



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Kurzbericht

Situation illegaler Drogen in Deutschland

Basierend auf dem REITOX-Bericht 2016 an die EBDD
(Datenjahr 2015 / 2016)

Tim Pfeiffer-Gerschel, Esther Dammer, Loretta Schulte & Krystallia Karachaliou
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Drogenpolitik

Die Bundesregierung verfolgt in der Suchtpolitik einen integrativen Ansatz, bei dem legale wie illegale Suchtstoffe gemeinsam betrachtet werden. Die legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und psychotrope Medikamente finden aufgrund der weiten Verbreitung eine besondere Beachtung bei der Weiterentwicklung der Suchtprävention und des Hilfesystems. Die aktuelle „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ aus dem Jahr 2012 betont die zentrale Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik.

Besonderes Augenmerk richtet die Nationale Strategie auf neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik, die sich unter anderem aus dem demografischen Wandel, gesellschaftlichen Veränderungen, alten und neuen Suchtformen und -mitteln (z. B. dem Aufkommen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS), Umgang mit der Verbreitung von Methamphetaminen (Crystal bzw. Crystal Meth), pathologischem Glücksspiel und so genannter Online- / Mediensucht) und daraus resultierenden Konsumtrends ergeben. Stärker als in der Vergangenheit wird nicht nur die Abhängigkeit in den Blick genommen, sondern auch riskantes Konsumverhalten, das gesundheitsschädlich und entwicklungseinschränkend ist, auch wenn es nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt.

Basis der nationalen Drogen- und Suchtpolitik sind die vier „Säulen“ (a) Prävention, (b) Beratung und Behandlung, Hilfe zum Ausstieg, (c) Maßnahmen zur Schadensreduzierung und (d) Repression. Da-

bei wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung angestrebt. Systematische Evaluationen der Drogen- und Suchtpolitik oder der Umsetzung der auf Bundesebene zentralen Dokumente wurden bislang nicht durchgeführt und sind in dieser formalisierten Form auch nicht geplant.

Die Zuständigkeit für Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland ist zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt: Nach dem Grundgesetz hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz für das Betäubungsmittelrecht, das Strafrecht und das Recht der sozialen Sicherung. Das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist seit 1998 beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt. Die Drogenbeauftragte koordiniert die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung; zu ihren Aufgabenschwerpunkten gehören u. a. die Förderung und Unterstützung von Initiativen und Aktivitäten der Sucht- und Drogenprävention, die Entwicklung neuer Wege und neuer Schwerpunkte für rechtzeitige und angemessene Hilfen, um gesundheitliche, soziale und psychische Probleme zu vermeiden oder abzumildern und die Vertretung der Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung auf internationaler Ebene und in der Öffentlichkeit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat am 1. Dezember 2014 den Drogen- und Suchtrat (DSR) neu berufen, der sich aus Vertretern der Bundesressorts, Ministerfachkonferenzen der Länder, kommunalen Spitzenverbände, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der

Bundesagentur für Arbeit, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie Akteuren aus der Suchthilfe, der Suchtprävention und -forschung zusammensetzt. Der Drogen- und Suchtrat hat im Oktober 2015 zwei Arbeitsgruppen berufen, die zu den

Themen „Suchtprävention in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen“ sowie „Teilhabe und Verbleib im Arbeitsleben“ gearbeitet haben.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraf-taten in Deutschland. Für Betäubungsmitteldelikte gelten außerdem die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) und das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG). Der legale Handel von BtM wird durch die Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung (BtMBinHV) bzw. die Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung (BtMAHV) geregelt. Das Sozialgesetzbuch (SGB) definiert die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind hauptsächlich die Rentenversicherungsträger (SGB VI), die Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) sowie örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger (SGB XII) und Kommunen als Träger der Jugendhilfe (SGB VIII).

Das BtMG sieht eine Reihe von Sanktionen vor, die, je nach Schwere und Art der Straftat, von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafe reichen. Der bloße Konsum von Betäubungsmitteln steht in Deutschland

nicht unter Strafe. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr der Weitergabe von Drogen in Verbindung stehen. Das BtMG räumt Möglichkeiten ein, von der Strafverfolgung abzusehen, wie etwa beim Besitz geringer Mengen Betäubungsmittel für den Eigengebrauch. Dabei gibt es keine gesetzliche Unterscheidung zwischen verschiedenen illegalen Drogenarten, so dass nach Betäubungsmittelstrafrecht Konsumentendelikte bei allen Drogenarten ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos eingestellt werden können. In der Praxis wird hiervon jedoch vor allem in Cannabis-Fällen Gebrauch gemacht. Fast alle Bundesländer haben bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober- bzw. Untergrenze) eingeführt. Bei diesen Festlegungen handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im Einzelfall abweichen können. Es ist wichtig festzuhalten, dass es auch mit Blick auf diese Regelungen keinen Rechtsanspruch darauf gibt, dass in entsprechenden Fällen von der Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen abzusehen ist. Bei der Frage, wie mit Drogenstraftätern auf den verschiedenen Justizebenen verfahren wird, ist zu be-

merken, dass die Polizei über keinen Ermessungsspielraum verfügt und demzufolge alle Verdachtsfälle der Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssen.

Neuer Gesetzesentwurf zur Bekämpfung der Verbreitung von NPS

Das Bundeskabinett hat am 4. Mai 2016 den Gesetzentwurf¹ des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, NpSG), so genannte Legal Highs, beschlossen². Der Entwurf sieht ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit NPS und eine Strafbewehrung der Weitergabe von NPS vor. Dabei bezieht sich das Verbot erstmals auf ganze Stoffgruppen. Für zwei Stoffgruppen wird es nicht mehr wie bisher möglich sein, durch kleine chemische Ver-

änderungen Verbote zu umgehen und gefährliche Stoffe auf den Markt zu bringen. Je nach Entwicklung des Marktes kann es in der Zukunft angezeigt sein, weitere Stoffgruppen den Regelungen des NpSG zu unterwerfen oder aber Stoffgruppen auszuweiten oder einzuschränken.

Cannabis-Legalisierungs-Debatte

Eine umfangreiche fachliche und gesellschaftliche Diskussion befasst sich mit der Frage, inwieweit die Notwendigkeit eines veränderten politischen und strafrechtlichen Umgangs mit Cannabis besteht. Zahlreiche wissenschaftliche Tagungen, politische Anhörungen und Fachgespräche befassen sich ausführlich mit dieser Thematik (siehe dazu auch das Workbook Drogenpolitik der aktuellen Publikation).

Verbreitung von Drogen

Neue Daten zum Drogenkonsum: Konsum illegaler Substanzen stagniert

Insgesamt und unter Berücksichtigung der verschiedenen vorliegenden Daten sind Alkohol und Nikotin unverändert die am weitesten verbreiteten psychoaktiven Substanzen in Deutschland, unter den illegalen Drogen rangiert Cannabis weiterhin an erster Stelle. Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen weisen seit Jahren auf eine relative Stabilität des Drogenkonsums in Deutschland hin. Jenseits dieser bundesweiten Betrachtung gibt es regionale Entwicklungen, die z. T. deutliche Spezifika aufweisen.

Ein Überblick über die neuesten Daten zur Verbreitung illegaler Drogen in Deutschland unter Erwachsenen (Epidemiologischer Suchtsurvey, ESA) und Jugendlichen (Drogenaffinitätsstudie, DAS) wird in **Tabelle 1** dargestellt. Im Jahr 2015 gab mehr als ein Viertel (28,2 %) der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands an, irgendwann Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht zu haben. 7,1 % der Erwachsenen haben in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert und 3,4 % in den letzten 30 Tagen.

Tabelle 1 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland

	Studie	Alter	Prävalenz ¹⁾	Absolut ²⁾
Lebenszeit	ESA 2015	18-64	28,2 %	14.381.000
	DAS 2015	12-17	10,2 %	479.000
	DAS 2015	18-25	34,8 %	2.526.000
12 Monate	ESA 2015	18-64	7,1 %	3.621.000
	DAS 2015	12-17	7,5 %	352.000
	DAS 2015	18-25	15,8 %	1.147.000
30 Tage	ESA 2015	18-64	3,4 %	1.734.000
	DAS 2015	12-17	2,5 %	117.000
	DAS 2015	18-25	7,0 %	508.000

1) ESA: Die dargestellten Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen basieren auf einer Querschnittsanalyse des Jahres 2015; die Zahlen können nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends mit Daten früherer ESA-Erhebungen verglichen werden, da die Daten des ESA 2015 - im Unterschied zu früheren ESA-Erhebungen - auch im Hinblick auf die Bildungsstruktur der Bevölkerung gewichtet wurden. Die Werte umfassen die Substanzen: Cannabis, Amphetamin/Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, Pilze, NPS.

DAS: Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Dual-Frame Stichprobe mit Bildungsgewichtung. Die Werte umfassen die Substanzen: Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetamin, Methamphetamin (Crystal Meth), Kokain, Crack, Heroin, NPS, Schnüffelfstoffe und Psychoaktive Pflanzen.

2) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen 12-17 Jahre: 4.693.587; 18-25 Jahre: 7.258.510; 18-64 Jahre: 50.996.806 (Statistisches Bundesamt, Stichtag 31.12.2014).

Orth 2016; Piontek et al. 2016a

Die Daten regionaler Monitoringsysteme aus Frankfurt und Hamburg, die Ergebnisse des ESA 2015 sowie die Daten der DAS weisen insgesamt auf eine Stagnation des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Cannabis ist sowohl unter Erwachsenen als auch unter Jugendlichen nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2015 gab mehr als jeder vierte Erwachsene an, Cannabis wenigstens einmal im Leben konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), 6,1 % hatten innerhalb des letzten Jahres konsumiert (12-Monats-Prävalenz). Dies entspricht 3,11 Mio. Personen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Gomes de Matos et al. 2016).

7,3 % der 12- bis 17-Jährigen haben innerhalb des letzten Jahres mindestens

einmal Cannabis konsumiert (DAS). 1,2 % der 12- bis 17-Jährigen und etwa jeder fünfundzwanzigste junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren (3,9 %) berichten von regelmäßigem Konsum, d. h. mehr als zehnmaligen Konsum in den letzten zwölf Monaten (Orth 2016).

Amphetaminkonsum liegt erstmalig über dem Kokainkonsum

Die Prävalenzen des Konsums einzelner Drogen werden in **Tabelle 2** dargestellt. Neben Cannabis werden in der Erwachsenenbevölkerung (18- bis 64-Jährige) wie auch unter den jungen Erwachsenen (18- bis 25-Jährige) nur für wenige Stoffe nennenswerte Prävalenzwerte für den Konsum im letzten Jahr genannt: dies sind zum einen Amphetamine (1,0 bzw. 2,0 %), die erstmalig in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung vor Kokain genannt wer-

den. Ecstasy ist besonders unter den 18- bis 25-Jährigen verbreitet, auch Kokain wird verhältnismäßig häufig genannt. Die 18- bis 25-Jährigen nennen zudem Pilze und LSD häufiger, bei den 18- bis 64-Jährigen findet sich ein höherer Anteil an NPS. Die Prävalenzwerte aller weiteren Substanzen liegen unter 0,5 %. Für die Jugendlichen (12-17-Jährige) liegen die Werte generell deutlich niedriger; nur Ecs-

tasy kommt hier auf eine Jahresprävalenz von 0,5 %. Allerdings schwankt die Bedeutung dieser einzelnen Stimulanzien je nach Region und Szene sowie zwischen den Altersgruppen erheblich. Der Konsum von Heroin, LSD, psychoaktiven Pilzen und Crack ist offensichtlich nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

Tabelle 2 Prävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen im Jahr 2015¹⁾

Substanz	DAS 2015 (%)				ESA 2015 (%)		
	12-17 Jahre		18-25 Jahre		18-64 Jahre		
	LZ ²⁾	12 M ²⁾	LZ	12 M	LZ	12 M	30 T ²⁾
Cannabis	9,7	7,3	34,5	15,3	27,2	6,1	3,1
Amphetamine	0,3	0,3	4,0	2,0	3,3	1,0	0,5
Methamph./Crystal Meth	0,0	0,0	0,6	0,4	0,6	0,2	0,1
Ecstasy	0,6	0,5	4,0	2,2	3,3	0,6	0,2
Kokain	0,5	0,3	2,9	1,2	3,8 ³⁾	0,6 ³⁾	0,2 ³⁾
Crack	0,0	0,0	0,2	0,0	– ³⁾	– ³⁾	– ³⁾
LSD	0,2	0,2	1,9	0,9	2,6	0,3	0,0
Heroin	0,1	0,0	0,5	0,0	1,4 ⁴⁾	0,3 ⁴⁾	0,2 ⁴⁾
Pilze	0,2 ⁵⁾	0,2 ⁵⁾	3,6 ⁵⁾	1,4 ⁵⁾	3,1	0,4	0,0
Schnüffelstoffe/Inhalanz.	0,3	0,0	1,3	0,5	1,3	0,1	0,1
NPS	0,1	0,0	2,2	0,3	2,8	0,9	0,0
Irgendeine Droge	10,2	7,5	34,8	15,8	28,2	7,1	3,4

1) Aufgrund zu geringer Zellbesetzungen werden für einige Zellen keine Prozentwerte angegeben. Werte im niedrigen Prozentbereich sind mit großer Vorsicht zu interpretieren, da von einer erheblichen Unschärfe bei der Extrapolation der Messwerte auszugehen ist.

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

3) Kokain/Crack wurden im ESA zusammen erhoben und werden unter Kokain berichtet.

4) Heroin und andere Opiate.

5) Psychoaktive Pflanzen.

Orth 2016; Piontek et al. 2016a.

Von den erfragten Medikamenten wurden in den 30 Tagen vor der Befragung am häufigsten Schmerzmittel eingenommen (47,1 %), gefolgt von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln (5,2 %) und Antidepressiva

(4,9 %). Frauen berichteten den Gebrauch dieser Arzneimittel häufiger als Männer. Unter Konsumenten der jeweiligen Medikamentengruppe wurden Schmerzmittel mit 8,6 % am seltensten täglich einge-

nommen. Der tägliche Gebrauch war unter Konsumenten von Neuroleptika (91,3 %) und Antidepressiva (87,5 %) am weitesten verbreitet (Gomes de Matos et al. 2016).

Uneinheitliches Bild bei NPS

In jüngster Zeit wird zunehmend über den Konsum von NPS berichtet, verlässliche bundesweite Daten zum Konsum und der Verbreitung fehlen jedoch nach wie vor. Dort, wo Daten zum Konsum von NPS erhoben werden (z. B. MoSyD, ESA, seit Neuestem DAS) weisen die Informationen eher auf eine geringe Verbreitung dieser Substanzen hin: die Lebenszeitprävalenz liegt in der Allgemeinbevölkerung (2,8 %) wie auch unter den 18- bis 25-Jährigen (2,2 %) nach aktuellen Daten zwar höher als in der Vergangenheit, aber nach wie vor relativ niedrig. Bei den Jugendlichen (bezogen auf die Allgemeinbevölkerung) ist der Konsum dieser Substanzen nach wie vor offensichtlich kaum verbreitet.

Regionale Studien haben jedoch zuweilen deutlich andere Ergebnisse. In der aktuellen ESPAD-Erhebung aus Bayern gaben die befragten 15- und 16-Jährigen mit 7,8 % Lebenszeitprävalenz einen wesentlich höheren Wert für NPS an. Auch die teilweise erheblichen Mengen der durch die Strafverfolgungsbehörden sichergestellten Substanzen sprechen eher für eine weitere Verbreitung, so dass sich insgesamt ein uneinheitliches Bild bietet. Auch wenn verfügbare Daten darauf hinweisen, dass das Phänomen NPS bundesweit insgesamt quantitativ eher gering einzuschätzen ist und während der letzten Jahre keine Hinweise auf rapide anwachsende Zahlen von Konsumentinnen und Konsumenten zu beobachten waren, erscheint es auf Grund des uneinheitlichen

Bildes und des mangelnden Wissens über mögliche (aversive) Konsequenzen des Konsums doch angemessen, sich weiterhin mit diesen Stoffen zu befassen. Dafür spricht auch, dass sie sich als fester Bestandteil bestimmter Konsumszenen etabliert zu haben scheinen. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten wird auch zukünftig aufgrund der Heterogenität der Substanzen und des Wissensstandes der Konsumentinnen und Konsumenten mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Konsumierende den Konsum absichtlich verschweigen, weil sie Veränderungen des Rechtsstatus der Substanzen befürchten.

Inwieweit diese Substanzen in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen eine Rolle spielen, ist nach wie vor schwierig zu erheben, da sich viele verfügbare Daten bislang an der Klassifikation der ICD-10 orientieren, die keine hinreichende Differenzierung der Substanzen erlaubt. Allerdings wird der neue „Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“, der voraussichtlich 2017 eingeführt werden wird, auch die Kodierung des Konsums von NPS erlauben, so dass ab 2018 mit ersten Daten aus den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu rechnen ist, die das Gesamtbild zum Konsum dieser Substanzgruppe bereichern können.

Im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes PharMon-NPS (Piontek et al. 2016b) werden seit 2015 von verschiedenen Projektpartnern (Justizvollzugsanstalten, Partyprojekte, Giftinformationszentren, Beratungsstellen) Daten zum Auftauchen von NPS in Deutschland erhoben.

Besonders häufig wurden von Partygängerinnen und Partygängern, aber auch von Insassen von Justizvollzugsanstalten Räuchermischungen (synthetische Cannabinoide) genannt. Insbesondere in der Partyszene kursieren auch 2C-Verbindungen (Phenethylamine) und die Giftdatenzentren berichten über Anfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von „Designer“ Benzodiazepinen.

Keine Hinweise auf eine weitere Verbreitung von Methamphetamin

In der medialen Berichterstattung zu illegalen Drogen wird seit Jahren, teilweise hoch spektakulär, über Methamphetamin („Crystal“) berichtet. Inwieweit der Konsum von Methamphetamin bezogen auf die Gesamtbevölkerung ansteigt, bleibt aber nach wie vor fraglich. In den überregionalen Daten aus ESA und DAS spiegelt sich weiterhin kein nennenswerter Anstieg im Bundesgebiet wider. Andere Datenquellen (Polizeidaten, Daten aus Beratungs-/Behandlungseinrichtungen bestimmter Regionen) weisen allerdings eindeutig auf eine große und zum Teil unverändert wachsende Problemlast mit einem klaren regionalen Schwerpunkt in Grenznähe zu Tschechien hin.

Riskanter Drogenkonsum tendenziell rückläufig

Berechnungen des Umfangs des riskanten Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten (so genannte Multiplermethode) führen zu einer Schätzung von 56.000 bis 174.000 Personen, die riskante Heroin-Konsummuster aufweisen. Dies entspricht einer Rate von 1,0 bis 3,3 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von

15 bis 64 Jahren. Die Schätzung anhand des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ ist zwischen 2007 und 2011 angestiegen und geht 2012 und 2013 zurück. Beim Multiplikator „Polizeikontakte“, der sich aus den Daten der letzten 8-10 Jahre errechnet, sind die Werte weiterhin rückläufig, während die Schätzung für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ im letzten Jahr erstmals wieder anstieg und damit der Entwicklung der Zahl der Drogentodesfälle folgen.

Problematischen Konsum³ von Cannabis gaben im ESA 2015 1,2 % der 18- bis 64-jährigen Befragten (erwachsene Allgemeinbevölkerung) an; Männer (1,4 %) etwas häufiger als Frauen (1,0 %). Jeweils 0,2 % der Befragten wiesen einen problematischen Kokainkonsum sowie einen problematischen Konsum von Amphetaminen/Methamphetaminen auf. Problematischer Gebrauch von Medikamenten lag bei Frauen (6,0 %) etwas häufiger vor als bei Männern (4,5 %).

Konsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Cannabiskonsum nicht mehr rückläufig

Im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche und junge Erwachsene muss zunächst auf die enge Verzahnung mit dem Konsum legaler Substanzen (v. a. Alkohol und Tabak, aber auch Medikamente) hingewiesen werden, so dass eine isolierte Betrachtung des Konsums illegaler Substanzen möglicherweise wichtige Entwicklungen vernachlässigt. Darüber hinaus rücken immer wieder einzelne Substanzen oder Substanzgruppen (z. B. GHB/GBL, Methamphetamin, biogene Drogen, Tilidin), häufig in Verbindung mit einer intensiven medialen Be-

richterstattung in den Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass nicht für alle diese Substanzen flächendeckend Monitoring-Systeme zur Verfügung stehen (Ausnahme: Frankfurt). Darüber hinaus handelt es sich z. T. auch um passagere Phänomene, die nicht zwangsläufig auf nachhaltige Veränderungen der Konsummuster hindeuten.

Die Prävalenzen für einzelne Drogen sind in **Tabelle 2** aufgeführt. Basierend auf Daten der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA hat insgesamt knapp ein Viertel der 12- bis 17-Jährigen Jugendlichen in Deutschland schon einmal eine illegale Droge angeboten bekommen. Weniger als die Hälfte von ihnen hat dieses Angebot akzeptiert (Lebenszeitprävalenz irgendeiner illegalen Droge: 10,2 %). Insgesamt 7,5 % der Jugendlichen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine illegale Droge, von denen wiederum ein Drittel (2,5 %) berichtet, dass dieser Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt. Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen (d. h. mehr als zehn Mal im zurückliegenden Jahr) ist bei etwa jedem hundertsten Jugendlichen (1,3 %) festzustellen.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Erfahrung mit und der Konsum von illegalen Drogen weiter verbreitet als bei den Jugendlichen. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen haben knapp zwei Drittel der Befragten (63,3 %) schon erlebt, dass ihnen eine illegale Droge angeboten wurde. Basierend auf den Angaben zur 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz kommt man aber zu dem Ergebnis, dass bei über der Hälfte der 18- bis 25-Jährigen mit Konsumerfah-

rung der letzte Drogengebrauch länger als ein Jahr zurückliegt.

Die Daten regionaler Monitoringsysteme (Frankfurt und Hamburg) deuten bereits seit einigen Jahren darauf hin, dass der Konsum von Cannabis insbesondere unter Jugendlichen nicht mehr rückläufig ist. 2014 kam eine von der BZgA veröffentlichte Studie ebenfalls zu diesem Schluss. Auch wenn die jüngsten Daten zur 12-Monats-Prävalenz der DAS im Vergleich zur Erhebung 2014 (im Rahmen des Alkoholsurveys) leicht rückläufig sind, liegen die Konsumprävalenzen in den von der BZgA durchgeführten repräsentativen Studien in den letzten fünf Jahren sowohl für Jugendliche als auch junge Erwachsene über den Vergleichswerten von 2011. Auch der aktuelle ESA weist für alle Altersgruppen – insbesondere für die Altersgruppe der 18-24-Jährigen – einen Anstieg der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen aus.

Der Konsum von anderen illegalen Drogen außer Cannabis spielt nach den Daten der DAS unter den 12- bis 25-Jährigen Jugendlichen insgesamt eine klar untergeordnete Rolle. Dieser Befund ist über die Jahre stabil, auch wenn es auf niedrigem Niveau deutliche Veränderungen gibt. So zeigt sich im Vergleich zum Jahr 1997 ein klarer Rückgang der Prävalenzen illegaler Drogen außer Cannabis bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dies beruht in weiten Teilen auf einem Rückgang des Konsums von Ecstasy – dabei bleibt abzuwarten, wie sich dieser Konsum zukünftig entwickelt, da aktuelle Daten auf einen erneut wachsenden Konsum dieser Substanz hinweisen.

Unter Frankfurter Schülern (MoSyD-Erhebung) sind die Prävalenzen für alle illegalen Drogen außer Cannabis zwischen 2009 und 2013 trotz einiger Schwankungen recht stabil geblieben. Seit 2013 ist jedoch ein leichter Anstieg zu beobachten. Auch hier werden erst zukünftige Erhebungen zeigen, ob dies nur eine kurzzeitige Abweichung ist oder sich ein längerfristiger Trend abzeichnet.

Auch aktuelle Ergebnisse aus der in Bayern durchgeführten ESPAD-Studie zeigen einen deutlichen Rückgang des Konsums illegaler Substanzen außer Cannabis. Interessant ist hier, dass dieser Rückgang sich auch zwischen 2011 und 2015 zeigt. Im Besonderen ist die Lebenszeitprävalenz bei Jungen von 2011 auf 2015 von 12,5 % auf 8,1 % gesunken. Über alle Schulformen hinweg war ein bedeutsamer Rückgang zu finden.

Korrelate mit Bildungsstand, Arbeitslosigkeit und geografische Unterschiede

In einer aktuellen Untersuchung unter Auszubildenden im ersten Lehrjahr zeigte sich, dass der Konsum psychotroper Substanzen bei Auszubildenden weit verbreitet und häufiger als in der Gesamtpopulation dieses Alters ist. Die bedeutsamsten Korrelate des Substanzkonsums waren das Geschlecht und der bisher erreichte Schulabschluss, diese erklärten auch größtenteils die Unterschiede zwischen einzelnen Berufsgruppen (Montag et al. 2015).

Auch in der DAS zeigen sich bei den älteren Befragten außerhalb der Sekundarstufe I Unterschiede in Abhängigkeit ihrer sozialen Merkmale, wobei Auszubildende hier – im Gegensatz zu den Ergebnissen

der vorherigen Studie – die verhältnismäßig geringsten Werte aufzeigten. Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (Sekundarstufe II) wiesen höhere Werte auf; am höchsten lagen die Werte bei der Gruppe der Arbeitslosen. Der Unterschied zur Referenzgruppe der Gymnasiasten ist allerdings nicht signifikant.

Anhand von Leistungsdaten von 173 Millionen Quartalsfällen der AOK zeigten sich deutlich höhere Raten an Sucht-Diagnosen für Hartz-IV-beziehende Patienten (10,2 %) als für ALG-I-beziehende Patienten (6,3 %) und Erwerbstätige (3,7 %). Dieses markante Gefälle zeigte sich für Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa / Hypnotika, Tabak, multiplen Substanzgebrauch und Essstörungen für beide Geschlechter und über alle Altersgruppen hinweg. Die Autoren schlussfolgern, dass Hartz-IV-Beziehende von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in der primärmedizinischen Versorgung besonders profitieren würden und dass die Suchtberatung in den Jobcentern mit Blick auf die derzeitigen Fallzahlen bei weitem nicht bedarfsgerecht erfolgt und entsprechend ausgebaut werden sollte (Henkel & Schröder 2016).

In einer Untersuchung auf Grundlage von Abwasserdaten, anderen epidemiologischen Daten und Daten der Strafverfolgungsbehörden zeigten sich teils deutliche Konsumpräferenzen zwischen den untersuchten Städten: In Berlin, Dortmund und München war der Kokain- und insbesondere Amphetaminkonsum häufiger, in Dresden dominierte der Konsum von Methamphetamin (Been et al. 2016).

Prävention

Suchtprävention ist neben Behandlung, Überlebenshilfe und repressiven Maßnahmen eine der vier Säulen einer ganzheitlichen Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland. Maßnahmen der Suchtprävention fallen in die Zuständigkeit der Ministerien auf Bundes- und Landesebene und werden insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Länder, auf kommunaler Ebene und durch die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger wahrgenommen.

Eine bedeutsame verhältnispräventive Maßnahme im Bereich der illegalen Drogen ist der Entzug der Fahrerlaubnis bei Teilnahme am Straßenverkehr unter der Wirkung berauschender Mittel. Im Zeitraum 2004 bis 2015 ist der Anteil verwaltungsrechtlicher Entziehungen der Fahrerlaubnis gegenüber strafrechtlichen Entziehungen statistisch signifikant zurückgegangen.

Wenn ein Konsument lediglich geringe Mengen einer Substanz zum Eigenbedarf besitzt, kann nach § 31a BtMG von der Strafverfolgung abgesehen werden. Diese Ausnahmeregelung wird hauptsächlich für Cannabis angewendet, wobei die Anwendung insgesamt in den letzten zehn Jahren zugenommen hat und je nach Bundesland variiert. Die deutsche Präventionslandschaft zeichnet sich durch eine Vielzahl an Projekten der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention aus.

Seit 2005 werden suchtpreventive Aktivitäten auf lokaler Ebene mit dem internetbasierten Dokumentationssystem Dot.sys bundesweit erfasst. Hierzu dokumentieren die Fachkräfte der Suchtprävention jährlich die von ihnen durchgeführten Maßnahmen, wobei diese unter anderem nach den thematisierten Substanzen, genutzten Settings und definierten Zielen kategorisiert werden. Im Jahr 2015 wurden in Dot.sys knapp 35.000 Maßnahmen dokumentiert und damit erneut mehr als in den Vorjahren.

Alkohol ist dabei die mit Abstand am häufigsten thematisierte Substanz, gefolgt von Tabak. Daneben hat Cannabis als wichtigste illegale Droge weiter an Bedeutung gewonnen. Ungebrochen ist auch der Trend, vermehrt amphetaminartige Stimulanzien (ATS) zum Gegenstand suchtpreventiver Arbeit vor Ort zu machen.

Insgesamt wurden 2015 in Dot.sys als wichtigste Settings für suchtpreventive Maßnahmen Schule, Familie und Freizeit dokumentiert. Neben der Wissensvermittlung als häufigstem Ziel der Maßnahmen hat die Förderung von Risikokompetenzen mehr Gewicht bekommen. Weitere Zielgrößen wie die Änderung von Einstellungen, die Vermittlung von Kompetenzen oder Ressourcen, die Verhaltensänderung, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit oder der Aufbau von Strukturen wurden unverändert häufig genannt.

Behandlung

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist sehr ausdifferenziert. Kernstück des Suchthilfesystems sind, neben den Hausärzten, die ca. 1.430 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 550 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 80 (ganztags) ambulante und 240 stationäre Therapieeinrichtungen (siehe **Tabelle 3**). Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, stellen eine Minderheit dar. Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht auch im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfeorganisationen. Die Steuerung und Koordination des Behandlungssys-

tems erfolgt auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder Kommunen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger legen wesentliche Rahmenbedingungen fest und sind verantwortlich für die Übernahme der Behandlungskosten (Rehabilitation: Rentenversicherung; Entgiftung: Krankenversicherungen).

Ambulantes Behandlungssystem

Beratung, Motivationsförderung und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten. Sie sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht in der Primärversorgung – also in der Regel durch niedergelassene Ärzte – behandelt werden.

Tabelle 3 Anzahl der Einrichtungen und Plätze, ambulante Suchthilfe¹⁾

Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze ²⁾
Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz	1.431	>500.000
Niedrigschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	226	300
Substitutionsärzte	2.613 ³⁾ / 8.416 ⁴⁾	77.200 ⁵⁾
Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	64	k.A.
Psychiatrische Institutsambulanzen	300	91.800
(ganztags) Ambulante Rehabilitation	81	>1.000
Ambulantes betreutes Wohnen	476	>12.000
Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	91	>4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	k.A.

1) Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, sind in der Minderheit. Überwiegend werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

2) Außer für die Anzahl der Substitutionsärzte (bzw. Anzahl der Patienten derzeit in Substitution) liegen keine neuen Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

3) 2015 haben 2.613 Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet (BOPST 2016).

4) Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2012 wurden 8.416 suchttherapeutisch qualifizierte Ärzte gemeldet (BOPST 2013). Diese Zahl wird nicht weiter fortgeschrieben.

5) 2015 wurden 77.200 Patienten substituiert (BOPST 2016).

Stationäres Behandlungssystem

Die stationäre Rehabilitation ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- bzw. Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klientinnen und Klienten, ambulante und stationäre Rehabilitation mit einander zu verbinden (Kombinationsbehandlung) oder weitere bedarfsspezifische,

u. a. teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote wahrzunehmen. Die zweite große Säule der stationären Suchtkrankenversorgung sind die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken.

Tabelle 4 Anzahl der Einrichtungen und Plätze, stationäre Suchthilfe¹⁾

Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen ²⁾	Anzahl der Plätze ³⁾
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	218	>7.500
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	242 ⁴⁾	13.200 ⁶⁾ (>4.000) ⁷⁾
Therapeutische Gemeinschaften	k.A. ⁵⁾	k.A.
Psychiatrische Kliniken	300	>220.000
Entzug mit Motivationsanteilen	190	>2.000
Adaptionseinrichtungen	97	>1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	371	>10.700
Teilstat. Einrichtungen der Sozialtherapie	73	>1.200

1) Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, sind in der Minderheit. Überwiegend werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

2) Mit Ausnahme von stationären Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen und stationäre/teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie liegen keine neueren Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

3) Für diese Angaben liegen keine neueren Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

4) Stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die Konsumierende illegaler Drogen behandeln.

5) Es gibt in Deutschland keine statistischen Daten zu therapeutischen Gemeinschaften, wie sie auf EU-Ebene verstanden werden. In Deutschland gibt es nur vereinzelt Einrichtungen, die nach diesem Konzept arbeiten. Es ist noch schwieriger, die Klienten- oder Platzzahl zu identifizieren, da manche Klientinnen und Klienten ihr Leben lang in einer Einrichtung bleiben (z. B. Synanon, www.synanon.de [letzter Zugriff: 04.04.2016]). Das Problem wurde bereits im REITOX-Bericht 2012 behandelt.

6) Bezogen auf alle 320 stationären Rehabilitationseinrichtungen, die also auch Alkoholkonsumierende behandeln.

7) Bezogen auf Drogenabhängige.

Anzahl substituierter Patienten bleibt stabil – Anzahl substituierender Ärzte sinkt

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2015 bei 77.200 Personen (siehe **Abbildung 1**). 2015 haben insgesamt 2.613 Substitutionsärzte Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte bedeutet einen leichten Rückgang gegenüber den Vorjahren und erreicht das Niveau des Jahres 2004. Die durchschnittli-

che Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 40,7; Brandenburg: 6,5). Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar. Sorgen bereiten insbesondere die Versorgung im ländlichen Raum sowie die Behandlung langjähriger Substituierender.

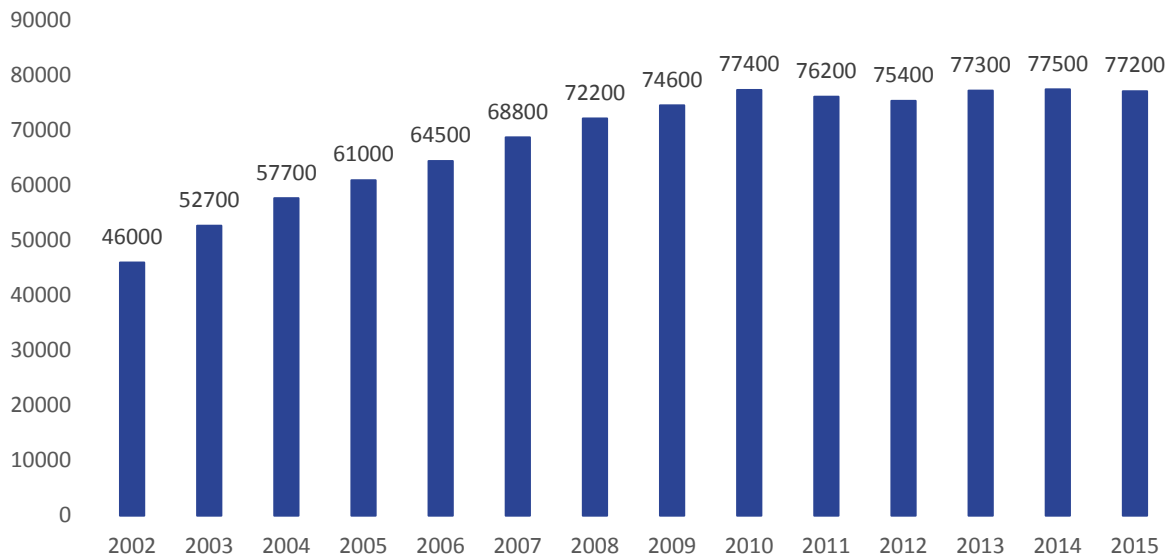


Abbildung 1 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2015 (Stichtag 1. Juli)

BOPST 2016

Im Jahr 2015 starben von insgesamt 1.226 Rauschgifttoden in ganz Deutschland 34 Personen an monovalenten Vergiftungen durch Opiat-Substitutionsmittel. Bei polyvalenten Vergiftungen von Opiat-Substitutionsmitteln in Verbindung mit anderen Substanzen wurden 174 Personen gezählt.

Neue Leitlinien zur Behandlung methamphetaminabhängiger Patienten

In Fachkreisen wird eine lebhafte Diskussion über Behandlungsmöglichkeiten für methamphetaminabhängige Menschen geführt. In den vergangenen Jahren stieg die Relevanz dieser Thematik in Deutschland aufgrund des regional angestiegenen Konsums und der resultierenden Nachfrage spezifischer Behandlung. Darauf wird durch die Bereitstellung spezifischer Informationen sowohl für Behandler (u.a. die neue S-3 Behandlungsleitlinie „Me-

thamphetamin-bezogene Störungen“ und die Arbeitshilfe der DHS) als auch für Konsumierende (z. B. das Internetportal <https://breaking-meth.de>) reagiert.

Weiterhin werden zwischen dem originären Suchthilfesystem und anderen Hilfebereichen Kooperationen forciert, wie z. B. mit der Psychiatrie. Der Psychiatrie kommt in der Behandlung suchtkranker Menschen eine wesentliche Bedeutung zu, ebenso wie der Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Institutionen, die ggf. in die Betreuung der Betroffenen eingebunden sind oder diese nach einer stationären Behandlung fortsetzen. Um die Benachteiligung und doppelte Stigmatisierung dieser Betroffenen aufzubrechen ist der Austausch der Fachleute entscheidend.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Migrations- und Flüchtlingsthematik stellt sich auch in der nationalen Suchthilfeland-

schaft die Frage nach der Prävalenz des Suchtmittelkonsums und des Hilfebedarfs Flüchtender sowie passenden Behandlungsoptionen für Menschen mit Migrationshintergrund. Dazu werden diverse Veranstaltungen durchgeführt. Die vorliegenden Untersuchungen zur Inanspruchnahme der Suchthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund zeigen die unterschiedlichen Bedarfslagen und Nutzungsverhalten.

Die internetgestützte Beratung und Behandlung ist Thema in der Suchthilfeland-

schaft. Bisher können nur wenige evaluierte Angebote ausgemacht werden (z. B. Quit the shit). Im Vordergrund des Internetangebots der Suchthilfe stehen Informationen zum Konsum, Substanzen, Auswirkungen sowie Hilfeangeboten. Ein vorsichtiger Umgang mit dem Begriff Behandlung ist geboten, denn Online Therapie ist – im Unterschied zur Beratung und Prävention – derzeit in Deutschland (noch) nicht zugelassen.

Drogenbezogene Schäden und Schadensminderung

Drogentodesfälle erneut gestiegen

Im Jahr 2015 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.226 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Damit sind die Zahlen im dritten Jahr in Folge gestiegen (2014: 1.032, 2013: 1.002). In fast zwei Drittel aller Fälle sind mono- oder polyvalente Überdosierungen mit Opioiden todesursächlich; die Überdosierung von Heroin/Morphin (allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen) macht 45 % aller Drogentodesfälle aus, Substitutionsmittel (allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen) liegen bei 17 %. Vergiftungen durch andere Substanzen, vor allem durch Kokain/Crack und Amphetamin/Methamphetamin waren in 14 % der Fälle todesursächlich (BKA 2016).

Im allgemeinen Sterberegister zeigt die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn

Jahre weiterhin einen Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen, der sich langsam abschwächt. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten illegaler Drogen.

Infektionskrankheiten: Gute Heilungschancen für Hepatitis C auch bei i.v.-Drogenkonsumierenden

Im Jahr 2015 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 3.674 neue diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit erneut angestiegen. Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, bilden die drittgrößte Gruppe (5 %), nach Männern die Sex mit Männern haben (MSM) (62 %) und Personen, die

ihre HIV-Infektion über heterosexuelle Kontakte erworben haben (32 %).

Im Jahr 2015 wurden die Falldefinition für Hepatitis B und C (HBV bzw. HCV) geändert. In der Folge wird sich die Zahl der Fälle, die die Referenzdefinition für HBV erfüllen, deutlich erhöhen; für HCV wird die gemeldete Fallzahl hingegen abnehmen. Bezüglich HBV wurden dem RKI insgesamt 3.783 Fälle gemeldet, davon entsprachen 1.907 der Referenzdefinition. Angaben zum Transmissionsweg liegen nur für 6,8 % dieser Fälle vor, dabei war i.v.-Drogenkonsum der zweithäufigste Weg (24 % der Fälle mit Angaben zum Transmissionsweg). Der häufigste Übertragungsweg war die sexuelle Transmissionen mit 52 Meldungen (40%), darunter in 28 Fällen gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern.

Für das Jahr 2015 wurden insgesamt 4.887 Fälle von erstdiagnostizierter HCV übermittelt. Bei 1.170 (23,9 %) Erstdiagnosen wurden Angaben zum Übertragungsweg gemacht. Intravenöser Drogengebrauch wurde für 76 % (892) dieser Fälle als Ursache angegeben. Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 28 (4 %) Männern und 4 (2 %) Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor (RKI 2016).

Die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten ist durch die Markteinführung neuer Medikamente, die die Heilungschancen verbessern und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufzeigen, ein aktuell viel diskutiertes Thema. Studien zeigen immer wieder, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch diese Population wirksam therapiert werden kann und

sollte. Durch den hohen Preis der Medikamente und aufgrund nach wie vor weit verbreiteter Bedenken in der Ärzteschaft bleibt weiterhin fraglich, wie viele Drogenkonsumenten von diesen neuen Therapiemöglichkeiten profitieren können.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumenten spielen nach wie vor Drogenkonsumräume (derzeit 23 stationäre sowie ein Drogenkonsummobil) und Spritzenvergabeprogramme (durch aktuell ca. 167 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit) eine wesentliche Rolle. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück: in nur einem von 183 deutschen Gefängnissen gibt es einen Spritzenautomaten.

Weiterentwicklung der Schadensminderung: bundesweite Standards für die Konsumutensilienvergabe

Die Weiterentwicklung der Schadensminderung wird zurzeit von mehreren Stellen vorangetrieben. Seit diesem Jahr liegt die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, HBV, HCV und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll. Die DRUCK-Studie, die in den letzten Jahren i.v.-Drogenkonsumierende in acht deutschen Städten untersucht hat, hat Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schadensminderung und der Bekämpfung von HIV,

HBV und HCV unter Drogenkonsumierenden veröffentlicht; zudem arbeitet aktuell eine Expertengruppe aus Mitarbeitern niedrighschwelliger Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. an der Entwicklung bundesweiter Standards zur Konsumutensilienvergabe.

Ausweitung von Naloxon-Programmen

Um der hohen Zahl an Opioid-Überdosierungen entgegenzutreten etablieren NGOs zunehmend Notfallschulungen für den Naloxoneinsatz durch Laien für Drogengebraucher und ihr Umfeld. Während noch lange nicht von einer flä-

chendeckenden Versorgung gesprochen werden kann, gibt es inzwischen Projekte in Berlin, Frankfurt, Köln sowie mehreren anderen Städten in NRW und nun auch in München. Zudem läuft zurzeit ein Forschungsprojekt für die Vergabe von Naloxon vor Haftentlassung.

Den schädlichen Nebenwirkungen des Cannabiskonsums widmen sich aktuell zahlreiche Forschungsprojekte. Auch die bislang weitestgehend unbekannt schädlichen Nebenwirkungen von NPS werden weiterhin untersucht; beispielsweise liegt seit Kurzem eine Fallserie zu Desoxypradol (2-DPMP) vor.

Drogenmärkte und Kriminalität

Nach einem ungewöhnlich hohen Anstieg im Jahr 2014 hat sich die Sicherstellungsmenge von Heroin im Jahr 2015 wieder um 73 % verringert und liegt somit 58 % unter dem Wert von 2011. Ähnlich markant sind die im Vorjahr sichergestellten Mengen von Marihuana zu werten (-55 %), die sich im 5 Jahres-Trend jedoch kaum mehr bemerkbar machen. In den letzten fünf Jahren auffällig zurückgegangen sind die Beschlagnahmungsmengen von Crack und Khat. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich hingegen die sichergestellten Mengen LSD, Ecstasy und Kokain verdoppelt. Die Gesamtzahl von Sicherstellungsfällen ist von 2014 auf 2015 mit 3 % leicht, jedoch weniger als im vorherigen Jahr (6,5 %) gestiegen. Die Anzahl der sichergestellten Rauschgiftlabore fällt seit 2012 weiterhin ab (BKA 2016).

Cannabispflanzen außerhalb von Plantagen (d.h. weniger als 20 Pflanzen) wurden 2015 im Vergleich zum Vorjahr seltener, jedoch in größeren Mengen sichergestellt. Der beobachtete Gesamtanstieg der Sicherstellungsfälle in Plantagen beruht hauptsächlich auf den vermehrten Fällen von Kleinplantagen im Outdoor- wie auch Indoor-Anbau. Die Anzahl sichergestellter Groß- und Profiplantagen hat sich über die letzten 5 Jahre hinweg kaum verändert.

Preisverfall bei Amphetaminen, Preisanstieg bei Marihuana und Kokain

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise im Kleinhandel wurden in den vergangenen fünf Jahren sowie im letzten Jahr deutliche Veränderungen festgestellt. Amphetamine wurden im Vergleich zum Vorjahr, wie auch im 5-Jahres Trend günstiger. Über die letzten fünf Jahre ist der

Preis von Heroin, Kokain, Ecstasy, Marihuana und Cannabisharz angestiegen. Beschränkt man den Vergleich auf die Veränderung zum Vorjahr, wurden allerdings nur Kokain, Marihuana und Cannabisharz teurer. Allein der potenzielle und nicht erzielte Profit von sichergestellten Cannabispflanzen wird 2015 im Kleinhandel auf 34,8 bis 56,8 Mio. € geschätzt.

Im Großhandel zeigt sich ein ähnliches Bild. In den vergangenen 5 Jahren stiegen Heroin, Kokain, Ecstasy, Marihuana und Cannabisharz im Wert. Nur Amphetamine und Methamphetamin (Crystal), das jedoch nur in einigen Bundesländern erfasst und demnach nicht auf ganz Deutschland übertragbar ist, wurden billiger.

Mittlere Wirkstoffgehalte aller Substanzen steigen

Die Preisreduzierung von Amphetamin ist von besonderer Relevanz, da der Wirkstoffgehalt der Substanz seit 2012 kontinuierlich ansteigt und sich 2015 mit 14,6 % auf seinem Höchstwert seit Beginn der Datenerfassung (1997) befindet. Der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA steigt weiterhin auf neue Höchstwerte und hat sich seit 2010 fast verdoppelt. Der Reinheitsgrad von Kokain wie auch Heroin im Straßenhandel steigt ebenfalls kontinuierlich an. Der Wirkstoffgehalt von Cannabisblüten steigt weiterhin an. Noch stärker gestiegen ist der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz; er liegt erstmalig fast gleichauf mit dem der Blütenstände (12,4 % Harz, 12,6 % Blüten).

Sinkende Beschaffungskriminalität

Im Jahr 2015 wurden in Deutschland insgesamt 282.604 Rauschgiftdelikte erfasst,

davon 213.850 allgemeine Verstöße gegen das BtMG, 48.168 Handels- und Schmuggeldelikte nach §29 BtMG, 1.636 Fälle von Einfuhr "nicht geringer Mengen" nach §30 BtMG und 18.950 sonstige Verstöße gegen das BtMG. Die Beschaffungskriminalität ist mit 1.868 Fällen im Vergleich zum Vorjahr um 14,7 % zurückgegangen. Bei den Handelsdelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch nach absoluter Zahl die größte Rolle (30.415 Delikte, 63,1 % aller Delikte), mit großem Abstand gefolgt von (Meth-) Amphetamin (5.244 Delikte, davon Methamphetamin: 2.375). Für Kokain wurden 2.480 Delikte gemeldet; für Heroin 2.100, gefolgt von Ecstasy mit 1.664 Delikten. Auch bei konsumnahen Delikten spielt Cannabis die bedeutendste Rolle: 62,1 % aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. (Meth-)Amphetamin (12,41 % Amphetamin, 5,34 % Methamphetamin), Kokain (3,9 %) und Heroin (3,9 %) machen zusammen weitere 25,6 % der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy (3,1 %), LSD (0,19 %) und Sonstige.

Zahl erstauffälliger Konsumierender harter Drogen steigt weiter an

Nach einem mehrjährigen kontinuierlichen Rückgang stieg die Gesamtzahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) von 2010 auf 2015 wieder um 12,1 % auf insgesamt 20.890 an. Der größte Anteil der EKHD (56,3 %) entfällt weiterhin auf Amphetaminkonsumenten, wobei dieser Anteil in den letzten fünf Jahren leicht rückgängig ist (-2,3 % seit 2010, anteilmäßig an gesamten EKHD: -8,4 %). An zweiter Stelle stehen Kokainkonsum-

menten mit 3.149 Fällen (15,1 %), gefolgt von 2.705 Amphetaminderivat- bzw. Ecstasykonsumenten (12,9 %), die sich seit 2010 (N= 840) mehr als verdreifacht haben, jedoch in der Vergangenheit auch schon deutlich höher lagen (3.907 Fälle in 2004). Konsumenten von Methamphetamin kommen mittlerweile auf einen Anteil von 12,1 %, was einen leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (2014: 15,6 %) bedeutet. Erstauffällige Konsumenten von Heroin sind weiter rückläufig (von 2010: 17,2 % auf 2015: 9,0 %). Bezüglich der polizeilich registrierten Verkehrsunfälle mit Personenschaden setzt sich der seit 2003

rückläufige Trend der Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss nach einem zwischenzeitlichen Anstieg von 2010 auf 2011 nun nicht mehr fort. Der Anteil der Fahrzeugführer unter Alkoholeinfluss ging jedoch weiterhin zurück und liegt nun bei 4,1 % (2003 noch 6,4 %). Fahrzeugführer unter Einfluss anderer berauschender Mittel sind zwar in ihrer Gesamtzahl leicht gestiegen, machen aber weiterhin, wie in den vergangenen 4 Jahren, nur 0,5 % aller Beteiligten aus.

Gefängnis

Die gesetzliche Verwaltung des Justizvollzugs in Deutschland wurde 2006 in die Hände der Bundesländer übergeben. Seitdem gibt es für einzelne Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Nicht zuletzt aufgrund dieser Gesetzeslage gibt es kein nationales System zur regelmäßigen Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland. Stattdessen gibt es v. a. regionale Studien, jedoch sind diese aufgrund einer fehlenden Vernetzung der Statistiken sowie der uneinheitlichen Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung nur sehr eingeschränkt untereinander vergleichbar. Es können nur wenige direkte Verbindungen zwischen den verfügbaren Daten hergestellt werden, sequenzierende oder vergleichende Analysen sind kaum möglich. Das Fehlen ver-

bindlicher bundesweiter Richtlinien im Bereich der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft führt auch zu Unterschieden in der Art und Verfügbarkeit von Therapieangeboten in den Bundesländern.

Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten sinkt

Zum Stichtag 31.03.2015 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.820 Personen (13,0 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden gesunken. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) bis 2015 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 18,8 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 28,8 % gesunken.

Quellen

- Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.-D., Botero-Coy, A. M., Castiglioni, S., Kraus, L., Zobel, F., Schaub, M. P., Bücheli, A., Hernández, F., Delémont, O., Esseiva, P. & Ort, C. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption - A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. Drug and Alcohol Dependence **161** 189-199.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2016). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2015 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2013, Bonn.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2016). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2016 [online]. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn. Verfügbar unter: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.html [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse des Suchtsurveys 2015. Sucht **62** (5) 271-281.
- Henkel, D. & Schröder, H. (2016). Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007-2012. Suchttherapie **16** (3) 129-135.
- Montag, J., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2015). Verbreitung und Korrelate des Substanzkonsums unter 5.688 Auszubildenden an beruflichen Schulen. Gesundheitswesen **77** (6) 411-417.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015 [online]. Verfügbar unter: <http://esa-survey.de/de/ergebnisse/kurzberichte.html>.
- Piontek, D., Hannemann, T.-V. & Dembinski, M. (2016b). Phar-Mon NPS Telegramm. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2016). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2015. Datenstand: 1. März 2016. RKI, Berlin.

Verantwortliche Autoren

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Verantwortlich für Workbooks Drogenpolitik, Rechtliche Rahmenbedingungen, Drogen, Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, Drogenmärkte und Kriminalität und Gefängnis

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)	Parzivalstr. 25
Krystallia Karachaliou	D - 80804 München
Esther Dammer	Tel.: +49 (0) 89 - 360804-41
Loretta Schulte	Fax: +49 (0) 89 - 360804-49
Petra Freitag	E-Mail: freitag@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)

Verantwortlich für Workbook Prävention

Axel Budde
 Michaela Goecke
 Ostmerheimer Str. 220
 D - 51109 Köln
 Tel.: +49 (0) 221 - 8992-529
 Fax: +49 (0) 221 - 8992-300
 E-Mail: axel.budde@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Verantwortlich für Workbook Behandlung

Christina Rummel
 Gabriele Bartsch
 Westenwall 4
 D - 59065 Hamm
 Tel.: +49 (0) 2381 - 9015-24
 Fax: +49 (0) 2381 - 9015-30
 E-Mail: rummel@dhs.de

Nationale Experten

Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (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 Entwurfsversionen der einzelnen Workbooks zur Entstehung des Jahresberichts bei.

- Schlüsselindikator Bevölkerungsumfragen (Workbook Drogen)
Nationale Expertin: Dr. Daniela Piontek, IFT München
- Schlüsselindikator Prävalenzschätzung zum riskanten Drogenkonsum (Workbook Drogen)
Nationaler Experte: Dr. Ludwig Kraus, IFT München
- Schlüsselindikator Drogenbezogene Infektionskrankheiten (Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung)
Nationale Expertin: Dr. Ruth Zimmermann, Robert Koch-Institut
- Schlüsselindikator Behandlungsnachfrage (Workbook Behandlung)
Nationale Expertin: Dr. Barbara Braun, IFT München
- Schlüsselindikator Drogenbezogene Todesfälle (Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung)
Nationaler Experte: Dr. Axel Heinemann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

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

Christina Krause, BKA Wiesbaden (Workbook Drogenmärkte und Kriminalität), Boris Orth, BZgA (Workbook Drogen) und Dr. Bernd Werse, CDR Frankfurt (Workbook Drogen).

¹ http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981

² <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegal-drogen/heroin-und-andere-drogen/neu-psychoaktive-substanzen.html>

³ „Problematischer Gebrauch“ wurde im ESA 2015 wie folgt definiert: Abhängigkeit von Cannabis, Kokain und Amphetaminen bzw. Methamphetaminen in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS, Gossop et al. 1995). Ab einem Schwellenwert von 2 Punkten bei Cannabis (Steiner et al. 2008), 3 Punkten bei Kokain (Kaye & Darke 2002) und 4 Punkten bei Amphetaminen/Methamphetaminen (Topp & Mattick 1997) wird von problematischem Konsum ausgegangen.