



Gesundheitsbericht
für den
Rhein-Sieg-Kreis

2005

Suchtkrankenversorgung

Rhein-Sieg-Kreis
Der Landrat
Gesundheitsamt
Erich Klemme
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg
Tel. 02241-132500
Fax 02241-133082
e-mail erich.klemme@rhein-sieg-kreis.de

Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Thema „Drogen- und Suchtbekämpfung“ hat in der Gesundheits- und Sozialpolitik des Rhein-Sieg-Kreises seit jeher einen hohen Stellenwert. Der missbräuchliche Konsum von Suchtmitteln sowohl legaler als auch illegaler Art stellt eine Problematik von gesamtgesellschaftlicher Relevanz dar. Bei der Abhängigkeit von Suchtmitteln handelt es sich um eine Erkrankung mit erheblichen sozialen und gesundheitlichen Folgen für den betroffenen Menschen selbst, seine näheren Angehörigen und für die Gesellschaft insgesamt. Daher ist eine frühzeitige Beratung und bedarfsgerechte Versorgung von Suchtkranken und Menschen in ihrem Umfeld eine entscheidende gesundheitspolitische Aufgabe des Rhein-Sieg-Kreises.

Vor nahezu 10 Jahren hat der Rhein-Sieg-Kreis sein erstes Suchtversorgungskonzept vorgelegt, das heute in vielen Punkten verwirklicht ist, nicht zuletzt durch den Einsatz erheblicher personeller und finanzieller Ressourcen des Kreises. Es ist ein Anliegen des Kreises, den Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft ein Versorgungssystem im Bereich der Suchtkrankenhilfe zur Verfügung zu stellen, das sich in einer kontinuierlichen Entwicklung den jeweiligen Bedarfen der Bevölkerung anpasst.

Der nachfolgende Gesundheitsbericht wurde durch die Kreisverwaltung erarbeitet, um die aktuelle Situation der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis darzustellen, zu bewerten und bedarfsgerechte Handlungsperspektiven zu entwickeln. Er gibt somit Fachleuten, den politischen Gremien und interessierten Bürgerinnen und Bürgern einen Gesamtüberblick über die derzeitige Versorgungssituation im Bereich der Suchtkrankenhilfe und die zukünftigen Planungen der Verwaltung.

Regelmäßige Fortschreibungen des vorliegenden Gesundheitsberichtes werden zukünftig die jeweils aktuelle Situation in der Suchtkrankenversorgung darstellen und die Entwicklungen im Sinne eines bedarfsgerechten Versorgungssystems zum Inhalt haben.

Mein Dank richtet sich an alle Institutionen und Einrichtungen, die an der Erstellung des Gesundheitsberichtes unterstützend mitgewirkt haben.

A handwritten signature in black ink that reads "Frithjof Kühn". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Frithjof Kühn
Landrat

Siegburg im Dezember 2005

Inhaltsverzeichnis

I. Drogenarten und Begrifflichkeiten 9

1. Legale Drogen 9

- 1.1. Alkohol 9
 - 1.1.1. Wirkstoff und Konsumform 9
 - 1.1.2. Wirkung 10
 - 1.1.3. Risiken 10
 - 1.1.4. Behandlung 11
- 1.2. Tabak 11
 - 1.2.1. Wirkstoff und Konsumform 11
 - 1.2.2. Wirkung 12
 - 1.2.3. Risiken 12
 - 1.2.4. Behandlung 12

2. Illegale Drogen 13

- 2.1. Cannabis 13
 - 2.1.1. Wirkstoff und Konsumform 13
 - 2.1.2. Wirkung 13
 - 2.1.3. Risiken 13
 - 2.1.4. Behandlung 14
- 2.2. Kokain und Crack 14
 - 2.2.1. Wirkstoff und Konsumform 14
 - 2.2.2. Wirkung 14
 - 2.2.3. Risiken 15
 - 2.2.4. Behandlung 15
- 2.3. Ecstasy 16
 - 2.3.1. Wirkstoff und Konsumform 16
 - 2.3.2. Wirkung 16
 - 2.3.3. Risiken 16
 - 2.3.4. Behandlung 17
- 2.4. Heroin und Opiate 17
 - 2.4.1. Wirkstoff und Konsumform 17
 - 2.4.2. Wirkung 17
 - 2.4.3. Risiken 17
 - 2.4.4. Behandlung 18

II. Die Drogensituation in Europa 19

3. Konsumverhalten der Bevölkerung 19

- 3.1. Alkohol 19
- 3.2. Tabak 21
- 3.3. Cannabis 22
- 3.4. Kokain 23
- 3.5. Ecstasy 24
- 3.6. Heroin und Opiate 25

4. Die Drogenpolitik in Europa 27

- 4.1. Der europäische Aktionsplan Alkohol (2000–2005) der WHO 27
- 4.2. Die europäische Anti-Tabak-Strategie der WHO 28
- 4.3. Der Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung(2000–2004) 29

III. Die Drogensituation in Deutschland 31

5. Konsumverhalten der Bevölkerung 31

- 5.1. Alkohol 31
- 5.2. Tabak 34
- 5.3. Cannabis 36
- 5.4. Kokain 38
- 5.5. Ecstasy 40
- 5.6. Heroin/Opiate 42

6. Die Drogenpolitik der Bundesregierung 44

IV. Die Drogensituation im Rhein-Sieg-Kreis 47

7. Konsumverhalten der Bevölkerung 48

- 7.1. Alkohol 49
- 7.2. Tabak 50
- 7.3. Cannabis 51
- 7.4. Kokain 53
- 7.5. Ecstasy 54
- 7.6. Heroin/Opiate 54
- 7.7. Statistik der Rauschgiftdelikte 56

8. Die Suchtkrankenversorgung im Rhein–Sieg–Kreis	58
8.1. Beschreibung des Hilfesystems .	58
8.2. Bewertung des Hilfesystem . . .	62
9. Perspektiven und Strategien für den Rhein–Sieg–Kreis	66
9.1. Schwerpunkt legale Suchtmittel	66
9.2. SGBII (Hartz IV)	67
9.3. Jahresbericht der Wohlfahrtsverbände	67
9.4. Jugend	67
9.5. Schulen	69
9.6. Migrantinnen und Migranten .	70
9.7. Substitution	70
9.8. Wohnungslosigkeit	70
9.9. Vernetzung und Kooperation .	71
9.10. Angebotsstruktur	71
V. Zusammenfassung	73
VI. Anhang	75

Einleitung

Der Ausschuss für soziale Angelegenheiten und soziale Beschäftigungsförderung des Kreistages hat die Verwaltung mit der Erstellung eines Drogen- und Suchtberichtes für den Rhein-Sieg-Kreis beauftragt.

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um eine Bestandsaufnahme und Bewertung der aktuellen Drogensituation im Rhein-Sieg-Kreis, welche durch die Situation in Europa und der Bundesrepublik ergänzt wird. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, den Rhein-Sieg-Kreis auch im Gesamtzusammenhang der überregionalen Einflüsse zu betrachten.

Die Inhalte des Berichtes beziehen sich auf die sog. stoffgebundenen Süchte, wobei die Substanzen ausgewählt wurden, die in der Praxis der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis der Häufigkeit nach von besonderer Bedeutung sind.

Grundlage für die Teile des Berichtes, die sich mit der Beschreibung der Drogenarten, der Situation in Europa und der Bundesrepublik befassen, sind Daten, Pläne und Veröffentlichungen überregionaler Behörden, Institutionen und Beobachtungsstellen der Bereiche Gesundheit, Drogen und Sucht und Gesundheitspolitik.

Für den Berichtsteil, der die Situation im Rhein-Sieg-Kreis betrifft, sind die in der Verwaltung vorhandenen Informationen verwendet worden. Zusätzlich wurden die im Rhein-Sieg-Kreis direkt bzw. indirekt mit dem Thema Drogen und Sucht befassten Institutionen befragt. Die sich aus der Befragung ergebenden Erkenntnisse sind ebenfalls in den Bericht eingeflossen. Die Befragung und deren Ergebnisse wird in Teil IV vorgestellt.

Ziel des Berichtes ist es, einen Überblick über das aktuelle Konsumverhalten der Bevölkerung und das vorhandene Versorgungssystem vor Ort zu geben. Darüber hinaus werden die sich daraus ergebenden Strategien und

Perspektiven für den Rhein-Sieg-Kreis vorgestellt.

Des Weiteren soll – ausgehend von dem vorliegenden Bericht – zukünftig in regelmäßigen Abständen eine jeweils aktuelle Bestandsaufnahme der örtlichen Drogensituation und der aktuellen Strategien und Perspektiven im Bereich der Suchtkrankenversorgung erfolgen, wobei sich die künftigen Berichte zunächst auf die Situation im Rhein-Sieg-Kreis beschränken können. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich überregional in den Berichtszeiträumen nur sehr geringe Veränderungen ergeben werden bzw. die überregionalen Entwicklungen nur in größeren Zeitabständen aktualisiert erfasst werden.

Der vorliegende Bericht stellt eine wesentliche Grundlage für weitere Planungen und Entwicklungen in der Suchtkrankenhilfe des Rhein-Sieg-Kreises dar.

Teil I.

Drogenarten und Begrifflichkeiten

Drogen sind alle Mittel, die in den natürlichen Ablauf des Körpers eingreifen und Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen beeinflussen. Sie können aus pflanzlichen oder chemischen Grundstoffen gewonnen werden. Sie werden auch als Suchtmittel, Rauschmittel oder Rauschgift bezeichnet. Zu den Drogen gehören aber auch Medikamente und Genussmittel. Drogen sind in allen Kulturen seit Jahrtausenden bekannt. Sie dienen als Heilpflanzen und Gewürze, als Zaubermittel oder Gift.

Fast jeder Mensch konsumiert Drogen, auch wenn es nur die tägliche Tasse Kaffee zum Wachwerden oder das Glas Wein in Gesellschaft ist. Hier – wie auch bei der Einnahme notwendiger Medikamente – nutzt der Mensch die positive Wirkung der Droge.

Aber nicht jeder der Drogen nimmt ist süchtig und Sucht fängt nicht zwangsläufig mit der Einnahme einer Droge an. Entscheidend ist die psychische und physische Verfassung der Konsumentinnen und Konsumenten. Maßgeblich ist auch, wie stark eine Droge auf den menschlichen Körper wirkt und welche Menge eines Stoffes eingenommen wird.

Da Drogen Gefühle und Stimmungen beeinflussen können, besteht die Gefahr, neben einer evtl. körperlichen Abhängigkeit auch psychisch abhängig zu werden: zum Beispiel nicht mehr auf Alkohol verzichten zu können oder immer größere Mengen einer bestimmten Substanz zu benötigen. Dieser Drogenmissbrauch führt langfristig fast immer zu Gesundheitsschäden.

Die Herstellung, der Besitz, Gebrauch und Vertrieb mancher Stoffe ist verboten. Man

spricht hierbei von sog. illegalen oder verbotenen Drogen. Über 100 dieser Stoffe sind im Betäubungsmittelgesetz aufgelistet. Dagegen werden psychotrope Stoffe¹, deren Besitz und Gebrauch erlaubt ist, als legale Drogen bezeichnet.²

Im Folgenden sollen Herkunft, Zubereitung und Wirkung der bedeutendsten legalen und illegalen Drogen beschrieben werden.

1. Legale Drogen

Legale Drogen sind die Suchtmittel, deren Verkauf und Gebrauch in unserer Gesellschaft erlaubt ist. Dazu gehören u.a.:

▷ Alkohol

▷ Tabak

⇒ Der Gebrauch der meisten legalen Drogen ist gesellschaftlich akzeptiert. Obwohl der Gebrauch und Verkauf legaler Drogen nicht strafbar ist, sind legale Drogen keineswegs ungefährlich. Sie können erhebliche Gesundheitsschäden verursachen.³

1.1. Alkohol

1.1.1. Wirkstoff und Konsumform

Reiner Alkohol, genauer Äthylalkohol oder Äthanol, ist eine farblose, brennbare Flüssigkeit, die auch als Lösungsmittel in Farbstoffen und Arzneien verwendet wird. Äthylalkohol ist die psychoaktive Substanz in Wein, Bier oder Schnaps, die zum Rausch führt. Alkohol entsteht durch Gärung kohlenhydrathaltiger Naturprodukte wie Traubensaft und Gerste.

¹Psychotrope Stoffe: bewusstseinsverändernde, auf die Psyche wirkende Stoffe

²Lexikon der Süchte 2002, S.3

³Lexikon der Süchte 2002, S.3

Bier	ca. 5%
Wein/Sekt	ca. 8-14%
Liköre	ca. 24-42%
Korn	ca. 40-60%
Whisky	ca. 40-45%
Wodka	ca. 40-50%
Weinbrand	ca. 38%
Rum	ca. 40-70%

Tab. 1: *Alkoholgehalt von Getränken*

Alkohol wird vermischt mit anderen Flüssigkeiten in sogenannten alkoholischen Getränken konsumiert. Enthält eine Flüssigkeit mehr als 0,5 Prozent Alkohol, muss dies auf der Flasche laut Lebensmittelgesetz gekennzeichnet sein. Auch sogenannte alkoholfreie Biere oder Getränke wie Malzbier oder auch Fruchtsäfte können also geringe Mengen Alkohol enthalten. Der Alkoholgehalt verschiedener Getränke zeigt Tabelle 1.

1.1.2. Wirkung

Alkohol gelangt rasch in die Blutbahn und so in den ganzen Körper, wo er besonders das Gehirn beeinflusst. Der Genuss alkoholischer Getränke hat zunächst anregende, später dann hemmende Wirkung. Die Menschen vertragen Alkohol sehr unterschiedlich. Wegen des höheren Fettgehaltes des Körpers vertragen Frauen etwa ein Fünftel weniger Alkohol als Männer. Wenn eine Person müde ist, lange nichts gegessen und/oder gleichzeitig Medikamente eingenommen hat, verstärkt sich die Wirkung des Alkohols. Zunächst fühlt sich die Alkohol trinkende Person zwangloser und freier, unbeschwert und entspannt; die Zunge wird lockerer, die Fähigkeit zur Selbstkritik lässt nach. Die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit verringert sich deutlich. Schon ab 0,2 Promille verschlechtert sich das Wahrnehmungsvermögen und die Fähigkeit, Entfernungen einzuschätzen. Bei einer Alkoholkonzentration von etwa 1 Promille beginnt das Rauschstadium. Bewegungen wer-

den unkontrollierter, die Betrunkene/der Betrunkene torkelt und lallt, die Stimmung kann albern-heiter, aber auch oft aggressiv oder depressiv werden. Schließlich beginnt das Betäubungsstadium (Alkoholkonzentration von etwa 2 Promille) mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen. Hier beginnt meist der Zustand der Hilflosigkeit. Fast ein Viertel aller Gewalttaten wie Sachbeschädigung, Körperverletzung und Tötungsdelikte werden unter Alkoholeinfluss begangen. Bei etwa über 3 Promille Blutalkohol beginnt die schwere Alkoholvergiftung, die zum Tod durch Atemstillstand führen kann. Die Wirkung des Alkohols ist in Tabelle 2 dargestellt.

Alkohol ist die am häufigsten genutzte Droge. Häufig und bei vielen Gelegenheiten wird Alkohol getrunken. Die heitere Stimmung ist erwünscht, Volltrunkenheit jedoch wird von den meisten Menschen abgelehnt. Maßvoller Alkoholkonsum gehört heute zu unserer Alltagskultur und ist gesellschaftlich akzeptiert.

1.1.3. Risiken

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten bei Frauen circa 20 Gramm Alkohol täglich (ein viertel Liter Wein oder ein halber Liter Bier), bei Männern 40 Gramm Alkohol (ein halber Liter Wein oder ein Liter Bier) als Gefährdungsgrenze. Viele Fachleute halten regelmäßigen Alkoholkonsum allerdings grundsätzlich für gesundheitsschädlich.

Alkohol in hoher Konzentration ist ein Gift, das zum Absterben vieler Körperzellen führt. Aufgrund ihrer Struktur reagieren drei Organe besonders empfindlich auf langjährigen Alkoholmissbrauch: das Gehirn, die Bauchspeicheldrüse und die Leber. Besonders gefährdet ist das Gehirn. Hirnschrumpfung verursacht Störungen des Gedächtnisses, der Denkfähigkeit und der Persönlichkeit der Alkoholkonsumentin/des Alkoholkonsumenten. Unzuverlässigkeit, Depressionen und Wahn-

Alkoholkonzentration	Stadium	Mögliche Auswirkungen
> 0,2 Promille		Verschlechterung der Wahrnehmung und der Fähigkeit, Entfernungen einzuschätzen
> 1 Promille	Rauschstadium	Unkontrollierte Bewegungen; torkeln; lallen; Stimmung albern-heiter; aber auch aggressiv oder depressiv
> 2 Promille	Betäubungsstadium	Gedächtnis- und Orientierungsstörungen; Hilflosigkeit
> 3 Promille	Alkoholvergiftung	Endstadium Tod durch Atemstillstand

Tab. 2: *Wirkung des Alkoholkonsums*

vorstellungen können die Folge sein.⁴

Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht oder Alkoholismus ist die Suchtform, bei der der Mensch nicht mehr in der Lage ist, auf Alkohol zu verzichten – auch wenn er es gerne möchte. *Spiegeltrinkerinnen und Spiegeltrinker* brauchen ihre tägliche Menge Alkohol, um sich wohl zu fühlen, *Quartalssäuferinnen und Quartalssäufer* verzichten zeitweise auf die Droge, stürzen jedoch regelmäßig in einen gefährlichen Vollrausch ab. Verzicht auf Alkohol führt bei Abhängigen zu seelischen und körperlichen Entzugserscheinungen, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Gereiztheit, Depressionen und Zittern. In schweren Fällen können Halluzinationen (Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen) auftreten. Wenn die Alkoholikerin oder der Alkoholiker trinkt, kann sie bzw. er sich kurzfristig von den quälenden Entzugserscheinungen befreien.

Alkoholabhängigkeit bzw. -sucht entwickelt sich meist schleichend. Wird die Abhängigkeit von der Droge Alkohol stärker, werden meist auch die Schäden, Gefahren und sozialen Folgen immer deutlicher. Die Alkoholkranke oder der Alkoholkranke fällt zum Beispiel bei der Arbeit durch häufige Fehlzeiten oder Alkoholkonsum am Morgen auf. Oder unkontrolliertes, aggressives Verhalten im Rausch ruft Streit in der Familie hervor. Aus Scham ziehen sich viele Betroffene zurück.

⁴Lexikon der Süchte 2002, S.4/5

1.1.4. Behandlung

Da Alkoholabhängigkeit bzw. -sucht als Krankheit anerkannt ist, übernehmen die Krankenkassen und Rentenversicherungen die Behandlung. Dabei steht zunächst die körperliche Abhängigkeit von der Droge im Vordergrund. Dem Körper wird die Droge entzogen, er wird entgiftet. Dieser Entzug ist meist mit unangenehmen Entzugserscheinungen verbunden. Er dauert 2 bis 3 Wochen und sollte in einer Fachklinik durchgeführt werden. Nachdem der Körper von der Droge unabhängig geworden ist, muss die seelische Abhängigkeit behandelt werden. Eine entsprechende Therapie kann in einer Fachklinik oder aber ambulant in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.⁵

1.2. Tabak

1.2.1. Wirkstoff und Konsumform

Nikotin ist der Hauptwirkstoff der Tabakpflanze. Nikotin ist farblos, wasserlöslich und hat einen betäubenden Geruch. Nikotin kann auch synthetisch hergestellt werden. Sogenanntes Rohnikotin wird als Schädlingsbekämpfungsmittel in Landwirtschaft und Gartenbau eingesetzt. Die Tabakpflanze, in der das Nikotin enthalten ist, gehört zu den Nachtschattengewächsen und wird vorwie-

⁵Lexikon der Süchte 2002, S.35/36

gend in subtropischen Gebieten angebaut. Getrocknet und geschnitten wird die Pflanze zu Zigaretten, Zigarren oder Pfeifentabak verarbeitet. Tabak ist eine legale Droge, die auf den Körper und die Gefühle des Menschen wirkt. Tabak wird als Zigarette, Zigarre oder Pfeifentabak geraucht. Das Schnupfen geriebenen Tabaks oder das Kauen von Tabakblättern ist heute sehr selten geworden. Zigarettenrauchen ist mit großem Abstand die häufigste Form, Nikotin zu konsumieren.

1.2.2. Wirkung

Nikotin wirkt sehr schnell. Es gelangt über die Schleimhäute in die Blutbahn und so ins Gehirn. Von dort beeinflusst es das gesamte Nervensystem und kann sowohl anregende als auch entspannende Wirkung haben. Der Körper gewöhnt sich rasch an Nikotin. Raucherinnen und Raucher beschreiben folgende angenehme Wirkungen: Beruhigung bei Nervosität, Entspannung, Anregung bei Müdigkeit, Verringerung von Hungergefühlen, Gefühl der Geborgenheit und Souveränität, Selbstsicherheit. Gleichzeitig sind körperliche Reaktionen messbar wie zum Beispiel Verengung der Blutgefäße, Blutdruckanstieg, schnellerer Herzschlag.

1.2.3. Risiken

Nikotin ist ein hochwirksames Nervengift. Zunächst regt es die Nervenzellen an, später wirkt es lähmend. Die tödliche Dosis von ca. 50 Milligramm wird bei einem Erwachsenen durch Rauchen nicht erreicht, da Nikotin im Körper durch die Leber sehr schnell wieder abgebaut wird. Nikotin verursacht Gefäßverengungen, die Herz- und Kreislaufschäden zur Folge haben. Das Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen, wird erhöht. Durch mangelhafte Durchblutung des Körpers kann die Sehkraft nachlassen. Verschlüsse in den Blutgefäßen der Beine verursachen das sogenannte Raucherbein.

Neben dem Nikotin enthält der Tabakrauch noch weitere Schadstoffe. Etwa 40 davon sind krebserregend, unter anderem der Teer. Diese winzigen Teerteilchen setzen sich in den Lungen und Bronchien ab. Lungenkrebs gilt als typische Raucherkrankheit. Kohlenmonoxid ist ein weiterer gefährlicher Bestandteil des Tabakrauchens. Rauchen verringert langfristig die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit.⁶

Tabak verursacht rasch eine körperliche und seelische Abhängigkeit. Tabakabhängigkeit bzw. Rauchen ist die Suchtform, bei der ein Mensch das tägliche Zigaretten-, Zigarren oder Pfeiferauchen nicht mehr unterlassen kann – selbst wenn er es wollte. Mit zunehmendem Tabakkonsum steigt die Abhängigkeit und das zwanghafte Bedürfnis, immer wieder zu rauchen. Raucherinnen und Raucher finden viele Gründe, zur Zigarette zu greifen. Sie rauchen zum Beispiel, um Unsicherheiten zu überbrücken, sich zu belohnen, zu entspannen, Stress und Angst auszugleichen, die nervösen Hände zu beschäftigen oder weil sie immer nach dem Essen, immer beim Kaffeetrinken, immer vor dem Fernseher oder immer am Schreibtisch aus Gewohnheit rauchen.

1.2.4. Behandlung

Die körperliche Entwöhnung von der Droge Tabak dauert nur wenige Tage und verursacht nur leichte Entzugserscheinungen. Weitaus stärker ist dagegen meist die seelische Abhängigkeit vom Rauchen.⁷ Zur medizinischen Unterstützung der Entwöhnung stehen den Betroffenen eine Vielzahl an Nikotinersatzpräparaten zur Auswahl. Des Weiteren werden zahlreiche Methoden wie Akupunktur, begleitende Literatur, etc. zur Raucherentwöhnung angeboten.

⁶Lexikon der Süchte 2002, S.6/7

⁷Lexikon der Süchte 2002, S.37/38

2. Illegale Drogen

Illegale Suchtmittel sind alle Suchtmittel, deren Herstellung, Anbau, Einfuhr, Besitz oder Verkauf nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind.

Zu den wichtigsten illegalen Drogen gehören u.a.:

- ▷ Cannabis
- ▷ Kokain
- ▷ Ecstasy
- ▷ Heroin/Opiate

Wenn von Drogenkonsum gesprochen wird, sind meist die illegalen Suchtmittel gemeint.⁸

2.1. Cannabis

2.1.1. Wirkstoff und Konsumform

Cannabis ist der lateinische Name für Hanf. Der berauschende Wirkstoff Delta-1-THC (Tetrahydrocannabinol) wird aus der indischen Hanfpflanze gewonnen. Dieser Stoff ist die Droge in Cannabis, die Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen beeinflusst. Die beiden bekanntesten berauschenden Cannabisprodukte sind Haschisch und Marihuana.

Haschisch wird auch als *Dope* oder *Shit* bezeichnet. Er wird aus dem Harz, dem Pflanzensaft der Hanfpflanze, gewonnen und meist zu braunen oder schwarzen Platten und Klumpen gepresst. Haschisch hat einen THC-Gehalt von 5 bis 7 Prozent.

Marihuana wird auch als *Gras* bezeichnet. Es besteht aus den getrockneten Blüten, Blättern und Stengeln der weiblichen Hanfpflanze. Der THC-Gehalt beträgt 1 bis 7 Prozent.

Vermischt mit Tabak werden Cannabisprodukte meist in selbstgedrehten *Joints* oder

Sticks geraucht. Seltener ist das Einbacken in Kuchen und Kekse, die Zubereitung als Tee oder das Rauchen in Wasserpfeifen.

2.1.2. Wirkung

Die Wirkung von Cannabis ist individuell sehr unterschiedlich und hängt stark von der momentanen Grundstimmung der Konsumentin und des Konsumenten ab. Allgemeines Wohlbefinden kann sich zur Heiterkeit steigern, Niedergeschlagenheit wird möglicherweise verstärkt. Konsumentinnen und Konsumenten berichten von angenehmen Wirkungen wie: Entspannung und Ausgeglichenheit, ausgeprägte Hochgefühle (*High-Gefühl*), Gesprächigkeit und bessere Kontaktfähigkeit, intensivere Wahrnehmung, Anregung des Appetits (Haschhunger). Bei erhöhtem Konsum oder negativer Grundstimmung treten unangenehme Wirkungen auf: Ruhelosigkeit, Sinnestäuschungen, Angst und Panik, Orientierungsverlust.

Die Wirkung von Cannabis tritt direkt nach dem Konsum ein und kann bis zu vier Stunden anhalten. Cannabis beeinflusst die Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit. Die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses und das abstrakte Denken werden herabgesetzt. Es besteht erhöhte Unfallgefahr beim Bedienen von Maschinen und beim Autofahren. Auch die körperliche Leistungsfähigkeit wird vermindert. Bedenklich ist hierbei die lange Verweildauer des Wirkstoffes im Körper.

2.1.3. Risiken

Da Cannabis meist geraucht wird, bestehen die gleichen Gesundheitsrisiken wie beim Tabakrauchen. Erkrankungen der Atemwege und Lungenkrebs können die Folge sein. Zudem enthält der Rauch eines Joints zahlreiche Schadstoffe, deren Wirkung auf den menschlichen Körper noch ungeklärt ist. Bei seltenem Cannabiskonsum konnten keine Gesundheitsschäden festgestellt werden.

⁸Lexikon der Süchte 2002, S.21

Cannabis verursacht wahrscheinlich keine körperliche Abhängigkeit, denn beim Absetzen der Droge treten keine körperlichen Entzugserscheinungen wie zum Beispiel bei Alkohol auf. Bei häufigem Cannabiskonsum entwickelt sich langsam eine seelische Abhängigkeit mit dem ständigen Bedürfnis, durch die Droge ein bestimmtes Wohlbefinden herzustellen. Die Abhängige oder der Abhängige fällt langfristig in Lustlosigkeit und Verwirrtheit. Diese Persönlichkeitsänderungen führen häufig zu Problemen in Beruf und Familie. Gelegentlich wird der Ausbruch bereits vorhandener psychischer Erkrankungen begünstigt. Cannabiskonsum gilt aber nicht als Ursache solcher Erkrankungen.

⇒ Häufig wird Cannabis als Einstiegsdroge zum Konsum härterer Drogen wie Heroin angesehen. Dies kann jedoch nicht bestätigt werden.

Zwar haben etwa 90 Prozent der Heroinabhängigen vorher auch Cannabis konsumiert, aber lediglich 5 Prozent der Cannabiskonsumtinnen und Cannabiskonsumanten steigen auf Heroin um. Da es sich bei Cannabis um eine illegale Droge handelt, besteht immer die Gefahr, durch den Kontakt zur Drogenszene auch leichter an härtere Drogen zu geraten.

Insgesamt sind wenige Menschen, die Cannabis nehmen, abhängig. Die meisten konsumieren dieses Rauschmittel nur gelegentlich. Weil Cannabis nicht körperlich abhängig macht und seelische Abhängigkeit sehr langsam eintritt, gehört Cannabis zu den weniger gefährlichen illegalen Drogen.⁹

2.1.4. Behandlung

Da Cannabis nach heutigem Kenntnisstand keine körperliche Abhängigkeit verursacht und somit beim Absetzen der Droge keine

Entzugserscheinungen auftreten, ist diesbezüglich keine Behandlung erforderlich. Handelt es sich bei dem Konsum um einen missbräuchlichen und exzessiven Konsum, der mit einer seelischen Abhängigkeit einhergeht, ist je nach Einzelfall eine begleitende Entwöhnungsbehandlung zum Beispiel eine Psychotherapie sinnvoll und angezeigt.

2.2. Kokain und Crack

2.2.1. Wirkstoff und Konsumform

Kokain ist ein weißes, bitter schmeckendes Pulver. Es ist der Suchtstoff, der aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen wird. Der Kokastrauch wird in Südamerika, in den Anden, angebaut. Mitte des letzten Jahrhunderts wurde aus importierten Kokablättern erstmals auf chemische Weise der Wirkstoff Kokain gewonnen und als Arzneimittel auf den Markt gebracht. Kokain galt zeitweilig als Wundermittel. Kokain ist heute eine illegale Droge, deren Gebrauch, Einfuhr, Handel und Anbau in Deutschland verboten ist. Kokainkonsum wird auch als Koksen bezeichnet. Meist wird das Pulver geschnupft, seltener gespritzt.

2.2.2. Wirkung

Die Wirkung von Kokain ist je nach Art des Konsums unterschiedlich. Gespritztes Kokain wirkt stärker als geschnupftes, die Suchtgefahr und die Gefahr einer Überdosierung erhöht sich. Kokain regt an, beeinflusst das Gehirn und Nervensystem und beschleunigt den Kreislauf. Kokain hat zunächst folgende Wirkungen: stark aufputschend, leistungssteigernd, Überaktivität, Rededrang, Selbstüberschätzung, Hemmungslosigkeit und bewirkt ein Gefühl der Stärke. Die angenehmen Gefühle halten jedoch meist nicht lange an. Nach etwa einer Stunde machen sich Unlust, Müdigkeit, manchmal auch Depressionen bemerkbar. Bei längerer Einnahme und höhe-

⁹Lexikon der Süchte 2002, S.22/23

rer Dosierung können auch Aggressionen und Verfolgungswahn auftreten.

2.2.3. Risiken

Zu hohe Kokaindosierungen können zu Kreislaufüberlastung, Herzversagen, Atemstillstand und Tod führen. In Kombination mit Alkohol erhöht sich diese Gefahr. Wegen der Selbstüberschätzung der Kokainkonsumentin oder des Kokainkonsumenten sind auch gefährliche Kurzschlusshandlungen möglich. Die Konsumentinnen und Konsumenten werden zunehmend unsensibler für ihre Mitmenschen und entwickeln ein größenwahnsinniges Verhalten. Die nervliche Überlastung kann zu Minderung der Selbstkontrolle, Aggressionen und Gewalt führen. Kokainmissbrauch durch Spritzen kann langfristig zu einer Schwächung des Immunsystems und zu Leberschäden führen. Kokain schnupfen schädigt die Nasenschleimhaut und führt zu Entzündungen der Nasenscheidewand. Es entwickeln sich Schlaflosigkeit, Appetitstörungen und daraus folgende Mangelercheinungen. Das Gefühlsleben verkümmert, zwischenmenschliche Beziehungen erfolgen oft nur noch zur Beschaffung des Rauschmittels.

Der hohe Preis hat den Konsum zunächst auf einkommensstarke Personengruppen beschränkt. Inzwischen breitet sich die Droge jedoch aus, besonders in ihrer noch gefährlicheren Billigvariante Crack.¹⁰

Crack wird aus Kokain hergestellt, das mit Backpulver und Wasser zu kleinen Kristallen, so genannten Rocks, aufgekocht wird. Es entsteht gestrecktes Kokain, das weitaus preiswerter ist als reines Kokain. Crack kann im Gegensatz zu Kokain geraucht werden.

Die Wirkung von Crack ist der von Kokain ähnlich. Aus bislang ungeklärter Ursache ist die Wirkung jedoch weitaus stärker und gefährlicher als die von Kokain. Es wirkt innerhalb von Sekunden auf die Vorgänge im Ge-

hirn, so dass der Rausch schlagartig eintritt. Die zunächst erfolgende Anregung und Steigerung der Konzentrationsfähigkeit fällt dann plötzlich in das genaue Gegenteil ab und verwandelt sich in einen dramatischen psychischen Verfall. Beim Crackkonsum kann die körperliche und seelische Abhängigkeit sehr schnell eintreten. Zu hohe Crackdosierungen können zu Atemlähmung und Herzstillstand führen. Lungenschäden, Bluthochdruck, Appetitlosigkeit und Abmagerung sind Folgen des Crackkonsums. Zudem können Zustände, die einer Geisteskrankheit ähneln, ausgelöst werden.¹¹

Eine Kokainabhängigkeit liegt vor, wenn der betroffene Mensch nicht mehr in der Lage ist, auf Kokain zu verzichten. Die körperliche Abhängigkeit beim Kokainkonsum ist gering, beim Absetzen der Droge entstehen keine körperlichen Entzugserscheinungen. Dagegen sind die seelischen Entzugserscheinungen sehr schwer. Abhängige fallen in Depressionen und Lustlosigkeit.

Die eigene Lebensenergie sinkt durch die ständige Zufuhr des Kokains. Das Leben der Süchtigen wird vollständig durch den Zwang, Kraft aus der Droge Kokain zu schöpfen, geprägt. Sozialer Abstieg, Gesundheitsschäden wie Abmagerung, chronische Müdigkeit, Herzschwäche und durch das Schnupfen verätzte Nasenscheidewände sind mögliche Folgen.

2.2.4. Behandlung

Kokainsucht ist als Krankheit anerkannt. Deshalb übernehmen die Krankenkassen bzw. die Rentenversicherer die Behandlung. Da Kokain kaum körperliche Abhängigkeit verursacht – beim Absetzen der Droge treten hauptsächlich Schlaflosigkeit, Angst und Kraftlosigkeit auf – genügt zu einer Entwöhnung ein kurzer stationärer Aufenthalt. Um die seelische Abhängigkeit von der Droge Kokain zu bewälti-

¹⁰Lexikon der Süchte 2002, S.22/23

¹¹Lexikon der Süchte 2002, S.25/26

gen, ist meist eine unterstützende Psychotherapie nötig.¹²

2.3. Ecstasy

2.3.1. Wirkstoff und Konsumform

Ecstasy ist eine chemisch hergestellte weiße, geruchlose Substanz (3,4-Methylenedioxy-Methylamphetamin, kurz MDMA). Ecstasy wird auch als Adam, XTC, E oder Emphaty bezeichnet. Nicht alle Tabletten, die unter dem Namen Ecstasy auf dem illegalen Drogenmarkt angeboten werden, enthalten ausschließlich den Stoff MDMA, sondern oft ähnliche Substanzen, am häufigsten den verwandten Stoff MDA. Gelegentlich enthalten Ecstasytabletten auch völlig andere Wirkstoffe. Eine äußere Unterscheidung der angebotenen Drogen ist nicht möglich.

2.3.2. Wirkung

Mit dem Boom der Technopartys, so genannten Raves, stieg auch die Verbreitung der Partydroge Ecstasy. Technopartys ziehen sich häufig von Freitagabend über das ganze Wochenende hin. Dabei geben sich die tanzenden Fans über einen langen Zeitraum ganz dem Rhythmus der Musik hin. Dies erfordert die volle körperliche Leistungsfähigkeit, die dann häufig durch den Konsum einer Droge erhöht werden soll. Zudem kann durch Ecstasy das rauschhafte Erlebnis einer Nacht in der Disco intensiviert werden. Weil Ecstasy angeblich den Zugang zu Gefühlen erleichtert, wird es auch als *Herzöffner* bezeichnet.

Die Wirkung von Ecstasy auf das Gehirn und Nervensystem beginnt nach etwa 40 Minuten. Es beeinflusst die körperlichen Funktionen und das Denken sowie die Wahrnehmung der Umgebung. Konsumentinnen und Konsumenten beschreiben angenehme Verhaltens- und Gefühlsänderungen: Sinnesreize werden

verstärkt und als besonders schön erlebt, ein Gefühl der Liebe für andere Menschen breitet sich aus, Ängste werden gemindert, das Selbstbewusstsein wird gestärkt, die Energie scheint unerschöpflich. Befindet sich die Ecstasykonsumentin oder der Ecstasykonsument in einer negativen Grundstimmung, können auch unangenehme Gefühlsänderungen auftreten: Ängste und Schwächen werden verstärkt, Depressionen können ausgelöst werden, Wahrnehmungen können zum Horrortrip werden. Ecstasy beeinflusst auch die körperlichen Funktionen. Blutdruck und Pulsfrequenz steigen und die Körpertemperatur erhöht sich. Nach etwa sechs Stunden verringert sich die Wirkung von Ecstasy und die Konsumentinnen und Konsumenten sind meist erschöpft, deprimiert und leiden unter Schläfrigkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationschwäche.

2.3.3. Risiken

Da Ecstasy eine illegale Droge ist, werden die Pillen in illegalen Laboratorien hergestellt und auf dem Schwarzmarkt verkauft. Mehr noch als bei anderen Drogen besteht hier die Gefahr, dass dem Stoff weitere gefährliche Substanzen zugefügt worden sind. Es gibt keinerlei Möglichkeit, sich gegen verunreinigte, gestreckte oder mit weiteren Suchtstoffen versehene Pillen zu schützen. Oft können die Dealer selbst nicht genau sagen, was ihre Drogen enthalten. Das Risiko des Ecstasykonsums ist daher schwer einzuschätzen.

Die kraftgebende Wirkung von Ecstasy ist trügerisch. Die Konsumentin oder der Konsument fühlt sich zwar fit und kann die ganze Nacht tanzen, doch der Körper wird extrem belastet. Laute Musik, flackerndes Licht, Hitze in der Umgebung und gleichzeitig erhöhte Körpertemperatur fordern Herz- und Kreislaufsystem bis an seine Grenzen. Die normalerweise von einem erschöpften Körper ausgehenden Warnsignale sind unter der Wirkung der Droge nicht mehr zu spüren. Die be-

¹²Lexikon der Süchte 2002, S.41/42

rauschte Tänzerin oder der berauschte Tänzer gönnt sich unter Umständen weder Pausen noch trinkt sie bzw. er genügend. Hitzschlag, Kreislaufversagen und Herzstillstand oder Schock können die Folgen sein.

Da Ecstasy eine typische Droge der 90er Jahre ist, liegen noch keine sicheren Forschungsergebnisse zu den Folgen längeren oder häufigeren Ecstasykonsums vor. Vermutlich schädigt langfristiger Ecstasykonsum die Nervenzellen des Gehirns und beeinflusst die Informationsverarbeitung im Gehirn, was zu Gedächtnisstörungen und Stimmungsschwankungen führen kann. Eine weitere Gefahr von Ecstasy hängt eng mit dem Lebensstil der Technofans zusammen. Feiern und *gut drauf sein* – besonders am Wochenende – wird zunehmend wichtiger. Der Alltag am Wochenbeginn wird mit Erschöpfung und Desinteresse begonnen. Aufgaben und Pflichten werden vernachlässigt. Und um den Alltag bewältigen zu können, greifen manche Raver dann auch zu anderen Drogen.

Eine körperliche Abhängigkeit entsteht beim Konsum von Ecstasy nicht, denn das Absetzen der Droge verursacht keine körperlichen Entzugserscheinungen. Die Gefahr einer seelischen Abhängigkeit ist dagegen groß. Das schöne Erlebnis einer Party, der liebevolle Umgang miteinander im Ecstasyrausch drängen nach Wiederholung. Die Sucht nach Partys kann langfristig die erste Stelle im Leben einnehmen und zur Vernachlässigung anderer Lebensbereiche führen.¹³

2.3.4. Behandlung

Da Ecstasy keine körperliche Abhängigkeit verursacht, ist eine medizinische Behandlung bei der Entwöhnung nicht zwingend erforderlich. Zur Behandlung der möglicherweise entstandenen psychischen Abhängigkeit kann eine begleitende Entwöhnungsbehandlung, zum

Beispiel durch eine Psychotherapie, angezeigt sein.

2.4. Heroin und Opiate

2.4.1. Wirkstoff und Konsumform

Heroin, Opium und Morphin werden unter dem Begriff Opiate zusammengefasst. Alle diese Suchtstoffe werden aus dem Schlafmohn gewonnen und beeinflussen Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen. Morphin wird als stärkstes Schmerzmittel bei Schwerstkranken eingesetzt. Opium ist der eingetrocknete Milchsaft des Schlafmohns, Morphin ein Bestandteil des Opiums. Heroin entsteht durch eine chemische Weiterverarbeitung des Opiums.

Heroin wird sehr unterschiedlich konsumiert, so zum Beispiel gespritzt (gefixt), geraucht oder eingeatmet (inhaliert). Beim Fixen wird Heroin durch Erhitzen – meist in einem Löffel – verflüssigt und in die Arm- oder Beinvenen gespritzt. Beim Heroinrauchen wird das Heroin zum Beispiel mit Tabak vermischt geraucht. Beim Inhalieren, dem sogenannten Folierrauchen, wird das Heroin erhitzt und die entstehenden Dämpfe mit einem Röhrchen eingeatmet.

2.4.2. Wirkung

Die Wirkung von Heroin ist je nach Art des Konsums unterschiedlich. Gespritztes Heroin wirkt am stärksten, inhaliertes Heroin schwächer auf das zentrale Nervensystem. Konsumentinnen und Konsumenten beschreiben folgende Wirkungen des Heroins: starkes Hochgefühl (Flash), erhöhtes Selbstvertrauen, Schmerz- und Angstlinderung, Beruhigung, Schläfrigkeit.

2.4.3. Risiken

Heroinkonsum blockiert die körpereigene Endorphinproduktion. Statt der Endorphine

¹³Lexikon der Süchte 2002, S.27/28

wird das Heroin in den Stoffwechsel eingebaut, es wirkt erheblich stärker. Um immer wieder die gewünschte Wirkung zu erzielen, muss die Dosis ständig gesteigert werden. Da die Menge des Wirkstoffs im Heroin meistens nicht bekannt ist, wächst das Risiko einer häufig tödlichen Überdosierung. Zudem riskieren Konsumentinnen und Konsumenten durch Strecksubstanzen, die dem Heroin zugefügt sind, schwere Organschäden. Des Weiteren besteht beim Heroinspritzen die Gefahr, sich beim gemeinsamen Benutzen von Spritzen mit HIV oder Leberentzündung bzw. Gelbsucht (Hepatitis) zu infizieren.

Heroin gehört, wie alle Opiate, zu den stärksten illegalen Drogen.

⇒ Die Gesundheitsschäden, die durch die Substanz selbst verursacht werden, sind allerdings geringer als die Schäden, die durch Missbrauch von Alkohol entstehen.¹⁴

Heroinabhängigkeit ist die Suchtform, bei dem es der Konsumentin/dem Konsumenten nicht mehr gelingt, den Konsum einzustellen. Die körperliche Abhängigkeit entsteht bei Heroinkonsum besonders schnell. Der Stoffwechsel stellt sich auf die Droge ein. Das Absetzen der Droge verursacht quälende Entzugserscheinungen. Aufgrund der Illegalität von Heroin wird der Stoff nur auf dem Schwarzmarkt gehandelt, was einen sehr hohen Preis verursacht. Da Heroinkonsumentinnen und Heroinkonsumenten immer höhere Dosierungen des Stoffes und somit auch immer mehr Geld benötigen, sind Beschaffungskriminalität und/oder Prostitution sehr oft die Folge, was häufig den sozialen Abstieg und Gefängnisstrafen mit sich bringt. Abhängige verlieren zudem häufig nach und nach den Kontakt zu ihren Freunden und Familien.

¹⁴Lexikon der Süchte 2002, S.31/32

2.4.4. Behandlung

Heroinsucht ist als Krankheit anerkannt. Deshalb übernehmen die Krankenkassen bzw. die Rentenversicherungen die Behandlung. Ohne fachliche Unterstützung ist es kaum möglich, sich von der Heroinabhängigkeit zu befreien. Bei der Behandlung steht zunächst die körperliche Abhängigkeit von der Droge im Vordergrund. Dem Körper wird die Droge entzogen, er wird entgiftet. Das Absetzen des Heroins ist mit starken, unangenehmen Entzugserscheinungen verbunden. Heroinentzug wird deshalb in einer Fachklinik durchgeführt. Nachdem der Körper von der Droge unabhängig geworden ist, wird die seelische Abhängigkeit behandelt. Eine solche Therapie kann in einer Fachklinik oder auch ambulant in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.¹⁵

Seit einigen Jahren gibt es Programme, Heroinabhängigen mit dem Ersatzstoff Methadon o.ä. die Rückkehr zu einem (fast) normalen Leben zu ermöglichen, die sog. Substitution¹⁶.

¹⁵Lexikon der Süchte 2002, S.39/40

¹⁶vom Arzt überwachte Abgabe von Drogenersatzstoffen, meist unterstützt durch eine psychosoziale Begleitbetreuung

Teil II.

Die Drogensituation in Europa

In diesem Teil wird die Drogensituation innerhalb Europas anhand des Konsums der verschiedenen Suchtmittel in der Bevölkerung und der Drogenpolitik in Europa dargestellt.

Bei den Recherchen zu diesem Kapitel wurde deutlich, dass nur eingeschränkt flächendeckende, detaillierte Angaben über den Konsum von Drogen in Europa vorhanden sind bzw. sich die Werte je nach Quelle unterscheiden können. Durch die ungenauen und teilweise unterschiedlichen statistischen Angaben wird die Schwierigkeit deutlich, ein derart sensibles Thema wie den Konsum von Suchtmitteln – vor allem im Bereich der illegalen Drogen – in aussagekräftigen, statistischen Daten zu erfassen.

Die nachfolgenden Angaben können somit lediglich als Richtwerte und Anhaltspunkte gewertet werden, welche allerdings durchaus Trends, Entwicklungen und Schwerpunkte bezüglich der Drogensituation in Europa erkennbar werden lassen.

3. Konsumverhalten der Bevölkerung

Dieser Abschnitt zeigt verschiedene statistische Angaben bezüglich der Drogenerfahrung in der europäischen Bevölkerung auf. Dabei muss beachtet werden, dass *Drogenerfahrung* in vielen Fällen einen einmaligen oder seltenen Konsum von Drogen bedeutet. Nachdem die Droge *probiert* wurde, wird der Konsum in den meisten Fällen im Laufe der Zeit wieder

eingestellt. Der Konsum im Lebenszeitraum ist deshalb nur ein grober Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums zu einem gegebenen Zeitpunkt. Hier werden Personen mitberücksichtigt, deren Drogenerfahrungen oft bis zu 20 oder 30 Jahren zurück liegt. Der Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ist daher ein geeigneterer Indikator, um Anhaltspunkte über die aktuellen Konsumentenzahlen zu erheben.¹⁷

Davon abgesehen müssen bei der Interpretation die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Länder berücksichtigt werden, aber auch die Unterschiedlichkeit der Messmethoden, der Definitionen, der technischen Möglichkeiten etc.

Auch muss gerade im Zusammenhang mit den Angaben zu drogenbedingten Todesfällen bedacht werden, dass aus diesen Angaben nicht unmittelbar auf die Prävalenz von Drogenkonsum¹⁸ oder dessen Intensität geschlossen werden kann. Der Anstieg bzw. die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle kann in verschiedenen Rahmenbedingungen und Faktoren wie Messmethoden, Definitionen, aber auch im vorhandenen Hilfesystem, etc. begründet liegen.

Die aufgeführten Daten beruhen im Bereich der illegalen Drogen hauptsächlich auf dem Jahresbericht 2004 zum Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen, welcher von der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht verfasst wurde. Die statistischen Daten beziehen sich hierbei überwiegend auf das Jahr 2002.

3.1. Alkohol

⇒ Die Europäische Region der WHO¹⁹, welche etwa 870 Millionen Menschen in 51

¹⁷Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.15

¹⁸Erläuterung siehe Anhang

¹⁹World Health Organisation, Welt-Gesundheits-Organisation

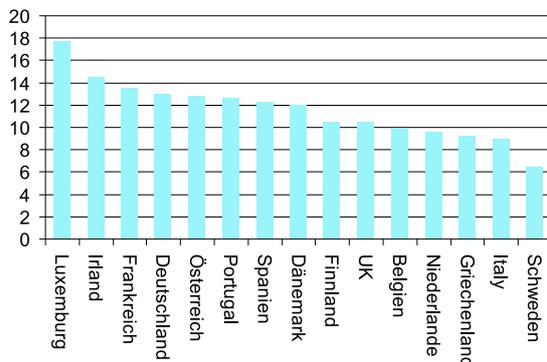


Abb. 1: Pro Kopf Verbrauch reinen Alkohols (in Litern) in der über 15jährigen Bevölkerung im Jahr 2001²¹

Ländern umfasst, hat den höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Welt.

Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Ländern.²⁰

Abbildung 1 zeigt den europäischen Ländervergleich anhand des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol.

Für den Zehn-Jahres-Zeitraum von 1988 bis 1998 lässt sich sagen, dass acht Länder der Europäischen Region – basierend auf dem erfassten Verbrauch – einen relativ konstanten Alkoholkonsum hatten. Elf Länder zeigen eine tendenzielle Zunahme, 13 eine Abnahme. Regional betrachtet sind gewisse Muster zu erkennen. Die nordischen Länder zeigen einen gleichbleibenden Verbrauch; nur in Schweden geht er zurück. In den baltischen Ländern Lettland und Litauen steigt der Konsum, während Estland einen leichten Rückgang verzeichnet. Unter den 15 Ländern der Europäischen Union ist Irland das einzige Land, in dem der Konsum beträchtlich ansteigt. In geringerem Umfang nimmt er auch in Griechenland, Luxemburg und Portugal zu. Im Rest

²⁰Alkohol in der Europäischen Region, 2001, S.95

²¹Quelle: WHO Health for All Database in Alcohol and Illicit Drugs 2004

der Europäischen Union sinkt der Alkoholkonsum in sechs Ländern, in fünf Ländern ist er stabil.

Daten zur Prävalenz²² der Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung liegen für 14 west-, mittel- und osteuropäische Länder vor. Es zeigt sich eine breite Spanne zwischen den 11,5% der als alkoholabhängig einzustufenden Bevölkerung in Finnland und Kroatien und den 1,2% dieser Gruppe in den Niederlanden. Da die Schätzungen in den einzelnen Ländern aus verschiedenen Screening-Methoden²³ abgeleitet wurden, sind diese Vergleiche zwischen den Ländern allerdings mit Vorsicht zu sehen.

⇒ Der Durchschnitt der Alkoholabhängigkeit in den statistisch erfassten europäischen Ländern wird auf 5% der Bevölkerung geschätzt.

Wie bereits in Abschnitt 1.1 auf Seite 9 beschrieben, beinhaltet der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Alkohol erhebliche gesundheitliche Risiken. Die Schäden, die durch den Konsum von Alkohol entstehen, stellen in Europa ein erhebliches gesundheitliches Problem dar.

⇒ So weist die Europäische Region die höchste Rate an alkoholbedingten Schäden in der Welt auf.

⇒ Man geht davon aus, dass etwa 9% aller Ausgaben für Krankheit in der Region auf den Genuss alkoholischer Getränke zurück gehen.

Die Schätzung, dass die gesamtgesellschaftlichen Kosten durch den Konsum von Alkohol zwischen einem und 3% des Bruttoinlandsproduktes betragen, schließt die Kosten durch Produktionsausfälle (in Form von Fehlzeiten,

²²Verbreitung/Häufigkeit/Anteil

²³Methoden mit bestimmten Auswahlkriterien

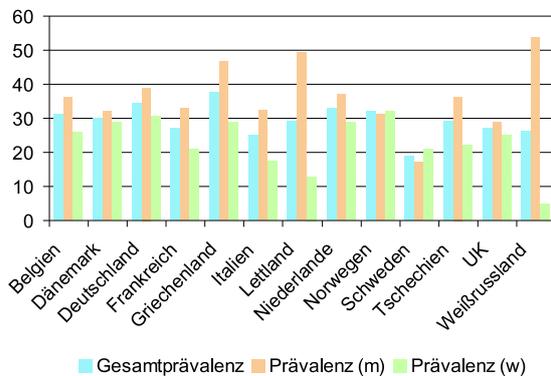


Abb. 2: Prävalenzen des Tabakkonsums in der erwachsenen Bevölkerung (in %) von 1999-2001²⁶

Krankheit, Unfällen und geringerer Leistungsfähigkeit), Unfälle (besonders Verkehrsunfälle), Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung, Behandlungskosten, Aufwendungen der Sozialversicherung (für Behinderung, Frühverrentung, Invalidität) und Kosten für das Gemeinwesen (durch Verbrechen, Strafverfolgung, Justizvollzug) mit ein.

⇒ Global betrachtet schätzt die WHO, dass in den entwickelten Ländern zehn bis 11% aller Krankheits- und Todesfälle auf Alkohol zurückgehen.²⁴

3.2. Tabak

Nach Angaben der WHO hat sich die durchschnittliche Raucherprävalenz unter Erwachsenen im Zeitraum von 1999–2001 in den Ländern der Europäischen Region schätzungsweise bei 30% der Erwachsenenbevölkerung eingependelt.²⁵

Abbildung 2 zeigt die Ausprägung des Tabakkonsums der verschiedenen europäischen Länder.

²⁴Alkohol in der Europäischen Region 2001, S.96/97

²⁵Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der europäischen Region der WHO 2002, S.5

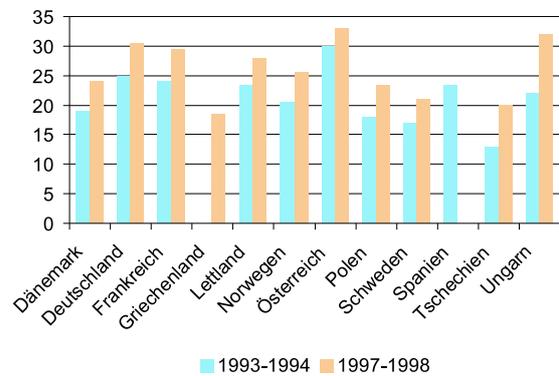


Abb. 3: Prävalenzen des Rauchens unter Jugendlichen/Schülern (in %) ²⁸

Ansteigend ist die Entwicklung der Raucherprävalenz unter Jugendlichen. Unter Jugendlichen ist das Rauchen ein fest verwurzeltes Verhalten. Die Prävalenz der Altersgruppe 15–18 Jahre liegt in Europa insgesamt schätzungsweise bei etwa 30% mit erkennbarem Aufwärtstrend (siehe Abbildung 3).²⁷

Durch die starke Ausprägung des Tabakkonsums in der europäischen Bevölkerung und die gleichzeitigen Gesundheitsrisiken, die mit dem Rauchen verbunden sind, sind die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens in Europa weitreichend.

⇒ In der Europäischen Region der WHO leben zwar nur 15% der Weltbevölkerung, aber die Region trägt nahezu ein Drittel der weltweit zu verzeichnenden tabakbedingten Krankheiten.

Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts waren Tabakprodukte für 1,2 Millionen Sterbefälle (14% aller Sterbefälle) verantwortlich.

²⁶Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der europäischen Region der WHO 2002, S.6–10

²⁷Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der europäischen Region der WHO 2002, S.11

²⁸Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der europäischen Region der WHO 2002, S.12/13

Obwohl sich die Anzahl der Raucher in den letzten dreißig Jahren verringert und nunmehr bei etwa 30% stabilisiert hat, befindet sich die Raucherprävalenz in der Europäischen Region weiterhin auf einem für die Gesundheit der Bevölkerung und künftiger Generationen bedenklich hohem Niveau.²⁹

⇒ Insgesamt gilt Rauchen allerdings als das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko.

3.3. Cannabis

Demographischen Erhebungen zufolge hat ein signifikanter Anteil der Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) in der Europäischen Union zumindest einmal im Leben Cannabis probiert, wobei das Spektrum zwischen 5–10% in Belgien, Estland, Ungarn und Portugal und 24–31% in Dänemark, Spanien, Frankreich und im Vereinigten Königreich liegt. Aus den Umfragen geht weiterhin hervor, dass Cannabis vor allem unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) und dabei insbesondere unter den 20–30jährigen verbreitet ist.

Cannabis ist damit nach wie vor die am weitesten verbreitete und am häufigsten konsumierte illegale Droge in der Europäischen Union, obwohl zwischen den einzelnen Ländern erhebliche Unterschiede bestehen.³⁰

Größtenteils findet Cannabiskonsum eher gelegentlich statt oder wird nach einiger Zeit eingestellt. In den meisten Ländern der Europäischen Union berichten nur 20–40% aller Erwachsenen, die jemals im Leben Cannabis probiert haben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben und lediglich 1–10% geben an, die Droge in den letzten 30 Tagen eingenommen zu haben.

Eine geringe, allerdings bedeutende Zahl der 15jährigen Schülerinnen und Schüler in der

²⁹Europäische Anti-Tabak-Strategie 2002, S.1

³⁰Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.10

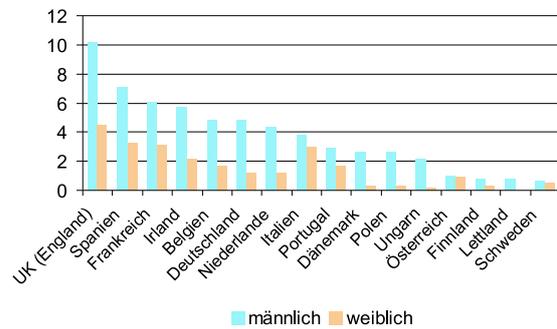


Abb. 4: Prävalenz starken Cannabiskonsums unter 15jährigen Schülern, nach Geschlecht, 2001/2002³²

Europäischen Union, die Cannabis im vergangenen Jahr konsumiert haben, gibt an, die Droge 40mal oder häufiger konsumiert zu haben (*starker Cannabiskonsum*, Abbildung 4). Ein derartig intensiver Cannabiskonsum ist Besorgnis erregend, insbesondere deshalb, weil in der Gruppe der Jugendlichen besonders negative Folgen auftreten können.³¹ Es wird darüber hinaus deutlich, dass Schüler zweimal häufiger als Schülerinnen starke Konsumenten sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der gelegentliche Cannabiskonsum, vor allem in der Freizeit, in den 90er Jahren in vielen europäischen Ländern zugenommen hat, sich jetzt jedoch, zumindest in einigen Ländern, zu stabilisieren beginnt. Der aktuelle Konsum hat vermutlich ebenfalls zugenommen, insbesondere unter jungen Menschen.³³

Über 30 Länder werden als Quelle des in Europa sichergestellten Cannabis angegeben, was das globale Ausmaß der Cannabisproduktion

³¹Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.28/29

³²Currie et al. (2004), HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey im Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.30

³³Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.30

veranschaulicht. Europa ist weltweit der größte Markt für Cannabisharz, wobei der größte Teil aus Marokko stammt, das derzeit die Hauptquelle für diese Cannabisform darstellt. Cannabis wird inzwischen auch in den meisten europäischen Ländern angebaut, obwohl in allen Ländern, mit Ausnahme der Niederlande, importierte Cannabisprodukte nach wie vor dominieren. Die Stärke des importierten Cannabis in Europa scheint seit einigen Jahren relativ konstant zu sein. Das in Europa selbst mit intensiven Methoden angebaute Cannabis ist in der Regel stärker, d. h. es weist einen höheren THC-Anteil aus.³⁴

3.4. Kokain

Nach jüngsten Erhebungen innerhalb der Bevölkerung der Europäischen Union haben zwischen 0,5 und 6% der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei Spanien und das vereinigte Königreich das obere Ende des Spektrums bilden. Jüngster Kokainkonsum während der letzten 12 Monate wird im Allgemeinen von weniger als 1% der Erwachsenen angegeben, wobei sich jedoch die jüngste Prävalenz in Spanien und im vereinigten Königreich auf über 2% beläuft.

Unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) schwankt die Lebenszeitprävalenz zwischen 1 und 10%. Der jüngste Konsum in den letzten 12 Monaten liegt in dieser Altersgruppe in den verschiedenen Mitgliedsstaaten bei 0,1–4,6% (siehe Abbildung 5).

In der Allgemeinbevölkerung wird der Kokainkonsum entweder nach einer Phase des Experimentierens im jungen Erwachsenenalter eingestellt oder gelegentlich – hauptsächlich an Wochenenden und in Freizeitsettings – fortgesetzt. In weiteren Erhebungen wurden

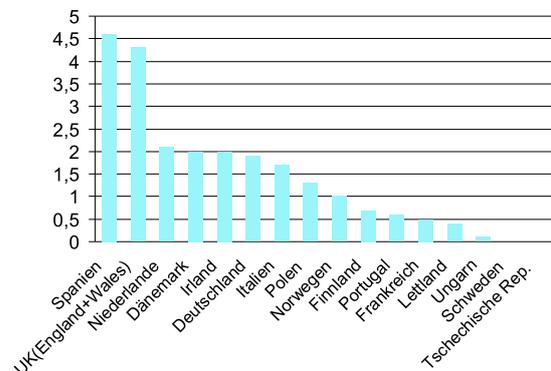


Abb. 5: Jüngster Konsum (vergangenes Jahr) von Kokain unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) in %³⁵

bestimmte Gruppen ermittelt, deren Kokainkonsum über dem der Allgemeinbevölkerung liegt, zum Beispiel die Gruppe der jungen Männer von 15–24 Jahren. Auch haben zielgerichtete Studien unter Besuchern von *Dance Clubs* eine Lebenszeitprävalenz von 40–60% ergeben.

Entwicklungen im Kokainkonsum sind auf nationaler Ebene schwer zu verfolgen, da kaum zusammenhängende nationale Erhebungsreihen vorliegen und in manchen Fällen die Zahl der Stichproben gering ist. Der jüngste Konsum von Kokain unter Jugendlichen scheint im Vereinigten Königreich bis 2002 kontinuierlich gestiegen zu sein und möglicherweise im geringeren Maße auch in Dänemark, Deutschland, in den Niederlanden und in Spanien.³⁶

⇒ Todesfälle aufgrund einer Kokain-Intoxikation³⁷ ohne Anzeichen eines gleichzeitigen Opiatkonsums scheinen in Europa selten aufzutreten.

In einigen Ländern wird Kokain in Kombination mit Opiaten bei einem hohen Prozent-

³⁴Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.10

³⁵Nationale Reitox-Berichte 2003 im Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.35

³⁶Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.44/45

³⁷Kokainvergiftung

satz der drogenbedingten Todesfälle festgestellt (Portugal: 22%, Spanien: 46%). Diese Zahl ist in anderen Ländern möglicherweise genau so hoch, doch schreiben die Meldesysteme diese Todesfälle in der Regel ausschließlich den Opiaten zu, wenn diese nachgewiesen werden. Der Anteil der Todesfälle, die ausschließlich auf Kokain und nicht auf Opiate zurück zu führen sind, liegt zwischen 1 und 10%. Die absoluten Zahlen sind jedoch niedrig.³⁸

Kolumbien ist weltweit mit Abstand der größte Lieferant von illegalem Koka, gefolgt von Peru und Bolivien. Der Großteil des in Europa sicher gestellten Kokains gelangt direkt aus Lateinamerika (vor allem aus Kolumbien) oder über Zentralamerika und die Karibik auf den europäischen Markt. Die wichtigsten Transitländer für die Einfuhr von Kokain in die Europäische Union sind Spanien, Portugal und die Niederlande und in geringem Maße Frankreich und das Vereinigte Königreich. Der *Commission on Narcotic Drugs* zufolge ist Kokain nach Cannabis und Cannabisharz die weltweit am dritthäufigsten gehandelte Droge.³⁹

3.5. Ecstasy

Nach den Umfragen in der Bevölkerung sind Amphetamine nach Cannabis traditionell die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen, wenn auch die Gesamtprävalenz deutlich geringer ist. Es wurde jedoch festgestellt, dass der Ecstasy-Konsum in einigen Ländern in den letzten Jahren das Ausmaß des Amphetaminkonsums erreicht bzw. überschritten hat.

Neuesten Erhebungen zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums in der erwachsenen Bevölkerung (15–64 Jahre) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen

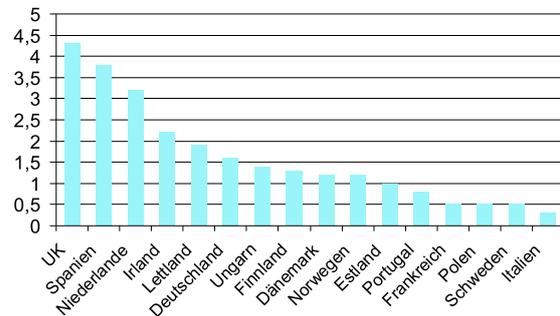


Abb. 6: Jüngster Konsum (vergangenes Jahr) von Ecstasy unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) in %⁴⁰

Union zwischen 0,5–7%. Der jüngste Ecstasy-Konsum in den letzten 12 Monaten beträgt im allgemeinen weniger als 1%. In der Gesamtbevölkerung tritt der Ecstasy-Konsum vor allem unter Jugendlichen auf. Die Lebenszeitprävalenz unter jungen Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren schwankt zwischen 2 und 11 % und die jüngste Prävalenz in den letzten 12 Monaten zwischen 0,5 und 6% (siehe Abbildung 6).

Der Ecstasykonsum ist im Allgemeinen in den 90er Jahren gestiegen. Obwohl er unter Jugendlichen vermutlich weiter steigen wird, scheint sich die Ausbreitung von Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung zumindest vorläufig stabilisiert zu haben.⁴¹

⇒ Die mit Ecstasy in Verbindung gebrachten Todesfälle sind im Vergleich zu Todesfällen im Zusammenhang mit Opiaten selten.

Dennoch rufen sie in der Öffentlichkeit große Besorgnis hervor, was vermutlich auf das

³⁸Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.46

³⁹Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik europäischen Union, 2004, S.47

⁴⁰Nationale Reitox-Berichte 2003 im Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.35

⁴¹Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.34/35

junge Alter der Todesopfer und den völlig unerwarteten Ausgang zurück zu führen ist. Die Analyse dieses Themas wird durch Definitions- und Erfassungsprobleme erschwert.

Die Daten in den *Reitox*⁴²-Berichten von 2003 deuten an, dass ecstasybedingte Todesfälle in den meisten Ländern der Europäischen Union äußerst selten auftreten. Todesfälle, die offensichtlich direkt auf Ecstasy zurück zu führen waren, sind sogar noch seltener. Weniger als 100 ecstasybedingte Todesfälle europaweit wurden im vergangenen Jahr gemeldet. Diese Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da aus einigen Ländern keine Angaben vorlagen und wenn toxikologische Befunde vorlagen, ging aus diesen hervor, dass häufig auch andere Substanzen beteiligt waren. Etwa zwei Drittel aller eingegangenen Berichte über ecstasybedingte Todesfälle stammen aus dem Vereinigten Königreich. Unklar ist, inwieweit dieses Ergebnis Ausdruck einer hohen Prävalenz des Konsums ist und in welchem Maße sie auf Unterschiede in den Meldeverfahren zurück zu führen ist.⁴³

Weltweit bleibt Europa das Hauptzentrum für die Herstellung von Ecstasy, obwohl seine relative Bedeutung abzunehmen scheint, da sich die Ecstasy-Herstellung auf andere Teile der Welt, insbesondere auf Nordamerika sowie Ost- und Südostasien, ausweitet.

Innerhalb Europas wird der Großteil von Ecstasy in den Niederlanden und in Belgien hergestellt. Der Ecstasy-Handel ist immer noch stark auf Westeuropa konzentriert, obwohl er sich, wie auch die Herstellung, in den letzten Jahren auf die ganze Welt ausgeweitet hat. In den vergangenen 5 Jahren wurde im Bereich der Europäischen Gemeinschaft die größte Ecstasy-Menge nach wie vor im Vereinigten Königreich sicher gestellt.⁴⁴

⁴²Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht

⁴³Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.10, S.37

⁴⁴Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik

3.6. Heroin und Opiate

In diesem Kapitel wird nicht ausschließlich der Konsum von Opiaten beschrieben. Vielmehr geht es um den sog. *Problematischen Drogenkonsum*. Der problematische Drogenkonsum wird als *injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetamin* definiert. Der problematische Drogenkonsum lässt sich somit in wichtige Gruppierungen unterteilen. Zum einen handelt es sich um Heroinkonsum, der historisch gesehen den Großteil des problematischen Drogenkonsums in der Mehrheit der Europäischen Union ausmacht. Zum anderen handelt es sich um den problematischen Konsum von Stimulanzien, der vorwiegend in Finnland und Schweden auftritt. Dort ist der Großteil der problematischen Drogenkonsumenten Erstkonsumenten von Amphetamin. Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik, wo Methamphetaminkonsumentinnen und Methamphetaminkonsumenten traditionell einen bedeutenden Teil der problematischen Drogenkonsumenten ausmachen.

Aufgrund unterschiedlicher Definitionen und methodischer Unsicherheiten ist es schwer, zuverlässige Schätzungen auf diesem Gebiet zu erhalten und daher ist bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern und über längere Zeiträume Vorsicht geboten.

Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums liegen zwischen zwei und zehn Fällen je 1000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahre bzw. bei bis zu 1% der Bevölkerung. Höhere Schätzwerte meldeten Dänemark, Italien, Luxemburg, Portugal und das Vereinigte Königreich, nämlich 6–10 Fälle je 1000 Erwachsene (15 bis 64 Jahre), während Deutschland, Griechenland, die Niederlande, Polen und Finnland niedrigere Raten von bis zu 4 Fällen je 1000 Erwachsene (15–64 Jahre) melden. Von den neuen Ländern der Europäischen Union liegen gut do-

in der europäischen Union, 2004, S.39

kumentierte Schätzungen nur von der Tschechischen Republik und Slowenien vor, wo die Zahlen mit 4,9; 1,9 bzw. 5,3 je 1000 Erwachsene (15–64 Jahre) im unteren bis mittleren Bereich liegen.

Das gewogene Mittel des problematischen Drogenkonsums in der Europäischen Union beträgt vermutlich 4–7 Fälle je 1000 Erwachsene im Alter von 15–64 Jahren, was 1,2 bis 2,1 Millionen Drogenkonsumenten entspricht, von denen ca. 850.000 bis 1,3 Millionen aktive injizierende Drogenkonsumenten sind.⁴⁵

Die problematischen Drogenkonsumenten in Europa scheinen eine zunehmend heterogene Gruppe zu werden. In der Vergangenheit bedeutete problematischer Drogenkonsum in vielen Ländern vor allem der Konsum von Heroin, inzwischen nehmen jedoch der polyvalente Drogenkonsum und der Konsum von Stimulanzien immer mehr zu. Obwohl Schätzungen schwierig sind, scheint der Heroinkonsum in zahlreichen Ländern relativ konstant zu sein und die Zahl der neu auftretenden Fälle von Heroinkonsum ist im Vergleich zur Situation in den 90er Jahren offenbar gesunken. Diese Analyse muss jedoch nicht unbedingt auch auf die neuen Länder der Europäischen Union zutreffen.⁴⁶

⇒ Opiate sind in Europa auch weiterhin die Hauptursache für Todesfälle im Zusammenhang mit illegalen Drogen. Jährlich werden zwischen 8.000 und 9.000 tödliche Überdosierungen gemeldet, jedoch ist diese Zahl höchstwahrscheinlich zu niedrig angesetzt.

Zwar treten zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Schwankungen auf, im Allgemeinen ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in der Europäischen Union jedoch

während der 80er und 90er Jahre kontinuierlich gestiegen.

Neben drogenbedingten Todesfällen bringt gerade der injizierende Konsum von Opiaten auch die verstärkte Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis mit sich.⁴⁷

Der Großteil des weltweit gehandelten illegalen Opiums und Heroins stammt aus nur wenigen Ländern. Die Weltproduktion von illegalem Opium im Jahr 2002 wurde auf über 4500 metrische Tonnen geschätzt, wovon 76% in Afghanistan hergestellt wurden. Der Großteil des verbleibenden Opiums kam aus Südostasien. Die weltweite Opiumherstellung ist in den letzten 5 Jahren relativ stabil geblieben.

Das in der Europäischen Union konsumierte Heroin wird vor allem in Afghanistan oder entlang der Routen des Opiumshandels, insbesondere in der Türkei, hergestellt.

Neben dem importierten Heroin werden einige Opiate auch innerhalb der Europäischen Union hergestellt. Dies ist hauptsächlich auf die Herstellung von Produkten aus selbstangebautem Mohn in einigen östlichen Ländern der Europäischen Union wie der Tschechischen Republik, Estland, Litauen und Polen beschränkt. Was die Menge betrifft, so wurde auch weltweit das meiste Heroin in Asien (52,5%) und Europa (28,1%) sicher gestellt, wobei sich die Sicherstellungen in Europa auf die westlichen Länder konzentrieren. Seit 1998 ist das Vereinigte Königreich, gefolgt von Spanien, das Land innerhalb der Europäischen Union mit der größten Zahl und Menge von Heroinsicherstellungen.⁴⁸

⁴⁵Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.50–51

⁴⁶Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.11

⁴⁷Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.12

⁴⁸Jahresbericht 2004 – Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union, 2004, S.52/53

4. Die Drogenpolitik in Europa

Die europäische Drogenpolitik unterscheidet in ihren Strategien zur Drogenbekämpfung zwischen den Bereichen der legalen und illegalen Drogen. Das folgende Kapitel wird somit den europäischen Aktionsplan Alkohol (2000–2005) der WHO, die europäische Anti-Tabak-Strategie der WHO und den Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000–2004) in den wichtigsten Elementen vorstellen. Auf die detaillierte Auflistung der verschiedenen Einzelmaßnahmen wird hierbei verzichtet, da es vielmehr um grundsätzliche Strategien und Zielrichtungen geht.

Die Bezugsquellen für die vollständigen Fassungen der verschiedenen Aktionspläne werden in den jeweiligen Kapiteln genannt.

4.1. Der europäische Aktionsplan Alkohol (2000–2005) der WHO

⇒ Die Schäden, die durch Alkohol bewirkt werden können, zu verringern, gehört zu den größten Public-Health-Aufgaben, mit denen sich die Europäische Region der WHO konfrontiert sieht.⁴⁹

Seit 1992 bietet der Europäische Aktionsplan Alkohol (EAAP) eine Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten und Programmen zur Steuerung des Alkoholkonsums in den Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO. Ziel des EAAPs für den Zeitraum 2000–2005 ist es, in der gesamten Region die Schäden, die Alkohol verursachen kann, zu verhüten und zu verringern.⁵⁰

Die übergeordneten Ziele des EAAPs (2000–2005) sind folgende:

⁴⁹Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005, 1999, S.21

⁵⁰Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005, 1999, S.VI

- ▷ es soll ein verstärktes Bewusstsein für gesundheitspolitische Konzepte geschaffen werden, mit denen die Aufgabe angegangen werden kann, die Schäden, die der Alkohol verursachen kann, zu verhüten;
- ▷ das Risiko alkoholbedingter Probleme, die in den unterschiedlichsten Zusammenhängen, beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft oder bei Anlässen, wo getrunken wird, auftreten könnten, soll verringert werden;
- ▷ die alkoholbedingten Schäden wie Todesfälle, Unfälle, Gewalttätigkeit, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie Familienkrisen sollen sowohl vom Umfang als auch von ihrer tiefgreifenden Wirkung her verringert werden;
- ▷ Menschen, deren Alkoholverbrauch als gefährlich und schädlich zu bezeichnen ist, und Alkoholabhängigen soll eine für sie zugängliche und wirksame Behandlung angeboten werden;
- ▷ Kinder, junge Menschen und alle, die keinen Alkohol trinken wollen, sollen besser vor dem von ihrer Umwelt ausgehenden Druck geschützt werden.

Der EAAP beinhaltet einen Katalog, der ausführlich die zu erreichenden Resultate und die entsprechenden Maßnahmen beschreibt. Dieser Resultate- und Maßnahmenkatalog bezieht sich auf die Bereiche:

- ▷ Information und Aufklärung
- ▷ Öffentliche Räume, Privatsphäre und Arbeitsplatz
- ▷ Alkohol am Steuer
- ▷ Verfügbarkeit von alkoholischen Produkten
- ▷ Werbung für Alkoholprodukte
- ▷ Behandlung

- ▷ Verantwortung der Alkoholgetränkindustrie und des Gastgewerbes
- ▷ die Fähigkeit der Gesellschaft, auf alkoholbedingte Schäden zu reagieren
- ▷ nichtstaatliche Organisationen
- ▷ Aufstellung, Umsetzung und Verlaufsbeobachtung der Politik

Der vollständige *Europäische Aktionsplan Alkohol (2000–2005)* der WHO mit dem ausführlichen Resultate- und Maßnahmenkatalog kann auf der Internetseite des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation⁵¹ nachgelesen werden.

Es gibt kein einheitliches, für die gesamte Europäische Region brauchbares Modell. Jeder Mitgliedstaat muss sich überlegen, welcher Art von alkoholbedingten Problemen er sich gegenüber sieht, und danach entscheiden, welche der aufgelisteten möglichen Maßnahmen bei seinen eigenen Gegebenheiten am ehesten anwendbar und wirksam wären. Entscheidend ist, dass die Mitgliedstaaten die Maßnahmen ergreifen, die am ehesten die Schäden verringern können, die der Alkohol in ihren Ländern verursachen kann.⁵²

4.2. Die europäische Anti-Tabak-Strategie der WHO

Trotzdem die Prävalenz des Rauchens im Jahr 2002 für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Europa immer noch inakzeptabel hoch ist, stehen Anti-Tabak-Maßnahmen auf der politischen Tagesordnung der meisten Länder dagegen nicht sehr weit oben und sind weder nachhaltig noch umfassend.⁵³

In der europäischen Anti-Tabak-Strategie (ESTC) spiegeln sich die wachsende politische

Bereitschaft zu Anti-Tabak-Maßnahmen und die damit verknüpften zunehmenden Public-Health-Erwartungen in der Europäischen Region der WHO. Die Strategie wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2002 verabschiedet.

In der ESTC wird die strategische Ausrichtung der in der Region zu ergreifenden Maßnahmen dargestellt, die durch Politik, Gesetzgebung und Aktionspläne in den einzelnen Ländern in die Praxis umgesetzt werden müssen. Außerdem enthält sie Empfehlungen für die begleitende Überwachung des Tabakgebrauchs und von Anti-Tabak-Maßnahmen sowie für die einschlägige Evaluierung und Berichterstattung. Nicht zuletzt werden auch Mechanismen, Instrumente und ein zeitlicher Rahmen für die internationale Zusammenarbeit angegeben.⁵⁴

Das wichtigste Teilziel der ESTC ist eine realistische und wesentliche Zunahme derjenigen, die erst gar nicht zur Zigarette greifen, und der Raucher, die das Rauchen aufgeben. Außerdem soll das Recht der Bürger auf eine rauchfreie Umwelt sichergestellt werden.

Die ESTC beschreibt Maßnahmen in folgenden Bereichen mit den jeweiligen Teilbereichen:

- ▷ Maßnahmen zur Steuerung der Nachfrage nach Tabakerzeugnissen
 - ▷ Preis und Besteuerung
 - ▷ Passivrauchen
 - ▷ Werbung, Verkaufsförderung und Sponsortätigkeit
 - ▷ Information, Schulung und Schärfung des öffentlichen Bewusstseins
 - ▷ Raucherentwöhnungshilfen
 - ▷ Produktkontrolle und Verbraucherinformationen
- ▷ Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots an Tabakprodukten

⁵¹www.euro.who.int

⁵²Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005, 1999, S.7–19

⁵³Europäische Anti-Tabak-Strategie, 2002, S.1

⁵⁴Europäische Anti-Tabak-Strategie, 2002, Vorwort

- ▷ Illegaler Handel
- ▷ Verfügbarkeit für Jugendliche
- ▷ Tabaksubventionen
- ▷ Monitoring, Evaluation und Berichterstattung zum Tabakkonsum und zu Anti-Tabak-Maßnahmen⁵⁵

Der Maßnahmenkatalog kann als vollständigen Fassung der *Europäischen Anti-Tabak-Strategie* auf der Internetseite des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation⁵⁶ nachgelesen werden.

In der ESTC wird anerkannt, dass die Mitgliedstaaten und die Europäische Gemeinschaft gegebenenfalls unterschiedliche Maßnahmen beschließen müssen, abhängig von ihren konkreten Bedürfnissen und ihren Ressourcen und davon, in welcher Phase sich ihre Anti-Tabak-Politik befindet.⁵⁷

4.3. Der Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung(2000–2004)

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Europäische Gemeinschaft haben seit Mitte der achtziger Jahre weitreichende gemeinsame Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs und des illegalen Drogenhandels sowie zur Förderung der internationalen Zusammenarbeit auf diesem Gebiet getroffen. Dieser multidisziplinäre Ansatz wird mit Hilfe von Europäischen Drogenbekämpfungsplänen und Aktionsplänen, die der Europäische Rat seit 1990 angenommen hat, aktiv verfolgt. Der erste Europäische Drogenbekämpfungsplan wurde auf der Tagung des Europäischen Rates von Rom (1990) beschlossen.⁵⁸

⁵⁵Europäische Anti-Tabak-Strategie, 2002, S.12–22

⁵⁶www.euro.who.int

⁵⁷Europäische Anti-Tabak-Strategie, 2002, S.12

⁵⁸Mitteilung der Kommission über einen Aktionsplan der europäischen Union zur Drogenbekämpfung, 1999, S.2

Der Drogenaktionsplan 2000–2004 der Europäischen Union:

Über einen Zeitraum von 5 Jahren soll laut Drogenstrategie der Europäischen Union in signifikantem Umfang:

1. die Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen fallen – vor allem bei Jugendlichen unter 18 Jahren
2. der Neuauftritt von drogenbezogenen Gesundheitsschäden (HIV, Hepatitis B/C, Tbc etc.) und die Zahl von drogenbezogenen Todesfälle fallen
3. die Zahl erfolgreich behandelter Abhängiger steigen
4. die Verfügbarkeit illegaler Drogen fallen
5. die Zahl drogenbezogener Delikte fallen
6. die Häufigkeit von Geldwäsche und illegaler Handel mit Vorprodukten (precursors) fallen

Der Drogenaktionsplan (2000–2004) der Europäischen Union beinhaltet Ziele und Maßnahmen in den folgenden Aktionsbereichen:

1. Information
2. Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage
3. Maßnahmen zur Bekämpfung des illegalen Handels mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen
4. Maßnahmen auf internationaler Ebene
5. Koordination

Auf sämtlichen Ebenen sollte eine bessere Koordination unter Beteiligung aller Organe und Einrichtungen der Europäischen Union stattfinden.⁵⁹

⁵⁹Aktionspläne gegen Drogen, 2002, S.4, 6–11

Die konkreten Ziele und Maßnahmen in den jeweiligen Aktionsbereichen können in der Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über einen Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000–2004) unter – unter der Rubrik *Drug Policy and Law* – nachgelesen werden.

Der Aktionsplan 2000–2004 soll der Europäischen Union die für die Drogenbekämpfung erforderlichen Mittel und Instrumente an die Hand geben.

Im Bereich der Nachfragereduzierung soll die Europäische Union laut Aktionsplan den Aspekten Gesundheit, Erziehung, Forschung und Ausbildungsmaßnahmen sowie den Instrumenten zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung den höchsten Stellenwert einräumen. So sollen der Austausch von Erfahrungen und bewährten Konzepten gefördert und Netzwerke auf Gemeindeebene sowie Netzwerke einschlägiger Fachkräfte unterstützt werden. Im Aktionsplan wird unterstrichen, dass dafür angemessene Mittel bereitgestellt werden müssen.

Hinsichtlich der Verringerung des Angebots und möglicher Maßnahmen gegen den unerlaubten Drogenhandel soll die Europäische Union nach dem Aktionsplan ihr Augenmerk auf die Stärkung von Maßnahmen und Instrumenten zur Kontrolle der Abzweigung von Grundstoffen innerhalb der Europäischen Union und in Drittländern richten. Weitere Ziele sind die Prävention und Bekämpfung der Geldwäsche, die wirksame Zusammenarbeit von Polizei, Zoll und Justiz, die Umsetzung des Aktionsplans der Europäischen Union zur organisierten Kriminalität und die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und Regionen bei der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels.

Auf dem Gebiet der internationalen Zusammenarbeit soll die Europäische Union die Entwicklungszusammenarbeit mit Regierungen und regionalen Organisationen Vorrang

einräumen und die geeignete Maßnahmen zur Erarbeitung von nationalen Drogenbekämpfungsplänen vorsehen.

Parallel zu den entsprechenden Maßnahmen auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit sollten drogenpolitische Fragen regelmäßig Gegenstand des politischen Dialogs mit den betreffenden Ländern und Regionen sein. Darüber hinaus wird die Europäische Union auch künftig aktiv an internationalen Foren teilnehmen, um so zu einer wirkungsvolleren und effizienteren Drogenbekämpfung auf globaler und regionaler Ebene beizutragen.⁶⁰

⁶⁰Mitteilung der Kommission über einen Aktionsplan der europäischen Union zur Drogenbekämpfung 1999, S.35

Teil III.

Die Drogensituation in Deutschland

In diesem Kapitel wird die Drogensituation in der Bundesrepublik Deutschland beschrieben, auf das Konsumverhalten der Bevölkerung eingegangen und die Grundzüge der Drogenpolitik der Bundesregierung dargestellt.

Hierbei sollte beachtet werden, dass es sich bei den statistischen Angaben um Daten handelt, die im Rahmen unterschiedlicher Studien und Erhebungen erlangt werden und davon ausgegangen werden kann, dass es sich hierbei um Richtwerte handelt, die nicht als absolute Werte angesehen werden können.

5. Konsumverhalten der Bevölkerung

Nachfolgend wird nun das Konsumverhalten der deutschen Bevölkerung anhand statistischer Daten zur Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz⁶¹ des Konsums der verschiedenen Suchtmittel beschrieben. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Lebenszeitprävalenz nur ein grober Indikator für das Ausmaß des jeweiligen Konsums darstellt, da hier Menschen berücksichtigt werden, deren Konsum bereits sehr lange zurück liegen kann bzw. bei denen es sich um einen einmaligen Konsum handelte.

Eine Bundesstudie aus dem Jahr 2002 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen zeigte, dass 19,8% der befragten 18-59jährigen Erwachsenen mindestens ein Mal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert haben. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht

⁶¹Häufigkeit des Konsums in einem Monat

dies etwa 9,4 Millionen Erwachsenen mit Drogenerfahrung. Männer haben mit 23,4% deutlich mehr Drogenerfahrung als Frauen mit 16,0%.⁶²

Wie sich die Prävalenzen dabei auf die einzelnen Suchtmittel verteilen, werden die folgenden Ausführungen verdeutlichen.

5.1. Alkohol

Der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke (Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen) betrug im Jahr 2001 für die Bundesrepublik 152,8 Liter. Der insgesamt geringfügige Rückgang im Vergleich gegenüber dem Jahr 2000 (154,4 l) ist lediglich auf den 2001 leicht gesunkenen Konsum von Bier zurückzuführen. Der Verbrauch von Spirituosen blieb 2001 konstant, während der Konsum von Wein und Schaumwein gegenüber dem Vorjahr anstieg. Entsprechend blieb der Pro-Kopf-Verbrauch an *reinem Alkohol* 2001 mit 10,5l⁶³ auf dem nach wie vor hohem Niveau des Vorjahres.⁶⁴ In dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) wird ein Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol von 10,4 l im Jahr 2002 und 10,2 l im Jahr 2003 genannt.⁶⁵

Aus der Abbildung 7 auf der nächsten Seite wird ersichtlich, dass Bier mit Abstand das mengenmäßig am meisten konsumierte alkoholische Getränk in Deutschland ist, gefolgt

⁶²Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.15

⁶³Unterschiedliche Angaben zum Pro-Kopf-Verbrauch ergeben sich wegen unterschiedlicher Altersgruppen

⁶⁴Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.18

⁶⁵Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

⁶⁶Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.8 Daten aus 2002/2003 ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS, wobei es sich um eine unveröffentlichte Datenquelle des ifo Instituts handelt und die Angaben für 2003 ein vorläufiger Schätzwert sind

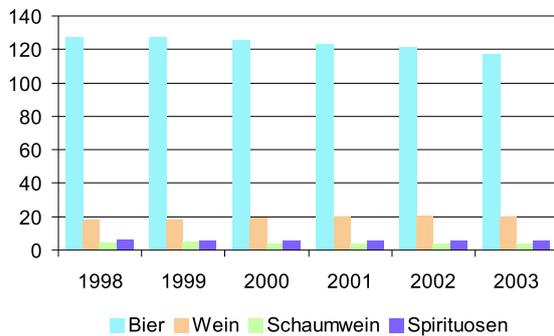


Abb. 7: Verbrauch je Einwohner an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen (in Litern)⁶⁶

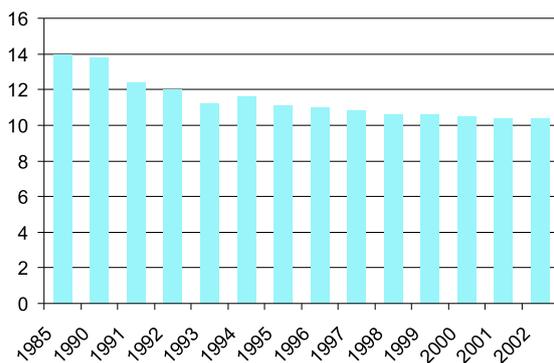


Abb. 8: Pro Kopf Verbrauch an reinem Alkohol von 1985-2002 (in Litern)⁶⁷

von Wein. Der Bierkonsum zeigt sich in den letzten Jahren leicht rückläufig, wogegen der Weinkonsum relativ konstant blieb bzw. leicht anstieg.

Die Abbildung 8 stellt die Entwicklung des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol in Deutschland seit 1985 dar.

Es wird deutlich, dass der Alkoholverbrauch seit 1985 in den ersten Jahren gesunken ist und sich seit Mitte der 90er Jahre weitestgehend stabilisiert hat.

⁶⁷OECD Health Data 2004

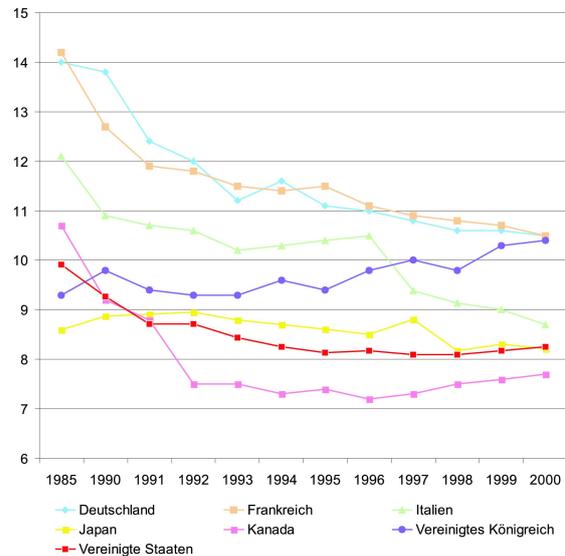


Abb. 9: Alkoholkonsum in Deutschland und den Vergleichsländern anhand des pro Kopf Verbrauchs 1985-2000⁶⁸

⇒ Im weltweiten Vergleich für die Jahre 1985-2000 liegt Deutschland hinsichtlich des Alkoholkonsums durchgehend in der Spitzengruppe. (Abbildung 9)

Die Abbildung 10 auf der nächsten Seite zeigt, dass der Prozentsatz der Personen, die innerhalb eines Monats Bier konsumiert haben mit dem Prozentsatz der Weinkonsumenten nahezu übereinstimmt. Bedenkt man allerdings den weitaus höheren Pro-Kopf-Verbrauch von Bier gegenüber Wein, lässt sich daraus schließen, dass Bier in weitaus größeren Mengen, jedoch nicht von mehr Personen konsumiert wird.

⁶⁸OECD Health DATA 2004

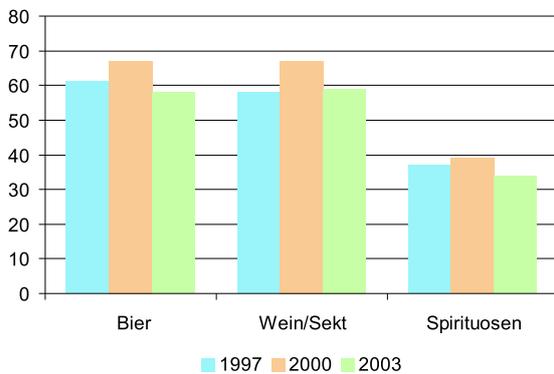


Abb. 10: Monatsprävalenz des Alkoholkonsums der 18-59-jährigen Bevölkerung (in %) ⁶⁹

Weiterhin verdeutlicht die Abbildung 11, dass die Anzahl männlicher Alkoholkonsumenten annähernd doppelt so hoch ist wie die der weiblichen Konsumenten.

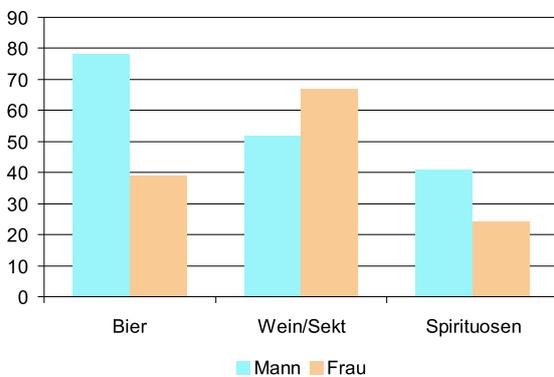


Abb. 11: Geschlechterverteilung innerhalb der Monatsprävalenz ⁷⁰

Bezüglich der Prävalenzen des Alkoholkonsums sei an dieser Stelle noch auf die Situation der Jugendlichen hingewiesen. Man geht von einer Lebenszeitprävalenz für den Alkoholkonsum von 92% der 12–25jährigen aus.

⁶⁹Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.59

⁷⁰Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.59

⇒ Im Durchschnitt nehmen junge Menschen in der Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren pro Woche 68,8 Gramm reinen Alkohol zu sich. Im Jahr 2001 lag dieser Anteil noch bei 53,9 Gramm.

Rauscherfahrungen hatten im vergangenen Jahr etwa 31% der 14-15-Jährigen. In der Gruppe der 14–17jährigen sind *Alkopops* (spirituosenhaltige Mischgetränke) die beliebtesten alkoholischen Getränke und werden bevorzugt von jungen Frauen konsumiert. ⁷¹ In einer Studie unter Schülern der 9. und 10. Jahrgangsstufe gaben 13% der Befragten an, in den letzten 30 Tagen 10 mal oder öfter Alkohol konsumiert zu haben, wobei die Anzahl der Jungen mit 18% höher lag als die der Mädchen mit 9%. 38% der Schüler gaben zudem an, in den letzten 30 Tagen Trunkenheitserlebnisse gehabt zu haben. ⁷²

Die dargestellten statistischen Daten bestätigen, dass Alkohol in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ein sehr verbreitetes Genussmittel darstellt. Der Konsum von Alkohol ist Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens und wird gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Bezüglich der Bedeutung von Alkohol als Suchtmittel ist es aufschlussreich, die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums zu betrachten.

Statistische Erhebungen ergaben das in Tabelle 3 dargestellte Bild für den riskanten Alkoholkonsum in der Bevölkerung, wobei zwischen missbräuchlichem und abhängigem Konsum unterschieden wird.

Der riskante Konsum von Alkohol stellt aufgrund der gravierenden alkoholbedingten Gesundheitsrisiken in der Bundesrepublik

⁷¹www.kinderaerzteimnetz.de

⁷²Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.20

⁷³Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG, Band 128, Nomos-Verlag, 2000 und Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht, 44 J., Sonderheft 1 im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.9

Riskanter Konsum insgesamt	7,8 Mio.(16%)	⇒ Neben den gesundheitlichen Schäden der Bevölkerung und den daraus resultierenden erheblichen Kosten für die Gesellschaft brachte im Gegensatz dazu der Konsum von Alkohol dem Land im Jahr 2002 Alkoholsteuern in Höhe von 3.428 Mio. Euro ein. ⁷⁸
Davon missbräuchl. Konsum	2,4 Mio.(5%)	
Davon abhängiger Konsum	1,5 Mio.(3%)	

Tab. 3: Anzahl der Konsumenten mit riskantem Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 18–59jährigen. (in Mio.)⁷³

Deutschland ein erhebliches gesundheitliches Problem dar.

⇒ Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich 73.714 alkoholbedingten Todesfällen in Deutschland aus.

Der bedeutendste Anteil der alkoholbezogenen Todesfälle an allen Todesfällen zeigt sich für den mittleren Altersbereich der 35- bis 65-Jährigen mit 13% bei Frauen bzw. 25% bei Männern.⁷⁴ Bei den Todesursachen der 15-19-jährigen spielt bei männlichen Jugendlichen in 13% aller Fälle Alkohol eine Rolle, bei den weiblichen Jugendlichen in 8%.⁷⁵

⇒ Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten (ohne Kriminalität und intangible⁷⁶ Kosten) werden pro Jahr auf ca. 20,6 Mrd. Euro geschätzt. Der größte Teil des volkswirtschaftlichen Schadens bezieht sich mit ca. 7 Mrd. Euro auf die alkoholbezogene Mortalität.⁷⁷

Im Autoverkehr erfasste das statistische Bundesamt im Jahr 2003 354.534 Personenschäden bei Verkehrsunfällen, 24.245 darunter entstanden unter Alkoholeinfluss.

⁷⁴Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.18/19

⁷⁵www.kinderaerzteimnetz.de

⁷⁶immateriell, nicht greifbar, nicht fassbar

⁷⁷Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG, Band 128, Nomos-Verlag, 2000 im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.10

Weiterhin ist erwähnenswert, dass trotz der Risiken, die der Konsum von Alkohol beinhaltet, im Jahr 2001 575 Mio. Euro an Werbeaufwendungen für Alkohol aufgebracht wurden.⁷⁹

5.2. Tabak

⇒ In der Bundesrepublik Deutschland wird von einem Raucheranteil von 39% der Männer und 31% der Frauen ausgegangen.

Hochgerechnet auf die 18–59jährige Bevölkerung ergibt dies etwa 16,7 Mio. Raucher (9,5 Mio. männliche Raucher und 7,2 Mio. weibliche Raucherinnen), von denen etwa 35% (5,8 Mio.) starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sind.

⇒ 45% der Raucher gehören zur Altersgruppe der 18–20jährigen.⁸⁰

Der Konsum von Tabakwaren ist somit in Deutschland trotz des Rückgangs des Zigarettenkonsums auch unter Jugendlichen weit verbreitet. So ergab eine Umfrage unter Schülern der 9. und 10. Jahrgangsstufe im Jahr

⁷⁸Angaben des statistischen Bundesamtes im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.8

⁷⁹Angaben der Nielsen Werbeforschung S+P, Hamburg im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.9

⁸⁰Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht- Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, im Jahrbuch Sucht 2003,2003, S.12

2003, dass 78% der Befragten in ihrem Leben bereits geraucht haben, wobei 47% angaben, auch während der letzten 30 Tage geraucht zu haben. Die Anzahl der weiblichen Personen lag in dieser Gruppe über denen der männlichen. Bezüglich eines täglichen Tabakkonsums während der letzten 30 Tage ergab die Befragung einen Anteil von 35% der Befragten, wobei das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Schülern in dieser Gruppe ausgeglichen war.

Dagegen gaben etwas mehr Jungen (13%) als Mädchen (10%) an, täglich mehr als 10 Zigaretten zu rauchen.⁸¹

Insgesamt wurden 2001 in Deutschland 142,5 Mrd. Zigaretten geraucht, rund 3 Mrd. mehr als im Vorjahr.⁸² 2003 wurden dagegen nur noch 132,6 Mrd. Zigaretten geraucht, was einer Abnahme von 8,6% gegenüber dem Vorjahr entspricht.⁸³

Der Gesamtverbrauch an Tabakwaren in der Bundesrepublik und dessen Verteilung ist in Abbildung 12 dargestellt.

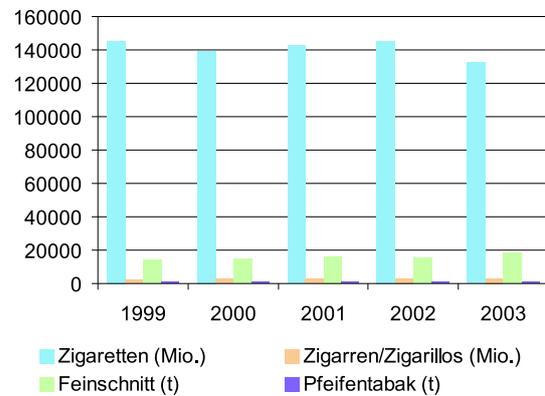


Abb. 12: Tabakverbrauch 1999–2003 in Mio. Stück bzw. Tonnen⁸⁵

Abbildung 13 zeigt die Entwicklung des Pro-Kopf-Tabakverbrauchs der letzten Jahre in der Bundesrepublik Deutschland.

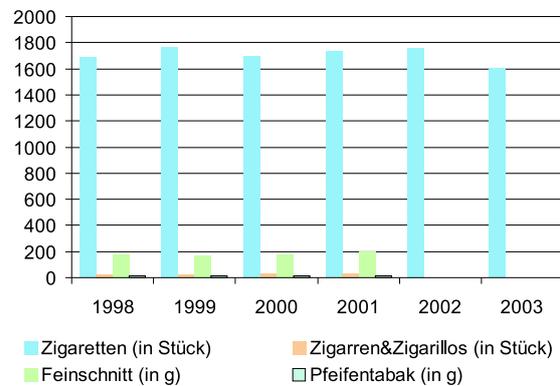


Abb. 13: Pro-Kopf-Verbrauch an Tabakwaren je Einwohner⁸⁶

Aus den obigen Daten wird ersichtlich, dass der Verbrauch von Zigaretten im Jahr 2003 er-

⁸¹Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.19

⁸²Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.10

⁸³Angaben des statistischen Bundesamtes im Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

⁸⁴Statistisches Bundesamt in *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

⁸⁵Statistisches Bundesamt in *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

⁸⁶Statistisches Bundesamt im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S. 10, Daten aus 2002/2003 für Zigaretten ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

Jahr	Zigaretten(Mio)	Zigarren/Zigarillos(Mio)	Feinschnitt(t)	Pfeifentabak(t)
1999	145.265	2.289	13.996	983
2000	139.625	2.557	14.611	909
2001	142.546	2.511	16.273	925
2002	145.145	3.068	15.473	847
2003	132.603	3.116	18.603	870
Diff.	-8,60%	+1,60%	+20,20%	+2,70%

Tab. 4: *Tabakverbrauch⁸⁴ 1999-2003 in Mio. Stück bzw. Tonnen und Veränderung zum Vorjahr in %*

kennbar gesunken ist, wogegen der Verbrauch von Feinschnitt erheblich gestiegen ist.

Die Ausgaben für Tabakwaren stiegen von 2000 (20,1 Mrd. Euro) bis 2002 (23,3 Mrd. Euro) stetig, 2003 ist ein Rückgang der Ausgaben von 0,3% auf 23,2 Mrd. zu verzeichnen.⁸⁷

⇒ Demgegenüber lassen sich an dieser Stelle die Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Sponsoring, etc. von 314 Mio. Euro im Jahr 1999 nennen.⁸⁸

Aufgrund der mit dem Tabakkonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken, welche bereits in Abschnitt 1.2 auf Seite 11 beschrieben wurden, und der starken Verbreitung der Raucher in der Bundesrepublik, stellt der Tabakkonsum in Deutschland ein erhebliches gesundheitliches und volkswirtschaftliches Risiko dar.

⇒ Verschiedene Quellen gingen in den Jahren 1993, 1996 und 1997 in der Bundesrepublik von ca. 111.000-143.000 tabakbedingte Todesfällen jährlich aus. Todesursachen waren überwiegend Krebs, Kreislaufkrankungen und Atemwegserkrankungen.⁸⁹

⁸⁷Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

⁸⁸Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.44

⁸⁹Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.12

Die Kosten in Folge tabakbedingter Krankheiten und Todesfälle beliefen sich für 1993 auf knapp 17,3 Mrd. Euro⁹⁰, für das Jahr 1996 wurden tabakbedingte Kosten (Krankenbehandlung, verlorene Produktivität, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit) in Höhe von 16,6 Mrd. Euro ermittelt.⁹¹

⇒ Im Gegensatz zu den durch Tabakkonsum bedingten Kosten stellt die Tabaksteuer nach der Mineralölsteuer die zweitwichtigste Einnahmequelle unter den Verbrauchssteuern für den Bundeshaushalt dar. Die Einnahmen beliefen sich im Jahr 2003 auf 14,1 Mrd. Euro.⁹²

5.3. Cannabis

⇒ Cannabis ist derzeit bei Erwachsenen und Jugendlichen die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland.

Sie ist zudem nach Alkohol und Opiaten der dritthäufigste Anlass für eine ambulante Beratung oder Behandlung in Suchthilfeeinrichtungen. Im Jahr 2002 war Cannabiskonsum bei 30,5% der wegen Drogenproblemen ambulant Behandelten der Anlass der Betreuung. Dagegen war im stationären Bereich der

⁹⁰Welte et al., 2000 im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.12

⁹¹Ruff et al., 2000 im Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.12

⁹²Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

Anteil der wegen problematischem Cannabiskonsums Behandelte mit 6,8% deutlich geringer.⁹³

Die nachfolgenden Abbildungen 14 und 15 zeigen die Ausprägung des Cannabiskonsums in Deutschland anhand der Lebenszeit- und Jahresprävalenz⁹⁴.

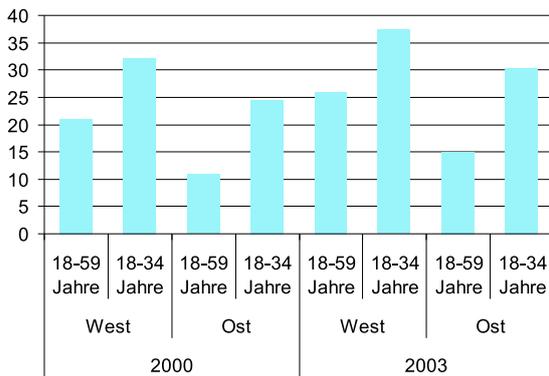


Abb. 14: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland (in %)⁹⁵

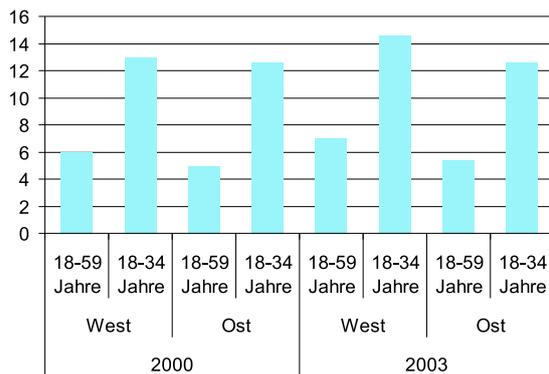


Abb. 15: Jahresprävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland (in %)⁹⁶

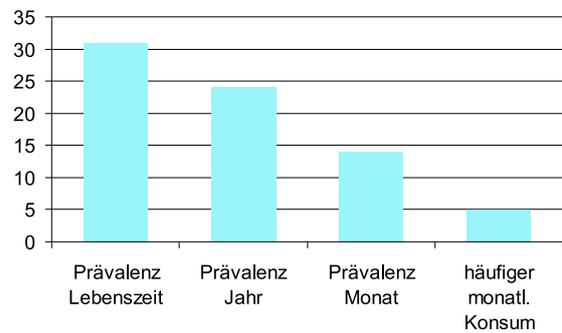


Abb. 16: Prävalenzen unter Schülern im Jahr 2003⁹⁷

⇒ Der Konsum von Cannabis zeigt von 2000 bis 2003 in der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik einen deutlichen Anstieg.

Aus den Abbildungen lässt sich auch erkennen, dass es sich bei dem Konsum von Cannabis eher um einen sporadischen, ausprobierenden Konsum handelt und weniger um einen regelmäßigen Konsum, der über Jahre fortgesetzt wird. So liegt bei der 18-34jährigen Bevölkerung in Westdeutschland die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum bei knapp 40%, wogegen die Jahresprävalenz mit knapp 15% deutlich geringer ausfällt. Auch zeigen sich in der 18-59jährigen Bevölkerung weitaus niedrigere Werte, was darauf schließen lässt, dass Cannabis ein Suchtmittel ist, welches in jüngeren Jahren sporadisch konsumiert und ausprobiert wird, wobei der Konsum dann mit steigendem Alter von einem großen Teil der Konsumenten wieder eingestellt wird.

Die Abbildung 16 zeigt die Ergebnisse einer repräsentativen Studie unter Schülern der 9. und 10. Jahrgangsstufe, welche im April 2003 durchgeführt wurde.

⁹³Strobl et.al 2003 im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.56

⁹⁴Häufigkeit des Konsums in einem Jahr

⁹⁵Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.60

⁹⁶Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.60

⁹⁷Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.21

Verglichen mit den hohen Lebenszeit-Erfahrungswerten des Cannabiskonsums ist die häufige Einnahme von Cannabis (öfter als einmal pro Woche) eher selten. Die gesundheitliche Gefährdung, die von einem regelmäßigen Konsum von Cannabis ausgeht, wird allerdings von nur weniger als der Hälfte der Jugendlichen als hoch eingestuft.⁹⁸

Da es sich bei Cannabis um eine illegale Droge handelt, spielt Cannabis im Bereich der Strafverfolgung eine große Rolle.

⇒ Über die Hälfte aller Konsumdelikte werden im Zusammenhang mit Cannabis begangen (2002: 59%, 2001:57%).⁹⁹

So wurden zum Beispiel 2001 in 29.028 Fällen Cannabisprodukte beschlagnahmt. Im Zusammenhang mit Cannabisharz (Haschisch) gingen im Vergleich zum Vorjahr 2000 die Anzahl der Fälle (-10%) und die Sicherstellungsmenge (-20%) zurück. Im Jahr 2001 wurde in 12.487 Fällen 2087 kg Cannabiskraut (Marihuana) sicher gestellt, womit ein deutlicher Rückgang der Sicherstellungsmenge registriert wurde.¹⁰⁰

Betrachtet man die Jahre 2002 und 2003, so ist bezüglich Cannabisharz nach einem weiteren Rückgang 2002 ein starker Anstieg 2003 erkennbar. Dieser deutliche Anstieg geht insbesondere auf eine Sicherstellung von 2,7t Haschisch in Hamburg zurück.¹⁰¹ Hinsichtlich der Sicherstellung von Cannabiskraut zeigt sich zunächst ein deutlicher Anstieg 2002 und wiederum ein deutlicher Rückgang 2003 (siehe Abbildung 17).

⁹⁸Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.21

⁹⁹Bundeskriminalamt 2003 im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.56

¹⁰⁰Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.85/86

¹⁰¹Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.154

¹⁰²Falldatei Rauschgift in Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.14, Daten aus 2002/2003 ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

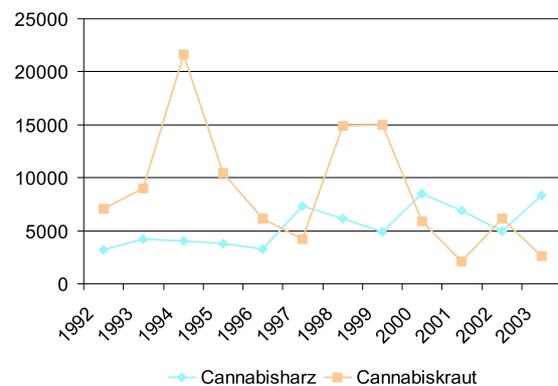


Abb. 17: Polizeiliche Sicherstellungen von Cannabisprodukten (in kg)¹⁰²

Eventuelle Rückschlüsse von den polizeilich sichergestellten Cannabisprodukten auf die Prävalenz des Cannabiskonsums sollten allerdings mit größter Vorsicht gezogen werden. Die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln hängt nicht unwesentlich von der Intensität und der Zielrichtung der Aktivitäten der Strafverfolgung ab¹⁰³, so dass die Entwicklung der Sicherstellungen nicht unbedingt auch die Entwicklung des Konsumverhaltens abbildet.

Bei der Sicherstellung von Cannabisprodukten dominieren Deutsche als Tatverdächtige (rund 75% aller Fälle), gefolgt von türkischen und italienischen Staatsangehörigen.¹⁰⁴

5.4. Kokain

Der Kokainkonsum in Deutschland hat in den 90er Jahren deutlich zugenommen. Dies trifft sowohl für die Lebenszeitprävalenz als auch auf den aktuellen Konsum zu. Anders als bei Ecstasy oder halluzinogenen Drogen, deren Konsum erst Anfang der 90er Jahre sprunghaft angestiegen ist, weist die Gruppe der Kokainkonsumenten bereits seit mehr als 10 Jahren Jahr für Jahr eine sehr stabile Zunahme

¹⁰³Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.14

¹⁰⁴Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.155

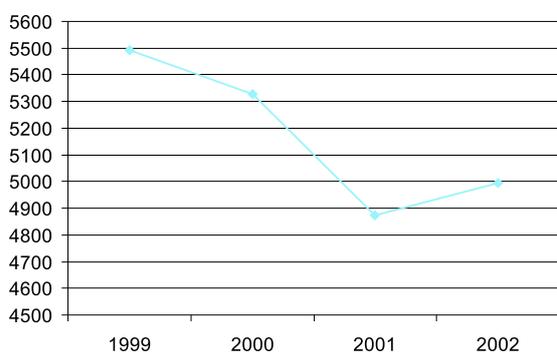


Abb. 18: Anzahl der polizeilich erstaußälligen Kokainkonsumenten von 1999–2002¹⁰⁶

auf.¹⁰⁵

Die Anzahl der polizeilich erstaußälligen Konsumenten zeigt, nach einem Abfall in den letzten Jahren, für 2002 einen leichten Anstieg (siehe Abbildung 18).

In einer im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten Studie 2003 gaben 3,0% der befragten 18–59jährigen an, in ihrem Leben mindestens einmal Kokain konsumiert zu haben. Am weitesten verbreitet ist die Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der 25–29-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 18–34-Jährigen (siehe Abbildung 19).¹⁰⁷

Daten über die genauen Prävalenzen des Kokainkonsums unter Jugendlichen können an dieser Stelle nicht aufgeführt werden, da keine entsprechenden Daten vorlagen. Legt man die Angaben aus Abschnitt 3.4 auf Seite 23 zugrunde, kann man von einer Jahresprävalenz von 1,9% in der Gruppe der 15–34jährigen ausgehen.

¹⁰⁵Kraus & Augustin 2001 im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S. 57

¹⁰⁶Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.57

¹⁰⁷Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.61

¹⁰⁸Kraus & Augustin 2004 im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.61

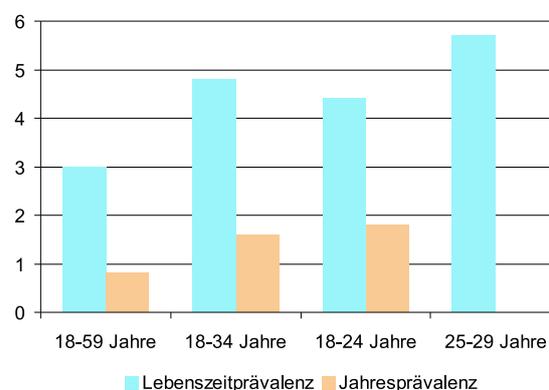


Abb. 19: Lebenszeit- und Jahresprävalenz des Kokainkonsums in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2003 (in %)¹⁰⁸

Wie bereits in Teil I beschrieben, stellt der Konsum von Kokain ein gesundheitliches Risiko dar. So ging man im Jahr 2002 von etwa 47 Todesfällen durch Überdosierung von Kokain und 84 Todesfällen durch eine Überdosierung von Kokain in Verbindung mit anderen Drogen aus.¹⁰⁹

Obwohl die Anzahl an Kokainkonsumenten die Anzahl der Heroinkonsumenten übersteigt, sind Kokainkonsumenten, gemessen an Informationen aus Krankenhäusern, Beratungsstellen und anderen sozialen Institutionen, dagegen deutlich weniger auffällig als Heroinkonsumenten.¹¹⁰

⇒ Der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Kokain liegt in der Hauptdiagnose in ambulanter Betreuung bei ca. 6%, in der stationären Suchtbehandlung bei 5,1% vor.¹¹¹

Ebenso wie Cannabis stellt auch Kokain eine illegale Droge dar und spielt somit eine

¹⁰⁹BKA im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.29

¹¹⁰Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.13

¹¹¹Strobl et al 2003b im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.57

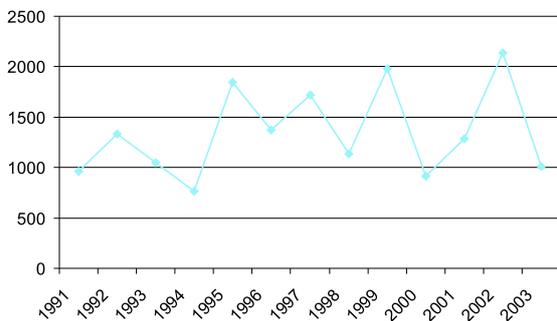


Abb. 20: Polizeiliche Sicherstellungen von Kokain (in kg) von 1991-2003¹¹³

Rolle im Bereich der Strafverfolgung. Im Jahr 2003 wurden 1.009 kg Kokain sichergestellt, das sind 53% weniger als im Vorjahr. (Hinweis: Die hohe Sicherstellung im Jahr 2002 beruht auf der Großsicherstellung von 1,2t Kokain in Kassel.)¹¹²

Eine Übersicht über die Entwicklung der Sicherstellungen von Kokain zeigt die Abbildung 20.

Hinsichtlich der beschlagnahmten Menge an Kokain ist Brasilien der bedeutendste südamerikanische Herkunftsstaat. Nach Fallzahlen bei bekannter Herkunft des Kokains wurden die Niederlande am häufigsten registriert. Deutschland ist im Zusammenhang mit Kokain weiterhin Konsum- und Transitland. Im Berichtsjahr 2002 war fast die Hälfte des in Deutschland sichergestellten Kokains für das Ausland bestimmt.

Bei Sicherstellungen von Kokain dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen, sierraleonischen und italienischen Staatsangehörigen.¹¹⁴

¹¹²Jahrbuch Sucht 2003, 2003, S.14

¹¹³BKA 2003a im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.49, Daten aus 2003 ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

¹¹⁴Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.152

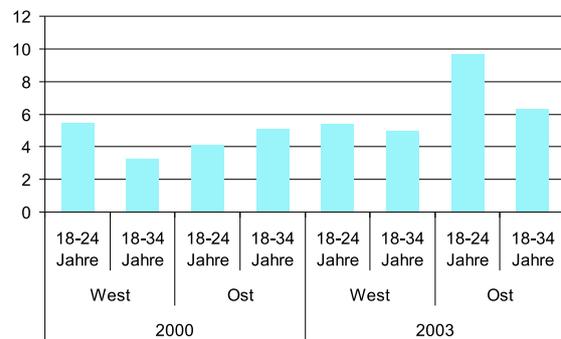


Abb. 21: Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in Deutschland (in %)¹¹⁵

5.5. Ecstasy

Ecstasy ist auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt Anfang der 90er Jahre aufgetaucht und kann als die beliebteste illegale Droge von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Cannabis bezeichnet werden.¹¹⁵

Die Abbildungen 21 und 22 auf der nächsten Seite zeigen die Prävalenzen bzgl. des Ecstasykonsums unter Erwachsenen in Deutschland, zunächst bezogen auf West- und Ostdeutschland, anschließend auf Gesamtdeutschland.

Die Abbildung 22 auf der nächsten Seite macht deutlich, dass Ecstasy – obwohl im Vergleich zu anderen Drogen noch nicht so lange auf dem Markt – in Deutschland in erheblichem Umfang konsumiert wird. In Ostdeutschland zeigt sich, dass die Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy in der Gruppe der 18–24jährigen in den letzten Jahren erkennbar zugenommen hat.¹¹⁷

Anhand der Abbildung 22 auf der nächsten Seite wird ersichtlich, dass, betrachtet man

¹¹⁵Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.56

¹¹⁶Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.61

¹¹⁷Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.61

¹¹⁸Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.62

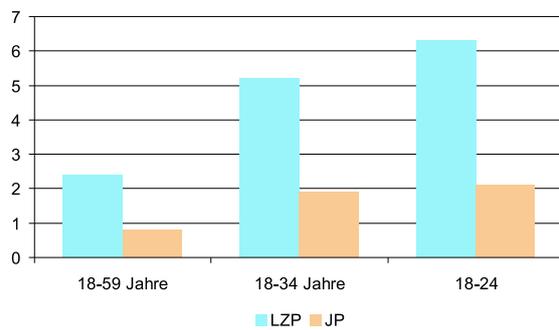


Abb. 22: *Lebenszeitprävalenz und Jahresprävalenz des Ecstasykonsums in Deutschland (in %)*¹¹⁸

die Differenz zwischen der Lebenszeiterfahrung und dem Konsum des vergangenen Jahres, Ecstasy bevorzugt in der Gruppe der 18–24jährigen ausprobiert wird. Zudem wird erkennbar, dass der Konsum von Ecstasy von der Mehrheit der Konsumenten nach einer Erprobungsphase wieder eingestellt wird.

Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass der Erstkonsum häufig bereits vor dem 18. Lebensjahr statt findet. So gaben in einer Drogenaffinitätsstudie 4% der 12–25jährigen an, jemals in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben.¹¹⁹ Aus den europaweiten Daten lässt sich eine Jahresprävalenz von 1,6% der 15–34jährigen Bevölkerung entnehmen.

Zu detaillierteren Prävalenzen innerhalb der Gruppe der Jugendlichen liegen keine genaueren Daten vor.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken spielt der Konsum von Ecstasy auch in Deutschland eine Rolle, wenn auch hier die Auswirkungen in Relation zu anderen Suchtmitteln eher gering sind.

⇒ In der Statistik des Bundeskriminalamtes von 2002 wurden acht registrierte drogen-

¹¹⁹BtGA im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.17

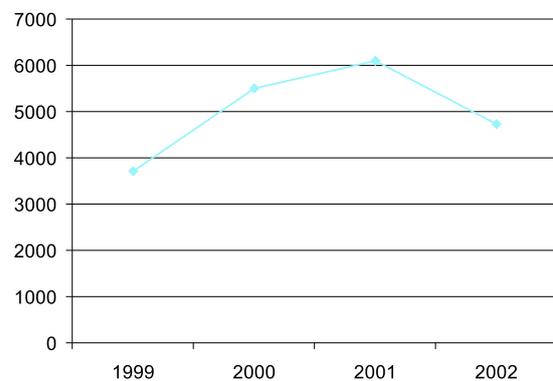


Abb. 23: *Anzahl der erstmals polizeilich auffälligen Ecstasykonsumenten von 1999–2002*¹²²

bedingte Todesfälle erfasst, deren Ursache unmittelbar auf den Konsum von Ecstasy zurück zu führen ist und 11 Todesfälle, in denen Ecstasy in Verbindung mit anderen Drogen konsumiert wurde.¹²⁰

Aufgrund seiner Illegalität ist Ecstasy zudem im Bereich der Strafverfolgung von Bedeutung. Die Anzahl der Ecstasykonsumenten, die wegen ihres Drogenkonsums erstmals polizeilich auffällig wurden, nahm bis zum Jahr 2001 kontinuierlich zu. Im Jahr 2002 wurde erstmals wieder ein Rückgang bei der Anzahl der auffälligen Erstkonsumenten verzeichnet (Abbildung 23).¹²¹ Bei der Interpretation dieser Angaben muss bedacht werden, dass polizeiliche statistische Angaben stark von der Präsenz der an der Strafverfolgung beteiligten Kräfte und der aktuellen Zielrichtung der Strafverfolgung abhängt.

Betrachtet man die polizeilichen Sicherstellungen von Ecstasy ist nach einem relativ kon-

¹²⁰BKA 2003 Angaben im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.33

¹²¹Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.56

¹²²BKA 2003a im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.56

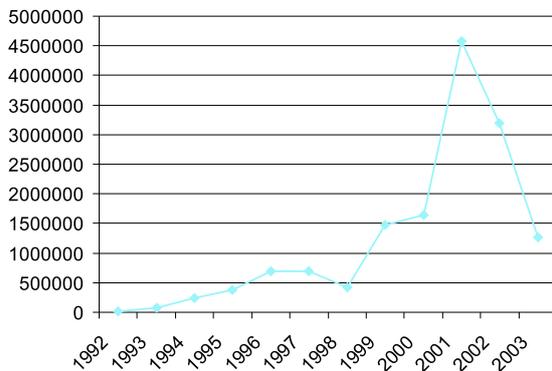


Abb. 24: Polizeiliche Sicherstellungen von Ecstasy in Konsumeinheiten (zu 0,3g)¹²⁴

tinuierlichen Anstieg der Zahlen seit 1992 eine deutlich rückläufige Tendenz in den Jahren 2002 und 2003 zu erkennen (siehe Abbildung 24). Großsicherstellungen wie in den Vorjahren blieben 2003 aus.¹²³

⇒ Der mit Abstand größte Teil der 2003 sichergestellten Menge an Ecstasy mit bekannter Herkunft wurde aus den Niederlanden eingeführt.

Italien war mit 26% am häufigsten der Bestimmungsstaat für in Deutschland sichergestellte Ecstasytabletten. Gegenüber den Vorjahren ist der Anteil der für den Schmuggel nach Nordamerika bestimmten Tabletten auf 7% der Gesamtsicherstellungen gesunken. Dieser betrug im Jahr 2002 noch 78%.

In Verbindung mit Ecstasysicherstellungen wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige registriert, gefolgt von türkischen, italienischen und niederländischen Tatverdächtigen.¹²⁵

¹²³Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.153

¹²⁴BKA 2003a im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.49, Daten des Jahres 2003 ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

¹²⁵Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.153

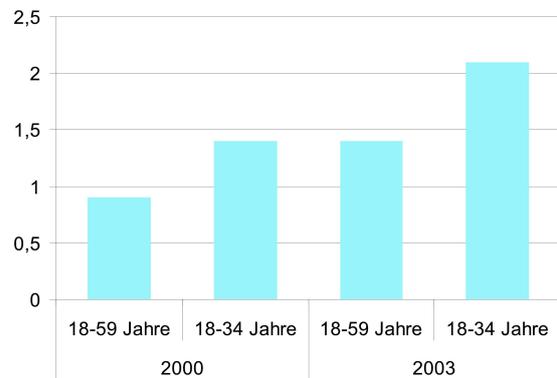


Abb. 25: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Opiaten (in %)¹²⁷

5.6. Heroin/Opiate

⇒ Der Konsum von Opiaten wie Heroin, Methadon, Codein, Opium und Morphinum ist in der Bevölkerung der Bundesrepublik wenig verbreitet.

Etwa 1,4% der 18–59jährigen haben nach einer Studie aus dem Jahr 2003 im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit Opiaten gemacht (siehe Abbildung 25). Die statistischen Angaben aus den Bevölkerungsumfragen dürfen aufgrund der schweren Erreichbarkeit der Konsumenten jedoch nur als grobe Anhaltspunkte verstanden werden.¹²⁶

Die Werte bzgl. des Konsums während des letzten Jahres sind deutlich kleiner als die Werte der Lebenszeiterfahrung. Es wird von einer Jahresprävalenz von etwa 0,2% bis 0,3% in der Gruppe der 18–39jährigen ausgegangen.¹²⁸

⇒ Obwohl der Konsum von Opiaten in der

rung, 2004, S.153

¹²⁶Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.60

¹²⁷Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.60

¹²⁸Kraus & Augustin 2001 im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.18

Allgemeinbevölkerung sehr wenig verbreitet ist, sind die Opiate nach wie vor der Hauptgrund für eine Behandlung.

50,9% aller Hauptdiagnosen mit Bezug auf illegale Drogen wurden im Jahr 2002 für diese Substanzgruppe gestellt. Riskante Konsumformen sind unter den Opiatkonsumenten stark verbreitet. Über 70% der behandelten Heroinkonsumenten injiziert die Droge.¹²⁹ Der injizierte Drogenkonsum beinhaltet neben der direkten Gefährdung einer Überdosierung auch das gesundheitliche Risiko von Infektion, vor allem HIV und Hepatitis.

Bezüglich der durch das Bundeskriminalamt 2002 registrierten drogenbedingten Todesfälle stellt die Überdosis von Heroin mit 27% (551 Todesfälle) und die Überdosis von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen mit 14% (285 Todesfälle) die entscheidendste drogenbedingte Todesursache dar.¹³⁰

⇒ Insgesamt stellt somit der Konsum von Opiaten trotz der geringen Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung ein erhebliches gesundheitliches Risikopotential dar.

Des Weiteren ist auch Heroin aufgrund seiner Illegalität in der Strafverfolgung von Bedeutung.

Abbildung 26 zeigt die polizeiliche Sicherstellungsmengen von Heroin in den Jahren 1992–2003.

In 6.138 Fällen wurden im Jahr 2003 insgesamt 626 kg Heroin beschlagnahmt. Die Anzahl der Fälle ist gegenüber dem Vorjahr um

¹²⁹Strobl et al. 2003a im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.57

¹³⁰BKA 2003 im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.33

¹³¹BKA 2003a im Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.49, Daten des Jahres 2003 ergänzt aus dem Auszug *Zahlen und Fakten in Kürze* aus dem noch nicht veröffentlichten Jahrbuch Sucht 2005 der DHS

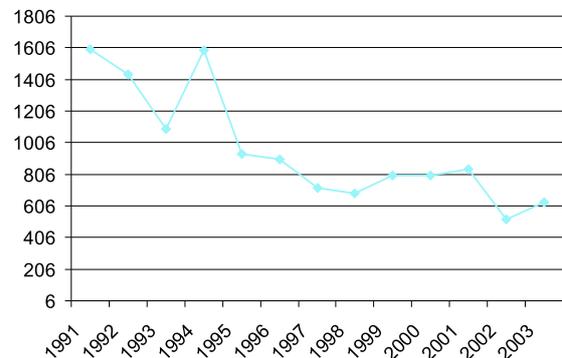


Abb. 26: *Polizeiliche Sicherstellungen von Heroin (in kg) in den Jahren 1992–2003*¹³¹

8% rückläufig, wogegen die Sicherstellungsmenge um 21% angestiegen ist. Allerdings sind wie im Vorjahr Großsicherstellungen mit einer Menge von mehr als 10kg nur selten erfolgt.

⇒ Die Niederlande waren mit 475 Sicherstellungsfällen häufig Beschaffungsstaat für kleinere Heroinmengen. In diesem Zusammenhang wurden 117 kg Heroin sicher gestellt. Dagegen wurde die Türkei im Jahr 2003 mit 12 Sicherstellungsfällen mit insgesamt 199kg Heroin als Herkunfts- bzw. Transitstaat größerer Mengen festgestellt.

Bei Sicherstellungen von Heroin dominieren nach wie vor deutsche Tatverdächtige, gefolgt von türkischen Staatsangehörigen und Staatsangehörigen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Beim Handel größerer Heroinmengen wurden vor allem türkische Staatsbürger festgestellt.¹³²

¹³²Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung, 2004, S.150

6. Die Drogenpolitik der Bundesregierung

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 Schwerpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende *Sucht*-Politik. Seit einigen Jahren stehen Störungen durch legale psychotrope Substanzen und gemeinsame Aspekte aller solcher Substanzen stärker im Mittelpunkt des politischen Interesses. Zur Verdeutlichung werden deshalb zunehmend die Begriffe *Drogen- und Suchtpolitik* oder nur noch *Suchtpolitik* verwendet.¹³³

⇒ In der Bundesrepublik ist es heutzutage ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln mit allem Nachdruck zu verhüten oder deutlich zu reduzieren.

Die Reduzierung von Suchterkrankungen ist darüber hinaus eine gesundheitspolitische wie ordnungsrechtliche Aufgabe der Gesellschaft.¹³⁴

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den *Aktionsplan Drogen und Sucht* beschlossen. Mit Hilfe des *Aktionsplans Drogen und Sucht* soll das neue Denken in der Drogenpolitik, das vor einigen Jahren eingeleitet wurde, in den nächsten fünf bis zehn Jahren fest verankert werden.¹³⁵

Der folgende Abschnitt wird die wichtigsten Elemente und Bereiche des *Aktionsplans*

¹³³Bericht REITOX Deutschland an die EBDD, Drogensituation 2002, 2003, S.1

¹³⁴Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.19

¹³⁵Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S. 7

Drogen und Sucht zusammenfassen. Auf die Benennung der konkreten Einzelmaßnahmen und Teilziele wird an dieser Stelle verzichtet. Diese können im Aktionsplan selbst bei Interesse nachgelesen werden. Die Bezugsquellen werden an den entsprechenden Stellen genannt.

Der *Aktionsplan Drogen und Sucht* beinhaltet eine übergreifende, langfristig angelegte Gesamtstrategie für den Umgang mit Suchtmitteln, die dazu beitragen soll, das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädigenden Konsum zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Er beschreibt prioritäre Handlungsfelder und legt Ziele fest, die in den vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Überlebenshilfe und Schadensreduzierung sowie Repression und Angebotsreduzierung dargestellt werden.¹³⁶

Bund und Länder haben sich in der Drogen- und Suchtpolitik vorgenommen, das Hilfesystem weiterzuentwickeln und einen Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und des riskanten Alkoholkonsums, zu legen.

Für die Suchtpolitik der Bundesrepublik Deutschland gelten folgende allgemeine Ziele:

- ▷ Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern.
- ▷ Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren.
- ▷ Das Überleben zu sichern.
- ▷ Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln.

¹³⁶Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S. 19/20

- ▷ Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.¹³⁷

Der *Aktionsplan Drogen und Sucht* sieht zur Erreichung dieser Ziele einen Maßnahmenkatalog in den o.g. vier Säulen vor:

Prävention Die heutige Prävention hat zum Ziel, Gesundheit zu fördern, Abstinenz zu erhalten, sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern.

Elementare Bestandteile der Präventionsarbeit sind:

- ▷ eine konzeptionelle Gesamtstrategie, die in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung eingebettet ist
- ▷ die Erweiterung der Lebenskompetenzen
- ▷ die Vermittlung positiver Botschaften (zum Beispiel *Nichtrauchen ist cool*)
- ▷ die zielgruppengerechte Ansprache
- ▷ die Einbeziehung von *Peers* und der Selbsthilfe
- ▷ die Langfristigkeit der Maßnahmen.

Suchtprävention muss umfassend angelegt sein und Kinder und Jugendliche noch stärker und frühzeitiger in den Mittelpunkt stellen. Prinzipiell sollten sich alle Maßnahmen der Prävention am Alltag und der Lebenswelt der Zielgruppe orientieren.

Zukünftig soll in der Präventionsarbeit stärker auf Mischkonsum und riskante Konsummuster eingegangen werden, da die Trennung von illegalen und legalen Drogen immer weniger dem realen Konsumverhalten entspricht.¹³⁸

¹³⁷Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S. 21

¹³⁸Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.27/28

Der *Aktionsplan Drogen und Sucht* nennt im Bereich der Prävention 16 suchtmittelunspezifische und suchtmittelspezifische Präventionsmaßnahmen.

Beratung, Behandlung und Rehabilitation

Die Maßnahmen in diesem Bereich zielen darauf ab,

- ▷ gefährdete oder bereits abhängige Menschen frühzeitig für Hilfen zu erreichen,
- ▷ ihr Überleben zu sichern,
- ▷ zu motivieren, weiterführende Hilfen anzunehmen,
- ▷ gesundheitlich zu stabilisieren und
- ▷ sozial und beruflich zu rehabilitieren.¹³⁹

Der Aktionsplan Drogen und Sucht beschreibt in dem Bereich Beratung, Behandlung und Rehabilitation 18 Maßnahmen.

Überlebenshilfen und Schadensreduzierung

Überlebenshilfen sollen vor allem zur Senkung der Mortalität und Morbidität von Suchtkranken führen. Sowohl die Einrichtung von niedrigschwelligen Angeboten wie Kontaktläden oder Drogenkonsumräumen als auch qualitätssichernde Substitutionsbehandlungen haben neben der Hilfe zum Ausstieg insbesondere die Zielrichtung, die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumentinnen/Drogenkonsumenten zu senken. Darüber hinaus sind diese Hilfen darauf abgestellt, mit dem Substanzkonsum verbundene soziale, psychische und somatische Folgeschäden zu reduzieren.¹⁴⁰

Fünf konkrete Maßnahmen werden innerhalb des Aktionsplans zu diesem Bereich genannt.

¹³⁹Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.34

¹⁴⁰Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.41

Repression und Angebotsreduzierung Repressive Maßnahmen, insbesondere das Strafrecht, bilden eine traditionelle Säule der Drogenpolitik, mit der einerseits das Angebot an Suchtmitteln, andererseits die Nachfrage reduziert werden soll.

Neben der Repression ist die *Alternative Entwicklung* eine weitere Strategie der Angebotsreduzierung, die direkt in den Anbauländern von Drogenpflanzen zur Herstellung illegaler Drogen zur Anwendung kommt. Alternative Entwicklung umfasst einen Prozess, durch den die Produktion illegaler Drogenkulturen durch spezifische Maßnahmen zur ländlichen Entwicklung verhindert, verringert oder beseitigt wird.¹⁴¹

Zu der Säule Repression und Angebotsreduzierung umschreibt der Aktionsplan 15 konkrete Maßnahmen in den Bereichen Reduzierung des Angebots an illegalen Drogen, Überprüfung gesetzgeberischer Maßnahmen, effizientere Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität und Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels.

Der komplette Maßnahmenkatalog des *Aktionsplans Drogen und Sucht* kann in der vollständigen Fassung auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums¹⁴² nachgelesen werden.

Die Umsetzung des Aktionsplanes soll durch einen Drogen- und Suchtrat begleitet werden, in dem alle gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen vertreten sind, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und den Hilfen für Suchtkranken beteiligt sind. Aufgabe des Drogen- und Suchtrates ist es, die Umsetzung der festgelegten Ziele in entsprechenden Maßnahmen zu überprüfen. Die Vertreterinnen und Vertreter wirken darauf hin, dass die Maßnahmen in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich umgesetzt werden.¹⁴³

Inwieweit, in welchem Umfang und durch welche Maßnahmen der Aktionsplan bisher in Gesamtdeutschland umgesetzt wurde, soll an dieser Stelle nicht weiter beschrieben werden.

Vielmehr wird in Teil IV und dort in Abschnitt 9 auf Seite 66 erkennbar, welches Hilfesystem derzeit im Rhein-Sieg-Kreis besteht und inwieweit durch welche Angebote und Maßnahmen die Ziele der gesamtdeutschen Drogenpolitik hier umgesetzt wurden und werden.

¹⁴¹ Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.43

¹⁴² <http://www.bmgs.bund.de>

¹⁴³ Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003, S.20

Teil IV.

Die Drogensituation im Rhein-Sieg-Kreis

Der folgende Teil befasst sich konkret mit der Drogensituation im Rhein-Sieg-Kreis, wobei zunächst auf das aktuelle Konsumverhalten der Bevölkerung mit den jeweils erkennbaren Tendenzen und anschließend auf die aktuelle Statistik der Rauschgiftkriminalität eingegangen wird. Abschließend wird das im Rhein-Sieg-Kreis vorhandene Hilfe- und Versorgungssystem im Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe vorgestellt und bewertet.

Um ein möglichst vollständiges und praxisnahes Bild von der Situation im Rhein-Sieg-Kreis erhalten zu können, wurden die im Kreisgebiet ansässigen Institutionen, die im Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe tätig sind bzw. in ihrer täglichen Arbeit direkt oder indirekt mit der Drogen- bzw. Suchtproblematik konfrontiert sind, um ihre jeweilige Stellungnahme zur Drogen- und Suchtproblematik im Rhein-Sieg-Kreis gebeten. Abgefragt wurde die Einschätzung der Einrichtungen

- ▷ zur aktuellen Situation im Drogen- und Suchtbereich,
- ▷ zum Konsumverhalten der Bevölkerung,
- ▷ zur Ab- und Zunahme im Suchtmittelkonsum,
- ▷ zu Anteilen der verschiedenen Suchtmittel am Gesamtkonsum,
- ▷ zur örtliche Verteilung oder regionalen Schwerpunkten und

- ▷ erkennbaren Tendenzen und Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich.

Darüber hinaus wurden die Einrichtungen befragt

- ▷ zur Einschätzung und Bewertung des vorhandenen Hilfesystems,
- ▷ zur Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote für die Betroffenen,
- ▷ zum Zugang zum Hilfesystem für die Betroffenen,
- ▷ zu ungedeckten Bedarfen im Hilfesystem und
- ▷ zur Einschätzung der derzeitigen Kooperation innerhalb des Hilfesystems.

Angeschrieben wurden 120 Stellen, Einrichtungen und Institutionen, darunter

- ▷ die ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe,
- ▷ die Ordnungs-, Jugend- und Sozialämter der Gemeinden und Städte im Rhein-Sieg-Kreis,
- ▷ die Hauptschulen und Berufskollegs,
- ▷ die Betreuungsvereine,
- ▷ die Justizvollzugsanstalten,
- ▷ die Polizeibehörden,
- ▷ die Staatsanwaltschaft Bonn,
- ▷ Substitutionsärzte, etc.

Die vollständige Liste der angeschriebenen Stellen ist als Anhang beigefügt.

Auf die 120 Anfragen gingen 47 Rückmeldungen ein, worunter allerdings in 15 Fällen lediglich der Hinweis gegeben wurde, dass keinerlei Erkenntnisse vorliegen oder auch auf die

Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verwiesen wurde.

Von den Einrichtungen, die überregional im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe tätig sind, gingen lediglich zwei aussagekräftige Rückmeldungen ein. Sehr ausführlich berichteten dagegen die Einrichtungen der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe.

Von den Stellen, deren Arbeitsschwerpunkt nicht unmittelbar im Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe liegt, konnten nur wenig Informationen erlangt werden. So konnten zum Beispiel die meisten Gemeinde- und Stadtverwaltungen bzw. deren Sozial- und Ordnungsämter kaum Aussagen über die aktuelle Drogensituation in ihrem Zuständigkeitsbereich machen. Auch seitens der im Rhein-Sieg-Kreis ansässigen Betreuungsvereine gingen keinerlei konkrete Rückmeldungen ein.

Besonders hervorzuheben sind die Jugendämter und die Schulen. Die Rückmeldung der Jugendämter war insgesamt enttäuschend.

⇒ Für nahezu alle Jugendämter war es offensichtlich überaus schwierig, überhaupt auf die gestellten Fragen einzugehen, sei es aus *arbeitsökonomischen* Gründen oder auch weil der Zweck der Anfrage und auch die Fragestellung nicht richtig verstanden wurden. Mitgeteilt wurde unter anderem, dass dort keine aussagekräftigen Zahlen und Daten vorliegen. Insgesamt entsteht dadurch der Eindruck, dass das Thema Sucht keinen hohen Stellenwert in der täglichen Arbeit der Jugendämter zu haben scheint.

Ausgesprochen positiv im Vergleich dazu sind die Rückmeldungen einiger Hauptschulen. Diese zeigen durch ihre Ausführungen, dass man sich dort mit dem Thema Drogen intensiv auseinandersetzt und der Konsum von – legalen wie illegalen – Suchtmitteln sehr wohl als Teil der Alltagsrealität der Schülerinnen und Schüler wahrgenommen wird. Deut-

lich wird auch, dass – auch ohne dass Zahlenmaterial präsentiert werden kann – die Schulen sehr sensibel wahrnehmen, mit welchen Dingen sich ihre Schülerinnen und Schüler befassen und zwar sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Schulbetriebes.

Hervorgehoben werden sollten an dieser Stelle auch die umfassenden Stellungnahmen der Kreispolizeibehörde (Zuständigkeitsbereich: rechtsrheinischer Rhein-Sieg-Kreis ausgenommen die Städte Königswinter und Bad Honnef) und des Polizeipräsidiums Bonn (Zuständigkeitsbereich: linksrheinischer Rhein-Sieg-Kreis und die Städte Königswinter und Bad Honnef).

Die nachfolgenden Kapitel wurden auf der Grundlage der eingegangenen Rückmeldungen der angeschriebenen Einrichtungen und der in der Verwaltung auf Grund eigener Erkenntnisse vorliegenden Informationen verfasst.

7. Konsumverhalten der Bevölkerung

Das Konsumverhalten im Rhein-Sieg-Kreis lässt sich nicht in jedem Bereich durch konkrete regionale Konsumentenzahlen benennen. Es kann angenommen werden, dass sich das Konsumverhalten im Rhein-Sieg-Kreis in seiner Relation nicht bedeutend vom beschriebenen Konsumverhalten in der Bundesrepublik Deutschland unterscheidet. Im Bedarfsfall werden daher die jeweils relevanten Zahlen der Bundesrepublik auf den Rhein-Sieg-Kreis bezogen umgerechnet. Bei dieser Umrechnung handelt es sich allerdings nicht um die Darstellung der exakten Zahlen, sondern es geht vielmehr darum, Dimensionen darzustellen, um eine greifbare Vorstellung über das Ausmaß des jeweiligen Konsums zu erhalten. Liegen konkrete Zahlen vor, werden diese an entsprechender Stelle genannt.

Neben der Benennung von Konsumentenzah-

len wird dieses Kapitel auch örtliche Schwerpunkte, Trends und vorhersehbare Entwicklungen beschreiben. Diese Informationen beruhen zu einem großen Teil auf den Einschätzungen, Beobachtungen und Erfahrungen der im Zusammenhang mit der Sucht- und Drogenproblematik stehenden Institutionen und können nur begrenzt mit Zahlen belegt werden.

⇒ Die in den folgenden Abschnitten vorgelegten Zahlen können auf den ersten Blick widersprüchlich sein. Aus diesem Grund wird darauf hingewiesen, dass die angegebenen Prävalenzzahlen, also Häufigkeit und Konsum von Suchtmitteln in der Bevölkerung nicht analog dazu und in der gleichen Verteilung bei dem Klientel der Hilfeinrichtungen anzutreffen sind. Eine hohe Häufigkeit des Konsums beispielsweise von Cannabis in der Bevölkerung bedeutet nicht, dass auch ein entsprechend hoher Anteil von Hilfesuchenden Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten in den Statistiken der Hilfeinrichtungen anzutreffen wäre.

7.1. Alkohol

Alkohol ist –wie bereits beschrieben– das gesellschaftlich am weitesten verbreitete und auch akzeptierteste Suchtmittel.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Prävalenzen der Lebenszeiterfahrung und des jüngsten Konsums von Alkohol im Rhein-Sieg-Kreis nicht erheblich von denen in der Bundesrepublik Deutschland unterscheiden (siehe Abschnitt 5.1 auf Seite 31)

Betrachtet man die Prävalenzen an riskantem Konsumverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (vergl. Tabelle 3 auf Seite 34), ergeben sich bei einer Bevölkerungszahl im Rhein-Sieg-Kreis von etwa 335.000 Einwohnern im Alter von 18–59 Jahren die in Tabelle 5 dargestellten Zahlen.

Riskanter Konsum insgesamt	insgesamt	53.000 (16%)
Davon missbräuchl. Konsum	missbräuchl. Konsum	16.750 (5%)
Davon abhängiger Konsum	abhängiger Konsum	10.050 (3%)

Tab. 5: Anzahl der Konsumenten mit riskantem Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 18–59jährigen im Rhein-Sieg-Kreis.

⇒ Insbesondere bei Jugendlichen wird im Rhein-Sieg-Kreis ein zunehmender Konsum von Alkohol beobachtet.

Vor allem der Konsum so genannter Alcopops (alkoholische Mischgetränke) ist unter den Jugendlichen sehr beliebt. Hierbei ist die Tendenz weiterhin steigend. Der Konsum von Alkohol findet meist in der Freizeit, nachts und am Wochenende statt. Alkohol stellt unter den Jugendlichen die am ehesten akzeptierte Droge dar.

Ein exzessiver Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit, welcher u.U. bis hin zu einer erforderlichen notärztlichen Behandlung betrieben wird, findet unter Jugendlichen insbesondere bei Stadtfesten, den karnevalistischen Veranstaltungen auf dem Siegburger Marktplatz, der Marktplatte in Sankt Augustin, etc. statt.

Neben dem steigenden Konsum an Alkohol lässt sich das sinkende Alter der Konsumentinnen und Konsumenten beobachten.

⇒ Hauptschulen berichten von Alkoholkonsum bereits in den unteren Klassen, die Polizei geht von einem Einstieg in den Alkoholkonsum häufig im Übergang vom Kindesalter zum Jugendlichen aus.

Auffallend ist der exzessive Alkoholgenuss der männlichen, russlanddeutschen Mitbürger. Obwohl alle Altersgruppen vertreten sind, trifft dies übermäßig oft auf Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene

zu. Hemmschwellen gehen laut polizeilichen Beobachtungen im Vollrausch oft vollständig verloren. Teilweise werden extreme Blutalkoholkonzentrationen von weit über 2 Promille erreicht.

Ein weiteres Phänomen sind nach Darstellung der Kreispolizeibehörde die Fälle häuslicher Gewalt. Häufig ist zu beobachten, dass in solchen Fällen neben den Begleitumständen wie Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug auch Alkoholprobleme vorhanden sind.

Der Konsum von Alkohol spielt insgesamt im sozialen System und in der Justiz eine erkennbar herausragende Rolle. U.a. stellt im Bereich *Obdachlosigkeit* Alkohol ein beständiges Problem dar. So berichtet zum Beispiel die Wohnungslosenhilfe in Siegburg von einem Anteil an alkoholkranken Übernachtern an der Gesamtzahl von 21,6% im Jahr 2004. Auch die Justizvollzugsanstalt Siegburg erfasste einen Anteil von etwa 7% an Abhängigen von legalen Drogen (wobei nicht weiter zwischen den unterschiedlichen Substanzen unterschieden wird). Durch das überregionale Einzugsgebiet der Justizvollzugsanstalt handelt es sich allerdings nur um einen geringen Anteil an Einwohnern aus dem Rhein-Sieg-Kreis. Auch Sozialämter werden in der täglichen Arbeit mit der Alkoholproblematik ihrer Kundinnen und Kunden konfrontiert.

Im Bereich der stationären Drogen- und Suchtkrankenhilfe wird die Bedeutung des exzessiven, missbräuchlichen Alkoholkonsums anhand der vorliegenden Zahlen besonders deutlich. So wurden im Jahr 2004 (bis Oktober) in der Suchtabteilung der Rheinischen Kliniken Bonn (Zuständigkeitsbereich wird in Abschnitt 8 auf Seite 58 benannt) ca. 750 Patienten aus dem Rhein-Sieg-Kreis behandelt. Bei etwa 70% der Patienten lag eine Alkoholabhängigkeit vor.

In der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe (Zuständigkeiten werden in Abschnitt 8 auf Seite 58 beschrieben) ergab sich

folgendes Bild bezüglich der Behandlungen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol stehen:

2004 erfasste die Drogenhilfe im Diakonischen Werk An Sieg und Rhein einen Anteil der Gesamtklienten von 17%, bei denen als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit festgestellt wurde.

In der Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes stellt die Alkoholberatung das größte Arbeitsfeld dar. Im vergangenen Jahr wurde ein Anteil von 59% an der Gesamtklientenzahl erfasst, der aufgrund einer Alkoholthematik die Beratungsstellen aufsuchte. Der Anteil an männlichen Betroffenen betrug hierbei 70% zu 30% an weiblichen Betroffenen. Bevor Alkoholkonsum hier seitens der Klienten als Problem erlebt wurde, ging der Beratung häufig ein 10–20jähriger Konsum voraus.

Zur örtlichen Verteilung des öffentlichen Alkoholkonsums beobachtete die Kreispolizeibehörde u.a., dass sich in Siegburg vor dem Kaufhof eine kleine *Szene* aus Arbeits- und Obdachlosen entwickelt, die in der Öffentlichkeit exzessiv Alkohol konsumiert. Zudem zeigen sich die Gelände zweier Großdiskotheken in Hennef, die Troisdorfer Fußgängerzone und der Bahnhof in Troisdorf als Treffpunkte des öffentlichen Alkoholkonsums.

Analog zu den Ausführungen des Abschnitts 5.1 auf Seite 31 stellt der missbräuchliche Konsum von Alkohol ein erhebliches gesundheitspolitisches Risiko auch für den Rhein-Sieg-Kreis dar.

7.2. Tabak

Wie in Abschnitt 5.2 auf Seite 34 berichtet, geht man in Deutschland davon aus, dass 39% der männlichen und 31% der weiblichen Bevölkerung rauchen. Umgerechnet auf den Rhein-Sieg-Kreis erhält man somit in der erwachsenen Bevölkerung (18–64 Jahre) eine Anzahl von etwa 131.545 Rauchern (73.240

männliche Raucher und 58.305 weibliche Raucherinnen). Geht man weiterhin von einem Anteil von 35% an starken Rauchern aus, ergibt sich daraus eine Zahl von etwa 46.040 Rauchern mit einem Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag.

Insgesamt zeigt sich bei dem Konsum von Tabak in der erwachsenen Bevölkerung eine leicht fallende Tendenz.

⇒ Einen auffallend hohe Prävalenz an Tabakkonsum zeigt sich auch im Rhein-Sieg-Kreis unter den Jugendlichen. Rauchen spielt neben dem Alkoholkonsum eine erhebliche Rolle unter den Schülerinnen und Schülern. Schulen gehen von einem Raucheranteil von 35%–40% der Schülerinnen und Schüler aus. Ein Jugendzentrum berichtet von 90% Raucheranteil unter den Jugendlichen. Besorgniserregend ist insbesondere, dass weibliche Jugendliche zunehmend Tabak konsumieren.

Obwohl der Konsum von Tabak bis zum 16. Lebensjahr nicht erlaubt ist, wird das Rauchen in Hauptschulen bereits ab den untersten Klassen beobachtet. Die Polizei geht von einem Erstkonsum von Tabak im 10.–12. Lebensjahr aus! Die Altersgrenze zeigt auch hier weiterhin eine fallende Tendenz.

Der Konsum von Tabakprodukten spielte bisher in der ambulanten Suchtkrankenversorgung nur eine sehr geringe Rolle. In den letzten Jahren bietet die Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes jedoch zunehmend Angebote zur Raucherentwöhnung an.

Im Bereich des Tabakkonsums kann nicht von einer örtlichen Verteilung oder gar einer in der Öffentlichkeit auffallenden *Raucherszene* gesprochen werden. Vielmehr lassen sich die o.g. unterschiedlichen Ausprägungen der Raucherprävalenz im Bezug zu Alter und Geschlecht benennen.

Die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Rauchens sind auch für den Rhein-Sieg-Kreis erheblich, geht man hier analog von der gesamtdeutschen Größenordnung aus.

⇒ Rauchen und Alkohol sind die bedeutendsten Einstiegsdroge und stellen das mit weitem Abstand größte vermeidbare Gesundheitsrisiko dar.

7.3. Cannabis

⇒ Cannabis ist auch im Rhein-Sieg-Kreis – analog zu der Situation in Europa und Deutschland – das am häufigsten konsumierte illegale Suchtmittel.

Überträgt man die in Abschnitt 5.3 auf Seite 36 angegebene Lebenszeitprävalenz von 26% in der 18–59jährigen Bevölkerung Westdeutschlands im Jahr 2003 auf den Rhein-Sieg-Kreis, ergibt sich in dieser Altersgruppe eine Anzahl von 87.100 Personen, die in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert haben.

Bei einer Jahresprävalenz von 7% in derselben Altersgruppe kann man davon ausgehen, dass 23.450 Personen im Rhein-Sieg-Kreis innerhalb des letzten Jahres Cannabis konsumiert haben.

Da es sich hierbei um Werte aus dem Jahr 2003 handelt und eine steigende Tendenz vorherrscht, ist davon auszugehen, dass die aktuellen Zahlen in einem höheren Bereich liegen.

⇒ Die Wohnungslosenhilfe in Siegburg beobachtet gar eine höhere Verbreitung von *weichen* Drogen als von Alkohol. Es zeigt sich nach Angaben der Polizei auch ein Trend weg von den so genannten *harten Drogen* zu Cannabisprodukten.

Der Konsum von Cannabis ist zwar in allen Altersgruppen zu erkennen, allerdings stellt die

Gruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen die stärkste Konsumentengruppe dar, wobei der Trend zum Gruppenkonsum geht.

Cannabiskonsum steht bei Jugendlichen neben dem Rauchen und dem Konsum von Alkohol im Vordergrund. Die Tendenz zum Konsum von Cannabisprodukten ist in dieser Gruppe weiterhin steigend.

Ausgehend von den gesamtdeutschen Angaben aus dem Jahr 2003 haben von den 21.304 15–18jährigen im Rhein-Sieg-Kreis etwa 6.604 (31%) in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert, etwa 5.113 (24%) im letzten Jahr und ca. 2.982 (14%) innerhalb des letzten Monats. Weiterhin kann bei etwa 1.065 Jugendlichen in dieser Altersgruppe ein häufiger Konsum (öfter als einmal pro Woche) angenommen werden.

Aufgrund der steigenden Tendenz des Cannabiskonsums – vor allem unter Jugendlichen – und der in diesem Zusammenhang anzunehmenden erhebliche Dunkelziffer, liegen die realen Zahlen vermutlich in einem deutlich höheren Bereich.

Zudem muss bedacht werden, dass sich die genannten Zahlen auf die Gruppe der 15–18jährigen beziehen. Beim Konsum von Cannabis muss allerdings von einem jüngeren Einstiegsalter ausgegangen werden, wobei die Tendenz weiterhin fallend ist.

⇒ Hauptschulen beobachten einen Konsum von Cannabis bereit ab der 5. Klasse, die Polizei nennt einen zunehmenden Konsum von Cannabis auch von Kindern unter 14 Jahren.

Aufgrund des Alters der Hauptkonsumentengruppe spielt Cannabiskonsum in Schulen eine bedeutende Rolle. Dort wird der Konsum von Cannabis als steigendes Problem gesehen.

Im Gegensatz zum Tabak- und Alkoholkonsum findet Cannabiskonsum ganz überwie-

gend heimlich oder in der Freizeit statt, weshalb von einer großer Grauzone ausgegangen werden kann. Es herrscht eine problemlose Verfügbarkeit von Cannabis für Schüler, die Experimentierfreude von Schülern in diesem Bereich ist hoch.

Polizei und Schulen sehen mehrere Gründe für die zunehmende Verbreitung des Konsums von Cannabisprodukten. Hierzu gehören die bereits genannte problemlose Verfügbarkeit von Cannabisprodukten, die Verharmosung des Problems sowie der liberale Umgang damit in den Medien und in der Öffentlichkeit. Hieraus resultiert dann zusätzlich ein mangelndes Unrechtsbewusstsein gegenüber dem Konsum dieser Droge.

Hinzu kommt das bereits genannte Experimentierverhalten der Jugendlichen, welches sich auch auf andere Suchtmittel bezieht. Zudem neigen nach den Erfahrungen der Kreispolizeibehörde Jugendliche dazu, den Konsum von Cannabis nach einer gewissen Gewohnheitsphase als Lebensmittelpunkt zu definieren, wobei die häusliche Kontrolle in vielen Fällen aufgrund der familiären Lebensumstände nur bedingt zu funktionieren scheint.

Neben der Verbreitung von Cannabis in der Masse stellt die Polizei eine deutliche Steigerung des THC-Gehalts von 3–4% vor 10–15 Jahren auf zur Zeit 10–18% fest. Der Preis für Cannabis ist derzeit relativ niedrig.

Des Weiteren wird ein wachsender Anteil an Beikonsum von Cannabis bei Heroinabhängigen durch die Polizei beobachtet.

In der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe spielt Cannabis heutzutage ebenfalls eine Rolle, wenn auch bisher eine relativ geringe.

Die Drogenhilfe im Diakonischen Werk An Sieg und Rhein nennt für das Jahr 2004 einen Anteil von 8% der Gesamtklienten, bei denen der Missbrauch von Cannabis die Hauptdiagnose darstellte.

Die Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes

erfasste im vergangenen Jahr einen Anteil von 7% der Gesamtklienten, welche die Beratungsstellen aufgrund von THC-Konsum aufsuchten, wobei die Verteilung von Männern und Frauen bei 84% zu 16% lag. Bei 3,5% dieser Klientengruppe lag eine Doppeldiagnose vor, wobei es sich meist um eine Psychose aufgrund eines langjährigen exzessiven Cannabiskonsums handelte. Insgesamt konnte ein Anstieg sozialer Auffälligkeiten in Schule und Ausbildung, welche durch einen exzessiven Cannabiskonsum verursacht wurden, beobachtet werden. Oftmals wurden die Jugendlichen von Eltern begleitet, die einerseits mit übertriebener Sorge und Angst reagierten, andererseits durch erschreckende Verharmlosung auffielen. Selten kam es zu einer intensiveren Auseinandersetzung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ihrem Konsumverhalten.

Bei Cannabiskonsum lassen sich keine örtlichen Schwerpunkte erkennen, da der Cannabiskonsum meist in der Freizeit und heimlich statt findet und es keine nach außen hin auffallende Szene gibt.

7.4. Kokain

⇒ Der Konsum von Kokain ist in allen Bevölkerungs- und Altersgruppen zu beobachten, weist allerdings, wie insgesamt in der Bundesrepublik, auch im Rhein-Sieg-Kreis eine geringe Verbreitung auf. Der Grund hierfür liegt vermutlich u.a. am hohen Preisniveau und am deckenden Angebot an preiswerteren synthetischen Drogen.

Analog zu den gesamtdeutschen Angaben ergibt sich für den Rhein-Sieg-Kreis in der Gruppe der 18–59jährigen einen Anteil von 10.050 (3%) Personen, die in ihrem Leben mindestens einmal Kokain konsumiert haben. Die Jahresprävalenz ergibt in dieser Altersgruppe mit 0,8% 2680 Personen.

Kokainkonsum zeigt sich insbesondere im Bereich des Bei- und Mischkonsums bei Opiatabhängigen. Nach den Erfahrungen der Drogenhilfe und der Polizei hat der Mischkonsum insgesamt zugenommen.

Gelegentlich wird Kokain von substituierten Opiatabhängigen neben dem Substitutionsmittel konsumiert.

In Schulen fiel der Konsum von Kokain nur in geringem Umfang auf. Allerdings sind Schülerinnen und Schüler häufig bereit, neben Cannabis, dessen Konsum im Vordergrund steht, auch andere Drogen wie Kokain auszuprobieren. Dabei ist ebenfalls eine fallende Tendenz im Alter der Erstkonsumentinnen und Erstkonsumenten zu erkennen. Jugendliche halten sich meist nicht in der offenen Drogenszene auf.

In der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe ergibt sich folgendes Bild:

Die Drogenhilfe im Diakonischen Werk An Sieg und Rhein teilte mit, dass bei 8% der betreuten Klientinnen und Klienten aus dem Jahr 2004 die Hauptdiagnose eines missbräuchlichen Kokainkonsums vorlag.

In der Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes handelte es sich bei 11% der Klientinnen und Klienten um eine Drogenproblematik im Bereich illegaler Drogen insgesamt (Kokain, Heroin, andere Opiate).

Wie beschrieben tritt der Konsum von Kokain meist im Zusammenhang mit dem Konsum von Opiaten in Erscheinung. Auf die regionalen Schwerpunkte der offenen Drogenszene, in welcher der Konsum von Opiaten hauptsächlich statt findet, wird im Abschnitt 7.6 auf der nächsten Seite eingegangen.

Unabhängig von jeweiligen Schwerpunkten der Drogenszene ist laut Polizeiangaben im gesamten Kreisgebiet eine gute Verfügbarkeit von Kokain gegeben, auch an Schulen.

7.5. Ecstasy

Geht man von einer den gesamtdeutschen Prävalenzen entsprechenden Lebenszeitprävalenz von 2,4% der 18–59jährigen aus, haben im Rhein-Sieg-Kreis etwa 8.040 Personen dieser Altersgruppe mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert. Bei einer Jahresprävalenz von 0,8% lässt sich errechnen, dass etwa 2.680 Personen im Rhein-Sieg-Kreis im letzten Jahr Ecstasyerfahrungen gemacht haben.

⇒ Der Konsum von Ecstasy findet hauptsächlich in der Gruppe der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen statt, wobei sich das Alter der Erstkonsumentinnen und Erstkonsumenten nach unten verlagert. Das Preisniveau macht diese Droge für junge Konsumentinnen und Konsumenten zugänglich.

Eine konkrete Aussage über die Prävalenzen in dieser Altergruppe ist kaum zu treffen, da dieser Konsum überwiegend im Verborgenen statt findet. Auf Grund der jüngsten Entwicklung wird nach Einschätzung der Polizei aber ein weiteres leichtes Absinken der Fallzahlen erwartet.

Ecstasy wird hauptsächlich im Rahmen von Diskothekenbesuchen, Musikveranstaltungen, etc. konsumiert. Aber auch Schulen berichten davon, dass einige Schülerinnen und Schüler, die vorwiegend Cannabis konsumieren, auch bereit sind, Ecstasy zu probieren. Die Verfügbarkeit stellt auch in Schulen keine Schwierigkeit dar.

Der Konsum von Ecstasy und Amphetaminen spielt in der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe bisher nur eine sehr untergeordnete Rolle. Insgesamt wurden im Jahr 2004 3% der betreuten Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose an Amphetamin und Ecstasy Missbrauch erfasst.

Da der Ecstasykonsum überwiegend in Diskotheken, auf Partys, etc. statt findet und

somit der Öffentlichkeit größtenteils verborgen bleibt, lassen sich kaum regionale Schwerpunkte bzw. eine örtliche Szene benennen. Ausschlaggebend sind hier vielmehr die jeweils aktuellen *In-Diskotheken*, etc., wodurch die Konsumorte auch häufig wechseln. Lediglich am Bahnhof in Eitorf werden synthetische Drogen als Schwerpunkt von der Kreispolizeibehörde genannt.

Unabhängig von einem regionalen Schwerpunkt sind Ecstasytabletten im Rhein-Sieg-Kreis in hohem Maße verfügbar.

Die gesundheitlichen Risiken des Ecstasykonsums sind analog zu den gesamtdeutschen Situation zu sehen. Der leitende Notarzt im Rhein-Sieg-Kreis berichtet, dass der Rettungsdienst durchaus auch zu Notfallsituationen gerufen wird, bei denen *Partydrogen* eine Rolle spielen. Diese Einsätze finden gehäuft im Umfeld von Diskotheken statt.

7.6. Heroin/Opiate

Legt man die gesamtdeutsche Lebenszeitprävalenz von 1,4% der 18–59jährigen Bevölkerung zu Grunde, ergibt sich für den Rhein-Sieg-Kreis eine Anzahl von 4.690 Personen dieser Altersgruppe, die in ihrem Leben mindestens einmal Heroin oder andere Opiate konsumiert haben. Die Jahresprävalenz liegt mit 0,2–0,3% in der Gruppe der 18–39jährigen deutlich darunter. In diesen Angaben sind allerdings die Konsumentinnen und Konsumenten mit Erstkonsum unter dem 18. Lebensjahr nicht berücksichtigt.

Hinsichtlich des Konsumverhaltens werden im Rhein-Sieg-Kreis folgende Erfahrungen gemacht:

Die Kreispolizeibehörde geht von einem Absinken der Anzahl an Heroinerstkonsumentinnen und Heroinerstkonsumenten aus.

Auch hier zeigt sich, dass das Alter der Erstkonsumentinnen und Erstkonsumenten sinkt, wobei Jugendliche hinsichtlich des Konsums

von Heroin nicht die Hauptkonsumentengruppe darstellen.

⇒ Insgesamt nimmt der Konsum harter Drogen unter Jugendlichen ab, wogegen sich der Konsum von Alkohol, Cannabis und synthetischen Drogen verstärkt.

Eine Konsumentengruppe, die besonders häufig durch riskanten, starken und sehr frühen Konsum von Heroin im Rhein-Sieg-Kreis auffällt, ist die Gruppe der Migranten.

Eine hohe Bedeutung hat der Konsum von Heroin auch im Bereich der Wohnungslosigkeit bzw. Obdachlosigkeit. So erfasste die Wohnungslosenhilfe in Siegburg im Jahr 2004 13,9% nachweislich heroinabhängige Übernachterinnen bzw. Übernachter an der Gesamtzahl der Übernachtungsgäste. Die Wohnungslosenhilfe beobachtet in den letzten Jahren in ihrem Arbeitsbereich einen Anstieg des Drogenmissbrauchs insgesamt. Häufig litten hier die Abhängigen zusätzlich an einer psychischen Erkrankung. Zudem wird gerade in diesem Bereich deutlich, dass die Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit für einen großen Teil der Drogenabhängigen ein erhebliches Problem darstellt.

Ein weiterer Bereich, in dem sich eine auffällig hohe Zahl an Abhängigkeiten von harten Drogen insgesamt zeigt, ist der Strafvollzug. So zeigte sich bei der jährlichen Stichtagerhebung der Justizvollzugsanstalt Siegburg am 31.10.04 – zu dieser Zeit befanden sich 423 Erwachsene und 276 Jugendliche in Haft – eine Anzahl von 48 Erwachsenen (ca. 11%) und 5 Jugendlichen (ca. 2%), bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vorlag, wobei nicht zwischen den verschiedenen Substanzen unterschieden wird. Die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner aus dem Rhein-Sieg-Kreis fällt hierbei aufgrund des überregionalen Zuständigkeitsbereiches der Justizvollzugsanstalt allerdings kaum ins Gewicht.

In der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes an Sieg und Rhein stellen die Konsumentin-

nen bzw. Konsumenten und Abhängigen von Opiaten die Hauptklientengruppe dar. So lag im Jahr bei 56% der betreuten Klientinnen und Klienten die Hauptdiagnose eines Opiatmissbrauchs bzw. Abhängigkeit vor. Die Drogenhilfe beobachtete eine Zunahme des Mischkonsums, so dass es zunehmend zu Abhängigkeiten von mehreren Substanzen kommt. Teilweise wurde festgestellt, dass Konsumenten und Konsumentinnen Stoffe konsumieren, deren Inhalt und Wirkung sie nicht kennen, was zu einem riskanten Konsumverhalten führt. Auch wurde hier ein Anstieg an abhängigen Migrantinnen und Migranten beobachtet.

Wie bereits beschrieben, lag im Bereich der Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes im Jahr 2004 insgesamt bei 11% der Klienten eine Drogenproblematik im Zusammenhang mit illegalen Drogen (Heroin, Kokain, andere Opiate) vor. Die Gruppe der Heroinabhängigen kann hierbei als die größte Gruppe angesehen werden. Die Geschlechterverteilung zeigte hierbei einen Anteil von 84% Männern zu 16% Frauen.

Auffällig ist die unterschiedliche Verteilung in den Beratungsstellen. Während in der Beratungsstelle in Siegburg 5% Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen waren, lag der Anteil in Eitorf mit 34% deutlich höher. Aus Sicht der Beratungsstelle ist dies u.a. darauf zurück zu führen, dass viele Suchtkranke illegaler Drogen aus dem Bereich Siegburg, Sankt Augustin und Hennef das Angebot des Café KoKo der Drogenhilfe in Troisdorf aufsuchen.

Der Heroinkonsum ist im Rhein-Sieg-Kreis Schwerpunkt der offenen Drogenszene. Steigend ist hier der zusätzliche Konsum von Kokain, Cannabis und synthetischen Drogen.

Obwohl die Verbreitung der Drogenszene immer auch von der aktuellen Verfügbarkeit der Substanzen abhängt, lassen sich im Rhein-Sieg-Kreis und Umgebung deutliche regionale Schwerpunkte feststellen. Zwischen Köln und Frankfurt hat sich die Bonner Innen-

stadt im Bereich des sog. „Bonner Lochs“ und des Hofgartens neben Koblenz als Mittelzentrum etabliert. Die Bonner Polizei erfasst etwa 2100 auffällig gewordene Personen der offenen Bonner Drogenszene, welche auch als Schwerpunkt der Drogenszene im Rhein-Sieg-Kreis zu sehen ist. Allerdings haben sich auch Schwerpunkte innerhalb des Rhein-Sieg-Kreis gebildet, wenn auch in geringerem Ausmaß und nicht mit der Situation in Bonn vergleichbar. Hier lassen sich im Bereich des Polizeipräsidiums Bonn Teilbereiche von Meckenheim, Bornheim, Königswinter und Bad Honnef nennen. Im Bereich der Kreispolizeibehörde Siegburg liegt der Schwerpunkt im Bereich der Troisdorfer Innenstadt (Bereich Bahnhof – Handel, Besitz und Konsum von Heroin), Sankt Augustin (Langzeitkonsumenten von Heroin), Siegburg (Kaufhof, Michaelsberg, ehemaliges Phrix-Gelände – Handel, Besitz, Konsum), Eitorf und Hennef. Zunehmend gibt es Hinweise seitens der Stadt Siegburg über eine Zunahme der Drogenszene in Siegburg. Es wird seitens der Stadt eine Verlagerung der Szene von Troisdorf und teilweise Bonn nach Siegburg vermutet.

Unabhängig von regionalen Schwerpunkten herrscht im gesamten Rhein-Sieg-Kreis eine hohe Verfügbarkeit vor. Zudem nennt die Polizei eine Erhöhung der Qualität der Substanzen.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken und Auswirkungen des Konsums von Opiaten kann von einem Ausmaß analog zu den gesamtdeutschen Angaben ausgegangen werden.

Die Kreispolizeibehörde Siegburg nennt in diesem Zusammenhang folgende Angaben zur Anzahl der Drogentoten (Tabelle 6) in den vergangenen Jahren, wobei nicht zwischen den verschiedenen ursächlichen Substanzen unterschieden wird. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich überwiegend um Konsumentinnen/Konsumenten von Opiaten handelte.

Abschließend soll im Zusammenhang mit dem

Jahr	RSK	PP Bonn
1999	1	30
2000	7	30
2001	5	22
2002	1	24
2003	2	17
2004	3	27

Tab. 6: Drogentote im Zuständigkeitsbereich der Kreispolizeibehörde und des Polizeipräsidiums Bonn

Konsum von Opiaten noch die Substitution im Rhein-Sieg-Kreis angesprochen werden.

Die Substitutionsbehandlung richtet sich an Opiatabhängige im Rhein-Sieg-Kreis. Bei den substituierten Opiatabhängigen lassen sich der Beikonsum vor allem von Cannabis, Benzodiazepine und Alkohol, aber auch Kokain beobachten.

Auch im Bereich der Substitution erkennt man eine deutliche Zunahme der jüngeren Drogen- und Alkoholkonsumenten, darunter befindet sich insbesondere eine hohe Anzahl von jungen Spätaussiedlern.

7.7. Statistik der Rauschgiftdelikte

Für den Rhein-Sieg-Kreis sind im Bereich der Strafverfolgung die Kreispolizeibehörde für den rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis, ausgenommen der Städte Königswinter und Bad Honnef, und das Polizeipräsidium Bonn für den linksrheinischen Bereich und die Städte Königswinter und Bad Honnef zuständig.

Die Statistik der Kreispolizeibehörde weist in Tabelle 7 die Fallzahlen im Zusammenhang mit Rauschgiftdelikten aus. Hierbei sollte bedacht werden, dass das bestehende Dunkelfeld nicht mitberücksichtigt ist.

Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der Fälle, die im Zusammenhang mit Cannabisprodukten stehen. Die Ursachen für diese Steigerung ist laut Polizeibehörde allerdings

	2003	2004
Heroin	65	56
Kokain	22	13
Ecstasy	24	15
Cannabis	203	338
Gesamt	314	423

Tab. 7: Fallzahlen Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich der Kreispolizeibehörde Siegburg

vielschichtig zu sehen. Zum einen bewirkt die Umsetzung der Strafrechtsreform im Betäubungsmittelbereich (Einführung des §31a BtmG¹⁴⁴) eine deutliche Veränderung auf diesem Sektor. Zum anderen scheint die wachsende Problemlage im Bereich Cannabis die Schulen zu veranlassen, die Hilfe der Polizei im Wege der Strafverfolgung zu suchen, wogegen in der Vergangenheit seitens der Schule aus Angst vor einem *schlechten Ruf* eher nach internen Problemlösungen gesucht wurde. Eine weitere Zunahme dürfte durch verschiedene Präventivkonzepte begründet sein. Der Kontrolldruck durch örtliche Polizeiwachen insbesondere im Innenstadtbereich Troisdorf sowie den Bahnhofsbereichen von Hennef und Eitorf wurde deutlich erhöht.

Die höchsten Fallzahlen im Bereich des Polizeipräsidiums Bonn zeigen sich im innerstädtischen Bereich von Bonn. Zum Vergleich zeigt die Tabelle 8 die Gesamtfallzahlen (Stadt Bonn und Zuständigkeitsbereich PP-Bonn im Rhein-Sieg-Kreis), die Zahlen des gesamten Zuständigkeitsbereiches im Rhein-Sieg-Kreis, die Fallzahlen des linksrheinischen Zuständigkeitsgebietes mit den Städten und Gemeinden

- ▷ Bornheim, Rheinbach, Meckenheim, Alf-ter, Swisttal, Wachtberg

und des rechtsrheinischen Zuständigkeitsgebietes mit den Städten

¹⁴⁴Betäubungsmittelgesetz

	2002	2003
Gesamt (BN u. RSK)	2090	2352
RSK gesamt (PP-Bonn)	251	217
RSK linksrh. (PP-Bonn)	206	159
RSK rechtsrh. (PP-Bonn)	45	58

Tab. 8: Fallzahlen Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich Polizeipräsidium Bonn

Jahr	Anteil in %
1999	3,10
2000	4,10
2001	4,10
2002	4,40
2003	5,20

Tab. 9: Anteile der Rauschgiftdelikte an der Gesamtkriminalität

- ▷ Bad Honnef und Königswinter.

Eine Differenzierung der verschiedenen Substanzen liegt hierbei nicht vor.

Tabelle 9 zeigt die Anteile der Rauschgiftkriminalität an der Gesamtkriminalität.

⇒ Das Polizeipräsidium Bonn weist im Zusammenhang mit den genannten Zahlen darauf hin, dass allein durch den Umfang polizeilicher Aktivitäten die Anzahl der Fälle maßgeblich beeinflusst wird und dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Kriminalität tatsächlich sinkt oder steigt, vielmehr findet lediglich eine Verschiebung vom Dunkel- zum Hellfeld statt.

Im Zusammenhang mit drogenbedingten Vergehen nennt das Polizeipräsidium Bonn des Weiteren einen Anstieg der Beschaffungskriminalität, insbesondere der Eigentumsdelikte und der Prostitution.

Neben der geleisteten Präventionsarbeit konzentriert sich die Arbeit der Bonner Polizei

überwiegend auf den Bereich der „offenen Szene“ in der Bonner Innenstadt und hier insbesondere der Bahnhofsbereich und der Hofgarten, da eine vergleichbare Angebots- und Nachfragesituation außerhalb der Bonner City nicht vorhanden ist.

8. Die Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis

Im Verlauf dieses Abschnitts wird das bestehende Versorgungssystem in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe im Rhein-Sieg-Kreis zunächst vorgestellt und anschließend bewertet.

Grundlage dieses Abschnitts bzgl. der Bewertung sind neben den vorliegenden Informationen und bestehenden Strategien innerhalb der Verwaltung auch die Auswertung der eingegangenen Rückmeldung und Anregungen seitens der befragten Institutionen.

8.1. Beschreibung des Hilfesystems

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe des Rhein-Sieg-Kreises lässt sich zwischen stationären und ambulanten Hilfsangeboten unterscheiden.

Die stationäre Suchtkrankenversorgung wird für den Rhein-Sieg-Kreis hauptsächlich durch die Rheinischen Kliniken in Bonn gewährleistet. Für die Rheinischen Kliniken besteht im Bereich der Suchtkrankenversorgung ein Pflichtversorgungsauftrag für den gesamten Rhein-Sieg-Kreis.

In den Rheinischen Kliniken wurden in den letzten Jahren (2001–2004) jährlich ca. 880 Patientinnen und Patienten aus dem Rhein-Sieg-Kreis stationär versorgt. Im Jahr 2004 versorgte die Suchtabteilung bis Oktober stationär ca. 750 Patientinnen und Patienten.

Daneben steht in Eitorf eine Institutsambulanz für Suchtkranke als externes Angebot der Rheinischen Kliniken zur Verfügung.

Die ambulante Suchtkrankenversorgung wird im Rhein-Sieg-Kreis durch

- ▷ die Drogenhilfe des Diakonischen Werkes des Ev.Kirchenkreises An Rhein und Sieg,
- ▷ die Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes für den Rhein-Sieg-Kreis,
- ▷ die Suchtkrankenhilfe des Arbeiter-Samariter-Bund, Regionalverband Bonn/Rhein-Sieg e.V. und
- ▷ die Arbeitsgemeinschaft der Träger der Suchtkrankenhilfe im Rhein-Sieg-Kreis erbracht.

Die Angebote Drogenkonsumraum, Kontaktstellen, Spritzentausch, Medizinische Hilfen, Beratungsstellen, Begleitbetreuung Substitution, Suchthilfe Info Telefon, Ambulante Rehabilitation, Ambulant Aufsuchender Dienst und Betreutes Wohnen sind die wesentlichen Bestandteile der ambulanten Suchtkrankenversorgung.

Abbildung 27 stellt die jeweiligen Anbieter, Standorte und Versorgungsregionen der einzelnen Angebote dar. Die folgende Auflistung ergänzt die Abbildung mit stichwortartigen Beschreibungen der jeweiligen Angebote.

Konsumraum Konsummöglichkeit unter hygienischen Bedingungen und im Beisein einer Fachperson; medizinische (Akut-)Hilfen; psychosoziale Beratungsgespräche; Vermittlung in weiterführende Hilfen; kostenlose HIV-AK-Testungen

Kontaktstelle Möglichkeit der Körperhygiene, Reinigung der Kleidung, zu essen und trinken, sich aufzuwärmen,...; Austausch mit anderen Betroffenen; psychosoziale Beratungsgespräche; Vermittlung in weiterführende Hilfen; Spritzentausch

Spritzentausch Angebot an hygienischen Injektionsmaterialien; Abgabemöglichkeit gebrauchter Injektionsmaterialien

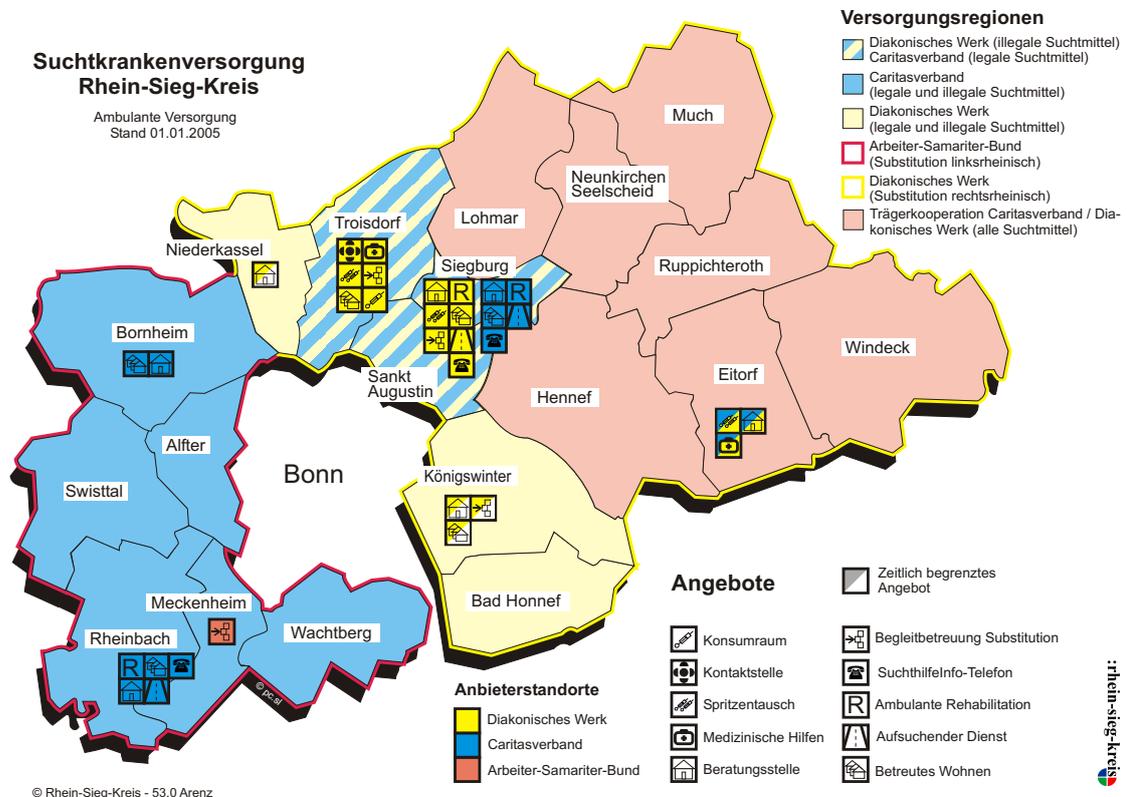


Abb. 27: Ambulante Suchtkrankenhilfe im Rhein-Sieg-Kreis

Medizinische Hilfen Medizinische Akuthilfen; Informationen zu Risiken beim Konsum; Akutbehandlung vorhandener Krankheiten/Verletzungen

Beratungsstelle Psychosoziale Beratung; Beratung Angehöriger; Vermittlung in weiterführende Hilfen

Begleitbetreuung Substitution Psychosoziale Beratung; lebenspraktische Hilfen; Vermittlung an Substitutionsärzten; Begleitung während der Substitutionsbehandlung

Suchthilfe Info Telefon Passgenaue Vermittlung Hilfesuchender im Kreisgebiet

Ambulante Rehabilitation Ambulante Entwöhnungsbehandlung für alkoholabhängige und medikamentenabhängige Men-

schen in den Bereichen Therapie und Nachsorge

Ambulant Aufsuchender Dienst Ehemaliger sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes in die Beratungsstellen integriert; aufsuchende Hilfen im häuslichen Umfeld; Kontaktaufnahme nach Fremdmeldungen; psychosoziale Beratung; lebenspraktische Hilfen; Vermittlung in weiterführende Hilfen

Betreutes Wohnen Regelmäßiges Betreuungsangebot im häuslichen Umfeld; lebenspraktische Hilfen; psychosoziale Beratung; Vermittlung in weiterführende Hilfen wie Entgiftung, Therapie, etc.

Die nachfolgenden statistischen Angaben belegen, in welchem Umfang die Hilfsangebote

Konsumentinnen	2
Konsumenten	24
Konsumvorgänge insgesamt	155
Medizinische Hilfen	73
Psychosoziale Beratung	96
Vermittlung in weiterführende Hilfen	10

Tab. 10: Nutzung des Drogenkonsumraums in Troisdorf

seitens der Betroffenen angenommen bzw. in Anspruch genommen wurden:

Die Drogenhilfe im Diakonischen Werk erfasste im Jahr 2004 insgesamt 1.675 Personen, welche die Betreuungsangebote nutzten. Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Angeboten ergab sich folgende Verteilung:

- ▷ 958 Personen in den Beratungsstellenangeboten (hierin sind 262 Personen aus der Beratung in der JVA enthalten)
- ▷ 376 Angehörige
- ▷ 341 Personen in den Angeboten in Troisdorf (Substitution, Betreutes Wohnen und Kontaktladen)

Für das Angebot des Drogenkonsumraums wurden von Mai 2004 (Eröffnung) bis Anfang Dezember 2004 statistische Angaben erfasst. Eine Übersicht über in Anspruch genommenen Hilfen im Drogenkonsumraum findet sich in Tabelle 10.

Die Verteilung der Geschlechter war in den einzelnen Angeboten sehr unterschiedlich:

- ▷ Kontaktladen: ca. 90% männlich zu 10% weiblich
- ▷ Konsumraum: 94% männlich und 6% weiblich
- ▷ Beratungsstelle: 65% männlich und 35% weiblich

0–19 Jahre	89
20–24 Jahre	362
25–29 Jahre	228
30–34 Jahre	268
35–39 Jahre	215
40–44 Jahre	220
45–49 Jahre	147
50 und älter Jahre	233

Tab. 11: Altersverteilung der Hilfesuchenden der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes 2004

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Altersverteilung der Hilfesuchenden der Drogenhilfe.

Die Wohnortverteilung der Nutzer der Hilfsangebote zeigt Abbildung 28 und 29 auf der nächsten Seite. Hier ist u.a. die Zuständigkeit zu beachten.

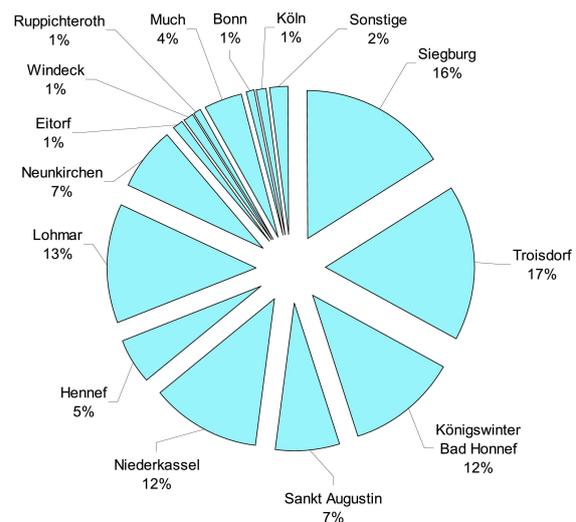


Abb. 28: Wohnorte der Nutzer der Siegburger Beratungsstelle der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes

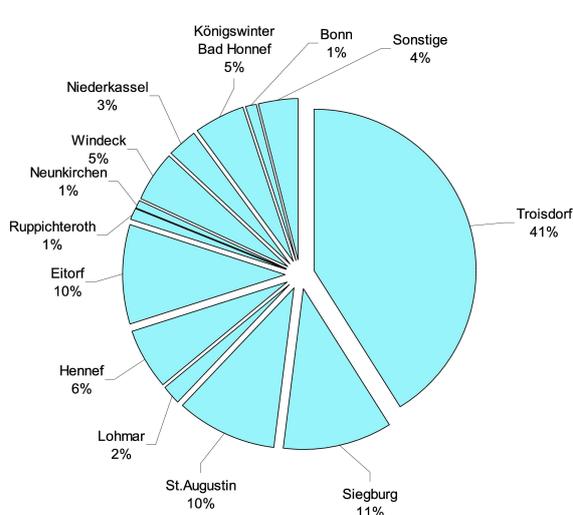


Abb. 29: Wohnorte der Nutzer des Kontaktladens der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes in Troisdorf

Die Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes nennt folgende Angaben zum vergangenen Jahr:

765 Klienten nahmen im Jahr 2004 Kontakt zu den Beratungsstellen auf. Dies ist eine Steigerung zum Vorjahr (684 Personen) um 13,3%.

Die Verteilung zwischen Männern und Frauen lag dabei ungefähr bei einem Verhältnis von 2/3 zu 1/3 (507 Männer und 268 Frauen), wobei es allerdings innerhalb der einzelnen Stoffgruppen unterschiedliche Verteilungen gab.

Im Bereich der illegalen Suchtmittel lag eine Altershäufung bei 15–30 Jahren vor, während bei den legalen Suchtmitteln der Schwerpunkt bei 40–60 Jahren lag.

Etwa 12% der Klienten waren Migranten, wobei sich eine folgende Verteilung ergab:

- ▷ 8% russisch
- ▷ 1,5 % polnisch
- ▷ 1,5% türkisch
- ▷ 1% sonstige

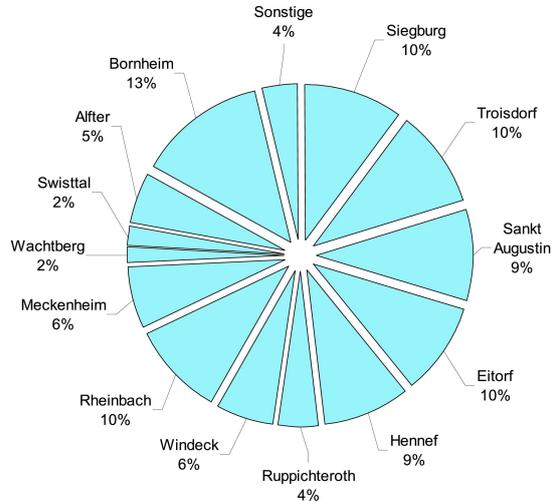


Abb. 30: Wohnorte der Nutzer der Beratungsstellen des Caritasverbandes im Rhein-Sieg-Kreis

Auffallend sind hierbei die hohen Anteile der russischen Klienten insbesondere im illegalen Bereich.

Abbildung 30 zeigt die Wohnortverteilung der Klienten.

Die Suchtkrankenhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes erfasste für das Jahr 2004 im Bereich der Begleitbetreuung Substitution insgesamt 48 Personen, 35 Männer und 13 Frauen.

18–20 Jahre	2 Personen
21–25 Jahre	7 Personen
26–30 Jahre	6 Personen
31–39 Jahre	23 Personen
ab 40 Jahre	10 Personen

Tab. 12: Altersverteilung der Substituierten der Drogenhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes

Die Wohnortverteilung der Betreuten der Suchtkrankenhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes zeigt die Abbildung 31 auf der nächsten Seite. Auch hier ist die Zuständigkeit zu beachten.

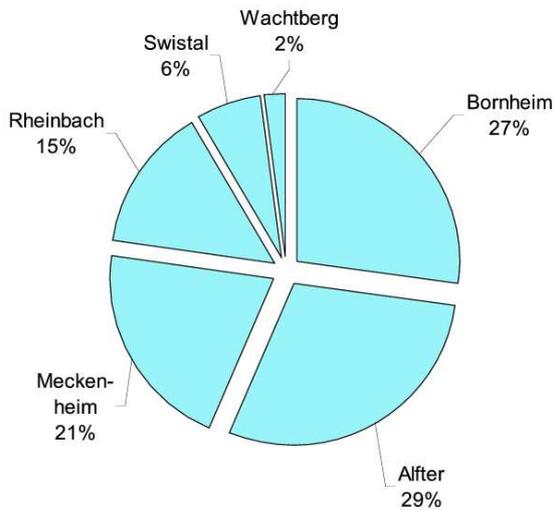


Abb. 31: Wohnorte der Klienten der Begleitbetreuung Substitution des Arbeiter-Samariter-Bundes

Die Arbeitsgemeinschaft der Träger der Suchtkrankenhilfe betreute im Jahr 2004 im Rahmen des Angebotes Ambulante Rehabilitation Sucht 24 Patienten (17 Männer und 7 Frauen) im Bereich der Therapie und im Bereich Nachsorge 50 Patienten (32 Männer, 18 Frauen).

Ausführlichere Angaben können den Jahresberichten der einzelnen Anbieter entnommen werden.

8.2. Bewertung des Hilfesystem

⇒ Das Suchtkrankenversorgungssystem des Rhein-Sieg-Kreises stellt ein flächendeckendes und differenziertes Netzwerk der Suchtkrankenhilfe dar.

Die Angebotspalette reicht in ihrer Bandbreite von Angeboten, die primär die Grundversorgung und das Überleben sichern (Drogenkonsumraum und Kontaktladen), über weitergehende ausstiegsorientierte und abstinenzorientierte psychosoziale Beratung bis hin zu Rehabilitationsleistungen.

Das Hilfesystem wird dabei in großem Umfang den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen der Betroffenen gerecht. Zudem entsprechen die Angebote in den Bereichen Beratung, Behandlung und Rehabilitation sowie Überlebenshilfen und Schadensreduzierung den im *Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung*¹⁴⁵ ausdrücklich benannten Merkmalen und Anforderungen an eine qualitativ gute Versorgungsstruktur.

⇒ Gerade in den letzten Jahren sind deutliche Bewegungen und entscheidende Weiterentwicklungen in der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis feststellbar.

So hat sich zwischen den Trägern der Drogen- und Suchtkrankenhilfe einerseits und der Verwaltung des Rhein-Sieg-Kreises andererseits bis zum aktuellen Zeitpunkt eine intensive und effektive Zusammenarbeit entwickelt oder dort, wo diese bereits vorhanden war, deutlich verbessert. Zudem stellt die Trägerkooperation zwischen Caritasverband und der Diakonie in Eitorf und der Arbeitsgemeinschaft der Träger der Suchtkrankenhilfe bei der Durchführung der Ambulanten Rehabilitation einen entscheidenden Schritt zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Wohlfahrtsverbänden dar.

Als weitere bedeutende Entwicklung ist die Umstellung der pauschalisierten Förderung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe auf eine zwischen dem Rhein-Sieg-Kreis und den jeweiligen Anbietern vertraglich festgelegte einzelfallbezogene Leistungsvergütung zu nennen. Dies bedeutet für den Rhein-Sieg-Kreis als Kostenträger die Sicherheit, dass die zur Verfügung stehenden Mittel bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden. Zum anderen entsteht hierdurch für den jeweiligen Anbieter im Gegenzug die Finanzierungssicherheit für tatsächlich erbrachte Leis-

¹⁴⁵Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003

tungen innerhalb eines festgelegten Gesamtbudgets.

Die weitreichendste Entwicklung der letzten Jahre stellt die vollständige Integration der früheren Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreisgesundheitsamtes in die ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfeeinrichtungen im Rhein-Sieg-Kreis dar. Der Einsatz dieses so genannten Ambulant-aufsuchenden-Dienstes innerhalb der verschiedenen Beratungseinrichtungen hatte bereits nach kurzer Zeit gravierende positive Auswirkungen. Die Beratungsstellen können nunmehr wohnortnah ganzheitliche Hilfeprozesse anbieten, wobei sich die einzelnen Bausteine der Einrichtungen sinnvoll ergänzen und in einander greifen. Die Vermittlung der Betroffenen in weiterführende Hilfen durch den Ambulant-aufsuchenden-Dienst kann ohne Trägerwechsel und den damit zusammenhängenden Reibungsverlusten durchgeführt werden. Zudem ist dem Mitarbeiter des Ambulant-aufsuchenden-Dienstes die Möglichkeit gegeben, den ihm vertrauten Klienten bei der Vermittlung in weitere Hilfen zu begleiten. Darüber hinaus wurden Synergieeffekte nutzbar gemacht. So fanden sich zum Beispiel Doppelberatungen durch die Beratungsstellen und das Gesundheitsamt, die in Zukunft vermieden werden können, Erleichterter Zugang zum Hilfesystem durch die Geh-Struktur des Ambulant-aufsuchenden-Dienstes, Intensivierung der Kontakte zwischen den einzelnen Trägern der Suchtkrankenhilfe, u.a.m.

Darüber hinaus ist die Eröffnung des Drogenkonsumraums in Troisdorf im Mai 2004 ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung. Insgesamt stehen den betroffenen Menschen in NRW 10 Konsumräume zur Verfügung, wobei der Konsumraum des Rhein-Sieg-Kreises z.Z. der einzige in einem Landkreis ist. Mit dieser Errichtung setzt der Rhein-Sieg-Kreis eine Maßnahme um, die seitens der Bundesregierung in

ihrem *Aktionsplan Drogen und Sucht*¹⁴⁶ explizit als erforderliche Maßnahme zur Schadensminimierung und als Überlebenshilfe genannt wird.

Durch die bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass es sich bei der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis nicht um ein statisches System handelt, sondern um ein Versorgungsnetz in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess. Ziel ist es hierbei, den jeweils aktuellen Bedarfen in der Bevölkerung und den äußeren Rahmenbedingungen – wie zum Beispiel aktuell den zu erwartenden Konsequenzen aus der Umsetzung des SGBII¹⁴⁷ (sog. Hartz IV) – so weit als möglich gerecht zu werden. Dieses Ziel wird von der Verwaltung in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungsanbietern kontinuierlich verfolgt.

In diesem Zusammenhang sind die Rückmeldungen der angeschriebenen Institutionen bzgl. des Hilfesystems wichtig, da diese u.a. in die zukünftigen Strategien für den Rhein-Sieg-Kreis mit einfließen.

Die Rückmeldungen waren sehr vielfältig. Um einen besseren Überblick zu erhalten, wie das bestehende Versorgungssystem seitens der unterschiedlichen Institutionen bewertet wird und welche weiteren Bedarfe gesehen werden, werden die entscheidenden Aussagen zu Themengebieten zusammengefasst und erörtert.

Inwieweit und in welchem Umfang die Anregungen der Institutionen in den Handlungsperspektiven für den Rhein-Sieg-Kreis berücksichtigt werden können, wird in Abschnitt 9 auf Seite 66 verdeutlicht.

⇒ Die folgende Zusammenfassung der Rückmeldungen aus den Einrichtungen geben deren Auffassung wieder. Sie sind deshalb teilweise widersprüchlich und werden nicht weiter kommentiert.

¹⁴⁶Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003

¹⁴⁷Sozialgesetzbuch Teil II

Die Rückmeldungen bzgl. des Versorgungssystems ergaben folgendes Bild:

Jugend

Im Bereich der Jugend wurde mehrfach die Einschätzung geäußert, dass das vorhandene Hilfesystem Jugendliche und junge Erwachsene wenig anspricht.

⇒ Für Jugendliche ist das bestehende Hilfesystem erfahrungsgemäß nur schwer zu erreichen und wird weder angenommen noch nachgefragt.

Die Probleme von Jugendlichen und Eltern beim Thema Cannabiskonsum werden möglicherweise von den ambulanten Beratungsstellen nicht ernst genug genommen. Als unzeitgemäß wird auch die Trennung von Prävention und Betroffenenarbeit bezeichnet. So ist die Prävention meist an eine recht junge Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen gerichtet und setzt früh an, junge Erwachsene werden dagegen als Zielgruppe kaum mehr gesehen.

Es wird die Entwicklung eines flächendeckenden Beratungsangebots speziell für Jugendliche und junge Erwachsene, insbesondere im Bereich der Raucherentwöhnung, angeregt. Auch wird eine bessere Information von Jugendlichen über die Auswirkungen vor allem des Cannabiskonsums gefordert.

Schulen

Im Zusammenhang mit dem Thema *Jugend* wurden darüber hinaus gezielte Rückmeldungen von den Schulen gegeben.

⇒ An dieser Stelle soll nochmals betont werden, dass sich die Mehrzahl der Schulen offensichtlich sehr intensiv mit dem Drogenkonsum ihrer Schülerinnen und Schüler auseinandersetzt.

Hier wurde festgestellt, dass innerhalb der Schulen selbst wenig Interventionsmöglichkeiten bestehen, dem Drogenkonsum der Schülerinnen und Schüler entgegen zu wirken. Auch wurde angemerkt, dass die vorhandene Prävention im Unterricht allein nicht ausreicht und die Eltern oft resigniert haben, was aus Sicht der Schulen gezielte Elternarbeit erforderlich macht. Insgesamt wurde der Bedarf gesehen,

- ▷ die Lehrerkollegien durch Fortbildung zu stärken,
- ▷ Eltern durch gemeinsame Projekte einzubeziehen,
- ▷ einen besseren Austausch zwischen den einzelnen Schulen zu entwickeln und
- ▷ eine Hilfestellung der Schulen durch professionelle Berater zu gewährleisten.

Migranten

Ein zunehmender Bedarf im Hilfesystem wird in der Versorgung von Migranten gesehen. Insbesondere bei Spätaussiedler treten verstärkt Drogen- und Suchtprobleme auf. Sie werden allerdings durch das bestehende Versorgungssystem kaum adäquat erreicht. Es ist dringend erforderlich, interkulturelle Beratungs-, Betreuungs-, Behandlungs- und Kommunikationskompetenz und entsprechende Angebote zu entwickeln und zu vernetzen.

Substitution

Wegen der steigende Nachfrage nach Substitutionsplätzen und substituierenden Ärzten wird der Ausbau der Substitutionsbehandlung und die Erweiterung der Substitutionsangebote durch Schaffung weiterer Substitutionsplätze als unbedingt notwendig angesehen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stellt die Suche nach Substitutionsärzten eine große Schwierigkeit dar. Die Unterversorgung ist

vor allem im östlichen Rhein-Sieg-Kreises erkennbar, aber auch im linksrheinischen Kreisgebiet. Allerdings wird auch die Einschätzung geäußert, dass die Verfügbarkeit der Angebote im Substitutionsbereich ausreichend, die Erreichbarkeit jedoch nicht oder nur unter ungünstigen Bedingungen gegeben ist.

Zu dem Thema Substitution wurde auch darauf hingewiesen, dass der Verbleib der Substituierten in ihrem bisherigen Umfeld einen großen Verführungseffekt beinhaltet.

Auch wurde die evtl. bevorstehende steigende Nachfrage nach Drogenabstinenzprogrammen durch die Umsetzung des SGBII (Hartz IV) benannt.

Wohnungslosigkeit

Die Wohnungslosigkeit vieler Drogenabhängiger stellt nach Auswertung der Rückmeldungen eine weitere Schwierigkeit innerhalb des Versorgungsnetzes dar. Die Betreuung drogenabhängiger Wohnungsloser und Obdachloser ist im Bereich der Wohnungslosenhilfe stellt dieses Versorgungssystem vor zunehmende Schwierigkeiten.

Kooperation und Vernetzung

Kooperation und Vernetzung innerhalb von und zwischen den Versorgungssystemen wurde wiederholt seitens der angeschriebenen Einrichtungen thematisiert. So wurde einerseits mehrfach von einer guten Zusammenarbeit zum Beispiel zwischen Schwangerschaftskonfliktberatung, Sozialämtern, den Rheinischen Kliniken und der ambulanten Suchtkrankenhilfe gesprochen. Auch wurde eine gute Kooperation zwischen den Wohlfahrtsverbänden und dem Rhein-Sieg-Kreis beschrieben. Andererseits wird allerdings eine noch engere Kooperation innerhalb der ambulanten Suchtkrankenversorgung gewünscht. Insbesondere wird hier eine bessere Vernetzung

von Suchtmedizin im stationären und ambulanten Bereich mit dem Beratungsstellenangebot und den Trägern der Suchtprävention als erforderlich erachtet. Ein Fachtag für die im Suchtbereich relevanten Institutionen des Rhein-Sieg-Kreises unter Einbeziehung auch von Bonner Einrichtungen wird angeregt.

Angebotsstruktur:

Für eine Reihe konkreter Angebote besteht nach Einschätzung der Einrichtungen ein aktueller Bedarf. So wurden beispielsweise aufgeführt

- ▷ die Schaffung weiterer Drogenkonsumräume,
- ▷ der Ausbau des vorhandenen Beratungsangebotes,
- ▷ weitere aufsuchende Hilfen,
- ▷ (Gruppen-)Angebote im Bereich Cannabis,
- ▷ lebenspraktische unterstützende Hilfen für Konsumenten legaler Suchtmittel,
- ▷ schneller erreichbare Entgiftungsangebote,
- ▷ spezielle Hilfen für chronisch Abhängige,
- ▷ Angebote zur geregelten Tagesstruktur und Freizeit,
- ▷ Errichtung eines suchtmittelfreien Treffpunktes zur Kontaktpflege und Freizeitgestaltung,
- ▷ Angebote zur Arbeitserprobung (insbesondere linksrheinisch),
- ▷ frauenspezifische Angebote,
- ▷ Angebote für Senioren, Angebote für Kinder aus suchtkranken Familien, Online-Beratung,
- ▷ telefonische Raucherberatung und

- ▷ aufsuchende Angebote für Konsumenten von Partydrogen (allerdings erst nach Bedarfsermittlung).

Zudem wurde die schwierige Erreichbarkeit des Versorgungssystems in den ländlichen Gebieten und das Problem der für die Betroffenen oft schwer verständlichen Zuständigkeit im ambulanten Betreuungsbereich als Problem benannt.

9. Perspektiven und Strategien für den Rhein–Sieg–Kreis

In den Teilen II, III und IV wurde die aktuelle Drogensituation in Europa, Deutschland und dem Rhein–Sieg–Kreis beschrieben. Dieser Teil des Suchtberichtes beschäftigt sich mit den Konsequenzen, die sich daraus, insbesondere aus der Situation vor Ort, für den Rhein–Sieg–Kreis ergeben. Dabei werden bereits bestehende Handlungskonzepte der Verwaltung, aber auch neue Erkenntnisse und Anregungen, die sich im Rahmen der Suchtberichterstattung ergeben haben, berücksichtigt. Es soll somit ein Gesamtausblick auf die zukünftigen Strategien und Perspektiven im Rhein–Sieg–Kreis im Bereich der Suchtkrankenversorgung gegeben werden. Ausdrücklich geht es dabei nicht um konkrete Handlungskonzepte oder -empfehlungen, sondern um eine langfristige strategische Ausrichtung und Struktur der Suchtkrankenhilfe.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, werden die Strategien und Perspektiven in unterschiedliche Handlungsfelder unterteilt und an den entsprechenden Stellen erörtert. Die Handlungsfelder entsprechen den in Abschnitt 8.2 aufgestellten Themenbereichen und werden darüber hinaus ergänzt.

9.1. Schwerpunkt legale Suchtmittel

Alkohol und Tabak sind in Europa, in Deutschland und damit auch im Rhein–Sieg–

Kreis die am häufigsten konsumierten und in der Bevölkerung durchweg akzeptierten Suchtmittel. Sie sind aber auch, insbesondere durch ihre Legalität, die am meisten in ihrer Wirkung und Schädlichkeit von den Konsumentinnen und Konsumenten unterschätzten Suchtmitteln. Die erheblichen gesundheitlichen Risiken der beiden Substanzen Alkohol und Tabak wurden bereits ausführlich beschrieben und mit Zahlen belegt. Betrachtet man die hohe Prävalenz des Konsums dieser Suchtmittel in der Gesamtbevölkerung und ihre steigenden Tendenz unter Kindern bzw. Jugendlichen, so stellen der Tabak- und Alkoholkonsum das mit Abstand größte gesundheitliche und volkswirtschaftliche Gefahrenpotential dar.

- ⇒ Dies bedeutet für den Rhein–Sieg–Kreis, dass zukünftig die möglichst lange Vermeidung und die Verminderung des Konsums legaler Suchtmittel ein Schwerpunkt in der Suchtkrankenversorgung und der Entwicklung weiterer Handlungskonzepte sein muss.

Dabei kommt es langfristig darauf an, den Konsum legaler Suchtmittel insgesamt zu reduzieren und insbesondere die steigende Prävalenz unter jungen Menschen einzudämmen. Dabei muss durch entsprechende Aufklärungsarbeit versucht werden, dass Alkohol und Tabak in der Gesellschaft als *Suchtmittel* mit erheblichem Risikopotential ernst genommen werden, vor allem unter *Jugendlichen*. Auch sollten die ambulanten Angebote der Suchtkrankenhilfe im Bereich der legalen Drogen in der Bevölkerung präsenter werden.

Anders als beim Konsum von Alkohol wird der Nikotinkonsum – selbst in extremer Ausprägung – von den Konsumentinnen und Konsumenten, aber auch von der übrigen Bevölkerung nicht unbedingt als ein Suchtverhalten wahrgenommen. In der Suchtkrankenversorgung wird Nikotinsucht deshalb auch kaum als Teil der Aufgaben dieses Systems gesehen.

Erste Ansätze hierzu sind zwar erkennbar, insgesamt gilt es aber, die Beratung und Behandlung von Nikotinabhängigkeit zu einem selbstverständlichen Teil des Suchtkrankenversorgungssystems werden zu lassen.

9.2. SGB II (Hartz IV)

Die Umsetzung des SGB II wird erhebliche Konsequenzen für den Bereich der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis haben, wie zum Beispiel eine erhöhte Nachfrage nach Drogenabstinenzprogrammen. Wie diese Konsequenzen praktisch und konkret aussehen werden, kann aus heutiger Sicht noch nicht sicher eingeschätzt werden. Dass es sich allerdings hierbei um eine wichtige Problematik handelt, zeigt zum Beispiel die Anzahl von 30% der Klienten der Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes, die ihren Lebensunterhalt aus unterschiedlichen Sozialleistungen bestreiten.

Die Rhein-Sieg-Kreis hat, um dieser Problematik zu begegnen, ein differenziertes Konzept vorgelegt. Vorgesehen ist eine Klärungs- und Koordinierungsstelle, d. h. eine neutrale Stelle, welche klärt, ob und in welchem Umfang ein behandlungsbedürftiges Suchtproblem vorliegt. Bei Bedarf sollen betroffene Menschen in geeignete weiterführende Hilfen des regulären Versorgungssystems vermittelt werden. Aus diesem Grund wird zur Zeit gemeinsam mit den Trägern der Suchtkrankenhilfe nach Möglichkeiten gesucht, den zu erwartenden erhöhten Bedarf aufzufangen. Diese Möglichkeiten können an dieser Stelle allerdings noch nicht konkreter beschrieben werden, da sich die Prüfung der Realisierbarkeit lediglich in einer Anfangsphase befindet.

9.3. Jahresbericht der Wohlfahrtsverbände

Der Jahresbericht ist ein Instrument, mit denen die in der Suchtkrankenhilfe tätigen Einrichtungen einen Überblick über das Angebot

und die erbrachten Leistungen des jeweiligen Berichtsjahres geben.

Die *Koordinationsstelle Sucht* des Kreisgesundheitsamtes hat im Januar dieses Jahres in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe das Projekt *Jahresbericht 2005 – neue Wege der Berichterstattung* initiiert. Ziel dieses Projektes ist die Umgestaltung der bisherigen Jahresberichterstattungen, die nahezu ausschließlich aus der Beschreibung der Angebote und der quantitativen Darstellung der erbrachten Leistungen bestanden, hin zu einer Dokumentation, die sich in ihrem Schwerpunkt mit der Zielsetzung und Zielerreichung innerhalb der jeweiligen Angebote und zukünftigen Perspektiven beschäftigt.

Das Augenmerk soll dabei insbesondere auf der Ergebnisqualität der Leistungen liegen.

⇒ Ziel künftiger Jahresberichterstattung durch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe muss eine Nutzung der Jahresberichte als Instrument der kontinuierlichen Qualitätssicherung und -entwicklung für die jeweiligen Träger und den Kostenträger sein.

9.4. Jugend

⇒ Der Umgang von jugendlichen, jungen und immer jünger werdenden Konsumentinnen und Konsumenten mit legalen und illegalen Drogen wird zukünftig im Mittelpunkt des Interesses im Rhein-Sieg-Kreis stehen müssen.

Diese zwingende Notwendigkeit wird durch die Erkenntnisse, die in diesem Suchtbericht zusammengestellt wurden, nachhaltig unterstützt. Präventive Arbeit stellt eines der obersten Ziele des *Aktionsplanes Drogen und Sucht der Bundesregierung*¹⁴⁸ dar.

¹⁴⁸Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung, 2003

Vielfach wurde der steigende Konsum von *Cannabis als Hauptrisiko für Jugendliche* und junge Erwachsene gewertet. Auch wurde die Verharmlosung von Cannabis in den Medien und der Gesellschaft als großes Problem gesehen. Diesbezüglich sollte allerdings nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Risiken, die mit dem gelegentlichen Konsum von Cannabis verbunden sind, in der Fachwelt sehr umstritten sind. Als unumstrittenes gesundheitliches und soziales Risiko kann dagegen mit Sicherheit der exzessive Konsum von Cannabis angesehen werden.

⇒ Unbestritten gilt, dass der exzessive Konsum von Suchtmitteln jeglicher Art ein gesundheitliches Risiko darstellt. Insofern stellt der Konsum von Cannabis keine Besonderheit dar. Es muss also darum gehen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene für die Risiken des Konsums von Genuss- und Suchtmitteln zu sensibilisieren und für einen verantwortungsvollen Umgang damit zu stärken.

Dabei sollte die Präventionsarbeit, die sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene richtet, mehrere Facetten beinhalten.

Die Aufklärung über den richtigen Umgang mit Genussmitteln und die Auswirkungen des missbräuchlichen Konsums, die so genannte Primärprävention, muss – nicht nur wegen des sinkenden Alters der Erstkonsumenten – sehr früh ansetzen, also bevor ein aktiver Konsum von Genuss- bzw. Suchtmitteln beginnt. Aus fachlicher Sicht ist die Prognose, keine Abhängigkeit zu entwickeln, grundsätzlich dann günstiger, wenn der Konsum von Suchtmitteln erst im späteren Lebensalter beginnt.

Darüber hinaus ist es entscheidend, bereits konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen und zu unterstützen. Bei der Gestaltung von Angeboten ist das sehr häufig fehlende Problembewusstsein zu

bedenken, da lediglich eine sehr geringe Anzahl der jugendlichen Drogen- und Suchtmittelkonsumentinnen und Konsumenten sich selbst als gefährdet bzw. hilfebedürftig sehen. Durch diese Tatsache werden Erreichbarkeit und Motivation dieser Betroffenen erheblich erschwert. Hier scheint ein positiver Zugang zum Beispiel über die positiven Entwicklungen im Bereich der allgemeinen Gesundheits- und Fitnesswelle der Jugendlichen eher angezeigt als die Betonung der bestehenden Risiken.

⇒ Sieht man die steigenden Tendenzen des Konsums von Suchtmitteln zudem als zunehmendes Bedürfnis der jungen Menschen nach Veränderung ihres Bewusstseinszustandes und nicht ausschließlich unter dem Aspekt der drohenden Drogenabhängigkeit, muss diese Tatsache an sich als bedenkliche Entwicklung ernst genommen werden.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Substanzen, die konsumiert werden, eher unerheblich. Es geht vielmehr darum, Jugendliche in ihrem psychosozialen Kontext zu sehen und zu verstehen. Dabei sollte der Drogenkonsum als Symptom der oft vielschichtigen Probleme von Jugendlichen und Heranwachsenden in unserer heutigen Gesellschaft angenommen werden und nicht allein als ein Verhalten, das es zu verhindern gilt.

⇒ Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, künftige Präventionsarbeit im Rhein-Sieg-Kreis im Sinne einer generellen, umfassenden und langfristig angelegten Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen neu auszurichten, zu konzipieren und im Verbund mit geeigneten Kooperationspartnern umzusetzen.

Hierzu ist es notwendig, die derzeitigen Methoden und Strukturen der Präventionsarbeit

im Rhein-Sieg-Kreis einer kritischen Betrachtung zu unterziehen und für die Zukunft vorhandene und neue Ansätze nach wirksamen Strategien orientiert auszurichten.

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Prävention hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereits 1992¹⁴⁹ die wichtigsten primärpräventiven Konzepte untersucht und gelangt u.a. zu folgenden Feststellungen:

- ▷ Prävention muss in ein allgemeines Konzept der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung eingebettet sein.
- ▷ Prävention muss frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sein und kontinuierlich durchgeführt werden.
- ▷ Präventive Maßnahmen beginnen zu spät. Sie müssen bereits im Kindesalter beginnen.
- ▷ Prävention braucht einen langfristigen Ansatz, kurzfristige Aktionen sind nicht effektiv.
- ▷ Die Förderung der Lebenskompetenz, also der Kompetenz zur Lebensbewältigung bei Kindern und Jugendlichen, ist eine wirksame präventive Maßnahme.
- ▷ Die Stärkung der protektiven¹⁵⁰ Faktoren ist erheblich wirksamer als die Verhinderung von Risikofaktoren.
- ▷ Prävention muss als koordinierte, dauerhaft angelegte Gemeinschaftsaufgabe aller Beteiligten angesehen werden.

Zusammenfassend stellt die Expertise der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fest:

¹⁴⁹Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Kurzfassung, IFT im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 1992

¹⁵⁰schützende

⇒ Prävention muss eine integrierte und langfristige Aufgabe elterlicher Erziehung sowie eine langfristig angelegte pädagogische Aufgabe in Schulen, Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen werden. Prävention darf nicht mehr eine spezielle Handlung, Maßnahme oder Aktion sein, sondern integrierter Bestandteil des täglichen Lebens in der Familie und in der Schule bzw. ähnlichen Einrichtungen.¹⁵¹

Neben dem Konzept der *Vermittlung allgemeiner Lebenskompetenz* wird dem konzeptionellen Ansatz der *Gesundheitsförderung*, der auf einem vergleichbaren Grundgedanken beruht und den Ansatz der Stärkung der Lebenskompetenz einschließt, eine hohe Wirksamkeit bescheinigt.

Ein beträchtlicher Teil der erforderlichen Ressourcen zur Umsetzung derartiger Konzepte dürfte im Rhein-Sieg-Kreis vorhanden sein. Ziel muss es sein, neben vorhandenen positiven Ansätzen, derzeit nicht effektiv eingesetzte Ressourcen im Sinne der beschriebenen Strategie zu bündeln und konzeptionell einzubinden.

9.5. Schulen

Die Rückmeldungen der Schulen lassen auf ein hohes Interesse der Schulen an ihren Schülerinnen und Schülern schließen, ein Interesse, das erheblich über den Unterrichtsalltag hinaus geht. Die Schulen nehmen, wie schon zu Beginn dieses Abschnittes hervorgehoben wurde, den Konsum von legalen wie illegalen Suchtmitteln als Teil der Alltagsrealität der Schülerinnen und Schüler wahr.

⇒ Schulen stellen neben dem Elternhaus das wohl entscheidendste Element in der Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen dar und sind für eine künftige

¹⁵¹Expertise zur Primärprävention, S. 18

Präventionsarbeit (siehe vorhergehenden Abschnitt) der – mit oder neben den Eltern – wichtigste Kooperationspartner.

Aufgrund der Nähe zu den Schülerinnen und Schülern werden mögliche soziale bzw. gesundheitliche Auffälligkeiten im Schulalltag frühzeitig erkennbar. Mit der Umsetzung des Konzeptes der Offenen Ganztagschule wird den Grundschulen eine noch weitergehende soziale und pädagogische Bedeutung zukommen. Der Wunsch der Schulen nach professioneller Unterstützung und Austausch wird daher sehr ernst genommen und muss in die weiteren Handlungskonzepte der Verwaltung einfließen.

9.6. Migrantinnen und Migranten

Das Thema *Migration und Sucht* nimmt derzeit in der Diskussion der Fachwelt einen großen Raum ein. In den letzten Jahren ist zunehmend deutlich geworden, dass das bestehende Hilfesystem im Drogen- und Suchtbereich betroffene Migrantinnen und Migranten kaum erreicht. Dies trifft weitestgehend auf die Hilfeangebote im Rhein-Sieg-Kreis ebenfalls zu. Die Notwendigkeit interkultureller Unterstützungsangebote wird zunehmend deutlicher. Im Rhein-Sieg-Kreis sind derzeit derartige Angebote noch nicht oder nur in Ansätzen vorhanden. Erste Schritte in Richtung interkultureller Arbeit zeigen sich allerdings zum Beispiel im Café KoKo¹⁵² in Troisdorf, wo den Besuchern u.a. russischsprachige *Safer-Use*-Broschüren zur Verfügung stehen und einmal wöchentlich russisches Essen angeboten wird. Auch wurde im Bereich des Drogenkonsumraums die Beobachtung gemacht, dass Migranten gut über medizinische und lebenspraktische Hilfeangebote zu erreichen sind.

Der weitere Ausbau von interkulturellen Angeboten muss zukünftig ein Schwerpunkt in

¹⁵²Kontaktladen und Drogenkonsumraum

der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis sein.

9.7. Substitution

Der immer deutlicher zu Tage tretende Mangel an Substitutionsärztinnen und -ärzten und damit an verfügbaren Substitutionsplätzen stellt im Rhein-Sieg-Kreis ein zunehmendes Problem dar. Die Schwierigkeit besteht hierbei insbesondere in der geringen wohnortnahen Verfügbarkeit anerkannter Substitutionsärztinnen und -ärzte bzw. mangelndem Interesse seitens der Ärzteschaft, diese Aufgabe zu übernehmen. Ein bedarfs- und nachfragegerechtes Angebot an psychosozialer Begleitbetreuung ist dagegen im Rhein-Sieg-Kreis vorhanden, die Kostenübernahme ist durch den Sozialhilfeträger sichergestellt.

Seitens des Rhein-Sieg-Kreises wurde das Problem des Mangels an Substitutionsärztinnen und -ärzten wiederholt aufgegriffen. Zur Zeit ist ein weiter führendes Handlungskonzept hierzu in Arbeit.

9.8. Wohnungslosigkeit

Die Wohnungslosigkeit bei drogenabhängigen Personen ist aufgrund der eingegangenen Rückmeldungen als Problemlage wahrgenommen worden. Dabei ist nicht die Wohnungslosigkeit selbst als Problem hervorgehoben worden, sondern der Umstand, dass in den entsprechenden Einrichtungen eine Unterbringung dieser Personengruppe gemeinsam mit nicht suchtkranken Menschen – teilweise auch mit Kindern – erfolgen muss. Dies führt innerhalb der Einrichtungen zwangsläufig zu erheblichen Problemen.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann diesbezüglich kein konkreter Lösungsansatz aufgezeigt werden. Überlegungen, für die von Wohnungslosigkeit betroffene Personengruppe der Drogenabhängigen eine eigenständige Einrichtung zu schaffen, scheitern derzeit an den damit verbundenen erheblichen Kosten. Auch

konzeptionell ist noch zu bedenken, ob eine derartige Einrichtung der Wohnungslosenhilfe oder eher der Suchtkrankenhilfe zuzuordnen ist.

9.9. Vernetzung und Kooperation

Die Weiterentwicklung und Begleitung der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis ist neben anderen Tätigkeitsfeldern Aufgabe der Abteilung Gesundheitsförderung des Kreisgesundheitsamtes und wird durch die Suchtkoordination wahrgenommen. Die Optimierung der Vernetzung und Kooperation innerhalb des Versorgungssystems stellen hierbei die Schwerpunktaufgaben dar. Die bisherigen positiven Entwicklungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter der Suchtkrankenhilfe sollen auch zukünftig weiter ausgebaut und intensiviert werden.

Ein entscheidender Schritt in diese Richtung ist die beschriebene Neugestaltung der Jahresberichte, die langfristig die Grundlage eines *Fachgremiums Sucht* bilden sollen.

9.10. Angebotsstruktur

Hinsichtlich der Angebotsstruktur wurden vielfältige ungedeckte Bedarfe von den angeschriebenen Institutionen benannt und konkrete Angebotsvorschläge dazu unterbreitet (siehe Abschnitt 8.2 auf Seite 65). Gerade in diesem Bereich muss allerdings – insbesondere in Zeiten erheblicher finanzieller Engpässe der Kommunen – immer auch die Kosten-Nutzen-Relation und die Finanzierbarkeit möglicher neuer Angebote bedacht werden. Auch muss bei der Einrichtung neuer Angebote gewährleistet sein, dass im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel eine Mindestqualität dauerhaft sicher gestellt werden kann. So sind zum Beispiel die Einrichtung eines weiteren Drogenkonsumraums in

der Region oder ähnliche Projekte dieser Größenordnung unter diesem Gesichtspunkt zur Zeit nicht realisierbar.

Insgesamt ist festzustellen, dass im Rhein-Sieg-Kreis derzeit eine – auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten – ausgewogene Angebotsstruktur vorhanden ist. Durch Kooperation innerhalb des Hilfesystems wird auch weiterhin versucht werden, die Schwerpunktsetzung innerhalb der vorhandenen Angebote derart zu gestalten, dass sie den jeweiligen Bedarfen angepasst werden kann. Dabei sollen zukünftig die im Zusammenhang bei der Erstellung des Suchtberichtes erfassten ungedeckten Bedarfe soweit als möglich berücksichtigt werden.

Dies bedeutet, dass eine Erweiterung der Angebotspalette nicht ausgeschlossen ist. So wird derzeit zum Beispiel die Einrichtung sogenannter *Cleanwohnungen* diskutiert, d. h. ein Angebot an Betroffene, sich zum Beispiel nach einer Entgiftung oder Therapie in einem drogenfreien Umfeld aufzuhalten und Distanz zum bisherigen Umfeld zu erlangen. In einem derartigen Angebot könnten die Bedarfe nach Angeboten zur geregelten Tagesstruktur, Errichtung eines suchtmittelfreien Treffpunkts zur Kontaktpflege und Angeboten zur Arbeitserprobung mitberücksichtigt werden. Auch würde die Problematik Wohnungslosigkeit und von fehlenden Unterbringungsmöglichkeiten mit Schutzcharakter aufgegriffen.

Als weiteres Problem innerhalb der Suchtkrankenversorgung wurde seitens der beteiligten Einrichtungen die schwierige Erreichbarkeit der Angebote in ländlichen Gebieten genannt. Selbstverständlich stellt in einem weitläufigen Flächenkreis wie dem Rhein-Sieg-Kreis die Erreichbarkeit des sozialen Versorgungssystems immer eine Schwierigkeit für die Einwohner ländlicher Regionen dar. Um dieser Problematik bestmöglich gerecht zu werden, wird von den Anbietern bereits versucht, ihre Angebotsstruktur anzupassen. So bietet zum Beispiel der Caritasverband seit Beginn des Jahres eine wöchentliche Sprechstunde in der Stadt Meckenheim an und wird auch in

der Gemeinde Wachtberg zweiwöchentlich eine *Offene Sprechstunde* einrichten.

⇒ Insgesamt ist im Rhein–Sieg–Kreis ein ausgedehntes und gut erreichbares Hilfesystem im Bereich der Suchtkrankenversorgung vorhanden. Auch besteht derzeit ein guter Kompromiss zwischen Verfügbarkeit und anfallenden Kosten.

Um die diffizilen Zuständigkeiten im Hilfesystem transparenter zu machen ist geplant, in Absprache mit den beteiligten Trägern langfristig die bestehenden Zuständigkeiten neu zu regeln, möglicherweise auch vollständig aufzuheben.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich die bemängelten langen Wartezeiten und der Mangel an Entgiftungsplätzen der Zuständigkeit des Rhein–Sieg–Kreises entziehen, so dass von hier kaum auf die Lösung dieser Probleme Einfluss zu nehmen ist.

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass auch zukünftig die Suchtkrankenversorgung im Rhein–Sieg–Kreis in einem ständigen Entwicklungsprozess bleiben muss, um sich aktuellen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen anzupassen. Aufgabe der Verwaltung wird es dabei sein, in den genannten Bereichen die Entwicklungen aktiv zu begleiten und die Ziele in Kooperation mit den Trägern der Suchtkrankenhilfe umzusetzen.

Bei den genannten Perspektiven und Strategien handelt es sich um Schwerpunktthemen und um durch den Suchtbericht angeregte Strategien. Darüber hinaus wird im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Drogen- und Suchtkrankenhilfe kontinuierlich daran gearbeitet, erkannte ungedeckte Bedarfe aufzufangen, so zum Beispiel durch die Jahresberichterstattung und die darin enthaltene Bewertung der Zielerreichung und Perspektiventwicklung.

Teil V.

Zusammenfassung

Der vorliegende Suchtbericht gibt einen Überblick über die aktuelle Drogensituation Europas, der Bundesrepublik und des Rhein-Sieg-Kreises.

Aufgrund der vorhandenen Informationen, die zur Erstellung des Suchtberichtes zusammengetragen und ausgewertet wurden, und der neuen Erkenntnisse, die aktuell daraus gewonnen wurden, darf angenommen werden, dass der Rhein-Sieg-Kreis sich hinsichtlich der vorhandenen Drogenproblematik nicht von der gesamtdeutschen Situation oder anderen Landkreisen unterscheidet. Ganz deutlich hat sich auch im Rhein-Sieg-Kreis das steigende Konsumverhalten unter jungen Menschen und das sinkende Alter der Erstkonsumenten als bedeutendste Entwicklung gezeigt.

Zur aktuellen Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis ist zusammenfassend festzustellen, dass der Rhein-Sieg-Kreis über ein weitestgehend flächendeckendes, vielfältiges, differenziertes und – im Vergleich zu anderen Kreisen und kreisfreien Städten – fortschrittliches Hilfesystem verfügt, welches in hohem Umfang den Bedarfen der betroffenen Menschen gerecht wird. Zudem betreibt der Rhein-Sieg-Kreis eine progressive und offensive Drogen- und Suchtpolitik, die darauf ausgerichtet ist, sich den aktuellen Rahmenbedingungen und Bedürfnissen der Bevölkerung und der betroffenen Menschen anzupassen.

Der Suchtbericht hat dem entsprechend auch bekannte und neu wahrgenommene Versorgungsdefizite und zukünftige Handlungsfelder innerhalb der Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis bestätigt oder deutlicher zu Tage treten lassen. Dabei stellt sich u.a. die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen als eine der in Zukunft wichtigsten Zielgruppen heraus.

Für die künftige strategische Ausrichtung der Suchtkrankenhilfe im Rhein-Sieg-Kreis haben sich die folgenden Eckpunkte herauskristallisiert:

- ⇒ Gesundheitsförderung als umfassendes Konzept zur Stärkung der Lebenskompetenz und damit auch zur Suchtprävention muss als weitere, gleichwertige Säule neben der Suchtkrankenhilfe etabliert werden. Eine grundsätzlich neue strategische Ausrichtung aller präventiven Ansätze und Hilfen im Rhein-Sieg-Kreis ist dringend erforderlich.
- ⇒ Die Angebote des Versorgungssystems der Suchtkrankenhilfe im Rhein-Sieg-Kreis sind bedarfsgerecht und haben ein hohes fachliches Niveau. Eine generelle Notwendigkeit zur qualitativen Verbesserung dieses Systems besteht nicht. Die Anpassung des Systems in Einzelbereichen und die Sicherstellung einer hohen Leistungsqualität ist durch qualitätssichernde Maßnahmen der Einrichtungen sowie durch die konstruktive Zusammenarbeit der Träger der Suchtkrankenhilfe mit dem Rhein-Sieg-Kreis gewährleistet.
- ⇒ Neben dem Konzept der Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe der noch nicht konsumierenden Kindern und Jugendlichen, ist eine Strategie erforderlich, um jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten – überwiegend von legalen Suchtmitteln – zu erreichen, die – zumindest ganz überwiegend – in ihrem Konsum kein Risiko erkennen und für sich keinen Hilfebedarf reklamieren, obwohl oftmals bereits riskante Konsummuster vorliegen.
- ⇒ Beratung und Hilfe bei Nikotinabhängigkeit muss innerhalb der Suchtkrankenversorgung einen höheren Stellenwert erhalten und selbstverständlicher Teil der Angebotspalette der Suchtkrankenhilfe werden.

⇒ Der strukturelle Aufbau der Suchtkrankenhilfe befindet sich in einer Phase der Veränderung hin zu einer umfassenden Angebotsstruktur mit einem Komplexleistungssystem einschließlich der Übernahme des regionalen gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrags. Diese Veränderung ist gewollt und wird seitens des Rhein-Sieg-Kreises unterstützt und begleitet.

Die Erkenntnisse des Suchtbericht machen nochmals deutlich, dass die Suchtkrankenversorgung im Rhein-Sieg-Kreis einem ständigen Entwicklungsprozess unterliegen muss, um zeitgemäß die jeweiligen Veränderungen in der Gesellschaft und die daraus resultierenden Bedarfe aufzugreifen und ihnen bestmöglich gerecht zu werden.

Dieser Entwicklungsprozess wird zukünftig durch eine regelmäßige Aktualisierung des Suchtberichtes begleitet. Es soll hierbei veranschaulicht werden, inwieweit die Umsetzung der erarbeiteten Strategien und Handlungsperspektiven erfolgt ist bzw. noch erfolgen muss oder aber aus welchen Gründen eine Umsetzung in der Praxis nicht erfolgen konnte. Zudem ergibt sich durch die Aktualisierung des Berichtes die Möglichkeit, aktuelle Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich wahr zu nehmen und in zukünftige Planungen einzubeziehen.

Der vorliegende Suchtbericht stellt somit – wie bereits in der Einleitung erwähnt – ein wesentliches Planungselement in der Drogen- und Suchthilfe im Rhein-Sieg-Kreis dar.

Teil VI.

Anhang

Abbildungsverzeichnis

- | | | | |
|---|----|--|----|
| 1. Alkoholverbrauch pro Kopf in der EU | 20 | 19. Lebenszeit- und Jahresprävalenz des Kokainkonsums in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2003 | 39 |
| 2. Tabakkonsum in der Europäischen Union | 21 | 20. Polizeiliche Sicherstellungen von Kokain | 40 |
| 3. Tabakkonsum unter Jugendlichen in der Europäischen Union | 21 | 21. Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in Deutschland . . . | 40 |
| 4. Cannabiskonsum unter Schülern in der Europäischen Union | 22 | 22. Lebenszeitprävalenz und Jahresprävalenz des Ecstasykonsums in Deutschland | 41 |
| 5. Kokainkonsum junger Erwachsener in der Europäischen Union | 23 | 23. Anzahl der erstmals polizeilich auffälligen Ecstasykonsumenten | 41 |
| 6. Ecstasykonsum junger Erwachsener in der Europäischen Union | 24 | 24. Polizeiliche Sicherstellungen von Ecstasy | 42 |
| 7. Pro Kopf Verbrauch von Bier, Wein und Spirituosen in Deutschland | 32 | 25. Lebenszeitprävalenz des Konsums von Opiaten | 42 |
| 8. Pro Kopf Verbrauch von Alkohol in Deutschland | 32 | 26. Polizeiliche Sicherstellungen von Heroin | 43 |
| 9. Pro Kopf Verbrauch von Alkohol Vergleich | 32 | 27. Suchtkrankenhilfesystem im Rhein-Sieg-Kreis | 59 |
| 10. Monatsprävalenz des Alkoholkonsums | 33 | 28. Wohnorte der Nutzer der Siegburger Beratungsstelle der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes | 60 |
| 11. Monatsprävalenz des Alkoholkonsums und Geschlechterverteilung | 33 | 29. Wohnorte der Nutzer des Kontaktladens der Drogenhilfe des Diakonischen Werkes in Troisdorf | 61 |
| 12. Tabakverbrauch in Deutschland | 35 | 30. Wohnorte der Nutzer der Beratungsstellen des Caritasverbandes im Rhein-Sieg-Kreis . . | 61 |
| 13. Pro Kopf Verbrauch an Tabakwaren | 35 | 31. Wohnorte der Klienten der Begleitbetreuung Substitution des Arbeiter-Samariter-Bundes | 62 |
| 14. Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland . | 37 | | |
| 15. Jahresprävalenz des Cannabiskonsums in Deutschland | 37 | | |
| 16. Prävalenzen unter Schülern im Jahr 2003 | 37 | | |
| 17. Polizeiliche Sicherstellungen von Cannabisprodukten | 38 | | |
| 18. Anzahl der polizeilich erst auffälligen Kokainkonsumenten . . | 39 | | |

Tabellenverzeichnis

- | | |
|---|----|
| 1. Alkoholgehalt von Getränken . | 10 |
| 2. Wirkung des Alkoholkonsums . | 11 |
| 3. Anzahl der Konsumenten mit riskantem Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 18-59jährigen | 34 |
| 4. Tabakverbrauch 1999-2003 in Mio. Stück bzw. Tonnen und Veränderung zum Vorjahr . . . | 36 |

<p>5. Anzahl der Konsumenten mit riskantem Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 18–59jährigen</p> <p>6. Drogentote im Zuständigkeitsbereich der Kreispolizeibehörde und des Polizeipräsidiums Bonn</p> <p>7. Fallzahlen Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich der Kreispolizeibehörde Siegburg</p> <p>8. Fallzahlen Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich Polizeipräsidium Bonn</p> <p>9. Anteile der Rauschgiftdelikte an der Gesamtkriminalität</p> <p>10. Nutzung des Drogenkonsumraums in Troisdorf</p> <p>11. Altersverteilung der Hilfesuchenden Drogenhilfe Diakonisches Werk</p> <p>12. Altersverteilung der Substituierten der Drogenhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes</p> <p>13. Angefragte Einrichtungen</p>	<p>49</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>57</p> <p>57</p> <p>60</p> <p>60</p> <p>61</p> <p>79</p>	<p>Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Europäischer Aktionsplan Alkohol – 2000–2005, 1999.</p> <p>Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Bericht über die Anti-tabakpolitik in der Europäischen Union der Who–Kritischer Überblick über den Stand der Umsetzung des Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa 1997-2001. 2002.</p> <p>Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa Kopenhagen. Europäische Anti-Tabak-Strategie, 2002.</p> <p>Ministerium für Frauen Jugend Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen – Lexikon der Süchte, 2002.</p> <p>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Jahrbuch Sucht 2005 - Zahlen und Fakten in Kürze. Unveröffentlicht, 2005.</p> <p>DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Jahrbuch Sucht 2003, 2003.</p> <p>Nina Rehn, Robin Room, and Griffith Edwards. Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Gesundheitsschäden und die politische Dimension. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 2001.</p>
--	---	---

Literatur

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Aktionsplan Drogen und Sucht, November 2003.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht, April 2004.

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Bericht des nationalen Reitox Knotenpunkts Deutschland an die Ebdd–Drogensituation 2002. 2003.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2004–Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. 2004.

Roland Simon. Aktionspläne gegen Drogen: Europäische und nationale Strategien und Pläne – Werkstattgespräch Aktionsplan Drogen und Sucht. Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002.

Miguel Xavier. Alcohol and Illicit Drugs. Paris, 2004. Faculty of Medical Sciences Lisbon Portugal.

Adressen der zur Erstellung des Suchtberichtes angeschriebenen Institutionen:

Suchtberatung des Caritasverbandes, Siegburg
Drogenhilfe Siegburg, Diakonisches Werk, Siegburg
Arbeiter-Samariter-Bund, Meckenheim
Arbeitsgemeinschaft der Träger der Suchtkrankenhilfe, Siegburg
Rheinische Kliniken, Suchtabteilung, Bonn
Institutsambulanz für Abhängigkeitserkrankungen in den Rheinischen Kliniken, Bonn
Universitätsklinik Bonn, Tagesklinik für Suchterkrankungen, Bonn
Schloß Bornheim, Fachklinik für Drogenabhängige, Bornheim
Fachklinik Zissendorf, Fachklinik für Suchtkranke, Hennef
Eschenberg-Wildpark-Klinik, Fachklinik für Suchtkranke, Hennef
Fachklinik Meckenheim, Therap.Gemeinschaft, Neue Sozialarbeit e.V., Meckenheim
Haus Torburg, Sozialtherapeutische Einrichtung für Drogenabhängige, Bornheim
Haus Bohlscheid, Wohnheim für Suchtkranke, Eitorf
Haus Stallberg, Wohnheim für Suchtkranke, Siegburg
Fachklinik für Drogenkranke *Tauwetter*, Bornheim
AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V., Siegburg
Kinder-und Jugendtelefon, Sankt Augustin
Telefonseelsorge Bonn-Rhein-Sieg, Bonn
Kontakt-und Informationsstelle für Selbsthilfe im Rhein-Sieg-Kreis (KISS), Troisdorf
SKF, Schwangerschaftskonfliktberatung, Siegburg
Beratungsstelle des Diakonischen Werkes für schwangere Frauen in Konfliktsituationen, Siegburg
Beratungsstelle Pro Familia, Troisdorf
Don Bosco Haus, Siegburg
Rhein-Sieg-Kreis, Betreuungsstelle, Kreisverwaltung
Betreuungsverein der AWO, Kreisverband Rhein-Sieg e.V., Siegburg
Betreuungsverein im Diakonischen werk, Siegburg
Betreuungsverein des Arbeiter-Samariter-Bundes, Troisdorf
Betreuungsverein SKF, Siegburg
Betreuungsverein SKM, Siegburg
Rhein-Sieg-Kreis, Kreispolizeibehörde, Kreisverwaltung
Polizeipräsident Bonn, Bonn
Staatsanwaltschaft Bonn, Bonn
Justizvollzugsanstalt, Siegburg
Justizvollzugsanstalt, Rheinbach
Sozialpsychiatrische Fachberatung des Kreisgesundheitsamtes, Kreisverwaltung
Abteilung Jugendschutz und Prävention, Kreisjugendamt
Dr.Monika Cypionka, Substitutionsärztin, Siegburg

Weiter auf der nächsten Seite.

Dr. Harald Morsbach, Substitutionsarzt, Troisdorf
Dr. Stefan Schölzel, Substitutionsarzt, Troisdorf
Dr. Weckbecker, Substitutionsarzt, Bad Honnef
Konrad-Adenauer-Schule, Gem.-Hauptschule, Bad Honnef
Gem.-Hauptschule, Eitorf
Gem.-Hauptschule, Hennef
Gem.-Hauptschule, Königswinter-Oberpleis
Gem.-Hauptschule, Ruppichteroth
Gem.-Hauptschule, Lohmar
Gem.-Hauptschule, Much
Gem.-Hauptschule, Neunkirchen-Seelscheid
Augustinus-Schule, Gem.-Hauptschule, Sankt Augustin Menden
Gem.-Hauptschule, Sankt Augustin-Niederpleis
Gem.-Hauptschule, Neunkirchen-Seelscheid
Gem.-Hauptschule, Windeck-Rosbach
Gem.-Hauptschule, Alfter-Oedekoven
Franziskus-Schule, Gem.-Hauptschule, Bornheim-Merten
Geschwister-Scholl-Schule, Gem.-Hauptschule, Meckenheim
Gem.-Hauptschule, Niederkassel-Lülsdorf
Gem.-Hauptschule, Rheinbach
Gem.-Hauptschule *Innere Stadt*, Siegburg
Gem.-Hauptschule *Neuenhof*, Siegburg
Georg-von-Boeselager-Schule, Gem.-Hauptschule, Swisttal-Heimerzheim
Gem.-Hauptschule, Troisdorf
Geschwister-Scholl-Schule, Gem.-Hauptschule, Troisdorf-Sieglar
Drachenfels-Ländchen, Gem.-Hauptschule, Wachtberg-Berkum
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Hennef
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Siegburg
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Eitorf
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Bad Honnef
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Neunkirchen-Seelscheid
Berufskolleg des Rhein-Sieg-Kreis, Troisdorf-Sieglar
St. Ansgar Berufskolleg der Caritas Jugendhilfe GmbH, Hennef-Happerschoß
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Alfter
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Bad Honnef
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Bornheim
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Eitorf
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Hennef
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Königswinter
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Lohmar
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Meckenheim

Fortsetzung der vorherigen Seite.

Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Much
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Neunkirchen-Seelscheid
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Niederkassel
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Rheinbach
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Ruppichteroth
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Sankt Augustin
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Siegburg
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Swisttal
Ordnungsamt und Sozialamt, Stadt Troisdorf
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Wachtberg
Ordnungsamt und Sozialamt, Gemeinde Windeck
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Bornheim, Alfter
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Königswinter, Bad Honnef
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Eitorf, Windeck
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Meckenheim, Wachtberg
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Much, Ruppichteroth, Neunkirchen-Seelscheid
Rhein-Sieg-Kreis, Jugendhilfezentrum, Rheinbach, Swisttal
Jugendamt der Stadt Hennef, Hennef
Jugendamt der Stadt Lohmar, Lohmar
Jugendamt der Stadt Niederkassel, Niederkassel
Jugendamt der Stadt Siegburg, Siegburg
Jugendamt der Stadt Sankt Augustin, Sankt Augustin
Jugendamt der Stadt Troisdorf, Troisdorf

Tab. 13: *Angefragte Einrichtungen*

Glossar

Bruttoinlandsprodukt gibt diejenige neu zur Verfügung stehende Güter- und Dienstleistungsmenge an, die im Inland innerhalb eines Jahres von In- und Ausländern hergestellt wurde. Das Bruttoinlandsprodukt ist ein Maß für die wirtschaftliche Leistung eines Landes. Es entspricht der Summe aller Erwerbs- und Vermögenseinkommen, die in der Berichtsperiode im Inland entstanden sind

Evaluation (Evaluierung) ist in der allgemeinsten Bedeutung die Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten, insbesondere in Verwaltung oder Wirtschaft. Mit Evaluation kann sowohl der Prozess als auch das Ergebnis gemeint sein. Für eine Evaluation werden Daten methodisch organisiert erhoben und systematisch dokumentiert, um die Untersuchung, das Vorgehen und die Ergebnisse nachvollziehbar und überprüfbar zu machen.

Gewogenes Mittel bezeichnet in der Statistik eine Methode zur Ermittlung eines *gewichteten* Mittelwertes im Unterschied zum Beispiel zum arithmetischen Mittel. Das gewogene Mittel erlaubt eine Betonung einflußreicher Daten und die Reduktion des Einflusses weniger wichtiger Daten auf den Mittelwert. Das gewogene Mittel errechnet sich nach der Formel $\bar{x}^g = \sum_i^n g_i x_i$

Monitoring beinhaltet alle Arten der Erfassung von Zuständen, eines Vorgangs oder Prozesses mittels technischer Hilfsmittel oder anderer Beobachtungssysteme. Ein Monitoringsystem ermöglicht Interventionen in die betreffenden Prozesse, sofern sich abzeichnet, dass der Prozess nicht den gewünschten Verlauf nimmt.

Peer Group bedeutet *Gruppe von Gleichaltrigen* oder *Gruppe von Gleichgestellten*. Der Begriff fasst die Beobachtungen zusammen, dass besonders im Kinder- und Jugendalter die Orientierung der Individuen an Gruppenstandards stärker an Menschen ähnlichen Alters als an den eigenen Eltern stattfindet und dass auch später die Ansichten eines Menschen häufig von den Menschen der unmittelbaren Umgebung geprägt werden. Als Peergroup gelten Gruppen mit Mitgliedern ähnlichen Alters, meist auch ähnlicher sozialer Herkunft und gleichen Geschlechts.

Prävalenz oder auch Grundanteil bezeichnet in der medizinischen Statistik und der Epidemiologie den Anteil von Personen in einer bestimmten Bevölkerung (Population), der ein bestimmtes Merkmal (z.B. eine Krankheit) aufweist.

Die Prävalenzrate wird bestimmt durch die Zahl der Merkmalsträger (oder Erkrankten) im Verhältnis zur Zahl der Untersuchten.

Prävalenz kann für bestimmte Fragestellungen folgendermaßen präzisiert werden:

- ▷ Die Punktprävalenz wird definiert durch einen genau bestimmten Zeitpunkt, z.B. *im Augenblick* oder *zum gegebenen Stichtag*.
- ▷ Die Periodenprävalenz wird bestimmt durch einen Zeitraum wie *in den letzten 7 Tagen*, im letzten Jahr (Jahresprävalenz) oder während des gesamten Lebens (Lebenszeitprävalenz).

Tonne entspricht im SI-Einheitensystem (SI=Système International d'Unités oder Internationales Einheitensystem) 1000 Kilogramm.

Zur Unterscheidung von anderen Tonnendefinitionen wird die SI-Tonne umgangssprachlich auch als metrische Tonne bezeichnet.