegen einer Drogenproblematik (oder multipl. Gebrauch) finanzierten Rehabilitationsleistungen. Dies spricht dafür, dass die im Alkoholbereich mittlerweile fest etablierten Angebote ambulanter Rehabilitation auch im Drogenbereich (wenn auch in deutlich geringerer Zahl) kontinuierlich ausgebaut und genutzt werden.

Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation (RV) zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Behandlungen für Drogen und multiplen Substanzgebrauch steigt seit 2004 kontinuierlich an, wobei dieser Zuwachs vor allem der Zahl der

Behandlungen aufgrund multiplen Substanzgebrauchs geschuldet ist (Tabelle 5.8). Auch die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen wegen Drogen- oder multiplen Substanzkonsums ist im Vergleich zu 2003 deutlich gestiegen. Allerdings ist dieser Trend nicht über alle Jahre kontinuierlich zu beobachten. So kam es aktuell zwischen 2007 und 2008 zu einem leichten Rückgang der Anzahl der ambulanten Maßnahmen. Die über einige Jahre zu beobachtende Verschiebung zu ambulanter Behandlung im Drogenbereich hat sich auch im aktuellen Berichtsjahr nicht fortgesetzt. Ambulante Behandlungen machten innerhalb der Gruppe der wegen Drogen- oder multiplen Substanzkonsums Behandelten 2008 11,3% aus. Dies entspricht in etwa dem Vergleichswert von 2003 (11,1%), während dieser Anteil zwischenzeitlich (2005) auf etwa 13% gestiegen war. Die stärksten Zuwächse bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigen vor allem im stationären Bereich (kontinuierlich seit 2005) die Behandlungen aufgrund multiplen Substanzkonsums.

Tabelle 5.8 Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)

| Hauptdiagnose | Stationär | | | | Ambulant | | | |
|----------------|-----------|--------|--------|----------|----------|--------|--------|----------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | Δ'07/'08 | 2006 | 2007 | 2008 | Δ'07/'08 |
| Alkohol | 26.416 | 29.492 | 30.328 | 2,8% | 9.145 | 10.326 | 8.865 | -14,1% |
| Drogen | 8.458 | 9.746 | 9.664 | -0,8% | 1.124 | 1.274 | 1.216 | -4,6% |
| Medikamente | 297 | 313 | 305 | -2,6% | 67 | 57 | 44 | -22,8% |
| Mult. Gebrauch | 3.541 | 4.518 | 4.894 | 8,3% | 478 | 667 | 647 | -3,0% |
| Gesamt Sucht | 38.712 | 44.069 | 45.191 | 2,5% | 10.814 | 12.324 | 10.772 | -12,6% |

DRV 2007; DRV 2008; DRV 2010.

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

Die Gesamtzahlen der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen ist zwischen 2007 und 2008 erneut gestiegen (Krankenhausdiagnosestatistik). Zuwächse waren bei der Zahl der Vergiftungen mit Stimulantien (+11,7%), Cannabinoiden (+8,8%) und Kokain (+6,8%) zu beobachten. Die Zahl der Behandlungen wegen Opioidkonsums ist erstmalig seit 2003 leicht rückläufig (-2,7%) (Tabelle 5.9). Allerdings ist die (sehr große) Zahl der Akutbehandlungen wegen multiplen Substanzkonsums (der häufig Opioidkonsum beinhaltet) im Berichtsjahr 2008 erstmalig seit 2005 wieder gestiegen (+6,7%), so dass der Rückgang beim ausschließlichen Opioidkonsum deutlich relativiert wird.

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

Tabelle 5.9 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2005-2008

| Hauptdiagnose | Jahr | | | | Veränderungen |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2008 vs. 2007 |
| Alkohol | 299.428 | 298.955 | 316.119 | 333.804 | +5,6% |
| Opioide | 28.476 | 29.472 | 31.638 | 30.776 | -2,7% |
| Cannabinoide | 5.789 | 5.932 | 5.790 | 6.297 | +8,8% |
| Sedativa/Hypnotika | 8.667 | 8.661 | 9.091 | 9.294 | +2,2% |
| Kokain | 1.210 | 1.336 | 1.300 | 1.388 | +6,8% |
| Stimulantien | 1.226 | 1.424 | 1.672 | 1.868 | +11,7% |
| Halluzinogene | 518 | 471 | 532 | 482 | -9,4% |
| Tabak | 278 | 234 | 236 | 281 | +19,1% |
| Flüchtige Lösungsmittel | 122 | 119 | 138 | 152 | +10,1% |
| Multiple/and. Substanzen | 42.479 | 40.492 | 39.727 | 42.399 | +6,7% |
| Gesamt Sucht | 388.193 | 387.096 | 406.243 | 426.741 | +5,0% |
| Gesamt Drogen | 88.487 | 87.907 | 89.888 | 92.656 | +3,1% |

Statistisches Bundesamt 2009a; Statistisches Bundesamt 2008.

5.5.2 Substitutionsbehandlung

Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 01.07. jedes Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems kontinuierlich und deutlich von 46.000 im Jahr 2002 auf 74.600 in 2009 angestiegen (BOPST 2010).

Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der OST sollen durch eine dreijährige Forschungsstudie (siehe Kapitel 5.6 des REITOX-Berichts 2009 für eine ausführlichere Beschreibung der Studie) mit Unterstützung des BMG untersucht werden. Ergebnisse der Studie⁹⁹ werden in 2010 erwartet.

Laut Register des BfArM waren 2009 7.233 (2008: 6.919) Ärzte zur Durchführung von OST registriert. Die tatsächliche Anzahl der Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation ist aber vermutlich noch größer, da einige Bundesländer (zumindest zeitweise) allen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie diese Qualifikation automatisch erteilt haben, ohne dass diese bereits vollständig im Register erfasst worden wären. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2009 nur 2.700 (2008: 2.673) Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (BOPST 2010). Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2006 auf praktisch unverändertem Ni-

⁹⁹ Studie PREMOS (Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome); <http://www.premos-studie.de/index.html>.

veau. Auch die Ergebnisse der kürzlich vorgestellten IMPROVE-Studie¹⁰⁰ (Stöver 2010b) weisen darauf hin, dass in Deutschland nach wie vor ein erheblicher Teil der qualifizierten Ärzte keine OST anbietet.

2009 konnten über das Substitutionsregister ca. 190 (2008: 220) Doppelbehandlungen aufgedeckt und nach Mitteilung des Registers an die behandelnden Ärzte beendet werden. Betrachtet man die Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern, führen die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und (bereits mit deutlichem Abstand) Berlin die Liste wie auch in den Vorjahren an. Die geringsten Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden von den drei östlichen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Brandenburg gemeldet. Für das Land Brandenburg ist aber zu vermuten, dass zahlreiche Konsumenten auf die Metropole Berlin ausweichen, um sich substituieren zu lassen. Auch die Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelte ein Substitutionsarzt in Hamburg 2009 durchschnittlich 49,0 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 37,8 und Berlin mit 32,2), sind es in Brandenburg nur 7,4 (Mecklenburg-Vorpommern: 11,9; Thüringen: 13,3).

In der OST hat sich der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen (insbesondere zwischen 2002 und 2007) deutlich zugunsten von Buprenorphin verschoben, das 2009 in etwa jeder fünften OST zum Einsatz gekommen ist. Seit 2007 stagniert der Anteil der mit Buprenorphin durchgeführten OST (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2002-2009)

| Substitutionsmittel | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Methadon | 72,1% | 70,9% | 68,3% | 66,2% | 64,1% | 61,4% | 59,7% | 58,9% |
| Levomethadon | 16,2% | 14,8% | 15,0% | 15,8% | 17,2% | 19,0% | 20,6% | 21,8% |
| Buprenorphin | 9,7% | 12,9% | 15,6% | 17,2% | 18,0% | 18,6% | 18,9% | 18,6% |
| Dihydrocodein | 1,7% | 1,2% | 0,9% | 0,7% | 0,6% | 0,5% | 0,4% | 0,3% |
| Codein | 0,3% | 0,2% | 0,2% | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 0,1% |
| Diamorphin | | | | | | 0,4% | 0,3% | 0,3% |

BOPST 2010.

Der Zugang zu OST ist, insbesondere hinsichtlich der ländlichen Regionen im Osten Deutschlands, regional sehr unterschiedlich, nach wie vor stammen nur 2,9% (N=2.195; 2008: 2,9%; N=2.562) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2009) und 4,8% (N=130; 2008: 4,2%, N=111) der substituierenden Ärzte aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (BOPST 2010). Auch aus der IMPROVE-Studie (s.o.; Stöver 2010b) wird

¹⁰⁰ Die Ergebnisse der IMPROVE-Studie beruhen auf telefonischen Interviews unter Ärzten mit suchtmmedizinischer Qualifikation und Fragebögen, die an Patienten und Konsumenten weitergegeben wurden. Insgesamt wurden 200 Patienten in Substitution, 200 Opioidkonsumenten in Drogenberatungszentren sowie 152 Ärzte befragt.

berichtet, dass die befragten Patienten die derzeitige Verfügbarkeit von OST insbesondere außerhalb von Großstädten als unzureichend einschätzen. Eine alternative Erklärung besteht darin, dass die Zahlen der Konsumenten von Opioiden in den ländlichen Regionen niedriger sind als in den Ballungsräumen.

Neben den genannten regionalen Unterschieden in der Verfügbarkeit gehören auch der Missbrauch und die unerlaubte Weitergabe der Medikation zu den unerwünschten Nebenwirkungen der Substitution, die auch von den befragten Ärzten im Rahmen der IMPROVE-Studie erwähnt wurden (Stöver 2010b). Zu den missbräuchlichen Konsumformen gehört auch die nicht erwünschte intravenöse Applikation von Substitutionsmitteln, die insbesondere bei Patienten mit Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung in Kombination mit einer Substanzstörung) immer wieder auftritt, aber selten genügend Beachtung erfährt bzw. nicht immer von den Patienten berichtet wird (siehe dazu z.B. Heß et al. 2009). In der Literatur werden immer wieder Fälle von intravenösem Konsum auch von Methadon berichtet, die mit allen Risiken des intravenösen Konsums wie z.B. Injektionserkrankungen oder Entstehung von Abszessen behaftet sind.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit zur Bedeutung und zum Stellenwert der psychosozialen Betreuung in der OST Opioidabhängiger weisen Stöver und Gerlach (2010) erneut darauf hin, dass in Deutschland keine differenzierte Forschungsarbeit vorliegt, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt und Zeitdauer der psychosozialen Betreuung wichtige Planungsgrößen liefern könnte. Degkwitz (2009) hat kürzlich erneut auf die mangelnde Generalisierbarkeit der Ergebnisse der zum überwiegenden Teil in den USA durchgeführten Studien zur Evidenzbasierung von psychosozialer Betreuung in der OST hingewiesen.

Am 19. Februar 2010 hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ in einer überarbeiteten Fassung verabschiedet (BÄK 2010; Deutsches Ärzteblatt 2010b; siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und Kapitel 11). Die Novellierung der bereits 2001 verabschiedeten Richtlinie war aufgrund von Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung und des Gesetzes zur Diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung, erforderlich geworden. Die neuen Richtlinien legen fest, dass die Substitution Opiatabhängiger neben der schrittweisen Entwöhnung auch eingesetzt werden kann, um schwerere Begleiterkrankungen zu behandeln oder Risiken während einer Schwangerschaft und nach der Geburt zu reduzieren. Zudem konkretisieren die Vorschriften Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opiatabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin. Die Novelle bezieht zudem die Vorgaben der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung und des Gesetzes zur Diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung ein und ersetzt die bislang gültigen formalisierten Fristenregelungen durch neue Vorgaben, die sich am individuellen Therapieverlauf orientieren, und die Entscheidungsfreiheit des Arztes stärken. Dies gelte sowohl für die

begleitenden Arztpatientenkontakte als auch für die bei Gebrauchskontrollen und Take-home-Vereinbarungen. Darüber hinaus sollen zukünftig Beratungskommissionen, die eng mit den Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung zusammenarbeiten, die Rolle der Ärztekammer in der Qualitätssicherung in der Substitution stärken.

Hüsgen (2009) weist darauf hin, dass die Fortführung einer Substitution im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation bis heute lediglich übergangsweise zugelassen ist. Aus diesem Grund sei die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch Substituierte gegenüber der substitutionsgestützten Behandlung zu Lasten der Krankenkassen sehr gering und das Potential der substitutionsgestützten Behandlungen damit insgesamt nicht ausgeschöpft. Nach Einschätzung des Autors wird die Substitution bei den Sozialleistungsträgern insgesamt eher kritisch gesehen. So wird auch eine Regelpsychotherapie unter Beibehaltung einer Substitution von den Krankenkassen derzeit nicht genehmigt.

Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

In einem Beitrag, der sich mit psychotherapeutischen Modellen und Behandlungsformen psychischer Störungen befasst, kommen Caspar und Grosse-Holtforth (2010) zu dem Schluss, dass eine wesentliche Frage bei der psychotherapeutischen Versorgung substanzabhängiger Patienten darin liegt, die Voraussetzungen für eine reguläre Psychotherapie abzuklären. Nach Einschätzung der Autoren kann in bestimmten, einzelnen Fällen und in einer bestimmten Phase einer Störung ein ausschließlich störungsspezifisches Vorgehen möglicherweise angemessen und wirksam sein. In der Praxis werde jedoch ein streng manualisiertes und störungsspezifisches Vorgehen der Mehrzahl von Patienten nicht gerecht. Wichtige Faktoren wie Komorbidität aber auch Motivationen und Ressourcen der Patienten würden unzureichend beachtet bzw. genutzt.

In einer Übersichtsarbeit zur historischen Entwicklung und aktuellen evidenzbasierten Varianten der systemischen Therapie bei Substanzstörungen kommen Schindler und Kollegen (2010) zu dem Schluss, dass die Vielzahl therapeutischer Konzepte der systemischen Therapie der Behandlung von Substanzstörungen in deutschen Suchthilfesystemen noch unzureichend genutzt werden. Auch bei erwachsenen Heroinabhängigen ist systemische Therapie kombiniert mit Methadonsubstitution nach Aussage der Autoren nachweislich wirksamer als Methadonsubstitution allein. Von Sydow und Kollegen (2010) kommen in einer weiteren Überblicksarbeit zu dem Ergebnis, dass bei Substanzstörungen des Jugendalters systemische Therapie weltweit das am besten evaluierte Verfahren darstellt.

Studie zum kontrollierten Konsum illegaler Substanzen

Während die überwiegende Mehrheit der Hilfsangebote für Drogenkonsumenten nach wie vor eine Abstinenzorientierung haben, berichten Körkel und Vertheim (2010) in einer Übersichtsarbeit von verschiedenen Konsumreduktionsprogrammen, die auf Basis des Selbstmanagementansatzes darauf abzielen, Konsumkontrolle zu erlernen bzw. einen übermäßigen und gegebenenfalls problematischen Substanzkonsum auf ein selbstbestimmtes Niveau zu reduzieren. Erste Studien zu Selbstmanagementprogrammen zeigen positive Effekte der

Verringerung des Substanzkonsums. Nach Einschätzung der Autoren ergibt sich daraus für die Versorgungspraxis die Notwendigkeit, für Klienten, die nicht bereit oder nicht in der Lage sind, abstinent von Heroin oder Kokain zu leben, adäquate Angebote zu Konsumreduktion vorzuhalten.

2009 wurde in diesem Zusammenhang von Verthein (2009) ein erster Studienbericht zu den Verlaufsergebnissen der Studie „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)“ vorgelegt. Das Programm KISS richtet sich vornehmlich an Konsumenten illegaler Drogen, die ihren Substanzgebrauch reduzieren wollen¹⁰¹. Positive Veränderungen im Konsumverhalten lassen sich nachweisen, sie fallen aber nicht all zu deutlich aus. Überstrahlt werden die Konsumergebnisse von der Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und der psychischen Symptomatik im Verlauf der KISS-Teilnahme. Hier zeigen sich auch die Unterschiede zwischen Beendern und Abbrechern besonders deutlich. Erstere profitieren grundsätzlich stärker von der Intervention. Die geringen Verbesserungen im Konsumverhalten, die zwar nicht allzu deutlich ausfielen, hatten in einem Katamnesezeitraum von 6 bzw. 12 Monaten im großen und ganzen Bestand (Verthein 2010). Auch die festgestellte Verbesserung der psychischen Befindlichkeit stabilisiert sich langfristig. Auffallend war die langfristige Steigerung sozialer und Freizeitaktivitäten unter den Teilnehmern.

Modellprojekt zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung – Ergebnisse von Subgruppenanalysen

In einer kontrollierten Studie haben Haasen und Kollegen (2010) den Effekt einer heroingestützten Behandlung auf den Alkoholkonsum der Patienten untersucht. Die auf den Daten des deutschen Modellprojekts zur diamorphingestützten OST (vgl. dazu auch die letzten REITOX-Berichte) beruhende Studie kommt dabei zu dem Ergebnis, dass es in der Gruppe der mit Diamorphin behandelten Patienten zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums kam, die nicht in der Vergleichsgruppe der mit Methadon behandelten Patienten zu beobachten war. Die Autoren halten es für möglich, dass die Reduktion des Alkoholkonsums in Zusammenhang mit der höheren Frequenz der Vergabe von Diamorphin und der bei jeder Vergabe geforderten Nüchternheit der Patienten in Zusammenhang stand.

Neue Instrumente

Buchholz und Kollegen (2010) haben kürzlich eine Untersuchung zur Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit der deutschen Version des Instruments „Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE)“ vorgelegt. MATE ist ein Interview, mit dem relevante Kriterien für die Behandlungszuweisungen und Evaluation im Suchtbereich erfasst werden können. Ergebnissen dieser Pilotuntersuchung zur Folge bietet der MATE eine größtenteils vari-

¹⁰¹ An der wissenschaftlichen Begleitevaluation der KISS-Gruppen haben sich zwei Hamburger Einrichtungen beteiligt. Studienbeginn war 2007, die Erhebungsphase der laufenden KISS-Gruppe erstreckte sich bis Januar 2009. Im Beobachtungszeitraum nahmen N=39 Klienten an den KISS-Gruppen teil, von denen die Hälfte das KISS-Programm vollständig durchlaufen hat. Neben einer randomisierten Studie in Frankfurt, deren Ergebnisse noch nicht zur Verfügung stehen, liefert die vorliegende Untersuchung die ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Wirkungen des KISS-Programms.

able, aber valide und anwendbare Alternative zu anderen Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich. Aufgrund der zum Teil geringen Interrater-Reliabilität der halb standardisierten Teile des MATE wird von den Autoren ein intensives Training empfohlen.

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Überblick

Der Konsum von Drogen hat Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Konsumenten. Drogenbezogene Todesfälle werden in Deutschland durch zwei bundesweite Systeme erfasst: die „Falldatei Rauschgift (FDR)“ des Bundeskriminalamtes (BKA) und das „Allgemeine Sterberegister“ des Statistischen Bundesamtes (Destatis). Zur Morbidität von unbehandelten Drogenabhängigen liegen wenige epidemiologisch nutzbare Informationen vor, so dass ersatzweise häufig die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Klienten bei Beginn ihrer Betreuung als Annäherung verwendet wird. Da diese jedoch häufig eine Positivauswahl der Drogenkonsumenten insgesamt darstellt, werden die gesundheitlichen Probleme vermutlich unterschätzt.

6.2 Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁰². Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Die Daten werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte, mit begrenzten klinischen Daten und HIV-bezogenen Laborparametern.

Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärzte.

Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (RKI 2010e) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht (RKI 2010c).

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der Einrichtungen, die

¹⁰² www.rki.de

diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren.

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle

Falldatei Rauschgift

Rauschgifttodesfälle werden in den einzelnen Bundesländern grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst, wobei das BKA Zugriff auf den Datenbestand hat, Datenqualitätskontrolle betreibt und die Zahlen erhebt. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von Rauschgifttodesfällen. Der Anteil obduzierter Drogentoter als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentoten“ variiert zwischen den Bundesländern (mitunter erheblich). Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie genügend Informationen über den Drogenstatus zum Todeszeitpunkt erhält. Obduktionen und toxikologische Gutachten werden in der Regel durch unterschiedliche Institutionen erstellt. Insbesondere letztere liegen oft erst mit erheblicher Verspätung vor und werden deshalb bei der Klassifikation der Todesfälle in eingeschränktem Maße herangezogen.

Um die Erfassung von Rauschgifttodesfällen zu erleichtern und Fehler zu reduzieren, wurden die folgenden Kategorien für Drogentodesfälle vom BKA in einem Merkblatt ausformuliert (BKA 1999)

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

Allgemeines Sterberegister¹⁰³

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor. Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

¹⁰³ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die EBDD Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die im zeitlich möglichst engen Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten - also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD-10-Codes F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide sind von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Codierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. Insbesondere in Verbindung mit den bis 2006 gültigen Codierungsregeln der WHO dürften die in der ICD-10-Codeselektion enthaltenen F1x.x-Codes („Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) Spezifitätsprobleme aufgewiesen haben. Die Ablösung der Priorität der Codierung für „Abhängigkeit“ bzw. „schädlichen Gebrauch“ durch zukünftig neugefasste Codierregeln für Intoxikationen dürfte dieses Problem indirekt verringern. Die Daten des Bundeskriminalamtes dagegen weisen zusätzlich explizit der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle kann jedoch auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden.

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

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Zahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder aber falsch zugeordnet. Im langjährigen Vergleich zwischen den beiden Registern zeigen sich jedoch sehr ähnliche Verläufe und die gleichen Trends, so dass man von einer Art Kreuzvalidierung der beiden Schätzungen sprechen kann. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen bzw. wie stark sich die Zielgruppen überlappen, steht bisher aus.

6.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

6.3.1 HIV/AIDS und virale Hepatitis

Die folgenden Zahlen und Berichte entstammen zum größten Teil den für das Jahr 2009 an das Robert Koch-Institut gemeldeten HIV- und Hepatitis C-Neudiagnosen sowie Meldungen

von akuter Hepatitis B in Deutschland. Außerdem werden erste Ergebnisse aus der bundesweiten HIV-Inzidenzstudie berichtet. Daten aus anderen Quellen geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumenten (z.B. Konsumraumnutzer, Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen) mit HIV und Hepatitis.

Detaillierte Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C und von HIV bei i.v. Drogenkonsumenten sind außerdem in Standardtabelle 9 enthalten. Dabei ist anzumerken, dass es in Deutschland an aktuellen und umfassenden epidemiologischen Studien zur Verbreitung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV sowie zu Determinanten für Seropositivität unter injizierenden Drogenkonsumenten fehlt.

HIV-Daten aus der Bevölkerungsstatistik (Meldedaten des RKI)

Bis zum 01.03.2010 wurden dem RKI für das Jahr 2009 insgesamt 2.856 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Gegenüber dem Jahr 2008 (N=2.843) bedeutet dies keine nennenswerte Veränderung bei der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen. Seit 2007 hat sich der in den Jahren davor beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen deutlich verlangsamt.

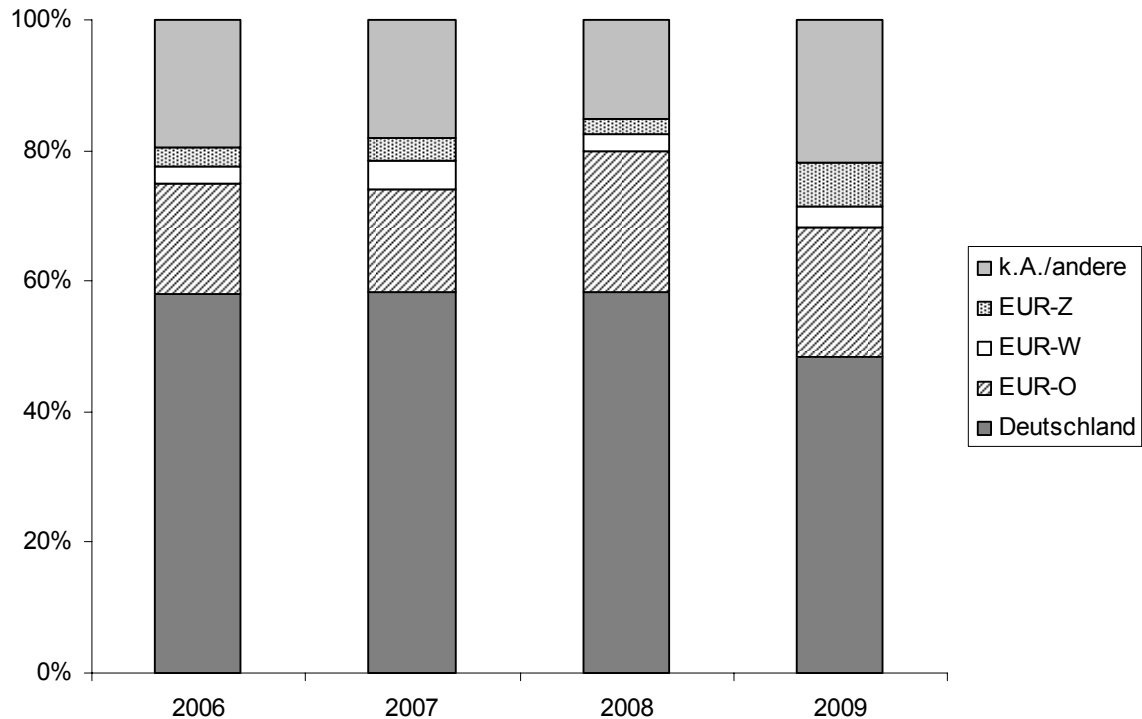
Bei Konsumenten intravenös verabreichter Drogen ging die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen um 20% zurück (von 125 auf 100).

Angaben zum Infektionsweg lagen für 86% der im Jahr 2009 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über i.v. Drogengebrauch erworben haben, geht auf 3,5% zurück.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Gebrauchern intravenös konsumierter Drogen ist nach einem transienten Spitzenwert von 163 Meldungen im Jahr 2006 wieder rückläufig. Mit 100 HIV-Neudiagnosen wurden 2009 wiederum 25 Fälle weniger als im Vorjahr diagnostiziert. Die meisten Neudiagnosen erfolgten mit 51 Fällen in Nordrhein-Westfalen. Lokale Erfahrungen mit Testangeboten für Drogenkonsumenten zeigen, dass entsprechende Angebote angenommen werden und die Inanspruchnahme von Tests ansteigt. Die substitutionsgestützte Behandlung sollte ihre optimalen Rahmenbedingungen - enger Kontakt zu Patientinnen und Patienten, lange Behandlungsdauer - verstärkt nutzen, um serologische Untersuchungen auf wichtige Infektionen anzubieten. Es gilt, in Kooperation mit Fachgesellschaften der Suchtmedizin das Bewusstsein für die Relevanz einer obligatorischen Abklärung des HIV- und Hepatitis-Status zu erhöhen.

In den meisten Fällen werden HIV-Infektionen bei i.v.-Drogengebern als sporadisch auftretende Einzelinfektionen diagnostiziert. Nur aus wenigen Städten wurde 2009 mehr als eine HIV-Infektion bei Drogengebern gemeldet. Diese Städte waren Dortmund (13), Düsseldorf (8), Frankfurt und Hamburg (4), Stuttgart, Hannover, Köln (3), Berlin, München und Krefeld (2). Ein Teil dieser Fälle wurde möglicherweise bei Aufnahmeuntersuchungen in Haftanstalten diagnostiziert. Da als Wohnort die Haftanstalt angegeben wird, kann es in diesen Fällen zu regionalen Verzerrungen kommen. Die meisten Infektionen wurden als in Deutschland erworben berichtet. Die bedeutsamsten ausländischen Infektionsregionen sind

Osteuropa, wo ca. 10% der Infektionen und Westeuropa, wo ca. 5% der Infektionen erworben worden sind. Bei ca. 20% der mit HIV diagnostizierten Drogengebraucher wird als Herkunftsregion Ost- oder Zentraleuropa angegeben (Abbildung 6.1).



RKI 2010d.

Abbildung 6.1 Herkunfts-WHO-Regionen von erstmals mit HIV diagnostizierten Drogengebrauchern, 2006-2009 (n=544)

Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen (AIDS-Fallregister des RKI)

Zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.12.2009 sind insgesamt 489 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen eingegangen. Die gemeldeten Erkrankungen verteilen sich auf mehrere Diagnosejahre. Damit steigt die Gesamtzahl der an das Robert Koch-Institut berichteten, seit Beginn der Epidemie mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen auf insgesamt 27.305. Bezüglich der Vollständigkeit der Meldung von AIDS-Fällen gibt es erhebliche regionale Unterschiede. In einigen Regionen bleibt die Zahl der berichteten AIDS-Fälle deutlich hinter den auf Basis der in der Todesursachenstatistik erfassten HIV-assoziierten Todesfälle und der geschätzten HIV-Prävalenz zu erwartenden Zahlen zurück¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Relativ vollständig werden AIDS-Fälle aus Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen berichtet. Auch die Zahl der aus Schleswig-Holstein, Brandenburg, und Mecklenburg-Vorpommern berichteten Fälle entspricht weitgehend den Erwartungen. Leichte bis deutliche Untererfassung lässt die Zahl der Berichte aus Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz vermuten. Eine erhebliche Untererfassung von AIDS-Fällen – mit lokalen Ausnahmen – muss für Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, sowie alle südlichen Bundesländer, d. h. Bayern, Baden-Württemberg, Saarland, und Sachsen angenommen werden. Seit 2007 wird für das laufende Jahr sowie kumulativ seit Beginn der Epidemie eine Abschätzung der Gesamtzahl (d.h. berichteter und nicht berichte-

Unter den zwischen 01.01.2007 und 31.12.2009 neu an AIDS Erkrankten waren 82% Männer und 18% Frauen. Dabei stellten unter den erkrankten Männern solche, die Sex mit Männern haben, mit 55% die größte Gruppe dar. Für 20% der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor. Mit 11 % lagen bei den Männern Infektionen über heterosexuelle Kontakte an zweiter Stelle unter den bekannten Infektionsrisiken, gefolgt von Drogengebrauch mit 7% und der Herkunft aus einem Land mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (Hochprävalenzländer) mit knapp 7 %.

Ganz anders stellt sich die Risikoverteilung bei Frauen dar. 45% der AIDS-Fälle bei Frauen wurden bei Frauen aus Hochprävalenzregionen diagnostiziert. Heterosexuelle Kontakte wurden für 26%, i.v. Drogengebrauch für 13% der in den letzten 36 Monaten diagnostizierten weiblichen AIDS-Fälle als wahrscheinlichstes Infektionsrisiko angegeben. Für 16% der gemeldeten AIDS-kranken Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsrisiko. Diese 16% verteilen sich zu unbekanntem Anteil im Wesentlichen auf i.v. Drogengebraucherinnen und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben.

Vorläufige Ergebnisse der bundesweiten HIV-Inzidenzstudie des RKI

Seit dem 01.03.2008 wird in Deutschland eine bundesweite Studie durchgeführt, deren Ziel es ist, den Anteil kürzlich (innerhalb der vorangegangenen 5 Monate) erworbenen HIV-Infektionen unter den HIV-Neudiagnosen zu bestimmen. Diese Studie läuft noch bis Ende des Jahres 2010, eine erste Zwischenauswertung für den Zeitraum 01.03.2008 bis 28.02.2009 liegt aber bereits vor (RKI 2010d; Zimmermann et al. 2010).

Die folgenden Ergebnisse des Laborarms der Inzidenzstudie beziehen sich auf die Auswertung von 1.512 Proben von gesicherten Erstdiagnosen, die zwischen 01.03.2008 und 28.02.2009 eingeschickt wurden. Diese Proben sind weitgehend repräsentativ für alle HIV-Neudiagnosen in Deutschland. Der Anteil kürzlich erworbener („inzidenter“) HIV-Infektionen betrug bei i.v.-Drogengebern 37% (26/70) und liegt damit vergleichsweise hoch.

Unter den i.v.-Drogengebern war ein sehr hoher Anteil inzidenter HIV-Infektionen unter den jüngeren Personen (18-29 Jahre) von 53% (9/17) zu verzeichnen, in der Gruppe der 30- bis 44-jährigen von 30% (14/46) und von 50% bei den über 44-jährigen (3/6). Damit sind die Anteile von HIV-Infektionen, die erst kurz vor dem Diagnosezeitpunkt erworben wurden, bei jüngeren und älteren i.v.-Drogenkonsumenten deutlich größer als bei anderen Transmissionsgruppen.

HIV-Daten aus anderen Quellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Prävalenz unter den Opioidklienten in der ambulanten Suchthilfe

ter) zu erwartender bzw. aufgetretener AIDS-Fälle in den Bundesländern und Großstädten vorgenommen, welche das Ausmaß der strukturellen Meldedefizite deutlicher erkennbar werden lässt. Die Gesamtzahl der in 2009 erwarteten AIDS-Fälle wird dabei auf 1.100, die kumulative Gesamtzahl seit Beginn der Epidemie auf 36.500 geschätzt.

liegt bei 5,6%, wobei Frauen (6,3%) häufiger als Männer (5,3%) HIV-positiv sind. Die Prävalenz ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren stabil geblieben (Martens et al. 2009).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2009) geben 2008 4,9% der Konsumraumnutzer an, mit dem HI-Virus infiziert zu sein (Männer 4,3%, Frauen 8,0%). Bei den Neuzugängen liegt die HIV-Infektionsquote mit 2,3% deutlich niedriger als bei den Fortsetzern mit 6,1%.

In der „Szenebefragung in Deutschland 2008“ (Thane et al. 2009) in 16 Drogenkonsumräumen in 13 Städten geben 4,8% der Befragten an, mit HIV infiziert zu sein.

Auch in der DSHS werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e). Die Prävalenz in ambulanten Einrichtungen unter den getesteten Opioidklienten beträgt 4,1% (N=215), unter den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik 3,3% (N=252).

Hepatitis B – Daten aus der Bevölkerungsstatistik (Meldedaten des RKI)

Im Jahr 2009 wurden mit insgesamt 1.692 Fällen von akuter Hepatitis B 8,6% weniger Fälle als 2008 übermittelt (1.852, Datenstand: 01.03.2010). Hiervon entsprachen 748 Fälle (44%) der Referenzdefinition. Darunter waren 3 Erkrankte an Hepatitis B oder den Folgeerkrankungen verstorben.¹⁰⁵

Die Inzidenz in Deutschland betrug 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf.

Seit 2001 wird tendenziell ein Rückgang der übermittelten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz beobachtet. Dieser lässt sich vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz in der Bevölkerung sowie eine Verbesserung der Datenqualität – insbesondere den Ausschluss chronischer Infektionen – zurückführen.

Bei 625 (83,6%) der übermittelten Fälle lagen Angaben (definiert als mindestens eine »Ja«- oder »Nein«-Antwort) zu möglichen Expositionen vor der Diagnosestellung vor. Mehrfachnennungen waren möglich. Der Stellenwert der angegebenen Expositionen ist im Hinblick auf einen Kausalzusammenhang allerdings fraglich. Sexuelle Expositionen wurden bei 259 Fällen (41,4%) – und damit am häufigsten – angegeben, i.v. Drogengebrauch wurde bei 10 Fällen (1,6%) und damit an fünfter Stelle genannt. Von den 10 Fällen, bei denen i.v. Drogengebrauch genannt wurde, waren 9 (90,0%) männlichen Geschlechts (RKI 2010c; RKI 2010e).

Hepatitis B – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS wurden 2009 zum dritten Mal Daten zum Hepatitis-B-Infektionsstatus ambulant behandelter Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e). Die Prävalenz liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 8,7% (n=418; 2008), bei den getesteten Patienten

¹⁰⁵ Insgesamt 944 Fallmeldungen entsprachen nicht der Referenzdefinition, da bei diesen entweder das klinische Bild einer akuten Hepatitis nicht erfüllt war (81,5 %) oder aber keine Angaben hierzu vorlagen (18,5 %).

mit illegaler Drogenproblematik bei 6,8% (n=473; 2008) und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren nochmals gesunken.

Hepatitis C – Daten aus der Bevölkerungsstatistik (Meldedaten des RKI)

Für das Jahr 2009 wurden insgesamt 5.412 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt (Datenstand: 1.03.2010). Darunter waren 6 Fälle an Hepatitis C oder den Folgeerkrankungen verstorben. Die bundesweite Inzidenz betrug 6,6 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner und ist damit weiter gesunken.

Es lagen für 3.938 Fälle (72,8%) Angaben zu vorangegangenen Expositionen (mindestens eine »Ja«- oder »Nein«-Antwort) vor. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.342 Fälle (34,1% der Fälle mit Expositionsangaben) am häufigsten übermittelt. Unter den 20- bis 29-jährigen Männern wurde i.v.-Drogengebrauch 402-mal genannt (71,7% der Männer dieser Altersgruppe mit Expositionsangaben).

Grundsätzlich muss die Interpretation angegebener Expositionen vorsichtig erfolgen, zumal einzelne Expositionen Ausdruck anderer Risiken sein können und somit nicht automatisch eine kausale Beziehung zwischen Exposition und Hepatitis-C-Infektion angenommen werden kann. (RKI 2010c; RKI 2010e).

Hepatitis C – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e) wurden auch 2009 Daten zum Hepatitis-C-Infektionsstatus von Suchtpatienten in ambulanten Einrichtungen erhoben. Dabei beträgt die Prävalenz bei den getesteten Opioidklienten 51,8% (N=3.866; 2008: 54,8%), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 40,6% (N=3.230; 2008: 43,8%) und ist somit im Vergleich zu den Vorjahren nochmals leicht gesunken.

In der vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) durchgeführten „Szenebefragung für Deutschland 2008“ (Thane et al. 2009) mit 791 regelmäßigen Drogenkonsumraumnutzern in ganz Deutschland lag die von den Befragten angegebene Infektionsrate für HCV bei 53,4%. Aktuell befanden sich von denjenigen, die eine HCV-Infektion haben oder hatten (N=465), 11,2% in einer HCV-Behandlung, 21,5% hatten eine solche beendet oder abgebrochen. Die angegebenen Werte beziehen sich dabei auf Selbstangaben der Konsumenten, vermutlich liegt die Dunkelziffer höher, da der Infektionsstatus häufig nicht bekannt ist bzw. unterschätzt wird oder ein Testergebnis bereits älter und somit nicht mehr aktuell ist.

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2008 wird die Infektion mit Hepatitis C ebenfalls weiterhin als zentrales gesundheitliches Problem gesehen: fast jeder zweite Opioidkonsument ist infiziert (47%). Die Hepatitis-C-Infektionsrate konnte jedoch im Vergleich zu den letzten Jahren weiterhin gesenkt werden (2006: 53%, 2007: 49%) (Martens et al. 2009).

6.3.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Kutaner Milzbrand bei injizierenden Drogenkonsumenten

Nachdem im Dezember 2009 in der Städtereion Aachen ein Heroinkonsument im Zusammenhang mit einer Milzbrandinfektion verstarb, erkrankte Mitte März dort ein weiterer Heroinkonsument. Beide Fälle stellten sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses unter dem klinischen Bild einer tiefen Beinvenenthrombose bzw. eines Abszesses im Bereich einer Injektionsstelle vor. Im Verlauf imponierte jeweils eine starke Schwellung der Extremität, die zu einem Kompartmentsyndrom führte. Die Diagnose wurde mikrobiologisch gesichert. Es wird vermutet, dass sich beide Fälle über kontaminiertes Heroin infiziert haben. Eine direkte Verbindung zwischen beiden Fällen ist nicht bekannt (RKI 2010a; RKI 2010b).

Aus Schottland und England wurden seit Dezember 2009 bislang über 50 Fälle von Milzbrand bei Heroinkonsumenten bekannt¹⁰⁶.

Stammvergleiche von Bacillus-anthraxis-Isolaten des verstorbenen Falles aus Aachen und von schottischen Fällen ergaben identische Sequenzen für die untersuchten Genloci. Somit ist nicht auszuschließen, dass es sich um identische Stämme des Milzbranderreger bei allen untersuchten Fällen handelt, was wiederum auf eine gemeinsame Quelle des Heroins bzw. der Verunreinigung hindeuten könnte. Das Auftreten eines weiteren Falles bei einem Heroinkonsumenten legt nahe, dass kontaminiertes Heroin auch in Deutschland weiter im Umlauf war (Bernard et al. 2010; Radun et al. 2010)¹⁰⁷.

Aktuelle Daten über die Belastung von Drogenkonsumenten mit anderen Erkrankungen liegen nicht vor.

6.3.3 Verhaltensdaten

In der unter 6.2.1 bereits erwähnten bundesweiten Szenebefragung unter Drogenkonsumraumnutzern (Thane et al. 2009) finden sich auch Daten zum Risikoverhalten der Konsumenten. Das Teilen von Spritzen bzw. Spritzutensilien findet dort in einem erheblichen Maße Anwendung. 45,5% der Befragten geben an, in den letzten 30 Tagen Spritzen mehrfach verwendet zu haben, 13,8% haben Spritzen und/oder Utensilien geteilt, 9,8% haben Drogen aus einer Spritze geteilt. 60,2% der Crackraucher haben sich beim Konsum die Crackpfeife mit anderen Konsumenten geteilt. Im Städtevergleich zeigen sich teilweise große Unterschiede im Risikoverhalten. Ein Vergleich der beiden Städte mit häufigem Crack-Konsum,

¹⁰⁶ www.hps.scot.nhs.uk und <http://www.hpa.org.uk>

¹⁰⁷ Die Infektion erfolgt z. B. durch Injektion oder Inhalation von mit Milzbrandsporen verunreinigtem Heroin oder durch Kontakt mit verletzter Haut oder Schleimhaut. Es gibt praktisch keine Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Für die Allgemeinbevölkerung besteht kaum ein Infektionsrisiko. Milzbrand ist eine meldepflichtige Infektionskrankheit. Da das klinische Bild nicht unbedingt eine Unterscheidung zwischen Milzbrand und einer anderen Haut- oder Weichteilinfektion zulässt, wurden Ärzte informiert, bei Heroinkonsumenten differenzialdiagnostisch frühzeitig an Milzbrand zu denken und eine entsprechende mikrobiologische Diagnostik durchzuführen. Bei anderen Applikationsformen von Heroin sollten auch andere Manifestationsformen von Milzbrand (z. B. Sepsis, Meningitis) berücksichtigt werden.

Frankfurt und Hamburg, zeigt, dass die gemeinsame Nutzung von Pfeifen in Frankfurt häufiger ist als in Hamburg. Im Gegensatz zu Hamburg ist der Konsum von Crack im Frankfurter Konsumraum La Strada nicht möglich. Das schlechtere Safer-Use-Verhalten der Befragten aus Frankfurt kann insofern durch eine zwangsläufig schlechtere Aufklärung der Konsumenten über Risiken der gemeinsamen Nutzung von Crackpfeifen erklärt werden, da der Crackkonsum häufiger außerhalb der Räumlichkeiten der Drogenhilfe stattfindet und die Mitarbeiter der Einrichtung es somit schwerer haben, vor Ort entsprechende Safer-Use-Tipps zu erteilen.

6.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen

6.4.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle

In einer Kohortenstudie von Backmund und Kollegen (2009) wurden 1.049 Opioidkonsumenten bei Aufnahme in eine Entzugsbehandlung zu bisherigen Überdosierungen befragt, die in einer Notaufnahme behandelt wurden. Dabei zeigte sich, dass mehr als jeder dritte Drogenkonsument (34,7%) schon einmal aufgrund einer Überdosis in der Notaufnahme war. Als unabhängige Risikofaktoren erwiesen sich dabei Suizidversuche in der Vorgeschichte, keine Partnerschaft mit einem anderen Drogenkonsumenten, sowie täglicher Konsum von Barbituraten und Cannabis. Die Autoren folgern, dass bei Drogenkonsumenten, die aufgrund einer Überdosis in die Notaufnahme kommen, das Risiko multiplen Substanzkonsums beachtet werden muss und die Gelegenheit wahrgenommen werden sollte, auch nach depressiver Symptomatik und Suizidalität zu fragen und weitere Unterstützung anzubieten.

Zu nicht-tödlichen Überdosierungen und drogenbezogenen Notfällen liegen außerdem einige regionale Daten aus einzelnen Suchthilfeeinrichtungen vor.

Die drei Berliner Drogenkonsumräume (davon ein Drogenkonsummobil) berichten 2008 zusammengefasst bei insgesamt 1.431 Benutzern, die die Räumlichkeiten 23.616 Mal aufsuchten, von 46 Drogennotfällen, bei denen es sich um lebensbedrohliche Überdosierungen handelte. Erfragte Risikofaktoren waren in 24 Fällen vorangegangene Abstinenzphasen, vier Mal eine besonders schlechte körperliche Verfassung, vier Mal Mischkonsum, zwei Mal der Kauf bei einem unbekanntem Dealer und ein Mal unregelmäßiger Konsum. In elf Fällen konnten keine Risikofaktoren benannt werden (Fixpunkt e.V. 2009c; Fixpunkt e.V. 2009d).

6.4.2 Andere interessante Themen

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2008 finden sich Angaben zur körperlichen und psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Martens et al. 2009): 21% der Opioidklienten werden von ihren Betreuern auf einer fünfstufigen Skala als erheblich oder extrem gesundheitlich-körperlich beeinträchtigt eingeschätzt. Bei der Cannabis-klientel sind hingegen nur 9% erheblich oder extrem beeinträchtigt, in der Gruppe der Kokainklienten 10%. Die bei Opioidklienten häufigsten Beeinträchtigungen sind Schlafstörungen (52%), Leberschäden (27%) und Atemwegserkrankungen (20%). Die am häufigsten ge-

nannte Beeinträchtigung bei den Cannabis- und Kokainklienten sind ebenfalls Schlafstörungen (Cannabis: 54%, Kokain: 46%). Zusätzlich weisen 42% der Opioidklienten einen ruinösen oder behandlungsbedürftigen Zahnstatus auf, bei den Cannabis- und Kokainklienten sind es jeweils etwa 24%.

Hinsichtlich der Einschätzung der psychischen Belastung des Klienten durch den Betreuer/Behandler zeigt sich, dass zwischen 26% (Cannabisgruppe) und 36% (Opioidgruppe) der Klienten als erheblich bis extrem psychisch belastet eingestuft werden. In erheblicher oder extremer Weise leiden die betroffenen Opioidklienten vor allem unter innerer Nervosität und Unruhe (23%), depressiver Stimmung (22%) und Ängsten/Phobien (16%). Außerdem haben 32% mindestens einen Suizidversuch in ihrem Leben unternommen. Die Cannabis- und Kokainklienten zeigen ein sich ähnelndes Muster an psychischen Belastungen: Die drei von den Behandlern am häufigsten genannten psychischen Problembereiche sind bei beiden Gruppen innere Nervosität und Unruhe (Cannabis: 19%, Kokain: 23%), depressive Stimmung (Cannabis: 17%, Kokain: 16%) sowie eine überhöhte Selbsteinschätzung (Cannabis: 14%, Kokain: 18%).

Cannabismissbrauch und Schizophrenie

Cannabismissbrauch gilt als Risikofaktor für Schizophrenie genauso wie hirnstrukturelle Auffälligkeiten. Malchow et al. (2009) gehen in ihrer Arbeit der Fragestellung nach, ob schizophrene Ersterkrankte mit komorbidem Substanzmissbrauch mehr hirnstrukturelle Veränderungen aufweisen als Patienten ohne komorbiden Substanzmissbrauch¹⁰⁸. Es zeigte sich, dass Patienten mit Substanzmissbrauch (hauptsächlich Cannabis) signifikant jünger und häufiger männlich waren, sowie einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufwiesen. Bis auf ein kleineres Aufmerksamkeitsdefizit und erhöhte Ängstlichkeit/Depressivität unterschieden sich die Patienten mit und ohne Substanzmissbrauch im Hinblick auf die Psychopathologie nicht. Auch in den gemessenen Hirnstrukturen fand sich kein Unterschied zwischen den schizophrenen Ersterkrankten mit und ohne Cannabismissbrauch. Zusammenfassend hatte der Substanzmissbrauch keinen wesentlichen Einfluss auf die Hirnstruktur und der frühere Beginn der Erkrankung bei komorbiden Patienten konnte nicht durch mehr hirmorphologische Veränderungen erklärt werden.

6.5 Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten

6.5.1 Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen)

Daten aus dem polizeilichen Spezialregister zu Drogentodesfällen

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden (vgl. 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todes-

¹⁰⁸ Dafür wurden in einem prospektiven Design zwei verschiedene Stichproben ersterkrankter schizophrener Patienten psychopathologisch charakterisiert und mit einem standardisierten MRT-Protokoll mit volumetrischer Messung bestimmter Hirnregionen, wie z.B. Gyrus temporalis superior und Hippokampus, untersucht.

fälle lag im Berichtsjahr 2009 im Mittel bei 66% (2008: 62%; 2007: 62%; 2006: 67%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (BKA 2010a).

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle ist 2009 auf den drittniedrigsten Stand der letzten zehn Jahre gesunken. Insgesamt kamen 1.331 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, ein Rückgang um acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.449). Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 930 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (70%; 2008: 66%; 2007: 65%; 2006: 65%). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 13% (2008: 12%; 2007: 14%; 2006: 16%; 2005: 25%), 2002 betrug dieser Anteil noch 40%. Seit 2006 werden in der Statistik des BKA die nachgewiesenen Substitutionsmittel auch getrennt nach Methadon/Polamidon und Buprenorphin ausgewiesen. Demnach stand der größte Teil der Fälle, in denen der Drogentod allein auf ein Substitutionsmittel zurückzuführen war, im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=41; 98%). Unter den 130 Todesfällen, bei denen neben dem Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren vier Fälle, in denen Buprenorphin nachgewiesen wurde¹⁰⁹.

Die Zahl der Fälle, bei denen Substitutionsmittel zum Tod beigetragen haben, ist nach wie vor gering, was auf eine gute Qualifikation der Behandler und die weitgehende Zuverlässigkeit der getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zurückgeführt werden könnte. Es ist insgesamt aber davon auszugehen, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen (Kombinationskategorien), aber auch die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt wird.

¹⁰⁹ Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind, kann ein Todesfall z.B. als Suizid und Überdosis Kokain kodiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl der Todesfälle. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen aufweisen. Dies gilt zum Beispiel für „Überdosis durch Heroin (allein)“ und „Überdosis durch Heroin und andere Drogen“. Die Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle lässt sich deshalb nicht errechnen (siehe Tabelle 6.1), sondern nur näherungsweise abschätzen.

Tabelle 6.1 Drogentodesfälle 2004-2009 nach Substanzen

| Todesursachen | Prozent von Gesamt N ¹⁾ | | | | | | Zahl ¹⁾ |
|---|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|--------------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2009 |
| 1. Überdosis: | | | | | | | |
| Heroin | 34 | 40 | 38 | 39 | 42 | 43 | 571 |
| Heroin + andere Drogen | 22 | 23 | 27 | 26 | 24 | 27 | 359 |
| Kokain | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| Kokain + andere Drogen | 10 | 9 | 9 | 10 | 7 | 8 | 100 |
| Amphetamine | 0 | 1 | <1 | <1 | 1 | 1 | 13 |
| Amphetamine + andere Drogen | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 31 |
| Ecstasy | 0 | 0 | <1 | <1 | <1 | <1 | 3 |
| Ecstasy + andere Drogen | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | <1 | 5 |
| Medikamente/Substitutionsmittel ²⁾ | 3 | 6 | 5 | 4 | 3 | 3 | 42 |
| - davon: Methadon/Polamidon | | | | 3 | 3 | 3 | 41 |
| - davon: Subutex (Buprenorphin) | | | | -- | <1 | <1 | 1 |
| Substitutionsmittel + andere Drogen ³⁾ | | | 12 | 9 | 9 | 10 | 130 |
| - davon: Methadon/Polamidon | | | | 8 | 8 | 9 | 126 |
| - davon: Subutex (Buprenorphin) | | | | <1 | <1 | <1 | 4 |
| BtM + Alkohol + Substitutionsmittel ⁴⁾ | 22 | 19 | | | | | |
| Sonstige BtM/Drogenart nicht bekannt | 10 | 10 | 8 | 10 | 10 | 13 | 168 |
| 2. Suizid ¹⁾ | 7 | 8 | 6 | 6 | 6 | 4 | 49 |
| 3. Langzeitschäden | 12 | 12 | 11 | 12 | 17 | 20 | 265 |
| 4. Unfall/Sonstige | 2 | 2 | 13 | 12 | 11 | 8 | 110 |
| 5. Gesamt (N) | 1.385 | 1.326 | 1.296 | 1.394 | 1.449 | | 1.331 |

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

2) Ab 2006: Substitutionsmittel.

3) Seit 2006.

4) Existiert nicht mehr seit 2006.

BKA 2010a.

Methodische Aspekte der Erfassung von Drogentodesfällen

In einer Studie, die im April 2010 veröffentlicht wurde, berichten Zwingenberger und Kollegen (2010) von ihrer retrospektiven Analyse der drogenbezogenen Todesfälle in Ostdeutschland (Sachsen, Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) aus den Jahren 1995 bis 2004¹¹⁰. Dabei zeigte sich, dass bei den Landeskriminalämtern nur et-

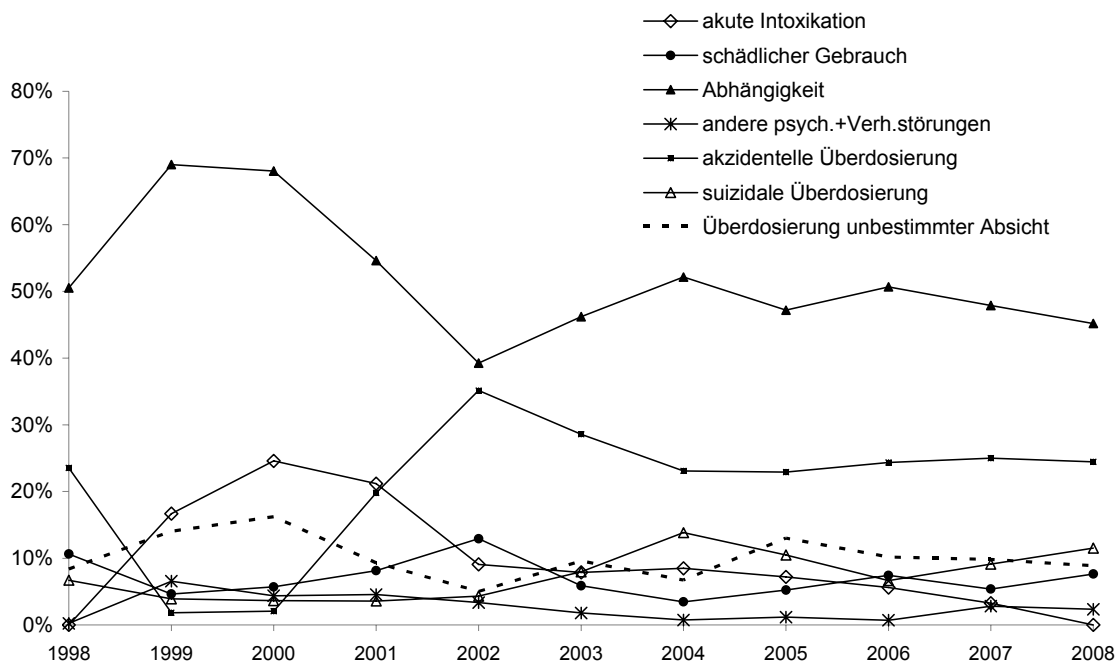
¹¹⁰ Als Basis dienten dabei Daten der Rechtsmedizinischen Institute, in denen für alle Todesfälle, bei denen der Verdacht auf einen Zusammenhang mit illegalen Drogen bestand, Autopsien und toxikologische Gutachten

was mehr als die Hälfte der von den Rechtsmedizinischen Instituten identifizierten Drogentodesfälle registriert waren. In Thüringen waren 70% der Fälle auch beim LKA registriert, in Mecklenburg-Vorpommern nur etwas mehr als ein Drittel, in den anderen drei neuen Bundesländern lag die Quote zwischen 50% und 60%. Eine Ursache für diese großen Unterschiede bei den verschiedenen Datenquellen können laut Autoren die unterschiedlichen Verfahren bei der Erfassung und Registrierung der Todesfälle sein.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellen Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2008. Hier sind insgesamt 1.326 Personen und damit 3,2% mehr Fälle als 2007 (N=1.284) erfasst worden. Darunter befinden sich 235 Frauen und 1.091 Männer (Anteil 17,7%), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit ist die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle parallel zu den Fällen im BKA-Register (+3,9%) angestiegen. Das BKA-Register weist insgesamt etwas höhere Fallzahlen aus, schließt jedoch indirekte Todesfälle ein, die sich nicht exakt abtrennen lassen, da v.a. die Kategorie „Suizide“ sowie ggf. auch „Unfälle/Sonstiges“ im BKA-Register hinsichtlich direkter und indirekter Fälle uneindeutig ist. Schon ohne die klar ausgewiesene Kategorie „Langzeitfolgeerkrankungen“ im BKA-Register lag die Fallzahl jedoch 2008 mit N=1.199 bereits 10,6% unter der Fallzahl im allgemeinen Sterberegister. Das allgemeine Sterberegister schließt also mehr Fälle ein als das BKA-Register, teils offensichtlich aufgrund einer Übererfassung von Fällen bei Intoxikationen bei älteren Frauen (s.u.).

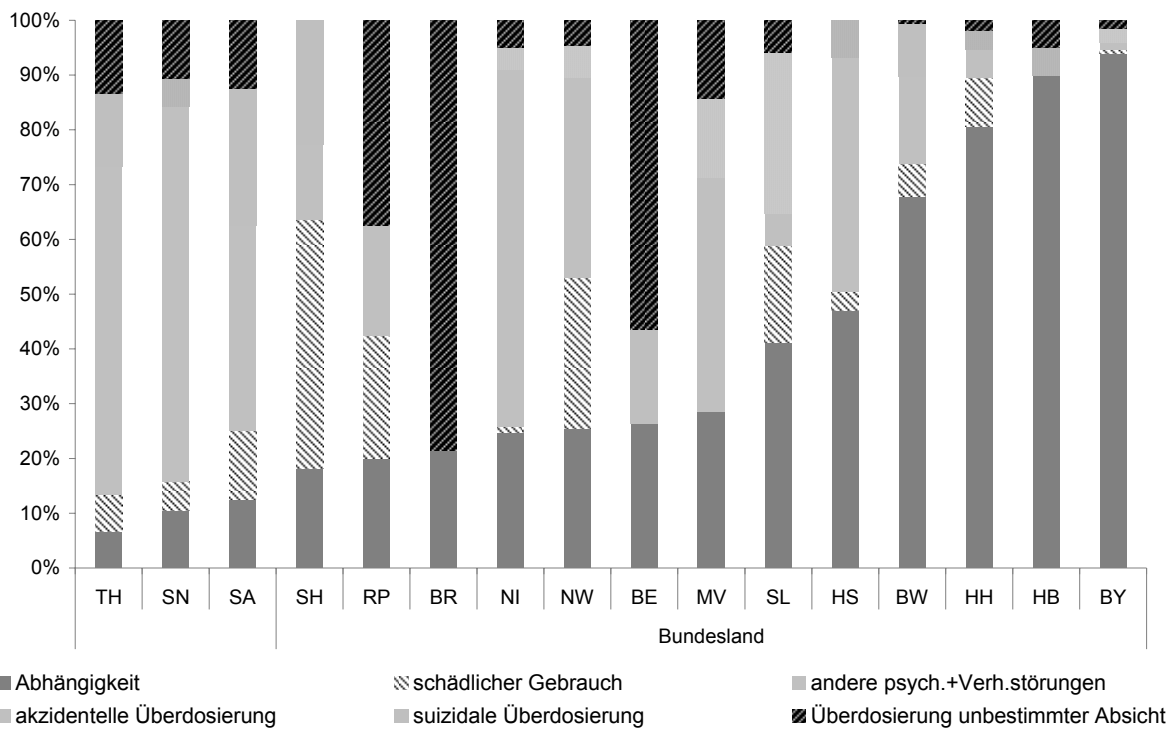
2008 wurde bei 61,4% der Todesfälle (2007: 55,1%) die zugrunde liegende Erkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD- Gruppe F 1x.x) kodiert. Dieser Anteil liegt seit 2002 unverändert deutlich oberhalb von 50%. Die letzte 2006 in Kraft getretene Änderung der WHO-Kodierregeln mit dem Ziel, wenn möglich immer akute Todesursachen in Form einer Intoxikation mit zugrundeliegenden Substanzen zu kodieren, ist somit in Deutschland bislang wirkungslos geblieben. Der Hauptgrund dürfte darin liegen, dass die zum Tode führenden Substanzen in der überwiegenden Zahl der Todesfälle mangels Obduktion und toxikologischer Analyse gar nicht ermittelt werden und somit auf Todes- oder Obduktionsbescheinigungen nicht vorliegen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.2 Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2008)

Nach wie vor ist das Kodierungsverhalten in den Bundesländern offenbar sehr heterogen. In Bayern wurden 2008 weiterhin über 90% der Fälle wie in den Vorjahren unter ihrer Grunderkrankung kodiert, nur 9,3% unter einem ICD-Code, der Aufschluss über die tatsächlich zum Tode führenden Substanz/Substanzkombination gibt (X/Y- in Verbindung mit T-Kodierung). Auch Hamburg und Bremen kodierten noch in mehr als 80% der Fälle Grunderkrankungen entsprechend der F-Klassifikation. Auf dem anderen Ende der Skala finden sich u.a. Niedersachsen, Berlin und die ostdeutschen Bundesländer mit mehr als 75% der Fälle in den spezifischeren Fallgruppen (Abbildung 6.3).

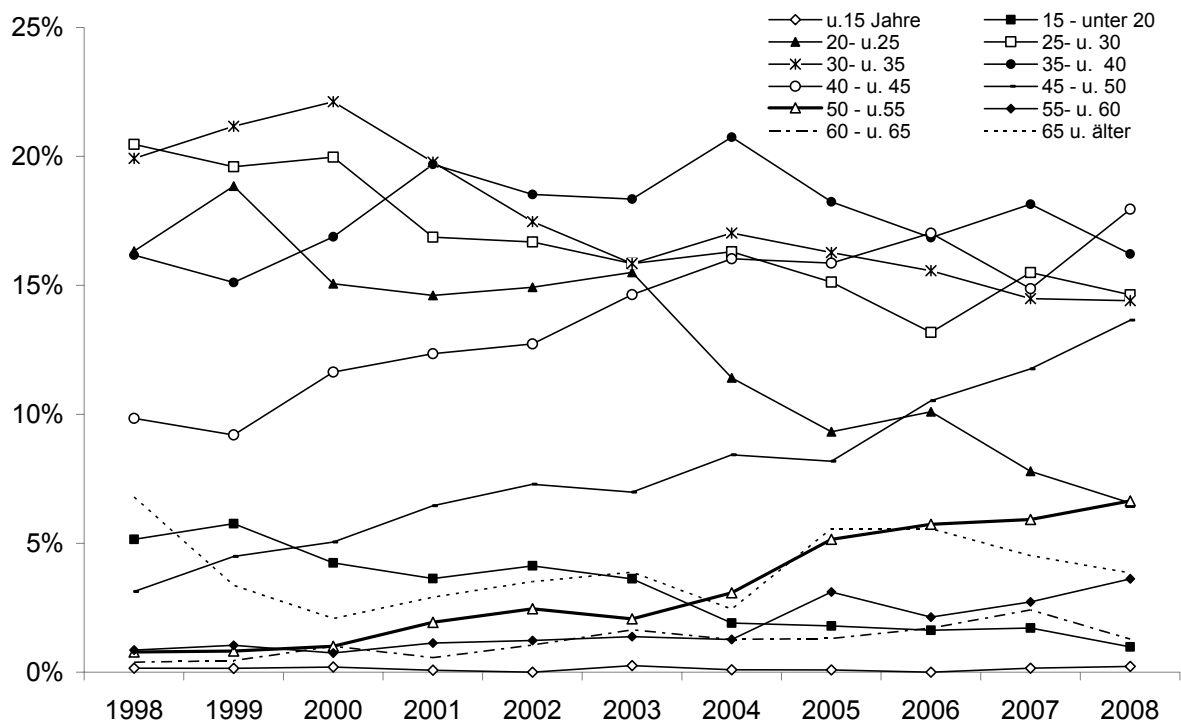


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.3 Codierungen der Todesursachen bei den Drogentodesfällen, Vergleich zwischen Kodierpraxis der Bundesländer (2008)

Die flächendeckende Einführung der multikausalen Kodierung von zum Tode führenden Ursachen könnte hier weiteren Fortschritt bei der Verwertung zur Verfügung stehender Information zur Todesursache in der Kodierungspraxis bringen, ist jedoch in Deutschland nach wie vor nur im Teststadium.

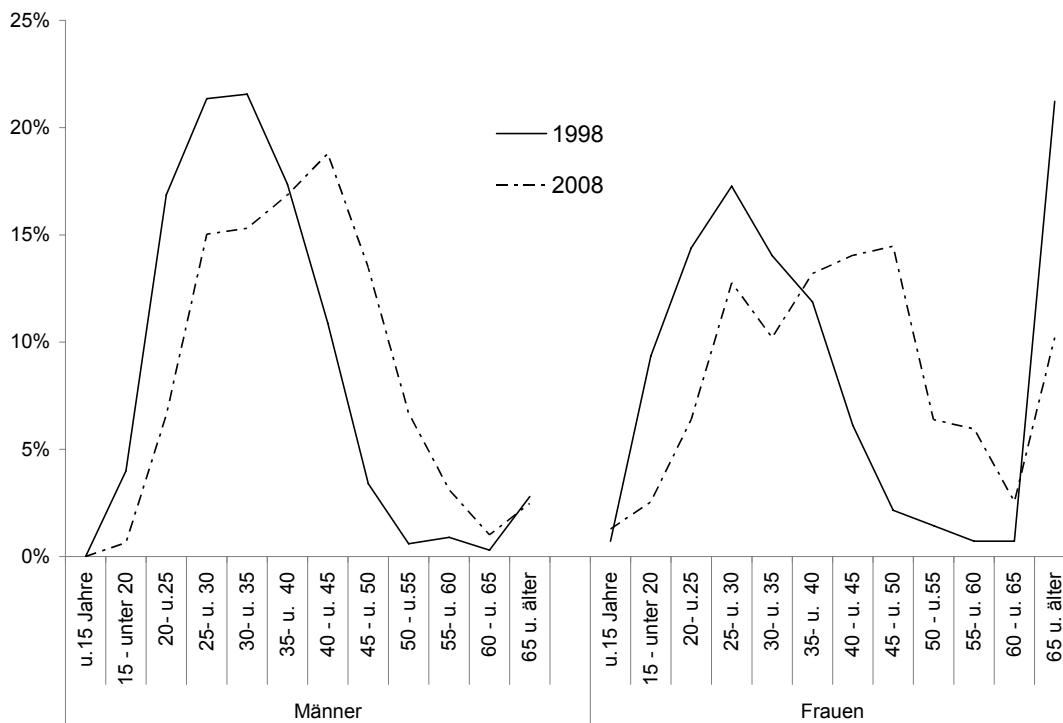
Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten beobachten. Die Altersgruppen zwischen 40 und 59 Jahren erreichten 2008 erneut höhere Anteile als jemals zuvor seit Beginn der Datenerhebung im Jahr 1998. Gleichzeitig sinkt seit Jahren der Anteil der jüngeren Altersgruppen ab, besonders der der Altersgruppe der 20-24-Jährigen. Diese Veränderungen können in Verbindung mit dem ebenfalls seit einigen Jahren steigenden Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten in ambulanter Behandlung als weiterer Hinweis dafür gesehen werden, dass die Zahl der „nachwachsenden“ Heroinkonsumenten zurückgeht. Die Altersgruppen ab 60 Jahren sind von diesem Alterskohorteneffekt abgekoppelt.



Statistisches Bundesamt; spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.4 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2008

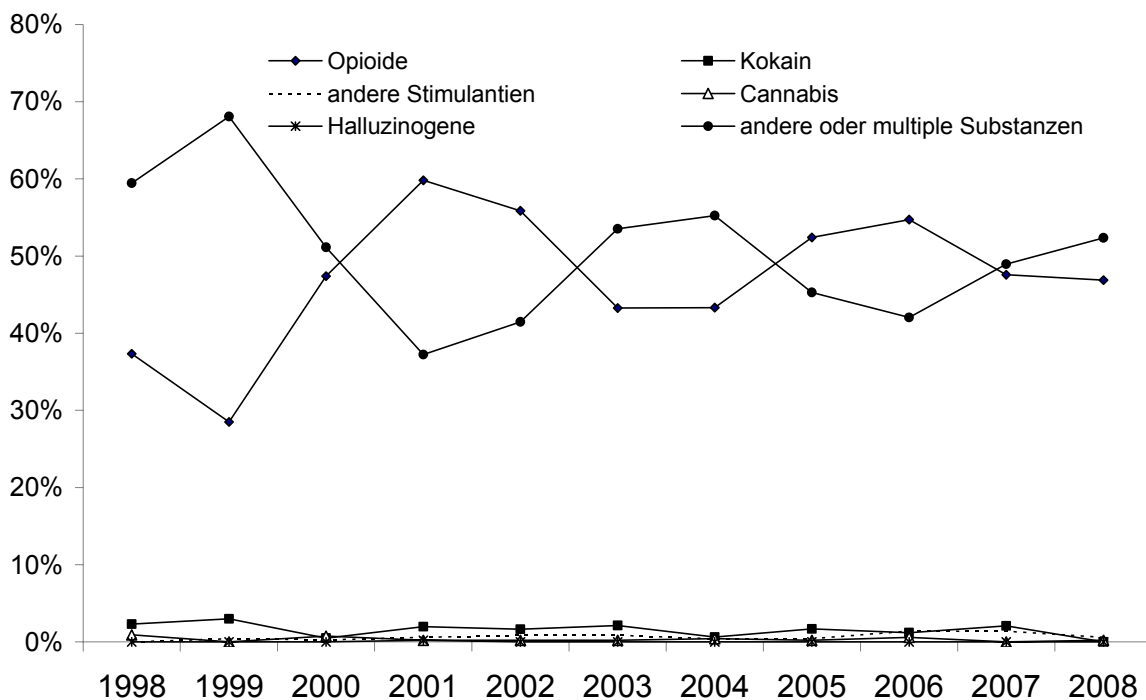
Bei einer nach Geschlecht differenzierten Betrachtung wird bei der erwähnten „Rechtsverschiebung“ im Vergleich zwischen 1998 und 2008 deutlich, dass sie bei Frauen deutlicher ausfällt als bei Männern. Außerdem gibt es Hinweise auf eine Reihe von Fehlcodierungen bei über 65 Jahre alten Frauen, bei denen offenbar Medikamentenintoxikationen in der gewählten ICD-Selektion mit aufscheinen, die nicht in Zusammenhang mit Betäubungsmittelkonsum stehen.



Statistisches Bundesamt; spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.5 Drogenbezogene Todesfälle nach Geschlecht und Altersgruppe im Vergleich 1998 und 2008

Die Substanzen, die beim jeweiligen Todesfall unmittelbar todesursächlich waren, werden in Abbildung 6.6 auf Basis der relevanten ICD10-Kategorien dargestellt. Diese Information liegt allerdings 2008 nur für 39% der Todesfälle vor. Bei der Kodierung der Todesfälle wurden sie als Todesursachen mit äußerem Anlass in der ICD-Gruppe X/Y registriert. Neben der Angabe monovalenter Opioidintoxikationen in etwa 47% der Fälle liegen ansonsten fast ausschließlich Todesfälle vor, bei denen die ICD-Codes für Mischkonsum verwendet wurden. Hier dürften selbstverständlich wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Andere Substanzen wie stimulierende Substanzen und Halluzinogene verursachten 2008 dagegen weniger als 1% der Todesfälle. Es ist nicht genau bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.



Statistisches Bundesamt; spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.6 Verteilung der Substanzkategorien bei tödlichen Betäubungsmittel- Überdosierungen 1998-2008 mit ICD X/Y- Codierung

6.5.2 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)

Ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumenten liegt nicht vor, auch aktuelle regionale Kohortenstudien sind nicht bekannt. Man kann sich der Frage jedoch nähern, indem man die Daten zu Drogenabhängigen in Behandlung nutzt.

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e) für das Jahr 2009 bei 1,5% (2008: 1,2%) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2009 86% der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 2000 im Mittel um über 10 Wochen verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zugrundegelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr bewegt sich auch 2009 auf dem Niveau der Vorjahre (Tabelle 6.2).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrecher – vermutlich über dem hier angegebenen Werten liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden.

Tabelle 6.2 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Anteil von Todesfällen bei den Beendern | 1,1% | 1,2% | 1,2% | 1,2% | 1,4% | 1,3% | 1,4% | 1,2% | 1,5% |
| Betreuungsdauer (Tage) | 263,2 | 280,7 | 282,1 | 297,5 | 305,2 | 301,7 | 314,3 | 321,2 | 336,4 |
| Mortalität p.a. | 1,5% | 1,6% | 1,5% | 1,5% | 1,7% | 1,6% | 1,6% | 1,4% | 1,6% |

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e und eigene Berechnungen.

Auf dem 11. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin im Juli 2010 wurden erstmals Zahlen zur Mortalität aus der PREMOS-Studie vorgestellt (Wittchen et al. 2010). Diese baut auf der COBRA-Studie auf, die von 2003-2006 bundesweit eine umfassende Evaluation der Substitutionsbehandlung in Deutschland mit N = 2.694 Substitutionspatienten aus 223 repräsentativ ausgewählten Einrichtungen vorgenommen hat, und beurteilt den weiteren Verlauf der Behandlung dieser Patienten in einer 5-7-Jahres-Katamnese. 131 Patienten sind seit der Baseline-Erhebung (2004) verstorben. Bezogen auf die 1.624 nachuntersuchten Patienten entspricht das einer Mortalitätsrate von 1,3% pro Jahr und insgesamt einem Anteil von 8,1% Verstorbenen. Es ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede im Mortalitätsrisiko. Die verstorbenen Patienten waren deutlich älter (MW=39,9; SD=8,6) und wiesen zur Baseline-Erhebung im Vergleich zu den noch Lebenden einen signifikant höheren Abhängigkeitsindex (EuropASI) auf.

Zu den häufigsten Todesursachen gehörten körperliche Krankheiten (44,9%) und „Überdosis“ im Zusammenhang mit konkomitanten Substanzen (42%), z.B. anderen nicht verschriebenen Opiaten und Benzodiazepinen. Bei einem Viertel aller Verstorbenen (26%) fand sich eine Interaktion verschiedener körperlicher und substanzbezogener Ursachen. Nur in einem Fall wurde eine Überdosis des Substitutionsmittels als alleinige Todesursache angegeben. 44,3% (N=58) verstarben während laufender Substitutionsbehandlung. Der Großteil (89,7%) wurde zum Todeszeitpunkt mit Methadon behandelt. 55 der 131 Patienten (42%) verstarben außerhalb der Substitutionsbehandlung.

Obwohl die durchschnittliche jährliche Mortalitätsrate von ca. 1% wider Erwarten kein Absinken im Beobachtungsraum zeigt, liegen die Mortalitätsbefunde der PREMOS-Studie insgesamt im Rahmen dessen, was auch internationale und nationale Studien, sowie die DSHS (siehe oben) in den letzten Jahren berichtet haben (Wittchen et al. 2010).

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

6.5.3 Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen

Über einige Todesfälle im Zusammenhang mit einer Milzbrandinfektion wurde in Kapitel 6.3.2 berichtet. Daten zu Verkehrsunfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum finden sich in Kapitel 9. Weitere Daten liegen aktuell nicht vor.

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Überblick

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

Allgemeine Gesundheitsversorgung

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

Spezielle Angebote

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

7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Dazu gehören Programme zur Drogennotfallprophylaxe, die z.B. auch Schulungen im Umgang mit Naloxon für Konsumenten beinhalten, Angebote, die unmittelbar Hilfe zur Verfügung stellen („Therapie sofort“), die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und als wichtige Maßnahme die Ausweitung der Substitution. Neben Daten zur Substitution (siehe Kapitel 5) liegen aktuelle Informationen auch zu einigen Drogenkonsumräumen vor.

Drogenkonsumräume

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin stellen Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Bereich von frühzeitigen Hilfen für die betroffenen Menschen dar. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot und mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Sta-

bilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten. Auf der Grundlage des §10a BtMG, der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen.

In 6 von 16 Bundesländern sind entsprechende Verordnungen erlassen worden. Momentan existieren laut einer Befragung der Länder insgesamt 27 Drogenkonsumräume mit 222 Konsumplätzen und etwa 87 Personalstellen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009).

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen ausschließlich regional für einzelne Einrichtungen vor.

Tabelle 7.1 Daten zur Klientel und den Konsumvorgängen in den drei Berliner Drogenkonsumräumen

| | Drogenkonsum-Mobil | Konsumraum Birkenstube | Konsumraum SKA |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Anzahl Besucher | 351 | 633 | 447 |
| davon Neuzugänge | 172 (49,0%) | 293 (46,3%) | 278 (62,2%) |
| Konsumvorgänge | 5.122 | 13.521 | 4.973 |
| <i>davon Heroin allein</i> | 1.765 (34,5%) | 11.742 (86,8%) | 4.240 (85,3%) |
| <i>- davon inhalativ</i> | - (k.A.) | 5.673 (41,9%) | - (k.A.) |
| <i>davon Kokain allein</i> | 654 (12,8%) | 495 (3,7%) | 293 (5,9%) |
| <i>davon Heroin-Kokain-Cocktail</i> | 2.696 (52,6%) | 1.281 (9,5%) | 350 (7,0%) |
| <i>davon Amphetamine</i> | 2 (0,04%) | - | 67 (1,4%) |
| <i>davon Methadon</i> | 5 (0,1%) | 3 (0,02%) | 22 (0,4%) |
| <i>davon Crack</i> | - | - | 1 (0,02%) |
| Anteil Frauen | 13,7% | 16,1% | 12,5% |
| Anteil Deutsche | 87,0% | 79,0% | 80,1% |
| Alter | | | |
| <i>Anteil < 28 Jahre</i> | 40,2% | 34,6% | 25,2% |
| <i>Anteil 28-38 Jahre</i> | 40,7% | 43,0% | 40,9% |
| <i>Anteil > 38 Jahre</i> | 19,1% | 22,4% | 33,3% |

Fixpunkt e.V. 2009d.

Der Berliner Suchthilfeverein Fixpunkt e.V. betreibt in Kooperation mit dem Träger vista gGmbH insgesamt drei Einrichtungen, in denen Drogen konsumiert werden können: zwei feste Drogenkonsumräume und ein Drogenkonsum-Mobil, das an zwei verschiedenen Standorten eingesetzt wird. Im Sachbericht werden verschiedene Daten zur Klientel und zu den stattgefundenen Konsumvorgängen veröffentlicht, die in Tabelle 7.1 im Überblick dargestellt werden (Fixpunkt e.V. 2009d).

Die Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2009) der insgesamt vier Frankfurter Konsumräume berichtet in ihrer Jahresauswertung 2008 von 196.221 Konsumvorgängen der insgesamt 4.681 Konsumraumnutzer, von denen 1.753 Neuzugänge waren. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich die Zahl der Konsumvorgänge um 15% erhöht. Bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten Drogen dominierten Heroin und Crack. Bei 78% aller Konsumvorgänge wurde Heroin und bei 38% Crack – allein oder in Kombination mit anderen Drogen – konsumiert (Mehrfachantworten). 16% der Konsumraumnutzer konsumierten i.v. Benzodiazepine, zumeist in Verbindung mit anderen psychotropen Substanzen. Der i.v. Konsum von Kokain wurde nur von 2% der Nutzer angegeben. Alle anderen psychotropen Substanzen wurden nur selten genannt. Wie im Vorjahr wurden bei rund 4% der Konsumvorgänge die Drogen nicht intravenös appliziert. Untersucht man die i.v. Konsummuster differenziert, wurde mit 47% der Nennungen am häufigsten Heroin allein (ohne weitere Drogen) konsumiert. An zweiter Stelle der Nennungen folgte mit 20% Heroin in Kombination mit Crack und an dritter Stelle mit 14% Crack allein. Analysiert man die Konsummuster über die Jahre, dann ergeben sich einige Verschiebungen. Der i.v. Konsum von Heroin allein hat sich seit 2003 von ursprünglich 40% der Nennungen auf 51% im Jahr 2007 erhöht. Im Jahr 2008 ist dagegen ein leichter Rückgang auf 47% zu verzeichnen. Im selben Zeitraum ist der i.v. Konsum von Crack allein von 23% im Jahr 2003 auf 12% (2007) zurückgegangen; im Jahr 2008 steigt er wieder leicht auf 14% an. Wie in den Vorjahren zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Konsummustern zwischen Männern und Frauen: Bei den Männern gibt es relativ mehr Konsumenten von Heroin allein (51%) als bei den Frauen (31%). Frauen bevorzugen relativ mehr die Kombination von Heroin und Crack (30%) als Männer (18%), ebenso den i.v. Konsum von Crack allein (Frauen 18%, Männern 13%). Ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den Konsummustern der Nutzer der Konsumräume wurden in den Vorjahren ebenfalls festgestellt. Die Gesamtgruppe aller Konsumraumnutzer setzt sich zusammen aus 84% (n= 3.927) Männern und 16% (n= 754) Frauen. Das Durchschnittsalter der Nutzer der Konsumräume ist 34,2 Jahre. Die Neuzugänge sind im Durchschnitt mit 32,4 Jahre fast 3 Jahre jünger als die Fortsetzer mit 35,2 Jahren. Vergleicht man das Durchschnittsalter aller Nutzer der Konsumräume des Jahres 2008 mit 34,2 Jahren mit dem des Jahres 2003 mit 33,3 Jahren, so ist der Altersdurchschnitt der Klientel der Konsumräume innerhalb von sechs Jahren nur um 0,9 Jahre angestiegen. Dieser Befund weist darauf hin, dass in jedem Jahr relativ viele neue und vergleichsweise junge Personen die Konsumräume nutzen. 24% der Konsumraumnutzer besuchten nur ein einziges Mal einen der vier Frankfurter Konsumräume. Das entspricht den Befunden aus den fünf Vorjahren. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil derjenigen, die die Konsumräume häufiger als zwanzig Mal aufgesucht haben, von 25% auf 28% angestiegen. Zu den häufigen Nutzern (>20 Mal) der Konsumräume gehören - wie in den Vorjahren – eher Personen, die sozial desintegriert sind. Es handelt sich dabei vor allem um Drogenabhängige aus Frankfurt am Main, die etwas älter sind (über 33 Jahre), in einer prekären Wohnsituation leben und arbeitslos sind. Die Personen, die die Konsumräume häufig nutzen, befinden sich auch deutlich häufiger in ärztlicher Behandlung und weisen überdurchschnittlich hohe Hepatitis-C-Infektionsraten auf.

Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Berichten zeigt, dass es deutliche regionale Unterschiede und auch Unterschiede zwischen Einrichtungen einer Stadt gibt. Es fällt zum Beispiel auf, dass der Anteil inhalativer Konsumvorgänge in Frankfurt 4% beträgt während ein Konsumraum in Berlin von 41,9% inhalativen Konsumepisoden berichtet oder dass der Konsum von Crack in Frankfurt relativ häufig ist, während in Berlin nur ein einziger Crack-Konsumvorgang berichtet wird. Erklärungen für solche Unterschiede liegen aktuell nicht vor und könnten bei den unterschiedlichsten Faktoren gesucht werden (z.B. Verfügbarkeit von Substanzen, Rahmenbedingungen/Strukturen in den Konsumräumen, unterschiedliche Klientel...).

Broschüre „Prävention von Drogentodesfällen“

Die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS e.V.) hat 2009 eine Broschüre zum Thema „Prävention von Drogentodesfällen“ herausgegeben, in der neben einer Begriffsbestimmung, Epidemiologie und einer Diskussion der Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern vor allem praktische Handlungsansätze verschiedener Einrichtungen in Bayern vorgestellt werden. Dabei werden Rückfallpräventionsansätze in den Risikosituationen nach Entlassung aus Haft, Therapie oder Entgiftung und Ansätze zur Schulung und Fortbildung von Drogenberatern und Konsumenten im Umgang mit Notfallsituationen beschrieben. Außerdem werden rechtliche Grundlagen für professionelle Suchthelfer dargestellt, die den Rahmen für die Arbeit in der Drogenhilfe bilden. Die Broschüre wendet sich in erster Linie an Praktiker aus der Sucht- und Drogenhilfe, soll aber auch Verantwortliche aus Institutionen und Behörden ansprechen und Interesse in der Politik wecken, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die helfen, Drogentodesfälle zu verhindern. Die Broschüre kann kostenlos auf der Internetseite der BAS heruntergeladen werden¹¹¹ (Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. 2009).

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten in der niedrigschwelligen Arbeit

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrigschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und –risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Laut Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009) bieten von den ca. 1.000 anerkannten ambulanten Beratungsstellen und Kontaktläden mindestens 25% Spritzentauschprogramme an, diese Zahl beruht jedoch auf einer groben Schätzung durch Experten. Die Deutsche AIDS-Hilfe führt auf ihrer neuen Website zum Projekt „Spritzenautomaten jetzt“¹¹² 161 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern mit Standort und Betreiber auf. Damit verfügt Deutschland weltweit über die größte Anzahl von Spritzenautomaten. Dennoch kann man

¹¹¹ <http://bas-muenchen.de>

¹¹² www.spritzenautomaten.de

nicht von einem flächendeckenden Netz sprechen, da 6 Bundesländer über keine Standorte von Spritzenautomaten verfügen und nur Nordrhein-Westfalen mit etwa 100 Automaten und Berlin mit 16 Automaten über ein gut ausgebautes Netz verfügen. Bundesweite Statistiken über die exakte Zahl sonstiger Vergabestellen oder die Zahl verteilter Spritzen stehen nicht zur Verfügung.

Um diese Informationslücke zum Angebot von Sprizentauschprogrammen und anderen Safer-Use-Maßnahmen in Deutschland zu schließen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit in 2010 ein Projekt, das vom IFT Institut für Therapieforschung durchgeführt wird und eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Maßnahmen zur Prävention injektionsbedingter Gesundheitsschäden zum Ziel hat.

Einige Informationen können aus Berichten einzelner Einrichtungen oder Träger entnommen werden.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin meldet beispielsweise, dass sich in Berlin an 16 Standorten Spritzen(verkaufs)automaten befinden (Stand: 31.12.2009, persönliche Mitteilung 2010). Die Utensilien sind in speziell bedruckten Schachteln verpackt. Die unterschiedlichen Aufdrucke vermitteln Informationen zu Themen wie „Händehygiene“, „Hepatitis-A/B-Impfung“, „Venenpflege“ und „Hepatitis-Test“. Neben den Präventionsbotschaften auf den Schachteln sind auch Kontaktmöglichkeiten zum Verein suchtbegleitender Hilfen e.V. „Fixpunkt“ genannt. Fixpunkt hat im vergangenen Jahr 33 Einrichtungen befragt (es handelte sich bei diesen um Drogen- und Suchtberatungsstellen, Drogen-/Suchthilfe-Kontakteinrichtungen, aufsuchende Arbeit/Streetwork-Projekte der Jugendhilfe, Prostitutions-Projekte und Krisenübernachtungen), ob sie ein Sprizentauschprogramm anbieten. Geantwortet haben auf diese Frage 15 Einrichtungen, davon geben 13 Einrichtungen an, gebrauchtes Spritzenmaterial gegen steriles einzutauschen. Es handelt sich um sechs niedrigschwellige Einrichtungen und sieben Beratungsstellen. In allen 13 Einrichtungen ist es möglich, kurze und lange Nadeln sowie 2ml-Spritzen zu tauschen. Sechs Einrichtungen geben Steri Cups und Filter im Tausch aus, fünf Einrichtungen tauschen 1ml-, 5ml- und 10ml-Spritzen aus, in vier Einrichtungen ist es möglich, gebrauchte 20ml-Spritzen gegen sterile einzutauschen. Insgesamt gesehen ist das Tauschangebot bei niedrigschwelligen Kontakteinrichtungen breiter. Lediglich eine der sieben Beratungsstellen tauscht auch gebrauchte Filter und Steri Cups aus, während sich das Angebot bei den anderen Beratungsstellen auf den Tausch von kurzen/langen Nadeln und 2ml-Spritzen beschränkt.

Tabelle 7.2 gibt einen Überblick über weitere Zahlen und Informationen, die bisher vorliegen. Dabei wird deutlich, wie unterschiedlich die Modelle zur Abgabe von Spritzen aussehen, aber auch wie unterschiedlich der Detailgrad der Dokumentation von Programmen ist.

Tabelle 7.2 Daten zur Abgabe von Spritzen und anderen Konsumutensilien in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland

| Träger/ Bundesland | Reichweite | Ausgegebenes Material | Jahr | Ausgabe-Modus | Bezugsgrößen | Quelle |
|-----------------------------------|---|--|---------------|---|--|---|
| Prop e.V. Bayern | 1 Einrichtung (Kontaktladen L43, München) | Spritzenabgabe: 57.020 Davon Tausch: 35.547 davon Verkauf: 21.473 Ascorbinsäure: ca. 45 kg Alkoholtupfer: ca. 120.000 Steriles Wasser: ca. 16.000 Kaffeelöffel: ca. 21.000 | 2009 | 1:1 Tausch gegen gebrauchte Spritzen oder Ausgabe gegen Unkostenbeitrag von 25 Cent | Insgesamt 38.482 Kontakte, durchschnittlich 113 Personen pro Tag | Kontaktladen L43 2010 |
| Caritas Mecklenburg-Vorpommern | 1 Einrichtung (Kontaktladen Rostock) | 2008: 9.160 Spritzen 1.960 Kanülen 2009: 6.743 Spritzen 938 Kanülen | 2008/ 2009 | Keine Angabe | 2008: insgesamt 2.670 Besucher 2009: insgesamt 2.581 Besucher | Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, persönliche Mitteilung 2010 |
| Fixpunkt e.V. Berlin | 1 Spritzenautomat (Marzahn-Hellersdorf) | 50 Schachteln (Automat wurde erst Ende des Jahres aufgestellt) | 2008 | Verkauf verschiedener Schachtelsorten (kurze oder lange Nadeln, Spritzen, Alkoholtupfer, Kondompäckungen oder „Kombi-Packs“) für 50 Cent oder 1 EUR | Keine Angabe | Fixpunkt e.V. 2009b |

| Träger/ Bundesland | Reichweite | Ausgegebenes Material | Jahr | Ausgabe-Modus | Bezugsgrößen | Quelle |
|-------------------------|--|--|------|--|--|---------------------|
| Fixpunkt e.V. Berlin | 1 Spritzen- automat (Span- dau) | 1.794 Schachteln | 2008 | Verkauf verschiedener Schachtelsorten (kurze oder lange Nadeln, Sprit- zen, Alkoholtupfer, Kon- dompokungen oder „Kombi-Packs“) für 50 Cent oder 1 EUR | Keine Angabe | Fixpunkt e.V. 2009a |
| Fixpunkt e.V. Berlin | 1 Projekt (Auf- suchende Dro- genhilfe Charlot- tenburg- Wilmerdsdorf) | Im Rahmen des Präventions- mobils: 1.530 Kondome 64.000 Tupfer 1.700 Creme 9.700 Wasser 11.340 Filter 4.200 Stericups 2.680 Spritzen 1/5/10 ml 2.600 Spritzen 20 ml 33.780 Spritzen 2 ml 64.100 Kanülen ----- Im Rahmen von Streetwork- Einsätzen: 253 Mal sterile Spritzen und Kanülen ausgegeben | 2008 | Tausch gegen gebrauch- te Spritzen:3.879 Mal; Kostenlose Abgabe: 141 Mal; Abgabe gegen Spende: 1.249 Mal ----- Keine Angabe | 5.429 Materialausgabe- Kontakte (= 43% der Besucher des Mobils) ----- 105 Streetwork-Einsätze mit 426 Kontakten | Fixpunkt e.V. 2009c |

| Träger/ Bundesland | Reichweite | Ausgegebenes Material | Jahr | Ausgabe-Modus | Bezugsgrößen | Quelle |
|-------------------------|--|--|------|----------------------------------|--|---------------------|
| Fixpunkt e.V. Berlin | 1 Einrichtung (Druckausgleich – Kontaktstelle für Drogengebraucher/innen) | 1.547 Spritzentausch-Kontakte, davon 620 Kontakte mit Methadon-Spritzen-Tausch Außerdem 50 Streetwork-Einsätze: „Angetroffene Personen wurden mit Kondomen sowie Spritzbesteck versorgt.“ | 2008 | Tausch gegen gebrauchte Spritzen | Keine Angabe | Fixpunkt e.V. 2009e |
| Fixpunkt e.V. Berlin | 2 Standorte (Mobilix – Aidsprävention und medizinische Basisversorgung für Opiat- und Kokaingebraucher/innen) | 71.000 Spritzen Davon 7.900 „Methadon-Spritzen“ 124.000 Kanülen 10.700 Kondome | 2008 | Keine Angabe | Insgesamt 8.034 Materialausgabe-Kontakte | Fixpunkt e.V. 2009f |
| STEP Nieder-sachsen | 1 Einrichtung (Café „Connection“ Hannover) | 168.112 Spritzen | 2008 | Keine Angabe | Keine Angabe | Step 2009 |
| STEP Nieder-sachsen | 1 Einrichtung (Szenecafé „inkognito“ Hameln) | 31.162 Spritzen 15.896 Mal Ausgabe sonstiger Safer-Use-Artikel (Alkoholtupfer, Ascorbinsäure, steriles Wasser, Pflaster, Filter, Kondome...) | 2008 | Keine Angabe | Insgesamt 5.901 Kontakte | Step 2009 |

| Träger/ Bundesland | Reichweite | Ausgegebenes Material | Jahr | Ausgabe-Modus | Bezugsgrößen | Quelle |
|----------------------------|---|---|------|--------------------------------------|--------------|---|
| AIDS-Hilfe NRW e.V. NRW | Alle 54 Kommunen (gesamtes Bundesland) | Drogenhilfeeinrichtungen: 2.133.143 lose abgegebene Spritzen Automaten: 238.276 ausgegebene Spritzen 7.950 Kondome 44.936 Pflege- und Caresets | 2007 | Keine Angabe | Keine Angabe | AIDS Hilfe NRW e.V. 2010 |
| DROBS Halle Sachsen-Anhalt | 3 Einrichtungen (DROBS, AWO Suchtberatungsstelle, S.C.H.I.R.M.-Projekt) | 57.000 Spritzen 73.000 Kanülen | 2006 | 1:1 Tausch gegen gebrauchte Spritzen | Keine Angabe | Stadt Halle 2007 |
| Schleswig-Holstein | 5 Einrichtungen | 148.310 Spritzen | 2006 | Keine Angabe | Keine Angabe | Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, persönliche Mitteilung 2007 |

Prävention und Behandlung von HIV und Hepatitis bei Drogenkonsumenten

Überarbeitete Leitlinie zur Prävention und Therapie der Hepatitis-C-Virus-Infektion

2010 wurde die Überarbeitung der 2004 publizierte S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht. Ziel dieser S3-Leitlinie ist die Etablierung von Standards in Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der HCV-Infektion zur Reduktion von Neuinfektionen, zum rationalen Einsatz der Diagnostik, zur Vermeidung der Komplikationen einer chronischen Hepatitis sowie zum evidenzbasierten Einsatz einer antiviralen Therapie (Sarrazin et al. 2010). Darin wird empfohlen, aktive und ehemalige i.v. Drogenkonsumenten in jedem Fall einer HCV-Diagnostik zu unterziehen, da heute rund zwei Drittel der HCV-Neuinfektionen dem Faktor „Drogengebrauch“ zugeschrieben werden können und eine adäquate HCV-Diagnostik auch eine entscheidende Bedeutung bei der Sekundärprävention hat. Bezüglich einer HCV-Therapie wird festgestellt, dass Drogenabhängigkeit per se keine Kontraindikation für eine HCV-Therapie darstellt. Als bestes Setting für eine Therapie bei (ehemaligen) Drogenkonsumenten gilt eine Substitutionsbehandlung. Bei aktivem Drogengebrauch ist eine antivirale Therapie in der Regel nicht zu empfehlen, auch hier sollte aber eine individuelle Abwägung stattfinden.

Befragung zu HIV/HCV-Tests und Hepatitis-A/-B-Impfung bei Substituierten

Im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2009 wurde von der Deutschen AIDS-Hilfe in Zusammenarbeit mit dem bundesweiten JES-Netzwerk und Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe eine bundesweite Befragung von Substituierten durchgeführt. Ziel war es, Informationen zur Durchführung von HIV- und HCV-Tests im Rahmen der Substitutionsbehandlung zu erlangen. Neben der Kenntnis des aktuellen Infektionsstatus wurde die Frequenz von regelmäßigen HIV- und HCV-Tests bei substituierten Patienten mit negativem oder unbekanntem Infektionsstatus erfragt. Zusätzlich wurden Informationen zum aktuellen Hepatitis-A (HAV)- und Hepatitis-B (HBV)-Impfstatus erhoben. Zielgruppe der Untersuchung waren Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Substitutionsbehandlung befanden¹¹³. Bezüglich des aktuellen Infektionsstatus gaben 51,3% (n=272) der Befragten an, mit HCV infiziert zu sein, 48,7% (n=258) gaben einen negativen oder unbekanntem HCV-Status an. 7,9% (n=42) waren nach eigenen Angaben mit HIV infiziert. In die Auswertung zur Frequenz von HCV- und HIV-Tests wurden jeweils nur die Personen einbezogen, die ihren entsprechenden Infektionsstatus mit negativ oder unbekannt angaben. Von den 258 Personen mit einem

¹¹³ Insgesamt konnten 534 ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. Mit 70% (n=375) Männern und 30% (n=157) Frauen spiegelt die Gruppe der Befragten das Geschlechterverhältnis in der Szene wider. Der überwiegende Teil der Befragten war zwischen 30 und 40 Jahre alt (n= 234; 44%) oder älter (n=233; 43%). 13% (n=68) waren zwischen 18 und 29 Jahre alt. Fast 50% (n=266) der Teilnehmer befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung länger als 5 Jahre in Substitutionsbehandlung, etwa 30% (n=161) 2 Jahre oder kürzer.

negativen oder unbekanntem HCV-Status gaben 57% (n=147) an, im Rahmen der Substitutionsbehandlung noch nie einen HCV-Test durchgeführt zu haben. Nur bei 26% der Befragten wurde alle 6 oder 12 Monate ein Test zur Feststellung des HCV-Status durchgeführt. Bei den verbleibenden Teilnehmern wurde der HCV-Status nur alle 2 Jahre oder in noch größeren Abständen ermittelt. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Durchführung regelmäßiger HIV-Tests. Bei 51,6% der 488 eingeschlossenen Personen wurde im Rahmen der Substitutionsbehandlung noch nie ein Test zur Feststellung des HIV-Status durchgeführt. Mit 12,7% (n=62; alle 6 Monate) bzw. 15,2% (n=74; einmal im Jahr) werden zumindest 30% in solchen Zeiträumen regelmäßig getestet wie sie bei vulnerablen Gruppen empfohlen werden. Da die HAV- und HBV-Impfung als eine der wichtigsten Schutzmaßnahmen bei vulnerablen Gruppen wie i.v. Drogenkonsumenten angesehen wird, wurde bei allen Befragten zusätzlich der HAV- und HBV-Impfstatus erhoben. 71% gaben an, über keinen HAV-Impfschutz zu verfügen, 67% verfügten über keinen HBV-Impfschutz. Der Autor schlussfolgert, dass die Substitutionsbehandlung ihre vorhandenen Potenziale in der Erkennung, Prävention und Behandlung von Infektionserkrankungen nur unzureichend nutzt. Dies werde nicht nur in der mangelhaften Erkennung von HCV- und HIV-Infektionen durch regelmäßige Tests deutlich, sondern manifestiere sich auch in der ungenügenden Prävention von HAV- und HBV-Infektionen durch eine entsprechende Impfung. Auch die Kenntnis der Substituierten über ihren aktuellen Infektionsstatus könne als unzureichend bezeichnet werden. Etwa jeder sechste Befragte hat nach eigenen Angaben keine Kenntnis über seinen Status. Aufgrund der teilweise sehr weit zurückliegenden letzten Tests muss auch eine gewisse Anzahl der Nennungen „HCV- bzw. HIV-negativ“ mit Vorsicht betrachtet werden (Schäffer 2010).

Pilotprojekt zur Entwicklung von Hepatitis-C-Präventionsmaßnahmen

Im Rahmen eines Pilotprojekts zur Entwicklung und Evaluation von Hepatitis-C-Präventionsmaßnahmen, das von Oktober 2008 bis September 2011 vom Berliner Verein Fixpunkt e.V. in Kooperation mit dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg (ZIS) in Drogenkonsumräumen und Kontaktläden durchgeführt wird (siehe auch Kapitel 1) liegen erste vorläufige Ergebnisse vor. Das Projekt beinhaltet die Erprobung mehrerer Interventionen, wie z.B. Erstkontakt-Gespräche, Zielgruppen-Gespräche, sog. prophylaktische Impulse einschließlich eines Händewasch-Trainings sowie Hepatitis-Testberatung und Testung. Die Evaluation der ersten 10 Monate dieses Projekts hat gezeigt, dass bereits innerhalb des ersten Zeitraums die konzipierten Interventionen umgesetzt, durchgeführt und dokumentiert werden konnten. D.h. alle Interventionen der Frühintervention erwiesen sich als machbar. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil bewährte Interventionen des Bundesmodellprojekts später von anderen Drogenhilfeeinrichtungen übernommen werden sollen. Die Machbarkeit ausgewählter Interventionen wird deshalb bereits in Konsumraumeinrichtungen in Frankfurt und in Kürze auch in Dortmund erprobt. Leider gelang es nicht, die anvisierte Zielgruppe im vorgesehenen Umfang zu erreichen, da äußere Einflüsse (insbesondere die ungeplante vorübergehende Schließung eines Drogenkonsumraums) dies verhinderten. Hier bleibt zu hoffen, dass mit Einrichtung eines neuen Angebots Abhilfe geschaffen werden kann. Die weitere Arbeit im Modellprojekt wird sich verstärkt der Ausdifferenzierung einzelner

Bausteine widmen, um insbesondere die Zugänglichkeit zu den Interventionen deutlich zu erhöhen und für eine breitere Akzeptanz innerhalb der Einrichtungen zu sorgen (BMG, persönliche Mitteilung 2010).

Studie zur Machbarkeit einer HCV-Behandlung bei schwerstabhängigen Opioidkonsumenten

Schulte et al. (2010) berichten von der ersten Studie, die die Machbarkeit einer antiviralen HCV-Behandlung in einer Stichprobe schwerstopioidabhängiger Personen, die im Rahmen der deutschen Heroinstudie mit Diamorphin behandelt wurden, untersuchte. Es wurden alle heroinbehandelten Patienten der Studie, die eine Standard-HCV-Therapie mit Interferon und Ribavirin erhielten eingeschlossen. Der Beikonsum von legalen und illegalen Drogen wurde toleriert, solange er die Therapie nicht beeinträchtigte. Insgesamt wurden 26 Patienten aufgrund einer chronischen HCV-Infektion behandelt. Alle Untersuchungsinstrumente zum Schweregrad der Komorbidität zeigten eine deutliche körperliche und psychische Beeinträchtigung der Probanden. 21 Patienten (81%) konnten in der Behandlung gehalten werden, die Adhärenzquote betrug 92%. 18 Patienten (69%) sprachen auf die Therapie an. Damit entsprach die Erfolgsquote der von nicht-drogenkonsumierenden Patienten und war besser als die in den meisten Studien zur Substitution mit Methadon. Dieses Ergebnis ist vor allem vor dem Hintergrund der ausgeprägten körperlichen und psychischen Komorbidität, des bestehenden Beikonsums von Kokain und Benzodiazepinen und der Häufigkeit von Nebenwirkungen bemerkenswert, die alle als Hindernisse für die HCV-Behandlung von Opioidabhängigen gelten. Es zeigt sich, dass in einem an die Bedürfnisse der Patienten angepassten Behandlungssetting (supervidierte Heroinbehandlung mit intensiver psychosozialer Unterstützung und hoher Kontakthäufigkeit) auch schwerstabhängige, schwer erreichbare Drogenkonsumenten erfolgreich gegen HCV behandelt werden können.

Einfluss von Beikonsum auf die Hepatitis-C-Therapie

Beikonsum wird von behandelnden Ärzten häufig als kritischer Punkt in der Therapieentscheidung von Substitutionspatienten angesehen. Die nicht-interventionelle Studie PRISMA soll deshalb untersuchen, welchen Einfluss der Beikonsum unter Alltagsbedingungen auf den Erfolg der HCV-Therapie hat. Zwischen Januar 2006 und Dezember 2007 wurden von 59 Substitutionsärzten 573 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Patienten waren stabil opioid-substituiert und mit HCV infiziert¹¹⁴. Die Substitutionsmuster veränderten sich unter HCV-Therapie nicht: 56,8% Methadon, 21,8% Polamidon, 17,9% Buprenorphin. Die Verteilung der HCV-Genotypen (GT) war: GT1 41,1%, GT2 5,6%, GT3 50,0%, GT4 3,3%. 57,7% der Patienten hatten eine hohe Viruslast. Als Beikonsum parallel zur HCV-Therapie wurden Kokain (2,5%), Opiate (8,9%), Benzodiazepine (6,7%), Barbiturate (0,7%), Amphetamine (0,3%) und Cannabis (13,7%) anhand von Urinkontrollen erfasst. Von den Patienten mit pa-

¹¹⁴ Die vorliegende Zwischenanalyse basiert auf Daten von 302 Patienten, die die vorgesehene Gesamtbeobachtungsdauer (= Standard-HCV-Therapiedauer + 24 Wochen Nachbeobachtung) bereits abgeschlossen haben. Die Patienten waren durchschnittlich 35,5 Jahre alt, 77,5% waren Männer und die mittlere Dauer des i.v. Drogenkonsums betrug 10,5 Jahre.

rallelem Beikonsum erzielten 70,35% (121/172) eine „sustained viral response“ (SVR), dagegen lag die SVR-Rate bei den Patienten ohne Beikonsum nur bei 43,4% (46/106) ($p < 0,0001$). Bei einer detaillierten Betrachtung des Beikonsums zeigt sich, dass 70,2% der Patienten mit Cannabiskonsum (66/94) eine SVR erreichen. Die Autoren schlussfolgern, dass der Beigebrauch bei den dokumentierten Substitutionspatienten keinen nachteiligen Einfluss auf den Erfolg der HCV-Therapie zu haben scheint. Speziell im Vordergrund steht der Cannabiskonsum, der am häufigsten nachgewiesen wurde. Beikonsum von Cannabis sollte demzufolge nicht als Ausschlusskriterium für eine Therapie der Hepatitis C angesehen werden (Walcher et al. 2009).

Individualisierte Therapiedauer bei Hepatitis-C-Therapie

Im Rahmen des 10. Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin wurden 2009 die ersten Zwischenergebnisse der INDIV-2-Studie vorgestellt, in der die individuell-adaptierte Therapiedauer von 24-72 Wochen zur Behandlung von Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Genotyp 1 Infektion mit Peginterferon alfa-2b plus Ribavirin in Abhängigkeit von der Ausgangskonzentration und des initialen Abfalls der HCV-RNA untersucht wird. Ausgangslage für die Studie ist, dass die Verkürzung der Therapiedauer bei Patienten mit niedriger Virämie sowie HCV-RNA-Negativität mittlerweile europaweit anerkannt ist, derzeit jedoch noch unklar ist, ob Patienten mit hoher Ausgangsviruslast und HCV-RNA-Negativität zu Woche 4 wirklich volle 48 Wochen behandelt werden müssen. In einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie wurde deshalb bei 398 therapie-naiven HCV Genotyp 1 Patienten die Therapiedauer in Abhängigkeit von der Ausgangskonzentration und des initialen Abfalls der HCV-RNA individuell-adaptiert festgelegt. Als Kontrollgruppe dienten 224 Patienten aus der direkt vorausgegangenen Studie (INDIV-1-Studie), die 48 Wochen behandelt wurden. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des virologischen Ansprechens (HCV-RNA-Negativierung), gemessen mit einem hoch-sensitiven Essay, und der Unterteilung in hohe und niedrige Ausgangsviruslast in Zukunft eine individualisierte Therapieverkürzung auf 24, 30 und 36 Wochen möglich sein wird (Sarrazin 2009).

Infektiologische Versorgung Opiatabhängiger in Einrichtungen der stationären und ambulanten Rehabilitation

Vor dem Hintergrund, dass es bisher kaum Daten zur Therapie drogenassoziierter Infektionskrankheiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation gibt, führten Gansefort und Kollegen (2009) eine Versorgungsstudie unter 793 stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit den Schwerpunkten „Drogenabhängige“ und „Mehrfachabhängige“ durch¹¹⁵. Eine Testung auf HAV-/HBV-/HCV- und HIV-Infektion findet größtenteils regelhaft statt. Die geschätzten Daten zur Lebenszeitprävalenz der behandelten opioidabhängigen Patienten liegen bei HAV = 10,6%, HBV = 17,4%, HCV = 49,7% und HIV = 5,0%. Eine antivirale HBV-Therapie wird in 12,4% der Einrichtungen angeboten, eine antivirale HCV-Therapie

¹¹⁵ Von den 186 Einrichtungen, die in die Analyse einbezogen werden konnten, waren 60,2% stationäre und 39,2% ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Die Einrichtungen hatten im Mittel 22,7 Therapieplätze für i.v. Drogenabhängige und 66,9 i.v. drogenabhängige Patienten pro Jahr.

in 32,8% der Einrichtungen und eine antiretrovirale HIV-Therapie in 30,6% der Einrichtungen. Häufige Therapieausschlussgründe sind „mangelnde Therapieadhärenz“, „zu erwartende Nebenwirkungen“ und „psychiatrische Komorbidität“ (patientenbezogene Gründe) sowie „fehlende fachliche Erfahrung“, „fehlende Abrechnungsmöglichkeiten“ und „nicht in den Tagesablauf der Einrichtung integrierbar“ (strukturelle Gründe). In den Kommentaren der befragten Einrichtungen wird deutlich, dass eine antivirale HCV-Therapie aufgrund fehlender 6-monatiger Drogenabstinenz und zu kurzer Behandlungsdauer nur selten begonnen wird. Die Ergebnisse der Studie führen die Autoren zu den Schlussfolgerungen, dass das antivirale bzw. antiretrovirale Therapieangebot in der medizinischen Rehabilitation ungleich gewichtet ist. Trotz einer deutlich geringeren HIV- und einer im Gegensatz dazu hohen HCV-Durchseuchungsrate ist das Angebot an entsprechenden antiretroviralen bzw. antiviralen Therapien fast identisch. Durch die Forderung einer 6-monatigen Drogenabstinenz vor Therapiebeginn wird zusätzlich ein erheblicher Teil der i.v. drogenabhängigen Patienten aus der Therapie ausgeschlossen. Weiterhin bestehen Kostenübernahmeprobleme und ein Bedarf an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen sowie spezifischen Einrichtungskonzepten.

Re-Therapie der chronischen Hepatitis C

Backmund (2009) beschreibt in einem Artikel, dass die Erfolgsaussichten einer Hepatitis-C-Therapie heute sehr hoch seien und daher auch bei denjenigen Patienten, die in der Vergangenheit erfolglos behandelt wurden, die Indikationen für eine Re-Therapie geprüft werden sollten. Für opioidabhängige Patienten gelte eine Substitutionsbehandlung als ideales Setting. Darüber hinaus stellt der Autor die folgenden Indikationskriterien für eine Re-Therapie auf:

- Genotyp 2 oder 3
- Relapse-Patienten
- Patienten mit fortgeschrittener Fibrose
- Patienten mit Monotherapie als Ersttherapie
- Patienten mit Genotyp 1 und Interferon- α 2a/b und Ribavirin als Ersttherapie
- Patienten mit nicht optimaler Ersttherapie (fehlende Aufzeichnungen)
- Patienten, bei denen die Nebenwirkungen optimaler behandelt werden könnten

Anhand eines Fallbeispiels mit einer zweimaligen Re-Therapie zeigt Backmund auf, dass diese Kriterien bei Opioidabhängigen mit Erfolg angewendet werden können.

HCV-Therapie bei psychotischen Drogenabhängigen

Bestimmte schwere psychiatrische Erkrankungen, wie z.B. Psychosen, gelten bis heute als Kontraindikation für die Behandlung mit Interferon- α . Vor allem unter HCV-infizierten Drogenkonsumenten finden sich 6-24% psychotische Patienten, die damit von vornherein von einer Therapie ihrer HCV-Infektion ausgeschlossen sind. Deshalb stellen Götz und Krausz (2009) in ihrer Veröffentlichung anhand einiger Kasuistiken vor, wie sie nach einer sorgfälti-

gen individuellen Schaden-Nutzen-Abwägung und unter neuroleptischer Behandlung auch solchen Patienten eine Interferontherapie anbieten. Die Autoren gelangen zu der Schlussfolgerung, dass es offenbar zu keinen schweren psychotischen Episoden kommt, sofern die psychotischen Patienten nach bestimmten Sicherheitskriterien ausgesucht werden und prophylaktisch mit einer neuroleptischen Therapie behandelt werden. Nur selten müsse eine Interferonbehandlung aufgrund der psychiatrischen Erkrankung abgebrochen werden. Auch die Adhärenz unterscheide sich nicht von Normalkollektiven. Die Autoren schließen sich der Meinung anderer Autoren an und plädieren dafür, nur Patienten mit schweren hirnorganischen Veränderungen und aktiv Alkohol- und Drogenabhängige von einer HCV-Therapie auszuschließen. In allen anderen Fällen könnten die Patienten durch eine adäquate psychiatrische Therapie soweit stabilisiert werden, dass eine Interferontherapie relativ gefahrlos durchgeführt werden könne.

7.4 Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten

In eine Analyse eines Subsamples der in das deutsche Modellprojekt zur Diamorphingestützten Behandlung eingeschlossenen Patienten kommen Schäfer und Kollegen (2009) zu dem Ergebnis, dass auch Patienten mit einer vorliegenden komorbiden psychiatrischen Störung stärker von einer heroingestützten Behandlung profitieren als die Vergleichsgruppe der mit Methadon behandelten Personen. Die Autoren leiten aus den Ergebnissen ihrer Studie die Empfehlung ab, das Vorliegen psychiatrischer Komorbidität bei Personen mit Opioidabhängigkeit als Einschlusskriterium für eine diamorphingestützte Behandlung zu bewerten. Weitere Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen finden sich auch in Kapitel 5 (unter den Angaben zur Substitutionsbehandlung).

8 Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

8.1 Überblick

Drogenkonsum steht häufig in Zusammenhang mit schwierigen familiären und persönlichen Lebensumständen. Der Drogenkonsum kann dabei einerseits Folge dieser Bedingungen sein, andererseits aber auch zur Verschlechterung der Zukunftsaussichten der Konsumenten beitragen. Die sozialen Rahmenbedingungen, unter denen Drogenkonsum stattfindet, zeigen die Marginalisierung insbesondere bei intensiv Konsumierenden.

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opioidabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik, den Länderkurzberichten und aus den regionalen Monitoringsystemen in Hannover, Frankfurt/M. und Hamburg.

8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) hat fast jeder fünfte Klient ambulanter Einrichtungen mit einer primären Opioidproblematik (17,7%) oder mit primärer Kokainproblematik (18,0%) und etwa ein Viertel der Cannabisklienten (24,0%) bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss. Fast zwei Drittel der Klienten mit primärer Opioidproblematik (62,3%) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos und jeweils etwas mehr als ein Drittel (37,2% bzw. 38,8%) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen (Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung praktisch nichts. Während dies bei vielen Cannabisklienten am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle (insbesondere die Opioidklienten) häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e). Im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (Martens et al. 2009) wurden im Jahr 2008 insgesamt 5.089 Opioidklienten (2007: 4.809) registriert, die ambulante Hilfe in Anspruch nahmen. Von diesen lebten zwar 82% (2007: 80%) in stabilen Wohnverhältnissen, allerdings waren 69% (2007: 70%) arbeits- bzw. erwerbslos. Insgesamt hatten 87% (2007: 88%) mindestens einen primären Schulabschluss.

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor (2009: N=24). Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2009 niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchten, noch schlechter als in anderen Hilfebereichen. Wie in Tabelle 8.1 zu sehen ist, liegen die Werte für fehlenden Schulabschluss, Arbeits- und Wohnungslosigkeit bei allen Substanzen noch deutlich höher als bei den Klienten in ambulanter Betreuung. Alle vorliegenden Daten sind aber nur eingeschränkt interpretierbar, da nur von zwölf (Schulabschluss), 13 (Erwerbssituation) und 16 (Wohnsituation) der insgesamt 24 in der DSHS berücksichtigten niedrigschwelligen Einrichtungen Daten zu diesen drei Variablen vorliegen und die Absolutzahlen der Klienten mit ille-

galer Drogenproblematik (zum Schulabschluss liegen 681 gültige Angaben vor, zur Erwerbssituation 765 und zur Wohnsituation 1.144) relativ niedrig sind (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010c). Hinzu kommt, dass auch die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=24 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland wiedergibt (vgl. Kapitel 5.2) und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen.

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2009)

| Hauptdiagnose | Ambulante Betreuung | | | Niedrigschwellige Einrichtungen | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Ohne Schulabschluss ¹⁾ | Arbeitslos ²⁾ | Ohne Wohnung ²⁾ | Ohne Schulabschluss ¹⁾ | Arbeitslos ²⁾ | Ohne Wohnung ²⁾ |
| | % | | | % | | |
| Alkohol | 6,3 | 42,5 | 0,5 | 10,4 | 68,3 | 13,4 |
| Opioide | 17,7 | 62,3 | 2,6 | 27,4 | 76,8 | 6,7 |
| Cannabinoide | 24,0 | 37,2 | 0,7 | 43,5 | 43,1 | 1,8 |
| Sedativa/Hypnotika | 5,6 | 34,4 | 0,5 | 33,3 | 80,0 | 0,0 |
| Kokain | 18,0 | 38,8 | 1,2 | 27,6 | 75,9 | 2,6 |
| Stimulantien | 14,0 | 44,1 | 1,0 | 10,5 | 47,4 | 4,5 |
| Halluzinogene | 19,0 | 42,2 | 2,9 | 50,0 | 50,0 | 0,0 |
| Tabak | 16,7 | 16,3 | 0,3 | 42,9 | 42,9 | 14,3 |
| Flücht. Lösungsmittel | 44,4 | 24,3 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Mult./and. Subst. | 18,1 | 50,4 | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

1) Oder in Schulausbildung.

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010c.

8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

Seit Mitte der 1990er Jahre erhält das Thema Sucht und Migration zunehmend mehr Aufmerksamkeit in Fachkreisen und wissenschaftlichen Untersuchungen, obwohl laut Statistischem Bundesamt (DeStatis) inzwischen fast ein Fünftel (19%) der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund aufweist¹¹⁶. In Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen wurden in verschiedenen Untersuchungen höhere Inzidenzen unter Menschen mit Migrationshintergrund beobachtet.

In einer Gruppe von ca. 150 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund ist der Konsum von Tilidin stark verbreitet. Die Wirkung und der Entzug entsprechen dem von anderen Opiaten (Fixpunkt e.V., persönliche Mitteilung 2009). Informationen und

¹¹⁶ <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.psm>

Unterstützung bei Tilidinabhängigkeit (u.a. mit Flyern in russisch, türkisch, serbisch) bietet das Projekt „Transit“ (s.a. Kapitel 1.3.2), das sich seit Juni 2009 in den Themenfeldern Jugend, Migration und Sucht (transkulturelle und kulturspezifische Suchtarbeit mit Jugendlichen) engagiert¹¹⁷.

Eine kürzlich bei den Thüringer Beratungsstellen durchgeführte Umfrage belegt, dass bezogen auf die für Thüringen quantifizierbaren Klientenzahlen zur Zeit über die existierenden Arbeitsansätze und –strukturen der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention hinaus keine spezifischen Strategien und Ansätze insbesondere bezogen auf Migranten benannt wurden. Bezogen auf die Gesamtzahl der Neuzugänge (N=4.431) erscheint die Zahl der Klienten mit Migrationshintergrund (N=83) mit 1,9% auf einem sehr niedrigen Niveau (Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, persönliche Mitteilung 2010).

8.3 Soziale Reintegration

Das in den letzten Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit Substanzstörungen geschaffen. Genauer hierzu findet sich in den REITOX-Berichten 2005, 2007 und 2008.

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

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurden neben Eltern-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation auch die Leistungen in der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen. Informationen zu teilstationären Einrichtungen der Sozialtherapie sind dem REITOX-Bericht 2009 zu entnehmen.

8.3.1 Unterkunft

Für Drogenabhängige steht eine Reihe von Angeboten zur Verfügung, um eine bestehende Wohnungslosigkeit zu überbrücken. Einige statistische Zahlen hierzu liegen aus den Angaben der Bundesländer in den Länderkurzberichten für das Bezugsjahr 2008 vor, die sich im REITOX-Bericht 2009 finden.

8.3.2 Bildung, berufliche Ausbildung

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

¹¹⁷ <http://www.gangway.de/>

Komplementär zur Behandlung werden drogenabhängigen Menschen in vielen Einrichtungen Förderprogramme angeboten, die dem Training der schulischen Fähigkeiten, der Verbesserung der Ausbildung oder Orientierung im Berufsleben dienen. Darüber hinaus ist es möglich, im Rahmen externer Schulprojekte Schulabschlüsse nachzuholen. Berufsausbildungen werden durch enge Kooperationen mit Handwerk und Industrie ermöglicht. In Anbetracht der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit und der eher rückläufigen Mittel für diesen Bereich zeichnet sich bislang keine Verbesserung der Lage ab.

An der STEP-Therapieschule in Hannover können ehemals Drogenabhängige, Drogengefährdete und Substituierte den Hauptschulabschluss (Kursdauer: Ein Jahr) und den Realschulabschluss (Kursdauer: Zwei Jahre) nachträglich erwerben. Im Jahr 2008 waren von insgesamt 98 Kursteilnehmern 26 unter 20 Jahre alt, 44 zwischen 21 und 25 Jahren, 18 zwischen 26 und 30 Jahren und zehn über 30 Jahre alt. Die Kostenträger waren entsprechend der Altersstruktur für 23% der Schüler die Jugendhilfe (§§ 35 a, 41 SGB VII) und für 75% die Sozialhilfe (§§ 53 ff SGB VII). Von 42 Kursteilnehmern, die die Maßnahme im Jahr 2008 beendeten, schlossen 26 regulär ab (durch Prüfungen und andere Anschlussmaßnahmen), davon zwölf mit Realschulabschluss. Zwei Schüler müssen in die Relegation, 14 haben den Kurs abgebrochen (Step 2009).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine durch das Institut SPI-Research bis Ende 2009 durchgeführte Studie gefördert, die die Wirksamkeit von schulischer Qualifikation in vier Einrichtungen der Medizinischen Rehabilitation sowie von zwei externen Einrichtungen für die schulische Qualifikation ehemals Drogenabhängiger vor allem im Hinblick auf eine Vereinbarkeit parallel stattfindender Therapie und schulischer Qualifikation untersucht hat. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Therapieerfolg durch die parallele schulische Qualifikation nicht beeinträchtigt wird.

8.3.3 Beschäftigung

Die ohnehin angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt erschwert suchtkranken Menschen nach ihrer Behandlung eine Integration ins Berufs- und soziale Leben. Die Arbeitslosenquote unter drogenabhängigen Menschen ist extrem hoch - je nach Problemgrad bis zu über 80%. Studien zeigen, dass die soziale und berufliche Integration ein wesentlicher Indikator für eine dauerhafte Abstinenz bei den Betroffenen ist.

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dieser flankierenden Eingliederungsleistungen ist die Suchtberatung (§ 16 a SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II, nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbezugnis darüber haben die

Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor.

In einer Sonderauswertung der Hamburger Basisdokumentation (BADO) bilanzieren die Autoren, dass Personen, die von der ARGE per Auflage an die Hamburger Suchthilfe übermittelt wurden, eine besondere Klientel darstellen. Sie sind sozial weniger integriert, verfügen über eine unterdurchschnittliche Bildung und berichten häufig über Schulden. Ihre Kindheit war oftmals von Heimaufenthalten oder suchtkranken Eltern geprägt und sie berichten häufig von Gewalt – sei es als Opfer oder Täter – und Aggressionen. Außerdem sind sie gesundheitlich und psychisch stärker beeinträchtigt als Klienten, die ohne eine Auflage den Weg in die Einrichtung finden. Die genannten Einzelergebnisse formen sich in der Zusammenschau zu dem Bild einer hoch belasteten Gruppe von suchtkranken Personen, die entsprechender Hilfe dringend bedürfen. Die vergleichsweise geringen Behandlungsvorerfahrungen verweisen darauf, dass diese Klientel bisher durch das Suchthilfesystem nur ungenügend erreicht werden konnte. Den ARGE-Zentren kommt somit als vermittelnde Instanz eine bedeutsame Rolle zu. Sie verschaffen der Suchthilfe einen ersten Zugang zu den Bedürftigen und ermöglichen so, diesen die dringend notwendige Hilfe zukommen zu lassen. Die Abbildung zur Art der Beendigung einer Betreuung, welche auf die hohen Abbruchquoten der ARGE-Klienten verweist, macht jedoch auch deutlich, dass das bloße Vorhalten von etablierten Hilfeangeboten nicht ausreicht. Personen, die von institutioneller Seite dazu verpflichtet worden sind, sich bei einer Beratungsstelle vorzustellen, dürften zu großen Teilen nur eine geringe Motivation haben, sich aktiv in den Betreuungsprozess einzubringen. Die langfristige Bindung dieser Klientel an das Hilfesystem wird ohne ein besonders intensives und langfristig angelegtes Engagement der Beratungsstellen nicht möglich sein. Aufgrund der hohen Problembelastung benötigen diese Klienten möglicherweise spezifische Angebote. Dass sich dieser besondere Aufwand lohnt, zeigt sich - trotz hoher Abbruchquoten - auch bei den von der ARGE vermittelten Klienten in einer insgesamt bemerkenswerten Reduktion des intensiven Alkoholkonsums sowie einer Verbesserung der gesundheitlichen und psychischen Situation (Martens et al. 2009).

Die Ergebnisse des Projektes „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ (s.a. Kapitel 1.3.2) zeigen eine große Heterogenität in Bezug auf das konkrete Vorgehen bei der Betreuung suchtkranker Kunden im SGB II. In jeder Phase – vom Erkennen des Suchtproblems über die Betreuung und Förderung bis zur Integration in Arbeit – gibt es eine sehr unterschiedliche Praxis in den Grundsicherungsstellen. Grundsicherungsstellen, die mit der örtlichen Suchthilfe eine geregelte Kooperation vereinbart haben, gelingt es tendenziell besser, die in der Fachdiskussion unumstrittenen Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Aus Sicht der befragten Grundsicherungsstellen sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren: eine enge Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe, ein breites Angebot flankierender und kurzfristig zur Verfügung stehender sozialer Dienste sowie gut qualifizierte Fachkräfte, die über ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen in vielen

Fällen noch unzureichend geschult und zeitliche Ressourcen aufgrund hoher Betreuungsrelationen tendenziell knapp sind. Eine personelle Zuständigkeit für die Planung und Koordination der Förderung und Beratung von Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen gibt es nur in ca. der Hälfte der Grundsicherungsstellen. Auf der Haben-Seite steht, dass die Mehrheit der Grundsicherungsstellen über eine ausreichende Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung verfügt. In der Praxis zeigt sich, dass erhebliche Schwierigkeiten gesehen werden, Suchtprobleme im Betreuungsgespräch sicher zu erkennen. Die Einschaltung der Suchtberatungsstellen erfolgt überwiegend dann, wenn in der Suchtkrankheit ein Vermittlungsproblem gesehen wird oder wenn die Kunden dies wünschen. Die Integration in Erwerbstätigkeit ist aus Sicht der Grundsicherungsstellen für viele der Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen unrealistisch. Arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen berücksichtigen nicht in allen Grundsicherungsstellen die besonderen Bedürfnisse dieses Personenkreises (Henke et al. 2010)¹¹⁸.

Die Projekt- und Fachberatungen von FAIRE (s.a. Kapitel 1.3.2) führten zur Umsetzung von konkreten Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration. Aus den Ergebnissen der Modellarbeit sind praxisorientierte Handlungsleitlinien für die Fachkräfte im Bereich des Schnittstellenmanagements zwischen Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration entwickelt und als Arbeitshilfen und Broschüren den Fachkräften zur Verfügung gestellt worden. Die "Modelle der Kooperation zur adäquaten fachlichen Zusammenarbeit der Einrichtungen der Arbeitsmarktintegration und der Suchtkrankenhilfe" sind auf der Basis des aktuellen (2009) "4-Phasen-Modells der Integrationsarbeit" von ARGE/Agentur erarbeitet worden. Darüber hinaus wurden in der Arbeitshilfe die Forderungen von Fachkräften der ARGEen bzw. Agenturen aufgegriffen und praxisrelevante Fragen zur Suchtproblematik fundiert und praxisnah beantwortet. Die Ergebnisse der Erhebungen zur Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und den Trägern der Grundsicherung in den Jahren 2006 und 2009 ergaben, dass sich die Zusammenarbeit wesentlich verbessert hat. Für 2005 berichteten lediglich 20% der ARGEen von einer regelmäßigen Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe, 2009 waren dies erfreulicherweise 73%. Das bundesweite Interesse wird u.a. dadurch dokumentiert, dass im Rahmen des "Trans-FAIRE" Fachtagungen und Expertengespräche in Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit positiver Resonanz durchgeführt wurden. Die Ergebnisse belegen, dass in den Handlungsfeldern der Suchtkrankenhilfe und Arbeitsmarktintegration während der Projektlaufzeiten der Bundes- und Landesmodellprojekte jobwärts und FAIRE die Kooperation nachhaltig verbessert werden konnte¹¹⁹.

Vor dem Hintergrund der vorhandenen Einschränkungen schulischer und beruflicher Art ist es für die meisten Personen mit substanzbezogenen Störungen ein Erfolg, eine Maßnahme regulär zu beenden. An den Arbeitsprojekten „Sprungbrett“ der STEP Hannover (Fahrradstation, Umzüge, Grünpflege, u.ä.) haben 2008 insgesamt 91 Personen teilgenommen (überwiegend Mehraufwandsbeschäftigungsverhältnisse nach SGB II § 16d), von denen insge-

¹¹⁸ Der Abschlussbericht ist verfügbar unter: www.drogenbeauftragte.de

¹¹⁹ Verfügbar unter: www.fachstelle-faire.de

samt vier Teilnehmer durch ihre Maßnahme in feste Beschäftigung oder geförderte Maßnahmen integriert werden konnten (Step 2009).

In Thüringen gibt es ca. zehn Arbeits- und Beschäftigungsprojekte zur Integration arbeitsloser suchtkrank Menschen. Zielgruppen sind sowohl von Alkohol abhängige Personen als auch Konsumierende illegaler Drogen. Drei Projekte sind durch Selbsthilfeaktivitäten ehemals suchtkrank Menschen entstanden und seit vielen Jahren erfolgreich bei der beruflichen und sozialen Integration dieser Personengruppen. Die Finanzierung dieser Angebote erfolgt vorrangig über das SGB II, über kommunale Fördermöglichkeiten, über Mittel des Europäischen Sozialfonds und über Spenden (Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, persönliche Mitteilung 2010).

Regional ausgewählte Patienten der Fachklinik Elbingerode/Harz konnten 2006 und 2007 in der Entlassungsphase aus der medizinischen Rehabilitation/Beginn der postrehabilitativen Stabilisierung in selbständiger abstinenter Lebensweise intensiver, individueller und gezielter im Hinblick auf die berufliche Integration gefördert werden. Dadurch kam es zu einer deutlich verbesserten Abstinenz- und Erwerbsquote, die sich auch in der Ein-Jahres-Katamnese nachweisen lässt (Stopp 2010).

Förderung durch die Rentenversicherung

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherungsträger wurde im Zuge der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationsangebote zum festen Bestandteil der Behandlung Suchtkranker. Sie beinhaltet z.B. indikative Gruppen zu Arbeitslosigkeit und Trainings für die Bewerbung um einen Arbeitsplatz. Grundsätzlich ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit das zentrale Ziel der Rentenversicherung bei der Behandlung von Suchtkranken. Neben rein somatischen Aspekten zählen hierzu ebenfalls psychische Aspekte, die die notwendigen persönlichen und sozialen Fähigkeiten des Klienten beinhalten, um im Arbeitsalltag bestehen zu können.

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

Versicherte haben einerseits einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, aber andererseits auch Mitwirkungspflichten¹²⁰. Die Sozialleistungen können einbehalten werden, wenn den Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen und somit die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht gebessert wird. Trotzdem wurden 2005 fast ein Drittel (29,5%) der ambulanten und ein Viertel (24,2%) der stationären Behandlungen wegen Drogenabhängigkeit für die Region Mitteldeutschland nicht angetreten (Retzlaff et al. 2010).

¹²⁰ §§ 62 und 65 SGB I

Ein Behandlungsmodell der Rentenversicherung Mitteldeutschland ist der „Magdeburger Weg“, der auch in Thüringen Anwendung findet. Um alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen zeitnah zu rehabilitieren, finden hier neben den bisherigen Antragswegen auch neue und effizientere Verfahren Anwendung. Die bisher zwingend notwendige Motivationsphase durch die Suchtberatungsstellen wird von denjenigen Patienten, die sich in der Akutbehandlung für eine medizinische Rehabilitation entscheiden, übersprungen. Durch die frühzeitige Behandlung kann einer weiteren Verschlechterung der Suchterkrankung und deren Folgeschäden entgegengewirkt sowie eine Motivation für ein suchtmittelfreies Leben entwickelt werden. Das als „Magdeburger Weg“ bezeichnete Verfahren wird inzwischen nicht nur von Suchtfachkliniken in Mitteldeutschland praktiziert, sondern auch in Kooperation mit anderen ARGE n in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in die Praxis umgesetzt. Das heißt, eine Entwöhnungsbehandlung kann jetzt auch direkt durch den Arzt der Arbeitsagentur beantragt werden, wenn er das Suchtproblem des ALG II-Empfängers aus medizinischer Sicht bestätigt hat (Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, persönliche Mitteilung 2010).

Forschner (2009) berichtet aus der Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen „Medinet-AG Alte Ölmühle“ über seine Erfahrungen mit der Schnelleinweisung nach dem „Magdeburger Weg“ und kommt zu einem überwiegend positiven Fazit: Arbeitslose Abhängige können frühzeitiger für eine Therapie gewonnen werden und einige konnten sogar wieder in ein Arbeitsverhältnis gebracht werden. Durch Zuführung in eine Rehabilitation konnten Diagnostik, Krankheitsinformation und Förderung der Abstinenzmotivation sowie medizinische Behandlung durchgeführt und so einer weiteren Chronifizierung der Suchterkrankung und der Folgeschäden entgegengewirkt werden. Eine nahtlose Vermittlung aus der Entzugsbehandlung in eine Therapie ist sinnvoll. Es bestehen keine Unterschiede in den Behandlungsergebnissen gegenüber den Patienten, die über die bisherigen Zugangswege in eine Rehabilitation kommen.

Kulick (2009) stellt drei innovative Projektelemente (Fallbegleitung, Kombi-Behandlung und BORIS) zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker vor. Alle drei Projekte betonen die Zielorientierung der Rentenversicherung (berufliche Integration und Beschäftigungserhalt). Durch Kooperationen (Betriebliches Eingliederungsmanagement) und gemeinsame Ressourcennutzung (BORIS) sowie enge sektorenübergreifende Vernetzung (Kombi-Behandlung) und schnittstellenüberwindende Unterstützung der Suchtkranken im Selbstmanagement (Fallbegleitung) kommt es zu Synergien und Begrenzung eines ansonsten unnötigen Zusatzaufwandes.

Soziale Hilfen und Unterstützung

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

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

9.1 Überblick

Da der Besitz von Drogen illegal ist, gehören strafrechtliche Konsequenzen nicht nur in den EU-Mitgliedsstaaten zu den wichtigsten negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums. Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; Rauschgiftdelikte) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität. Erstere werden in vier unterschiedlichen Deliktgruppen erfasst:

- Allgemeine Verstöße nach §29 BtMG (v.a. Besitz, Erwerb und Abgabe, so genannte Konsumdelikte),
- illegaler Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften nach §29 BtMG,
- illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge nach §30 BtMG,
- sonstige Verstöße gegen das BtMG.

Beschaffungskriminalität ist vor allem in Hinblick auf Diebstahl und Raub von Bedeutung.

9.2 Drogenbezogene Kriminalität

9.2.1 Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Drogen

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 235.842 Rauschgiftdelikte erfasst (2008: 239.951), davon rund 170.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und etwa 51.000 Handelsdelikte. Die Zahl der Rauschgiftdelikte sank damit gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 1,7% ab (BMI 2010).

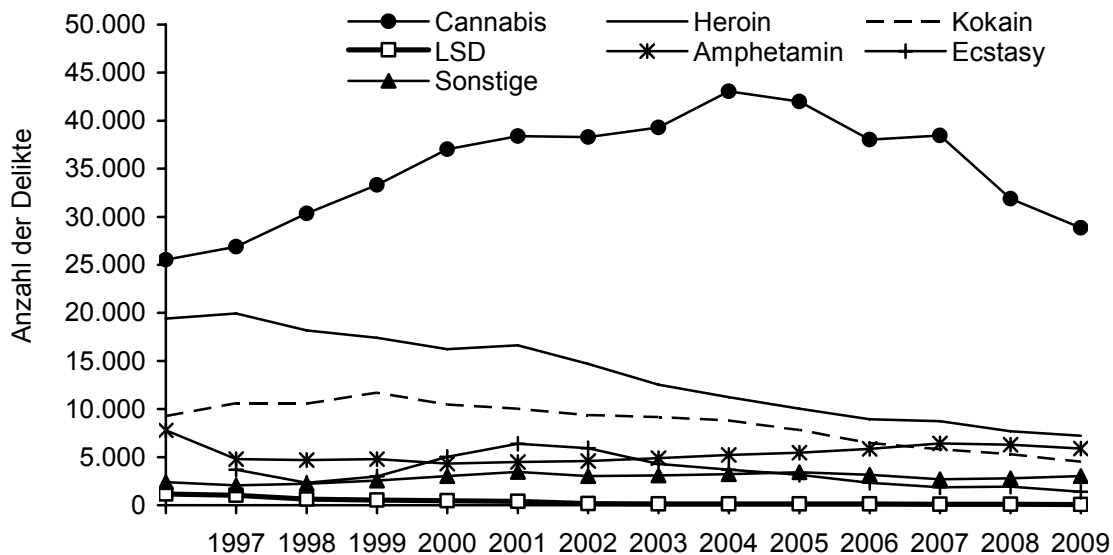
Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2009 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.479 Fälle (2008: 2.698) der direkten Beschaffungskriminalität registriert, was einen Rückgang von 7,9% gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Zahl dieser Delikte lag damit, nach Anstiegen in den vorherigen beiden Jahren, wieder unter dem Wert von 2007. Fast drei Viertel (70,2%) dieser Delikte betrafen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln (BMI 2010).

Handelsdelikte

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

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielte Cannabis 2009 sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (28.867 Delikte, 56,6% aller Delikte; 2008: 31.868 Delikte, 57,0%), mit großem Abstand gefolgt von Heroin (7.205, 14,1%; 2008: 7.687, 13,8%) (Abbildung 9.1). Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Kokain (4.522, 8,9%; 2008: 5.278, 9,4%; 2007: 5.822, 9,1%) sind während der letzten Jahre leicht rückläufig. Seit 2000 steigt der Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an, auch wenn die Fallzahl in den letzten beiden Jahren leicht zurückgegangen ist. Der Anteil der Amphetamindelikte an allen Handelsdelikten lag 2009 bei 11,5% (5.870 Delikte; 2008: 6.282, 11,2%), was wie schon in den vergangenen beiden Jahren dem dritten Platz in dieser Rangfolge entspricht (BMI 2010).



BMI 2010.

Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten

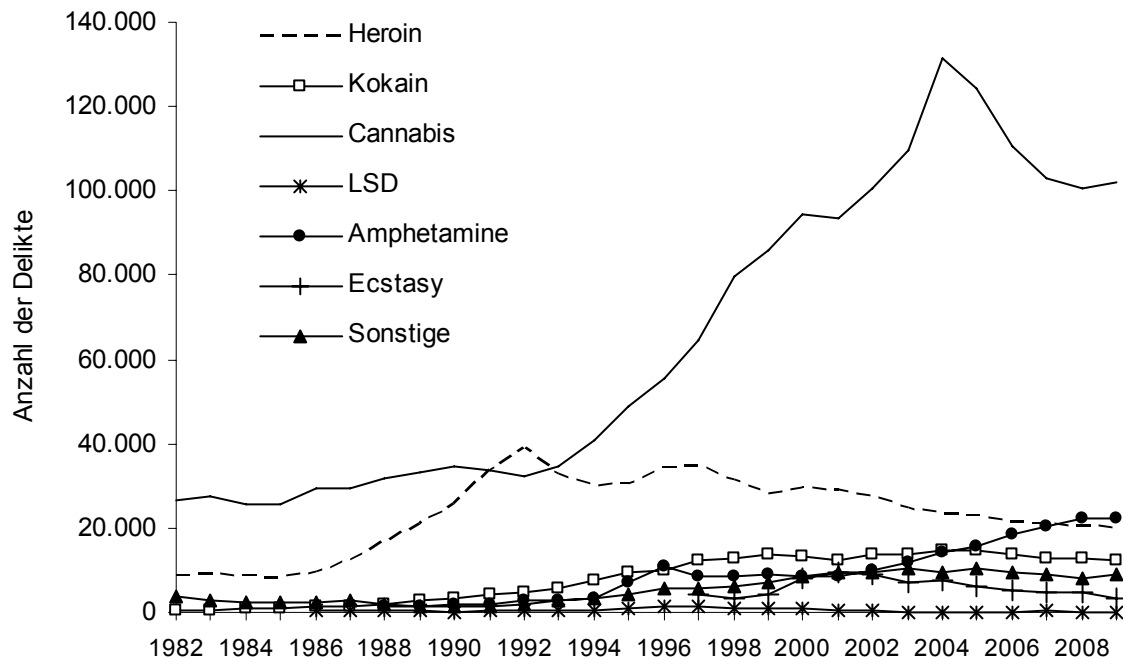
Konsumnahe Delikte¹²¹

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

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2010) zeigt, dass auch bei diesen Delikten vor allem Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 60,2% aller entsprechenden Fälle im Jahr 2009 beruhten auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (11,9%), Amphetamine (13,2%) und Kokain (7,3%) machten zusammen weitere 32,3% der registrierten Delikte aus,

¹²¹ Der Begriff "Konsumnahe Delikte" umschreibt die allgemeinen Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften sowie ähnliche Delikte umfassen.

während sich der Rest sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen verteilte. Die Gesamtzahl ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert (2009: 169.689; 2008: 169.386) und auch bei einer Differenzierung nach Drogenarten zeigen sich allenfalls minimale Veränderungen. Seit Mitte der 1990er stieg damit die Zahl der konsumnahen Delikte mit Amphetaminen zum ersten Mal nicht weiter an (2009: 22.387; 2008: 22.509). (Abbildung 9.2).



BMI 2010.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Neben Angaben zu Rauschgiftdelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken zu Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit harten Drogen polizeiauffällig wurden („Erstauffällige“). Es handelt sich dabei also um eine Art Inzidenzmessung. Allerdings müssen die Einträge dieser Personen im Polizeiregister nach einer gesetzlichen Frist wieder gelöscht werden, falls sie in der Zwischenzeit nicht erneut auffällig geworden sind (die Speicherfristen betragen in der Regel für Erwachsene 10 Jahre, für Jugendliche 5 Jahre und für Kinder 2 Jahre; in Fällen von geringerer Bedeutung können die Fristen jeweils kürzer festgelegt werden). Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass die Zahl der erfassten Erstauffälligen auch von der Intensität der Strafverfolgung abhängt. Rauschgiftdelikte sind Kontrolldelikte, d.h. es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Strafverfolgung ist. Ein Vergleich mit Trends in anderen erfassten Bereichen, zum Beispiel bei der Zahl behandelter Fälle, kann durch Triangulation helfen, eine verlässlichere Gesamtaussage über Trends zu treffen.

Die Gesamtzahl erstaußälliger Konsumenten harter Drogen ist (mit Ausnahme einer Steigerung von 2007 nach 2008) seit 2004 von Jahr zu Jahr leicht gesunken. Insgesamt wurden 2009 18.139 Personen registriert (2008: 19.203; -5,5%). Leichte Rückgänge ergaben sich bei Heroin (2009: 3.592; 2008: 3.900; -7,9%) und Kokain (2009: 3.591; 2008: 3.970; -9,5%). Stark gesunken war die Zahl erstaußälliger Konsumenten von Ecstasy (2009: 1.357; 2008: 2.174; -37,6%) sowie, bei niedrigen Gesamtzahlen, von Methamphetamin („Crystal“ 2009: 364; 2008: 443; -17,8%), Crack (2009: 181; 2008: 350; -48,3%) und LSD (2009: 127; 2008: 158; -19,6%). Die Zahl erstaußälliger Konsumenten sonstiger harter Drogen stieg von 2008 (286 Fälle) nach 2009 (321 Fälle) um 12,2%, die Zahl der erstaußälligen Konsumenten von Amphetaminen¹²² erreichte 2009 mit 10.679 registrierten Personen (2008: 10.631; +0,5%) den bisherigen Höchststand erreicht.

Die erstaußälligen Konsumenten von Amphetaminen machen mehr als die Hälfte (58,9%) der insgesamt erfassten erstaußälligen Konsumenten aus (Heroin: 19,8%; Kokain: 19,8%, Ecstasy: 7,5%, Crack: 1,0% und Sonstige inkl. LSD: 2,5%)¹²³. In dieser Statistik bleiben Cannabiskonsumenten unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden (BKA 2010a).

Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug¹²⁴

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) wurden im Jahr 2008 61.256 Personen (2007: 57.116) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2009 liegen noch nicht vor). 53.334 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2007: 48.363), 7.922 (2007: 8.753) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 18.195 (2007: 18.341) Freiheitsstrafen - davon 11.627 (2007: 11.708) zur Bewährung - sowie 35.139 (2007: 30.022) Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt 2009b).

Die Gesamtzahl der Verurteilungen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 7,2% erhöht (2006-2007: +9,5%). Der Anstieg resultiert ausschließlich aus einer Zunahme der erwachsenen

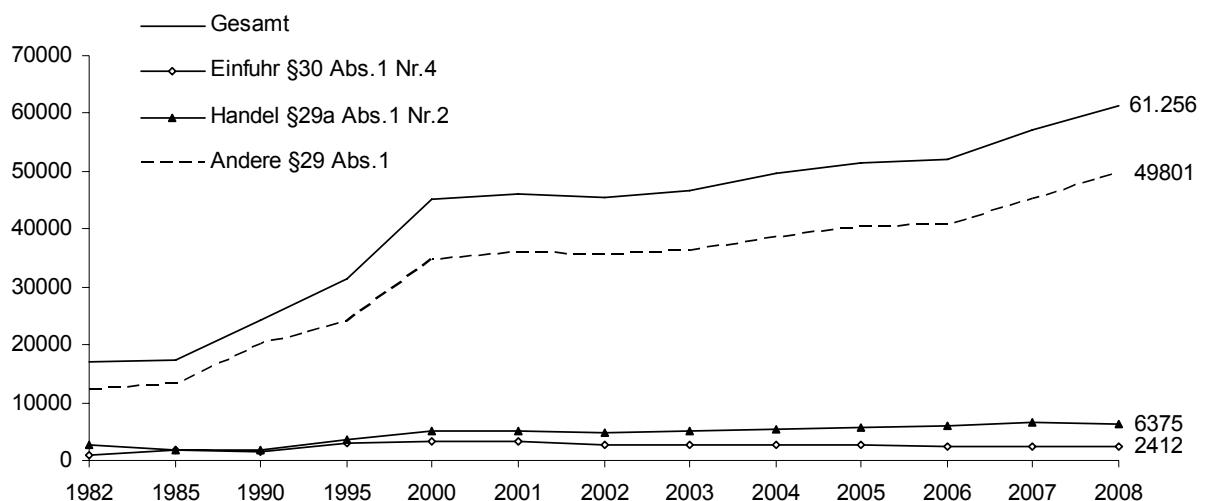
¹²² Inklusiv EKHD „Methamphetamin“

¹²³ Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als EKHD registriert; zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich, so dass die prozentuale Aufschlüsselung nach Drogenart 100% übersteigt.

¹²⁴ Abgeurteilte sind Angeklagte, gegen die Strafbefehle erlassen wurden bzw. Strafverfahren nach Eröffnung des Hauptverfahrens durch Urteil oder Einstellungsbeschluss rechtskräftig abgeschlossen worden sind. Ihre Zahl setzt sich zusammen aus den Verurteilten und aus Personen, gegen die andere Entscheidungen (u.a. Freispruch) getroffen wurden. Bei der Aburteilung von Angeklagten, die in Tateinheit (§ 52 StGB) oder Tateinheit (§ 53 StGB) mehrere Strafvorschriften verletzt haben, ist nur der Straftatbestand statistisch erfasst, der nach dem Gesetz mit der schwersten Strafe bedroht ist. Insbesondere bei verhängten Gesamtstrafen für in Tateinheit begangene Straftaten kann das nachgewiesene Strafmaß höher liegen, als dies die Strafbestimmungen für die statistisch erfasste schwerste Straftat vorsehen. Werden mehrere Straftaten der gleichen Person in mehreren Verfahren abgeurteilt, so wird der Angeklagte für jedes Strafverfahren gesondert gezählt.

Straftäter. Bei den Heranwachsenden¹²⁵ und Jugendlichen¹²⁶ ist dagegen ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Bezüglich der Art der Delikte ist der Gesamtanstieg vor allem auf eine Zunahme unspezifischer Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG) um 10,1% auf 49.801 Fälle zurückzuführen (2007: 45.249). Dagegen ist die Anzahl der Handelsdelikte (-3,1%) und der Verstöße gegen §30 Abs.1 Nr.4 (-3,8%) im Vergleich zu 2007 leicht zurückgegangen (Abbildung 9.3).

Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz machten 2008 7,0% (2007: 6,4%) aller Verurteilungen aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,7% etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,9%). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 3,5%. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Rauschgiftdelikte mit 9,8% deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 62,7% der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 64,0%, Frauen: 51,2%); in 61,0% dieser Fälle handelte es sich dabei um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2009b).



Statistisches Bundesamt 2009b.

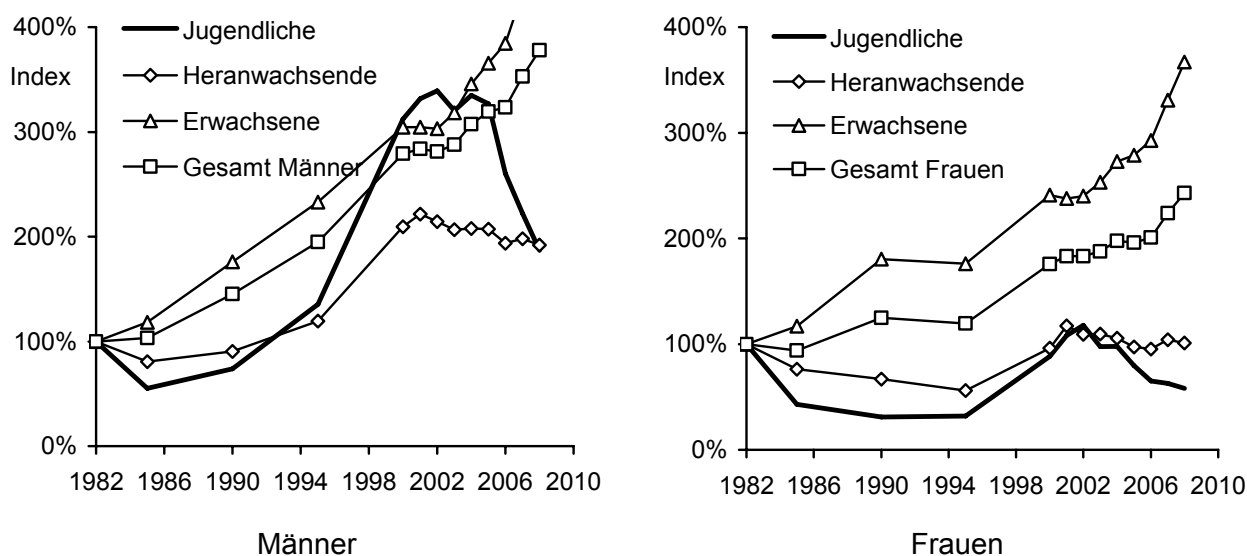
Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch im Jahr 2008 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 55.036; Frauen: 6.220). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 26 Jahre gibt es deutliche Unterschiede. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100%), so hat sich die Zahl der Verurteilungen bei den Män-

¹²⁵ Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.

¹²⁶ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

nen bis zum Jahr 2008 fast vervierfacht, bei den Frauen mehr als verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei jugendlichen und heranwachsenden Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2008 unter denen bzw. gleichauf mit denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche und für Heranwachsende etwa verdoppelt hat. Dieser enorme Anstieg an Verurteilungen unter jugendlichen und heranwachsenden Männern fand vor allem zwischen 1995 und 2000 statt. Zwischen den Jahren 2000 und 2005 hat es in diesen Gruppen keinen weiteren gravierenden Anstieg mehr gegeben. Von 2005 bis 2008 ist unter Jugendlichen ein deutlicher Abwärtstrend zu beobachten (männliche Jugendliche: -42,8%; weibliche Jugendliche: -27,2%), unter Heranwachsenden gab es zwischen 2005 und 2008 nur geringe Veränderungen (männliche Heranwachsende: -7,4%, weibliche Heranwachsende: +3,8%) (Abbildung 9.4).



Statistisches Bundesamt 2009b.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

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

9.2.2 Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen

Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Seit 2003 gibt das Statistische Bundesamt jährlich in seinem Verkehrsunfallbericht auch darüber Auskunft, ob die an einem Unfall beteiligten Fahrzeugführer unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel als Alkohol standen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Bundesverfassungsgericht 2004).

Im Jahr 2009 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 310.667 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 472.239 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.1). Davon standen 16.500 Unfallbeteiligte (5,3%) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.281 (0,3%) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2010b). D.h., dass sich der Trend seit 2003 auch 2009 fortgesetzt hat und die Zahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt sowie die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss im Vergleich zum Vorjahr gesunken ist.

Die Zahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel liegt 2009 etwas unter den Werten der Vorjahre. Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss aber immer noch mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 9.1 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen

| Jahr | Unfälle mit Personenschaden | Fehlverhalten der Fahrzeugführer | Fahrzeugführer unter Einfluss... | |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| | | | von Alkohol | anderer berauschend. Mittel |
| 2005 | 336.619 | 413.942 | 20.663 | 1.343 |
| 2006 | 327.984 | 403.886 | 19.405 | 1.320 |
| 2007 | 335.845 | 410.496 | 19.456 | 1.356 |
| 2008 | 320.641 | 388.181 | 18.383 | 1.440 |
| 2009 ¹⁾ | 310.667 | 377.371 | 16.500 | 1.281 |

1) Vorläufige Daten.

Statistisches Bundesamt 2010b.

Werse et al. (2010) berichten aus Frankfurt/M., dass im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Beratungen und Therapie, Anfragen zu bevorstehenden Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen (MPU) aufgrund von Drogen- oder Alkoholkonsum seit einigen Jahren zugenommen hätten, was unter anderem auf verbesserte Methoden der Polizei bei Kontrollen im Straßenverkehr zurückgeführt wurde.

In einer Untersuchung konnten Hummel und Kollegen (2009) an einer kleinen Stichprobe (N=69) zeigen, dass mit Levomethadon und Methadon Substituierte die Leistungstests der MPU zur Wiedererlangung des Führerscheins auf Anhieb bestehen können.

Laut Fixpunkt e.V. (persönliche Mitteilung 2009) ist der Hauptgrund für Strafverfolgung von Angehörigen der „offenen“ Drogenszene in Berlin (wiederholtes) „Schwarzfahren“ im öffentlichen Nahverkehr. In Gesprächen zwischen Fixpunkt e.V., der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin sowie der Berliner Verkehrsgesellschaft soll eine pragmatische Lösung gefunden werden.

Selbsterfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

Die Hamburger Basisdokumentation (BADO) hat für den Zeitraum 2006-2008 eine gesonderte Analyse der Personen vorgenommen, die Arbeitslosengeld II (ALG II) erhalten und das

Hamburger Suchthilfesystem in Anspruch genommen haben. Diese Subgruppe wurde nochmals in zwei Gruppen unterteilt: In der ersten Gruppe (n=1.015) sind Personen mit der Auflage der Arbeitsgemeinschaften (ARGE) das Suchthilfesystem aufzusuchen, die zweite Gruppe (n=16.305) beinhaltet Personen, die unabhängig von ARGE-Auflagen das Suchthilfesystem aufgesucht haben. Beide Gruppen wurden u.a. auch nach den erlittenen Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz) befragt. Zwei Drittel der weiblichen und 57% der männlichen von der ARGE vermittelten Klienten berichten über erlittene körperliche Gewalt im Laufe ihres Lebens. Die Anteile liegen somit sechs bzw. sieben Prozentpunkte über denen der Personen, welche ohne Auflage den Weg in die Suchtberatungsstellen fanden. Werden die männlichen Klienten nach der Hauptsubstanz unterschieden, so zeigt sich bei den Konsumenten von Cannabisprodukten ein erheblicher Unterschied zwischen den beiden hier betrachteten Untersuchungsgruppen. Berichten von den Klienten ohne Auflage 35% von körperlichen Gewalterfahrungen, so liegt der entsprechende Anteil in der Gruppe der ALG-II-Empfänger mit Auflage fast doppelt so hoch (69%). In der Gruppe der Opiatkonsumenten zeigen sich die von der ARGE vermittelten Männer (59%) dagegen etwas weniger belastet als die ohne Auflage (63%) (Martens et al. 2009).

9.3 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Für eine erfolgreiche Verbrechensbekämpfung bedarf es neben einer konsequenten Repression auch vielfältiger Maßnahmen der Kriminalprävention. Daher setzt die Polizei mit dem Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK) einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der bundesweiten Präventionsmaßnahmen. ProPK verfolgt das Ziel, die Bevölkerung, Multiplikatoren, Medien und andere Präventionsträger über Erscheinungsformen der Kriminalität und Möglichkeiten zu deren Verhinderung aufzuklären. Dies geschieht unter anderem durch kriminalpräventive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und durch die Entwicklung und Herausgabe von Medien, Maßnahmen und Konzepten, welche die örtlichen Polizeidienststellen in ihrer Präventionsarbeit unterstützen.

Löbmann und Vertheim (2009) haben die kriminelle Aktivität von 1.015 Teilnehmer der Heroinstudie, die zufällig in eine Gruppe mit Methadon- bzw. in eine Gruppe mit Diamorphinbehandlung gelost wurden, untersucht. Auf Basis von Selbstberichten und Polizeidaten konnte gezeigt werden, dass zwölf Monate nach Behandlungsbeginn die kriminelle Aktivität bei den weiterbehandelten Personen stärker zurückging als bei den Dropouts und die mit Diamorphin behandelten noch weniger kriminell waren als die mit Methadon behandelten Patienten. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass diese Effekte auf den Rückgang des illegalen Drogenkonsums und die Abgrenzung von der Drogenszene zurückzuführen sind.

Ende September 2009 fand in Frankfurt/M. der 9. Internationale akzept Kongress mit dem Titel „Von der staatlichen Kontrolle zur Selbstverantwortung: Alternativen zur prohibitiv-repressiven Kontrollpolitik“ statt¹²⁷ (s.a. Kapitel 1.3.2 Tagungen und Arbeitsgruppen). Die Referenten bildeten quasi das gesamte Spektrum der Drogenarbeit, von der Polizei bis zum

¹²⁷ Vorträge unter: http://www.akzept.org/pro_kongress.html

Drugchecking für Konsumenten, ab. Unter anderem machte Polizeipräsident Wimber aus Münster in einem Statement auf das rechtliche Problem für die Polizei aufmerksam, das aus dem Legalitätsprinzip nach § 31a BtMG folgt (s.a. Kapitel 9.4.1). Mit der Legalisierung von Drogenkonsumräumen wurde § 31a BtMG um die Regelung ergänzt, dass die Staatsanwaltschaft beim Besitz geringer Mengen Betäubungsmittel in einem Drogenkonsumraum von der Strafverfolgung absehen soll. Das Absehen von der Strafverfolgung - ob als „Kann- oder Sollvorschrift“ - steht der Staatsanwaltschaft und nicht der Polizei zu. Das Dilemma ist, dass einerseits die Polizei in Deutschland ohne Ausnahme zur Verfolgung jeder auch noch so geringfügigen Straftat verpflichtet ist, andererseits soll der Betrieb von Drogenkonsumräumen nicht durch proaktive Kontroll-, Observations- und Repressionsmaßnahmen der Polizei unmöglich gemacht werden. Zur Lösung dieses Dilemmas macht Wimber folgende Lösungsvorschläge:

- Änderung des BtMG in § 31 a durch die Erweiterung der Kompetenz, von der Verfolgung abzusehen, auf die Polizei,
- Ergänzung des § 29 BtMG, wodurch der Besitz von BtM in geringen Mengen bei Drogenkonsumraumbenutzern straffrei gestellt wird oder
- die Erteilung von Erlaubnissen gemäß § 3 BtM-Gesetz für Drogenkonsumraumnutzer.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Instrumenten zum Nachweis von Amphetaminen ist es Forschern erstmals gelungen, Amphetamin-Dosen in ausgeatmeter Luft zu bestimmen. Olof Beck und Kollegen untersuchten zwölf Patienten, die wegen Symptomen einer Amphetamin- oder Metamphetamin-Überdosis in eine Notfallambulanz eingeliefert wurden. Diese mussten zunächst ihre Atemluft zehn Minuten in ein Gerät exhaliieren, das narkotische Substanzen aus der Luft filtern und speichern kann. Daraufhin konnten die Forscher mittels Flüssigchromatographie und Spektrometrie den Drogengehalt feststellen. Gegenüber bisherigen Nachweismethoden aus Urin oder Blut bietet dieses Verfahren laut Beck erhebliche Vorteile. Es sei schnell und sicher und funktioniere ohne Blutabnahme. Die Arbeitsgruppe möchte nun ihre Screening-Technik erweitern und das Gerät zur Diagnostik anderer Drogen weiterentwickeln (Deutsches Ärzteblatt 2010a).

9.4 Interventionen im Strafjustizsystem

9.4.1 Alternativen zu Gefängnisstrafen

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von Schäfer & Paoli (2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich in letzter Zeit eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer, gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Weitere Details finden sich in Kapitel 1.2.2.

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

In Sachsen-Anhalt sind aufgrund von 86 Sozialberichten im Strafvollzug von den infrage kommenden Kostenträgern in 71 Fällen Kostenzusagen zur Aufnahme einer Therapie erfolgt. In 59 Fällen ist die Vermittlung in eine stationäre oder teilstationäre Entwöhnungsbehandlung zustande gekommen. Der Therapieantritt wurde in 36 Fällen nach Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung gemäß § 57 Strafgesetzbuch zu einer gerichtlichen Auflage oder Weisung im Bewährungsverfahren (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, persönliche Mitteilung 2010).

9.4.2 Andere Interventionen im Strafjustizsystem

Es gibt auf allen Ebenen der Strafverfahren die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen das Verfahren einzustellen. Häufig sind einige Stunden sozialer Arbeit eine erste staatliche Reaktion auf problematisches Verhalten im Bereich Drogen.

Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern. Viele Städte haben sich die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote (Platzverweise) für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden.

Auf Staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche¹²⁸ und Heranwachsende¹²⁹, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz, (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis handelt.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine Darstellung des Programms FreD siehe auch die REITOX-Berichte der Jahre 2007 und 2008, sowie Kapitel 1).

9.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten betrug 2009 laut Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2010a) insgesamt 9.283 (2008: 9.540). Dies entspricht einem Anteil von 15,0% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt der Anteil bei 16,2% (2008: 16,3%) und ist damit stabil geblieben. Der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Frauen liegt bei 17,0% und damit leicht unter dem

¹²⁸ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

¹²⁹ Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.

Wert im Jahr 2008 (18,9%). Unter den Jugendlichen liegt der Anteil der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten 2009 bei 5,1% (Männer) bzw. 10,5% (Frauen) (2008: 6,7% bzw. 9,8%). Die Zahl der Strafgefangenen mit Betäubungsmitteldelikten ist von 2008 bis 2009, wie auch schon von 2007 nach 2008, leicht gesunken, während sich der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten unter allen Strafgefangenen seit 2003 kaum verändert hat. Wie bereits im Vorjahr, machen Frauen nur rund 6% der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten aus. Der Anteil der BtMG-Fälle unter den weiblichen Strafgefangenen lag seit 2003 (2%-5%) leicht über den Vergleichswerten der Männer (Tabelle 9.2).

Tabelle 9.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

| Jahr | | Strafgefangene und Sicherungsverwahrte | | | Freiheitsstrafen für Erwachsene | | Jugendstrafen | | Sicherungs- verwahrung |
|------|------------------|---|--------|--------|------------------------------------|--------|---------------|--------|---------------------------|
| | | Gesamt | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| 2009 | Inhaftierte N | 61.878 | 58.566 | 3.312 | 51.971 | 3.072 | 6.107 | 237 | 491 |
| | BtMG N | 9.283 | 8.737 | 546 | 8.421 | 521 | 314 | 25 | 2 |
| | BtMG % | 15 | 14,9 | 16,5 | 16,2 | 17 | 5,1 | 10,5 | 0,4 |
| 2008 | BtMG % | 15,3 | 15,1 | 18,2 | 16,3 | 18,9 | 6,7 | 9,8 | 0,7 |
| 2007 | BtMG % | 14,9 | 14,8 | 17,4 | 16,2 | 15 | 6,2 | 8,9 | 0,2 |
| 2006 | BtMG % | 14,8 | 14,7 | 18,2 | 15,7 | 18,8 | 6,8 | 11,4 | 0 |
| 2005 | BtMG % | 14,6 | 14,4 | 19,2 | 15,4 | 20,1 | 7,3 | 10,2 | 0 |

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

Statistisches Bundesamt 2010a.

Sicherstellungen von Drogen im Gefängnis finden regelmäßig statt. Neben einem umfangreichen Kontrollsystem werden Urinkontrollen (in allen Justizvollzugsanstalten, JVs), aber auch groß angelegte Durchsuchungsaktionen mit Polizeikräften und Drogenspürhunden durchgeführt. Neue Daten zu Sicherstellungen in Gefängnissen aus den Bundesländern liegen aber nicht vor.

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat zum Stichtag 31.03.2008 für die Indikatorenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Daten aus den einzelnen Bundesländern und damit 195 JVs (gesamte Erstaufnahmen 2008: 105.545) zusammengestellt (Bundesministerium der Justiz 2009). Eine starke Limitation all dieser Daten ist, dass immer nur Angaben aus einigen Bundesländern vorliegen und sie sich diesen nicht eindeutig zuordnen lassen. Dadurch fehlen zu den berichteten Zahlen in der Regel die Bezugsgrößen. Auch Hochrechnungen sind unzulässig, da die (wenigen) Angaben z.B. aus sehr kleinen oder sehr großen Bundesländern stammen und die Werte damit sehr stark verzerren können.

In sieben Bundesländern mit durchschnittlich 41.292 Gefangenen¹³⁰ wurden im Bezugsjahr 2007/2008 84.036 Drogentests durchgeführt, in fünf Bundesländern mit durchschnittlich 35.636 Gefangenen gab es 8.452 positive Drogentests. 2.850 von 18.956 getesteten Gefangenen in vier Bundesländern hatten ein positives Testergebnis. Daten zum Konsum illegaler Substanzen beim Eintritt in den Vollzug basieren in acht Bundesländern auf Schätzungen und in einem Bundesland auf Selbstbeurteilungen (Tabelle 9.3). In fünf Bundesländern wurde der Anteil der Gefangenen, die während ihres derzeitigen Aufenthaltes im Vollzug Drogen konsumieren geschätzt (aktuelle Prävalenz). Die geschätzten Werte in den einzelnen Bundesländern betragen 10%, 11-30%, 31%, 40% und 56,7%. Die Spannweite zwischen den Angaben ist zum Teil sehr groß und die Zahlen lassen sich weder zu einzelnen Bundesländern noch zu einer Gesamtpopulation in Beziehung setzen. Nichtsdestotrotz sind die Werte für Cannabis (15-50%) und Opioide (von einem Bundesland abgesehen mindestens 8%) ein Indikator für eine hohe Drogenaffinität der Gefangenen.

Tabelle 9.3 Substanzkonsum bei Haftantritt

| Substanz | Anzahl Bundesländer | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------|--------|-------|--------|--------|-----|--------|-------|
| | 8 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Cannabinoide | | 15-30% | 39-50% | | | | | | |
| Opioide | | | 20-30% | | 10% | 1% | 8% | 10-15% | |
| Kokain/Crack | 1-10% | | | | | 20% | | | |
| Amphetamine | | | 1-2% | 6-10% | | 10-20% | 22% | | |
| Ecstasy | | | 5-10% | 1-2% | 18-20% | | | | |
| Pilze | | | | | | 0,6% | | | |
| Sedativa | | | | | | 5% | | | |
| Sonstige | | | | | | 4% | | | |
| Alle illegale Drogen | | | | | | 8,74% | 26% | 30% | 36,2% |

Bundesministerium der Justiz 2009.

Thane und Kollegen (2009) haben im Sommer 2008 eine Szenebefragung unter Konsumenten in 16 Drogenhilfeeinrichtungen mit Konsumraum in 13 deutschen Städten durchgeführt (N=791). 604 Befragte (78,3%) haben Hafterfahrung und waren durchschnittlich 51 Monate inhaftiert. Weniger als ein Drittel der Befragten (29,5%) mit Hafterfahrung geben an, in Haft substituiert (Langzeitsubstitution, keine Entgiftung) worden zu sein. Über ein Viertel der Befragten mit Hafterfahrung gibt an, während der Haft Heroin konsumiert zu haben (jemals: 26,7%; mehrfach: 25,9%). Annähernd so hohe Werte sind ansonsten nur noch in Bezug auf Alkohol zu verzeichnen (jemals: 22,2%; mehrfach: 14,7%). Andere Substanzen wurden nur von einem geringen Anteil der Befragten während der Haft konsumiert, wobei nichtverschriebene Substitutionsmittel (Subutex: jemals: 13,7%; mehrfach: 9,4%; Methadon: jemals: 9,5%; mehrfach: 3,8%) hier im Gegensatz zu dem Konsum außerhalb der Haft eine größere Rolle

¹³⁰ Aus den jeweils fehlenden Bundesländern lagen keine Angaben vor.

spielen als Kokain (jemals: 12,1%; mehrfach: 5,8%) oder Crack (jemals: 4,9%; mehrfach: 1,6%).

Die höchsten Werte gibt Stöver (2010a) an, der schätzt, dass mind. 50% der intravenös applizierenden Drogenkonsumenten ihren Konsum in Haft mit hochriskanten Konsummustern fortsetzen und 5%-25% aller Inhaftierten erste (vor allem intravenöse) Drogenerfahrungen in Haft machen.

Angaben über Drogenkonsum im Gefängnis finden sich in Standardtabelle 12.

9.6 Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen

9.6.1 Drogenbehandlung

Substitutionsbehandlung (Opiate substitution treatment, OST) in Haft folgt dem Äquivalenzprinzip, d.h. dass die medizinische Betreuung innerhalb der Gefängnisse der im jeweiligen Land außerhalb vorgehaltenen gleichwertig zu sein hat (s.a. Keppler et al. 2010). In den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BÄK 2010) wird explizit darauf hingewiesen, dass „bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen ist“ und „in begründeten Einzelfällen eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden kann“ (s.a. Stöver 2010a).

Einen Überblick über die Möglichkeiten der Drogenbehandlung in den JVA's der Bundesländer gibt Tabelle 9.4. Laut Angaben des Bundesministeriums der Justiz (2009) befanden sich im März 2008 1.361 Gefangene in JVA's in elf Bundesländern in OST¹³¹. In acht Bundesländern ist OST für alle Gefangenen, in vier Bundesländern nur für Gefangene, die sich vor Eintritt in den Vollzug in OST befunden haben, zugänglich. OST wird in zwölf Bundesländern zur akuten Entgiftung und in elf Bundesländern auch mit und ohne zeitliche Begrenzung für Gefangene, die sich beim Eintritt in den Vollzug in OST befunden haben, angewendet (Mehrfachantworten möglich). Psychosoziale Begleitung zur OST wird in sechs Bundesländern in allen Fällen, in sechs weiteren in >50% der Fälle, in einem Bundesland in <50% der Fälle und in drei Bundesländern nicht angeboten¹³². Externe Drogenhilfsdienste bieten in allen JVA's in elf Bundesländern Dienste an.

¹³¹ Aus den jeweils fehlenden Bundesländern lagen keine Angaben vor.

¹³² In diesen drei Bundesländern gibt es ärztliche Betreuung in allen Fällen, stehen verschiedene Fachdienste im Einzelfall oder ärztlicher Dienst und sonstige Fachdienste unterstützend zur Verfügung.

Tabelle 9.4 Arten der Drogenbehandlung im Vollzug

| | in allen JVA's | Anzahl der JVA's | Nein | Gesetzlich verboten |
|--|---------------------|---|---------------------|---------------------|
| medikamentengestützte Kurzentgiftung (< 10 Tage) | In 14 Bundesländern | 5 in 1 Bundesland 3 in 1 Bundesland | | |
| Kurzentgiftung ohne Medikamente (kalter Entzug) | In 7 Bundesländern | 5 in 1 Bundesland | In 5 Bundesländern | |
| abstinenzorientierte Behandlung mit psychosozialer Unterstützung ¹⁾ | In 11 Bundesländern | 1 in 1 Bundesland | In 3 Bundesländern | |
| Behandlung mit Antagonisten (z. B. Naltrexon) | In 4 Bundesländern | | In 10 Bundesländern | |
| Substitutionsbehandlung ²⁾ | In 9 Bundesländern | 1 in 1 Bundesland Einzelfälle, in 4 Bundesländern je 5/3/1/6 | | |

1) Abstinenzorientierte Behandlung beinhaltet die Behandlung ohne Agonisten und Antagonisten, jedoch können andere Pharmazeutika verabreicht werden. Das Ziel ist die Drogenabstinenz.

2) Substitutionsbehandlung bedeutet Behandlung mit Agonisten (z.B. Methadon oder Buprenorphin).

Bundesministerium der Justiz 2009.

Schulte und Kollegen (2009) haben Daten von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Der Anteil der intravenös Drogen Konsumierenden an allen Gefangenen betrug 21,9%, OST war in 74,2% der Gefängnisse verfügbar. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum jährlich 1.137 OST mit sehr unterschiedlichen Therapiezielen angeboten.

Stöver & Michels (2010) bilanzieren in einer Überblicksarbeit, dass der Zugang zur OST und deren Qualität substantiell schlechter ist als außerhalb von Gefängnissen und fordern, dass die therapeutischen Modalitäten für Inhaftierte, aufgrund der höheren Risiken für bestimmte Leiden, denen für Nichtinhaftierte mindestens entsprechen müssen. Zusätzlich haben die Autoren verschiedene Studien zur OST in Haft auf klinisch- und kosteneffektive Drogenbehandlungsstrategien untersucht. Die Ergebnisse zeigen einerseits, warum Behandlungsbestrebungen für Drogenkonsumenten in Haft weniger stark ausgeprägt sind als für Nichtinhaftierte und andererseits, dass von der Implementierung von OST-Programmen in Gefängnissen nicht nur die Gefangenen (u.a. Rückgang von intravenösem Drogenkonsum und Risikoverhalten wie gemeinsame Spritzenutzung), sondern auch das Gefängnispersonal (u.a. Gefängnissicherheit) und die Gemeinschaft (u.a. auch monetär) profitieren (s.a. Stöver 2009).

Detaillierte Darstellungen für 15 der 16 Bundesländer für 2008 finden sich im REITOX-Bericht 2009 und bei Flöter und Pfeiffer-Gerschel (2009). Aktuelle Daten zu internen und externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug liegen für 2009 aus Bremen, Berlin, Nordrhein-Westfalen (NRW), Sachsen-Anhalt und Sachsen vor sowie im Tabellenband der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010f).

Informationen aus einzelnen Bundesländern

Bremen

Kraft (2009) berichtet von seinen Erfahrungen in einer Bremer JVA. 2009 wurden 29% der Gefangenen mit Methadon oder Buprenorphin substituiert. Da es keine Spritzenaustauschprogramme gibt, nutzen die IVD nicht selten „Stationspumpen“, d.h., dass sich eine Vollzugsgruppe ein Spritzenbesteck teilt. Zur Prävention von Infektionskrankheiten gibt es HBV-Impfungen, kostenlose Kondome, eine Beratungsstunde und Informationen im Schulunterricht der JVA.

Berlin

Die OST in Berliner Haftanstalten erfolgt unter Beachtung der von der Bundesärztekammer erlassenen Richtlinien zur Substitution sowie der übrigen gesetzlichen Regelungen einzel-fallbezogen und nach Indikationsstellung durch den zuständigen Anstaltsarzt. Indikatoren sind insbesondere eine langjährige Drogenabhängigkeit und schwere therapiebedürftige Begleiterkrankungen. Weitere Voraussetzungen sind u.a. kein illegaler Beikonsum anderer Betäubungsmittel und die freiwillige Teilnahme an regelmäßigen Urinkontrollen im Hinblick auf Beikonsum. Als Substitut wird überwiegend Methadon eingesetzt, in wenigen Einzelfällen L-Polamidon oder Subutex. Immer erfolgt die Vergabe und Einnahme des Substituts an die Inhaftierten unter Aufsicht des Krankenpflegepersonals. Zum 1. Juni 2008 wurde zudem in der Justizvollzugsanstalt Moabit im Rahmen eines einjährigen Pilotprojekts ein sogenannter Methadonabgabe-Automat aufgestellt. Die Pflegekräfte haben die Vergabe positiv bewertet, es konnte besser dosiert werden, Arbeitsabläufe wurden erleichtert. Methadonautomaten sind aktuell in den Arztgeschäftsstellen der JVA Moabit und der JVA Tegel aufgestellt. Die Arztgeschäftsstellen im Berliner Justizvollzug sind für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung der Gefangenen zuständig. Sie stellen insoweit keine Schwerpunktpraxen für Suchtmedizin dar, obwohl bei den hier tätigen Ärzten eine große Erfahrung mit substanzabhängigen Menschen besteht.

Die Substituiertenstation der JVA Tegel ist zum Mai 2010 aus der Teilanstalt II in die dortige Teilanstalt VI umgezogen. Mit dem Umzug geht eine Erhöhung der Stamm-Platzkapazität von ehemals 18 auf jetzt 30 Plätze einher. Hinzu kommen je nach Bedarf weitere Substituiertenplätze in anderen Teilanstalten der JVA Tegel. Der Umzug in die Teilanstalt VI bietet neben einer Erhöhung der Stammkapazität auch den Vorteil, räumlich besser ausgestattet zu sein, da es sich bei der Teilanstalt VI um einen Neubau von Anfang der 1980er Jahre handelt; dies betrifft insbesondere die Räume für Gruppen- und Freizeitveranstaltungen.

Spritzenaustauschautomaten sind nur in der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg vorhanden. Ein Modellprojekt im geschlossenen Berliner Männervollzug hat im Ergebnis dazu geführt, das Spritzenvergabeprogramm nicht im geschlossenen Männervollzug umzusetzen.

Ein im Berliner Justizvollzug bestehender Arbeitskreis (Drogen- und Suchtarbeit), welcher sich aus den für die Drogen- und Suchtarbeit in den Anstalten zuständigen Mitarbeitern sowie aus dem Referenten für Drogen- und Suchtarbeit in der Senatsverwaltung für Justiz zu-

sammensetzt, erarbeitet derzeit gemeinsame Empfehlungen zur Drogen- und Suchtarbeit im Berliner Justizvollzug. Die Empfehlungen sollen über die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und Ansätze in den einzelnen Anstalten berichten und Hilfestellung bei Fragen und besonderen Problemlagen geben. Die Empfehlungen sollen Ende 2010 erarbeitet sein. Der Berliner Justizvollzug hat es sich seit Jahren zur Aufgabe gemacht, Inhaftierte mit Drogenproblemen und manifestem Abhängigkeitssyndrom adäquat unter den Bedingungen, die der Justizvollzug bieten kann, zu behandeln. In diesem Sinne besteht die Aufgabe des Justizvollzuges darin, die Inhaftierten auf eine Therapie nach der Haft vorzubereiten, Kontakte zu Drogenberatungsstellen zu vermitteln, ein Problembewusstsein zu schaffen und nicht zuletzt die Zeit in der Haft dazu zu nutzen, die Inhaftierten, die sich als drogenabhängige Menschen gerade bei Haftantritt oftmals in einem sehr schlechten körperlichen Allgemeinzustand befinden, medizinisch zu begleiten, um sie gesundheitlich wieder fit zu machen und ihnen so ein Stück Lebensqualität zurückzugeben. Als Therapieeinrichtung im eigentlichen Sinne kann sich der Justizvollzug allerdings aufgrund seiner Aufgabenstellung und seiner Möglichkeiten dabei nicht verstehen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, persönliche Mitteilung 2010).

Nordrhein-Westfalen

Die Grundlagen für Beratung, Betreuung und vollzugliche Behandlung der suchtmittelabhängigen Gefangenen sind durch einen gemeinsamen Runderlass des Justizministeriums und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie durch Richtlinien für anstaltsinterne Suchtberatung des Justizministeriums 1998 geregelt worden.

Geänderte Rahmenbedingungen bei der Sucht- und Drogenberatung der Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten des Landes haben eine Neujustierung des vollzuglichen Betreuungsansatzes und eine teilweise neue Akzentsetzung bei der Auseinandersetzung des Vollzuges mit der Sucht erforderlich gemacht. In diesem Zusammenhang ist Anfang des Jahres 2007 eine Restrukturierung des rehabilitativ orientierten Beratungsangebotes erfolgt. Daneben sind präventive und palliativ orientierte vollzugliche Betreuungsansätze neu definiert bzw. bestehende Angebote intensiviert worden (Ministerien für Inneres und Kommunales sowie Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, persönliche Mitteilung 2010).

Ein Schwerpunkt des palliativ orientierten Betreuungsansatzes ist die OST. Vorteile der OST in Haft sind eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs und eine Förderung der vollzuglichen Ziele. Im Vollzug des Landes Nordrhein-Westfalen gelten etwa 35 % der 17.500 Inhaftierten als abhängig von illegalen Drogen. Der überwiegende Anteil ist heroinabhängig. Nach eher konservativer Schätzung sind im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen täglich also 2.500 bis 3.500 Heroinabhängige untergebracht. Hiervon wurden gemäß einer Stichtagerhebung am 30.06.2008 nur 139 substituiert (Husmann 2010).

Restrukturierung des rehabilitativ orientierten Beratungsangebotes

Rehabilitativ orientierte Drogenarbeit im Vollzug wird primär mit vollzugeigenen Kräften (ausgebildete Suchtfachberater und die eingesetzte Kräfte des Sozialdienstes) geleistet. Externe Beratungsleistungen haben in diesem Zusammenhang eine wichtige komplementäre Bedeutung.

Die Sucht- und Drogenberatung in Justizvollzugsanstalten erfolgt seit der Neuakzentuierung nach folgendem Modell:

- Basisinformation für alle Gefangenen in der Anstalt (z.B. Flyer, Zugangsgespräch)
- Grundberatung jedes interessierten Gefangenen mit einer Drogenproblematik (nur illegale Drogen) nach entsprechendem Antrag.
- Elektion der „behandlungswürdigen“ Gefangenen mit ernsthafter Mitarbeitsbereitschaft und guten Erfolgsaussichten durch den Suchtberater.
- Intensivberatung (z.B. Einzelberatungsmaßnahme, Aufnahme in eine therapievorbereitende Abteilung) der durch den Suchtberater ausgewählten Gefangenen mit dem Ziel einer Vermittlung in eine externe Therapieeinrichtung, ggf., sofern nicht möglich, auch Initiierung von konkreten alternativen Maßnahmen mit eher palliativem Ansatz (z.B. Aufnahme in eine interne abstinenzorientierte Abteilung).

Der wesentliche Unterschied zur bis dahin praktizierten Verfahrensweise besteht in der Implementierung eines selektiven Elementes in die Betreuung. Die Aufnahme eines drogensüchtigen Gefangenen in den Ressourcen verbrauchenden Intensivberatungsprozess wird in den Anstalten mit einer eigenen Leistung des Drogenabhängigen verknüpft. Eine Grundberatung wird jedem süchtigen Gefangenen auf Antrag geboten. Im Anschluss daran, schließt sich ggf. der Prozess der Intensivbetreuung an. Während der Intensivbetreuung wird eine intensive, zielgerichtete und zentral gesteuerte Betreuung gewährleistet. Die Steuerungs- und Garantenfunktion obliegt dem justizinternen Sozialdienst. Er ist für die institutionelle Einbindung externer Beratungsstellen in den Intensivbetreuungsprozess verantwortlich und koordiniert die zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Besonderheiten des Jugendvollzuges und bei jungen Erwachsenen

Die Einbindung eines Gefangenen in einen Intensivberatungsprozess setzt neben der grundsätzlich zu prüfenden Eignung auch eigene ernsthafte Bemühungen des Gefangenen voraus. Das Prinzip einer "aufsuchenden Sozialarbeit" wird dadurch zwar nicht aufgehoben, das Angebot ist allerdings höherschwelliger. Bei Jugendlichen und lebensjüngeren, möglicherweise erstinhaftierten Erwachsenen, ist allerdings weiterhin ein niederschwelliges Angebot die Maxime des Betreuungsangebotes. Hier ist das Prinzip der „aufsuchenden Sozialarbeit“ weiterhin Maß der Dinge.

Präventiv und palliativ orientierte Betreuungsansätze bei Drogenabhängigen

Die Vermittlung in eine externe abstinentorientierte Therapiemaßnahme ist ein wichtiges Ergebnis der vollzuglichen Suchtarbeit, allerdings nicht das ausschließliche Anliegen. Unterhalb dieser Angebotsschwelle ist aber ein vollzugliches Angebot auch für solche drogenkranken Gefangenen erforderlich, die von den klassischen Angeboten - Motivation, Beratung, Entlassung in eine abstinentorientierte Therapiemaßnahme - noch nicht oder nicht mehr profitieren wollen oder können. Hier wurde eine Verstärkung des präventiven Angebotes einerseits, aber auch der palliativen Maßnahmen andererseits erforderlich.

Im Jugendvollzug und unter jungen erwachsenen Straftätern sind Suchtgefährdete besonders häufig vertreten. Die unter präventiven Gesichtspunkten zu führende Auseinandersetzung mit den Problemfeldern Drogen, Konsum und Sucht ist im Hinblick auf die weitere gesellschaftliche Integration und die Kriminalitätsprognose dieses Personenkreises von ausschlaggebender Bedeutung und wird im Jugendstrafvollzugsgesetz NRW besonders betont und u.a. mit folgenden Angeboten ausgestaltet:

- Reflexion des persönlichen Umgangs mit Suchtmitteln bei individueller Ansprache im Rahmen von Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfestellung beim Umgang mit Suchtmitteln unterhalb der therapeutischen Schwelle im suchtmmedizinischen Sinne,
- Ausbildung von Strukturen zur Vernetzung von vollzuglichen und außervollzuglichen Betreuungsangeboten,
- Einbindung des medizinischen Dienstes bei somatischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Impfungen).

Der anstaltsinternen Sucht- und Drogenberatung sowie den weiteren einschlägigen Fachdiensten kommt eine Steuerungsfunktion und die Initialisierungsaufgabe zu. Die Einbindung externer Beratungs- und Betreuungsleistungen erfolgt über den Einsatz von Sachmitteln.

Die Zielerweiterung um einen palliativ orientierten Betreuungsansatz bei Drogenabhängigen trägt dem Umstand Rechnung, dass viele drogenabhängige Gefangene aus unterschiedlichen Gründen für eine externe Therapiemaßnahme nicht oder nicht mehr in Frage kommen (z. B. wegen wiederholten Scheiterns). Dennoch bedürfen auch diese Gefangenen wegen ihrer Suchtproblematik einer geeigneten vollzuglichen Behandlung und Betreuung.

Ziele der Betreuungsarbeit im Vollzug sind besonders

- Entgiftung,
- Abstinenz während der Haft,
- erfolgreicher Aufenthalt in einer abstinentorientierten Abteilung oder im offenen Vollzug,
- Beginn oder Fortführung einer Substitutionsbehandlung,
- Entlassung in gesicherte Verhältnisse,

- Ausbildung von Strukturen zur Vernetzung von vollzuglichen und außervollzuglichen Hilfeangeboten.

In diesem Zusammenhang kommt den in Justizvollzugsanstalten eingerichteten speziellen Abteilungen eine zunehmende Bedeutung zu. Bereits jetzt sind in der überwiegenden Anzahl der Vollzugsanstalten so genannte Drogenabteilungen eingerichtet, die allerdings sehr unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte haben. Der überwiegende Teil fördert abstinenzorientierte Verhaltensweisen während des Vollzuges oder den rehabilitativen Ansatz, nämlich die Vorbereitung auf eine externe Therapie. Daneben sind zunehmend Abteilungen erforderlich, die die oben genannten Betreuungsziele realisieren, ohne dass damit ein therapeutischer Ansatz im eigentlichen - suchtmmedizinischen - Sinne umgesetzt wird.

Im Hinblick auf die Durchführung von OST bei Gefangenen wurden für den Justizvollzug Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Behandlung opiatabhängiger Gefangener entwickelt, die mit den in Nordrhein-Westfalen zuständigen Ärztekammern und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmt wurden. Diese Empfehlungen wurden den Justizvollzugseinrichtungen mit Erlass vom 15.01.2010 zugeleitet.

Zur Thematik „Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene“ ist ein Konzept erstellt worden, welches der Praxis nach Abschluss einer Rahmenvereinbarung mit den maßgeblichen Institutionen zur Verfügung gestellt werden soll. Bei suchtkranken Gefangenen, bei denen die Anschlussbetreuung nicht sichergestellt ist, soll ein Case-Management auf der Basis eines Betreuungsvertrages zwischen der zuständigen Justizvollzugsanstalt und einer externen Suchthilfeeinrichtung durchgeführt werden (Ministerien für Inneres und Kommunales sowie Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, persönliche Mitteilung 2010).

Sachsen-Anhalt

In acht Justizvollzugsstandorten des Landes Sachsen-Anhalt gibt es ein vollzugsinternes Behandlungs- und Betreuungsangebot für suchtgefährdete oder suchtmittelabhängige Gefangene. Lediglich in der JVA Burg wird gegenwärtig eine Suchtberatung durch externe Fachkräfte aufgebaut¹³³.

Gegenwärtig ist in den Vollzugseinrichtungen je ein Suchtbeauftragter bestellt. Dabei handelt es sich in der Regel um Mitarbeiter des gehobenen Sozialdienstes. Sie werden von Bediensteten des allgemeinen Vollzugsdienstes, die über eine Zusatzqualifikation als Suchtkrankenhelfer verfügen, unterstützt. In den Justizvollzugseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt hatten in 2009 insgesamt 794 Insassen Kontakt zur vollzugsinternen Suchtberatung. Dabei handelte es sich um Erstkontakte, in denen mehr als eine Information zur Suchtarbeit gegeben worden ist. Die Suchtarbeit als ein wichtiger Bestandteil der Resozialisierungsbemühungen ergänzt die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Gefangenen.

¹³³ Die maßgeblichen Regelungen zur Internen Suchtarbeit im Justizvollzug des Landes Sachsen-Anhalt sind bei Bedarf der AV des MJ vom 06.10.2006 – 4558 -305. – (MBI. LSA Teilausgabe B Nr. 47; Seite 349) zu entnehmen.

Zu den Kernaufgaben der Suchtberatung zählt die Informations- und Motivationsarbeit mit behandlungsbereiten Inhaftierten. Bewusstmachung und Aufklärung sollen dazu beitragen, die gesundheitlichen, tatbezogenen und sozialen Folgen des Konsums von Suchtmitteln zu verdeutlichen und bereits während der Haftzeit Gefangene in stationäre und ambulante Suchtentwöhnungsmaßnahmen zu vermitteln und die notwendigen rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen. Die vollzugsinterne Suchtarbeit kooperiert mit Fachkliniken und ist den externen Suchthilfeeinrichtungen fachlich gleichgestellt (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, persönliche Mitteilung 2010).

Die Zahl der Personen mit Drogenproblemen (legale und illegale Drogen) in sächsischen Justizvollzugsanstalten wird auf 20%–70% geschätzt. Suchtprobleme sind verstärkt in Frauen- und Jugendhaftanstalten zu beobachten. Sächsische JVA verfügen im Allgemeinen über suchtspezifische Beratungsangebote in Form der externen Suchtberatung. Die fachliche Betreuung und Trägerschaft dieser Dienste erfolgt durch sächsische staatlich anerkannte Suchtberatungs- und Behandlungsstellen. Im Jahr 2009 wurden mehr als 2.000 Klienten mit über 8.600 Beratungsgesprächen beraten und betreut. Der Frauenanteil beträgt etwa 11%, von denen 42% unter 25 Jahre alt sind. Insgesamt vollzogen 293 Inhaftierte eine stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung von illegalen Drogen. 17% dieser Drogentherapien wurden regulär abgeschlossen (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., persönliche Mitteilung 2010).

DSHS

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der DSHS für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010f). Da dieser Tabellenband nur sieben Einrichtungen umfasst und auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können.

Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2009 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 30,2 Jahre (N=447) (2008: 29,2 Jahre; 2007: 28,3), das der Frauen 29,9 Jahre (N=17) (2008: 28,4 Jahre; 2007: 26,9). Damit ist das Durchschnittsalter in den letzten beiden Jahren bei den Männern jeweils um ein Jahr, bei den Frauen jeweils um 1,5 Jahre gestiegen.

Besonders auffällig ist, dass 82,4% (2008: 70,0%) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 28,2% (2008: 37%) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit den Hauptdiagnosen Kokain (10,5%) und Stimulantien (37,1%) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit. Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine primäre Cannabisproblematik (22,6%) bei der Behand-

lung im Gefängnis eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses, bei den Frauen ist kein Fall dokumentiert (Tabelle 9.5).

Tabelle 9.5 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

| Hauptdiagnose | Männer | | Frauen | | Gesamt | |
|-----------------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Opioide | 126 | 28,2% | 14 | 82,4% | 140 | 30,2% |
| Kokain | 47 | 10,5% | 1 | 5,9% | 48 | 10,3% |
| Stimulantien | 166 | 37,1% | 0 | 0,0% | 166 | 35,8% |
| Hypnotika/Sedativa | 5 | 1,1% | 2 | 11,8% | 7 | 1,5% |
| Halluzinogene | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Cannabinoide | 101 | 22,6% | 0 | 0,0% | 101 | 21,8% |
| Mult./and. Substanzen | 2 | 0,4% | 0 | 0,0% | 2 | 0,4% |
| Gesamt | 447 | 100,0% | 17 | 100,0% | 464 | 100,0% |

Pfeiffer-Gerschel et al. 2010f.

9.6.2 Prävention und Reduktion von durch Drogen verursachte Schäden

Schaub et al. (2010) haben freiwillige mit quasi-verpflichtender Drogenbehandlung (quasi-compulsory drug treatment, QCT) von insgesamt 845 drogenabhängigen Straftätern aus Italien (N=300), Österreich (N=150), Deutschland (N=153), Schweiz (N=85) und Großbritannien (N=157) verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass es in beiden Gruppen nach sechs, zwölf und 18 Monaten gleichermaßen zu Rückgängen von Substanzkonsum und Kriminalität kommt sowie Verbesserungen bei der gesundheitlichen und sozialen Integration zu verzeichnen sind und somit die QCT genauso effektiv ist wie die freiwillige Behandlung.

9.6.3 Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Bei der Aufnahme ins Gefängnis wurden im Bezugsjahr 2007/2008 in einem Bundesland alle Gefangenen zwingend auf HIV, HBV und HCV und in einem weiteren Bundesland alle IVD zwingend auf HCV getestet. In den JVA's in 13 (HIV) bzw. elf Bundesländern waren die Tests freiwillig. In vier Bundesländern wurden alle Gefangenen auf HIV, in drei Bundesländern alle Gefangenen auf HBV und HCV und in drei (HIV) bzw. sechs Bundesländern (HBV und HCV) nur Risikogruppen getestet oder es fanden keine Tests statt¹³⁴. Zur Entlassung aus den JVA's in sieben (HIV) bzw. sechs (HBV und HCV) Bundesländern waren freiwillige Tests möglich. In den Gefängnissen von zehn Bundesländern mit 75.337 Erstaufnahmen wurden 62.318 Gefangene auf HIV getestet, aus fünf Bundesländern wurden 27.907 HBV-Tests und 27.156 HCV-Tests bei 33.638 erstaufgenommenen Gefangenen berichtet. Zur Aufnahme wurden in 13 Bundesländern (mit einer durchschnittlichen Gefangenenzahl von 63.194) 502 Gefangene HIV-positiv (216 HIV-Neudiagnosen in sieben Bundesländern mit durchschnittlicher Gefangenenzahl von 52.298), in sechs Bundesländern (mit einer durchschnittlichen

¹³⁴ Aus den jeweils fehlenden Bundesländern lagen keine Angaben vor.

Gefangenenanzahl von 28.300) 1.136 HBV-positiv (274 HBV-Neudiagnosen in sieben Bundesländern mit durchschnittlicher Gefangenenanzahl von 30.798) und in acht Bundesländern (mit einer durchschnittlichen Gefangenenanzahl von 31.668) 3.854 HCV-positiv getestet (981 HCV-Neudiagnosen in sieben Bundesländern mit durchschnittlicher Gefangenenanzahl von 29.113). Zur Entlassung wurden in einem Bundesland 37 HIV-, 31 HBV- und 42 HCV-Tests durchgeführt. In elf Bundesländern ist eine Beratung vor und nach dem HIV-Test obligatorisch. An präventiven Maßnahmen gab es in der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg ein Spritzenaustauschprogramm und in allen JVAs in zwölf Bundesländern waren Kondome (zum größten Teil kostenlos) erhältlich. Desinfektionsmittel zur Reinigung von Spritzen (Bleichmittel) standen nicht zur Verfügung. Die Verteilung von Informationsmaterial zur Vorbeugung drogenbedingter Schäden und/oder Infektionskrankheiten stehen den Gefangenen in allen JVAs in 15 Bundesländern zur Verfügung, eine Beratung durch Drogenfachkräfte und/oder medizinische Fachkräfte findet in allen JVAs in 14 Bundesländern statt. „Peer Education“-Programme gibt es in sieben und „Safer Use“-Training in acht von 29 JVAs in zwei Bundesländern. In 15 Bundesländern gab es die Möglichkeit zur kostenlosen HBV-Impfung, die in drei Bundesländern allen Gefangenen und in zwölf Bundesländern Gefangenen aus Risikogruppen bei Haftantritt angeboten wurde. Insgesamt wurden 451 Gefangene in sieben Bundesländern gegen HBV geimpft. Die Möglichkeit zur antiviralen Therapie gegen HCV besteht in 14 Bundesländern. In sieben Bundesländern wurden im März 2008 118 HCV-positive Gefangene antiviral behandelt. Antiretrovirale Therapie gegen HIV ist in allen JVAs in 13 Bundesländern möglich. Zum Stichtag wurden 142 HIV-positive Gefangene in sechs Bundesländern antiretroviral behandelt (Bundesministerium der Justiz 2009).

In ihrer Analyse von 31 JVAs, die 14.537 Gefangene repräsentieren, berichten Schulte und Kollegen (2009) eine HCV-Prävalenz von 14,3% und eine HIV-Prävalenz von 1,2%. Rund 5,5% der HCV-Infizierten und 86,5% der HIV-Positiven machen eine antivirale bzw. antiretrovirale Therapie. Die Autoren bilanzieren, dass generell Substitutionsbehandlung sowie HCV- und HIV-Tests verfügbar sind, aber durch abstinenzorientierte Therapieziele ist die Substitutionstherapie als Weiterbehandlung in Gefängnissen eher selten und die Behandlung von HIV und HCV überwiegend Patienten vorbehalten, die bereits vor der Inhaftierung behandelt wurden (s.a. Reimer et al. 2009).

9.6.4 Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Bundesländer statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar.

Auch in den neuen Richtlinien der BÄK zur OST (BÄK 2010) wird, vor dem Hintergrund des erhöhten Mortalitätsrisikos von IVD durch Überdosen nach der Haftentlassung, explizit der Beginn einer OST auch für gegenwärtig Abstinente erlaubt.

Zu den entlassungsvorbereitenden Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogen in JVA's gehören in allen JVA's in zehn Bundesländern¹³⁵ die Verteilung von Informationen, in einem Bundesland die Vermittlung in ambulante und stationäre Entwöhnungstherapie, in 15 Bundesländern die Beratung zu erhöhten Risiken und zur Prävention, in vier Bundesländern die Einleitung und in zehn Bundesländern die Fortsetzung einer OST. Eine Überweisung an externe Drogenhilfedienste findet in allen JVA's in zwölf Bundesländern statt und eine durchgehende/kontinuierliche Betreuung durch dieselben Dienste in 6 Bundesländern (Bundesministerium der Justiz 2009).

9.7 Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

Der rechtliche Rahmen der Entlassvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmangement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmangement ist die Verbesserung der Lage der Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf.

Die JVA Fuhlsbüttel hat als bundesweite Innovation im Jahr 2008 eine spezielle Therapie-vorbereitungsstation für bei Haftantritt drogenabhängige und –missbrauchende Gefangene eingerichtet, die hauptsächlich zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollen therapeutische Inhalte verfolgt werden und zum anderen Gefangene für die Weiterbehandlung nach Haftentlassung motiviert werden, was über ein komplexes Maßnahmensystem geschehen soll. In diesem Rahmen wurde in Kooperation mit der Justizbehörde Hamburg ein sogenanntes Fertigkeitstraining im Sinne der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt und eingeführt. Einzelne Module und die Station werden wissenschaftlich begleitet, um die Wirksamkeit zu überprüfen und das Konzept kontinuierlich weiter zu entwickeln. Die Evaluation läuft noch bis zum Frühjahr 2011¹³⁶.

¹³⁵ Aus den fehlenden Bundesländern lagen keine Angaben vor.

¹³⁶ s.a. <http://www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php>

Die Multicenter-Studie „CAN Stop“ (s.a. Kapitel 1.3.2) umfasst die Entwicklung und Evaluation eines manualisierten Gruppentrainings für 14-21-Jährige mit einem problematischen Cannabiskonsum. Die Evaluation der niedrighwelligen und settingübergreifend angelegten Intervention erfolgt nicht nur in der ambulanten Jugend- und Suchthilfe, und im ambulanten und stationären medizinischen Hilfesystem, sondern auch im Jugendstrafvollzug. Hierzu wurden mehrere „CAN Stop“-Gruppen in zwei Jugendanstalten in Hamburg und Schleswig-Holstein durchgeführt. Außerdem wurden in diesem Setting auch Kontrolldaten erhoben. Die Gruppen wurden durch Justizbeamte durchgeführt, die an der 1-tägigen „CAN Stop“-Schulung teilgenommen hatten. Die Rückmeldungen aus den Gruppen sind überwiegend positiv, detaillierte Projektergebnisse sind in 2011 zu erwarten.

10 Drogenmärkte

10.1 Überblick

Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben der wahrgenommenen Verfügbarkeit und der Versorgung mit illegalen Substanzen auch Zahl und Umfang von Beschlagnahmungen, Preise und Wirkstoffgehalt bzw. Reinheit der Substanzen. Um neue Drogen in ihrer Struktur und Wirkungsweise zu verstehen, ist ein erheblicher Aufwand in Form von chemischen Analysen notwendig. Entsprechende Analysen werden z.B. vom Kriminaltechnischen Institut des Bundeskriminalamtes (BKA) durchgeführt. Informationen zu Sicherstellungen liegen ebenfalls vom BKA oder Landeskriminalämtern (LKÄ) vor.

Verfügbarkeit und Versorgung

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Drogenmarkt aus zwei verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters. Die Einschätzung der Bevölkerung oder der Konsumenten hinsichtlich der Verfügbarkeit verschiedener illegaler Substanzen lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, dass eine Substanz innerhalb eines bestimmten Zeitraums „leicht“ oder „sehr leicht“ beschaffbar sei. Diese Angaben werden in Deutschland regelmäßig im Epidemiologischen Suchtsurvey (zuletzt 2003), der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS) sowie im Rahmen regionaler Monitoring-systeme (z.B. MoSyD Frankfurt) erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Weitere Aspekte der Verfügbarkeit stellen Indikatoren wie Preis, Reinheit und Sicherstellungen dar. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge, Preis und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten und an Flug- und Seehäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Die im Folgenden verwendeten Statistiken des BKA beinhalten alle Sicherstellungen der Polizeidienststellen der Länder, des BKA und der Zollbehörden.

Preis

Ende 2002 haben sich die Landeskriminalämter (LKÄ) und das BKA über eine erweiterte Erfassung der Informationen zu inländischen Rauschgiftpreisen verständigt. Seitdem werden neben den Höchst- und Niedrigstpreisen auch die so genannten "überwiegenden Marktpreise" im Straßenhandel und Großhandel, bei letzterem unterschieden in Handelsmengen von 1-10 kg und über 10 kg erhoben. Um eine möglichst repräsentative Preiserhebung zu gewährleisten werden die Informationen von grundsätzlich vier bis sechs ausgewählten Messpunkten in den Bundesländern (Dienststellen im städtischen und im ländlichen Bereich) an das

jeweilige LKA übermittelt. Die LKÄ fassen die Zulieferungen der Messstellen und darüber hinaus vorliegende Erkenntnisse zusammen und übermitteln dem BKA einmal jährlich die aktuellen marktüblichen Rauschgiftpreise ihres Bundeslandes in einer Standardtabelle. Auf dieser Grundlage werden vom BKA die durchschnittlichen deutschen Rauschgiftpreise berechnet.

Die ermittelten Drogenpreise können nur als grobe Richtwerte verstanden werden, zumal der Reinheitsgehalt der Drogen bei der Preisermittlung nicht berücksichtigt wird und teilweise unterschiedliche Qualitätsklassen gehandelt werden. Darüber hinaus besteht die Schwierigkeit, dass lediglich im Zusammenhang mit vergleichsweise wenigen Sachverhalten Preise bekannt werden, so dass Zufallseffekte die Zahlen stark verändern können.

Die EBDD hat 2010 ein Manual mit Richtlinien zur Datenerfassung von Rauschgiftpreisen im Straßenhandel herausgegeben. Neben Hinweisen zu methodischen Schwierigkeiten wie der geographischen Abdeckung, Repräsentativität und Gewichtungen enthält das Manual auch Beispiele zur Berechnung von Rauschgiftpreisen aus einigen europäischen Ländern. In Frankreich bzw. Norwegen und den Niederlanden geben z.B. Expertengruppen aus dem Gesundheitsbereich und der Strafverfolgung bzw. aus verschiedenen „Szenen“ Einschätzungen zum aktuellen Rauschgiftpreis ab (EMCDDA 2010).

Zurzeit befasst sich eine internationale Expertengruppe unter Leitung der EBDD mit der Harmonisierung der Datenerhebungsverfahren zu Rauschgiftgroßhandelspreisen auf europäischer Ebene.

Auch die Trendscout- und Szenebefragungen im Rahmen des Frankfurter MoSyD liefern Schätzwerte zu Preisen diverser Drogen.

Reinheit

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienen Proben aus Drogenbeschlagnahmungen. Wegen der besseren Vergleichbarkeit werden die Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die chemische Form der Base bezogen. Dies geschieht unabhängig davon, in welcher Form die Substanz in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als Richtwerte zu verstehen, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Da die Verteilung der Werte deutlich von der Normalverteilung abweicht, werden statt arithmetischer Mittelwerte Medianwerte angegeben.

Die Darstellungen basieren auf Auskünften des BKA auf Anfrage der DBDD. Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1 g), Kleinhandel (1 g bis <1.000 g) und Großhandel (≥1.000 g). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffgehalt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund für diese Darstellung ist in der Regel eine zunehmende Streckung des Wirkstoffes von der Großhandelsebene zum Straßenverkauf, um damit den Gewinn zu erhöhen. Neben dem Wirkstoffgehalt werden An-

gaben über die häufigsten Streckmittel gemacht. Soweit diese pharmakologisch wirksam sind (z. B. Coffein) werden sie als Zusätze, ansonsten als Verschnittstoffe (z. B. Zucker) bezeichnet.

10.2 Verfügbarkeit und Versorgung

10.2.1 Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang

Zur wahrgenommenen Verfügbarkeit von Drogen finden sich Angaben im REITOX-Bericht des Jahres 2005. Aus der DAS 2008 liegen momentan nur Angaben zu angebotenen illegalen Drogen sowie zur Probier- und Ablehnungsbereitschaft vor. Eine ausführlichere Darstellung folgt im REITOX-Bericht 2011.

Von den 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in der DAS 2008 befragt wurden, haben 47,0 Prozent schon einmal illegale Drogen angeboten bekommen und 28,9 Prozent haben schon einmal illegale Drogen genommen. Somit lehnt ein erheblicher Teil derer, die ein Drogenangebot erhalten, dies ab. Die Bereitschaft, einzelne Drogen zu probieren oder sie abzulehnen, zeigt an, ob sich die Einstellung zu einzelnen Drogen verändert. Damit ist die Probierbereitschaft als ein Frühindikator möglicher zukünftiger Konsumentwicklungen anzusehen. Im Jahr 2008 sagten knapp zwei Drittel der Jugendlichen (62,8%), man solle illegale Drogen auf keinen Fall probieren. Etwas mehr als ein Drittel (35,1%) gab an, man könnte illegale Drogen vielleicht einmal probieren. Die Bereitschaft, irgendeine Droge zu probieren, stieg im Zeitraum von 1993 bis 2004 deutlich von 19,5 Prozent (1993) auf 47,6 Prozent (2004). Aktuell sinkt die Probierbereitschaft jedoch wieder und liegt 2008 bei 35,1 Prozent. Dieser Rückgang ist ausschließlich auf die Probierbereitschaft von Cannabis zurückzuführen. Cannabis ist dennoch mit deutlichem Abstand diejenige illegale Substanz, die Jugendliche am ehesten einmal probieren würden. Aktuell lehnen 71,2 Prozent der Jugendlichen den Konsum von Cannabis kategorisch ab und 27,9 Prozent der Jugendlichen können sich vorstellen, Cannabis einmal zu probieren. Für alle anderen illegalen Substanzen bleibt die Probierbereitschaft, auf deutlich niedrigerem Niveau, im letzten Jahrzehnt weitgehend stabil, d.h., dass die meisten illegalen Drogen von rund neun Zehnteln der Jugendlichen abgelehnt werden (BZgA 2010).

Der Schülerbefragung des Jahresberichtes des Monitoring-Systems Drogentrends (MoSyD) Frankfurt/M. (Werse et al. 2009) sind Informationen zur Verfügbarkeit von illegalen Drogen für Frankfurter Schüler und dem Trendscout-Panel für verschiedene Frankfurter Szenen (definiert nach Freizeit-/Ausgehaktivitäten) zu entnehmen. Demnach ist die Zahl der Jugendlichen, denen schon einmal Cannabis angeboten wurde, nach einem kontinuierlichen Rückgang seit 2002 im Jahr 2009 erstmals wieder leicht angestiegen. Der Anteil derer, denen andere illegale Drogen angeboten wurden, ist in den vergangenen Jahren wieder leicht angestiegen (s.a. REITOX-Bericht 2009).

Ein relativ neues Phänomen sind sogenannte Research Chemicals (RC) oder Legal Highs (s.a. Kapitel 10.4.2). Mit „RC“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z.B. Piperazine, Cathinone

oder auch cannabinomimetische Substanzen) bezeichnet, die (noch) nicht illegalisiert sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere Drogen (z.B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o.ä. deklariert, sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe) zum Teil im legalen Handel und über Onlinehändler und Headshops erhältlich (Werse et al. 2010). Um einen Überblick über das Phänomen des Onlinehandels mit ggf. illegalen Drogen zu erhalten, hat das BKA Internetmonitorings durchgeführt, bei denen aber nur konsumnahe Delikte (s.a. Kapitel 9.2.1), Berichte von Konsumerfahrungen sowie der Handel mit (noch) legalen Produkten beobachtet werden konnten (Kipke 2010).

10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

Nach Angaben des BKA (2010a) werden mit Ausnahme von Cannabis (s.a. Kipke & Flöter 2009) illegale Drogen fast ausschließlich aus dem Ausland importiert. Die Handelswege werden in Abschnitt 10.2.3 beschrieben.

Im Jahr 2009 wurde erneut ein umfangreicher Anbau von Cannabis auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben, wenngleich sowohl die Zahl der entdeckten und sichergestellten Outdoorplantagen von 102 auf 67 (-34%) als auch der Indoorplantagen von 415 auf 342 (-18%) sank. Bei den 67 Outdoorplantagen handelte es sich um zwei Profiplantagen (Anbaukapazitäten ab 1.000 Pflanzen), neun Großplantagen (100-999 Pflanzen) und 56 Kleinplantagen (20-99 Pflanzen) mit insgesamt 5.324 sichergestellten Cannabispflanzen. Die 342 Indoorplantagen setzen sich aus 26 Profiplantagen, 98 Großplantagen und 218 Kleinplantagen mit insgesamt beschlagnahmten 91.310 Cannabispflanzen zusammen. Die meisten Outdoorplantagen wurden in Bayern (24%) registriert, die meisten Indoorplantagen in Nordrhein-Westfalen (22%). Hinsichtlich der Indoorprofi- und Indoorgroßplantagen war der Schwerpunkt Nordrhein-Westfalen besonders ausgeprägt (31%).

Vertreter der Justiz aus Frankfurt am Main berichteten über eine verstärkte Beschäftigung mit dem Thema Cannabis. Dies bezieht sich allerdings vor allem auf die häufigere Aufdeckung sogenannter Indoorplantagen. Dies wiederum steht zu einem wesentlichen Teil damit in Zusammenhang, dass die Polizei stärker auf diese heimische Marihuana-Produktion aufmerksam geworden ist und diese, teils mit neuen Methoden, stärker verfolgt. So wird etwa im Verdachtsfall verstärkt bei Stromversorgern nachgefragt (Indoorplantagen benötigen wegen der eingesetzten Hochleistungslampen vergleichsweise viel Strom) (Werse et al. 2010).

10.2.3 Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten

Die Gesamtzahl der registrierten Sicherstellungsfälle von Rauschgift sank im Jahr 2009. Die Entwicklung betraf nahezu alle Drogenarten. Eine große Zahl an Fällen betraf wie üblich den Schmuggel vergleichsweise kleinerer Drogenmengen, die durch Konsumenten oder Kleinhändler im Wege von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt wurden. Neben der Nutzung von Transportrouten auf dem Landweg wurde in hoher Frequenz Rauschgift durch Flugkuriere oder per Luftpostsendungen nach Deutschland ge-

schmuggelt. Dabei war häufig der Transport ins europäische Ausland, nicht selten aber auch in außereuropäische Regionen beabsichtigt. Der Schmuggel auf dem Seeweg bildete die Ausnahme, wobei in den wenigen bekannt gewordenen Fällen beträchtliche Mengen transportiert wurden. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen wurden bei nahezu allen Rauschgiftarten deutsche Staatsangehörige in jeweils mehr als der Hälfte der Fälle als Tatverdächtige festgestellt. Besonders hoch lag ihr Anteil bei Sicherstellungen von synthetischen Drogen und Cannabispflanzen. Lediglich in Verbindung mit Sicherstellungen von Rohopium und Khat traten deutsche Staatsangehörige in jeweils weniger als der Hälfte der Fälle als Tatverdächtige in Erscheinung (BKA 2010a).

Nachdem sich der Drogenhandel in Berlin in die S- und U-Bahn verlagerte, hat die Polizei eine Sondereinheit gegründet, die den Handel im öffentlichen Nahverkehr verfolgt. Dadurch hat sich der Handel weiter dezentralisiert (Fixpunkt e.V., persönliche Mitteilung 2009). Ähnliche Entwicklungen werden auch seit einigen Jahren aus dem Frankfurter MoSyD berichtet.

Cannabis

Bei den Sicherstellungen von Cannabisprodukten wurden im Jahr 2009 rückläufige Tendenzen registriert. Abgesehen von den Niederlanden wurde die Einfuhr von Haschisch nach Deutschland vor allem aus bzw. über Belgien und Frankreich betrieben. In einer großen Zahl an Fällen reichte der Herkunftsnachweis bis zum europäischen Ausgangspunkt des Schmuggels in Spanien. Marihuana wurde in meist kleineren Mengen, aber hoher Frequenz, aus Österreich, der Schweiz und der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelt. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Cannabisprodukten festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige (BKA 2010a).

Heroin

Zur Herkunft größerer, in Deutschland sichergestellter Heroinmengen wurden Nachweise vor allem nach Bulgarien und in die Türkei geführt. Bei mehreren Lieferungen war der Transport des Heroins ins europäische Ausland, insbesondere in die Niederlande, beabsichtigt. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Deutschland festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige (BKA 2010a).

Kokain

Im Gegensatz zum Vorjahr wurden im Jahr 2009 ungleich größere Einzelmengen beschlagnahmt, die zu einem deutlichen Anstieg der Gesamtsicherstellungsmenge führten. So wurden in einem Container, der aus Honduras nach Belgien verschifft und von dort weiter per LKW nach Deutschland transportiert wurde, rund 200 kg Kokain aufgefunden. Ferner wurden 122 kg in einem Schiffscontainer aus Uruguay, 108 kg in einem für Nepal bestimmten Container aus Ecuador und 63 kg in einem Wohnmobil, das von Peru über die Niederlande nach Deutschland verschifft wurde, beschlagnahmt. Bei dem in hoher Frequenz betriebenen Schmuggel auf dem Luftweg aus Südamerika nach Deutschland wurden vor allem Brasilien und Argentinien als bedeutende Herkunfts- bzw. Transitstaaten ermittelt. In vielen Fällen war

in Deutschland sichergestelltes Kokain für den innereuropäischen Vertrieb bestimmt. Häufig war der Transport vor allem nach Spanien, Großbritannien oder in die Niederlande beabsichtigt. Auch Italien wurde, wenngleich in selteneren Fällen, aber mit zum Teil vergleichsweise größeren Einzelmengen, als wichtiger Bestimmungsstaat ermittelt. Mehrere Luftpostsendungen mit kleineren Mengen befanden sich ferner im Transit Richtung China und Südafrika. Bei Sicherstellungen von Kokain traten von den nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, gefolgt von italienischen Staatsangehörigen in Erscheinung (BKA 2010a).

Spiegelonline¹³⁷ berichtete am 16.07.2010 von der bisher größten Kokainsicherstellung in Deutschland am 12.04.2010 im Hamburger Hafen. Es handelte sich um eine Gruppe von Drogenschmugglern, die in Holzbriketts eingearbeitete 1,33 Tonnen Kokain per Containerschiff aus Paraguay importierten.

Der weitaus größte Teil der Gesamtmenge an Crack wurde wie in den Vorjahren in Hamburg beschlagnahmt. Im Zusammenhang mit Cracksicherstellungen dominierten unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen türkische Staatsangehörige deutlich (BKA 2010a).

Amphetamine

Rund 64% der beschlagnahmten Menge an kristallinem Methamphetamin („Crystal“) wurden in Sachsen und Bayern sichergestellt. Wie schon in den Vorjahren wurden darüber hinaus zahlreiche Sicherstellungen in Thüringen registriert, bei denen allerdings durchschnittlich weitaus geringere Einzelmengen beschlagnahmt wurden. Neben dem weitaus größten Teil der nachweislich aus den Niederlanden nach Deutschland geschmuggelten Amphetamine erfolgte die Einfuhr in mehreren Fällen aus Belgien oder Polen. Zudem wurde des Öfteren bei vergleichsweise kleineren Mengen von in Deutschland sichergestellten Amphetaminen und auch Methamphetamin die Tschechische Republik als Herkunftsstaat ermittelt. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Amphetaminen und Methamphetamin wurden bezüglich der nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, nicht selten aber auch polnische Staatsangehörige festgestellt. Das Phänomen „Crystal“ betraf wie in den Vorjahren vor allem die grenznahen Regionen zur Tschechischen Republik (BKA 2010a).

Ecstasy

Der weit überwiegende Teil der sichergestellten Ecstasy-Tabletten, zu dem ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammte aus den Niederlanden. Vereinzelt waren Großmengen in jeweils vierstelliger Stückzahl für den Weitertransport nach Österreich, Italien sowie in die Schweiz, darüber hinaus auch nach Polen und in andere Staaten Ost- und Südosteuropas bestimmt. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Ecstasy in Erscheinung traten, dominierten türkische und niederländische Staatsangehörige (BKA 2010a).

¹³⁷ Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,706178,00.html>.

10.3 Beschlagnahmungen

10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

Im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von Heroin, Kokain und LSD sehr stark und von Amphetaminen leicht an, während die Sicherstellungsmengen von Haschisch, Marihuana, Crack (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge), Pilzen, Ecstasy und Khat stark sanken. Hauptgrund für diese Schwankungen sind große Einzelbeschlagnahmungen. Bei Haschisch und Marihuana sanken 2009 die beschlagnahmten Mengen infolge ausgebliebener Sicherstellungen in den Größenordnungen des Vorjahres (2008: Eine Haschischsicherstellung von ca. 4.000 kg und eine Marihuanasicherstellung von 5.470 kg). Der Anstieg der Gesamtmenge des sichergestellten Heroins (+50,8%) ist vor allem auf eine deutliche Zunahme beschlagnahmter Mengen im zweistelligen Kilogrammbe- reich zurückzuführen. während 2008 große Einzelsicherstellungen von Heroin ausblieben. Ähnlich verhält es sich bei der Menge des sichergestellten Kokains, die von 2008 nach 2009 nicht zuletzt durch einige Beschlagnahmungen im dreistelligen Kilogrammbe- reich stark anstieg (+59,7%). Die beschlagnahmte Menge Amphetamine (+7,8%) stieg im achten Jahr in Folge an. Nachdem im Jahr 2008 die mit 284 kg bis dahin größte Einzelsicherstellung von Amphetamin in Deutschland erfolgte, wurde diese Menge im Jahr 2009 mit einer Beschlag- nahme von 360 kg in Niedersachsen nochmals übertroffen (BKA 2010a). Tabelle 10.1 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jah- ren 2008 und 2009.

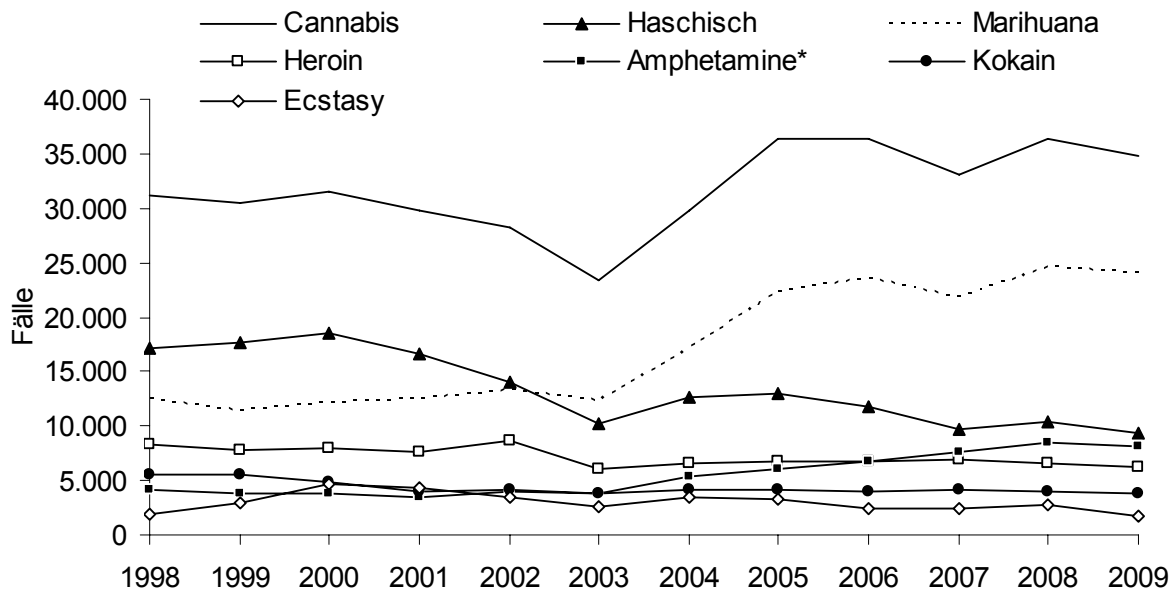
Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2008 und 2009

| Substanz | 2008 | 2009 | Veränderung |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|
| Heroin | 502,8 kg | 758,4 kg | +50,8 % |
| Kokain | 1.068,6 kg | 1.707,0 kg | +59,7 % |
| Crack | 8,2 kg | 4,6 kg | -43,9 % |
| Amphetamine (davon Crystal) | 1283,2 kg (4,2 kg) | 1.382,7 kg (7,2 kg) | + 7,8 % (+71,4 %) |
| Ecstasy | 751.431 KE | 521.272 KE | -30,6 % |
| Haschisch | 7.632,3 kg | 2.220,0 kg | -70,9 % |
| Marihuana | 8.932,2 kg | 4.298,0 kg | -51,9 % |
| LSD | 12.875 Tr. | 20.705 Tr. | +60,8 % |
| Khat | 29.488,6 kg | 24.004,5 kg | -18,6 % |
| Pilze | 17,6 kg | 12,2 kg | -30,7 % |

BKA 2010a.

Ein genauerer Indikator für (kurzfristige) Trends ist die Zahl der Sicherstellungsfälle (Abbildung 10.1). Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetaminen, Crystal, Ecstasy, Cannabis und LSD lag 2009 (54.728 Fälle) 6,6% unter der von 2008 (58.567). Maßgeblich ausschlaggebend für den Rückgang ist die niedri-

gere Fallzahl an Cannabissicherstellungen (Haschisch: -9,9%; Marihuana: -1,9%), aber auch die Fallzahlen von Heroin (-6,9%), Kokain (-2,5%), Amphetaminen (-4,1%) und Khat (-4,0%) sanken leicht sowie die von Pilzen (-47,5%) und Ecstasy (-34,7%) stark gesunken. Bei vergleichsweise geringer Fallzahl ist Methamphetamin (hier in kristalliner Form, sog. „Crystal“) die einzige Rauschgiftart, bei welcher ein gegenüber dem Vorjahr erhöhtes Fallaufkommen (+25,3%) festgestellt wurde (BKA 2010a).



*) In der Kategorie Amphetamine sind auch Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" enthalten, das im Jahr 2006 erstmals gesondert erfasst wurde.

BKA 2010a.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2009

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine (+410% bzw. +117%) und Rückgänge bei Ecstasy (-68% bzw. -62%) (Tabelle 10.2). Die Fallzahlen 2009 für Heroin und Kokain unterscheiden sich trotz der stark erhöhten sichergestellten Menge kaum von denen aus 2008 (s.o.) und sind im Vergleich zu 2000 um rund 20% zurückgegangen (BKA 2010a).

Tabelle 10.2 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen

| | 2009 vs. | Heroin | Kokain | Amphe- tamine | Ecstasy | Can- nabis | Pilze | Khat |
|-------|----------|--------|--------|------------------|---------|---------------|-------|------|
| Fälle | 2008 | -7% | -2% | -4% | -35% | -5% | -48% | -4% |
| Menge | 2008 | +51% | +60% | +8% | -31% | -61% | -31% | -19% |
| Fälle | 2000 | -23% | -20% | +117% | -62% | +10% | | |
| Menge | 2000 | -5% | +87% | +410% | -68% | -55% | | |

Hinweis: Zuwächse >10% sind durch Rahmen, Rückgänge >10% durch Schattierung gekennzeichnet.

BKA 2010a.

10.3.2 Mengen und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen

Im Jahr 2009 wurden in 1.359 Fällen 127.718 Cannabispflanzen beschlagnahmt (Tabelle 10.3), was einen leichten Anstieg der sichergestellten Pflanzen (+5,0%) und einen leichten Rückgang der Fallzahl (10,9%) bedeutet. Wenn man das Jahr 2007 miteinbezieht, scheinen sich die Zahlen momentan auf hohem Niveau zu stabilisieren (BKA 2010a).

Tabelle 10.3 Sicherstellung von Cannabispflanzen

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Menge ¹⁾ | 168.833 | 25.277 | 68.698 | 29.352 | 35.863 | 68.133 | 93.936 | 190.241 | 135.252 | 121.663 | 127.718 |
| Fälle | 1.254 | 1.048 | 785 | 887 | 750 | 1.008 | 1.035 | 1.121 | 1.463 | 1.526 | 1.359 |

1) in Stück.

BKA 2010a.

Zusätzlich zu den in illegalen Rauschgiftlaboren beschlagnahmten Grundstoffen und Chemikalien (s. 10.3.3) wurden 2009 100,0 l BMK, 215,65 kg Ephedrin, 78,0 kg Pseudoephedrin in Tabletten- oder Pulverform, 1.440 Tabletten mit pseudoephedrinhaltigen Medikamenten und 15.000 Ampullen mit insgesamt 22,5 l GBL sichergestellt, da diese Grundstoffe und Chemikalien offensichtlich zur illegalen Rauschgiftherstellung bestimmt waren (BKA 2010b).

Beim Internetmonitoring des BKA (s.a. 10.2.1) wurden einige Einzelfälle des Handels mit Grund- oder Zusatzstoffen (u.a. Essigsäureanhydrid, GBL, Ephedrin, Lidocain, Zusätze für Kräutermischungen) über (ausländische) Onlineshops entdeckt, die allerdings strafrechtlich nicht verfolgt werden konnten (Kipke 2010).

10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2009 wurden 24 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt, was einem dem Vorjahr (25 Labore) vergleichbaren Niveau entspricht. Wie schon im Vorjahr handelte es sich überwiegend um Kleinlabore zur Herstellung von Methamphetamin, die über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmer-

kreises verfügten (BKA 2010a). Insgesamt wurden in den sichergestellten Laboren 0,17 kg Amphetamine und 1,99 kg Methamphetamin beschlagnahmt. Dazu kamen die Grundstoffe Essigsäureanhydrid (55,6 l), Phenyllessigsäure (26,0 kg), Salz- und Schwefelsäure (63,6 l bzw. 127,5 l), Aceton (9,9 l), Ethylether (6,5 l), Kaliumpermanganat (1,0 kg), Toluol (321,5 l) und Pseudoephedrin (0,36 kg) sowie die für die Rauschgiftherstellung signifikanten Chemikalien Benzaldehyd (3,6 l) und Gammabutyrolacton (1,5 l) (BKA 2010b).

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

10.4 Preis / Reinheit

10.4.1 Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene

Bei den vom BKA übermittelten Drogenpreisen (Tabelle 10.4) hat sich von 2008 nach 2009 nur wenig geändert. Im Kleinhandel blieben die Preise für Heroin (+2%), Kokain (+1%), Marihuana (+0%) und Ecstasy (-1%) praktisch stabil. Die Preise von Haschisch (+15%) und Crack (+9%) stiegen im Bundesdurchschnitt leicht an, die von Amphetaminen (-15%) und LSD (-7%) sanken hingegen. Der durchschnittliche Straßenpreis für ein Gramm Crystal lag im Jahr 2009 bei 71,3 € (2008: 59,3 €; 2007: 50,6 €) und stieg wie im Vorjahr erneut deutlich (2008-2009: +20%). Auf Großhandelsebene ist nur der Preis von Amphetaminen leicht gesunken (-6%), während sich Kokain (+12%), Marihuana (+9%), Haschisch (+8%), Heroin (+7%) und Ecstasy (+1%) etwas verteuerten (BKA SO 51, persönliche Mitteilung 2010).

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

Tabelle 10.4 Preise verschiedener Drogen 2008 - 2009 (alle Preise in €)

| | | Heroin | Kokain | Crack | Ecstasy | Amphetamine | Marihuana | Cannabisharz | LSD |
|---------------------------|----------|--------|--------|-------|---------|-------------|-----------|--------------|-----|
| Kleinhandel ¹⁾ | 2009 | 36,9 | 62,4 | 58,3 | 6,6 | 10,5 | 7,9 | 6,8 | 8,4 |
| | 2008 | 36,2 | 61,6 | 53,3 | 6,7 | 12,3 | 7,9 | 5,9 | 9,0 |
| | Änderung | 2% | 1% | 9% | -1% | -15% | 0% | 15% | -7% |
| Großhandel ²⁾ | 2009 | 19.214 | 41.115 | -- | 1.936 | 4.040 | 3.702 | 2.654 | -- |
| | 2008 | 18.011 | 36.818 | -- | 1.909 | 4.307 | 3.400 | 2.453 | -- |
| | Änderung | 7% | 12% | -- | 1% | -6% | 9% | 8% | -- |

1) Preis pro Gramm.

2) Preis pro Kilogramm.

BKA SO 51, persönliche Mitteilung 2010.

Nachdem sich in den vergangenen Jahren insgesamt eine deutliche Tendenz zu einer größeren Bedeutung von Heroin in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt/M. gezeigt hatte, stagnierte der Konsum im Jahr 2009 laut Experteneinschätzung offenbar auf vergleichsweise hohem Niveau. Heroin ist demnach in Frankfurt weiterhin in vergleichsweise hoher Qualität zu relativ niedrigen Preisen erhältlich. Dies wird offenbar dadurch begünstigt, dass der Heroinhandel nach wie vor von mazedonisch-bulgarischen Dealern dominiert wird. Diese bieten

die Droge unverändert in vergleichsweise hoher Qualität an – es wurden Wirkstoffanteile bis über 20% ermittelt, nachdem die „Reinheit“ in früheren Jahren (bzw. auch aktuell in anderen deutschen Städten) bei unter 5 bis maximal 10% liegt bzw. gelegen hatte. Der Preis ist dabei offenkundig gleichbleibend niedrig; nach wie vor gibt die Polizei einen Durchschnittspreis von 20 Euro an (wobei zu beachten ist, dass der Preis für Klein- bzw. Kleinstmengen durchaus deutlich höher liegen kann; vgl. u.a. Werse et al. (2009)). Da die Preise augenscheinlich so niedrig wie in keiner anderen urbanen oder regionalen Szene sind, werden verstärkt Auswärtige aus den angrenzenden Bundesländern angezogen, die sich in Frankfurt mit Heroin zum Eigenbedarf und/oder Weiterverkauf versorgen. Diese „konkurrenzlose“ Situation hängt wohl auch damit zusammen, dass sich die mazedonische Dealergruppe, die sich im Übrigen offenbar weiterhin ihren Kunden gegenüber vergleichsweise freundlich verhält, weitestgehend auf den Handel im Raum Frankfurt/Offenbach beschränkt. Zwar wurden im Jahr 2009 durchaus viele Vertreter dieser Gruppe verhaftet, dies scheint aber keine nennenswerten Auswirkungen auf das Ausmaß des Handels oder den Heroinpreis zu haben (Werse et al. 2010).

Gewinn durch den Verkauf von Marihuana

Nach Erkenntnissen des Kriminaltechnischen Institutes beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf können bei sachgerechter Zucht aus einer ausgewachsenen Cannabispflanze mindestens 25 g konsumfähiges Marihuana gewonnen werden. Der Durchschnittswert aus etwa 50 Cannabisplantagen mit erntereifen bzw. geernteten Pflanzen liegt seit etwa fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen bei etwas über 40 g an konsumfähigem getrocknetem Marihuana. Bei professionellen Anlagen werden auch über 50 g erreicht. Der für die Ertragserrechnung angenommene Durchschnittswert ist auf 40 g abgerundet. Bei den Berechnungen zum Ertrag einer Cannabisindoorplantage wird der Mindest- und der Durchschnittswert ermittelt, indem die Anzahl der Pflanzen mit der Mindest- (25 g) bzw. der Durchschnittsmenge (40 g) an möglichem konsumfähigem Marihuana multipliziert werden. Das errechnete Gewicht wird dann mit dem aktuellen Straßenverkaufspreis (2009: 7,90 €/g) bzw. mit dem Großhandelspreis (2009: 3.702 €/kg) multipliziert. Von diesen Werten werden dann die Kosten für die Pflanze (ein Steckling kostet z.B. in den Niederlanden 2,50 €) und anteilig für das eingesetzte wieder verwendbare technische Equipment in Höhe von insgesamt 10 € pro Pflanze abgerechnet. Kosten für die Energieversorgung werden hier nicht angeführt, da in der überwiegenden Zahl der Fälle von sichergestellten Cannabisindoorplantagen der für den Betrieb erforderliche Strom illegal abgezweigt wurde. Im Ergebnis können mit 1.000 Cannabispflanzen Gewinne beim Straßenverkauf zwischen 187.500 € und 306.000 €, beim Großhandel zwischen 82.550 € und 138.080 € erzielt werden. Für das Jahr 2009 bedeutet das bei 127.718 sichergestellten Pflanzen einen nicht erzielten Profit von 9,6 Mio. € - 16,1 Mio. € im Großhandel und zwischen 23,9 Mio. € und 39,1 Mio. € im Straßenhandel (BKA SO 22, persönliche Mitteilung 2010 und eigene Berechnungen).

10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen¹³⁸

Zusammensetzung von illegalen Drogen

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetaminen, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA auf Anfrage der DBDD. Tabelle 10.5 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamine, Kokain und Heroin seit 1999. Der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen ist seit 2003 kontinuierlich gesunken und erreicht nicht mal mehr den halben Wert von 1997 (10,0%). Der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel ist seit zehn Jahren relativ stabil, auch wenn 2009 ein Tiefstwert erreicht wurde. Ebenso ist der Wirkstoffgehalt des Straßenkokains 2009 im Vergleich zum Vorjahr gesunken, liegt aber immer noch innerhalb der Spannweite der letzten 11 Jahre. Der Wirkstoffgehalt des Heroins ist seit 1999, von Ausreißern abgesehen, im Großhandel deutlich und im Kleinhandel leicht gestiegen. Im Straßenhandel hat sich der Wirkstoffgehalt von Heroin in den letzten drei Jahren bei ca. 20% eingependelt.

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

Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1998 bis 2008 (Median) in Prozent

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Amphetamine | 7,0 | 3,3 | 5,0 | 6,0 | 7,5 | 7,9 | 7,7 | 7,1 | 6,2 | 5,4 | 4,8 |
| Kokain Straßenhandel | 49,4 | 35,5 | 42,6 | 38,5 | 32,0 | 34,5 | 34,2 | 24,6 | 32,0 | 40,4 | 33,8 |
| Kokain Großhandel | 69,1 | 69,1 | 73,8 | 73,9 | 76,7 | 75,0 | 68,8 | 72,2 | 75,8 | 70,6 | 66,7 |
| Heroin Straßenhandel | 14,7 | 20,4 | 19,5 | 14,5 | 16,0 | 19,9 | 15,0 | 15,6 | 20,3 | 18,2 | 21,7 |
| Heroin Großhandel | 29,2 | 35,1 | 45,8 | 27,0 | 7,3 | 48,8 | 36,5 | 38,1 | 46,5 | 51,1 | 60,3 |

Quelle: s. Fußnote 138.

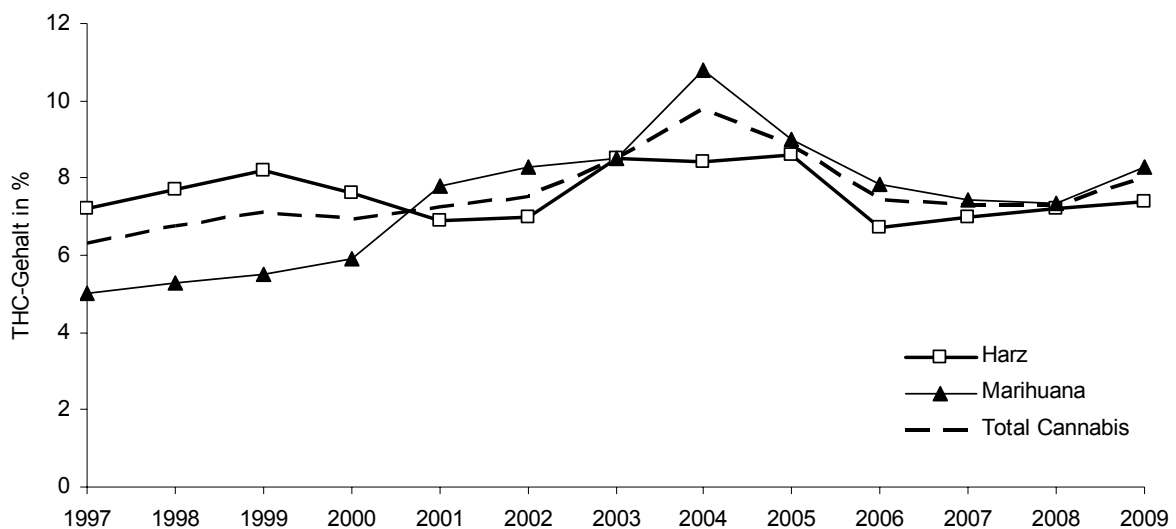
Cannabis

Die Wirkstoffgehalte¹³⁹ werden für jede Cannabiszubereitung getrennt erfasst und ausgewertet. Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgte 2009 auf der Basis der Beschlagnahmen von 2.062 Proben Cannabiskraut, 4.388 Proben mit Blütenständen und 2.800 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Seit 2006 werten alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen aus, da die wirkstoffreicheren Blütenstände ohne das Kraut verstärkt auf dem illegalen Drogenmarkt auftauchen.

¹³⁸ Wenn nicht anders gekennzeichnet, stammen die Zahlen zu Wirkstoffgehalten aus persönlichen Mitteilungen der Kriminaltechnik des BKA (KT 34). Die Interpretation der Daten wurde von der DBDD vorgenommen.

¹³⁹ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.

Die Blütenstände hatten 2009 einen Wirkstoffgehalt von 11,2% (2008: 10,5%), das Cannabiskraut von 2,1% (2008: 2,0%). In die Berechnung des Wirkstoffgehalts von Marihuana fließen die Werte von Cannabiskraut und Blütenständen im Verhältnis zur jeweiligen Anzahl der Proben ein. Von 2004 (10,8%) bis 2007 (7,4%) sank der mittlere THC-Gehalt im Marihuana kontinuierlich. Zwischen 2007 und 2008 gab es keine Veränderung und 2009 stieg der Wirkstoffgehalt wieder leicht auf 8,3%. Nachdem sich der mittlere THC-Gehalt im Haschisch von 2005 (8,6%) nach 2006 stark verringerte und mit 6,7% den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, stieg er in den letzten drei Jahren wieder leicht an und lag 2009 bei 7,4% (Abbildung 10.2). Im Vergleich mit den Angaben von 1997 zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen, wobei der Wirkstoffgehalt des Cannabisharzes kaum, der des Marihuanas leicht gestiegen ist.



Quelle: s. Fußnote 138.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalt von Cannabis

Ecstasy

Im Jahr 2009 wurden für insgesamt 208.000 Tabletten und Kapseln (2008: 541.727) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 98,6% (entsprechend 204.991) aller Konsumeinheiten (2008: 99,65%) enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate), während bei 1,4 % (entsprechend 3009 KE) zwei Suchstoffe (Kombinationspräparate) nachgewiesen wurden (2008: 0,35%). Bei den Monopräparaten dominiert 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin (m-CPP) mit einer Häufigkeit von 65,2%. Es folgen 3,4-Methyldioxy-N-methyl-amfetamin (MDMA) mit 31,8 %, Amphetamin mit 2,7% und Methamphetamin mit 0,3%. Bis 2008 war der psychoaktive Wirkstoff in Ecstasy fast ausschließlich MDMA (2008: in 96,8% der Monopräparate). Wie oben dargestellt, haben 2009 fast zwei Drittel aller Monopräparate m-CPP als psychoaktiven Wirkstoff und nicht mal mehr ein Drittel MDMA.

Kombipräparate machen nur einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtmenge aus. Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.6 dargestellt. Demnach hat sich der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA, nachdem er von 2006 (48 mg/KE) nach 2007 (55 mg/KE) gestiegen war, 2008 (51 mg/KE) und 2009 (50 mg/KE) wieder etwas verringert. Der Wirkstoffgehalt von m-CPP ist im Vergleich zum Vorjahr (2009: 27 mg/KE; 2008: 28 mg/KE) nahezu unverändert, nachdem er von 2007 (39 mg/KE) nach 2008 relativ stark gefallen war.

Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurden als Beimengungen am häufigsten Cofein, Lactose und Cellulose gemeldet.

Tabelle 10.6 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

| Wirkstoff | Menge | | | | Median | | | |
|-------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|------------------|-------------------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| MDA | 0,6-30 | 27 ¹⁾ | 9,9 ¹⁾ | | 17 | 27 ¹⁾ | 9,9 ¹⁾ | |
| MDE | 11 ¹⁾ | | | | 11 ¹⁾ | | | |
| MDMA | 0,8-141 | 0,5-215 | 0,2 - 168 | 0,6 - 170 | 48 | 55 | 51 | 50 |
| Amphetamine | 0,6-51 | 3-33 | 0,5 - 20 | 0,2 - 37 | 15 | 13 | 0,8 | 2 |
| Methamphetamin | | 27 ¹⁾ | 0,4 - 26 | 0,1 - 15 | | 27 ¹⁾ | 13 | 0,5 |
| m-CPP (1(-3-Chlorphenyl)-piperazin) | | 26-76 | 0,7 - 43 | 2,7 - 53 | | 39 | 28 | 27 |

1) Lediglich eine Sicherstellung.

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Insbesondere bei Ecstasy-Tabletten ist darauf hinzuweisen, dass die Erfassung in der FDR eine Erfassung des Wirkstoffes nicht zwingend vorsieht (Eine Recherche nach Wirkstoffen ist daher nur über ein nicht als Pflichtfeld ausfüllbares Suchbegriffsfeld möglich). Ferner ist zu berücksichtigen, dass kriminaltechnische Untersuchungsergebnisse oftmals erst spät oder aber gar nicht (nach-)erfasst werden. Aufgrund dessen ist nicht auszuschließen, dass die in der Tabelle angegebenen Daten zu sichergestellten Tabletten nur Teile der tatsächlichen Fallzahlen abbilden.

Quelle: s. Fußnote 138.

Die dargestellte, vergleichsweise kurzfristige Entwicklung, dass in Ecstasy-Tabletten immer seltener die „ursprüngliche“ Substanz MDMA enthalten ist, wurde in der zweiten Jahreshälfte 2009 auch durch die Experten des MoSyD Frankfurt bestätigt. Neben m-CPP wurden dabei auch Stoffe wie 2-CB sowie 4-Fluoramphetamin/4-FA (Substanzen aus der gleichen Stoffklasse wie Amphetamin oder MDMA) genannt. Teilweise sind diese Stoffe (noch) nicht dem BtMG unterstellt. Die Konsumenten spüren diese veränderte Wirkstoffzusammensetzung teilweise an der von MDMA abweichenden Wirkung, die als weniger emotional (entaktogen/empathogen) und dafür etwas psychedelischer beschrieben wird. Über die Gründe für diese Entwicklung gibt es zwei Thesen: Zum einen wird vermutet, dass die Grundstoffe für die MDMA-Produktion aus diversen Gründen schwerer erhältlich sind und z.B. m-CPP dagegen relativ leicht zu synthetisieren ist. Zum anderen wurden in jüngerer Zeit mehrere MDMA-Labors in den Niederlanden von der Polizei entdeckt und aufgelöst; möglicherweise deckten Tabletten aus diesen Labors einen Großteil der Nachfrage in Deutschland. Was die noch legalen Substanzen (etwa 4-FA) anbetrifft, so kann zudem vermutet werden, dass diese als

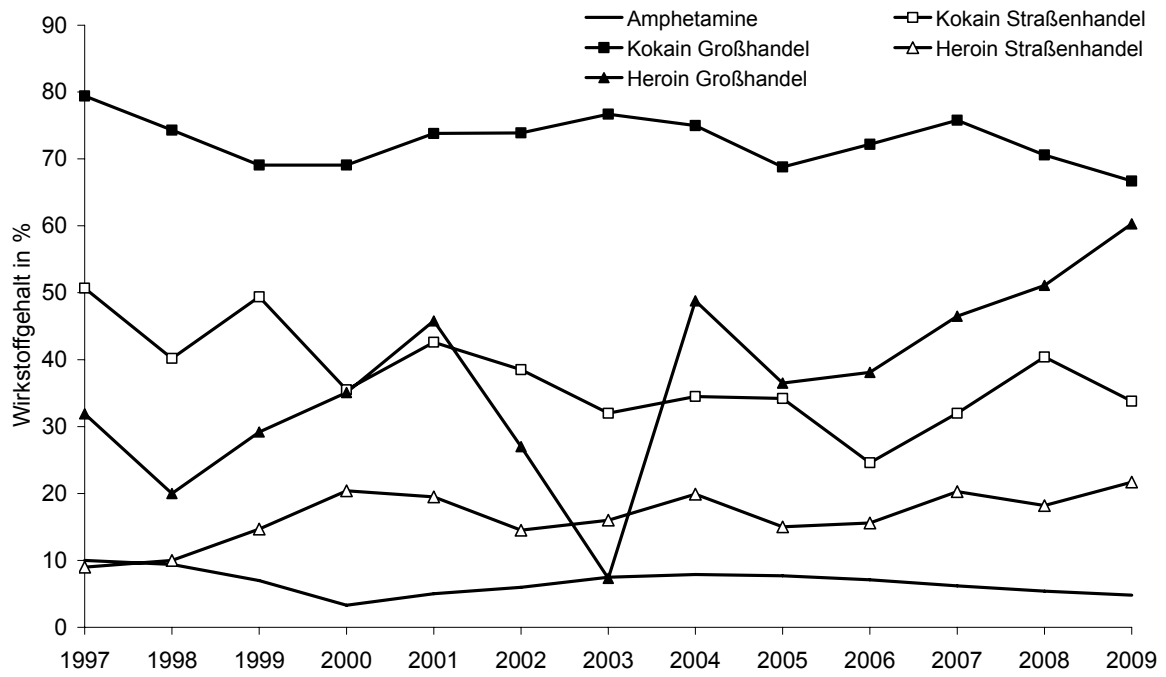
„RCs“ von potenziellen Ecstasy-Tabletten-Produzenten relativ leicht und preisgünstig aus dem Ausland bestellt werden können, weshalb in diesen Fällen gar keine eigene Laborproduktion notwendig wäre. Es bleibt abzuwarten, ob bzw. wie sich diese Entwicklung fortsetzt und sich möglicherweise auch auf Wahrnehmung und Konsummuster der Konsumenten auswirkt (Werse et al. 2010).

Heroin, Kokain und Amphetamine

Für 2009 wurden 4.304 (2008: 4.364) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.3). Während zwischen 1999 und 2004 der Wirkstoffgehalt der Beschlagnahmungen aus dem Großhandel sehr deutlich schwankte (mit den Polen 2003 (7,3%) und 2004 (48,8%)), steigt er seit 2005 kontinuierlich und hat 2009 mit 60,3% den bisherigen Höchstwert erreicht. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt zwischen 1999 und 2008 zwischen 15% und 20%, hat 2009 aber auch hier einen neuen Höchstwert mit 21,7% erreicht. Als Zusätze fanden sich wie in den Vorjahren vor allem Koffein und Paracetamol. Der häufigste Verschnittstoff war Laktose.

Im Jahr 2009 wurden 3.060 (2008: 3.256) Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Nachdem der Median mit 24,6% im Jahr 2006 den niedrigsten Wert seit 1997 aufwies, ist der mittlere Wirkstoffgehalt 2008 wieder auf 40,4% gestiegen und betrug 2009 33,8%. Bei Großmengen sinkt der Wirkstoffgehalt seit 1997 leicht in Wellenbewegungen und lag 2009 nur noch bei 66,7% (2008: 70,6%) (Abbildung 10.3). Bei den Zusätzen wurde 2009 vor allem Phenacetin, Tetramisol/Levamisol und Lidocain nachgewiesen. Bei den Verschnittstoffen fand sich Laktose am häufigsten.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 2.825 (2008: 2.866) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet, der im Mittel bei 4,8% lag (Abbildung 10.3). Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetaminen nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigste Verschnittstoffe waren Laktose und Kreatin.



Quelle: s. Fußnote 138.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungs-Leitlinien

In Deutschland existieren Leitlinien unterschiedlicher Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften. Abgrenzungsprobleme zwischen Begriffen wie Standards, Leit- und Richtlinien sowie inhaltliche Überschneidungen und Unterschiede in Verbindlichkeit und Praxisrelevanz tragen zu einem sehr heterogenen Gesamtbild von „Leitlinien“ bei.

Die in diesem Kapitel berücksichtigten Leitlinien lassen sich nach drei Typen unterscheiden. (I) Der auch von der EBDD verwendeten Definition von Behandlungsleitlinien entsprechend, werden von den medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien entwickelt. Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begann im Jahr 2000 die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. Die Behandlungsleitlinien der AWMF werden nach einem standardisierten Verfahren anhand des wissenschaftlichen Kenntnisstandes entwickelt. (II) Neben diesen Behandlungsleitlinien existieren seit 2001 Richtlinien zur Substitutionsbehandlung von der Bundesärztekammer (BÄK). Sie dienen unter anderem auch einer Umsetzung verschiedener rechtlicher Voraussetzungen (von BtMG, BtMVV und AMG). Als Richtlinien haben sie eine höhere Verbindlichkeit und sind in Deutschland von hoher Praxisrelevanz. Inhaltlich finden sich Überschneidungen zu Behandlungsleitlinien der AWMF. (III) Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) entwickelte 2003 erstmals „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“. Sie haben für Rehabilitationsleistungen, die von der Rentenversicherung finanziert werden, eine hohe Praxisrelevanz im Sinne der Qualitätssicherung.

In diesem Kapitel werden die drei Typen zunächst vorgestellt. In 11.1 wird dargelegt, mit welchem institutionellen Hintergrund die jeweilige Leitlinienentwicklung erfolgte und erfolgt, außerdem werden die Diskussionen in der Fachöffentlichkeit, die die Leitlinienentwicklung begleitete, kurz skizziert. In 11.2 erfolgt die inhaltliche Beschreibung der Leitlinien sowie einige Anmerkungen zur Weiterentwicklung bestehender Leitlinien. 11.3 befasst sich schließlich mit der Implementierung, Umsetzungsstrategien und Hindernissen. Dabei wird berücksichtigt, in welchen Zusammenhängen die jeweiligen Leitlinien eine Relevanz für Bereiche der Praxis haben.

11.1 Entwicklung und Rahmenbedingungen

11.1.1 AWMF-Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde im Jahr 1962 von damals 16 Gesellschaften als gemeinnütziger Verein gegründet. Der Aufgabenbereich der AWMF, zu der derzeit 153 wissenschaftliche Fachgesellschaften gehören, umfasst u.a. Aufgaben wie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung oder die elektronische Publikation wissenschaftlicher Literatur. Seit dem Jahr 1995 koordiniert die

AWMF auf Anregung des "Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften¹⁴⁰.

Als Leitlinien werden „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten und ggf. anderen Gesundheitsberufen sowie Patienten für eine angemessene Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen“ verstanden (AWMF & ÄZQ 2008). Die AWMF entwickelte zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) das „Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“, welches erstmals 2005 veröffentlicht wurde und die Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien“ aus dem Jahr 2000 ersetzte. Das Instrument dient neben weiteren Manualen zur Leitlinienentwicklung der AWMF, der Qualitätssicherung bei der Entwicklung von Leitlinien (AWMF & ÄZQ 2008; AWMF Online: <http://www.awmf-online.de/>).

Seit September 2000 werden unter dem Dach der AWMF Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen federführend durch die beiden medizinischen Fachgesellschaften „Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)“ und „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)“ erarbeitet. Je nach Gegenstand der Leitlinien werden weitere Fachgesellschaften und Experten in den Entwicklungsprozess mit einbezogen.

AWMF-Leitlinien werden nach „Methodischen Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland“ in einem 3-stufigen Prozess entwickelt. Auf informellem Konsens einer Expertengruppe basierende Leitlinien werden als Leitlinien der Entwicklungsstufe S1 beschrieben. Unsystematische Übersichtsarbeiten, die auf einem formalen Konsensverfahren basieren und an denen Mitglieder mehrerer Gruppen beteiligt sind werden als Leitlinien der Entwicklungsstufe S2 bezeichnet. Eine systematische Evidenzrecherche wird als Entwicklungsstufe S3 bezeichnet (Helou et al. 2000; Schmidt & Gastpar 2006).

Der aktuelle Stand der substanzbezogenen Behandlungsleitlinien wurde im Jahr 2006 publiziert (Schmidt & Gastpar 2006). Die Leitlinien sind auf dem Entwicklungsstand von Stufe 2 (zur derzeitigen Weiterentwicklung der Leitlinien vgl. Kapitel 11.2.8). In der Veröffentlichung sind neben den substanzbezogenen Behandlungsleitlinien zu „Cannabisbezogenen Störungen“, „Opioidbezogenen Störungen“ (Akutbehandlung und Postakutbehandlung), „Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ und „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)“ auch Behandlungsleitlinien zu den Substanzen Alkohol und Tabak enthalten.

Die Leitlinien der AWMF haben begrenzte Gültigkeitsdauern. Die Gültigkeit der Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen ist zum Anfang des Jahres 2010 abgelaufen. Die Überarbeitung der Leitlinien ist zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht abgeschlossen. Ein Zeitpunkt für den Abschluss des Verfahrens ist noch nicht bestimmt (zur Weiterentwicklung der Leitlinien vgl. Kapitel 11.2.8). Im Rahmen der nationalen Berichterstattung an

¹⁴⁰ vgl. AWMF Online: <http://www.awmf-online.de/>

die EBDD werden in diesem Sonderkapitel die bis Anfang des Jahres gültigen und aktuellsten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften dennoch berücksichtigt.

11.1.2 Substitutions-Richtlinien der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer (BÄK) vertritt als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Großteil der Substitutionsbehandlungen wird in Deutschland durch niedergelassene Ärzte¹⁴¹ durchgeführt.

Die Bundesärztekammer wurde erstmals im Jahr 2001 durch die 15. BtMÄndV vom Gesetzgeber beauftragt, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft, Richtlinien für die Substitutionsbehandlung festzulegen. Die „Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ wurden erstmals im Jahr 2002 vorgelegt. Die aktuellste Überarbeitung aus dem Jahr 2010 berücksichtigt die in 2009 durch die 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung und das Gesetz zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung veränderte Gesetzesgrundlage (BÄK 2010).

Es handelt sich in diesem Fall nicht um Behandlungsleitlinien, sondern um Richtlinien der Bundesärztekammer. Da sie für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen in der Praxis aber große Bedeutung haben, sollen sie in diesem Sonderkapitel dennoch Berücksichtigung finden.

11.1.3 Leitlinienentwicklung der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) finanziert nach deutschem Sozialrecht¹⁴² Rehabilitations-Maßnahmen für Abhängigkeitserkrankte. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung ist darin begründet, dass die Rehabilitations-Maßnahmen der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dienen und somit die Rückführung des Rentenversicherten in ein Arbeitsverhältnis angestrebt wird. Da es sich um eine Pflichtversicherung handelt, ist jeder Arbeitnehmer rentenversichert. Die durchgeführten Rehabilitations-Maßnahmen für Abhängige, hier insbesondere Alkoholabhängige, stellten im Jahr 2007 einen Anteil von 6% (56.393 Rehabilitationen für Abhängigkeitskranke) an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (903.257) der Rentenversicherung, die Kosten für die Suchtrehabilitation machten 18% (469 Mio. Euro von 2.675 Mio. Euro) der Gesamtkosten medizinischer Leistungen der DRV aus (Beckmann et al. 2009b).

¹⁴¹ Die Durchführung einer Substitutionsbehandlung kann entsprechend der gesetzlichen Regeln nur von Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine Suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, vgl. Kapitel 11.2.3.

¹⁴² Der Rentenversicherungsträger ist für die Entwöhnungsbehandlung zuständig, wenn Voraussetzungen für die §§ 9 – 11 SGB VI vorliegen. Sind §§ 27 und 40 SGB V erfüllt, so sind die Krankenkassen zuständig, die auch für die Entzugsbehandlung zuständig sind (DRV 2005).

Die Rentenversicherung¹⁴³ begann 1998 Projekte zur Erstellung von Rehabilitations-Prozessleitlinien. Leitlinien werden in diesem Kontext als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen“ verstanden (Brüggemann et al. 2004; Brüggemann & Klosterhuis 2005).

Die Entwicklung von Leitlinien erfolgt in vier Phasen, beginnend mit einer Literaturanalyse. Darauf folgt ein Soll-Ist-Vergleich zur Bedarfsanalyse (KTL-Analyse¹⁴⁴), die Entwicklung von Prozessleitlinien sowie die Implementierung. Die erste Fassung der „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“ wurde im Jahr 2003 entwickelt. Die derzeitige Fassung datiert auf das Jahr 2005 (zur derzeitigen Weiterentwicklung der Reha-Leitlinien der DRV vgl. 11.2.8).

Die Rehabilitations-Leitlinien haben als Prozessleitlinien große Bedeutung für die Praxis. Trotz des gleichermaßen verwendeten Begriffes „Leitlinien“ sind diese Prozessleitlinien von den Behandlungsleitlinien der AWMF abzugrenzen (Koch 2006). Die Leitlinien sind auf Rehabilitationskliniken und Behandlungseinrichtungen ausgerichtet und geben Rahmenbedingungen für diese Einrichtungen vor. An der Behandlung Beteiligte (z.B. medizinisches Personal, Therapeuten, Sozialarbeiter) sind somit Zielgruppe/Anwender dieser Leitlinien. Die Leitlinien legen fest, welche Behandlungselemente in welchem Umfang für welchen Anteil der Patienten gewährt werden. Damit wird der Fokus auf die Einhaltung von Mindeststandards in Einrichtungen gelegt.

11.1.4 Diskussionen zur Entwicklung von Leitlinien

Die Entwicklung von Leitlinien, die sich auf die Behandlung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen beziehen, ist in Deutschland begleitet von Diskussionen in der Fachöffentlichkeit über Aspekte wie Abgrenzung der Begriffe „Leitlinien“ zu „Standards“ und „Richtlinien“ (Flenker & Bredehöft 2002), Methodik der Leitlinienentwicklung, Anwendbarkeit von Leitlinien und allgemein die Qualitätssicherung in der Suchthilfe (vgl. Kuhlmann 2006; Schmidt & Gastpar 2002; Weissinger & Schneider 2006). Diskutiert wurden die Grenzen der Anwendungsmöglichkeiten Evidenzbasierter Medizin für den Praxisalltag, die Übertragbarkeit von Studien aus Ländern mit anders strukturierten Versorgungssystemen, die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus selektierten Studienpopulationen und Studiensettings auf Patienten im Praxisalltag sowie die Vorteile von Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer hinsichtlich der angemessenen Vorgehensweise bei gegebenen Problemen. In diesem Zusammenhang wird häufig darauf verwiesen, dass die

¹⁴³ Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), welche das Leitlinienprogramm 1998 begann, wurde 2005 mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammengelegt und bildet die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV).

¹⁴⁴ KTL-Analyse: Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen ist ein von der BfA (jetzt DRV) erstelltes Verzeichnis für therapeutische Leistungen, die während einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, als evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, werden als Behandlungs-Soll mit dem Ist-Zustand (abgebildet in den Entlassungsberichten die der BfA (jetzt DRV) vorliegen) abgeglichen.

Entwicklung von Leitlinien auch den Expertenkonsens, zumindest als niedrige Evidenzstufe, umfassen muss (Schmidt et al. 2006; Fleischmann 2006; Koch 2006; Kuhlmann 2006; vgl. Lindenmeyer 2006; Weissinger & Schneider 2006).

Durch eine Weiterentwicklung¹⁴⁵ der AWMF-Leitlinien auf die Entwicklungsstufe mit dem höchsten Evidenzgrad „S3“ wird vermutlich auch die Praxisrelevanz von Leitlinien erneut diskutiert werden. So zeichnet sich z. B. ab, dass bestimmte Ausschlusskriterien von Studienpopulationen klinischer Studien (z.B.: Komorbidität) in der Praxis eher die Regel als die Ausnahme sind. Andererseits sind diese Studienergebnisse Grundvoraussetzung für eine hohe Evidenzbasierung (DHS, persönliche Mitteilung 2010).

11.2 Beschreibung existierender Behandlungs-Leitlinien

11.2.1 Opioidbezogene Störungen: Akutbehandlung

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zur Akutbehandlung bei opioidbezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 in „Evidenzbasierte Suchtmedizin“ veröffentlicht (Reymann & Gastpar 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2002 in der Zeitschrift Sucht (Reymann et al. 2002).

Definition und Ziele

Die Behandlung von opioidbezogenen Störungen dient der Sicherstellung des Überlebens, der Abwendung langfristiger Gesundheitsschäden, der dauerhaften Abstinenz von illegalen Opioiden und der Überwindung etwaiger zugrunde liegender Störungen.

Die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen umfasst folgende medizinischen Maßnahmen: Die Behandlung der akuten Intoxikation (Detoxifikation), die Behandlung der auftretenden körperlichen und physischen Entzugserscheinungen (Entzugsbehandlung) beim Reduzieren oder Absetzen der Substanz, die Förderung der Motivation zur Abstinenz, die Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme von Postakutbehandlungen, die Beendigung etwaiger weiterer Abhängigkeiten, auch von Medikamenten oder von Alkohol und die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen und von somatischen Begleiterkrankungen und Eingrenzung sozialer Suchtfolgeschäden. Eine Behandlungsdauer von bis zu 8 Wochen wird in den Leitlinien angegeben.

Diagnostik

Hinsichtlich der Diagnostik beinhalten die Leitlinien Empfehlungen für die Anamnese (z.B. zur Erfassung von Konsumgeschichte- und Muster sowie Beikonsum und Begleiterkrankungen), die psychiatrische Untersuchung (insbesondere Erfassung von Symptomen von Intoxikation, Entzug und Delir), die körperliche Untersuchung (z.B. Untersuchung auf Injektionsstellen, Abszesse und dermatologische Infektionen), die Diagnose des Entzugssyndroms und für Laboruntersuchungen (zu einem umfassenden Drogenscreening wird geraten sowie das Testen auf HC-Viren und HIV).

¹⁴⁵ vgl. Kapitel 11.2.8.

Behandlungssetting

Eine Akutbehandlung kann ambulant oder in tagesklinischen suchtmmedizinischen Settings durchgeführt werden. Als Gründe, die gegen eine ambulante Behandlung sprechen, werden z.B. Komplikationen im Entzug, Suizidalität, Polytoxikomanie und auch Gründe angesehen, die im sozialen Umfeld oder der suchtmmedizinischen Vorgeschichte des Patienten gelagert sind. Bei Vorliegen derartiger Gründe wird die Behandlung vollstationär durchgeführt.

Behandlungsbedarf und Behandlungsplanung

Bei Vorliegen einer akuten, schweren Opiatintoxikation sollten notfallmedizinische Maßnahmen angewandt werden, zur Antagonisierung einer Atemdepression wird zur Behandlung mit Naloxon geraten. Neben der Feststellung somatischer und psychiatrischer Komorbidität sollten soziale Folgeschäden und juristische Gesichtspunkte in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden. Dies macht ein Setting mit sozialarbeiterischer Unterstützung erforderlich. Um den Behandlungserfolg sicherzustellen ist die Motivation und unter Umständen die Motivierung des Patienten wichtig. Eine Postakutbehandlung sollte unmittelbar an die Akutbehandlung anschließen.

Pharmakotherapie des Entzugssyndroms

Ein Entzug ohne Vergabe von Medikamenten ist nur angemessen, wenn der Patient dies selbst wünscht. Die medikamentengestützte Behandlung erfolgt grundsätzlich unter Vergabe eines μ -Opiatrezeptoragonisten und wird gestuft herabdosiert.¹⁴⁶ Grundsätzlich wird die orale Vergabe von D,L-Methadon empfohlen, bei einer nachgewiesenen Unverträglichkeit des Patienten kann Levomethadon eingesetzt werden. Auch Buprenorphin kommt zur Behandlung des Opioidentzugssyndroms in Betracht und erweist sich bei vorstehender Depression als vorteilhaft gegenüber Methadon. Clonidin kann in Deutschland in der stationären Entzugsbehandlung eingesetzt werden. Wird es mit Methadon in Kombination gegeben, ist eine Behandlung nur am Ende des Methadonentzugs einzusetzen. Doxepin ist ebenfalls einsetzbar, weist aber höhere Nebenwirkungsraten auf. Es ist nicht gleichzeitig mit Clonidin anwendbar.

Die Behandlung der Entzugssymptomatik mit Opiatantagonisten (Naloxon und Naltrexon) wird nur empfohlen, wenn der Patient in Narkose oder tiefer Sedierung ist oder diese Behandlung unbedingt wünscht oder wiederholte konventionelle Entzugsversuche gescheitert sind. Die Behandlung sollte in der Regel nicht angewandt werden, da Entzugssymptome und Befindensstörungen lange bestehen bleiben und eine mangelnde Compliance für eine Anschlussbehandlung zu befürchten ist.

Dosierung und Anwendungsdauern

Die Leitlinien enthalten Empfehlungen über die Dosierung und Anwendungsdauern. Für den opioidgestützten Entzug mit Methadon oder Buprenorphin erfolgt zunächst die Festlegung

¹⁴⁶ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel Verschreibe-Verordnung (BtmVV) vorgegeben (vgl. Kapitel 1).

der Ausgangsdosierung. Im Verlauf der Entzugsbehandlung wird die Dosis schrittweise oder degressiv herabgesetzt. Die Behandlung des Entzugssyndroms mit ausschleichender Medikation kann im ambulanten Setting mehrere Wochen dauern, im stationären Setting können dagegen bereits 10 Tage ausreichend sein.

Clonidingestützter Entzug kann nach Abklingen einer Opiatwirkung oder nach einer Methadonsubstitution eingesetzt werden um Entzugssymptome zu behandeln. Im Anschluss an die Entzugsphase kann eine Naltrexonbehandlung eingesetzt werden, um die Abstinenz des Patienten zu unterstützen.

Patientenaufklärung und Psychotherapie

Es wird empfohlen, während der Behandlung Patienten über Risiken und Gefahren aufzuklären. Die Patienten sollten darüber informiert sein, dass ein Verlust der Opiattoleranz bei erneutem Konsum das Risiko einer Überdosierung steigert. Auch die Aufklärung über Gesundheits- und Infektionsrisiken von intravenösem Konsum sollten den Patienten dargelegt werden, ebenso sollten Patienten über mögliche Impfungen gegen Hepatitis B und Behandlung von Hepatitis C informiert werden. Der Verzicht von Alkoholkonsum oder Einnahme von Benzodiazepinen vor einer Injektion sollte den Patienten nahe gelegt und begründet werden. Selbsthilfegruppen werden ebenfalls empfohlen.

Psychotherapie in der Akutbehandlung dient z.B. der Festigung oder Förderung der Behandlungsmotivation und der Formulierung von Behandlungszielen die in der Postakutbehandlung aufgegriffen werden. Auch andere Formen der Psychotherapie (z.B. Kognitive Therapie, Verhaltenstherapie und andere) werden grundsätzlich als hilfreich angesehen.

Soziotherapie

Soziotherapie ist unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtbehandlung. Sie hilft dem Patienten, negative Folgen auf den finanziellen und rechtlichen Bereich, sowie auf die soziale Situation zu verringern. Oft ermöglicht Soziotherapie überhaupt erst eine suchtmmedizinische Behandlung und versetzt den Patienten in die Lage eine längerfristige Behandlung in Anspruch zu nehmen. Sofern der Patient zustimmt, sollte das soziale Umfeld des Patienten einbezogen werden.

Empfohlen werden auch bewegungstherapeutische Verfahren, die vor allem in der Gruppe durchgeführt den Patienten nutzen bringen. Ergo- und Kunsttherapie können ebenfalls während der Akutbehandlung begonnen werden.

Im stationären Setting kommen der Krankenpflege die Aufgaben zu, ein durchgängiges, professionelles Beziehungsverhältnis der Behandlungspflege zum Patienten aufzubauen und einen drogenfreien Raum als Grundlage für die Behandlung zu schaffen. Eine umfassende Verlaufsbeurteilung wird durchgeführt, die nicht nur Vitalparameter und Entzugserscheinungen erfasst, sondern auch Verhalten, Affekt und Motivation.

Komorbität

Zur Behandlung von Hepatitis B, C und HIV verweisen die Autoren auf entsprechende internationale und nationale Richt- und Leitlinien, die sich dieser Themen annehmen¹⁴⁷. Da Opiatabhängige häufig weitere psychotrope Substanzen konsumieren, wird geraten, das Ausmaß des Konsums beim Screening festzustellen, und den Patienten zum Verzicht auf den Beikonsum zu motivieren. Insbesondere die (schrittweise) Beendigung des Konsums von Alkohol und Benzodiazepinen sollte vor dem Opioidentzug erfolgen.

Neonatales Entzugssyndrom

Die Behandlung des Neonatalen Entzugssyndroms erfolgt in Deutschland meist durch Tinctura Opii oder Phenobarbital. Die Autoren weisen daraufhin, dass bezüglich des neonatalen Opioidentzugssyndroms weiterer Forschungsbedarf besteht.

11.2.2 Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung bei opioidbezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Havemann-Reinicke et al. 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Havemann-Reinicke et al. 2004).

Zielsetzung der Postakutbehandlung

Anschließend an eine Akutbehandlung erfolgt die Postakutbehandlung. Zielgruppe sind primär Opioidabhängige (ICD 10: F11.2, F11.5-9) und Mehrfachabhängige mit klinisch überwiegender Abhängigkeit von Opioiden. Postakutbehandlung hat Suchtmittelfreiheit und Schadensminimierung in allen Lebensbereichen zum Ziel. Ist Suchtmittelfreiheit nicht zu erreichen, liegt der Schwerpunkt auf der Schadensminimierung (z.B. Sicherung des Überlebens, Teilentzug von anderen Suchtmitteln, Verminderung des Infektionsrisikos mit HIV und HCV, Stabilisierung der Gesundheit und psychosozialen Lage, berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration).

Behandlungsformen, Indikation und Diagnostik

Die Postakutbehandlung kann abstinenzenorientiert oder substitutionsgestützt erfolgen, es existieren ambulant, teilstationäre und stationäre Behandlungsformen mit und ohne medikamentöser Behandlung (z.B. Psychopharmaka). Die psychosoziale Beratung und Behandlung spielt in jedem Fall eine wichtige Rolle.¹⁴⁸

Eine umfangreiche Diagnostik ist Teil der postakuten Behandlung. Dazu gehören unter anderem die körperliche Untersuchung, klinisch-chemische Laboruntersuchungen, Drogen-Screening, psychiatrische, neuropsychologische und psychosoziale Diagnostik. Ziel ist es,

¹⁴⁷ Vgl. Reymann & Gastpar, 2006: S. 184f. In diesem Zusammenhang soll auch auf die inzwischen verfügbaren Leitlinien „Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern“ (Backmund et al. 2006) und den Konsensustext „HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVDA)“ (DGS e.V. et al. 2008) hingewiesen werden. Beide Dokumente sind über die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin verfügbar: <http://www.dgsuchtmedizin.de/ueber-uns/leitlinien/>

¹⁴⁸ Für weitere Informationen über das Behandlungssystem, vgl. Kapitel 5.

durch die verschiedenen Untersuchungen ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten zu erlangen, um eine möglichst umfassende Grundlage für differenzierte Entscheidungen bezüglich der Behandlung (und Behandlungsform) treffen zu können.

Therapien: Abstinenzbehandlung

Die Indikation für die Auswahl der Behandlungsform sowie der Wahl des Settings wird durch die individuelle Ausgangslage des Patienten bestimmt. Die Abstinenztherapie ist für Patienten mit hoher Motivation und Bereitschaft zur Abstinenz geeignet, für Patienten mit kürzer bestehender Abhängigkeit (<2 Jahre) und jüngere Patienten (<18 Jahre). Für die Entscheidung, eine abstinenzorienteerte Therapie ambulant, teilstationär oder stationär durchzuführen ist die Entscheidung des Patienten maßgeblich, da dieses Vorgehen am erfolgversprechendsten ist. Es gibt keine empirisch validierten Indikationskriterien, aber es liegen Erfahrungswerte vor, nach denen z.B. Patienten mit zusätzlichen psychischen oder psychiatrischen Störungen eine stationäre Behandlung zu empfehlen ist.

In ambulanter Therapie sind zunächst Einzeltherapien empfohlen. Gruppentherapien sind erst ab einer gewissen Stabilität des Patienten geraten, da mögliche Rückfälle andere Gruppenmitglieder gefährden können. Gruppensettings sind in stationären Behandlungsformen dagegen fester Bestandteil der Behandlung.

Die abstinenzorienteerte ambulante Behandlung dauert in der Regel ein Jahr, mit geringerer Intensität in der zweiten Jahreshälfte. Stationäre Postakutbehandlungen dauern in der Regel sechs bis neun Monate, eine reguläre Beendigung nach dieser Zeit erbringt die höchsten Abstinenzraten nach der Behandlung.

Im Rahmen der abstinenzorienteerten Postakutbehandlung wird eine medikamentöse Therapie als unterstützende Maßnahme eingesetzt, um eine bereits erreichte Abstinenz aufrecht zu erhalten und Rückfälle zu verhindern.

Zur Rückfallprophylaxe können Opiatantagonisten eingesetzt werden, die ihre prophylaktische Wirkung durch Blockieren der Opiatrezeptoren erreichen. In Deutschland ist Naltrexon (Nemexin) für die Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung nach erfolgter Entgiftung zugelassen. In den Leitlinien wird empfohlen, die Behandlung am Ende der stationären Akutbehandlung zu beginnen und diese auch in ambulanter Postakutbehandlung fortzuführen. Für die Behandlung mit Naltrexon sollte eine hohe Abstinenzbereitschaft und Compliance vorliegen. Opioidfreiheit sollte bereits vor Vergabe des Medikaments vorliegen (die Dauer des Intervalls richtet sich nach dem verwendeten Opioid). Die Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Dosierung des Medikaments. Schwere Leberinsuffizienz gilt als Kontraindikation für die Vergabe von Naltrexon, ebenso akute Hepatitis, Gebrauch von Opioiden, Entzugsreaktion auf Naloxon, erfolgloser Entzug, akute Opioid-Entzugssymptome, Alter unter 18 Jahren. Auch bei älteren Drogenabhängigen ist die Vergabe von Naltrexon kontraindiziert.

Therapien: Substitutionsbehandlung

Substitutionsgestützte Behandlungen als Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes sind indiziert, wenn das Ziel der Suchtmittelfreiheit kurz- oder auch langfristig nicht erreichbar scheint, wenn eine längere Abhängigkeit besteht, Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keine Erfolge erbrachten, eine substitutionsgestützte Therapie größere Erfolgsaussichten hat oder eine Überbrückung zur abstinenzorientierten Behandlung erfolgen soll. Sie kann ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. In Deutschland wird der überwiegende Teil der Substitutionsbehandlungen ambulant durchgeführt. Die Vermittlung in die Substitution erfolgt durch Drogenberatungs- und -therapie-Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, psychiatrische und andere Kliniken, teilweise auch durch Apotheker.

Das Gesamtkonzept einer Substitutionsbehandlung beinhaltet neben der Substitution im engeren Sinne allgemein-medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen. Der Gesamtbehandlungsplan erfordert eine Abstimmung aller Behandelnden (z.B. substituierender Arzt, Therapeuten und Sozialarbeiter).

Die Substitutionsbehandlung kann über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen, häufig über mehrere Jahre. Erlangt ein Patient eine gewisse Stabilität (z.B. ein Jahr ohne Beikonsum) und zeigt Motivation zur Abstinenz, sollte ein Ausstieg aus der Substitution geprüft und geplant werden.

In Deutschland zugelassene Substanzen für eine orale Substitution sind Levomethadon (z.B. L-Polamidon), Methadon (D,L-Methadon), Buprenorphin und in begründeten Ausnahmefällen Codein/Dihydrocodein (bei nachgewiesener Unverträglichkeit von Methadon und Buprenorphin). Das synthetische Opioid LAAM wurde 1998 für die Substitution in Deutschland zugelassen, ist seit einigen Jahren aber aufgrund massiver Nebenwirkungen nicht mehr zugelassen¹⁴⁹. Für die parenterale Substitution Schwerst opioidabhängiger ist seit Oktober 2009 ein Diamorphin-haltiges Fertigarzneimittel zugelassen.

Um die für den substituierten Patienten geeignete Dosis zu finden, wird in einer Findungsphase eine Anfangsdosis ermittelt, während der Substitutionsphase wird dann die sogenannte Erhaltungsdosis gegeben. Das Medikament – außer Diamorphin – wird als Präparat zur oralen Einnahme, nicht injizierbar (z.B. gelöst in Orangensaft) verabreicht.

Auch in der Schwangerschaft kann eine Substitutionstherapie erfolgen, wenn ein ansonsten ungesteuerter Drogenkonsum oder Entzug ein größeres Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind bedeutet. Ein verbesserter Gesundheitszustand von Mutter und Kind und ein stabilerer Schwangerschaftsverlauf kann durch eine Methadonbehandlung mit niedrigen Dosen erreicht werden. Unbedingt wird eine psychiatrische Behandlung der Mutter empfohlen.

Anfang 2000 wurde Buprenorphin (Subutex[®]) in Deutschland für die Substitutionsbehandlung zugelassen. Buprenorphin eignet sich für eine erste Substitutionstherapie mit kürzerer Dauer, wenn die Suchterkrankung noch weniger verfestigt ist. Zwei Metaanalysen (höchster Evi-

¹⁴⁹ Diamorphin ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Leitlinien noch nicht zugelassen gewesen. Vgl. Kapitel 11.2.3. Auch Kombinationspräparate von Buprenorphin und Naloxon (Suboxone) sind in Deutschland inzwischen zugelassen (seit 2006).

denzgrad) beschreiben eine leichte Tendenz zur höheren Effektivität von Methadon gegenüber Buprenorphin (vgl. Havemann-Reinicke et al. 2006, S. 216).

Eine rechtliche Regelung der BtMVV (§ 5 Absatz 8 der BtMVV, „Take home“) sieht vor, dass der substituierende Arzt dem Patienten die benötigte Menge des Substituts (Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin) für 7 Tage verschreiben kann, und der Patient diese in Eigenverantwortung einnehmen darf¹⁵⁰.

Psychotherapie und Psychosoziale Therapie

Im Konzept der Gesamtbehandlung nehmen Psychotherapie und psychosoziale Therapie einen hohen Stellenwert ein. Die psychosoziale Therapie erweist sich in der Postakutbehandlung bei einer Abstinenztherapie als effektiv. Sie sollte ebenfalls zum Behandlungskonzept jeder Substitutionsbehandlung gehören und diese begleiten. Ein Therapieabbruch gilt allgemein als negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg.

Unterschiedliche Verfahren der Psychotherapie (z.B. Verhaltensanalyse und kognitive Intervention oder Aktivitäts-, Sozial-, Kommunikations- und Rückfallpräventionstraining) zielen darauf ab, den Patienten auf eine drogenfreie Situation nach der Therapie vorzubereiten, ebenso die psychosoziale Therapie (z.B. Arbeits- und Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Freizeit-/Erlebnispädagogik, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapie oder Soziotherapie).

Die Leitlinien sehen vor, dass während der Substitution eine „Standardmäßige psychosoziale Behandlung“ in den ersten 6-12 Monaten wöchentlich, danach 14-tägig stattfindet. Wesentliche Elemente sind die motivierende Gesprächsführung und Case-Management (Koordination und Vermittlung in andere psychosoziale Hilfen), außerdem die soziale Sicherung (Wohnung, Unterhalt), Krisenintervention, Drogenselbstmanagement, Motivationsentwicklung, die Lösung interpersoneller Probleme und tagesstrukturierende Freizeitangebote sowie die berufliche Rehabilitation in Form von Beratung und Arbeitsprojekten.

Die Möglichkeit einer intensiven psychosozialen Behandlung besteht und sollte wahrgenommen werden, wenn eine Standardbehandlung nicht (mehr) ausreicht. Ausschlaggebend sind komorbide Störungen und ausgeprägte Störungen in verschiedenen Lebensbereichen. Bei der intensiven psychosozialen Therapie sollen zwei Termine pro Woche angeboten werden, je eine in Einzel- und eine in Gruppensitzung. Besonders Interventionen und Rückfallprävention sind in der intensiven Behandlung wichtige Komponenten. Bei der Bewältigung interpersoneller Probleme sollen Bezugspersonen und Familienmitglieder miteinbezogen werden.¹⁵¹

¹⁵⁰ Für die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, unter denen diese „Take-home-Vergabe“ möglich ist, vgl. Kapitel 11.2.3.

¹⁵¹ Aufgrund von unterschiedlichen Finanzierungsmodellen und Trägern der Behandlung in den 16 Bundesländern variiert die Durchführung der Behandlung in der Praxis.

Soziotherapie

Für Abstinenz- und Substitutionsbehandlungen ist die Soziotherapie integraler und unverzichtbarer Bestandteil. Sowohl die Erfolgs- wie auch die Haltequote werden dadurch erhöht. Insbesondere beruflicher Rehabilitation sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da ein stabiles Arbeitsverhältnis einen Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt.

Ziel der Soziotherapie ist die soziale Reintegration und der Aufbau funktionaler Beziehungen. Der Patient soll auf ein drogenfreies Leben nach der Behandlung vorbereitet werden und dafür auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes umfassende alltagsbezogene Hilfsangebote erhalten. Die allgemeinen Ziele müssen individuell je nach Lebenssituation konkretisiert werden.

Insbesondere für Arbeitslose sind tagesstrukturierende Maßnahmen eine Hilfe. Ergo- und Arbeitstherapie kann der Hinführung zum Erwerbsleben dienen, Arbeits- und Ausbildungsprogramme dienen der Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit („berufliche Rehabilitation“ nach SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Hierzu gehören z.B. Beratung, Vermittlung, Aus- und Fortbildungsprogramme oder Praktika.

Das Konzept des betreuten Wohnens dient der Sicherung der Wohnverhältnisse und Herstellung der Fähigkeit der selbstständigen Haushaltsführung. Sozialer Isolation kann im Rahmen betreuten Wohnens entgegengewirkt werden.

In diversen Lebensbereichen sollte dem Patienten Beratung und Unterstützung angeboten werden. Dies können alltägliche Vorgänge sein, die mit Antragsverfahren bei Behörden verbunden sind (z.B. bei Ansprüchen auf Arbeitslosengeld, Wohnhilfen, Krankengeld aber auch bei straf- und zivilrechtlichen Vorgängen wie Kündigungen von Wohnung oder Arbeit, Sorgerechtsfragen bis zur Schuldenberatung).

Komorbide Störungen

Bei Drogenabhängigen häufig vorkommende komorbide Störungen bedürfen einer konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischer Mitbehandlung. Zur Behandlung wurde der Einsatz von Psychopharmaka ebenso empfohlen wie der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren. Die Leitlinien enthalten im Anhang eine Übersetzung der grundlegenden Behandlungsprinzipien der Behandlung komorbider Störungen der American Society of Addiction Medicine.

Die Behandlung depressiver Störungen, psychotischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen sollten im Rahmen einer integrativen Gesamtbehandlung mitbehandelt werden. Das gilt auch für die Behandlung allgemein medizinischer komorbider Störungen, insbesondere von Hepatitiden und HIV Infektionen.

Haft und Maßregelvollzug

Nach deutschem Recht werden Inhaftierte und in aller Regel auch im Maßregelvollzug Untergebrachte (gemäß §64 StGB) abstinentorientiert behandelt. Die Autoren der Leitlinien

führen an, dass auch in diesen Einrichtungen eine Substitutionsbehandlung erfolgreicher sein könnte, wenn bei Patienten die Voraussetzungen gegeben sind.

Nachsorge

Die Nachsorge nach einer Abstinenz- oder Substitutionsbehandlung dient der weitergehenden Stabilisierung hinsichtlich der Abstinenzmotivation, sozialer und beruflicher Integration, psychischer Stabilität und Rückfallprävention. Nachsorge wird im Rahmen von Selbsthilfe oder professionell (z.B. betreutes Wohnen nach der Behandlung) geleitet durchgeführt.

11.2.3 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Durch eine Novellierung der BtMVV im Jahr 2001 ist in § 5 Abs. 11 der Bundesärztekammer die Aufgabe zugewiesen worden, in Richtlinien den allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft für die Erfüllung der Zulässigkeitsvoraussetzungen der Substitutionsbehandlung nach § 5 Abs. 2 Nr. 1, 2, 4 Buchstabe c festzustellen. Die Bundesärztekammer hat zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages im Herbst 2001 eine gemeinsame Sachverständigenkommission mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingesetzt, um Richtlinien zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu erarbeiten. Die Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wurden von der Bundesärztekammer am 22.03.02 beschlossen und am 24.05.2002 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die aktuelle und überarbeitete Fassung der Richtlinien wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 19.02.2010 verabschiedet (BÄK 2010).

Rechtliche Grundlagen

Neben der BtMVV bilden auch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und das Arzneimittelgesetz (AMG) die rechtlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung.

Der behandelnde Arzt muss über Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation und eine Substitutionsgenehmigung verfügen, um nach entsprechender Diagnostik und Indikationsstellung mit der Substitution beginnen zu können¹⁵². Diese Mindestanforderungen werden von den Ärztekammern festgelegt. Der Patient darf sich zur selben Zeit nicht bei einem anderen Arzt in Substitutionsbehandlung befinden.

Definition und Ziele

Die Substitutionsbehandlung als wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit, bedarf eines umfassenden Gesamtkonzeptes. Sie zielt darauf ab, das Überleben zu sichern, den Gebrauch von Opiaten und anderen Suchtmitteln zu reduzieren und Suchtmittelabstinenz zu erreichen, die gesundheitliche Lage zu stabilisieren und Begleiterkrankungen mitzubehandeln, die Risiken während der Schwangerschaft und nach der

¹⁵² Die Ausnahmeregelungen (wie. z.B. die Urlaubsvertretung von substituierenden Ärzten) sind in der BtMVV geregelt und in der Richtlinie enthalten.

Geburt zu verringern und den Patienten zu einer Teilhabe in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu führen.

Die manifeste Opiatabhängigkeit (gemäß ICD-10 F11.2) begründet die Indikation einer substitions-gestützten Behandlung. Es sollte eine Abwägung gegenüber einer abstinenzenorientierten Behandlung erfolgen. Bietet die Substitutionsbehandlung größere Aussicht auf Erfolg, so ist diese indiziert. Bei jüngeren und erst kürzer abhängigen Patienten sollte eine Substitutionsbehandlung nur als Übergangslösung in Erwägung gezogen werden. Bei Schwangeren dient die Substitution insbesondere der Verminderung von Risiken.

Therapie

Das Gesamtkonzept einer Substitutionstherapie umfasst auch die Abklärung weiterer somatischer und psychischer Erkrankungen und gegebenenfalls die Einleitung deren Mitbehandlung. Zum Therapiekonzept gehört auch die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen. Unter Einbeziehung des professionellen Suchthilfesystems dient die psychosoziale Betreuung der Förderung der identifizierten Therapieziele. Umfang und Art der Maßnahmen richten sich nach den jeweils individuellen Situationen. Der behandelnde Arzt soll den Patienten zur Kontaktaufnahme mit entsprechenden Einrichtungen motivieren. Der individuelle Behandlungsbedarf soll in Absprache zwischen behandelndem Arzt und der Einrichtung erfolgen. Der Fortschritt beider Behandlungselemente soll fortlaufend koordiniert und überprüft werden.

Bevor die Substitution eingeleitet wird obliegt es dem Arzt, eine Reihe von Vorkehrungen zu treffen. Eine eingehende Untersuchung des Patienten und der Austausch mit Vorbehandlern soll erfolgen, eine Mehrfachsubstitution muss ausgeschlossen werden. Der Arzt ist verpflichtet, eine Meldung in codierter Form an das Substitutionsregister abzugeben.¹⁵³

Der Arzt ist dazu angehalten, die Einwilligung des Patienten für die Therapiemaßnahmen einzuholen, über die wichtigsten Regularien soll eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen werden. Dies betrifft zum Beispiel die Auswahl des Substitutionsmittels und die Aufklärung über Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen. Ebenso die Modalitäten der Einnahme unter Sicht, der täglichen Vergabe, Wochenendregelungen und eventueller Take-home-Regelungen. Auch der Verzicht auf den Konsum anderer Substanzen und Kontrollen der Einhaltung soll vereinbart werden sowie Therapieziele, Abbruchkriterien und die erforderliche Psychosoziale Betreuung. Der Patient muss den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht (z.B. gegenüber der psychosozialen Betreuungsstelle, der Ärztekammer oder Apothekern) entbinden und einwilligen, dass die Behandlung in codierter Form dem Substitutionsregister gemeldet wird.

Zur Wahl des Substitutionsmittels verweist die Richtlinie auf die geltenden Bestimmungen der BtMVV, der Arzt ist angehalten, die Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile bei der Planung des individuellen Therapiekonzeptes zu berücksichtigen. Die Einstiegsdosis ist so zu wählen, dass eine Überdosierung auch bei niedriger Opiattoleranz ausgeschlossen werden kann. Die

¹⁵³ In den Richtlinien enthaltene Hinweise z.B. zur Untersuchung, Erhebung der Vorgeschichte und Drogenscreening entsprechen weitestgehend den Empfehlungen der Leitlinie „Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung“ der AWMF, vgl. hierzu Kapitel 11.2.2, Therapien: Substitutionsbehandlung

orale Verabreichung des Substitutionsmittels soll von dem behandelnden Arzt persönlich beaufsichtigt werden. Für Ausnahmefälle (wie z.B. einer Urlaubsvertretung) enthält die Richtlinie konkrete Regelungen. Der Patient erhält das Substitutionsmittel vom Arzt (oder dessen Vertreter) oder (wo rechtlich zugelassen) durch den Apotheker oder von beauftragtem medizinischen Personal. Um eine reibungslose Versorgung zu gewährleisten sollen zwischen dem Arzt und dem Apotheker Vereinbarungen getroffen werden.

Unter den bestimmten Voraussetzungen der „Take-home-Regelungen“ kann dem Patienten eine Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgestellt werden. Diese Voraussetzungen beinhalten, dass die Phase der Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen ist. Die Behandlung muss zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt haben und der Patient darf gegenwärtig keine weiteren Substanzen konsumieren. Außerdem muss eine Selbst- oder Fremdgefährdung durch Weitergabe soweit wie möglich ausgeschlossen werden können, der Patient die Kontakte zum Arzt und zur PSB wahrgenommen haben und die psychosoziale Reintegration fortgeschritten sein. Gemäß der BtMVV ist der Zeitraum auf bis zu sieben Tage begrenzt. Das Mittel erhält der Patient aus der Apotheke, es dürfen keine Praxisbestände abgegeben werden.

Es obliegt dem Arzt, den Behandlungsverlauf fortlaufend zu kontrollieren. Dazu gehört die Kontrolle über die richtige Einnahme des Substitutionsmittels und die Kontrolle der Abstinenz von anderen Suchtmitteln. Die fortlaufende Überwachung dient auch maßgeblich der Entscheidung bei „Take-home-Verordnungen“, und der Einleitung von Maßnahmen bei gefährlichem Beikonsum (z.B. Herabsetzen der Dosis oder Einleitung eines stationären Entzugs). Bei der Ursachenfindung bezüglich des Beikonsums sind insbesondere zu beachten, ob eine Destabilisierung der Lebensverhältnisse erfolgt ist, die Dosis inadäquat gewählt ist oder eine komorbide psychische Störung oder somatische Erkrankung vorliegt.

Beendigung und Abbruch

Die reguläre Beendigung einer Substitution kann in Abstimmung zwischen Arzt und Patient erfolgen, wenn sie nicht mehr erforderlich ist oder der Patient dies wünscht. Sie ist durch den Arzt zu beenden, wenn sie sich als nicht geeignet erweist, oder wenn fortgesetzter problematischer Konsum anderer Substanzen festgestellt wird. Der Abbruch einer Substitution ist zu vermeiden, da ein hohes Gefahrenpotential hiervon ausgeht. Es sollten alle Interventionsmöglichkeiten (z.B. Therapieoptimierung, Dosisanpassung, Einrichtungswechsel) geprüft werden, bevor eine Behandlung abgebrochen wird. Erst bei wiederholtem Verstoß des Patienten gegen Vereinbarungen (z.B. Nicht-Wahrnehmen von Terminen, Verweigerung von Kontrollen) oder sonstigem Fehlverhalten (z.B. Gewaltanwendung gegenüber Einrichtungsmitarbeitern oder Gefährdung anderer durch Weitergabe) und einer Abwägung des möglichen Schadens und Nutzens sollte ein Abbruch erfolgen. Kommt es zu einem Abbruch, soll dem Patienten die Möglichkeit eines geregelten Entzugs gegebenenfalls in stationärer Einrichtung ermöglicht werden.

Qualitätssicherung

Für die interne Qualitätssicherung wird die Erstellung eines Handbuches empfohlen, für die externe Qualitätssicherung gelten Regelungen der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diamorphin

In der Fassung vom 19. Februar 2010 ist die Richtlinie erweitert worden. Sie umfasst in der neuen Form auch die Substitution mit Diamorphin, für die Sonderregelungen existieren. Um eine Behandlung mit Diamorphin durchzuführen, muss der Patient das 23. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens fünf Jahren opiatabhängig sein und derzeit Opiate überwiegend intravenös konsumieren. Schwerwiegende somatische und psychische Störungen müssen vorliegen und der Patient muss zwei vorangegangene Behandlungen der Abhängigkeit erfolglos beendet haben, von denen eine mindestens über sechs Monate mit einem anderen, oralen Substitutionsmittel erfolgte.

Die begleitende psychosoziale Behandlung ist während der ersten sechs Monate verpflichtend. Hinsichtlich der Substitutionsbehandlung stellen sich besondere Anforderungen an die Aufklärung des Patienten über Wirkung und Gefahren sowie Art der intravenösen Applikation. Die Vergabe des Substitutionsmittels und die Injektion sowie Rückgabe der Injektionsutensilien müssen unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, eine Take-home-Verordnung ist nicht möglich und ist strafbar. Die Besonderheiten des Mittels (schnellere Anflutung und kürzere Halbwertszeit) sind bei der Dosisfindung zu berücksichtigen. Die Vergabe von Diamorphin kann nur in dafür zugelassenen Einrichtungen erfolgen, für die die zuständige Landesbehörde die entsprechende Erlaubnis erteilt. Für die Anforderungen an die Qualifikation des Arztes gelten besondere Anforderungen.

11.2.4 Cannabisbezogene Störungen

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu Cannabis-bezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Bonnet et al. 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Bonnet et al. 2004).

Diagnostik

In der Anamnese lassen sich bei Cannabiskonsumenten in der Regel keine somatischen Auffälligkeiten feststellen, von respiratorischen Problemen abgesehen. Hinweise auf vermehrten Konsum anderer Substanzen lassen sich in der speziellen Suchtanamnese feststellen. Eine differenzierte Sozialanamnese ist wichtig, da es sich bei vielen Cannabiskonsumenten um sehr junge Patienten handelt.

Hinweise auf den Konsum und auf regelmäßigen Konsum können über Urin- und Bluttests nachgewiesen werden. Eine Haaranalyse kann weitere Auskünfte über den Konsum geben, z.B. den genauen Zeitraum des Konsums. Es wird empfohlen, die Urin- und Blutuntersuchungen auf weitere Substanzen (Alkohol und illegale Drogen) zu testen.

Diagnosen erfolgen nach der aktuellen Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) oder dem DSM IV.

Behandlung

Für junge Patienten, die oft früh mit dem Cannabiskonsum begonnen haben und auch eine größere psychiatrische Komorbidität aufweisen, sind individuelle Behandlungspläne notwendig. Auch Kurzinterventionen mit motivationsfördernden Zielen sind wirksam. Bei Jugendlichen zeigen auch milieu- und familientherapeutische Interventionen eine hohe Wirkung.

Nach dem Stand der Forschung¹⁵⁴ werden in den Leitlinien zur Behandlung cannabisabhängiger Erwachsener Kurzinterventionen empfohlen, die eine Kombination aus motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen sowie individueller Beratungsarbeit i.S. eines Case-Managements beinhalten. Auch Programme von Selbsthilfegruppen, die an das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker angelehnt sind, stellen sich als ähnlich wirksam dar, wie die kognitive Verhaltenstherapie.

Bisher existieren keine pharmakotherapeutischen Konzepte zur Rückfallprophylaxe und Konsumreduzierung. Allerdings erwähnen die Autoren, dass ein kürzlich entwickelter Antagonist (CB1-Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist [SR141716]) die Möglichkeit einer Behandlung ähnlich der Rückfallprophylaxe bei Opiatabhängigen eröffnen könnte.

In der Regel wird die Behandlung einer alleinigen Cannabisabhängigkeit ambulant durchgeführt. Je nach Schwere des Entzugssyndroms, der Rückfallgefährdung bzw. ambulanter Therapieresistenz und der Schwere komorbider Störungen kann eine stationäre Behandlung angezeigt sein. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wird eine stationäre Behandlung empfohlen, um die häufig gravierende psychische und soziale Dimension der Suchterkrankung berücksichtigen zu können.

Die Behandlung sollte eine Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und eine medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) umfassen. Die Behandlung einer unkomplizierten Intoxikation erfordert in der Regel keine Interventionsmaßnahmen, die über eine supportive Begleitung hinausgehen. Patienten mit komplizierten Verläufen der Intoxikation, die mit Panikattacken (F12.02) einhergehen, reagieren auf „down-talking“ bzw. auf die Gabe von Benzodiazepinen, wenn der Patient nicht anspricht. Benzodiazepine können auch bei transienten psychotischen Episoden (F12.04) zur Anwendung kommen. Der Einsatz von Benzodiazepinen sowie von Antipsychotika ist auch zur Behandlung von länger anhaltenden psychotischen Episoden (F12.50) und möglichen deliranten Syndromen eine Option.

Die Behandlung von Symptomen des Entzugssyndroms erfordert normalerweise keine pharmakologische Behandlung. Patienten profitieren von allgemeinen physikalischen und pflegerischen Maßnahmen einer qualifizierten Entzugssyndrombehandlung.

In schwereren Fällen können Schlafstörungen mit Hypnotika behandelt werden, innere Unruhe und Reizbarkeit mit niederpotenten Neuroleptika oder sedierenden Antikonvulsiva. Bei

¹⁵⁴ In den Leitlinien wird eine Übersicht empirisch überprüfter Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung cannabisabhängiger aus den USA und Australien dargestellt. Vgl. Bonnet et al. 2006 S.156.

prominenten vegetativen Entzugszeichen kann Clonidin eingesetzt werden. Benzodiazepine sollten aufgrund des hohen eigenen Abhängigkeitspotenzials vermieden werden, können aber bis zu 3 Wochen verabreicht werden, wenn andere Mittel nicht ausreichen. Psychische und somatische Begleiterkrankungen sind störungsspezifisch zu behandeln.

Zur therapeutischen Relevanz von Cannabinoiden wird in den Leitlinien darauf eingegangen, dass in Deutschland synthetische Cannabinoide als Betäubungsmittel der Kategorie III (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) zugelassen sind. Die psychoaktiven Cannabinoide Dronabinol und Nabilon kommen z.B. während der Chemotherapie zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen zur Anwendung. Dronabinol ist außerdem zur Behandlung des „AIDS-wasting“-Syndroms zugelassen.

11.2.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu „Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004).

Aufgrund unbefriedigender Datenlage beruhen diese Leitlinien stärker auf Expertenkonsens. Als Besonderheit der Leitlinien wird von den Autoren hervorgehoben, dass sie von geringer Substanzspezifität gekennzeichnet sind.

Diagnostik

Grundlegend für eine Behandlung sind umfangreiche Maßnahmen der Diagnostik, um ein möglichst exaktes Bild des Patienten zu erlangen. Dazu gehören Psychodiagnostik (Abklärung substanzbedingter Störungen nach ICD-10), Suchtanamnese, psychopathologischer Befund und Einschätzung der Behandlungsmotivation und Erhebung von komorbiden psychiatrischen Störungen (ebenfalls nach ICD-10) sowie somatische und soziodiagnostik. Hierbei sind die Besonderheiten der Substanzen zu beachten und substanzbezogene Störungen abzuklären.

Behandlung

Die Leitlinien umfassen sowohl die Akutbehandlung als auch die Postakutbehandlung. Hinsichtlich der verschiedenen Substanzen werden bei einer akuten Intoxikation unterschiedliche Empfehlungen der Entzugs- /Entgiftungsbehandlung ausgesprochen. Neben der Behandlung von Entzugssyndromen sind jeweils auch die Behandlung von Begleiterkrankungen und medizinischen Notfällen, psychologische-psychiatrische Diagnostik sowie Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme einer Abstinenztherapie und unterstützende Maßnahmen im sozialen Bereich Ziel der Akutbehandlung.

Tabelle 11.1 Die medikamentöse Behandlung akuter, substanzinduzierter Störungen

| Substanz | Art der Störung | Behandlung |
|---------------|--|---|
| Kokain | Psychotische Rauschverläufe, Erregungszustände | Vorübergehend Benzodiazepinie |
| | Entzugssymptome | Antriebssteigernde trizyklische Antidepressiva, Amantadin |
| Amphetamin | Psychotische Rauschverläufe, induzierte psychotische Störungen | Vorübergehend Benzodiazepinie und Neuroleptika |
| | Entzug mit Rebound-Phänomenen | Trizyklische Antidepressiva |
| Ecstasy | Psychotische Rauschverläufe, starke Nacheffekte | Vorübergehend Benzodiazepinie; Cave: keine Neuroleptika oder Antidepressiva |
| Halluzinogene | Psychotische Rauschverläufe | Vorübergehend Benzodiazepinie; Cave: keine Neuroleptika |

Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2006.

Ziele der Postakutbehandlung sind die Behandlung der psychischen Funktionsstörungen, Behandlung der körperlichen Auswirkungen, Begleit- und Folgeerkrankungen und Behandlung der interaktionellen, psychosozialen und entwicklungsbedingten Störungen. Abstinenz und Reduzierung des Substanzkonsums sind Teilziele der Behandlung, die letztendlich eine autonome Lebensführung ermöglichen soll.

Die Postakutbehandlung ist sowohl ambulant (in 80 bis 120 Einzel- oder Gruppensitzungen – unter Einbeziehung der Bezugspersonen – innerhalb von 18 Monaten) als auch als stationäre Kurzzeit- und Langzeittherapien (3-6 bzw. 7-10 Monate) möglich. Weitere Behandlungsmöglichkeiten bestehen im Bereich der stationären Psychiatrie und Psychotherapie und in spezialisierten Suchtabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Neben der medizinischen Grundversorgung soll auch eine Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten gewährleistet werden.

Die Wahl des Behandlungssettings richtet sich nach den klinischen Merkmalen der substanzbezogenen Störung, Motivation des Patienten für ein bestimmtes Verfahren und regionaler Verfügbarkeit der Behandlungsmöglichkeiten. Ein stabiles soziales Umfeld kann ausschlaggebend für eine ambulante Behandlungsform sein, bei Fehlen stabiler sozialer Strukturen und/oder Tagesstruktur wird zu einer stationären Behandlung geraten. Für Patienten mit schwankender Motivation und vor allem inhalierend oder intravenös konsumierende Kokainkonsumenten wird eine stationäre Behandlung von mehr als 90 Tagen empfohlen.

Während der Postakutbehandlung von kokain-, stimulanzen-, und halluzinogenbezogenen Störungen kommt der psychotherapeutischen Behandlung eine zentrale Bedeutung zu.

Verhaltenstherapie/Kognitive Therapie, Supportive Therapie, Psychodynamische Therapie und Familientherapie kann in Einzel- und Gruppensitzungen angewandt werden.

Psychosozial und psychiatrisch schwer beeinträchtigte kokainabhängige Patienten profitieren von Verfahren zur Rückfallvermeidung stärker als von anderen Ansätzen. Bei Jugendlichen werden familientherapeutische Ansätze empfohlen. Psychoeducation und motivationale Interventionen sollen in der Postakutbehandlung unterstützend eingesetzt werden.

Eine Soziotherapie, die den Patienten befähigt, alltägliche Probleme zu bewältigen, wird von den Autoren empfohlen. Unterstützung sollten die Patienten hinsichtlich ihrer beruflichen Situation, Fragen um finanzielle Belange (Schulden), juristischen und amtlichen Angelegenheiten und der Vermeidung destabilisierender Faktoren im sozialen Umfeld erhalten. Niedrigschwellige Angebote sind vor allem für intravenös Konsumierende (Kokain) oder von Verelendung bedrohte (Kokainkonsumenten, Crack-Konsumenten, polytoxikomane) hilfreich. Eine Fortführung der soziotherapeutischen Begleitung über die ambulante oder stationäre Therapie hinaus wird von den Autoren empfohlen.

Zur pharmakologischen Behandlung in der Postakutbehandlung lassen sich aufgrund des Forschungsstandes keine generellen Empfehlungen für die Substanzen ableiten. Schizophrenie als psychiatrische Komorbidität sollte, sofern eine substanzinduzierte Psychose in der Postakutbehandlung ausgeschlossen wurde, mit Neuroleptika behandelt werden.

Kokainabhängige Mütter und schwangere Frauen müssen besondere Aufmerksamkeit bekommen. Den neugeborenen Kindern sollte neben der pädiatrischen Versorgung eine kinderpsychiatrische sowie intensive psychosoziale Betreuung zukommen. Die Mütter sollten durch Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe betreut werden. Die Fürsorgefunktionen der Mutter bedürfen professioneller Unterstützung, so dass die Versorgung des Kindes sichergestellt werden kann.

11.2.6 Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu „Medikamentenabhängigkeit“ wurden im Jahr 2006 publiziert (Poser et al. 2006).

Die Leitlinien sind in drei Kapitel für Hypnotika/Sedativa, Analgetika und Psychostimulanzien gegliedert.

Hypnotika/Sedativa

In den Leitlinien wird unter Hypnotika/Sedativa die Stoffgruppen bzw. Stoffe Benzodiazepine, Zolpidem/Zopiclon/Zaleplon, Clomethiazol (barbituratähnliche Substanzen) und γ -Hydroxybutyrat (GHB) und γ -Butyrolacton verstanden.

Der Konsum, abgesehen von der therapeutischen Vergabe der Medikamente, kann nach der ICD-10 auch eine akute Intoxikation (F13.0) verursachen, es kann schädlicher Gebrauch (F13.1) oder ein Abhängigkeitssyndrom (F13.2) vorliegen. Benzodiazepine werden aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung von allen Hypnotika/Sedativa am häufigsten verordnet. Während schädlicher Gebrauch der Substanzen eher selten ist, kommt eine Behandlungsbedürftige Abhängigkeit vergleichsweise häufig vor. Missbrauch im Sinne des DSM-IV kommt im

Rahmen der Polytoxikomanie häufiger vor, besonders in Zusammenhang mit illegalen Drogen.

Ein Behandlungsbedarf ist gegeben, wenn eine Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-IV gestellt wird. In der Diagnosestellung liegt bei Medikamentenabhängigkeit bzw. –missbrauch eine besondere Herausforderung. Einerseits werden die Medikamente normalerweise zu therapeutischen Zwecken verordnet, andererseits kommt aber auch illegaler Erwerb und unkontrollierter Konsum (insbesondere von Benzodiazepinen), häufig als Beikonsum illegaler Drogen, vor. Steht in einem solchen Fall eine Abhängigkeit z.B. von Opioiden im Vordergrund, so sind die entsprechenden Leitlinien ebenfalls zu berücksichtigen. Bei ärztlich verordneten Benzodiazepinen kann eine Niedrigdosisabhängigkeit bei länger dauernder Einnahme der verordneten Dosis eintreten.

Bei akuter Intoxikation sollte geprüft werden, ob ein schädlicher Gebrauch von anderen Substanzen oder eine Abhängigkeit vorliegt. Die Überwachung des Patienten kann ambulant erfolgen, bei schweren Intoxikationen sollte der Patient zur Überwachung in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Bei schädlichem Gebrauch ohne Abhängigkeit kommt als Frühintervention ein Absetzen des Medikamentes durch den Therapeuten in Frage. Mithilfe therapeutischer Gespräche („motivationale Gesprächsführung“) soll der behandelnde Arzt bzw. Suchttherapeut von einem Leben ohne Sedativa und Vermeidung von Langzeitfolgen überzeugen. Bei einer Abhängigkeit dürfen Hypnotika/Sedativa auf keinen Fall schlagartig abgesetzt werden, sondern sind vom behandelnden Arzt kontrolliert und ausschleichend zu dosieren.

Liegt eine Niedrigdosisabhängigkeit (z.B. bei Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen) vor, so ist der Entzug nicht generell zu empfehlen, sondern von einer Nutzen-Risiko-Abwägung abhängig. Die Durchführung des so genannten ambulanten Langzeitentzugs kann in Haus- oder Allgemeinarztpraxen erfolgen. In komplizierten Fällen sind erfahrene Fachkliniken empfohlen. Beim ambulanten Langzeitentzug kann die Abdosierung zwischen 4 und 10 Wochen dauern.

Patienten mit Hochdosisabhängigkeit sollten im Rahmen eines „stationären Schnellentzugs“ behandelt werden, welche innerhalb von 3-6 Wochen in psychiatrischen Kliniken durchgeführt wird. Der Entzug erfolgt über kontrollierte Herabdosierung.

Abhängigkeit von Benzodiazepinen tritt häufig zusammen mit Alkoholabhängigkeit und Polytoxikomanie auf. Bei Alkoholabhängigkeit erfolgt die Herabdosierung des Benzodiazepins nach Abklingen des Alkoholentzugs. Beim Entzug von Benzodiazepinen können durch Mehrfachabhängigkeit initial sehr hohe Dosen erforderlich sein. Bei Mehrfachabhängigkeit wird empfohlen, auch die entsprechenden Leitlinien zu den konsumierten Substanzen zu berücksichtigen.

Eine Entzugsbehandlung wird bei Schwangeren dringend empfohlen, da eine Entzugsbehandlung bei Neugeborenen äußerst kompliziert ist.

Die medikamentöse Behandlung des Benzodiazepinentzugs (die z.B. die Vergabe von sedierenden trizyklischen Antidepressiva gegen Unruhe und Schlafstörungen oder von Antikon-

vulsiva zur Anfallsprophylaxe umfassen kann) sollte vor Beginn des Entzugs eingeleitet werden, so dass Entzugssymptome verhindert werden.

Psychologische Unterstützung sollte je nach individuellem Bedarf variieren und kann von kurzen supportiven Interventionen bis hin zu mehr kognitiven oder verhaltenstherapeutischen Techniken zum Angst- und Stressmanagement reichen. Als besonders wichtig wird die suchtspezifische Psychoedukation in Hinblick auf das Abhängigkeitssyndrom, Rückfallrisiken und schädliche Folgen beschrieben. Einzelsitzungen werden empfohlen, da sie hier wirksamer als Gruppensitzungen sind.

Bei der Behandlung komorbider Erkrankungen ist zu berücksichtigen, ob die psychische Erkrankung (häufig Angst- und depressive Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und ADHS) bereits vor der Abhängigkeit von Hypnotika/Sedativa bestand. Solch eine präexistierende Erkrankung wird oft während und nach der Abhängigkeit weiter bestehen und bedarf einer eigenen Behandlung. Auf der anderen Seite kann eine Medikamentenabhängigkeit ihrerseits weitere Prozesse in Gang setzen, die als Folgekrankheiten nach einem Entzug persistieren und ebenfalls einen Behandlungsbedarf begründen.

Analgetika

Opioide und nicht opioide Analgetika werden zur Schmerzbehandlung eingesetzt. Die Autoren der Leitlinien beschreiben, dass trotz unzureichender Datenlage für Deutschland davon auszugehen ist, dass schädlicher oder nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch in klinisch relevanter Größenordnung vorliegt. Für eine Medikamentenabhängigkeit insbesondere von Opiaten besteht vor allem für Personen mit einer früheren Suchterkrankung ein Risiko.

Die Leitlinien beschreiben Anzeichen für schädlichen oder nicht bestimmungsmäßigen Gebrauch (z.B. Rezeptfälschungen, Verschweigen weiterer Bezugsquellen, Widerstand gegen Änderungen der Opioidtherapie) und beschreibt die besondere Rolle, die Ärzten bei der Prävention zukommt (zu vermeidende Risiken; z.B. unzureichende Information der Patienten, monodisziplinäre Indikationsstellung, unklare oder nicht abgesprochene Therapieziele, fortgesetzte Verschreibung von Opioiden trotz unzureichenden Therapieerfolgs).

Psychostimulanzien

Die Leitlinien beschreiben schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Psychostimulantien (wie z.B. Methylphenidat [z.B. Ritalin[®]]). Da missbräuchlicher Konsum verhindert, Psychostimulanzien bei der indizierten Behandlung von Patienten (z.B. Kindern mit ADHS) aber nicht vorenthalten werden sollen, verweisen die Autoren auf die entsprechenden Leitlinien der Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

11.2.7 Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen

Die 2. Fassung der „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“ von der Deutschen Rentenversicherung stammt aus dem Jahr 2005. Sie ersetzt die 1. Fassung aus dem Jahr 2003 (DRV 2005).

Die Leitlinien beziehen sich auf Abhängigkeitserkrankungen generell. Aussagen und Empfehlungen zu substanzbezogenen Besonderheiten werden innerhalb der Leitlinien in Unterkapiteln getroffen. Pathologisches Glücksspielen und Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet werden als nicht-stoffgebundene Störungen berücksichtigt.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Generell besteht eine Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt und folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Eine Entzugsbehandlung muss abgeschlossen sein, Rehabilitationsfähigkeit bestehen und die Erwerbsfähigkeit durch die Rehabilitation voraussichtlich wieder hergestellt werden können.

Eine Abhängigkeitserkrankung liegt bei Unfähigkeit zur Abstinenz oder Verlust der Selbstkontrolle oder periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome vor. Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms werden die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV herangezogen.

Rehabilitationsangebote und Leistungen

Die Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Leitlinien beziehen sich auf eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung, die Kriterien für die Entscheidungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, sowie Anforderung an die Einrichtungen (z.B. hinsichtlich Personal, Trägerschaft, Räumlichkeiten, Therapieangeboten und –plätzen) vorgibt (DRV 2005, "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" in Anlage der Leitlinien). Welche Maßnahme für den Patienten geeignet ist, muss individuell entschieden werden. Maßgebliche Kriterien sind z.B. die soziale und berufliche Integration des Patienten, Wohnsituation, Fähigkeit zur Abstinenz und aktiven Mitarbeit in der Therapie oder das Ausmaß etwaiger psycho-sozialer Störungen.

Die Therapiedauer in stationärer Behandlung kann bei Drogenabhängigen bis zu 26 Wochen dauern, Kurzzeittherapien zwischen 12 und 16 Wochen. Ambulante Suchtrehabilitationen können bis zu 18 Monaten dauern, in denen maximal 120 therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche erfolgen können, sowie bis zu zwölf therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen.

Im Rahmen der Nachsorge können Leistungen der ambulanten Nachsorge erfolgen, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht. Innerhalb eines halben Jahres können 20 therapeutische Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden. Das Leistungssystem umfasst auch eine Adaptionsphase, die an eine Entwöhnungsbehandlung anschließen kann. In der bis zu 16 Wochen dauernden Phase werden Patienten in ihrer Stabilisie-

rung im Alltagsleben unterstützt und die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten soll verbessert werden.

Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung sind von zentraler Bedeutung der Rehabilitation, die als übergeordnetes Ziel aus Sicht der Rentenversicherung die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen soll. Möglichst frühe Hilfen und Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung haben motivationsfördernde Effekte auf die Suchtrehabilitation. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung wirkt positiv auf Abstinenz und psychische Stabilität.

11.2.8 Weiterentwicklung von Leitlinien

Aktuell werden unter der Federführung von DG-Sucht und der DGPPN die AWMF-Leitlinien der Entwicklungsstufe S2 weiterentwickelt. Es wird angestrebt, die Leitlinien auf Entwicklungsstufe S3 anzuheben. Der Konsensus Prozess ist noch nicht abgeschlossen, ein Zeitpunkt für die Veröffentlichung ist noch nicht abzusehen (DHS, persönliche Mitteilung 2010). Auch eine nicht-substanzbezogene Leitlinienentwicklung zum Thema „Psychosoziale Therapie“ ist derzeit in Arbeit. Obwohl von Experten betont wird, dass „Sucht“ in diesem Entwicklungsprozess ein Thema sein sollte, wurde es bis zur Erstellung dieses Berichtes ausgeklammert (DHS, persönliche Mitteilung 2010)

Derzeit wird eine Überarbeitung der Reha-Leitlinien der DRV durchgeführt, eine Veröffentlichung der neuen Fassung in 2010 gilt als wahrscheinlich. Die Rentenversicherung ist bemüht, an dem Prozess der Leitlinienentwicklung auch die relevanten Fachgesellschaften (z.B. DGPPN und DG-Sucht) zu beteiligen. Mit einem mehrstufigen Konsentierungsverfahren soll dem Verfahren der AWMF-Leitlinienentwicklung entsprochen werden, da dieses Verfahren in der Wissenschaftslandschaft allgemein breite Akzeptanz findet.

11.3 Implementierung

Gastpar und Schmidt (2006) verweisen darauf, dass Untersuchungen zu Anwendbarkeit und Nutzen der Leitlinien in der Praxis noch ausstehen. Die Überprüfung der Relevanz von Leitlinien im Praxisalltag soll auch Anhaltspunkte über Verbesserungsbedarf der Leitlinien hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit erbringen.

Die in Deutschland erstellten AWMF-Leitlinien sollten durch ihre Anwendung zu einer Verbesserung der Qualität in der Suchthilfe beitragen. Die wichtigsten Voraussetzungen für die Anwendung von Leitlinien sind die Verbreitung und Verfügbarkeit sowie die Akzeptanz der Leitlinien bei den behandelnden Berufsgruppen. Mit der Veröffentlichung der AWMF-Leitlinien und ihrer freien Verfügbarkeit im Internet kann davon ausgegangen werden, dass der Bekanntheitsgrad der Leitlinien bei den relevanten Berufsgruppen hoch ist. Bislang gibt es hierzu keine überprüfbaren Daten, ebenso wenig wie über die Nutzung und Anwendung der Leitlinien in der Behandlung.

Da die Leitlinienentwicklung von einem breiten Expertenkonsens gestützt wurde, ist davon auszugehen, dass sie trotz der Diskussion um die Anwendbarkeit und Praxistauglichkeit eine hohe Akzeptanz bei den relevanten Berufsgruppen haben (vgl. Koch 2006; Schmidt 2006 und Kapitel 11.1.4).

Da AWMF-Leitlinien keine Vorschriften sind, bleibt es Kliniken und Behandlungseinrichtungen selbst überlassen, nach welchen internen Standards Behandlungen ausgerichtet sind. Allerdings müssen Kliniken im Rahmen ihres Qualitätsmanagements festlegen, nach welchen Leitlinien ihre Behandlungen ausgerichtet werden, um eine Zertifizierung durch einen externen Auditor zu erlangen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass auf der Ebene der Kliniken die AWMF-Leitlinien in der Breite eingesetzt werden. (DHS, persönliche Mitteilung 2010).

Auf Ebene der Rehabilitations-Einrichtungen sind die Leitlinien der DRV dadurch implementiert, dass die in der Anlage enthaltene Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen der Rentenversicherung und den Krankenversicherungen Anforderungen an Einrichtungen zur Durchführung ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen definiert und Kriterien für die Entscheidung über ambulante und stationäre Behandlung vorgibt (DRV 2005).

Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung haben für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausschlaggebende Bedeutung. Denn sie geben den Rahmen dessen vor, was von der Rentenversicherung (bzw. durch die Krankenkassen) finanziert werden kann. Die formulierten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) werden den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Durch die KTL-Analyse¹⁵⁵ wird auch ermittelt, in welchem Umfang die ETM angewendet werden. Über Rückmeldungen an die Einrichtungen soll eine Verbesserung der rehabilitativen Versorgungspraxis erreicht werden (Brüggemann et al. 2004).

¹⁵⁵ KTL-Analyse: Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen ist ein von der BfA (jetzt DRV) erstelltes Verzeichnis für therapeutische Leistungen, die während einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, als evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, werden als Behandlungs-Soll mit dem Ist-Zustand (abgebildet in den Entlassungsberichten die der BfA (jetzt DRV) vorliegen) abgeglichen (vgl. 11.1.3).

12 Kosten drogenbezogener Behandlung

12.1 Finanzierungsquellen

Die Finanzierung von Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist durch eine schwer überschaubare Vielfalt von Zuständigkeiten gekennzeichnet. Bei der Darstellung der Finanzierungsmechanismen kann man zwischen verschiedenen Leistungsträgern (Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen, Rentenversicherungen, Wohlfahrtsverbände), verschiedenen Maßnahmen/Leistungen (Allgemeine Gesundheitsversorgung, Beratung, Therapie/medizinische Rehabilitation/Behandlung, Übergangsangebote/Nachsorge, Schadensminimierung) oder zwischen den verschiedenen Anbietern dieser Maßnahmen (Suchtberatungsstellen, Fachkliniken, allgemeine Krankenhäuser/Psychiatrien, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Adaptionseinrichtungen, niedrigschwellige Einrichtungen) unterscheiden.

12.1.1 Leistungsträger

Eine zentrale Rolle in der Behandlung drogenbezogener Störungen spielen die **Kranken- und Rentenversicherungen**. Sie sind im Rahmen entsprechender Gesetze (insbesondere Sozialgesetzbuch) eigenständige Organisationen der Selbstverwaltung, die ihren Versicherten gegenüber eine direkte Verantwortung tragen. Es bestehen in beiden Bereichen mehrere Organisationen, die privatwirtschaftlich, gemeinnützig oder öffentlich organisiert sind. Für Leistungen im Zusammenhang mit (sekundären) Erkrankungen in Folge von Drogenkonsum sowie körperlicher Entgiftung sind die Krankenversicherungen zuständig, für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) überwiegend die Rentenversicherungsträger. Es gibt Rentenversicherungsträger auf der Ebene von Ländern und Regionen sowie für bestimmte Berufsgruppen. Daten zu Ausgaben liegen für die Träger vor, die der „gesetzlichen Rentenversicherung“ (Deutsche Rentenversicherung Bund) zuzuordnen sind. Es handelt sich dabei immer um beitragsfinanzierte Mittel der Versicherten.

Für Patienten, bei denen kein Versicherungsschutz durch Kranken- oder Rentenversicherung gegeben ist, übernehmen Träger der Sozialhilfe die Kosten für die Behandlung der Drogenabhängigkeit – das sind in der Regel die **Kommunen** (Landkreise, kreisfreie Städte) oder regionale Organisationen (z.B. Landschaftsverbände). Diese tragen auch einen großen Teil der nicht-medizinischen und sozialen Angebote für diese Patienten (z.B. Suchtberatung). Es handelt sich hierbei um steuerfinanzierte Mittel der Sozialhilfe oder um öffentliche Zuschüsse.

Alternativ bzw. ergänzend zu den öffentlichen Trägern beteiligen sich an der Versorgung auch kirchliche und nichtkonfessionelle **Wohlfahrtsverbände** (vor allem für Beratungsangebote und soziale Maßnahmen). Für die Durchführung ihrer Aktivitäten werden zwar öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt, die Einrichtungen bringen aber auch einen Eigenbeitrag – etwa aus der Kirchensteuer – auf.

Die finanzielle Verantwortung für einen großen Teil der Angebote zu drogenbezogener Behandlung liegt in Deutschland nicht bei der Bundesregierung. Nach der Verfassung der Bundesrepublik sind für die Gesundheitsversorgung die Länder und Kommunen verantwortlich.

Die **Bundesebene** stellt im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung ausschließlich Mittel für Modellprojekte und Forschungsförderung zur Verfügung.

Die **Länder** sind für das öffentliche Gesundheitswesen zuständig. Ausgaben für drogenbezogene Behandlung finden sich deshalb in den Budgets aller 16 Bundesländer. In einigen Bundesländern wird besonders in den Bereichen Beratung und Betreuung verstärkt die Zuständigkeit der Kommunen betont.

Die **Kommunen** müssen Bürger unterstützen, die durch eigenes Einkommen oder Sozialversicherungen nicht ein bestimmtes Existenzminimum erreichen. Die Leistungen der Sozialhilfe werden dabei auch für Aktivitäten im Rahmen von Suchtarbeit eingesetzt.

Das Zusammenspiel der verschiedenen Organisationen ist dynamisch. Verantwortlichkeiten und damit auch Ausgaben für bestimmte Tätigkeitsfelder im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung können sich deshalb durchaus verändern. Bestimmte Leistungen können von verschiedenen Trägern bezahlt werden, es gibt jedoch klare Vorrangregeln. So übernimmt die kommunal finanzierte Sozialhilfe erst dann Behandlungskosten, wenn keine Sozialversicherung besteht.

12.1.2 Maßnahmen

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Drogenkonsumenten werden nicht nur in spezialisierten Einrichtungen betreut, sondern auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Behandlungsgrund ist dabei häufig nicht die Suchtproblematik, sondern deren direkte und indirekte Folgen, z.B. Unfallverletzungen während einer Intoxikation. Leistungen werden von allgemeinen Krankenhäusern, Psychiatrien oder niedergelassenen Ärzten erbracht und von den Krankenversicherungen übernommen.

Schadensminimierung

Schadensminimierende Angebote gibt es in speziellen niedrigschwelligen Einrichtungen oder angegliedert an Suchtberatungsstellen. Sie werden größtenteils aus kommunalen und Landesmitteln finanziert.

Spezialisierte Behandlung

Spezialisierte Behandlung für Drogenkonsumenten mit dem Ziel der Drogenfreiheit wird konzeptionell in vier Phasen unterteilt, für die unterschiedliche Träger und damit auch unterschiedliche Finanzierungssysteme zuständig sind: (1) Kontakt- und Motivationsphase, (2) Entzugsphase, (3) Entwöhnungsphase und (4) Integrations- und Nachsorgephase. Darüber hinaus gibt es Formen der spezialisierten Behandlung, die nicht unbedingt oder nur sehr langfristig betrachtet das Ziel der Abstinenz verfolgen, hierunter fällt v.a. die Substitutionsbehandlung¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Zu den Behandlungsphasen und den Strukturen des Versorgungssystems siehe auch Kapitel 5.

Kontakt- und Motivationsphase/Beratung

Maßnahmen der Kontakt- und Motivationsphase finden vor allem in Suchtberatungsstellen oder Sozialpsychiatrischen Diensten statt. Sie werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln, d.h. Zuwendungen der Kommunen und des Landes, sowie aus Eigenmitteln der Träger finanziert. Bei der Finanzierung durch die Kommunen und das Land handelt es sich um freiwillige Leistungen – ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht nicht.

Entzugs- und Entwöhnungsphase/Behandlung/Therapie

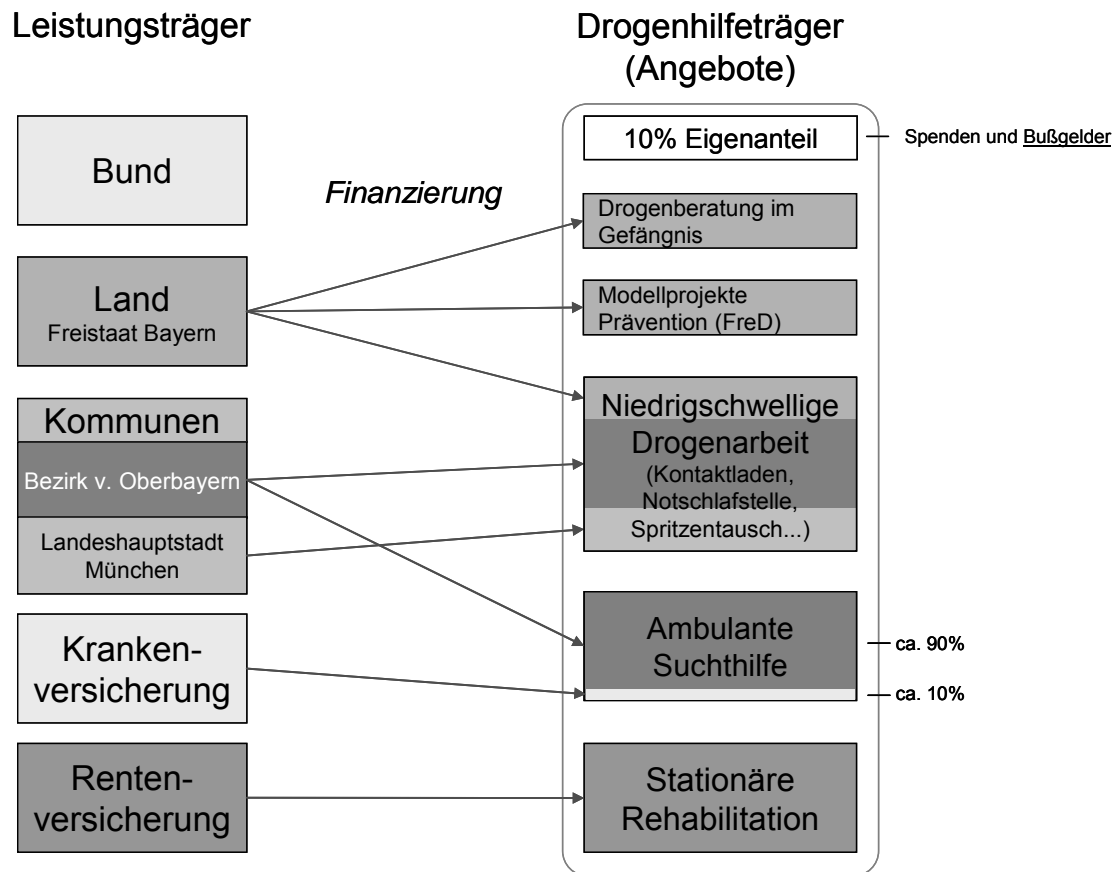
Für die Entzugsbehandlung, die meist als Akutbehandlung im Krankenhaus stattfindet, liegt die Federführung in Händen der (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung. Für die Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation), die je nach Einrichtung und Indikation sowohl stationär (Fachkliniken) als auch ambulant angeboten wird, ist dagegen die Rentenversicherung zuständig, die diese Behandlung zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen ihrer Leistungen finanziert. Des Weiteren behandeln niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Suchtkranke auf Kosten der Krankenkassen. Auch in sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen psychotherapeutische Behandlungen, zum Teil in Abrechnung mit Krankenkassen (Ermächtigungen), zum Teil finanziert durch kommunale Mittel. Substitutionsbehandlung ist ebenfalls eine Leistung der Krankenkassen.

Integrations- und Nachsorgephase

Ambulante oder stationäre Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung werden zum größten Teil von der Rentenversicherung getragen.

12.1.3 Anbieter

Da die vorhandenen Finanzierungsmechanismen in den zwei vorangegangenen Abschnitten bereits genannt wurden, wird hier auf eine erneute Auflistung anhand der unterschiedlichen Anbieter von Maßnahmen verzichtet. Es soll aber darauf hingewiesen werden, dass ein Suchthilfeträger häufig Anbieter verschiedener Maßnahmen ist und somit auch aus verschiedenen Quellen finanziert wird. Das komplexe Gefüge verschiedener Finanzierungswege soll anhand der folgenden Abbildung 12.1 noch einmal verdeutlicht werden, die beispielhaft das Angebot und die damit zusammenhängende Finanzierung eines Suchthilfeträgers in Bayern illustriert. Die prozentuale Zusammensetzung der verschiedenen Finanzierungsanteile kann je nach Träger variieren und variiert innerhalb eines Trägers über die Zeit hinweg, da insbesondere ambulante Suchtberatung und niedrigschwellige Angebote freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder sind, für die, angepasst an die aktuelle Haushaltslage, jährlich neue Vereinbarungen getroffen werden.



IFT, eigene Darstellung.

Abbildung 12.1: Beispiel für die Finanzierung eines einzelnen Suchthilfeträgers

12.1.4 Einzelne Kostenangaben für drogenbezogene Behandlung in Deutschland

Im Folgenden sollen verfügbare Kostenangaben für drogenbezogene Behandlung in Deutschland dargestellt werden. Dabei handelt es sich jedoch um keine systematische Erfassung aller Kosten, sondern um einzelne Angaben aus verschiedenen Quellen, die zum Zeitpunkt der Berichterstellung zur Verfügung standen. Diese ergeben kein Gesamtbild der im Zusammenhang mit der Behandlung von Drogenkonsumenten entstehenden Kosten und können aufgrund methodischer Unterschiede nicht zu einer Gesamtsumme addiert werden. Zusätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass in Deutschland im Rahmen der politischen Entwicklung hin zu einer umfassenden Betrachtung des Themas „Sucht“ (siehe auch Kapitel 1) kaum noch eine Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen stattfindet. Diese Sichtweise erschwert vor allem bei den öffentlichen Haushalten auch eine getrennte Darstellung entstehender Kosten. Auf diese und weitere Einschränkungen wird bei den jeweiligen Kostenangaben hingewiesen.

Ausgaben von Bund und Ländern

Haushaltspläne

Um die Kosten für drogenbezogene Behandlung auf Bundes- und Länderebene darzustellen wurden in einer systematischen Recherche alle Haushaltspläne des Bundes und der Länder

für das Jahr 2009 mithilfe einer Volltextsuche¹⁵⁷ nach relevanten Daten durchsucht. Die Ergebnisse werden in den Tabelle 12.1 und Tabelle 12.2 dargestellt. Dabei muss beachtet werden, dass die Länder in ihrer Haushaltswirtschaft selbständig und voneinander unabhängig sind und dadurch die Haushaltspläne unterschiedlichen Systematiken folgen und nicht in gleichem Maße detailliert sind. Es wurden dennoch in jedem Land ein oder mehrere Haushaltstitel gefunden, die Ausgaben für die Behandlung von Drogenkonsumenten enthalten. Häufig beinhalten die aufgeführten Budgets aber auch Ausgaben, die nicht in den hier interessierenden Bereich fallen, z.B. Ausgaben für Präventionsmaßnahmen, für Psychiatrie im Allgemeinen oder für legale Drogen. Eine Bestimmung des Anteils für illegale Drogen war in diesen Fällen nicht möglich. So können die Haushaltsdaten nur einen groben Anhaltspunkt geben, welche Kosten den öffentlichen Haushalten im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung entstehen.

¹⁵⁷ Die verwendeten Suchbegriffe waren: „Sucht“, „Droge“, „Rauschgift“, „Betäubungsmittel“, „Substitution“.

Tabelle 12.1: Bundeshaushaltsansatz 2009 mit Bezug zu drogenbezogener Behandlung

| Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|----------------------------------|---|------------|---|
| Bundesministerium für Gesundheit | 1502 Allgemeine Bewilligungen Titelgr. 06 Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs | 16.312.000 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs (die Mittel werden überwiegend der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zugewiesen): 9.236.000 - Zuschüsse an zentrale Einrichtungen und Verbände (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und Projektförderung DHS und andere): 1.207.000 - Modellmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs: 3.769.000 (davon 1. Einzelprojekte zur Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht für den Bereich legale Drogen, insbesondere Alkohol: 1.260.000; 2. Einzelprojekte zur Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht für den Bereich illegale Drogen, insbesondere Cannabis: 1.260.000; 3. Einzelprojekte zur Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht für den Bereich Tabak: 1.249.000) - Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht (Basisdokumentation und REITOX Focal point): 800.000 - Zuschüsse zu den Kosten für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs: 1.300.000 |

Tabelle 12.2: Landeshaushaltsansätze 2009 mit Bezug zu drogenbezogener Behandlung

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|--|---|------------------|---|
| Thüringen/ Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit | 08 29 Gesundheitswesen und Maßregelvollzug/ HGr. 8 Sonstige Ausgaben für Investitionen und Investitionsförderungsmaßnahmen/ 893 02 Sonstige Investitionen im Gesundheitsbereich → Schaffung und Ausbau von Einrichtungen der Suchtprävention und Sucht- krankenhilfe | 742.000 | |
| | 08 29 Gesundheitswesen und Maßregelvollzug/ TGr. 71 Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfen/ 684 71 Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung, des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitshilfen → Maßnahmen der Suchtprävention und Dro- genhilfe | 881.700 | Darin enthalten sind 200.000 EUR für Maßnahmen zur Prävention, Hilfe und Forschung bei pathologischem Glücksspiel |
| Schleswig-Holstein/ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren | 10 02 Gesundheit/ 684 04 Zuschüsse für Zwecke der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der dezentralen Psychiatrie → ambulante Suchtkrankenhilfe | 1.671.000 | Im Rahmen der regionalen ambulanten Suchtkrankenhilfe werden die Aufgabenfelder Beratung (einschl. Prävention), psychosoziale Begleitung Substituierter und Betreuung und spezifische Hilfen für Suchtmittelabhängige in Ballungszentren (einschl. niedrigschwelliger Kontaktmöglichkeiten) gefördert. Um die gesetzten Ziele zu erreichen werden jährlich mit den einzelnen Verbänden Zielvereinbarungen abgeschlossen, ein Berichtswesen aufgebaut, Controllinggespräche geführt und ggf. Umsteuerungen veranlasst. |
| | 10 02 Gesundheit/ 61 Bekämpfung des Suchtmittelmiss- brauchs | 1.284.600 | Davon: Sachverständige: 30.000 - Sachkosten im Zusammenhang mit der Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs (veranschlagt ist der Anteil S-Hs am Substitutions- |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|--|--|------------------|--|
| | | | register sowie Sachkosten für Kampagnen): 14.600 |
| | | | - Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauch (Gegenstand der Förderung: Prävention, Aufsuchende Arbeit im Strafvollzug, spezifische, befristete Projekte, Landesverbände der Suchtselbsthilfe, Landesstelle für Suchtfragen, Frauen und Sucht Behandlung und Beratung donna clara e.V.): 1.240.000 |
| Sachsen-Anhalt/ Ministerium für Gesundheit und Soziales | 05 02 Allgemeine Bewilligungen/ 61 Beratungsangebote → Suchtberatung | 1.496.400 | Drogen- und Suchtberatungsstellen: Die Förderung der Suchtberatungsstellen im Land Sachsen-Anhalt erfolgt gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke (RdErl. Des MS vom 8.Juli 1993). |
| | 05 13 Gesundheitswesen/ 73 Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe | 278.200 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Zuschüsse an die Landesstelle für Suchtfragen: 92.500 - Zuschüsse für laufende Zwecke an öffentliche Einrichtungen (Förderung der landesweit übergreifenden Maßnahmen zur Sicherstellung einer breitgefächerten Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention, insbesondere Maßnahmen von Organisationen und Einrichtungen, die nicht an die Freie Wohlfahrtspflege gebunden sind und ebenfalls der Förderung bedürfen): 185.700 |
| Sachsen/ Staatsministerium für Soziales | 08 07 Gesundheitswesen/ TG 54 Maßnahmen, Dienste und Einrichtungen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe | 4.820.000 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Zuschüsse für laufende Maßnahmen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe an soziale oder ähnliche Einrichtungen (ohne öffentliche Einrichtungen; veranschlagt sind Zuschüsse für: 1. Fachstellen für Suchtprävention (235.000), 2. Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren (66.000), 3. spezielle Angebote (21.000), 4. Schülermultiplikatoren-/Präventionsprojekte (30.000), 5. Landesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (32.000), 6. Sach- und Personalkosten für Arbeitsprojekte (56.000), 7. Begegnungsstätten (30.000)): 470.000 - Zuschüsse für laufende Zwecke der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe an öffentliche Einrichtungen (Förderung von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB)): 3.550.000 |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|--|---|------------------|---|
| | | | - Zuschüsse für Investitionen an Sonstige (veranschlagt sind Investitionskostenzuschüsse zur Schaffung von speziellen Plätzen in sozialtherapeutischen Wohnstätten für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (z.B. geschlossene Unterbringung, Doppeldiagnosen), zur Schaffung von Außenwohngruppen sowie zur Ausstattung von Arbeitsprojekten): 800.000 |
| Saarland/ Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales | 05 21 Gesundheitswesen/ Titelgruppe 71: Maßnahmen zur Suchthilfe | 967.400 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendungen für Lehrgänge, Tagungen, Studienfahrten, Ausstellungen usw. im Rahmen der Suchthilfe (in dem Titel sind auch die Mittel zur Bildung von Arbeitskreisen und zur Stärkung der gemeindenahen Suchtprävention veranschlagt): 3.400 - Zuschüsse zu Hilfen für Suchtkranke (veranschlagt sind Mittel zur Unterhaltung von Einrichtungen für Suchtkranke): 964.000 |
| Rheinland-Pfalz/ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen | 06 02 Allgemeine Bewilligungen/ 684 28 Zuschüsse zu Maßnahmen für suchtgefährdete und abhängigkeitskranke Menschen | 4.304.000 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen der Suchtberatungsstellen und der Suchtprävention: 2.716.000 - Übergangseinrichtungen und Projekte der sozialen und beruflichen Integration: 515.000 - Maßnahmen der aufsuchenden Sozialarbeit und psychosozialen Betreuung: 1.013.000 - Sonstiges: 60.000 <p>Aus den Mitteln können auch kommunale Maßnahmen gefördert sowie eigene Maßnahmen durchgeführt werden.</p> |
| | 06 12 Frauen/ 684 03 Zuschüsse zu Maßnahmen für Frauen in psychosozialen und gesundheitlichen Notlagen → frauenspezifische Suchtprojekte | 161.800 | |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|---|--|------------------|---|
| NRW/ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales | 11 080 Maßnahmen für das Gesundheitswesen/ Titelgruppe 71 Bekämpfung der Suchtgefahren | 9.787.200 | <p>Davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten für Sachverständige und Untersuchungsvorhaben: 25.000 - Öffentlichkeitsarbeit (Prävention): 297.400 - Sonstige Zuweisungen an den Bund (Beteiligung an den Kosten für das Substitutionsregister): 70.000 - Zuweisungen für laufende Zwecke an Gemeinden und Gemeindeverbände: 9.394.800 (davon 9.369.800 „fachbezogene Pauschalen“ und 25.000 „Hilfen“) <p>Die unter „fachbezogene Pauschalen“ veranschlagten Mittel werden den Kreisen und kreisfreien Städten zum eigenverantwortlichen Mitteleinsatz zur Verfügung gestellt. Der ziel- und wirkungsorientierte Einsatz der Landesmittel wird durch eine zwischen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, den kommunalen Spitzenverbänden und den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege abgeschlossene Rahmenvereinbarung unterstützt. Die Pauschalen dienen der Erfüllung folgender Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Präventions- und Hilfeangebote für Suchtgefährdete und Suchtkranke sowie deren Angehörige ○ Angebote zur psychosozialen Betreuung von substituierten Drogenabhängigen ○ Niedrigschwellige medizinische und psychosoziale Hilfeangebote für Drogenabhängige ○ Angebote zur Stärkung der Selbsthilfe |
| Niedersachsen/ Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit | 0540 Gesundheitsverwaltung und Gesundheitswesen/ TGr. 88 Maßnahmen zur Suchtbekämpfung | 7.199.000 | <p>Davon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachstellen für Sucht und Suchtprävention: 4.106.000 2. Präventionsmaßnahmen: 460.000 3. Psychosoziale Betreuungsmaßnahmen Substituierter: 2.045.000 4. Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten: 65.000 5. Landesstelle für Suchtfragen: 330.000 6. Niedersächsische Suchtkonferenz: 7.000 |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|--|--|-------------------|---|
| | | | 7. Weiterführung des ehemaligen Heroin-Modellprojektes in Hannover: 186.000 Durchschnittliche Förderhöhe: 85.000 |
| Mecklenburg-Vorpommern/ Ministerium für Soziales und Gesundheit | 1002 Öffentliches Gesundheitswesen/ MG 05 Bekämpfung von Drogen, Sucht und AIDS (Mittel für AIDS getrennt dargestellt > nicht in der Summe enthalten) | 2.050.000 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Fortbildung von Fachpersonal sowie Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit Drogen und Sucht (z.B. Präventionskampagnen, Erarbeitung und Herausgabe von Informationsmaterial): 5.000 - Ausgaben aufgrund von Werkverträgen oder anderer Auftragsformen (veranschlagt für die Durchführung von Studien zur Wirksamkeit von Suchtprävention und Trends in der Suchtentwicklung): 25.000 - Zuweisungen an kommunale Träger zur Suchtprävention und Bekämpfung von Suchtmittelmissbrauch (veranschlagt für die Suchtberatungsstellenfinanzierung): 1.660.000 - Zuschuss an die Landeskoordinierungsstelle: 270.000 (Personalausgaben: 220.000; Sachausgaben: 50.000) - Zuschüsse an freie Träger zur Suchtprävention und Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs: 90.000 (Projektförderung zur Suchtbekämpfung: 40.000; Landesstelle gegen Suchtgefahren: 50.000) |
| Hessen | Förderprodukt Nr. 26: Maßnahmen der Suchthilfe | 1.264.000 | Die Haushaltsmittel sind für die Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Präventionsarbeit, Beratungen, Selbsthilfegruppen, Arbeitsprojekte, Datenauswertungen, Veröffentlichungen, Modellprogramme, Studien sowie Investitionen bestimmt. Die Mittel dienen zum einen als Anschubfinanzierung und zum anderen bezuschussen sie die laufende Arbeit verschiedener Projekte. Empfänger: Freie Träger von Suchthilfeeinrichtungen, Gemeinden und Gemeindeverbände und wissenschaftliche Institutionen. (ca. 22 Maßnahmen) |
| Hamburg/ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz | Kapitel 4930 Gesundheit/ Z62 Drogen und Sucht | 27.716.000 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - sonstige sächliche Ausgaben: 108.000 - Eingliederungshilfe für Behinderte – Hilfe für Suchtkranke und – gefährdete: 9.270.000 |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|------------------|---|----------------|---|
| | | | <p>(veranschlagt sind die Aufwendungen für gesetzliche Leistungen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke. Diese umfassen Maßnahmen der sozialen Rehabilitation in Übernachtungsstätten und Krisenwohnungen, den Aufenthalt in Vorsorge- und Übergangseinrichtungen sowie in Nachsorgeeinrichtungen für die Fälle, in denen die Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe bestritten werden müssen, da kein vorrangiger Leistungsträger für diese Hilfen aufkommt. In den Übernachtungsstätten und Krisenwohnungen sollen die Suchtkranken zur Ruhe kommen und eine Ausstiegsmotivation entwickeln. In die Vorsorge- und Übergangseinrichtungen werden die Abhängigen aufgenommen, die mit Hilfe weiterführender medizinischer und therapeutischer Angebote in Fachkliniken und Therapeutischen Wohngemeinschaften ihre Abhängigkeit bewältigen wollen, aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation zur Vorbereitung auf diese Maßnahmen aber einen (teil)stationären Rahmen benötigen. In den Nachsorgeeinrichtungen werden die Suchtkranken betreut, die nach Durchlaufen einer medizinischen Rehabilitation weiterer Unterstützung bei der Eingliederung in das soziale Umfeld bedürfen.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuschüsse an Vereine und dgl. (im Haushaltsplan detailliert nach Einrichtungen/Projekten aufgeschlüsselt): 17.009.000 - Nationale Erprobung der ärztlichen Heroinvergabe: 1.329.000 |
| Bremen | Produktplan 41 Jugend und Soziales/ Produktbereich 41.07 Hilfen für Sucht-, Drogen- und psych. Kranke/ Produktgruppe 41.07.01 Leistungen für Sucht- und Drogenkranke | 736.000 | Das Angebot für Sucht- und Drogenkranke erfolgt durch das Kontakt- und Beratungszentrum für Drogenkranke – Grundversorgungszentrum mit niedrigschwelligen Angeboten: Essensausgabe, Spritzentausch, Kleiderkammer und med. Grundversorgung inkl. Substitutionsprogramme (EMP) durch den Träger (comeback gGmbH) und die Drogenberatungszentren Mitte und Nord (Träger: Ambulante Drogenhilfe gGmbH). Das vorgenannte Leistungspaket wird in der Produktgruppe 51.01.04 kontrolliert. In dieser Produktgruppe wird nur das an die Träger überlassene Personal des Amtes für Soziale Dienste erfasst. |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|---|---|------------------|---|
| | Produktplan 51 Gesundheit/ Produktbereich: 51.01 Gesundheitsförderung, -schutz und -hilfe/ Produktgruppe 51.01.04 Ambulante Drogen- und Suchthilfe | 1.242.000 | Das Angebot für Sucht- und Drogenkranke erfolgt durch das Kontakt- und Beratungszentrum für Drogenkranke – Grundversorgungszentrum mit niedrigschwelligen Angeboten durch den Träger comeback gGmbH und die Drogenberatungsstellen Mitte und Nord durch den Träger Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH. Über Zuwendungen werden darüber hinaus noch weitere Projekte der Suchtkranken- und Drogenhilfe finanziert, überwiegend im Bereich Selbsthilfe. |
| Brandenburg/ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie | 07 040 Gesundheit/ TGr. 86 Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe | 2.075.300 | Inkl. Psychiatrie! <ul style="list-style-type: none"> - Sachverständige, Gerichts- und ähnliche Kosten (Tagungskosten des Psychiatriebeirates, Tagungskosten der koordinierenden Vertreter der psychiatrischen Versorgung in den Landkreisen und kreisfreien Städten sowie der Leistungsträger der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung, Kosten für die Besuchskommissionen gemäß Verwaltungsvorschrift, Kosten für Expertisen und Workshops zur Umsetzung des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes, Kosten für Expertisen und Workshops zur Umsetzung des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes, Tagungskosten für die Landessuchtkonferenz): 23.000 - Zuweisungen an Landkreise und kreisfreie Städte (Mittel zur Förderung von Personal- und Sachkosten der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke und der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (Projektförderung)): 1.566.600 - Zuschüsse an soziale und ähnliche Einrichtungen (Zuschüsse zu den Personal- und Sachkosten im Bereich der überregionalen Suchtkrankenhilfe (Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren) und Suchtprävention sowie Kosten für Projekte zur Weiterentwicklung der psychiatrischen/psychosozialen Versorgungsstrukturen (Projektförderung)): 485.700 |
| Berlin/ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz | Gesundheit/ 54010 Dienstleistungen → Drogenkontrolluntersuchungen und andere Dienstleistungen im Bereich der Drogen- und Suchthilfe | 138.990 | |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|------------------|---|-------------------|--|
| | Gesundheit/ 54053 Veranstaltungen → Maßnahmen gegen Drogen- und Alkoholmissbrauch | 10.600 | |
| | Gesundheit/ 63107 Ersatz von Ausgaben an den Bund | 16.300 | <ul style="list-style-type: none"> - Anteil des Landes Berlin an der Führung des Substitutionsregisters beim BfArM: 14.800 - Anteil des Landes Berlin am bundesweiten Expertennetzwerk Prevnet: 1.500 |
| | Gesundheit/ 68406 Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen → Integrierter Gesundheitsvertrag | 10.897.390 | Beinhaltet die Handlungsfelder chronische Erkrankungen, HIV (inkl. AIDS, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatiden) und Drogen und Sucht (inkl. Ambulante Grundversorgung, komplementäre Versorgung, Integration, Selbsthilfe und Drogenkonsumräume) |
| | MG 02 Landesdrogenbeauftragte/ Drogen- und Suchthilfe | 3.113.200 | Davon: <ul style="list-style-type: none"> - Gutachten (u.a. für die Evaluation der Fachstelle für Suchtprävention und für die internationale ESPAD-Studie): 25.600 - Leistungen an die Fachstelle für Suchtprävention (zur Entwicklung und Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen im Land Berlin auf Grundlage eines Dienstleistungsvertrages): 497.000 - Sonstige Verwaltungsausgaben aus ESF-Mitteln (Mittel zur Vergabe für Technische Hilfe bei der Durchführung von ESF-Projekten der Beschäftigung, Qualifizierung und Beratung von Menschen mit Suchtproblemen): 44.100 - Ehrungen, Preise (für Wettbewerbe zu den Themen Sucht, Drogen und Tabak): 500 - Sonstige Zuschüsse für die freie Jugendhilfe (für Projekte zur Bekämpfung des Drogen- und Alkoholmissbrauchs. In den Projekten des Karuna e.V. und im Ecstasyprojekt des Trägers Way & Sun werden Maßnahmen der Sekundärprävention umgesetzt. Beide Projekte ergänzen die Arbeit der Fachstelle für Suchtprävention): 407.000 (Karuna e.V.: 331.700; Way & Sun: 75.300) - Zuschüsse an Drogenberatungsstellen (Zuschüsse für das Bundesmodell Cannabis (Kooperationsmodell) und das Innovationspro- |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|---|--|------------------|--|
| | | | <p>jekt „Nachhalt“. Die bisher bei diesem Titel veranschlagten Zuschüsse für Drogenkonsumräume (400.000) sind in dem Volumen des integrierten Gesundheitsvertrags aufgegangen): 137.000</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen aus Zuwendungen (Ausgaben für Maßnahmen zur Glücksspielprävention und zu Hilfen für Glücksspielsüchtige): 250.000 - Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen aus ESF-Mitteln (für Maßnahmen und Projekte der beruflichen Bildung, Qualifizierung und Beratung von Menschen mit Suchtproblemen): 1.380.000 - Zuschüsse an Einrichtungen der freien Jugendhilfe für Standardanpassungen (Investitionen): 372.000 (für Umbau der Therapieeinrichtung im Ruhwaldpark: 92.000; für Einrichtung und Ausstattung eines Behandlungszentrums für die Durchführung von Diamorphinbehandlungen: 280.000) |
| Bayern/ Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit | 12 08 Besondere Fachaufgaben – Gesundheit und Veterinärwesen/ Titelgr. 92 Förderung von Suchtbekämpfung und Drogentherapie | 7.553.900 | <p>Davon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungsmaßnahmen: 221.800 2. Veranstaltungskosten, Kosten für Untersuchungen: 683.800 3. Maßnahmen zur Bekämpfung der Glücksspielsucht: 2.000.000 4. Kosten des Substitutionsregisters: 58.300 5. Sonstige Zuweisungen an Gemeinden und Gemeindeverbände: 147.100 6. Zuschüsse für laufende Zwecke an soziale und ähnliche Einrichtungen: 4.318.900 7. Zuschüsse für Investitionen an Gemeinden und Gemeindeverbände (Zuschüsse zur Errichtung von Rehabilitations- und Resozialisierungseinrichtungen für besonders Gefährdete und Abhängige): 124.000 <p>Andere Darstellung der Mittel aus 1., 2., 4., 5. und 6. (zusammen: 5.429.900):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärungsmaßnahmen, Prävention, Publikationen, Dokumentation: 859.900 |

| Land/Ministerium | Haushaltstitel | Summe (€) | Bemerkungen |
|--|--|------------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Zuschüsse für Projekte und Präventionsfachkräfte: 1.320.000 - Niedrigschwellige Angebote und Betreuung für Abhängige: 400.000 - Förderung von Selbsthilfegruppen: 50.000 - Betreuung suchtkranker und suchtgefährdeter Gefangener in den bayer. Justizvollzugsanstalten durch externe Fachkräfte: 2.800.000 |
| Baden Württemberg/ Ministerium für Arbeit und Soziales ¹⁵⁸ | 0922 Gesundheitspflege/ Titelgr. 75 Förderung von Maßnahmen der Suchthilfe und Suchtprävention | 9.313.900 | <ul style="list-style-type: none"> - sonstige sächliche Ausgaben (insbes. für Veranstaltungen, epidemiologische Untersuchungen etc.): 30.000 - Zuweisungen an Gemeinden und Gemeindeverbände (Stadt- und Landkreise für die Beauftragten für Suchtprophylaxe: 511.300; Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen und Kontaktläden: 613.500; Schwerpunktpraxen und sonstige Maßnahmen: 332.400): 1.457.200 - Zuschüsse an Vereinigungen, die auf dem Gebiet der Suchtkrankenhilfe tätig sind (1. Die in der Landesstelle für Suchtfragen zusammengeschlossenen Verbände der Suchtkrankenhilfe in Baden-Württemberg, die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg und den Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation: 400.600; 2. Selbsthilfegruppen: 253.100; 3. Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen und Kontaktläden: 5.896.000; 4. Träger von Einrichtungen für stationäre Hilfe auf dem Gebiet der Suchthilfe: 0; 5. Sonstige Maßnahmen (Mittel für weitere Maßnahmen zur Suchthilfe, Suchthilfekoordinierung und Suchtprävention sowie zur modellhaften Erprobung und anteiligen Finanzierung von Projekten): 77.000; 6. Maßnahmen nach §1 Abs. 2 des Ausführungsgesetzes zum Glücksspielvertrag: 1.200.000): 7.826.700 |

Quellen: Haushaltspläne der Länder, verfügbar auf den jeweiligen Websites der Landesfinanzministerien.

¹⁵⁸ Zusätzlich zu den hier identifizierten Ausgaben gibt es noch einen Titel im Haushalt des Justizministeriums Baden-Württemberg, der die externe Drogenberatung in Haft beinhaltet. Der entsprechende Ansatz belief sich im Haushaltsjahr 2002 auf 703.502 € (BMG, persönliche Mitteilung)

Zusätzliche Angaben aus einzelnen Ländern

Im Rahmen der jährlichen Berichterstellung werden auch die Drogenbeauftragten der Länder angeschrieben und gebeten, über neue Informationen, Daten und Projekte im Bereich illegale Drogen auf Landesebene zu berichten. In diesem Jahr wurde dabei auch nach vorhandenen Informationen zu den Kosten drogenbezogener Behandlung gefragt. Im Folgenden werden die Antworten einzelner Bundesländer auf diese Anfrage dargestellt. Diese ergänzen die Angaben aus den Haushaltsplänen um einige Details, z.B. Jahreskosten einer Vollzeitstelle in einer Suchtberatungsstelle (Baden-Württemberg) oder Prinzip der Ko-Finanzierung der Beratungsstellen durch Land und Kommunen (Baden-Württemberg und Saarland). Insgesamt zeigt sich, dass eine große Heterogenität zwischen den Ländern besteht und es viele „versteckte“ Ausgaben oder Informationen zu Ausgaben gibt, die in öffentlich zugänglichen Dokumenten nicht oder nur schwer zu finden sind. Die Aufstellung hier kann deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Zudem sind die angegebenen Beträge nicht miteinander vergleichbar, da nur in wenigen Fällen (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern) ausschließlich die Kosten für illegale Drogen benannt wurden. In den Angaben der anderen Bundesländer sind die Kosten für legale Drogen inbegriffen.

Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gibt es ca. 400 Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen (PSB). Die Landesförderung für die 450 Fachkräfte in den PSB beträgt bis zu 16.900 € jährlich je Vollstelle. Zuwendungsempfänger sind die Stadt- und Landkreise, die sich mit Mitteln mindestens in Höhe des Landeszuschusses an der Finanzierung der Personalausgaben beteiligen müssen. Daneben fördert das Land Baden-Württemberg die Stellen der Kommunalen Suchtbeauftragten/Beauftragten für Suchtprophylaxe (KSB/BfS) mit 17.900 € jährlich je Vollstelle. In allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg sind KSB/BfS eingerichtet. Im Staatshaushaltsplan sind insgesamt ca. 9,5 Mio. € für die Landesförderung (formal freiwillig) in der Suchthilfe und Suchtprävention veranschlagt.

Bayern

Für die Finanzierung von Suchthilfe bzw. drogenbezogener Behandlung sind in Bayern überwiegend die Bezirke zuständig. Die bayerischen Bezirke haben im Jahr 2009 für die Förderung der Psychosozialen Suchtberatungsstellen insgesamt ca. 28 Mio. € aufgewendet. Daten über die dem Land oder den Kommunen im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung insgesamt entstehenden Kosten liegen aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche nicht vor.

Berlin

Grundlage für die Finanzierung von Projekten im Bereich illegaler Drogen in Berlin bildet der Integrierte Gesundheitsvertrag (IGV). Im Rahmen des Integrierten Gesundheitsvertrages stehen für Projekte im Haushaltsjahr 2010 insgesamt 6.316.072 € an Landesmitteln zur Verfügung. Davon:

- 3.986.799 € für die ambulante Grundversorgung (14 Drogenberatungsstellen, 2 Niedrigschwellige Kontaktangebote und 3 Drogenkonsumräume)
- 828.752 € für die komplementäre Versorgung
- 1.136.404 € für die berufliche Integration
- 364.117 € für die Selbsthilfe

Darüber hinaus wird die psychosoziale Betreuung Substituierter als Maßnahme der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII von den Bezirken (kommunale Ebene) finanziert. Der Umfang der Kosten auf dieser Ebene ist nicht bekannt.

Mecklenburg-Vorpommern

Das Land Mecklenburg-Vorpommern fördert im Rahmen von freiwilligen Leistungen jährlich 25 Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenkranke sowie –gefährdete (BBSD) mit 81 Fachkräften für ca. 1,7 Mio. Einwohner mit Fördermitteln in Höhe von 1,7 Mio €. Die tatsächlichen Aufwendungen mit alleinigem Bezug zu illegalen Drogen können nur als Schätzung des Anteils einfließen. Auf Grundlage der Behandlungsdokumentation kann man davon ausgehen, dass der Anteil für illegale Drogen im Jahr 2009 ca. 250.000 € betrug.

Niedersachsen

Die (Mit-) Finanzierung der Suchtbekämpfung durch das Land Niedersachsen ist auf Nachhaltigkeit angelegt. Es definiert sich über die institutionelle Förderung der durchweg von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege getragenen, weitgehend suchtmittelübergreifend strukturierten Suchtberatungsstellen (Fachstellen für Sucht und Suchtprävention). Landesweit sind dies derzeit 76 zuzüglich etwaiger Nebenstellen.

Diese Fachstellen erhalten 2010 im Rahmen einer Sockelförderung eine Landeszuwendung von gut 4.089.000 Euro. In Anerkennung dringlicher Schwerpunktsetzungen im Bereich der Prävention und der Arbeit mit Drogenabhängigen (Psychosoziale Begleitung Substituierter) fördert das Land die Einrichtungen mit nochmals 460.000 Euro (Prävention) bzw. 2.045.000 Euro (Psychosoziale Begleitung).

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen erhält eine Zuwendung in Höhe von 362.000 Euro.

Für die im damaligen Heroinmodellprojekt eingeschriebenen Schwerstabhängigen in der Landeshauptstadt Hannover wendet das Land 2010 für die Weiterversorgung mit Diamorphin Mittel in Höhe von 172.000 Euro auf.

Saarland

Die Finanzierung der Fachstellen für Prävention, Beratung, Vermittlung und ambulante Behandlung bei Suchtmittelkonsum erfolgt aus Landes- und Kommunalmitteln. Das Fördervolumen des Landes beträgt rund 1,4 Mio. Euro. Der kommunale Anteil ist für die verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich. Für die Suchtfachstellen erfolgt eine Ko-Finanzierung

seitens der Landkreise in Höhe von rund 600.000 Euro. Hinzu kommt der kommunale Anteil für die Psychosozialen Beratungsstellen.

Angaben aus der Deutschen Suchthilfestatistik

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Informationen zur Finanzierung der teilnehmenden Einrichtungen erhoben. Da diese Angaben jedoch freiwillig sind, liegen nur von einem Teil der Einrichtungen tatsächlich Daten vor, wodurch die Repräsentativität erheblich eingeschränkt wird. Da es sich zudem um aggregierte Daten handelt, können kaum Aussagen über tatsächliche Finanzierungsanteile getroffen werden.

2009 gaben von den 157 teilnehmenden stationären Einrichtungen (vorwiegend Rehabilitationskliniken) 37 einen Vergütungssatz pro Betreuungstag an. Dieser beträgt durchschnittlich 247 €. Bei Angaben zu den Leistungsträgern liegen nur von 13 Einrichtungen Daten vor. Am häufigsten wird die Rentenversicherung als Kostenträger genannt, gefolgt von der Krankenversicherung. Durchschnittlich stehen einer stationären Einrichtung nach diesen Daten Gesamtmittel von 1.349.391 € zur Verfügung (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010d).

Bei den ambulanten Einrichtungen fällt die Antwortrate etwas höher aus: von 779 teilnehmenden Einrichtungen liegen von 291 (37%) Daten zur Finanzierung vor. Das durchschnittliche Jahresbudget pro Einrichtung im Jahr 2009 betrug demnach 326.997 €. Ein großer Anteil gibt eine Finanzierung durch kommunale Mittel (n=272; 93,5% der Einrichtungen) und durch Landesmittel (n=238; 81,8% der Einrichtungen) an. Rentenversicherungen, Eigenmittel nicht-öffentlicher Träger und „sonstige Mittel“ werden von etwa 50% der Einrichtungen als Finanzierungsquellen genannt. Darüber hinaus werden noch Mittel der Krankenkassen, Erstattung durch Klienten, Personalmittel der Arbeitsverwaltung sowie vereinzelt Bundesmittel angeführt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e).

12.2 Kostenstudien

Da bis vor Kurzem eine umfassende Übersicht über die von der öffentlichen Hand für den Gesamtbereich „illegale Drogen“ aufgewendeten Ausgaben fehlte, wurde 2008 vom IFT München und gefördert durch das BMG ein Projekt durchgeführt, das erstmals in Deutschland eine Schätzung der direkten Ausgaben in Bezug auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen für das Jahr 2006 vornahm (Mostardt et al. 2009). Im Folgenden werden aus diesem Projekt die ermittelten Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen dargestellt, sofern sie sich auf die Behandlung von Drogenkonsumenten beziehen¹⁵⁹. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12.3 dargestellt.

¹⁵⁹ Die Erhebung erfolgte über eine schriftliche Befragung. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde mittels eines standardisierten Fragebogens die Höhe der Ausgaben für medizinische Rehabilitationen (ambulant und stationär) aller 16 deutschen Rentenversicherungsträger abgefragt. Die 40 größten gesetzlichen Krankenkassen wurden ebenfalls mittels standardisierter Fragebögen nach ihren Ausgaben für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen, Kontakte zu Substitutionsärzten, Kontakte zu anderen Ärzten, Notarzteinsätze, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, Aufenthalte in der Psychiatrie sowie Soziotherapie im Zusammenhang mit illegalen Drogen gefragt. Die Angaben der teilnehmenden Krankenkassen wurden schließlich anhand der Versichertenzahlen für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung hochgerechnet.

Tabelle 12.3 Ausgaben der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung in Deutschland 2006

| Ausgabenträger | Ausgabenart | Höhe der ermittelten Ausgaben |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| Rentenversicherung | Medizinische Rehabilitation ambulant (11.678 Fälle) | 112.275.400 € |
| | Medizinische Rehabilitation stationär (350 Fälle) | 366.670 € |
| Summe Rentenversicherung | | 112.642.070 € |
| Krankenversicherung | Krankenhausaufenthalte (ohne Psychiatrie) | 6.406.000 € |
| | Psychiatrie | 232.760.000 € |
| | Medikation (Methadon, Buprenorphin...) | 55.173.000 € |
| | Ambulante Arztkontakte | 167.002.000 € |
| | Kontakte zu Substitutionsärzten | 742.000.000 € |
| | Medizinische Rehabilitation (stationär) | 27.740.000 € |
| | Notarzteinsätze | 4.751.000 € |
| | Krankengeld | 25.701.000 € |
| | Soziotherapie | 580.000 € |
| | Heilmittel | 33.543.000 € |
| | Hilfsmittel | 106.000.000 € |
| Summe Krankenversicherung | | 1.401.656.000 € |

Mostardt et al. 2009.

Es ist zu beachten, dass diese Ergebnisse auf Schätzungen beruhen, denen verschiedene Annahmen zugrundeliegen. Insgesamt kann man eher von einer Unterschätzung der tatsächlichen Ausgaben ausgehen, da die meisten Werte auf konservativen Berechnungen beruhen.

12.3 Kosten-Effektivitäts-Studien

Kosten-Effektivitäts-Studien liegen in Deutschland im Bereich illegaler Drogen kaum vor. Die einzige umfassende ökonomische Evaluation, die uns derzeit bekannt ist, fand im Rahmen des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger¹⁶⁰ als gesundheitsökonomische Begleitforschung statt (v. d. Schulenburg, M. & Claes 2006). Sie widmete sich den Kosten und Effekten der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur Methadonbehandlung im Rahmen des Projekts und erstreckte sich auf die ersten zwölf Studienmonate.

¹⁶⁰ Beim bundesdeutschen Modellprojekt zur Heroinvergabe handelt es sich um eine wissenschaftliche Arzneimittelprüfstudie, die von 2002 bis 2004 in sieben Städten und mit insgesamt 1.015 Studienteilnehmern stattfand und in deren Rahmen Schwerstabhängige injizierbares Heroin als Medikament erhielten. Eine Kontrollgruppe erhielt parallel die Ersatzdroge Methadon.

Resultate der gesundheitsökonomischen Begleitforschung

Im Rahmen der klinischen Studie sind beide Studienbehandlungen aus Sicht der Kostenträger als auch aus gesellschaftlicher Perspektive kosteneffektiv, da beide Therapieformen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Studienteilnehmer steigerten. Die in der gesundheitsökonomischen Bewertung durchgeführte Sensitivitäts- und Szenarienanalyse gibt berechnete Anhaltspunkte, dass nach Einführung der Studienbehandlung in eine Regelversorgung sowohl die heroingestützte Behandlung als auch die Methadonsubstitution aus gesellschaftlicher Sicht mittelfristig eine Kostenersparnis erbringen.

Kosten der heroingestützten Behandlung

Es konnten die Daten von 1.015 Studienteilnehmern ausgewertet werden. Die Kosten der Studienbehandlung wurden über die Methodik der Kostenträgerrechnung ermittelt, d.h. es wurden sowohl Investitionen (z.B. Erstausrüstung und ggf. Neubau der Heroinambulanzen) als auch laufende Betriebskosten einbezogen. Die laufenden Betriebskosten teilen sich auf in Personalkosten, Medikation, medizinisches Verbrauchsmaterial, Laborkosten, Raumkosten, allgemeine Verwaltungskosten sowie die Abschreibungen für die Abnutzung von Investitionsgütern. Werden die Behandlungskosten auf alle aufgenommenen Studienteilnehmer verteilt, so kostete die heroingestützte Behandlung in den ersten zwölf Studienmonaten pro Studienteilnehmer 14.331 €, die Methadonbehandlung 3.314 €.

Aufgrund der unterschiedlichen Haltequoten in den beiden Behandlungsgruppen, d.h. einer höheren Haltequote in der Heroingruppe, wurde auch berechnet, wie viel die Behandlung jener Teilnehmer kostet, die sich durchgängig zwölf Monate in der Studienbehandlung befanden. Diese durchschnittlichen jährlichen Kosten beliefen sich auf 18.060 € je Teilnehmer in der heroingestützten Behandlung und 6.147 € in der Methadonbehandlung (siehe Tabelle 12.4).

Erwartungsgemäß fällt der Hauptteil der Aufwendungen im Bereich Personalkosten an, die in der Heroingruppe 59% der Kosten ausmachen, in der Methadonbehandlung 63%. Die Laborkosten sind mit 11% Anteil in der Heroingruppe und mit 26% Anteil in der Methadongruppe ein weiteres Schwergewicht, wenngleich diese zu einem guten Teil studienprotokollbedingt sind. Die Medikamentenkosten des Substitutionsmittels in der Methadongruppe dürften dagegen mit 160 € eher unterschätzt sein. Die Autoren geben an, dass Gölz (2006; unveröffentlichtes Manuskript) die Jahreskosten für Methadon in Deutschland in einer Bandbreite zwischen 648 € und 1.716 € je nach Präparat und Tagesmenge schätzt, so dass sich die durchschnittlichen jährlichen Medikamentenkosten auf ca. 867 € belaufen würden. Unter der Berücksichtigung, dass ca. 15% der in Deutschland substituierten Patienten Buprenorphin erhalten, ergeben sich durchschnittliche Medikamentenkosten in Höhe von 1.033 € im Jahr. Die höheren Aufwendungen der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution sind vor allem bedingt durch die längeren Öffnungszeiten, höheren Sicherheitsmaßnahmen sowie Injektion unter ärztlicher Aufsicht. Eine Modellrechnung für eine „ideale Heroinambulanz“ gibt Hinweise, dass in der Regelversorgung gegenüber der Studienbehandlung mit Kosten zu rechnen ist, die rund 2.000 € je Patient und Jahr niedriger liegen.

Tabelle 12.4 Durchschnittliche jährliche Kosten der Studienbehandlung pro Teilnehmer im Rahmen des Modellprojekts zur Heroingabe (Jahre 2002-2004)

| | Heroinverschreibung | | Methadonbehandlung | |
|----------------------------------|---------------------|--------|--------------------|--------|
| | (n=346) | Anteil | (n=200) | Anteil |
| Ärztliches Personal | 4.040 € | 22% | 1.372 € | 22% |
| Psychosoziale Betreuung | 1.951 € | 11% | 1.888 € | 31% |
| Fachmedizinisches Personal | 4.694 € | 26% | 589 € | 10% |
| Prüfsubstanzen | 2.253 € | 12% | 160 € | 3% |
| Medizinisches Verbrauchsmaterial | 524 € | 3% | 14 € | 0% |
| Laborkosten | 2.006 € | 11% | 1.627 € | 26% |
| Raumkosten | 621 € | 3% | 128 € | 2% |
| Allgemeine Verwaltung | 1.320 € | 7% | 290 € | 5% |
| Absetzung für Abnutzung | 651 € | 4% | 78 € | 1% |
| Summe | 18.060 € | | 6.147 € | |

.v. d. Schulenburg, M. & Claes 2006.

Kostensparnisse bei den übrigen Krankheitskosten

Es wurde geprüft, ob durch die Studienbehandlung Kosten in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung eingespart werden können. Für beide Behandlungsgruppen gilt, dass die Begleitmedikation sich nicht signifikant gegenüber dem Vorjahr der Behandlung unterscheidet. Allerdings verändert sich die Inanspruchnahme von Drogentherapien sowie ambulante und stationäre Behandlung (Akut- und psychiatrische Versorgung). Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum konnte durch die heroingestützte Behandlung eine Kostensparnis von -3.777 €, durch die Methadontherapie eine Verminderung um -1.134 € erreicht werden.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ist sowohl die heroingestützte Behandlung als auch die Methadonsubstitution mit hohen Kosten verbunden und beide Therapien wirken nicht kostensparend. Daran ändert auch die Finanzierung der psychosozialen Betreuung nichts, die derzeit aus kommunalen bzw. Landesmitteln bestritten wird. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist nur dann mit einer kostensparenden Wirkung zu rechnen, wenn alle Kosten und Nutzen mit einbezogen werden, d.h. auch eine Bewertung aus gesellschaftlicher Sicht stattfindet.

Kostensparnisse im Bereich Delinquenz, Anklagen vor Gericht und volkswirtschaftlicher Produktivitätsgewinn

Der Vergleich des ersten Studienjahres mit dem Vorjahreszeitraum legt offen, dass die Kostensparnisse aus gesellschaftlicher Sicht in der heroingestützten Behandlung höher ausfallen als in der Methadonbehandlung. Während im ersten Behandlungsjahr die Schäden aufgrund von Delinquenz innerhalb der heroingestützten Behandlung um -3.251 € zurückgingen, erhöhten sich im Rahmen der Methadonbehandlung die delinquenzbedingten Schäden

um 752 €. Ebenso nehmen die Kosten aufgrund von Inhaftierung in der heroingestützten Behandlung stärker ab als in der Methadonbehandlung (Heroin: -1.209 €; Methadon: -826 €).

Der Vergleich der Kosten resultierend aus Anklagen vor Gericht ergab einen Zuwachs in beiden Behandlungsgruppen (Heroin: 2.342 €; Methadon: 3.519 €). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass durch ein stetigeres Leben (z.B. festen Wohnsitz) polizeiliche Ermittlungen erfolgreicher verliefen. Zudem konnten gerichtliche Anklagen über Delikte, die vor Beginn der Behandlung begangen wurden, nachgeholt werden.

Im Rahmen der Studie ist im ersten Studienjahr ein geringer Zuwachs an Erwerbstätigkeit zu beobachten. Der volkswirtschaftliche Produktivitätsgewinn beläuft sich in der heroingestützten Behandlung auf 163 €, in der Methadonbehandlung auf 187 € pro Studienteilnehmer und Jahr (ca. 2 Arbeitstage im Durchschnitt pro Jahr).

In der Summe, Krankheitskosten, Kosten bezüglich Delinquenz, Inhaftierung und Gerichtskosten zusammengenommen, konnten die Studienteilnehmer der Heroingruppe Kostensparnisse in Höhe von -5.966 €/Jahr generieren, während die Methadongruppe zusätzliche Kosten in Höhe von 2.069 €/Jahr verursachte.

Kosten-Nutzwert-Analyse

Im Rahmen der Kosten-Nutzwert-Analyse wird die durch die Therapien gewonnene Lebensqualität (gemessen mit einem krankheitsunspezifischen, präferenzbasierten Indexinstrument, dem EQ-5D) mit den aufgewendeten Kosten ins Verhältnis gesetzt. Die Kosten-Nutzwert-Verhältnisse zeigen, dass in der heroingestützten Behandlung weniger Aufwendungen notwendig sind, um eine Steigerung um ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr (Quality-adjusted Life Year, QALY) zu erreichen als in der Methadonsubstitution (Heroin: 154.907 € je QALY; Methadon: 170.835 € je QALY). Wird nur das Kosten-Nutzwert-Verhältnis derjenigen Studienteilnehmer betrachtet, die die jeweilige Behandlung durchgängig zwölf Monate durchführten, so ist die Methadonbehandlung der heroingestützten Behandlung deutlich überlegen. Betrachtet man jedoch die Studienteilnehmer, die die jeweilige Studienbehandlung vorzeitig abbrachen, so ist das Kosten-Nutzwert-Verhältnis für die Methadonabbrecher deutlich ungünstiger. Der Erfolg der Methadonbehandlung wird offensichtlich durch einen Behandlungsabbruch komplett eliminiert. Dies zeigt, wie auch die klinischen Ergebnisse der Hauptstudie, dass eine heroingestützte Behandlung dann sinnvoll und kosteneffektiv ist, wenn Patienten behandelt werden, die nicht von der Methadontherapie profitieren.

Weitere Daten zu Behandlungskosten

Neben den spezifischen Ergebnissen zur Kosteneffektivität der zwei Behandlungsbedingungen liefert die ökonomische Evaluation allgemeinere Informationen über Behandlungskosten.

In der folgenden Tabelle 12.5 sind die Kosten für Drogentherapien, ambulante und stationäre (psychiatrische) Behandlungen je Woche dargestellt. Diese sind prinzipiell über das Projekt hinaus auf das Suchthilfesystem insgesamt übertragbar. Die meisten Angaben beruhen dabei auf Schätzungen oder Berechnungen anhand von Sekundärdaten (z.B. Deutsche Suchthilfestatistik, Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser). Anteile für Personal- oder Sachkosten können nicht beziffert werden.

Tabelle 12.5 Kosten unterschiedlicher Therapien je Woche

| | Therapiekosten je Woche |
|--|--------------------------------|
| Ambulante Entgiftung | 32 € |
| Stationäre Entgiftung | 2.469 € |
| Ambulante Substitution (ohne Kosten für das Substitut) | 32 € |
| Psychosoziale Betreuung (begleitend) | 37 € |
| Ambulante drogenfreie Therapie | 52 € |
| Stationäre drogenfreie Therapie | 3.047 € |
| Therapeutische Wohngemeinschaft (begleitend) | 700 € |
| Tagesklinik | 700 € |
| Psychiatrische Klinik | 1.048 € |
| Ambulante psychiatrische Behandlung (begleitend) | 50 € |
| Sonstige Klinik/Station | 3.047 € |
| Sonstige Behandlung | 700 € |

v. d. Schulenburg, M. & Claes 2006.

Die Jahrestherapiekosten pro Studienteilnehmer in den 12 Monaten vor Projektbeginn betragen durchschnittlich 8.913 €.

TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

13 Bibliographie

13.1 Literatur zum Bericht

AIDS Hilfe NRW e.V. (2010). Spritzenautomatenprojekt NRW. Umfrage zur Abfrage von Einmalspritzen in den Jahren 2003 bis 2008 (Stand Januar 2010) [online]. Verfügbar unter: http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/abfrage_spritzen_2003_2008.pdf [letzter Zugriff: 26-08-2010].

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 [online]. Verfügbar unter: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/delbi05_08.pdf [letzter Zugriff: 15-07-2010].

Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Backmund, M. (2009). Zweimalige Re-Therapie einer chronischen Hepatitis C bei 52-jährigem opioidabhängigen Mann. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (3) 134-136.

Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.

Backmund, M., Schütz, C., Meyer, K., Edlin, B., & Reimer, J. (2009). The Risk of Emergency Room Treatment Due to Overdose in Injection Drug Users. Journal of Addictive Diseases 28 68-73.

Barquero, B., Scheithauer, H., Mayer, H., Heim, P., Meir-Brenner, S. & Erhardt, H. (2005). Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Ein Beitrag zur entwicklungsorientierten Sucht- und Gewaltprävention. Abschlussbericht zur Evaluation des Projekts PAPILIO, Augsburg.

Barth, V. (2010). Wirkung einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf komorbide Störungsbilder bei suchtmittelabhängigen Frauen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (2) 81-102.

Baumgärtner, T. (2010). Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.

Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2009). Prävention von Todesfällen. Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis. München.

Beckmann, U., Grünbeck, P., Naumann, B., & Klosterhuis, H. (2009a). Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Sucht-Rehabilitation. Sucht Aktuell 2009 (2) 29-34.

Beckmann, U., Kosterhuis, H., & Naumann, B. (2009b). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2009, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 208-218. Neuland, Geesthacht.

- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorder in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug and Alcohol Dependence 99 (1-3) 68-78.
- Bernard, H., Faber, M., Grunow, R., Bochat, V., & Görg, A. (2010). Drogenkonsum: Bacillus anthracis in Heroin? Deutsches Ärzteblatt 107 (17) A807.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2008). Analgetika. In: Arzneimittelverordnungs-Report 2008, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 231-247. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2006). Cannabisbezogene Störungen. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 143-170. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.
- Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN 72 (6) 318-329.
- Brüggemann, S. & Klosterhuis, H. (2005). Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell 2005 (10/11) 467-475.
- Brüggemann, S., Klosterhuis, H., & Köhler, J. (2004). Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sucht Aktuell 11 (2) 55-58.
- Buchholz, A., Rist, F., Küfner, H., & Kraus, L. (2010). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. Sucht 55 (4) 291-242.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet, Berlin.
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2010a). Rauschgift Jahreskurzlage 2009. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2010b). Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2009 – Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium der Finanzen (2010). Bundeshaushaltsplan 2009 [online]. Verfügbar unter: <http://www.bundesfinanzministerium.de/bundeshaushalt2009/html/index.html> [letzter Zugriff: 23-08-2010].
- Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatoren Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2010). Polizeiliche Kriminalstatistik 2009. Die Kriminalität der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 1 [online]. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleich->

[heit.de/?uid=4b94952134b19392b32dbb0550871b49&id=toolbox1.2](http://www.bzga.de/?uid=4b94952134b19392b32dbb0550871b49&id=toolbox1.2) [letzter Zugriff: 22-07-2009].

Bundesopiumstelle (BOPST) (2010). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2010, Bonn.

Bundesverfassungsgericht (2004). 1 BvR 2652/03 vom 21.12.2004, Absatz-Nr. (1 - 34) [online]. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html [letzter Zugriff: 08-08-2008].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.

Buth, S., Kalke, J., Rosenkranz, M., Hiller, P., & Raschke, P. (2010). Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der hessischen Bevölkerung. Hessisches Ärzteblatt 2010 (3) 132-140.

Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2010). Psychotherapie passgenau - Modelle und Behandlungsformen psychischer Störungen. Sucht Aktuell 2010 (1) 21-29.

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Transkulturelle Psychiatrie, Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.). Psychiatrie Verlag, Bonn.

DAK Forschung (2009). Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz, Hamburg.

Dau, W., Schmidt, A., Schmidt, A. F., & Banger, M. (2009). Sind gemeinsame Therapieangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumern sinnvoll? Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des "Bonner Modells - Junge Sucht". Sucht 55 (6) 339-346.

Degkwitz, P. (2009). Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung. In: Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung, R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), S. 47-55. Lambertus, Freiburg.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG), Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) (2008). HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVDA). KOnsensustext zur ABstimmung am 5. Juli 2008 auf dem 9. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München [online]. Verfügbar unter: <http://www.dgsuchtmedizin.de/ueber-uns/leitlinien/> [letzter Zugriff: 18-08-2010].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010). Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 23.06.2008. [online]. DHS, Hamm. Verfügbar unter: <http://www.dhs.de> [letzter Zugriff: 12-08-2009].

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS) (2001). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2010). Rehabilitation 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 174. D, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2008). Rehabilitation 2007. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 169. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2007). Rehabilitation 2006. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 164. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2005). Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen - für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund [online]. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/basis/leitlinien_reha_abhaengigkeitserkr10-2005.pdf [letzter Zugriff: 15-07-2010].

Deutsches Ärzteblatt (2010a). Diagnostik der Amphetamin-Überdosis über Atemluft möglich [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docId=113684>

Deutsches Ärzteblatt (2010b). Neue Richtlinie zur Behandlung Opiatabhängiger vorgelegt [online]. Verfügbar unter: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/40254/Neue_Richtlinie_zur_Behandlung_Opiatabhaengiger_vorgelegt.htm [letzter Zugriff: 02-07-2010].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. und ergänzte Aufl. Huber, Bern.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). EMCDDA Manuals. Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges. EMCDDA, Lissabon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009a). Polydrug use: Patterns and responses. Selected Issue, Luxemburg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009b). Preventing later substance use disorders in at risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic Papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.

Fixpunkt e.V. (2009a). Sachbericht 2008. Spritzenverkaufsautomat im Bezirk Spandau. Fixpunkt e.V., Berlin.

Fixpunkt e.V. (2009b). Sachbericht 2008. Spritzenverkaufsautomat im Bezirk Marzahn-Hellersdorf. Fixpunkt e.V., Berlin.

- Fixpunkt e.V. (2009c). Sachbericht 2008. Projekt Aufsuchende Drogenhilfe in Charlottenburg-Wilmersdorf. Fixpunkt e.V., Berlin.
- Fixpunkt e.V. (2009d). Sachbericht 2008. Projekt Drogenkonsummobil mobiles Drogenkonsumraum-Team. Fixpunkt e.V., Berlin.
- Fixpunkt e.V. (2009e). Sachbericht 2008. Projekt Druckausgleich. Kontaktstelle für DrogengebraucherInnen. Fixpunkt e.V., Berlin.
- Fixpunkt e.V. (2009f). Sachbericht 2008. Projekt Mobilix Aidsprävention und medizinische Basisversorgung für Opiat- und KokaingebraucherInnen.
- Fleischmann, H. (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin – kritischer Blick aus dem Versorgungsalltag. Sucht 52 (5) 344-345.
- Flenker, I. & Bredehöft, J. (2002). Werden Leitlinien zu Standards? - Standards, Richtlinien und Leitlinien im Wandel. Suchttherapie 3 (2) 85-91.
- Flöter, S. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Analyse der Länderkurzberichte 2008. DBDD, München.
- Forschner, L. (2009). Modellprojekte "Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung" - Erfahrungsberichte aus 4 Kliniken. Sucht Aktuell 2009 (2) 58-60.
- Förstl, H. (2009). Neuro-Enhancement. Gehirndoping. Der Nervenarzt 80 (7) 840-846.
- Gansefort, D., Brüning, S., Schulte, B., & Reimer, J. (2009). Befragung zur infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger in Einrichtungen der stationären und ambulanten Rehabilitation. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (4) 190.
- Gantner, A. & Spohr, B. (2010). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis. Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. Sucht 56 (1) 71-76.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Glaeske, G. (2010). Medikamente - Psychotrope and andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Jahrbuch SUCHT, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 69-95. Neuland, Geesthacht.
- Gölz, J. (2006). Direkte medizinische Kosten für 1 Jahr Heroinkonsum im Vergleich mit den Kosten für 1 Jahr Substitutionsbehandlung, (unveröffentlicht).
- Gölz, J. & Krausz, M. (2009). Therapie der chronischen HCV-Infektion bei psychotischen Drogenabhängigen aus klinischer Sicht. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (6) 271-276.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., & Hall, W. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction 90 607-614.
- Haasen, C., Eiroa-Orosa, F. J., Verthein, U., Soyka, M., Dilg, C., Schäfer, I., & Reimer, J. (2010). Effects of heroin-assisted treatment on alcohol consumption: findings of the German randomized controlled trial. Alcohol 43 259-264.
- Havemann-Reinicke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günther, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2004). Postakutbehandlung opioidbezogener Störungen. Sucht 50 (4) 226-257.

- Havemann-Reinicke, U., Kűfner, H., Schneider, U., Gűnthner, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2006). Opioidbezogene Störungen. Postakutbehandlung. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 193-239. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Heimann, H. M., Penka, S., & Heinz, A. (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. Suchttherapie 8 (2) 57-62.
- Helou, A., Lorenz, W., Ollenschläger, G., Reinauer, H., & Schwartz, F. W. (2000). Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Konsens zwischen Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis. ZaeFQ 94 330-339.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N., & Wagner, A. (2010). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Suchttherapie 11 (1) 42-50.
- Heß, M., Leisinger, R., & Stohler, R. (2009). Intravenöse Applikation von Methadon. Suchttherapie 10 (4) 176-177.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2010). Jahresbericht 2009, Frankfurt.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2009). Papilio in Hessen 2006-2008. Frankfurt.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C., & B hringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht 55 (Sonderheft 1) S15-S34.
- Hoch, E., Dittmer, K., Pixa, A. & R hlmann, A. (2010). Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen „CANDIS“ in das ambulante deutsche Suchthilfessystem (CANDIS II).
- Holzbach, R. (2008). Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Sucht 54 (6) 362.
- Hummel, C., Beck, A., Bentele, F., Beck, O. J., & Backmund, M. (2009). Fahrtauglichkeit opiatabhängiger Patienten unter Substitution mit Levomethadon und Methadonhydrochloridl sung 1%. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (4) 181.
- Hűsgen, H.-A. (2009).  ber die Entwicklung der Substitution bei Opiatabhängigkeit in der medizinischen Rehabilitation. Suchttherapie 10 (4) 180-185.
- Husmann, K. (2010), "Substitutionstherapie in der Haft.  rztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit", in Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft.
- Ilse, J., Hartwig, Ch., & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (2) 122-128.
- Jonas, B., Tossmann, P., Lang, P., Str ber, E., & Tensil, M. (2009). Konsummuster von Cannabis unter Nutzern eines internetbasierten Selbsttests zur Suchtprävention. Suchttherapie 10 (4) 169-175.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. Addiction 97 (6) 727-731.
- Kemmesies, U. E. (2002). MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Mit Beiträgen von Bernd Werse und Oliver M ller. Centre for Drug Research - Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B., & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (2/3) 233-244.
- Kipke, I. (2010), "Internet monitoring. The German situation", in EMCDDA EWS expert meeting 2010.
- Kipke, I. & Flöter, S. (2009). Cannabismärkte in Deutschland. Suchttherapie 10 (S1) S61.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Bewährtes übertragen - Modell der Cannabisbehandlung für die Praxis. Sucht 55 (6) 365-368.
- Kleiber, D. & Söllner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Koch, A. (2006). Zur Bedeutung von Leitlinien für die Qualitätsentwicklung in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Sucht 52 (5) 338-339.
- Kontaktladen L43 (2010). Sachbericht Kontaktladen L43 2009. Kontaktladen L43, München.
- Körkel, J. & Verthein, U. (2010). Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. Suchttherapie 11 (1) 31-34.
- Kraft, E. (2009). Medizinische Versorgung in der JVA Bremen. Suchttherapie 10 (3) 110-111.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1) S3-S86.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction 98 (4) 471-485.
- Kraus, L., Bauernfeind, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009, München (eingereicht).
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Pabst, A. (2007). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. Sucht 54 (Sonderheft 1) 16-25.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., & Stonner, T. (2008a). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Rheinland-Pfalz. In: IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008b). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen, IFT-Berichte Bd. 165. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Das Gesundheitswesen 70 (5) 305-314.

- Küfner, H., Rösner, S., Pfeiffer-Gerschel, T., & Casati, A. (2009). Missbrauch von Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (3) 106-114.
- Kuhlmann, T. (2006). Anmerkungen zur Leitlinienentwicklung und deren Bedeutung für die Suchthilfe. Sucht 52 (5) 334-336.
- Kulick, B. (2009). Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung. Sucht Aktuell 2009 (2) 5-11.
- Küstner, U., Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2009). Familientherapeutische Frühintervention. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 292-296. Schattauer, Stuttgart.
- Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen, M. Klein (Hrsg.), S. 441-449. Schattauer, Stuttgart.
- Laging, M. (2005). Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention, Hamburg.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5/6) 600-608.
- Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009). "Qualität in der Suchtprävention". Dokumentation der Fachtagung am 5./6. Mai 2009, Mülheim a.d.R.
- Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (2009). Handlungsempfehlungen: Beitrag zur Kindeswohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt, Magdeburg.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. Journal of Substance Abuse 12 (4) 233-242.
- Lindenmeyer, J. (2006). Suchtbehandlung – Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Praxis. Sucht Aktuell 13 (2) 12-21.
- Löbmann, R. & Verthein, U. (2009). Explaining the Effectiveness of Heroin-assisted Treatment on Crime Reductions. Law and Human Behavior 33 (1) 83-95.
- Malchow, B., Falkai, P., & Wobrock, T. (2009). Zerebrale Bildgebung bei Cannabismissbrauch und Schizophrenie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (3) 87-97.
- Martens, M.-S., Verthein, U., Buth, S. & Neumann, E. (2009). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2008 der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e.V., Hamburg.
- Michael, L., Frings, E., Dörfler, T., & Wolstein, J. (2009). Vergleich von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund am Anfang und Ende einer Suchttherapie. Sucht 55 (3) 148-154.
- Michels, I., Stöver, H., Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [online]. Harm Reduction Journal 4 (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 28-08-2007].
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen (eingereicht).

Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen.

Müller, O., Wese, B. & Bernard, C. (2009). MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2008. Centre for Drug Research - Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

Nickel, J., Ravens-Sieberer, U., Richter, M., & Settertobulte, W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), S. 63-92. Juventa, Weinheim.

Noack, R., Höfler, M., Gründler, R., Becker, A., Schulz, R., & Paul, K. (2009). Konsummuster als Kovariablen von DSM-IV Cannabisabhängigkeit. Sucht 55 (3) 137-147.

Normann, C., Boldt, J., Maio, G., & Berger, M. (2009). Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuroenhancements. Der Nervenarzt 81 (1) 66-74.

Ottova, V., Warich, J., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2009). Der Zusammenhang zwischen Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum und deren Auswirkung auf die Lebensqualität von Jugendlichen: Ergebnisse aus dem Deutschen HBSC Survey. Suchttherapie 10 (4) 154-161.

Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., & Müller, S. (2010a). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse der Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 (*eingereicht*). Sucht.

Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010b). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse der Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 (Vorabveröffentlichung). IFT Institut für Therapieforschung, München.

Patzak, J. (2009). Bundesgerichtshof setzt die »nicht geringe Menge« von Metamfetamin von 30 Gramm Metamfetamin-Base auf 5 Gramm Metamfetamin-Base herab. Sucht 55 (1) 30-34.

Patzak, J. & Bohnen, W. (2009). Betäubungsmittelrecht. C.H. Beck, München.

Penka, S., Heimann, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2008). Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. European Psychiatry 23 (Supplement 1) 36-42.

Perkonigg, A., Bühringer, G., Arnold, M., Böhm, M., Antoni, J., Gorgas, B., Hirtsiefer, F., Kronthaler, F., Küfner, H., Lubinski, A., Rieger, W., Sonntag, D., Tretter, F., Wiggenhauser, K., & Wittchen, H.-U. (2008a). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 151-163.

Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2008b). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. Addiction 103 (3) 439-449.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010a). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Erstbehandelte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010b). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Erstbehandelte ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010c). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010d). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010e). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010f). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Piontek, D., Kraus, L., Pabst, A., Müller, S., & Legleye, S. (2009). Verbreitung und Einflussfaktoren cannabis-bezogener Probleme bei Jugendlichen. Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) in Deutschland. Suchttherapie 10 (4) 162-168.

Poser, W., Böning, J., Holzbach, R., & Schmidt, L. G. (2006). Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien). In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 271-307. Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., Gerevich, J., Bácskai, E., Ryder, N., Butler, S., Manning, V., Gossop, M., Pezous, A. M., Verster, A., Camposeragna, A., Andersson, P., Olsson, B., Primorac, A., Fischer, G., Güttinger, F., Rehm, J., & Krausz, M. (2004). Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. European Addiction Research 10 (4) 147-155.

Rabbata, S. (2005). Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 / B-407 / C-377.

Radun, D., Bernard, H., Altmann, M., Schöneberg, I., Bochat, V., van Treeck, U., Rippe, R., Grunow, R., Elschner, M., Biederick, W., & Krause, G. (2010). Preliminary case report of fatal anthrax in an injecting drug user in North-Rhine-Westphalia, Germany, December 2009. Eurosurveillance 15 (2).

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 389-397.

Reimer, J., Schulte, B., & Thane, K. (2009). Hepatitis and HIV care in prisons, an overview. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (5) 223-228.

Retzlaff, R., Hildebrandt, M., Bechmann, M., & Ueberschär, I. (2010). Rehabilitation effizient und rentabel. Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung. Sucht Aktuell 2009 (2) 43-51.

Reymann, G. & Gastpar, M. (2006). Opioidbezogene Störungen. Akutbehandlung. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G.

Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 171-193. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poelhke, T., & Wolstein, J. (2002). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. Sucht 48 (4) 245-264.

Richter, M., Ottova, V. & Hurrelmann, K. (2008). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010a). Antibiotikaresistenz: Nachweis von OXA-48-Carbapenemasen in Klebsiella-pneumoniae-Isolaten aus Süddeutschland. Epidemiologisches Bulletin, Nr.14. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010b). Influenza-assoziierte sekundär bakterielle Pneumonie – Bedeutung, Mechanismus und Therapie. Epidemiologisches Bulletin, Nr.2. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010c). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Virushepatitis B, C und D im Jahr 2009. Epidemiologisches Bulletin, Nr.20. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010d). HIV-Jahresbericht 2009, Berlin (unveröffentlicht).

Robert Koch-Institut (RKI) (2010e). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009. Datenstand: 01. März 2010, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2007a). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGs - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007 [online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_197444/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/PM_Kiggs_160507/Beitraege_Bundesgesundheitsblatt.html?nnn=true [letzter Zugriff: 30-08-2009a].

Robert Koch-Institut (RKI) (2007b). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.

Ruhwinkel, B. (2009). Medikamente im Alter. Sucht Magazin 3 18-19.

Sack, P. M. & Krüger, A. (2009). Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 192-204. Schattauer, Stuttgart.

Sack, P. M., Küstner, U., & Thomasius, R. (2009). Behandlungsverlauf und -ergebnisse. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 337-343. Schattauer, Stuttgart.

Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2008). Drogenabhängigkeit. In: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, H. Remschmidt, F. Matzejat, & A. Warnke (Hrsg.), S. 376-386. Thieme, Stuttgart.

Sack, P. M. & Thomasius, R. (2009). Besondere pathogenetische Aspekte. Familiäre Einflüsse. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 147-151. Schattauer, Stuttgart.

Sarrazin, C. (2009). Die maßgeschneiderte Individualisierung (Poster V16). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (4) 157-158.

Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Z Gastroenterol 48 289-351.

Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. & Wiessing, L. (2008). "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final Report CT.06.EPI.150.1.0. EMCDDA, Lissabon.

Schäfer, I., Eiroa-Orosa, F. J., Verthein, U., Dilg, C., Haasen, C., & Reimer, J. (2009). Effects of Psychiatric Comorbidity on Treatment Outcome in Patients Undergoing Diamorphine or Methadone Maintenance Treatment. Psychopathology 43 (2) 88-95.

Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des §31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.

Schäffer, D. (2010). HIV und HCV Testung und HAV und HBV Impfung bei Substituierten. Alarmierende Daten zur Diagnose und Prävention von Infektionserkrankungen.

Schaub, M., Stevens, A., Berto, C., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Trinkl, B., Werdenich, W., & Uchtenhagen, A. (2010). Comparing Outcomes of 'Voluntary' and 'Quasi-Compulsory' Treatment of Substance Dependence in Europe. European Addiction Research 16 (1) 53-60.

Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P. M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. Attachment & Human Development 11 (3) 307-330.

Schindler, A., von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., & Retzlaff, R. (2010). Systemische Therapie bei Substanzstörungen. Historische Entwicklung und aktuelle evidenzbasierte Varianten. Sucht 56 (1) 13-19.

Schmidt, L. G. (2006). Implementierung und Revision der Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Sucht 52 (5) 346-347.

Schmidt, A. & Gastpar, M. (2006). Die Entwicklung der Leitlinien. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 1-9. Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Schmidt, L. G. & Gastpar, M. (2002). Die Behandlung substanzbezogener Störungen im Rahmen des AWMF-Leitlinien-Prozesses. Suchttherapie 3 (2) 107-111.

Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P. & Jonas, B. (2009). Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen Abschlussbericht, Köln.

Schulte, B., Schütt, S., Brack, J., Isernhagen, K., Deibler, P., Dilg, C., Verthein, U., Haasen, C., & Reimer, J. (2010). Successful treatment of chronic hepatitis C virus infection in severely opioid-dependent patients under heroin maintenance. Drug and Alcohol Dependence.

Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV- / HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 2009 (5) 38-44.

Schütze, C., Buth, S., Kalke, J., & Rascke, P. (2007). Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen. Jahresbericht 2006. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Bd. 8. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.

Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? [online]. Ärztezeitung 26.04.2007, Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [letzter Zugriff: 31-08-2009].

Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen, K. Mann, U. Havemann-Reinecke, & R. Gassmann (Hrsg.). Lambertus Verlag, Freiburg.

Simmedinger, R. & Vogt, I. (2009). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2008. Institut für Suchtforschung (ISFF) Fachhochschule Frankfurt am Main, Frankfurt a.M.

Simon, R. & Tischer, T. (2006). Informationen über die Situation der Sucht- und Drogenhilfe in den Justizvollzugsanstalten der einzelnen Bundesländer. Zusammenfassung von Informationen der Bundesländer auf eine Anfrage der DBDD. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G., & Strickler, G. (2004). Gender and Other Factors Associated with the Nonmedical Use of Abusable Prescription Drugs. Substance Use & Misuse 39 (1) 1-23.

Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt 2008 (1) 34-35.

Soyka, M. (2009). Neuro-Enhancement aus suchtmmedizinischer Sicht. Der Nervenarzt 81 (7) 837-839.

Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Der Nervenarzt 76 (1) 72-77.

Spring, J.F. and Philips, J.L. (2007). The institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programmes and practice. Prevention Policy Paper Series [online]. EMT Associates, Inc, Folsom, CA. Verfügbar unter: www.cacpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf [letzter Zugriff: 06-07-2009].

Stadt Halle (2007). Netzwerk gegen Drogen. Stadt Halle. Geschäftsbereich Jugend, Gesundheit und Soziales, Halle.

Statistisches Bundesamt (2010a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2009. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010b). Verkehr - Verkehrsunfälle Dezember 2009. Fachserie 8, Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2008. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2008). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Steiner, S., Baumeister, S., & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. Sucht 54 (Sonderheft 1) S57-S63.

Step (2009). Jahresbericht 2008 - Schritte in die Zukunft. Step, Hannover.

Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt 104 (28-29) A2061-A2069.

Stopp, J. (2010). Spezifisches Therapie-Management zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der medizinischen Rehabilitation - Evaluation eines Projektes des Diakonie-Krankenhauses Harz in Elbingerode. Sucht Aktuell 2009 (2) 62-67.

Stöver, H. (2010a), "Was wissen wir über Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere?", in *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft*.

Stöver, H. (2010b). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Die IMPROVE-Studie. Thieme Verlag, Stuttgart.

Stöver, H. (2009). Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (4) 170.

Stöver, H. & Gerlach, R. (2010). Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (2) 63-73.

Stöver, H. & Michels, I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. Harm Reduction Journal 7 (17).

Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Das DBDD-Einrichtungsregister: Hintergrund, Zielsetzung und aktueller Stand. Sucht 55 (1) 54-55.

Thane, K., Wickert, C. & Verthein, U. (2009). Abschlussbericht. Szenebefragung in Deutschland 2008. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg.

Thomasius, R. (2009a). Therapieprinzipien. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 211-221. Schattauer, Stuttgart.

Thomasius, R. (2009b). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, C. Möller (Hrsg.), S. 13-38. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2006). Psychische und Verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, & W. Gaebel (Hrsg.), S. 241-270. Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Originalarbeit). Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN 72 (12) 679-695.

Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung. Konturen 32 (3) 32-35.

Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.

Thomasius, R. & Stolle, M. (2008a). Der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen - Die spezifischen Behandlungsanforderungen. Konturen 34 (3) 18-22.

Thomasius, R. & Stolle, M. (2008b). Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen durch Cannabiskonsum. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2008 (2) 225-240.

Thomasius, R., Stolle, M., & Sack, P. M. (2009a). Diagnostik und Therapie von Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ärztliche Praxis Pädiatrie 2009 (5) 22-26.

Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M., & Petersen, K. (2009b). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. Psychotherapeut 54 (3) 170-178.

Tödte, M. (2010). Drogenabhängigkeit und Mutterschaft. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 12 (2) 103-110.

Topp, L. & Mattick, R. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. Addiction 92 839-845.

v. d. Schulenburg, M. & Claes, C. (2006). Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige, Hannover.

Verthein, U. (2010). KISS "Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum" - Wissenschaftliche Evaluation des Selbstmanagement-Programms zum kontrollierten Drogenkonsum. Abschlussbericht zur Katamnese. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg.

Verthein, U. (2009). KISS "Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum" - Wissenschaftliche Evaluation des Selbstmanagement-Programms zum kontrollierten Drogenkonsum. Erster Studienbericht zu Verlaufsergebnissen. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg.

von Sydow, K., Schindler, A., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., & Retzlaff, R. (2010). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Sucht 56 (1) 21-42.

Walcher, S., Mauss, S., Breske, A., & Alshuth, U. (2009). Positiver Einfluss des Beikonsums auf die Hepatitis-C-Therapie bei Substitutionspatienten im Alltag: Eine Zwischenanalyse der PRISMA. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (4) 192.

Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salmann, R., & Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt 78 (9) 1058-1061.

Wartberg, L., Sack, P. M., Thoms, E., Möller, C., Stolle, M., & Thomasius, R. (2009). Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie bei substanzabhängigen Jungen und Mädchen. Ergebnisse einer Katamneseuntersuchung. Psychotherapeut 54 (3) 193-198.

Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In: Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), S. 123-139. Nagel, Bonn.

- Weissing, V. & Schneider, R. (2006). Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V. Sucht Aktuell 13 (2) 4-7.
- Werse, B. & Müller, O. (2009). Pilotstudie: Spice, Smoke, Sence & Co. – Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung. Centre for Drug Research, Frankfurt a.M.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2010). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2009. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2009). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2008. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.
- Winkler, KR. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht 53 (4) 238-241.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 357-376.
- Wittchen, H.-U., Soyka, M., Bühringer, G., Backmund, M., Kraus, M. R., Rehm, J., Träder, A., Mark, K., Revollar Paredes, L., Spiegel, B., Siegert, J., & Klotsche, J. (2010). "Der langfristige (5-7-Jahres-) Verlauf von SubstitutionspatientInnen mit Opiatabhängigkeit (PREMOS)", in 11. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008a). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. Drug and Alcohol Dependence 95 (3) 245-257.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008b). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. International Journal of Methods in Psychiatric Research 17 (S1) S16-S29.
- Zimmermann, R., Bätzing-Feigenbaum, J., Loschen, S., Gohlke-Micknis, S., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2009), "The German HIV Incidence Study 2008-2009: Recent HIV Infections by HIV Transmission Risk Categories", in *12th European AIDS Conference*.
- Zwingenberger, S., Pietsch, J., Hommola, A., & Dreßler, J. (2010). Illegal drug-related deaths in East Germany between 1995 and 2004. Forensic Science International 199 58-62.

13.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Wichtige Einrichtungen

| Website | Inhalt |
|--|--|
| www.bmg.bund.de | Bundesministerium für Gesundheit (BMG) |
| www.bzga.de | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) |
| www.dbdd.de | Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) |
| www.dhs.de | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) |
| www.drogenbeauftragte.de | Drogenbeauftragte der Bundesregierung |
| www.drugcom.de | BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger |
| www.drugscouts.de | Landesprojekt in Sachsen für junge Leute |
| www.emcdda.europa.eu | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) |
| | Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) |
| www.prevnet.de | Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien |
| www.rki.de | Robert Koch-Institut (RKI), Berlin |

Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den Websites der Forschungsverbände:

| Website | Inhalt |
|--|---|
| www.bw-suchtweb.de/ | Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg |
| www.psychologie.tu-dresden.de/asat/ | Suchtforschungsverbund Bayern/Sachsen |
| www.suchtforschungsverbund-nrw.de/ | Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen |
| www.medicin.uni-greifwald.de/dem/forschung/intervention/lint_koord.html | epi-ear- Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT)) |
| www.dg-sucht.de | Deutsche Gesellschaft für Sucht |
| www.heroinstudie.de | Deutsche Heroinstudie |
| www.premos-studie.de | Premos-Studie |
| http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/137.php | Suchtforschung gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung |

| Website | Inhalt |
|--|--|
| www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/schung/cdr/index.html | for- Goethe Universität Frankfurt am Main Centre For Drug Research (CDR) |
| www.psychologie.tu-dresden.de | Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie |
| www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php | Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) |
| www.zis-hamburg.de | Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg |
| www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html | Zentrum für Drogenforschung der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt/M. |
| www.zi-mannheim.de | Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim |
| www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff.html | Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main |
| www.addiction.de | Kompetenzplattform Suchtforschung an der katholischen Fachhochschule NRW |
| www.suchtforschungsverbund.de | Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz |
| www.ift.de | Institut für Therapieforschung München |

Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen

| Website | Inhalt |
|--|---|
| www.fachstelle-faire.de | Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker |
| www.indro-online.de | Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster |
| www.iss-ffm.de | Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M. |
| www.500Fragen.de | Forum für Substitution und Recht mit dem Ziel, die rechtlichen Aspekte der Behandlung unter rein praktischen Gesichtspunkten aufzuarbeiten und den täglich in der Substitution tätigen Therapeuten eine Hilfe an die Hand zu geben, damit sie sich in Kenntnis der Begebenheiten auf das reine therapeutische Verhältnis konzentrieren können |
| www.suchthh.de | Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Büro für Suchtprävention |
| http://www.gangway.de/ | Transit - Projekt für transkulturelle Suchtarbeit |

Spezifische Cannabisprojekte

| Website | Inhalt |
|--|--|
| www.dhs.de/web/projekte/cannabis.php | Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs zum Ziel gesetzt hat |
| www.candis-projekt.de/ | Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen |
| www.bmg.bund.de/cIn_160/nn_1351270/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossar-Drogenbeauftragte/projekt_20Can_20Stop.html | Gruppentraining „Can Stop“ wurde im Auftrag des BMG vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein manualisiertes Behandlungsprogramm für junge Menschen mit Cannabiskonsum |
| www.drugcom.de | Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de . nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum |
| www.incant.de | International Cannabis Need of Treatment Study |
| www.realize-it.org | Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz |
| www.be-u-online.de | Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt |

Partyprojekte

| Website | Inhalt |
|--|--|
| www.partyack.de | Drogenhilfe Köln e.V. |
| www.drugscouts.de | SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig |
| www.eve-rave.net | Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin |
| www.party-project.de | Party Project e.V. Bremen |
| www.chill-out.de | chill-out - gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen |
| www.alice-project.de | Alice Projekt - Frankfurt |
| www.drobs-hannover.de | Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover |

Safer Use/Schadensminimierung

| Website | Inhalt |
|--|--|
| www.konsumraum.de | Informationsplattform für Personal in drogen-therapeutischen Ambulanzen und Konsumräumen |
| www.spritzenautomaten.de | Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt Spritzenautomaten JETZT |
| www.safer-use.nrw.de | Safer-Use-Seiten der AIDS-Hilfe NRW e.V. |

14 Tabellen

| | | |
|--------------|---|-----|
| Tabelle 2.1 | Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland | 36 |
| Tabelle 2.2 | Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen | 38 |
| Tabelle 2.3 | Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18-64 Jährige (ESA)..... | 40 |
| Tabelle 2.4 | Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen in Gesamtdeutschland, 1990-2009 (ESA)..... | 41 |
| Tabelle 2.5 | Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in der hessischen Bevölkerung (2007)..... | 42 |
| Tabelle 2.6 | Konsumverhalten der hessischen Bevölkerung nach Region (2007) | 43 |
| Tabelle 2.7 | Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien | 57 |
| Tabelle 2.8 | Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien..... | 58 |
| Tabelle 3.1 | Zusammenhang Alkoholrauscherfahrung und 12-Monatsprävalenz einer illegalen Droge. | 64 |
| Tabelle 4.1 | Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2009 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre) | 84 |
| Tabelle 5.1 | Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2009) | 113 |
| Tabelle 5.2 | Hauptdiagnosen und weitere Substanz-bezogene Diagnosen (DSHS, ambulant, 2009) | 114 |
| Tabelle 5.3 | Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2009) | 115 |
| Tabelle 5.4 | Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2009) | 116 |
| Tabelle 5.5 | Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2009)..... | 117 |
| Tabelle 5.6 | Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen..... | 119 |
| Tabelle 5.7 | Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2009) | 120 |
| Tabelle 5.8 | Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen) | 123 |
| Tabelle 5.9 | Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2005-2008 | 124 |
| Tabelle 5.10 | Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2002-2009) | 125 |
| Tabelle 6.1 | Drogentodesfälle 2004-2009 nach Substanzen | 143 |
| Tabelle 6.2 | Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend | 150 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Tabelle 7.1 | Daten zur Klientel und den Konsumvorgängen in den drei Berliner Drogenkonsumräumen..... | 152 |
| Tabelle 7.2 | Daten zur Abgabe von Spritzen und anderen Konsumutensilien in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland | 156 |
| Tabelle 8.1 | Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2009)..... | 168 |
| Tabelle 9.1 | Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen..... | 181 |
| Tabelle 9.2 | Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte..... | 185 |
| Tabelle 9.3 | Substanzkonsum bei Haftantritt | 186 |
| Tabelle 9.4 | Arten der Drogenbehandlung im Vollzug | 188 |
| Tabelle 9.5 | Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen | 195 |
| Tabelle 10.1 | Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2008 und 2009..... | 205 |
| Tabelle 10.2 | Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen..... | 207 |
| Tabelle 10.3 | Sicherstellung von Cannabispflanzen | 207 |
| Tabelle 10.4 | Preise verschiedener Drogen 2008 - 2009 (alle Preise in €) | 208 |
| Tabelle 10.5 | Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1998 bis 2008 (Median) in Prozent..... | 210 |
| Tabelle 10.6 | Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE | 212 |
| Tabelle 11.1 | Die medikamentöse Behandlung akuter, substanzinduzierter Störungen | 233 |
| Tabelle 12.1 | Bundshaushaltsansatz 2009 mit Bezug zu drogenbezogener Behandlung..... | 246 |
| Tabelle 12.2 | Landeshaushaltsansätze 2009 mit Bezug zu drogenbezogener Behandlung..... | 247 |
| Tabelle 12.3 | Ausgaben der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Zusammenhang mit drogenbezogener Behandlung in Deutschland 2006 ... | 260 |
| Tabelle 12.4 | Durchschnittliche jährliche Kosten der Studienbehandlung pro Teilnehmer im Rahmen des Modellprojekts zur Heroinvergabe (Jahre 2002-2004)..... | 262 |
| Tabelle 12.5 | Kosten unterschiedlicher Therapien je Woche..... | 264 |

15 Abbildungen

| | |
|---|-----|
| Abbildung 2.1 Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen, 12- bis 17-jährige, 1979-2008 (DAS) | 47 |
| Abbildung 2.2 Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen, 18- bis 25-jährige, 1979-2008 (DAS) | 48 |
| Abbildung 2.3 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums bei Hamburger Jugendlichen 2004-2009..... | 49 |
| Abbildung 2.4 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen (außer Cannabis) bei Hamburger Jugendlichen 2004-2009..... | 50 |
| Abbildung 2.5 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2009 (MoSyD)..... | 51 |
| Abbildung 2.6 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2009 (MoSyD) | 52 |
| Abbildung 2.7 Prävalenz des Drogenkonsums nach Substanzen (Szenebefragung, 2008) | 60 |
| Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2007 bis 2009 | 65 |
| Abbildung 3.2 Settings von Präventionsmaßnahmen | 69 |
| Abbildung 4.1 Anteile missbrauchter Arzneimittelgruppen in Phar-Mon (2004-2008)..... | 92 |
| Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2009) | 121 |
| Abbildung 5.2 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen | 122 |
| Abbildung 6.1 Herkunfts-WHO-Regionen von erstmals mit HIV diagnostizierten Drogengebrauchern, 2006-2009 (n=544)..... | 135 |
| Abbildung 6.2 Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2008)..... | 145 |
| Abbildung 6.3 Codierungen der Todesursachen bei den Drogentodesfällen, Vergleich zwischen Kodierpraxis der Bundesländer (2008)..... | 146 |
| Abbildung 6.4 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2008..... | 147 |
| Abbildung 6.5 Drogenbezogene Todesfälle nach Geschlecht und Altersgruppe im Vergleich 1998 und 2008 | 148 |
| Abbildung 6.6 Verteilung der Substanzkategorien bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2008 mit ICD X/Y- Codierung | 149 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten..... | 176 |
| Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten..... | 177 |
| Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz..... | 179 |
| Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz..... | 180 |
| Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1998 bis 2009..... | 206 |
| Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalt von Cannabis | 211 |
| Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen..... | 214 |
| Abbildung 12.1: Beispiel für die Finanzierung eines einzelnen Suchthilfeträgers | 244 |