

DROGENBERICHT

**für den Kreis Borken
2003**



**- Zahlen, Daten und Fakten
zur Konsumsituation illegaler Substanzen -**

Impressum

Herausgeber:

Kreis Borken
Fachbereich Gesundheit
Burloerstr. 93
46325 Borken

Tel 0 28 61 – 82 1154
Fax: 0 28 61 – 82 2021

E-Mail: r.wantia@kreis-borken.de
Internet: www.kreis-borken.de

Text/Redaktion:

Fachbereich Gesundheit
-Psychiatriekoordination-
Reinhild Wantia

Druck:

Eigendruck

Stand:

April 2003

Inhalt

Seite:

1. Hintergrund und Berichtsaufbau	5
2. Allgemeine Informationen zum Kreis Borken	7
2.1. Geografische Lage	7
2.2. Soziodemografische Grunddaten	8
3. Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit	10
3.1. Begriffsbestimmung und Berichtsziel	10
3.2. Rechtslage	11
3.3. Charakterisierung illegaler Drogen	12
3.3.1. Cannabis/Marihuana/Haschisch	12
3.3.2. Amphetamine/ Ecstasy	12
3.3.3. Halluzinogene	13
3.3.4. Kokain und Crack	14
3.3.5. Heroin	15
4. Allgemeine Daten zum Ausmaß der Drogenproblematik	16
5. Situation im Kreisgebiet Borken	18
5.1. Ableitende Berechnungen zum epidemiologischen Ausmaß	18
5.2. Auswirkung der Grenznähe zu den Niederlanden auf die Konsumsituation	22
6. Befragungsergebnisse einzelner Institutionen im Kreisgebiet	26
6.1. Einrichtungen der Sucht- und Drogenkrankenhilfe	26
6.1.1. Drogenberatungsstellen	26
6.1.2. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Kreis Borken	34
6.1.3. Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster	38
6.2. Krankenhausdiagnosestatistik Stationärer Psychiatrie	41
6.3. AIDS-Beratung und AIDS-Hilfe	41
6.4. Jugendhilfe/Jugendgerichtshilfe	42

7. Kriminal- und Strafrechtliche Datenlage	44
7.1. Daten der Kriminalstatistik	44
7.2. Bewährungshilfe	48
8. Zusammenfassung	50

ANHANG

Literatur-/Datenquellen	52
Tabellenübersicht	54

1. Hintergrund und Berichtsaufbau

Der Kreissozial- und Gesundheitsausschuss beauftragte die Verwaltung mit Beschluss vom 07.06.2001, die Drogenthematik in einem Bericht aufzuarbeiten.

Mit dem vorliegenden Bericht wird eine statistische Darstellung derzeit verfügbarer Daten vorgenommen, die sich auf die Konsumsituation im Bereich der illegalen Suchtmittel bezieht. Die erarbeitete Darstellung ist Teil der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung, welche die gesetzliche Aufgabe hat, zum einen Politik und Fachöffentlichkeit und zum anderen die Bevölkerung im Kreisgebiet über ihre gesundheitliche Situation, allgemeine Gesundheitsrisiken und die Versorgung mit Leistungen des Gesundheitswesens zu informieren.

Der Drogenbericht knüpft als Zustandsbeschreibung an die Sucht- und Drogenhilfeplanung im Kreis Borken an: Das im Jahr 1998 verabschiedete „Konzept der Sucht- und Drogenarbeit des Kreises Borken“¹ stellt ausführlich die differenzierte Versorgungssituation im Kreisgebiet dar, die seitdem als Hilfestruktur für die Zielgruppe der Suchtkranken illegaler Drogen nahezu gleichgeblieben ist.

Neben der Datenanalyse der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., des Landes Nordrhein-Westfalen im Landesprogramm gegen Sucht und Informationen des Landschaftsverbandes bezogen auf den Kreis Borken, wurden zur Berichtserstellung im Wesentlichen die Drogenberatungsstellen im Kreisgebiet beteiligt:

- die Drogenberatungsstelle der Sozialberatung Gronau e.V. und
- die Drogenberatungsstelle des Sozialdienstes Katholischer Männer Bocholt e.V..

Hierüber hinaus wurden weitere Institutionen und Einrichtungen befragt, die dem Bericht Datenmaterial geben:

- die Westfälische Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie, Münster
- die psychiatrischen Krankenhausabteilungen in Gronau und Rhede.
- die Einrichtungen der AIDS-Beratung und AIDS-Hilfe
- die öffentliche Jugendhilfe,
- die Kreispolizeibehörde,
- die Bewährungshilfe in Ahaus und Bocholt,

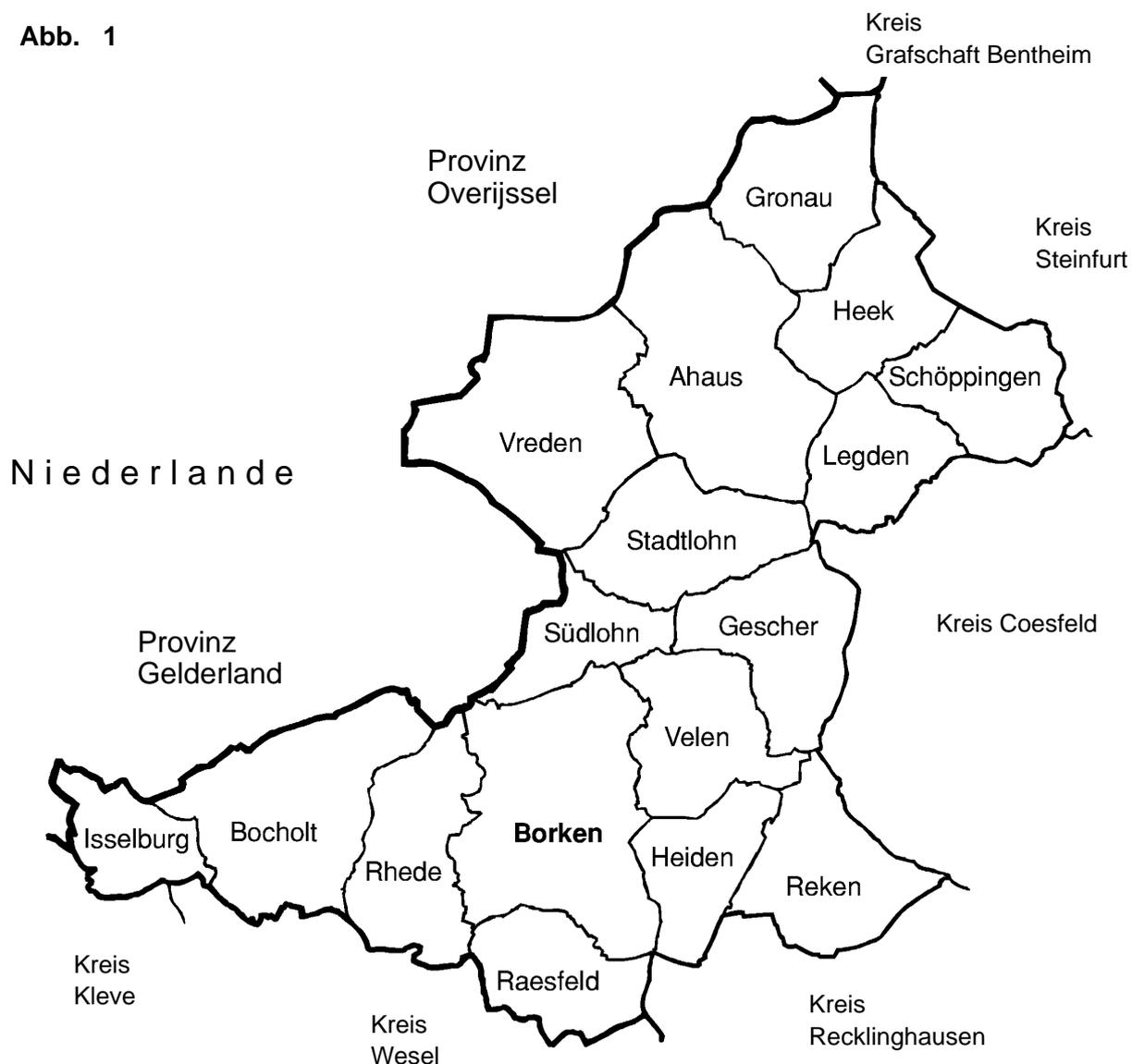
Der Berichtszeitraum umfasst -wenn nicht anders gekennzeichnet- die Jahre 2001 und 2002.

An die allgemeinen Informationen zur geografischen und derzeitigen demografischen Situation und an Grundlegendes zur Kreisentwicklung schließen sich die statistischen Übersichten zu einzelnen Schwerpunkten der Drogenthematik an.

2. Allgemeine Informationen zum Kreis Borken

2.1. Geografische Lage

Abb. 1



Westlichster Kreis im Regierungsbezirk Münster

Maximale Nord-Südausdehnung 57 km
 Maximale West-Ost-Ausdehnung 61 km

Länge der Grenze des Kreises Borken gesamt: 278 km
 davon mit den Nachbarkreisen

Steinfurt	33 km
Coesfeld	51 km
Recklinghausen	29 km
Wesel	45 km
Kleve	10 km

den Niederlanden 108 km
 Niedersachsen 2 km

2.2. Soziodemografische Grunddaten

Abb. 2

FLÄCHE UND BEVÖLKERUNG AM 30. JUNI 2002 - Fortschreibungsergebnisse auf Basis der Volkszählung am 25. Mai 1987 -
--

Gebiet	Fläche	Bevölkerung			Bevölkerungs- dichte
	km ²	Insgesamt	Männer	Frauen	Einwohner je km ²
Ahaus	151,24	37.770	18.929	18.841	249,7
Bocholt	119,37	72.977	35.816	37.161	611,4
Borken	152,61	40.698	20.060	20.638	266,7
Gescher	80,78	16.889	8.452	8.437	209,1
Gronau	78,64	45.375	22.326	23.049	577,0
Heek	68,98	7.954	4.046	3.908	115,3
Heiden	53,39	8.079	4.053	4.026	151,3
Isselburg	42,73	10.966	5.463	5.503	256,6
Legden	56,17	6.727	3.413	3.314	119,8
Raesfeld	57,81	11.176	5.665	5.511	193,3
Reken	78,54	14.116	7.282	6.834	179,7
Rhede	78,65	18.740	9.431	9.309	238,3
Schöppingen	68,77	8.017	4.409	3.608	116,6
Stadtlohn	79,06	20.491	10.204	10.287	259,2
Südlohn	45,55	8.738	4.318	4.420	191,8
Velen	70,52	12.947	6.474	6.473	183,6
Vreden	135,83	21.965	11.216	10.749	161,7
Kreis Borken	1.418,61	363.625	181.557	182.068	256,3
Reg.-Bezirk Münster	6.906,34	2.622.200	1.279.130	1.343.070	379,7
Nordrhein- Westfalen	34.081,88	18.060.211	8.789.977	9.270.234	529,9

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Im Kreis Borken leben insgesamt mehr als 363. 000 Einwohner. Der Anteil der 12- bis 25-Jährigen beträgt rund 60.000 Personen und liegt damit bei mehr als 16 %.

Mit einer Fläche von insgesamt 1.418,48 km² ist der Kreis Borken nach dem Hochsauerlandkreis und dem Kreis Steinfurt der flächenmäßig drittgrößte von 31 Kreisen in Nordrhein-Westfalen. Das Kreisgebiet setzt sich zusammen aus neun Städten und acht Gemeinden. Die größte Stadt ist Bocholt (72.977 EW), die kleinste Gemeinde ist Legden mit mit 6.727 Einwohnern. In fünf Gemeinden leben jeweils weniger als 10.000 Einwohner. Der Ausländeranteil ist mit 5,7 % im Kreis Borken landesweit unterdurchschnittlich.

Die wirtschaftliche Struktur im Kreis Borken besitzt eine breite und gesunde Basis. Trotz der eher ländlichen Struktur zählt er zu den expansivsten Regionen Deutschlands. Der Strukturwandel hin zu einem breiten Branchenmix, vor allem mittelständischer Unternehmen mit internationalen Geschäftsbeziehungen, wurde in den vergangenen Jahren erfolgreich vollzogen.

3. Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit

3.1. Begriffsbestimmung und Berichtsziel

Allgemein wird mit dem Begriff der Drogenabhängigkeit eine physische oder psychische Abhängigkeit von Substanzen mit Wirkung auf das Zentralnervensystem bezeichnet. Beide Formen der Abhängigkeit können auch gemeinsam vorliegen. Zu den auslösenden Substanzen zählen Betäubungsmittel, Alkohol und Nikotin sowie bestimmte Arznei- und Lösungsmittel. Die Sucht ist seit 1968 als Krankheit anerkannt. Sie zählt neben beispielsweise den Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder dem Diabetes-mellitus inzwischen zu den vorherrschenden chronischen Erkrankungen unserer Zeit.

S u c h t ist gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

1. Starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit;
3. Körperliches Entzugssyndrom;
4. Toleranzentwicklung („Gewöhnung“, Tendenz zur Dosissteigerung, um die gleiche Wirkung des Suchtmittels zu erreichen);
5. Einengung des Verhaltensspielraums (Vernachlässigung anderer Interessen; erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum etc.);
6. Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Folgen.

Dabei liegt nach den Diagnostischen Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms nach der ICD-10* die Diagnose **A b h ä n g i g k e i t** vor, wenn drei oder mehr der o.g. Symptome vorhanden sind.

Unter **M i s s b r a u c h** wird ein fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem verstanden, das durch den Gebrauch von psychotropen (auf die Psyche einwirkenden) Substanzen verursacht oder verstärkt wird. Ein weiteres Kriterium für den Missbrauch ist der wiederholte Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Drogen am Steuer).

Im üblichen Sprachgebrauch und engeren Sinne ist meist die Abhängigkeit von illegalen Drogen gemeint, deren Herstellung, Besitz, Vertrieb, Anbau oder Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verboten ist und strafrechtlich verfolgt wird.

In der weiteren Betrachtung wird über den Missbrauch und die Abhängigkeit illegaler Drogen berichtet, wobei die Abgrenzung fließend ist. Die Verwendung der Bezeichnung „Gebrauch“ von Drogen kann Missbrauch und Abhängigkeit beinhalten.

* Diagnostisches Klassifikationssystem: **I**nternational **C**lassification of **D**iseases

Sucht als **K r a n k h e i t** stellt Staat und Gesellschaft vor große Herausforderungen; die Prävention und Therapie dieser chronischen Erkrankung gehören zugleich zu den vorrangigen Aufgaben unseres Gesundheitssystems, der Medizin, der Psychologie, auch der Sozialarbeit und anderer Disziplinen.

Genauso, wie die Entstehung von Suchterkrankungen teilweise gesellschaftliche Ursachen hat, so haben Abhängigkeitserkrankungen auch gesellschaftliche Folgen: Hierbei geht es nicht nur um die unmittelbaren Krankheits- und Krankheitsfolgekosten, die durch Suchterkrankungen verursacht werden, sondern um die vielfachen Einzelschicksale und „Suchtkarrieren“, die oftmals mit einem erheblichen individuellen und familiären Leidensdruck verbunden sind.

Ziel der Ausführungen ist eine hinführende, zum Teil exemplarische Beschreibung der Datenlage. Hierbei werden auf den Kreis Borken übertragbare Trends hinsichtlich des Drogenkonsums in seinen Konsequenzen verdeutlicht.

3.2. Rechtslage

Unter illegalen Drogen sind unterschiedliche Substanzen zusammengefasst, die im Hinblick auf die Wirkung, das Gefährdungs- und Risikopotential, sowie die individuellen und sozialen Folgen unterschiedlich bewertet werden müssen.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts (BtMG) von 1971 fallen unter illegale Drogen verschiedene Substanzen, wie u.a. Cannabis, Ecstasy, Kokain und Heroin.

Herstellung, Erwerb und Handel ist mit diesen Substanzen ohne Erlaubnis des BfArM* verboten.

Zu widerhandlungen werden nach § 29ff BtMG als Straftat bewertet und verfolgt.

Das Gesetz differenziert seit 1982 nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ zwischen Drogenkonsumenten und Drogenhändlern und sieht bspw. über den § 29 Abs.5 BtMG vor, von einer *Bestrafung* durch das *Gericht* abzusehen, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch (...) besitzt. Außerdem regelt der § 31a BtMG bei geringer Schuld des Täters, fehlendem öffentlichen Interesse an der Strafverfolgung und Eigenverbrauch in geringen Mengen, dass die *Staatsanwaltschaft* von der *Verfolgung* absehen kann.

* **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**, Bonn

3.3. Charakterisierung illegaler Drogen

3.3.1. Cannabis/Marihuana/Haschisch

--*szeneübl. Bezeichnung*: Shit, Dope, Pot, Hasch, Gras

--*Erwerb*: i.d.R. in den Niederlanden (in Coffeeshops bis max. 5 Gramm)
reger Handel im sogenannten „Ameisenverkehr“

--*Preis*: 1 Gramm Cannabis kostet je nach Sorte etwa 5-7 €

Ein (Tabak-)Gemisch aus den getrockneten Blättern und Blüten der Indischen Hanfpflanze (*Cannabis indica*) wird Marihuana genannt und führt nach dem Rauchen zu einem raschen Wirkungseintritt.

Die so aufgenommenen Wirkstoffe, insbesondere das Tetrahydrocannabinol (THC), intensivieren oder verändern die Sinneswahrnehmung bis hin zur Euphorie oder Depression - je nach vorhandener Grundstimmung des Konsumenten.

Die Pflanze produziert in speziellen Drüsen des weiblichen Blütenstandes ein Harz, welches in seiner reinen Form als Haschisch geraucht oder über die Nahrung und als Tee aufgenommen werden kann. Die Wirkung hält mehrere Stunden an. Geraucht werden Cannabisprodukte mit dem Joint oder der stärkerwirkenden Wasserpeife (Bong“).

Als mögliche Nebenwirkungen nach Konsum der Cannabis-Produkte sind Herzjagen, Kreislaufstörungen, Übelkeit und Mundtrockenheit zu nennen. Die Langzeiteinnahme kann zu Antriebsschwäche, Unkonzentriertheit sowie Persönlichkeitsveränderungen führen und Angstzustände und Panikattacken bis hin zur Todesangst auslösen.

Eine seelische Abhängigkeit lässt Interessen und Fähigkeiten verkümmern bis hin zu einem unter Umständen nicht mehr rückbildungsfähigen Gewohnheitsumbau.

Eine häufig beschriebene Gefahr ist das Umsteigen auf gefährlichere Drogen aufgrund eines Bedürfnisses nach Wirkungssteigerung oder der Abhängigkeit von sozialen Gruppen oder vom Dealer ². Nach anderen Untersuchungen sollen 80% der Cannabis-Konsumenten allerdings nicht zu stärker wirkenden Substanzen wechseln.

Die im Laufe der Zeit immer spezifischeren Züchtungen von Cannabispflanzen bewirkten einen höheren THC-Gehalt im niederländischen Marihuana (sogen. „Nederwiet“) von 1999 etwa mit 8,6% auf heute 15,2%³ und damit eine enorme Wirkungssteigerung. Auch hierauf führen psychiatrische Fachärzte ein vermehrtes Auftreten drogeninduzierter Psychosen („Chronische Cannabispsychosen“) zurück⁴.

In letzter Zeit wird von einer positiven therapeutischen Wirkung bei gezielter Anwendung von Cannabis-Produkten bei bestimmten schweren Erkrankungen berichtet. Für die ärztliche Behandlung haben cannabinoidehaltige Medikamente nach derzeitigem Kenntnisstand nach neuen Studien keine Bedeutung, da wirksamere Substanzen mit geringeren Nebenwirkungen zur Verfügung stehen. Daher erscheint auch etwa die Freigabe von Cannabis zur Selbstmedikation nicht erforderlich⁵.

3.3.2. Amphetamine/ Ecstasy

-- *szeneübl. Bezeichnung*: Speed, Crystal, Glass, Pep, x-tasy, MDMA

-- *Erwerb*: Etablierter Handel mit differenzierten und nahezu undurchschaubaren Verteilerkanälen und -mechanismen bis ins Kreisgebiet

-- *Preis*: 1 Pille kostet etwa 2,50-5 €

Mit dem Begriff Ecstasy wird eine Gruppe vollsynthetisch hergestellter Drogen bezeichnet („Designerdrogen“), die chemisch allgemein den Amphetamin- Abkömmlingen zugeordnet

werden, obgleich aufgrund der besonderen Wirkungskomponenten eine klare Abgrenzung schwierig ist.

Auf dem illegalen Markt werden diese Substanzen häufig als Tabletten oder Kapseln angeboten.

Im Zuge einer euphorisierenden Wirkung erleben viele Konsumenten eine gesteigerte Kontaktfreudigkeit mit Rededrang unter Einschränkung der Kritikfähigkeit sowie Halluzinationen mit anschließend gesteigerter Leistungsfähigkeit und Stimulierung sowie herabgesetztem Schlafbedürfnis.

Das Nebenwirkungsprofil ist vielfältig. Nach der Einnahme kommt es zum Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdruckes und der Körpertemperatur. Ebenso können Schwitzen, Muskelzittern, Mundtrockenheit, Schwindel und Brechreiz auftreten.

Die Droge Ecstasy wird von vielen Menschen fälschlicherweise als Substanz mit geringem Risiko für die körperliche und geistige Gesundheit bezeichnet. Da Warnsignale des Körpers, wie Schmerz, Hunger, Durst und Erschöpfung nicht mehr wahrgenommen werden, sind Ecstasy-Konsumenten jedoch gefährdet, z.B. im Tanzrausch ein Herz-Kreislauf-Versagen zu erleiden.

Es ergeben sich zunehmend Hinweise, dass auch die gesundheitlichen Gefahren durch Langzeitkonsum unterschätzt werden. Neben der psychischen Abhängigkeit können irreversible Leber-, Nieren- und Hirnschäden sowie psychische Erkrankungen auftreten.

1995 wurden in Deutschland als Folge von Ecstasy-Konsum 15 Todesfälle bekannt.

Weiterhin besteht das Risiko, dass die Substanz als undefinierbare Mischung mit anderen chemischen Stoffen auf den Markt kommt^{6,7}. Als Aufputzmittel ist Ecstasy eine Einstiegsdroge für oftmals sehr junge Konsumenten Teilweise wird eine spätere Verbindung zum Kokainkonsum beobachtet.

3.3.3. Halluzinogene

-- *szeneübl. Bezeichnung*: LSD, Acid, Tickets // MagicMushrooms, Mexikanische Pilze, Psyllos // Lachgas

--*Erwerb*: -LSD vor Ort

-Pilze überwiegend in sogenannten Headrooms in den Niederlanden

-Lachgas im Supermarkt als handelsübliche Kartuschen z.B. für Sahnespender; Spraydosen aller Art, Gasfeuerzeuge frei im Handel

--*Preis*: -LSD etwa 10 € pro Trip

-Pilze ca. 7-8 € (in Tüten)

-Lachgas: 4-5 € für 10 Kartuschen

Mit Halluzinogenen werden pflanzliche oder synthetisch hergestellte Substanzen bezeichnet, die Halluzinationen erzeugen. Die Zuordnung zu dieser Gruppe ist innerhalb der Fachliteratur allerdings nicht einheitlich.

Zu einer bedeutenden Droge dieser Gruppe gehört das **LSD** (Lysergsäureäthylamid), welches synthetisch aus Lysergsäure -eine Getreidesubstanz- hergestellt wird. Diese Entwicklung in der Pharmaindustrie aus den fünfziger Jahren wird heute als gefährliches Rauschgift eingestuft.

Nach der Einnahme kommt es zu einem ausgeprägten Rauschzustand, der zumeist 8-10 Stunden anhält. Mehr oder weniger intensive Sinnestäuschungen mit Veränderungen der räumlichen und zeitlichen Orientierung sind typisch. Je nach der psychischen Ausgangslage des Konsumenten stellen sich eine euphorisierende Wirkung oder der gefürchtete „Horrortrip“ ein, bei dem ausgeprägte Angstzustände bis hin zu Todesangst, Gefühle von Grauen oder Trauer und äußerste Unruhe vorherrschen. Halluzinatorisch bedingte Sprünge aus dem Fenster, Verkehrsunfälle und Selbsttötungen sind beschrieben. Als langfristige Wirkung der Droge kann das Krankheitsbild einer anhaltenden Psychose entstehen.

Daneben können Wochen oder sogar Monate nach der eigentlichen LSD-Einnahme sogenannte „Flash-Backs“ oder Echo-Psychosen auftreten, die in der Regel mit intensiven Angstzuständen und Desorientierung verbunden sind. LSD-Konsum führt zur psychischen Abhängigkeit mit Toleranzphänomenen: Die gewohnte Wirkung lässt nach wenigen Tagen nach und kann nur durch eine Dosissteigerung wieder erreicht werden.

Hinweise auf einen Konsum sind sehr kleine Tabletten oder mit halluzinogenen Stoffen getränkte Filzpapierstückchen⁷.

Besondere Bedeutung unter den halluzinogen wirkenden Substanzen haben in jüngster Zeit **psylocybin- oder psylocin-haltige Pilze**, die in sogenannten Smartshops, Headshops oder -rooms vorwiegend in den Niederlanden zu beziehen sind und erst seit dem 01. Februar 1998 unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

Die Pilze werden getrocknet gegessen und führen nach 20-30 Minuten zu einer subjektiv als angenehm empfundenen geistigen und körperlichen Entspannung. Vor dem subjektiven Wohlbefinden kommt es zunächst zu vegetativen Erscheinungen: Pupillenerweiterung, Schwindel, Übelkeit. Höher dosiert werden visuelle Sinnestäuschungen bzw. Pseudohalluzinationen erlebt, die der Wirkung von LSD ähneln. Die Wirkung dauert meist vier bis acht Stunden. Eine körperliche Abhängigkeit ist nicht bekannt. Gefährdungen liegen insbesondere im veränderten psychischen Zustand und es sind tödliche Verwechslungen der gesuchten halluzinogenen Pilze mit anderen Giftpilzen vorgekommen⁷.

Ebenfalls halluzinogen wirkende Substanzen sind **Schnüffelstoffe** wie Lachgas. Obwohl nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und damit *legal* konsumierbar, soll es wegen seiner aktuellen Bedeutung als jugendspezifische „Partydroge“ an dieser Stelle beschrieben werden. (Der unsachgemäße Gebrauch gilt allerdings als Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz.)

Mit der chemischen Bezeichnung Distickstoff-Monoxid (N_2O) ist Lachgas ein nicht-toxisches (ungiftiges) Gas, das nicht brennbar, nicht explosiv und farb- und geruchlos ist.

Meist wird das Gas in Kartuschen (sogen. Sahnekapseln) gekauft, und mittels eines Sahnependers in einen Luftballon gefüllt und inhaliert. Je länger das inhalierte Gas in der Lunge gehalten wird, desto stärker wird sich der Rausch ausprägen. Der Inhalt eines Ballons kann vier bis fünf mal zurück- und wieder eingeatmet werden.

Lachgas hat eine stark schmerzstillende, schwach narkotisierende (betäubende) und keine muskellähmende Wirkung.

Der Rausch dauert ungefähr 3-4 Minuten und lässt sich bis zu einer halben Stunde ausdehnen. Der Lachgaskonsum ist für gesunde Menschen bei niedriger Dosierung zunächst ungefährlich. Konsumgefahren liegen insbesondere darin, technisches Lachgas zu benutzen, welches (im Gegensatz zum N_2O aus dem Lebensmittel- und medizinischen Bereich) mit Beimischungen verunreinigt, daher toxisch und lebensgefährlich ist (etwa in Raumluft-, Reinigungs-, Deo- oder Haarsprays, wie auch Butangas in Feuerzeugen oder Campinggaskartuschen).

Gefährlich ist zudem eine länger anhaltende Inhalation reinen Lachgases ohne Sauerstoff-Zugabe mit der Folge einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns und damit einhergehendem Abbau von Hirnzellen bis hin zum wachkomatösen Zustand (Apallisches Syndrom).

3.3.4. Kokain und Crack

-- *szeneübl. Bezeichnung*: Koks, Koka, Schnee, Weißes, freebase

--*Erwerb*: Die Verfügbarkeit geht über die Niederlande bis ins Kreisgebiet.

--*Preis*: 1 Gramm Kokain kostet in Bocholt etwa 50-60 €

Im Jahr 1862 entwickelte ein deutscher Pharmakonzern ein Verfahren, wonach Kokain als weißes Pulver aus Blättern des in Südamerika kultivierten Kokastrauches isoliert werden konnte (Erytroxylon coca).

Kokain wird in verschiedenen chemischen Formen (Hydrochlorid, Freebase und Crack) und auf unterschiedliche Art und Weise (inhalierten, rauchen und injizieren) angewendet.

Kokain-Hydrochlorid ist ein weißes, flockiges, kristallines Pulver, das entweder geschnupft, geraucht oder injiziert wird. Bei der wesentlich riskanteren Konsumform des intravenösen Gebrauchs wird das Kokain zuvor in Wasser aufgelöst und dann in die Vene gespritzt.

Bei der **Freebase** wird das salzige Kokainpulver in einer Lösung aus Wasser, Ammonium und Äther erhitzt, kristallisiert und dann geraucht.

Die Freebase ist Ausgangsform für **Crack**, bei dem das Kokainpulver mit Backpulver und Wasser zu einer milchigen Mischung aufgekocht wird. Die so entstehenden kleinen gelblich-weißen Klumpen werden auf einer Folie oder mit Hilfe eines Röhrchens oder Pfeife geraucht.

Die Substanz wirkt belebend und stimulierend auf den Konsumenten und unterdrückt Ermüdungserscheinungen, Schlafbedürfnis und Hungergefühl. Nach einem Schub von Euphorie und Heiterkeit voller Hochstimmung kommt es teilweise auch zu optischen und akustischen Fehlwahrnehmungen, die denen von LSD oder anderen Halluzinogenen ähneln. Der Rausch mündet rasch (bereits nach ca. 20-60 Minuten) vollständig in ein Stadium von Müdigkeit, Gleichgültigkeit, Erschöpfung, auch Angst oder Depression. Die Rückkehr in die „Normalität“ erscheint unerträglich.

Crack ruft neben dem psychischen Verlangen auch eine echte körperliche Abhängigkeit mit deutlichen Entzugssymptomen hervor.

Schwere neurologische Langzeitschäden in Form von Bewegungsstörungen („crack-dancing“) sind möglich. Da die Gewöhnung an die Droge sehr schnell erfolgt, versuchen Konsumenten teilweise die immer häufiger auftretenden „Tiefs“ durch die Verwendung von Heroin auszugleichen.

Nach heutigem Wissen erzeugt Kokain nur selten eine körperliche Abhängigkeit; es wird jedoch durch das Auftreten eines starken psychischen Verlangens im Klassifikationsschema ICD den suchterzeugenden Substanzen zugerechnet. Im Kokainrausch kann es zu schweren Herzrhythmusstörungen oder einem plötzlichen Herzinfarkt, Krampfanfällen, Hirninfarkten oder Hirnblutungen kommen. Langfristig sind Schlafstörungen, Leberschädigungen, Verätzungen der Nasenscheidewand und körperliche Auszehrung wahrscheinlich. Es sind psychotische Erscheinungsbilder mit schweren Persönlichkeitsstörungen nach Langzeitkonsum aufgetreten.

3.3.5. Heroin

-- *szeneübl. Bezeichnung*: Shore, Braunes, „H“, Stoff

-- *Erwerb*: der Bezug von Heroin geschieht über die Niederlande bis zur direkten Verfügbarkeit in Kreisorten

-- *Preis*: 1 Gramm Heroin kostet ca. 40-50 €

Heroin ist eine das Nervensystem beeinflussende Substanz aus der Gruppe der Opiode. Zu den Opiaten aus dem Milchsaft der Schlafmohnkapsel gehören neben Heroin unter anderem Opium und Morphin sowie die so genannten synthetischen Opiode wie zum Beispiel Methadon. Heroin kann geraucht, gespritzt oder inhaliert werden.

Die Art und Weise, wie Heroin eingenommen wird bestimmt auch die Wirkung des Suchtmittels, die wiederum von Konsument zu Konsument sehr unterschiedlich ist. Heroin kann entspannen und beruhigen, Schmerzen lindern, müde und schläfrig machen oder das Selbstbewusstsein erhöhen. Die erste -sehr rasch eintretende- Wirkung wird oft als überwältigend beschrieben. Auf eine anfänglich intensive Euphorie folgen in der Regel lebhaftere Tagträume und ein länger andauernder Zustand von Zufriedenheit. Je öfter Heroin konsumiert wird um so schneller gewöhnt sich der Körper an das Mittel: Rausch und Euphorie bleiben schließlich aus. Heroin wird nur noch aus Angst vor dem Entzug eingenommen und um sich „normal“ zu fühlen. Während des Entzugs folgen auf psychische Symptome wie Unwohlsein, Unruhe, Reizbarkeit und Schwächegefühle körperliche Beschwerden wie starke Muskelschmerzen, Gänsehaut, Fieber und Schlafstörungen. Bewusstlosigkeit, Herzschwäche und Atemlähmung können bei Überdosis zum Tod führen.

Das ständige Konsumieren von Heroin, der sogenannte Beigebruch von anderen Substanzen wie Alkohol oder Medikamenten (Polytoxikomanie) sowie das Leben in der Illegalität sind die Ursachen eines fortschreitenden gesundheitliche, psychischen und sozialen Abbaus. Zudem verringert Heroinabhängigkeit die Lebenserwartung: Insbesondere beim intravenösen Gebrauch

besteht permanent die Gefahr der Überdosierung. Zudem erhöht sich das Infektionsrisiko mit Erregern der infektiösen Leberentzündung (Hepatitis B/C), HIV („AIDS-Viren“) und weiteren Erregern.

Hinweise auf Heroinmissbrauch können Spritzen, Löffel mit Rußrückständen, in denen Heroin verflüssigt wird, und Einstichstellen oder Vernarbungen an den Innenseiten der Arme des Konsumenten sein. Wie in den Niederlanden wird im Grenzgebiet des Kreises Borken Heroin allerdings häufig auch geraucht.

4. Allgemeine Daten zum Ausmaß der Drogenproblematik

Der Missbrauch von legalen oder illegalen Suchtmitteln hat sich in Deutschland zu einem der größten gesundheitlichen Risikofaktoren entwickelt. Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den am weitesten verbreiteten und hinsichtlich ihrer Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft schwerwiegendsten Krankheiten.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) geht im Jahrbuch Sucht 2002 davon aus, dass ca. 250.000 bis 300.000 Personen in **Deutschland** zu den Konsumenten harter Drogen (Heroin, andere Opiate, Kokain, Amphetamin und Ecstasy) gehören. In dieser Gruppe sind Cannabis-Konsumenten nicht enthalten. Eine Teilmenge dieser Gruppe in einer Größenordnung von 100.000 bis 150.000 Menschen hat illegale Substanzen in den letzten zwölf Monaten mindestens 100 Mal konsumiert bzw. injiziert und wird daher als drogenabhängig angesehen.

Bei Cannabis geht man davon aus, dass rund 2,1 Mio. Personen innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einmal, eine Teilgruppe von 270.000 Personen in den letzten 30 Tagen Cannabis 20 bis 30 Mal konsumiert hat⁸.

Nach Datenlage des Landesprogramms gegen Sucht von 1999 (LPS NW)⁹ verfügen in **Nordrhein-Westfalen** 11,3% der 18- bis 59-Jährigen über Erfahrungen mit illegalen Drogen. Die größte Erfahrung liegt mit 24,3% bei den 21- bis 24-Jährigen.

Für NRW ist nach dem LPS NW von folgenden Zahlen auszugehen:

- 550.000 Cannabiskonsumenten,
- 45.000 Konsumenten „harter“ Drogen,
- 31.000 behandlungsbedürftige Drogenabhängige.

Hierbei liegen das Geschlechterverhältnis Männer : Frauen bei 2 : 1 und das Konsumentenalter weitgehend zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr.

Das LPS NW geht 1999 davon aus, dass an direkten Behandlungskosten in NRW pro Jahr für Konsumenten und Abhängige illegaler Drogen ca. 200 Mio. DM angesetzt werden müssen. Für Beratung, Behandlung, Rehabilitation, Gerichtsverfahren, Inhaftierung, Maßregelvollzug,

Zollfahndung und sonstige Aufgaben im Zusammenhang mit von illegalen Drogen abhängigen Menschen sind 1994 insgesamt ca. 1 Mrd. DM direkte Kosten entstanden.

Die indirekten Kosten (Mortalität, Produktionsausfall u.a.) belaufen sich -gemittelt- auf ca. 2,85 Mrd. DM. Dies entspricht geschätzten Pro-Kopf-Kosten zwischen 120.000 – 146.000 DM pro abhängigem Menschen.

Die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) hat in einem ‚Materialband zum Konsum psychotroper Substanzen‘¹⁰ folgende Datenlage für **Westfalen-Lippe** geschildert:

In Westfalen-Lippe haben unter den 15-bis 59-Jährigen im Verlauf ihres Lebens ca. eine Million Personen mit Cannabis, ca. 220.000 Personen mit anderen illegalen Drogen Konsumerfahrungen gemacht; davon haben rund 15.000 Personen Heroin konsumiert.

Unter den 15- bis 59-Jährigen haben in Westfalen-Lippe im Verlauf des letzten Jahres ca. 360.000 Personen Cannabis konsumiert, rund 65.000 haben andere illegale Drogen, davon ca. 5.000 Personen Heroin konsumiert.

In Westfalen-Lippe konsumieren unter den 15- bis 59-Jährigen ca. 25.000 missbräuchlich illegale Drogen, rund 55.000 sind abhängig von illegalen Drogen.

Die gesellschaftlichen Kosten des Konsums illegaler Drogen betragen in Westfalen-Lippe rund 670 Mio. € im Jahr.

5. Situation zum Drogenkonsum im Kreisgebiet

5.1. Ableitende Berechnungen zum epidemiologischen Ausmaß

Für die folgende Annäherung an die epidemiologische Situation zum Drogengebrauch im Kreisgebiet liegen bislang keine spezifischen bzw. für die gesamte Region Kreis Borken erhobenen Daten vor.

Eine Beschreibung der Situation im Kreis ist daher nur möglich, indem Daten aus landes- bzw. bundesweiten Studien¹¹ umgerechnet werden.

Da die Studien jeweils unterschiedliche Altersgruppen für ihre Untersuchungen gebildet haben, sind diese in der folgenden Tabelle (nochmals auf den Kreis Borken umgerechnet) aufgelistet:

Abb. 3 Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland / NRW / Westfalen-Lippe / Kreis Borken nach Altersgruppen (Stand: 01.01.2001)

Altersgruppe (von ... bis unter ... Jahren)	Bundesrepublik Deutschland	Nordrhein- Westfalen	Westfalen- Lippe	Kreis Borken*	
12 - 18	gesamt	4.668.967	988.245	487.381	29.406
	Männer	2.397.514	506.637	249.803	15.062
	Frauen	2.271.453	481.608	237.578	14.344
18 - 25	gesamt	6.533.745	1.359.993	662.101	30.814
	Männer	3.330.867	687.953	337.299	16.079
	Frauen	3.202.878	672.040	324.802	14.735
12 - 25	gesamt	12.116.342	2.537.409	1.243.640	60.220
	Männer	6.197.582	1.291.427	635.329	31.141
	Frauen	5.918.760	1.245.982	608.311	29.079
15 - 59	gesamt	/	10.538.434	4.926.569	213.290
	Männer	/	5.331.707	2.506.261	110.163
	Frauen	/	5.206.727	2.420.308	103.127
18 - 59	gesamt	46.166.173	9.973.429	4.646.031	199.107
	Männer	23.526.333	5.042.246	2.362.373	102.954
	Frauen	22.639.840	4.931.183	2.283.658	96.153
Gesamt	gesamt	82.259.540	18.009.865	8.474.000	362.834
	Männer	40.156.536	8.756.656	4.128.277	181.148
	Frauen	42.103.004	9.253.209	4.345.723	181.686

Quelle: Statistisches Bundesamt, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, LWL, eigene Berechnungen

*Stand: 01.01.2002

Kreis Borken
12 – Stabstelle
13.03.2003

Berücksichtigt werden muss, dass die in diesem Kapitel für den Kreis Borken umgerechneten Zahlen lediglich **Anhaltsgößen** darstellen.

Die Verbreitung des Konsums illegaler psychotroper Substanzen wird von regionalen Rahmenbedingungen und Besonderheiten beeinflusst. Unterschiede zwischen Stadt und Land spielen dabei ebenso eine Rolle, wie soziokulturell und sozioökonomisch bedingte regionale Konsumgewohnheiten. Auch kommt insbesondere bei illegalen Drogen Fragen der Verfügbarkeit und des Zugangs eine wichtige Bedeutung zu (z.B. Grenzgebiet), wobei Ballungsgebiete (etwa Großstädte mit ab 500.000 Einwohnern) besonders hohe drogenbezogene Belastungswerte aufweisen.

**Abb. 4 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 15- bis 59-Jährigen
--Lebenszeitprävalenz--**

Substanz		Quote (%)	NRW	Westf.Lippe	Kreis Borken
Cannabis	gesamt	20,1	2.118.225	990.240	42.871
	m	23,7	1.263.615	593.984	26.108
	w	16,4	853.903	396.931	16.912
andere als Cannabis	gesamt	4,5	474.230	221.696	9.598
	m	5,6	298.576	140.351	6.169
	w	3,3	171.822	79.870	3.403
Kokain	gesamt	1,9	200.230	93.605	4.052
	m	2,0	106.634	50.125	2.203
	w	1,7	88.514	41.145	1.753
Heroin	gesamt	0,3	31.615	14.780	639
	m	0,4	21.327	10.025	440
	w	0,1	5.207	2.420	103
Anteil der 15- bis 59- Jährigen an der Gesamt- bevölkerung	gesamt	100,0	10.538.434	4.926.569	213.290
	m	100,0	5.331.707	2.506.261	110.163
	w	100,0	5.206.727	2.420.308	103.127

Quelle: LWL - Zahlen, Daten, Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen,
Koordinationsstelle Sucht 2002;
eigene Berechnungen

Die Anhaltsgößen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe lassen als Orientierungswert auf eine umgerechnete Größenordnung von etwa 43.000 Personen unter den 15- bis 59-Jährigen im Kreis Borken schließen, welche in ihrem Leben jemals Konsumerfahrungen mit Cannabis gemacht haben. Rund 10.000 Personen haben mit anderen illegalen Drogen Konsumerfahrungen, davon etwa 640 Personen mit Heroin.

**Abb. 5 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 15- bis 59-Jährigen
--12-Monats-Prävalenz--**

Substanz		Quote (%)	NRW	Westf.Lippe	Kreis Borken
Cannabis	gesamt	7,3	769.306	359.640	15.570
	m	8,8	469.190	220.551	9.694
	w	5,8	301.990	140.378	5.981
andere als Cannabis	gesamt	1,3	137.000	64.045	2.772
	m	1,2	63.980	30.075	1.321
	w	1,4	72.894	33.884	1.443
Kokain	gesamt	0,7	73.769	34.486	1.493
	m	0,6	31.990	15.038	660
	w	0,9	46.861	21.783	929
Heroin	gesamt	0,1	10.538	4.927	298
	m	0,2	10.663	5.013	220
	w	unter 0,1	unter 0,1	unter 0,1	ca. 60
Anteil der 15- bis 59- Jährigen an der Gesamt- bevölkerung	gesamt	100,0	10.538.434	4.926.569	213.290
	m	100,0	5.331.707	2.506.261	110.163
	w	100,0	5.206.727	2.420.308	103.127

Quelle: LWL - Zahlen, Daten, Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen,
Koordinationsstelle Sucht 2002;
eigene Berechnungen

Abgeleitet aus der „Repräsentativerhebung NRW“¹¹ haben in den letzten zwölf Monaten unter den 15- bis 59-Jährigen im Kreis Borken rund 15.500 Personen Cannabis, rund 2.800 andere illegale Drogen konsumiert, davon etwa 300 Personen Heroin.

**Abb. 6 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 12- bis 25-Jährigen
--Lebenszeitprävalenz--**

Substanz	Quote (%)	Deutschland	NRW	Westf.Lippe	Kreis Borken
Illegale Drogen	27	3.271.412	685.100	335.783	16.259
Cannabis	26	3.150.249	659.726	323.346	15.657
Ecstasy	4	484.654	101.496	49.746	2.408
Amphetamine	3	363.490	76.122	37.309	1.806
Kokain	2	242.327	50.748	24.873	1.204
Heroin	0,3	36.349	7.612	3.731	180
Anteil der 12- bis 25-Jährigen an der Gesamtbevölkerung	100,0	12.116.342	2.537.409	1.243.640	60.220

Quelle: LWL - Zahlen, Daten, Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen, Koordinationsstelle Sucht 2002; (Mehrfachnennungen möglich) eigene Berechnungen

Die Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen hat zu größeren Anteilen Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen als die Gruppe der 18- bis 59-Jährigen.

Bezogen auf die Bundesrepublik hatte immerhin gut jeder vierte Befragte (27%) jemals illegale Drogen konsumiert, wobei auch in dieser Altersgruppe Konsumerfahrungen vornehmlich mit Cannabis gemacht wurden (26%). Auf Ecstasy und Amphetamine entfielen 4% bzw. 3%¹¹.

Altersspezifische Unterschiede treten in der Betrachtung des Konsumverhaltens im Zeitraum der letzten zwölf Monate deutlicher hervor:

**Abb. 7 Konsum illegaler Drogen unter den 12- bis 25-Jährigen
--12-Monats-Prävalenz--**

	Quote (%)	Westdeutschland	NRW	Westf.Lippe	Kreis Borken
12- bis 18-Jährige	10	362.820	98.825	48.738	2.941
18- bis 25-Jährige	15	771.537	203.999	99.315	4.622

Quelle: LWL - Zahlen, Daten, Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen, Koordinationsstelle Sucht 2002; eigene Berechnungen

Die Konsumquote bei Heranwachsenden ist erwartungsgemäß höher als bei den jüngeren Befragten der Repräsentativerhebungen.

Orientierungsgröße ist aber, dass immerhin jeder zehnte der 12- bis 17-Jährigen im Kreisgebiet im letzten Jahr illegale Drogen konsumiert hat, das entspricht einer Gruppe von annähernd 3.000 Personen.

Der Konsum von illegalen Drogen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden nimmt zu. Hatten in den alten Bundesländern 1993 21 % Erfahrungen mit illegalen Drogen, so lag der Anteil 2001 bei 28%, wobei der Anstieg vor allem auf den Konsum von Cannabis und Ecstasy zurückzuführen ist.

Cannabiserfahrungen hatten 1993 16% und 2001 26% der befragten Personen in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen^{11 c)}.

„In der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen wird derzeit fast keine Erkrankung so häufig diagnostiziert, wie Cannabismissbrauch oder –abhängigkeit.“^{11 d)}

5.2. Auswirkung der Grenznähe zu den Niederlanden auf die Konsumsituation

Im Jahrbuch Sucht 2002 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen⁸ wird zur Rauschgiftlage in Deutschland ausgesagt, dass die Niederlande weiterhin die Drehscheibe für Betäubungsmittel aller Art in Europa darstellen.

In diesem Zusammenhang wirken sich auf die Drogensituation im Kreis Borken sowohl

→ die Verfügbarkeit von illegalen Suchtmitteln in den nahegelegenen Niederlanden als auch

→ die geografische Grenzlage des Kreisgebietes als „Transitregion“

auf die Datenlage aus.

Spezifische Zahlen hierzu lassen sich allerdings allenfalls ableiten.

Die „Fachstelle grenzüberschreitende Zusammenarbeit – BINAD“ mit Sitz beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Münster bzw. bei der Suchthilfeorganisation TACTUS in Enschede -NL- ist Ausdruck des Erfordernisses, die deutsch-niederländische Zusammenarbeit bei den gegebenen Unterschieden und Gemeinsamkeiten in Drogenpolitik, Drogenhilfe und Strafrechtspraxis zu verstärken.

Die niederländische Drogenpolitik kennzeichnet sich inzwischen durch ein hohes Maß an Zusammenwirken auf sämtlichen Ebenen wie Ministerien, Kommunen, Staatsanwaltschaften, Polizei- und Zollbehörden, Suchthilfe und Forschung.

Das niederländische Betäubungsmittelgesetz („Opiumwet“) unterscheidet bei den illegalen Substanzen harte Drogen (Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamine) und „softdrugs“, weiche

Drogen, wie Haschisch oder Marihuana. Insbesondere der Im- und Export harter Drogen hat oberste Ermittlungspriorität und wird am höchsten bestraft. Zudem gilt im niederländischen Strafrecht das Opportunitätsprinzip (Absehen von der Strafverfolgung bei geringfügigem gesellschaftlichem Interesse und Hilfe statt Strafe). Der Gebrauch weicher Drogen ist rechtswidrig, aber nicht strafbar.

Insbesondere die niederländische Cannabispolitik mit der Bezugsmöglichkeit von Cannabisprodukten in Coffeeshops begegnet international ebensoviel Kritik wie Wertschätzung. Im europäischen Zusammenhang EU-politischer Ziele der Drogenpolitik und auch in ordnungsrechtlicher Hinsicht in den Niederlanden selbst wurde besonders die Coffeeshop-Politik kritisch hinterfragt. Andererseits scheint in den Niederlanden das Zielvorhaben der relativen Trennung von Soft- und Hartdrogenmärkten weitgehend gelungen. Zugleich weicht die Zunahme der Cannabis-Konsumenten in den Niederlanden nicht von der Zunahme in anderen Ländern ab.^{12a)}

Vor dem Hintergrund der grenznahen Verfügbarkeit von Drogen im -und deren Transport durch den- Kreis Borken sind vor allem im Hinblick auf Cannabis-Produkte folgende niederländische drogenpolitische und gesetzgeberische Entwicklungen interessant:

In den letzten Jahren haben die meisten Kommunen (88%)^{12a)} in Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft eine Politik zur Reduzierung der Anzahl von Coffeeshops und zur Verschärfung der Duldungspolitik im Umfeld von Coffeeshops geführt. Zu den hiermit verbundenen sogen. AHOJ-G Kriterien gehört:

- ein Werbeverbot (geen **A**ffichering);
- Verkaufsverbot harter Drogen (geen **H**arddrugs);
- keine Ordnungsprobleme zu verursachen (geen **O**verlast);
- kein Zugang zu den Coffeeshops für Jugendliche unter 18 Jahren (geen toegang voor **J**eugdigen)
- und kein Verkauf größerer Mengen (geen **G**rote hoeveelheden), nicht mehr als 5 Gramm pro Transaktion.

Zudem können diese Bedingungen im Rahmen lokalpolitischer Zielvorhaben seit 1997 erweitert werden (z.B. Parkverbote vor den Coffeeshops, Ladenschlusszeiten, keine Zulassung in Wohngebieten oder Schulinähe, Dauerpräsenz des zugelassenen Betreibers im Coffeeshop).

Eine Änderung des Betäubungsmittelrechts (§13a Opiumwet, die sogenannte „Damocles-Regelung“) seit 1999 ermöglicht Kommunen die Schliessung von Coffeeshops, die sich nicht an die örtlichen Vorschriften halten, selbst wenn sie keine Ordnungsprobleme verursachen.

Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl der Coffeeshops landesweit von 1.200 (1995) auf 846 (1999, in insgesamt 102 Städten) gesunken ist.^{12b)}

So ist bspw. in Arnheim die Anzahl der Coffeshops von früher 40 auf heute 14 gesunken. Nach entsprechend verschärften Kontrollen ist z.B. in Enschede ein Coffeshop für ein halbes Jahr geschlossen worden, weil der Betreiber mehr als 5 Gramm Cannabis an einen deutschen Konsumenten verkauft hat.

Durchgängig kommen in den Niederlanden inzwischen drei Formen von lokaler Drogenpolitik vor:

- die Null-Option (Coffeshops unter keinen Bedingungen zulassen),
- Genehmigung von Coffeshops unter bestimmten Voraussetzungen;
- Genehmigung ohne bestimmte Voraussetzungen.

Viele Städte verfolgen also eine Politik des Aussterbens: Schließung bei Regelüberschreitung, keine neue Genehmigung bei Umzug oder Ableben des Betreibers.

Nach derzeitigem Kenntnisstand gibt es grenznah neben den 14 Coffeshops in **Arnheim** 16 Coffeshops in **Enschede**. Nach Vorstellungen der örtlichen Behörden soll die maximale Anzahl in Arnheim künftig bei 8 und in Enschede bei 9 Einrichtungen liegen.

Eine Befragung der städtischen Verwaltung in **Winterwijk** im März 2003 ergab, dass die Anzahl der dortigen Coffeshops in den vergangenen Jahren von 8 (mit seinerzeit durchschnittlich 600 Besuchern pro Coffeshop pro Tag -Mehrfachnennungen möglich-) auf heute 1 Coffeshop im Stadt-Zentrum reduziert werden konnte. Ziel des Gemeinderates war es, nur noch eine Anzahl von 2 Einrichtungen zu dulden. Im Laufe der Zeit konnten 5 Coffeshops wegen Ordnungswidrigkeiten -*Overlast*- geschlossen werden, ein Shop ist ausgebrannt und ein Shop ist wegen konzessioneller Probleme geschlossen worden, so dass das Ziel „2 Coffeshops in Winterwijk“ unterschritten werden konnte. Als Konsequenz hat sich der Cannabisverkauf in Winterwijk stark reduziert. Allerdings wird in letzter Zeit beobachtet, dass insbesondere über den Straßenverkauf der illegale Handel mit Cannabis wieder zunimmt.

Die Studie „Coffeshops, Jeugd en Toerisme“ von 2001 ^{12b)} untersuchte die o.g. gesetzlichen Möglichkeiten zur kommunalen Steuerung des Cannabiskonsums und -handels insbesondere vor dem Hintergrund des (u. a. deutschen) Drogentourismus. Im Ergebnis ist allgemein * festzustellen, dass

- die Mehrzahl der ‚Cannabistouristen‘ deutsche Staatsangehörige sind (ca. 50%) und in der Altersgruppe von 18- bis 25 Jahren liegen;
- die Anzahl der Cannabistouristen in den Coffeshops eher zugenommen hat;
- die Cannabistouristen nicht so weit entfernt wohnen wie früher (Vergleichsjahr 1993);

* Zur detaillierteren Auswertung der Studie für den hiesigen Raum wäre eine Übersetzung in die deutsche Sprache erforderlich.

- die Cannabistouristen häufiger kommen als 1993, wobei die Anzahl der deutschen Pendler gestiegen ist (rund 1/3 kommen einmal pro Woche);
- pro Besuch weniger Cannabis gekauft wird als 1993;
- gegenwärtig Cannabis nicht ausschließlich für den Eigengebrauch gekauft wird;
- trotz der „5-Gramm-Regel“ Cannabistouristen nicht mehr als eine Portion (gemittelt: 5,3 Gramm) in verschiedenen Coffeeshops kaufen und Cannabis nicht an anderen Verkaufsstellen (etwa auf der Straße oder in privaten Wohnungen) kaufen;
- die Cannabistouristen wenig darüber informiert sind, ob und wo sie in den untersuchten Grenzstädten harte Drogen (Heroin, Kokain oder Ecstasy) erwerben können.

Die Ableitungen zeigen, dass sich trotz geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen in den Niederlanden die Inanspruchnahme deutscher Cannabis-Bezieher nicht reduziert hat.

6. Befragungsergebnisse einzelner Institutionen im Kreisgebiet

Zur näheren Einschätzung der Situation zum Drogengebrauch im Kreisgebiet wurden folgende Institutionen zu ihrer Datenlage befragt:

6.1. Einrichtungen der Sucht- und Drogenkrankenhilfe

6.1.1. Drogenberatungsstellen

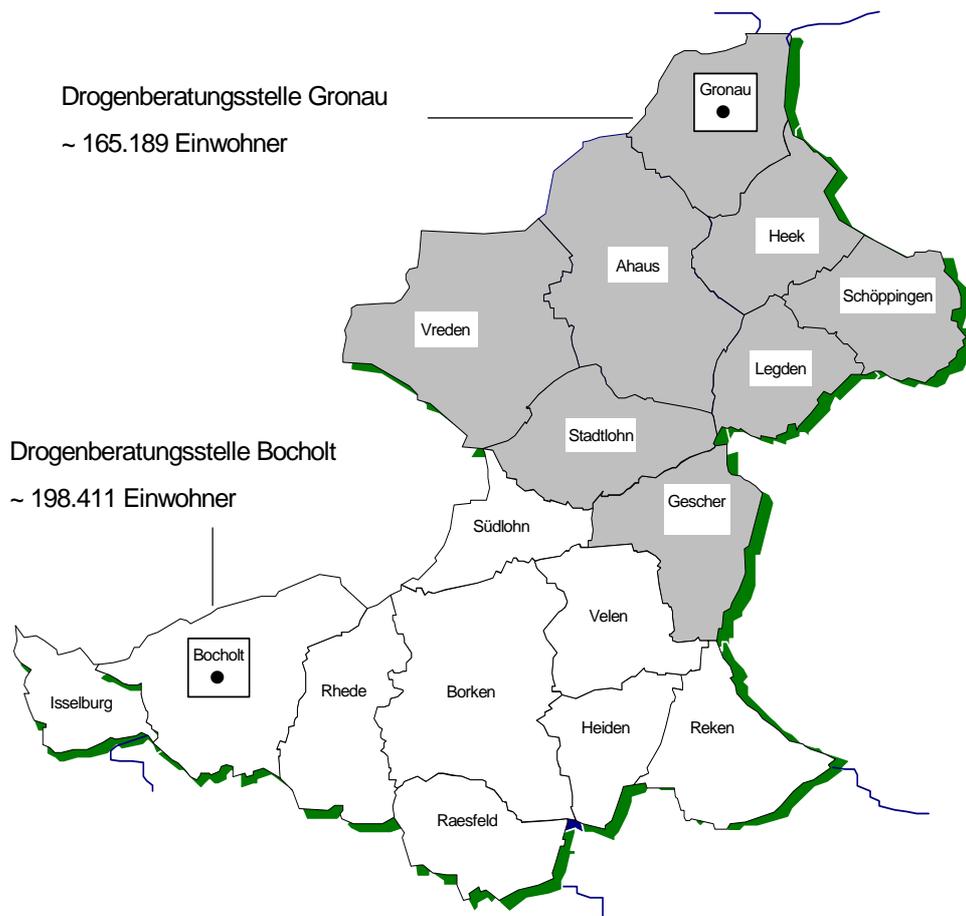
Im Kreis Borken tätig sind im Rahmen der ambulanten Drogenkrankenhilfe

- die Drogenberatungsstelle der Sozialberatung Gronau e.V. und
- die Drogenberatungsstelle des Sozialdienstes Katholischer Männer Bocholt e.V..

Die 4 Suchtberatungsstellen im Kreisgebiet verweisen bei Anfragen zum illegalen Konsum auf die Drogenberatungsstellen. Angehörige von illegalen Konsumenten werden auch in den Suchtberatungsstellen beraten.

Die regionale Zuständigkeit der Drogenberatungsstellen ist auf das nördliche und das südliche Kreisgebiet aufgeteilt ¹:

Abb. 8 Regionale Zuständigkeit der Drogenberatungsstellen



Stand: 30.06.2002

Folgende Dokumentationsergebnisse aus den Jahren 2001 und 2002 zeigen die Inanspruchnahme der Drogenberatungsstellen (Drobs) aus dem Kreisgebiet:

Abb. 9 Gesamtzahl der Personen in Drogenberatung im Kreis Borken 2001

2001	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	150	206	356
w	56	41	97
gesamt	206	247	453

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001, eigene Berechnungen

Abb. 10 Gesamtzahl der Personen in Drogenberatung im Kreis Borken 2002

2002	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	209	210	419
w	69	50	119
gesamt	278	260	538

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002, eigene Berechnungen

Von 2001 bis 2002 wird eine Zunahme der Gesamtzahl insbesondere in Bocholt mit der vermehrten Inanspruchnahme insbesondere von Beratungen zum Cannabis- und Ecstasy-Konsum erklärt.

Die Drobs Bocholt hält eine wöchentliche Sprechstunde in Borken und die Drobs Gronau eine wöchentliche Sprechstunde in Ahaus ab.

Die Beratungsstellenarbeit umfasst hierbei inhaltlich die Behandlungstypen

- Beratung und Begleitung,
- Allgemeine Informationen,
- Aufsuchende Arbeit in Justizvollzugsanstalten,
- Ambulante Therapie,
- Kontaktladen und
- Kursangebote.

Vgl. „Konzept der Sucht- und Drogenarbeit für den Kreises Borken“, 1998 ¹

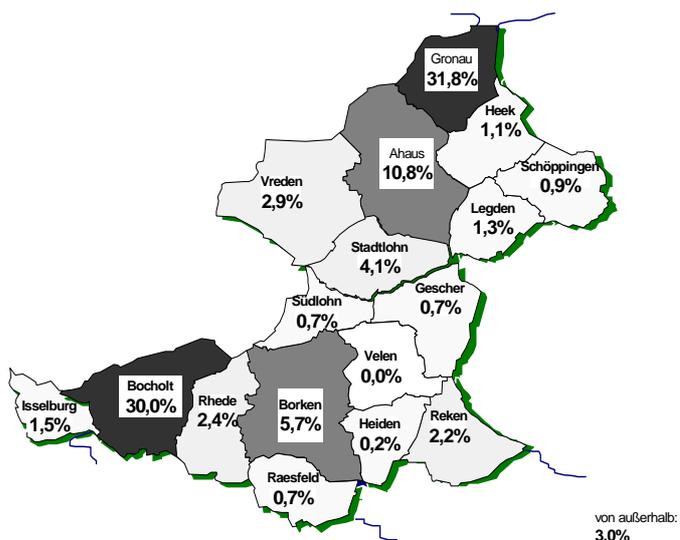
Die Differenzierung nach Herkunftsorten der Klienten zeigt eine starke Inanspruchnahme in Gronau, gefolgt von Bocholt, Ahaus und Borken. Dabei gilt: Je größer die Kommune, desto mehr Klienten in Drogenberatung:

Abb. 11 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung 2001

Stadt/Gemeinde	m	w	gesamt
Ahaus	41	8	49
Bocholt	101	35	136
Borken	17	9	26
Gescher	2	1	3
Gronau	120	22	144
Heek	5	0	5
Heiden	1	0	1
Isselburg	3	4	7
Legden	6	0	6
Raesfeld	3	0	3
Reken	9	1	10
Rhede	8	3	11
Schöppingen	4	0	4
Stadtlohn	14	5	19
Südlohn	3	0	3
Velen	0	0	0
Vreden	9	4	13
außerhalb	11	3	14
gesamt	356	97	453

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001, eigene Berechnungen

Abb. 12 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung: prozentuale Verteilung im Kreisgebiet – 2001



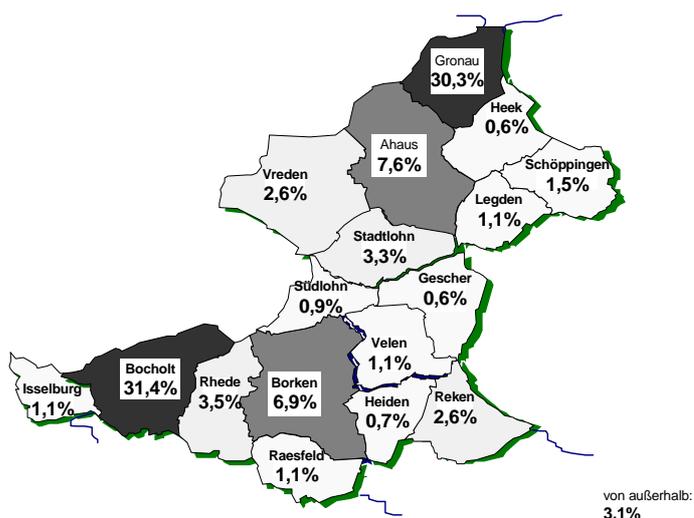
Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001, eigene Berechnungen

Abb. 13 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung 2002

Stadt/Gemeinde	m	w	gesamt
Ahaus	31	10	41
Bochoit	130	39	169
Borken	28	9	37
Gescher	3	0	3
Gronau	128	34	162
Heek	3	0	3
Heiden	1	3	4
Isselburg	2	4	6
Legden	6	0	6
Raesfeld	4	2	6
Reken	13	1	14
Rhede	15	4	19
Schöppingen	5	3	8
Stadtlohn	14	4	18
Südlohn	4	1	5
Velen	6	0	6
Vreden	11	3	14
außerhalb	15	2	17
gesamt	419	119	538

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002, eigene Berechnungen

Abb. 14 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung: prozentuale Verteilung im Kreisgebiet – 2002



Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002, eigene Berechnungen

Abb. 15 Eingangsd Diagnosen in der Drogenberatung 2001

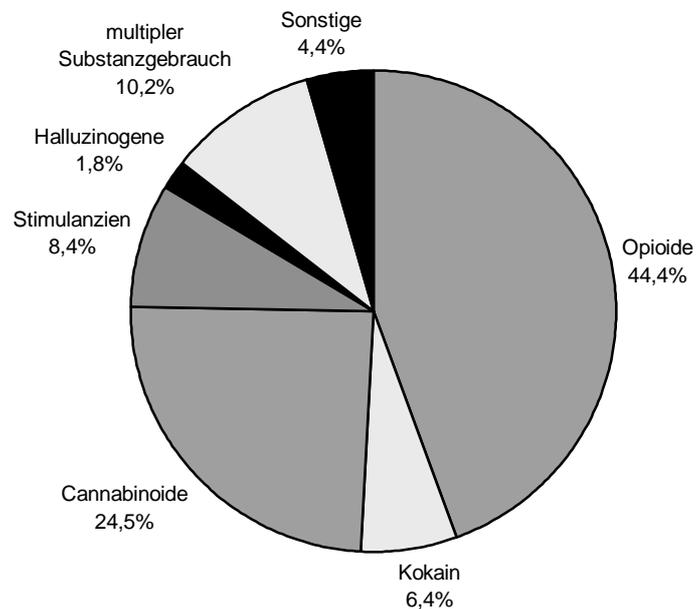
2001	Substanzbezogene Diagnose						
	Opiode	Kokain	Canna- binoide	Stimulanzen (Amphetamine)	Halluzi- nogene	multipler Substanz- gebrauch*	Sonstige
m	150	27	91	32	8	38	10
w	51	2	20	6	0	8	10
gesamt	201	29	111	38	8	46	20

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001, eigene Berechnungen

*überwiegend Opiatabhängige

In der folgenden Abbildung wird der Hauptanteil bei den Eingangsd Diagnosen im Bereich der Opiode und Cannabinoide deutlicher:

Abb. 16 Verteilung Eingangsd Diagnosen 2001 in %



Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001, eigene Berechnungen

Abb. 17 Eingangsd Diagnosen in der Drogenberatung 2002

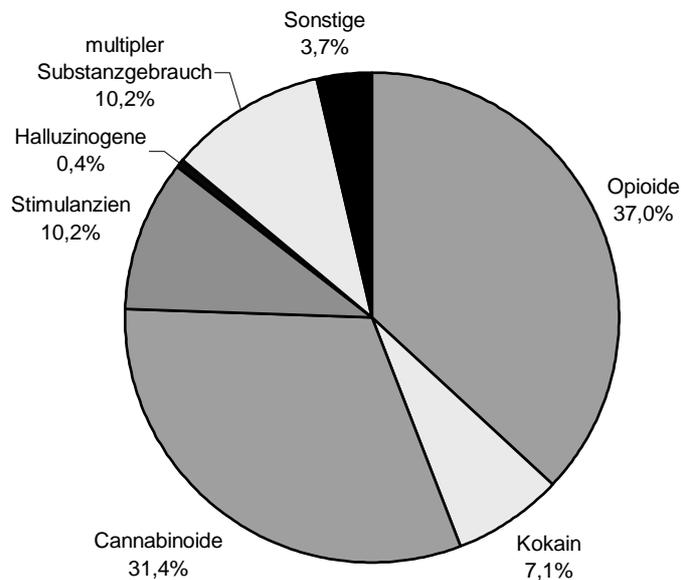
2002	Substanzbezogene Diagnose						
	Opioide	Kokain	Canna- binoide	Stimulanzen (Amphetamine/)	Halluzi- nogene	multipler Substanz- gebrauch*	Sonstige
m	147	33	136	43	2	46	12
w	52	5	33	12	0	9	8
gesamt	199	38	169	55	2	55	20

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002, eigene Berechnungen

*überwiegend Opiatabhängige

Im Vergleich zu 2001 ist eine Zunahme bei den Cannabinoiden und Amphetaminen erhoben worden:

Abb. 18 Verteilung Eingangsd Diagnosen 2002 in %



Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002, eigene Berechnungen

Wird berücksichtigt, dass die überwiegende Anzahl der Drogenkranken mit multiplem Substanzgebrauch (= Gebrauch von verschiedenen Drogen einer Person) zugleich opiatabhängig ist, so zeigen die Darstellungen, dass nahezu die Hälfte der Klienten in Drogenberatung Opiode konsumiert.

Etwa 30% der Hilfesuchenden gebrauchen Cannabis.

Es lässt sich im Vergleich zu den epidemiologischen Anhaltsdaten (Abb. 4 und Abb. 5) ableiten, dass der Hilfebedarf substanzspezifisch ist:

Trotz weitaus höherer Verbreitungszahlen im Bereich des Cannabiskonsums ist die Anzahl der Hilfesuchenden in den Beratungsstellen vergleichsweise deutlich niedriger.

Die Gesamtzahl der hilfesuchenden Opiatkonsumenten (2001: etwa 240 und 2002 etwa 254) liegt im Kreisgebiet nur wenig unter den abgeleiteten epidemiologischen Daten eines Jahres (rund 300 Heroinabhängige, vgl. Abb. 5).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Drogenberatungsstellen den größten Teil der abhängigkeitskranken Opiatkonsumenten erreichen.

Dagegen nehmen nur wenige Kokainkonsumenten Hilfen der Drogenberatungsstellen in Anspruch. Zudem spielt nach Aussage der Fachkräfte in den Drogenberatungsstellen Crack als Suchtmittel im Kreisgebiet so gut wie keine Rolle.

Trotz der allgemeinen Zunahme der Klientenzahlen hat sich die Anzahl der beratenen Konsumenten von Halluzinogenen von 2001 bis 2002 halbiert.

Abb. 19 Altersstruktur der Klienten in Drogenberatung 2001

Altersgruppe	Drobs Bocholt		Drobs Gronau		kreisweit	
	Anzahl	Prozentzahl	Anzahl	Prozentzahl	Anzahl	Prozentzahl
12-17 Jahre	2	0,97%	32	12,96%	34	7,50%
18-25 Jahre	74	35,93%	83	33,60%	157	34,66%
26-35 Jahre	82	39,81%	84	34,01%	166	36,65%
36-59 Jahre	48	23,29%	47	19,02%	95	20,97%
über 60 Jahre	0	0,00%	1	0,41%	1	0,22%
gesamt	206	100,0%	247	100,0%	453	100,00%

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001

Abb. 20 Altersstruktur der Klienten in Drogenberatung 2002

Altersgruppe	Drobs Bocholt		Drobs Gronau		kreisweit	
	Anzahl	Prozentzahl	Anzahl	Prozentzahl	Anzahl	Prozentzahl
12-17 Jahre	24	8,62%	37	14,09%	61	11,34%
18-25 Jahre	119	42,81%	91	34,86%	210	39,03%
26-35 Jahre	90	32,38%	71	27,46%	161	29,93%
36-59 Jahre	45	16,19%	57	22,18%	102	18,96%
über 60 Jahre	0	0,00%	4	1,41%	4	0,74%
gesamt	278	100,00%	260	100,00%	538	100,00%

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002

Im Berichtszeitraum ist die überwiegende Mehrzahl der Klienten in Drogenberatung zwischen 18 und 35 Jahre alt, wobei die Anzahl der Klienten im Alter zwischen 12 und 17 Jahren im Südkreis 2002 deutlich zunahm, hierunter nach Aussage der Fachkräfte insbesondere die Beratungen zum Cannabiskonsum.

Die Abbildungen 21 und 22 zeigen den Umfang der Beratungstätigkeit von Angehörigen:

Abb. 21 Beratung von Angehörigen 2001

2001	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	13	32	45
w	32	35	67
gesamt	45	67	112

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2001

Abb. 22 Beratung von Angehörigen 2002

2002	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	13	22	35
w	31	32	63
gesamt	44	54	98

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen 2002

Die inhaltliche Beratung erfolgte im Jahr 2001 in 112 Fällen und im Jahr 2002 in 98 Fällen und überwiegend zu Fragen im Zusammenhang mit Cannabis als Suchtmittel.

Es nehmen deutlich mehr Frauen (etwa 60%) als Männer das Angebot der Angehörigenberatung wahr.

6.1.2. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Kreis Borken

Die ärztliche Behandlung Opiatabhängiger mit einem das Suchtmittel ersetzenden Medikament ist eine Krankenbehandlung im Sinne des §27 SGB V.

Ist das oberste Ziel der Suchtmittelfreiheit in der Krankenbehandlung nicht unmittelbar und nicht zeitnah erreichbar, so ist im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes eine Substitution (Ersatzbehandlung) zulässig.

In eng definiertem gesetzlichen Rahmen regeln neben den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes

- die **BUB-Richtlinien** (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §135 Abs.1 SGB V in der Beschlussfassung vom 28.10.2002) die Indikationen, Therapieinhalte, zugelassenen Substitutionsmittel, Abbruchkriterien, Genehmigungspflicht, Qualitätssicherung etc..
Von besonderer Bedeutung ist, dass die Kostenübernahme der ärztlichen Substitutionsbehandlung für versicherte Opiatabhängige seit dem 01.01.2003 durch die Gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet ist.

- die **BtMVV** (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung in der Fassung der 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung -BtMÄndV- vom 25.06.2001) die Vorschriften über das Verschreiben von Substitutionsmitteln, die Art des Substitutionsmittels (s.u.), das Substitutionsregister mit Anzeigeverpflichtung des Arztes (alle Verschreibungen werden hierzu seit dem 01.07.2002 beim Melderegister des BfArM in Bonn registriert), die suchtherapeutische Qualifikation des verschreibenden Arztes bei mehr als 3 behandelten Substituierten, die Vergabe (i.d.R. über Apotheken), die Take-Home-Verschreibung für nicht mehr als 7 Tage etc..
Insbesondere ist die psychosoziale Begleitung Substituierter neuerdings auch gesetzlich vorgesehen ¹³.

Derzeit werden im Kreisgebiet als Substitutionsmittel noch überwiegend Methadon (Wirkstoff: Racemat), aber auch Polamidon (Wirkstoff: Levomethadonhydrochlorid) und zunehmend Subutex (Wirkstoff: Buprenorphin) verschrieben. Seltener wird mit Codein/Dihydrocodein (DHC) substituiert.

Seit 1998 wird von den beiden Drogenberatungsstellen im Kreisgebiet eine Stichtagserhebung zur Ermittlung der Behandlungsfälle substituierten Opiatabhängiger und der behandelnden Ärzte durchgeführt:

Abb. 23 Stichtagserhebung: Anzahl der substituierten Drogenabhängigen im Kreis Borken

Stichtag	Nordkreis	Südkreis	gesamt
01.07.1998	47	42	89
13.12.1999	50	44	94
30.10.2000	58	30	88
11.12.2001	m56/w26 =82	m31/w14 =45	m 87/w40 =127
05.11.2002	m47/w19 =66	m37/w15 =52	m 84/w34 =118
∅	67	42,6	103,2

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen -Fachberatung Methadon-, 1998-2002

In Orientierung an die epidemiologischen Anhaltsgrößen (vgl. Abb. 5) lag der Versorgungsgrad von Opiatabhängigen mit einer Substitutionsbehandlung 2002 im Kreisgebiet bei mindestens 55%.

Abb. 24 Anzahl der substituierenden Ärzte im Kreis Borken

Stichtag	Nordkreis	Südkreis	gesamt
1997	9	5	14
01.07.1998	11	12	23
13.12.1999	17	7	24
30.10.2000	14	8	22
11.12.2001	10	7	17
05.11.2002	10	8	18

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen -Fachberatung Methadon--, 1998-2002

Günstig auf die Versorgungssituation wirkt sich die relativ hohe Anzahl der substituierenden Ärzte und die breite regionale Verteilung im Kreisgebiet aus.

Der andernorts aufgetretene Konflikt um zentralisierte Versorgung in spezialisierten substituierenden Groß-Praxen, welche aufgrund ungünstiger fachlicher oder wirtschaftlicher Rahmenbedingungen schließen mussten, besteht im Kreis Borken nicht.

Seit dem 01.11.1994 wird bei den beiden Drogenberatungsstellen eine „Fachberatung Methadon“ für das gesamte Kreisgebiet vorgehalten.

Zum Aufgabenbereich gehört mit jeweils einer halben Personalstelle seit 1999 die psychosoziale Begleitung substituierter Drogenabhängiger.

Im engen Zusammenwirken mit den substituierenden Ärzten, den vergebenden Apotheken und der Amtsapothekerin im Fachbereich Gesundheit des Kreises Borken werden die Drogenkranken im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung qualifiziert begleitet und betreut.

Abb. 25 Anzahl der substituierten Opiatabhängigen in Psychosozialer Begleitung - 2001

2001	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	34	54	88
w	17	16	33
gesamt	51	70	121

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen -Fachberatung Methadon--, 1998-2002

Abb. 26 Anzahl der substituierten Opiatabhängigen in Psychosozialer Begleitung - 2002

2002	Drobs Bocholt	Drobs Gronau	kreisweit
m	34	43	77
w	15	15	30
gesamt	49	58	107

Quelle: Dokumentation der Drogenberatungsstellen -Fachberatung Methadon--, 1998-2002

Im Jahr 2001 wurden von 127 substituierten Personen 121 (95%) psychosozial begleitet und im Jahr 2002 wurden von 118 Substituierten 107 (91%) psychosozial begleitet.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass etwa die Hälfte der Klienten aus den Drogenberatungsstellen mit der Eingangsd Diagnose „Opiatabhängigkeit“ einer ärztlichen Substitutionsbehandlung zugeführt werden konnte.

Die Personalstellen in der Drogenberatung werden im Rahmen einer Grundförderung vom Land NRW mit derzeit 20.500 € für jeweils 2 Fachkräfte gefördert. Hinzukommt die erweiterte Landes-Grundförderung um Rahmen frauenspezifischer Angebote in Gronau.

Der Kreis Borken übernimmt anteilig zu 90 % die verbleibenden Personalkosten der ambulanten Drogenhilfe

Im Rahmen der „Leitsätze zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in NRW“ wird die Stelle „Psychosoziale Begleitmaßnahmen“ vom Land NRW in einem Umfang von 25.600 € finanziert . Die anteiligen Personalkosten übernimmt seit 1999 der Kreis Borken.

Abb. 27 Kostenentwicklung der Finanzierung ambulanter Drogenhilfe/ Psychosoziale Begleitung Substituierter (PsBS) durch den Kreis Borken, 1999-2003

Jahre	Ambulante Drogenhilfe zusammen: 5 VZ- Personalstellen	PsBS zusammen: 1VZ- Personalstelle
1999	322.681 DM	2.122 DM *
2000	345.611 DM	20.437 DM
2001	356.611 DM	21.777 DM
2002	187.423 €	12.136 €
2003	192.908 €	13.043 €

Quelle: Kreis Borken, Fachbereich Gesundheit, 3/2003

*Seit 25.10.1999 beim Sozialdienst kath. Männer e.V., Bocholt und seit 15.11.1999 bei der Sozialberatung Gronau e.V..

6.1.3. Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster

Die qualifizierte Entgiftung Drogenabhängiger aus dem Kreis Borken wird derzeit primär auf den Stationen „Leuchtturm“ und „Lichtblick“ der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Münster (WKPP MS) geleistet. Von 22 Plätzen ist ein Kontingent von 5 Plätzen für das Borkener Kreisgebiet vorgesehen. Nach Rückmeldung der beiden Drogenberatungsstellen als überwiegend vermittelnde Einrichtungen ist das Angebot bei einer maximalen Wartezeit von 3 Wochen bedarfsgerecht.

In wenigen Fällen werden andere Einrichtungen zum qualifizierten Entzug in Anspruch genommen, wie Cleanok in Lengerich, St.Christophorus in Telgte oder Krankenhäuser in Duisburg, Bedburg-Hau oder Bochum.

Abb. 28 *Behandelte Patienten im qualifizierten Drogenentzug der WKPP MS aus dem Kreis Borken*

	2001	2002
gesamt	91	74

Quelle: WKPP Münster, 2/2003

Die Anzahl der Männer und Frauen im qualifizierten Drogenentzug teilt sich wie folgt auf:

Abb. 29 *Geschlechterverteilung der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug der WKPP MS aus dem Kreisgebiet 2002*

	Nominell	prozentual
m	51	68,9
w	23	31,1
gesamt	74	100,0

Quelle: WKPP Münster, 2/2003

Die WKPP Münster macht folgende Angaben zur Alterstruktur der behandelten Patienten:

Abb. 30 *Altersstruktur der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug*

Jahre	Nominell	prozentual
bis unter 25	19	25,7
25-34	40	54,0
35-44	12	16,2
45-54	3	4,1
gesamt	74	100,0

Quelle: WKPP Münster, 2003

Die Patienten kommen aus verschiedenen Orten im Kreisgebiet:

Abb. 31 Herkunftsorte der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug

Stadt/Gemeinde	Anzahl	Prozent
Ahaus	7	9,5%
Bocholt	10	13,5%
Borken	6	8,1%
Gescher	0	0,0%
Gronau	31	41,9%
Heek	1	1,4%
Heiden	0	0,0%
Isselburg	3	4,1%
Legden	2	2,7%
Raesfeld	2	2,7%
Reken	3	4,1%
Rhede	2	2,7%
Schöppingen	3	4,1%
Stadtlohn	1	1,4%
Südlohn	0	0,0%
Velen	1	1,4%
Vreden	2	2,7%
gesamt	74	100,0%

Quelle: WKPP Münster, 2003

Entsprechend der Daten der Drogenberatungsstellen zeigt sich die Belegung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie in Münster bezüglich der Altersstruktur mit einem Schwerpunkt bei den unter 25- bis Mitte 30- Jährigen und in Bezug auf die Herkunftsorte der Patienten im Drogenentzug (überwiegend aus Gronau, Bocholt, Ahaus und Borken).

6.2. Stationäre Psychiatrie in Gronau und Rhede

Im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung werden in den Psychiatrischen Fachabteilungen des Lukas-Krankenhauses, Gronau und des St.Vinzenz-Hospitals, Rhede Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen bzw. psychotischer Störungen durch Drogengebrauch behandelt.

Abb. 32 Stationäre Behandlungsfälle der Psychiatrischen Fachabteilungen Gronau und Rhede

	Lukas-Krankenhaus Gronau	St.Vinzenz-Hospital Rhede	gesamt
Patienten 2001	14	21	35
Patienten 2002	13	32	45

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik
Lukas-Krankenhaus /St.Vinzenz-Hospital 2/2003

Insbesondere die psychiatrische Fachabteilung in Rhede hat von 2001 bis 2002 eine Zunahme der Behandlungsfälle in Folge illegalen Drogenkonsums dokumentiert.

Die Daten aus Gronau sind unter dem Vorbehalt zu sehen, dass Patienten aus dem Nordkreis oftmals auch in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie in Münster behandelt werden – auch wegen des dortigen Pflichtversorgungsauftrages für den nördlichen Kreis Borken.

6.3. AIDS-Beratung und AIDS-Hilfe,

Zu den Aufgabeninhalten der AIDS-Beratungsstellen im Kreis Borken (Kreis Borken, AIDS-Beratung und –koordination im Fachbereich Gesundheit, und AIDS-Hilfe Westmünsterland e.V., Ahaus) gehört die Beratung und Betreuung HIV-positiver Drogenkonsumenten.

Im Kreis Borken wurden in den Jahren 2001 und 2002 von den AIDS-Beratungsstellen 4 drogenabhängige Klienten betreut, davon 3 Männer und 1 Frau.

Alle vier HIV-positiven Drogenabhängigen waren in einer Substitutionsbehandlung (vgl. Punkt 6.1.2. Substitution).

Zu berücksichtigen ist eine mögliche Dunkelziffer, da die HIV-Infektion nicht meldepflichtig ist.

Nach Aussage der örtlichen AIDS-Beratung steht der Problemkreis um eine behandlungsbedürftige Drogenabhängigkeit für diese Klienten im Vordergrund, so dass erste Ansprechpartner beim Hilfeersuchen die ambulante Drogenkrankenhilfe ist.

Allerdings sei zu beobachten, dass Drogengebraucher, die in früheren Jahren den Kreis Borken verlassen hätten, bei AIDS-Erkrankung (oder Vorstadien) in ihre Herkunftsfamilie oder in deren Nähe zurückkommen. Diese wenden sich dann wegen der AIDS-Problematik an die AIDS-Beratungsstellen.

6.4. Jugendhilfe/Jugendgerichtshilfe

Über die spezifische Situation drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher ist im Kreis Borken nach Datenlage der öffentlichen Jugendhilfe wenig bekannt.

Nach Vermutungen bspw. der Mitarbeiter aus dem Bereich Jugendpflege spielen die „weichen“ illegalen Drogen, wie Cannabisprodukte und Ecstasy bei vielen größeren Jugendveranstaltungen im Kreisgebiet eine Rolle.

Eine Studie der Westfälischen Wilhelms-Universität im Auftrag des Jugend- und Sportamtes der Stadt Bocholt („Bocholter Jugendstudie“ von 1998 ¹⁴) analysiert, dass je mehr legale Drogen konsumiert werden, desto höher die Bereitschaft bei Jugendlichen ist, auch illegale Drogen auszuprobieren. Dies bezieht sich vor allem auf Cannabisprodukte. Das Interesse geht mit dem Wissen über die Verfügbarkeit von Drogen einher.

Diese Vollerhebung der Bocholter Schüler im Alter von 12 bis 17 Jahren zeigt außerdem folgende Zusammenhänge: Je härter die Droge, desto geringer ist die Bereitschaft, sie zu nehmen und das Wissen, sie zu erlangen. Das Wissen und auch die Bereitschaft, Cannabisprodukte zu konsumieren wächst mit den Schuljahren, bei den anderen Drogenformen ist die überwiegende Abneigung unabhängig von der Jahrgangsstufe. Dabei verspüren weniger Schülerinnen als Schüler die Neigung, Drogen auszuprobieren.

Hierüber hinaus deutet die Datenlage der Jugendgerichtshilfe der örtlichen Jugendämter und des Fachbereichs Jugend und Familie des Kreises Borken auf die Situation drogenkonsumierender Jugendlicher im Kreisgebiet hin, wobei die Zahl der Jugendlichen (14-17Jahre) und jene der Heranwachsenden (18-21Jahre) zusammengefasst ist:

Abb. 33 Anzahl der Betreuten in Jugendgerichtshilfe nach BtMG-Verstößen im Kreis Borken - 2001

Öffentliche Jugendhilfe	Örtliche Zuständigkeit	Gesamtzahl der Betreuungsfälle in JGH	Betreute mit Anklagevorwürfen nach BtMG	Anteil BtMG-Verstöße an Gesamtzahl in Prozent
Jugendamt Stadt Gronau	Gronau	452	47	10,4%
Jugendamt Stadt Ahaus	Ahaus	197	12	6,1%
Jugendamt Stadt Borken	Borken	346	19	5,5%
Fachbereich Jugend, Familie und Sport Stadt Bocholt	Bocholt	528	25	4,7%
Fachbereich Jugend und Familie Kreis Borken	Gescher, Heek, Heiden, Isselburg, Legden, Raesfeld, Reken, Rhede, Schöppingen, Stadtlohn, Südlohn, Velen, Vreden	775	74	9,6%
gesamt		2.298	177	7,7%

Quelle: Statistische Auswertungsergebnisse der öffentlichen örtlichen- und Kreisjugendhilfe, 03/2003

Abb. 34 Anzahl der Betreuten in Jugendgerichtshilfe nach BtMG-Verstößen im Kreis Borken - 2002

Öffentliche Jugendhilfe	Örtliche Zuständigkeit	Gesamtzahl der Betreuungsfälle in JGH	Betreute mit Anklagevorwürfen nach BtMG	Anteil BtMG-Verstöße an Gesamtzahl in Prozent
Jugendamt Stadt Gronau	Gronau	442	33	7,5%
Jugendamt Stadt Ahaus	Ahaus	170	15	8,8%
Jugendamt Stadt Borken	Borken	278	4	1,4%
Fachbereich Jugend, Familie und Sport Stadt Bocholt	Bocholt	549	48	8,7%
Fachbereich Jugend und Familie Kreis Borken	Gescher, Heek, Heiden, Isselburg, Legden, Raesfeld, Reken, Rhede, Schöppingen, Stadtlohn, Südlohn, Velen, Vreden	948	69	7,3%
gesamt		2.387	169	7,1%

Quelle: Statistische Auswertungsergebnisse der öffentlichen örtlichen- und Kreisjugendhilfe, 03/2003

7. Kriminal- und Strafrechtliche Datenlage

7.1. Daten der Kriminalstatistik

Bundesweit wird kriminalstatistisch von steigenden Deliktszahlen bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, von steigenden Zahlen bei erstauffälligen Konsumenten harter Drogen und von einer steigenden Anzahl von Rauschgifttoten berichtet. Auch hier dominieren Rauschgiftdelikte mit Cannabis die Gesamtstatistik.

Der Trend zu synthetischen Drogen und dort vor allem zu Ecstasy setzte sich weiter fort. Auch bundesweit stellt Crack im polizeilichen Lagebild keinen Schwerpunkt dar ⁸:

Abb. 35 *Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2000*

	BRD		NRW		Kreis Borken	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
BtMG-Verstöße	244.336	3,9%	58.693	4,4%	1.576	6,2%
Straftaten gesamt	6.264.723	100,0%	1.327.855	100,0%	25.526	100,0%

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik BRD-NRW-Kreis Borken, 2000-2001 ^{15, 16}

Abb. 36 *Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2001*

	BRD		NRW		Kreis Borken	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
BtMG-Verstöße	246.518	3,9%	58.510	4,3%	2.368	8,7%
Straftaten gesamt	6.363.865	100,0%	1.376.286	100,0%	27.122	100,0%

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik BRD-NRW-Kreis Borken, 2000-2001 ^{15, 16}

Abb. 37 *Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2002 im Kreis Borken*

	Kreis Borken	
	Anzahl	Prozent
BtMG-Verstöße	1.956	7,1%
Straftaten gesamt	27.650	100,0%

Quelle: Jahresbericht der Kreispolizeibehörde 2002 ¹⁶

Auffällig ist, dass im Vergleich zu den bundes- und landesweiten Zahlen der Anteil von BtMG-Verstößen an den Gesamtstraftaten überdurchschnittlich ist.

Am häufigsten wurde im Kreis Borken wegen illegalen Handels mit und Schmuggels von Rauschgiften ermittelt, wobei die Registrierung der Rauschgiftdelikte in starkem Maße auch vom Kontrollverhalten durch Zoll und Polizei abhängig ist. So ist auch der statistische Rückgang bei den Verstößen nach BtMG von 2001 (8,7%) nach 2002 (7,1%) hiermit zu erklären und weist nach polizeilicher Interpretation nicht auf einen Rückgang der Delikte hin.

Von den registrierten Fällen im Kreisgebiet wurde ein erheblicher Teil von den Zollbehörden (Bundesgrenzschutz) erfasst.

Der Großteil der Tatverdächtigen, gegen die ermittelt wurde, ist außerhalb des Kreisgebietes wohnhaft:

Abb. 38 Tatverdächtige außerhalb des Kreisgebietes, 2000-2002

	2000	2001	2002
Gesamtzahl der Ermittlungsfälle nach BtMG	1.797	2.393	1.982
Anzahl „außerhalb des Kreisgebietes wohnhaft“	1.455	1.718	1.373
Prozent	81,0%	71,8%	69,3%

Quelle: Jahresberichte der Kreispolizeibehörde 2000-2002 ¹⁶

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der bekannt gewordenen Rauschgiftdeliktsfälle nach Städten und Gemeinden:

Abb. 39 Anzahl der bekannt gewordenen Rauschgiftsfälle nach Städten und Gemeinden im Kreis Borken, 1999-2002

Stadt/Gemeinde	1999	2000	2001	2002
Ahaus	154	100	237	248
Bocholt	159	105	183	138
Borken	66	50	44	30
Gronau	271	137	454	455
Isselburg	78	83	136	54
Rhede	1	5	9	4
Vreden	28	14	58	70
Gescher, Heiden, Raesfeld, Reken, Südlohn, Velen*	226	100	93	82
Stadtlohn, Heek, Legden, Schöppingen*	178	49	109	53

Quelle: Jahresberichte der Kreispolizeibehörde 2000-2002¹⁶

* gebündelte Erfassung

Seit 1981 werden die Fälle in der Rauschgiftkriminalität nach wichtigen Drogenarten gesondert ausgewiesen¹⁵.

Den höchsten Anteil weisen die registrierten Cannabisfälle auf:

Abb. 40 Fälle nach Rauschgiftarten im Kreis Borken, 2000-2002

	2000	2001	2002
Cannabis	1.443	2.027	1.740
Heroin	52	112	45
Kokain	24	60	59
Amphetamine	6	19	23
Derivate/Ecstasy	26	100	63
Gesamtzahl der Fälle	1.576	2.368	1.956

Quelle: Jahresberichte der Kreispolizeibehörde 2000-2002¹⁶

Das Bundeskriminalamt stellt fest⁸, dass analog zur Konsumhäufigkeit von *Cannabis* die Mehrzahl aller Sicherstellungsfälle im Zusammenhang mit Haschisch, Marihuana oder Cannabispflanzen stand.

Die Niederlande waren noch vor Kolumbien bedeutendstes Herkunftsland für in Deutschland sichergestelltes *Kokain*.

Obwohl im Jahr 2000 wie in den Vorjahren weltweit erhebliche Mengen *Heroin* sichergestellt wurden, ist überregional kein Engpass bei der Versorgung der Konsumenten spürbar gewesen. Auch weiter stagnierende Heroinpreise spiegelten diese Situation als Marktindikator wider. Die Türkei sei weiterhin das dominierende Transitland für große Heroinlieferungen aus den Anbaugeländen Südwestasiens nach Europa. Kleine Mengen würden weiterhin vor allem aus den Niederlanden eingeschmuggelt ¹⁵.

Zu den Rauschgiftsicherstellungen im Kreisgebiet:

Abb. 41 Nach BtMG sichergestellte Betäubungsmittel im Kreis Borken, 2000-2002

		2000	2001	2002
		Menge	Menge	Menge
Cannabisprodukte	Haschisch	117,341kg	16,120kg	5,405kg
	Marihuana	3,745kg	7,786kg	7,586kg
Kokain		5,717kg	3,282kg	0,025kg
Heroin		0,182kg	0,203kg	0,214kg
Amphetamine		0,007kg	0,410kg	0,190kg
Ecstasy-Tabletten		358 Tabl.	1.637 Tabl.	163 Tabl.
LSD-Trips		3	1	5

Quelle: Jahresberichte der Kreispolizeibehörde 2000-2002 ¹⁶

Bundesweit waren häufigste Todesursachen bei Rauschgiftkonsum Überdosierungen mit Heroin und Mischintoxikation (-vergiftung) infolge von polytoxikomanem (= abhängig von verschiedenen Suchtstoffen) Drogenmissbrauch (81,4%) ⁸.

Abb. 42 Rauschgifttote 1999-2001

Jahr	BRD	NRW	Kreis Borken
1999	1.812	422	4
2000	2.030	505	5
2001	1.835	548	5

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik BRD-NRW-Kreis Borken, 2000-2001 ^{15, 16}

Zur Situation im Kreisgebiet:

Abb. 43 Rauschgifttote im Kreis Borken 1995 - 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1995-2002
m	0	5	0	0	4	5	4	4	22
w	0	0	0	0	0	0	1	0	1
gesamt	0	5	0	0	4	5	5	4	23

Quelle: Kreispolizeibehörde 2003

Die überwiegende Anzahl von Sterbefällen in Folge von Rauschgiftmissbrauch im Zeitraum von 1995 bis 2002 gab es in Gronau gefolgt von Bocholt und Ahaus.

Die Belastungszahl der registrierten Todesfälle bezogen auf 100.000 Einwohner betrug im Jahr 2000 im Kreis Borken 1,39 und ist damit unterdurchschnittlich im Vergleich zur Bundesrepublik (2,5) und zum Land NRW (2,8) ⁸.

7.2. Bewährungshilfe

Das Gericht kann bei günstiger Sozialprognose die Vollstreckung einer Freiheits- oder Jugendstrafe von bis zu zwei Jahren zur Bewährung aussetzen oder - wenn bereits ein Teil der Strafe verbüßt ist - die Vollstreckung des Strafrestes zur Bewährung aussetzen.

Bei Verurteilungen nach Jugendstrafrecht wird generell die Bewährungsaufsicht angeordnet, nach Erwachsenenstrafrecht Verurteilte können unter Bewährungsaufsicht gestellt werden.

Ziel der Bewährungshilfe ist die Rückfallvermeidung. Zu den Aufgaben zählen die Beratung und Betreuung in allen mit der Resozialisierung zusammenhängenden Fragen und Problemen und die Überwachung der gerichtlich erteilten Auflagen.

Im Kreisgebiet sind zwei Dienststellen der Bewährungshilfe tätig:

- Bewährungshilfe Ahaus für die Amtsgerichtsbezirke Ahaus und Gronau und die
- Bewährungshilfe Bocholt für die Amtsgerichtsbezirke Borken und Bocholt.

Die Datenangaben der beiden Dienststellen beziehen sich auf unterschiedliche Stichtage:

Abb. 44 Verurteilte nach BtMG unter Bewährungsaufsicht im Kreis Borken –Stichtagserhebung-

Bewährungshilfe	Gesamtzahl der Betreuten	BtMG-Verurteilte	
		-absolut-	-prozentual-
Ahaus Stichtag 01.05.2002	319	54	15,29%
Bocholt Stichtag 18.02.2003	296	70	23,64%

Quelle: Statistische Dokumentationen der Bewährungshilfe Ahaus und Bocholt

Während der Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtbetreuungsfällen bzw. -straftaten im Kreisgebiet in den Dokumentationen der Jugendgerichtshilfe (Abb. 33 und 34) und der Kriminalstatistik (Abb. 35-37) zwischen 6% und 8% etwa vergleichbar liegen, ist der Anteil der Verurteilten nach BtMG unter Bewährungsaufsicht deutlich höher.

Eine Erklärungsmöglichkeit liegt in der unterschiedlich geführten Statistik der Polizei (fallbezogen) und der Bewährungshilfe (personenbezogen). Zudem zeigt sich hier die Anwendung der §§ 29 Abs. 5 und 31a BtMG durch Staatsanwaltschaft und Gericht. Bundesweit wurden bspw. 1997 90% aller Verfahren bei der Strafverfolgungspraxis in Bezug auf Cannabisbesitz für den Eigenkonsum eingestellt ¹⁸.

8. Zusammenfassung

Aus den umgerechneten Anhaltsgößen epidemiologischer Studien, der Dokumentationen und Befragungen einzelner Einrichtungen im Kreisgebiet und der kriminal- und strafrechtlichen Datenlage lassen sich folgende Grundaussagen zusammenfassen:

- Unter den 15- bis 59-Jährigen im Kreis Borken haben etwa 43.000 Personen jemals in ihrem Leben Konsumerfahrungen mit Cannabis gemacht. Rund 10.000 Personen haben mit anderen illegalen Drogen Konsumerfahrungen, davon etwa 640 mit Heroin.
- Abgeleitet aus überregionalen Repräsentativerhebungen haben in den letzten zwölf Monaten unter den 15- bis 59-Jährigen im Kreis Borken rund 15.500 Personen Cannabis, rund 2.800 andere illegale Drogen konsumiert, davon etwa 300 Personen Heroin.
- Es ist davon auszugehen, dass unter den 12- bis 25-jährigen Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden jeder Vierte jemals illegale Drogen konsumiert hat, wobei vornehmlich Konsumerfahrungen mit Cannabis gemacht wurden.
- Die Konsumquote bei Heranwachsenden ist erwartungsgemäß höher als bei jüngeren Personen. Orientierungsgröße ist aber, dass immerhin jeder zehnte der 12- bis 17-Jährigen im Kreisgebiet im letzten Jahr illegale Drogen konsumiert hat, dass entspricht einer Gruppe von annähernd 2.500 Personen.
- Der Konsum von illegalen Drogen -besonders bei Cannabis-Produkten und Ecstasy- nimmt zu (1993: 21% und 2001: 28%).
- Trotz Reduzierung der Coffeshops in den grenznahen Niederlanden in den vergangenen 10 Jahren, z.B. in Arnheim von 40 auf 14 (Ziel: 8); in Enschede auf 16 (Ziel: 9); in Winterswijk von 8 auf 1, ist nach niederländischen Studien festzustellen dass sich die Inanspruchnahme durch deutsche Cannabis-Bezieher in den verbleibenden Coffeeshops nicht reduziert hat. Mancherorts wird beobachtet, dass in jüngster Zeit der illegale Straßenhandel mit Cannabisprodukten zunimmt.
- Die Dokumentationen der beiden Drogenberatungsstellen im Kreisgebiet (Gronau und Bocholt) weisen eine Gesamtzahl von Personen in Drogenberatung von 453 in 2001 und 538 in 2002 auf. Von 2001 bis 2002 wird eine Zunahme der Gesamtzahl insbesondere in Bocholt mit der vermehrten Inanspruchnahme insbesondere von Beratungen zum Cannabis- und Ecstasy-Konsum erklärt.
- Die Differenzierung nach Herkunftsorten der beratenen Klienten zeigt in den Jahren 2001 und 2002 eine in Gronau und Bocholt etwa gleichwertig stärkste Inanspruchnahme gefolgt von Ahaus und Borken. Dabei gilt: Je größer die Kommune, desto mehr Klienten in Drogenberatung.
- In der Dokumentation der Eingangsdiaagnosen in den Drogenberatungsstellen zeigt sich, dass nahezu die Hälfte der Klienten opiatabhängig ist und 30% der Hilfesuchenden Cannabisprodukte gebrauchen.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass die Drogenberatungsstellen den größten Teil der Opiatabhängigen im Kreisgebiet erreichen. Dagegen nehmen nur wenige Kokainkonsumenten die Hilfen der Drogen-

beratungsstellen in Anspruch. Nach Aussage der Fachkräfte spielt Crack als illegale Substanz im Kreisgebiet so gut wie keine Rolle.

- Die überwiegende Anzahl der Drogenberatungsklienten ist zwischen 18 und 25 Jahre alt, wobei die Anzahl in der Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren im Beratungszusammenhang Cannabis im Südkreis deutlich zugenommen hat.
- In der Angehörigenberatung nehmen etwa 60% Frauen das Angebot der DROBS an.
- Die Kostenübernahme für ärztliche Substitutionsbehandlungen krankenversicherter Opiatabhängiger übernimmt seit 01.01.2003 die Gesetzliche Krankenversicherung.
- Der Versorgungsgrad mit einer Substitutionsbehandlung lag 2002 bei mindestens 55% der Opiatabhängigen im Kreisgebiet.
Die hohe Anzahl von insgesamt 18 niedergelassenen substituierenden Ärzten im Kreis Borken (2002) wirkt sich günstig auf die Versorgungssituation und Erreichbarkeit der Angebote aus.
- Im Rahmen der psychosozialen Begleitung substituierter Drogenabhängiger wurden zwischen 91% und 95% der Substituierten im Kreisgebiet betreut.
Etwa die Hälfte der Klienten aus den DROBS mit der Eingangsdiagnose „Opiatabhängigkeit“ konnte einer ärztlichen Substitutionsbehandlung zugeführt werden.
- In der Westfälischen Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie in Münster wurden im Jahr 2001 91 und im Jahr 2002 74 Patienten aus dem Kreisgebiet im qualifizierten Drogenentzug behandelt.
- Kreisweit wurden in den Psychiatrischen Krankenhausfachabteilungen Gronau und Rhede 2001 35 und 2002 45 Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen bzw. psychotischer Störungen durch Drogengebrauch behandelt.
- Im Berichtszeitraum haben 4 HIV-infizierte Drogenkonsumenten die Beratung der AIDS-Beratung und –Hilfe in Anspruch genommen.
- Während der Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtbetreuungsfällen bzw. Straftaten im Kreisgebiet in den Dokumentationen der Jugendgerichtshilfe und der Kriminalstatistik im Berichtszeitraum zwischen 6% und 8% etwa vergleichbar liegen, ist der Anteil der Verurteilten nach BtMG unter Bewährungsaufsicht deutlich höher.
- Kriminalstatistisch kamen im Zeitraum 2000 bis 2002 mehr als 70% der Tatverdächtigen nach BtMG nicht aus dem Kreisgebiet. Die Anzahl der bekannt gewordenen Rauschgiftfälle ist in Gronau am höchsten, gefolgt von Ahaus, Bocholt und Borken mit dem weitaus größten Anteil von Fällen bei Cannabis als Rauschgiftart.
- Im Kreisgebiet gab es 2002 4 Rauschgifttote (2001: 5; 2000: 5).
Im Vergleich zu den Daten aus NRW und der BRD ist diese -stets zu hohe- Anzahl unterdurchschnittlich.

Literatur-/Datenquellen

- 1 Kreis Borken, *Konzept der Sucht- und Drogenarbeit des Kreises Borken*, 1998 Eigendruck
- 2 Dörner/Plog, *Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1996
- 3 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, Studie: *THC-Concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse Coffeeshops 2000, 2001*
- 4 Poser, *Chronische Cannabispsychosen und Schizophrenien*, Göttingen und Seifert u.a., *Cannabis und Schizophrenie*, in SUCHT-Zeitschrift für Medizin und Praxis, 48.Jg, (DHS),10/2002
- 5 Stevens, *Cannabis und Cannabinoide als Medizin*, in SUCHT-Zeitschrift für Medizin und Praxis, 48.Jg, (DHS),10/2002
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Broschüre „Ecstasy“, Köln 1999
- 7 Detaillierte Informationen: www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale
- 8 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., *Jahrbuch Sucht 2002*, Neuland, Geesthacht, 2001
- 9 Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, *NRW-Landesprogramm gegen Sucht*, 1999
- 10 Landschaftsverband Westfalen-Lippe, *Materialien: Zahlen, Daten und Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen und pathologischen Glücksspiel für Westfalen-Lippe*, 2002
- 11 a) Kraus/Augustin, *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000*, in SUCHT-Zeitschrift für Medizin und Praxis, 47.Jg, (DHS), Sonderheft, 9/2001
b) Kraus/Augustin/Tschernich, *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in NRW 2000, 2001*
c) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*, Köln, 2001
d) Stockinger, *Der Kick aus der Wasserpfeife* in: Der Spiegel, 8/2002
- 12 a) Trimbos Institut – *Nationale Drugmonitor (NDM)*, Jahresbericht 2002, Utrecht 2003 und: www.trimbos.nl
b) Korf u.a., *Coffeeshops, Jeugd en Toerisme*, Ministerie van Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum/Universiteit van Amsterdam, 2001
- 13 Möller, *Substitutionsmittel, Vorschriften geändert*, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 33, August 2001
- 14 Reinecke u.a., *Gewalteinschätzungen, Gewalterfahrungen und Drogenprobleme von Jugendlichen in Bocholt*, im Auftrag des Jugend- und Sportamtes der Stadt Bocholt, 1998
- 15 Polizeiliche Kriminalstatistik:
 - Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt 2000 und 2001
 - Nordrhein-Westfalen, Landeskriminalamt, 2000 und 2001

- 16 Kreis Borken, -Der Landrat als Kreispolizeibehörde- *Jahresberichte 2000-2002*, 2003
- 17 Kunst, *Die Klienten der Bewährungshilfe Ahaus*, Dokumentation einer empirischen Studie, 2002
- 18 Simon u.a. *Bericht des nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDM)*, IFT, München; BzGA, Köln; DHS, Hamm, 12/2002

Tabellenübersicht

	Seite:
<i>Abb. 1 Geografische Lage des Kreises Borken</i>	7
<i>Abb. 2 Fläche und Bevölkerung</i>	8
<i>Abb. 3 Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland / NRW / Westfalen-Lippe / Kreis Borken nach Altersgruppen</i>	18
<i>Abb. 4 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 15- bis 59-Jährigen --Lebenszeitprävalenz--</i>	19
<i>Abb. 5 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 15- bis 59-Jährigen --12-Monats-Prävalenz--</i>	20
<i>Abb. 6 Konsumerfahrung mit illegalen Drogen unter den 12- bis 25-Jährigen --Lebenszeitprävalenz--</i>	21
<i>Abb. 7 Konsum illegaler Drogen unter den 12- bis 25-Jährigen --12-Monats-Prävalenz--</i>	21
<i>Abb. 8 Regionale Zuständigkeit der Drogenberatungsstellen</i>	26
<i>Abb. 9 Gesamtzahl der Personen in Drogenberatung im Kreis Borken 2001</i>	27
<i>Abb. 10 Gesamtzahl der Personen in Drogenberatung im Kreis Borken 2002</i>	27
<i>Abb. 11 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung 2001</i>	28
<i>Abb. 12 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung: prozentuale Verteilung im Kreisgebiet – 2001</i>	28
<i>Abb. 13 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung 2002</i>	29
<i>Abb. 14 Herkunftsorte der Personen in Drogenberatung: prozentuale Verteilung im Kreisgebiet – 2002</i>	29
<i>Abb. 15 Eingangsd Diagnosen in der Drogenberatung 2001</i>	30
<i>Abb. 16 Verteilung Eingangsd Diagnosen in Prozent, 2001</i>	30
<i>Abb. 17 Eingangsd Diagnosen in der Drogenberatung 2002</i>	31
<i>Abb. 18 Verteilung Eingangsd Diagnosen in Prozent, 2002</i>	31
<i>Abb. 19 Altersstruktur der Klienten in Drogenberatung 2001</i>	33
<i>Abb. 20 Altersstruktur der Klienten in Drogenberatung 2002</i>	33
<i>Abb. 21 Beratung von Angehörigen 2001</i>	34
<i>Abb. 22 Beratung von Angehörigen 2002</i>	34

Abb. 23	<i>Stichtagserhebungen: Anzahl der substituierten Drogenabhängigen im Kreis Borken</i>	36
Abb. 24	<i>Anzahl der substituierenden Ärzte im Kreis Borken</i>	36
Abb. 26	<i>Anzahl der substituierten Opiatabhängigen in Psychosozialer Begleitung – 2002</i>	37
Abb. 27	<i>Kostenentwicklung der Finanzierung ambulanter Drogenhilfe/ Psychosoziale Begleitung Substituierter, 1999-2003</i>	38
Abb. 28	<i>Behandelte Patienten im qualifizierten Drogenentzug der WKPP MS aus dem Kreis Borken</i>	39
Abb. 29	<i>Geschlechterverteilung der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug der WKPP MS aus dem Kreisgebiet 2002</i>	39
Abb. 30	<i>Altersstruktur der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug</i>	39
Abb. 31	<i>Herkunftsorte der behandelten Patienten im qualifizierten Drogenentzug</i>	40
Abb. 32	<i>Stationäre Behandlungsfälle der Psychiatrischen Fachabteilungen Gronau und Rhede</i>	41
Abb. 33	<i>Anzahl der Betreuten in Jugendgerichtshilfe nach BtMG-Verstößen im Kreis Borken - 2001</i>	43
Abb. 34	<i>Anzahl der Betreuten in Jugendgerichtshilfe nach BtMG-Verstößen im Kreis Borken – 2002</i>	43
Abb. 35	<i>Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2000</i>	44
Abb. 36	<i>Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2001</i>	44
Abb. 37	<i>Prozentualer Anteil der BtMG-Verstöße an den Gesamtstraftaten 2002 im Kreis Borken</i>	45
Abb. 38	<i>Tatverdächtige außerhalb des Kreisgebietes, 2000-2002</i>	45
Abb. 39	<i>Anzahl der bekanntgewordenen Rauschgiftfälle nach Städten und Gemeinden im Kreis Borken, 1999-2002</i>	46
Abb. 40	<i>Fälle nach Rauschgiftarten, 2000-2002</i>	46
Abb. 41	<i>Nach BtMG sichergestellte Betäubungsmittel im Kreis Borken, 2000-2002</i>	47
Abb. 42	<i>Rauschgifttote 1999-2001</i>	47
Abb. 43	<i>Rauschgifttote im Kreis Borken 1995 – 2002</i>	48
Abb. 44	<i>Verurteilte nach BtMG unter Bewährungsaufsicht im Kreis Borken</i>	49