

Drogenkonsum im Freistaat Sachsen Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen und Hilfeeinrichtungen

- ABSCHLUSSBERICHT -

im Auftrag des Sächsischen
Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie

Projektleitung:

Dipl. Betriebswirt/Dipl. Politologe Hans Oliva, FOGS
Dipl. Psychologe Dr. Peter Tossmann, delphi

Bearbeiter:

Dipl. Pädagoge Sebastian Baumeister, delphi
Dipl. Psychologe Wilfried Görgen, FOGS
MA Soziologe Rüdiger Hartmann, FOGS

FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits-
und Sozialbereich mbH, Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln,
Tel.: 0221/9731010 FAX: 0221/97310111, E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de

delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projekt-
entwicklung mbH, Rathenower Str. 38, 10559 Berlin,
Tel.: 030/39409781, FAX: 030/39409789, Kontakt@delphi-gesellschaft.de

Köln, Berlin, im August 2003

630/2003

INHALTSVERZEICHNIS

Kapitel		Seite
1	AUFTRAG UND AUFGABENSTELLUNG	1
2	BEGRIFFLICHE GRUNDLAGEN	4
2.1	Suchtstoffbezogene Einführung	4
2.2	Zur Diagnostik substanzspezifischer Störungen	6
2.3	Aufgaben der Sekundär- und Tertiärprävention	9
3	DROGENKONSUM IN SACHSEN SOWIE IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN	11
3.1	Ausgewählte Daten zum Drogenkonsum	11
3.2	Rauschgiftdelikte, erstaußällige Konsumenten harter Drogen, Drogentote	16
4	DROGENKONSUM SPEZIFISCHER KONSUMENTEN- GRUPPEN	17
4.1	Ausgewählte Forschungsergebnisse	17
4.1.1	Drogenkonsum im Jugendalter	18
4.1.2	Der Konsum von Cannabis	18
4.1.3	Konsum von Partydrogen	22
4.1.4	Heroinkonsum	24
4.2	Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen in Sachsen	26
4.2.1	Ziele der Teilstudie	27
4.2.2	Methodisches Vorgehen	27
4.2.3	Ergebnisse der Teilstudie	33
4.2.3.1	Drogenkonsum in der Gesamtstichprobe	33
4.2.3.2	Differenzierung von Konsumentengruppen	35
4.2.3.3	Regionenspezifische Merkmale	41
4.2.4	Hilfebedarf	43
4.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	51
5	ANALYSE AUSGEWÄHLTER HILFEANGEBOTE	53
5.1	Inanspruchnahme von Hilfen - Entwicklungstendenzen in Sachsen	53
5.1.1	Suchtberatungs- und -behandlungsstellen	53
5.1.2	Stationäre Entwöhnungsbehandlung	54
5.2	Analyse ausgewählter Hilfeeinrichtungen in Sachsen	55
5.2.1	Ziele und Fragestellungen der Teilstudie	55
5.2.2	Methodisches Vorgehen	56
5.2.3	Ergebnisse der Teilstudie	59
5.2.3.1	Suchtberatungs- und -behandlungsstelle ALTERNATIVE	59
5.2.3.1.1	Strukturelle Merkmale	59
5.2.3.1.2	Prozessmerkmale	65
5.2.3.1.3	Ergebnismerkmale	67
5.2.3.1.4	Die Klientel der ALTERNATIVE	69

Kapitel		Seite
5.2.3.2	Psychiatrische Regelbehandlung	74
5.2.3.2.1	Strukturelle Merkmale	74
5.2.3.2.2	Prozessmerkmale	79
5.2.3.2.3	Ergebnismerkmale	81
5.2.3.2.4	Beschreibung der Patienten	82
5.2.3.3	Entwöhnungsbehandlung	85
5.2.3.3.1	Strukturelle Merkmale	85
5.2.3.3.2	Prozessmerkmale	88
5.2.3.3.3	Ergebnismerkmale	89
5.2.3.3.4	Die Patienten der Entwöhnungseinrichtungen	89
5.2.3.3.5	Die stationäre Entwöhnungsbehandlung aus Patientensicht	93
6	ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN	98
6.1	Drogenkonsum im Freistaat Sachsen	98
6.2	Analyse von sechs ausgewählten Hilfeangeboten	101
6.3	Weitere studienübergreifende Empfehlungen	104
7	LITERATUR	109

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Seite
Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der einzelnen Arbeitsschritte	3
Abb. 2: Untersuchungsstichprobe nach Altersgruppen	32
Abb. 3: Lebenszeit, Jahres- und Monatsprävalenz des Konsums legaler Substanzen in der Gesamtstichprobe	33
Abb. 4: Lebenszeit, Jahres- und Monatsprävalenz des Konsums illegaler Substanzen in der Gesamtstichprobe	34
Abb. 5: Anzahl konsumierter illegaler Drogen in der Gesamtstichprobe	35
Abb. 6: Anzahl der im letzten Monat konsumierten Drogen getrennt nach Konsumentengruppe	39
Abb. 7: Kenntnis regionaler Drogen- und Suchtberatungsstellen bei Cannabiskonsumenten ohne und mit suchtbbezogener Diagnose	45
Abb. 8: Anzahl gestellter Diagnosen (LAST, DSM-IV) bei den Partydrogenkonsumenten	46
Abb. 9: Inanspruchnahme von Hilfen und Art der in Anspruch genommenen Hilfe bei Partydrogenkonsumenten	47
Abb. 10: Hilfeinanspruchnahme und Art der in Anspruch genommenen Hilfen bei Opiatkonsumenten	49
Abb. 11: Organisationsstruktur der Einrichtung	61
Abb. 12: Angebote und Hilfen	66
Abb. 13: Veränderungen in einzelnen Bereichen	95
Abb. 14: Veränderungen in einzelnen Bereichen	96

TABELLENVERZEICHNIS

Tab.		Seite
Tab. 1:	Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - Lebenszeitprävalenz (unter den 18- bis 59-Jährigen) in Ostdeutschland nach ausgewählten Altersgruppen	12
Tab. 2:	Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990 - 2000 (18- bis 29-Jährige) in Ostdeutschland	13
Tab. 3:	Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - 12-Monats-Prävalenz (unter den 18- bis 59-Jährigen) in Ostdeutschland nach ausgewählten Altersgruppen	13
Tab. 4:	Konsum illegaler Drogen (12- bis 25-jährige Jugendliche) nach Regionen und Personenmerkmalen	14
Tab. 5:	Alter bei Erstkonsum bis unter 18 Jahre nach Hauptdiagnosen im Regionenvergleich	16
Tab. 6:	(Belastungs-)Indikatoren zu den Folgen des Drogenkonsums nach Bundesländern (2000)	16
Tab. 7:	Frequenz des Cannabiskonsums	20
Tab. 8:	Jahresprävalenz des Drogenkonsums im Vergleich - Stichprobe der Techno-Studie vs. Repräsentativstichprobe	23
Tab. 9:	Jahresprävalenz illegalen Drogenkonsums nach Bundesland	23
Tab. 10:	Mischkonsum von Ecstasy	24
Tab. 11:	Themenbereiche des verwendeten Fragebogens	28
Tab. 12:	Zugänge und Kooperationspartner in den Erhebungsregionen	31
Tab. 13:	Anzahl der Untersuchungsteilnehmer je Region	31
Tab. 14:	Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe	32
Tab. 15:	Soziodemographische Merkmale der Konsumentengruppen	37
Tab. 16:	Substanzkonsum in den Teilstichproben im Vergleich	38
Tab. 17:	Konsumfrequenz von Cannabis unter aktuellen Cannabiskonsumern	40

Tab.		Seite
Tab. 18:	Konsumfrequenz illegaler Drogen unter aktuellen Konsumenten von Partydrogen	40
Tab. 19:	Konsumfrequenz illegaler Drogen unter Opiatkonsumenten	41
Tab. 20:	Konsumfrequenz von Opiaten unter Opiatkonsumenten im letzten Monat	41
Tab. 21:	Substanzkonsum differenziert nach Regionen	42
Tab. 22:	Substanzkonsum auf Partys in den Regionalstichproben	43
Tab. 23:	Prävalenz von Abhängigkeit bzw. Missbrauch unter Cannabiskonsumenten	44
Tab. 24:	Prävalenz von Abhängigkeit bzw. Missbrauch unter Konsumenten von Partydrogen	46
Tab. 25:	Prävalenz der subjektiven Abhängigkeit unter Opiatkonsumenten	48
Tab. 26:	Kenntnis und Inanspruchnahme von Drogen- oder Suchtberatungsstellen durch Suchtmittelabhängige nach Regionen (nur Cannabis- und Partydrogenkonsumenten)	50
Tab. 27:	Abhängigkeit, Kenntnis und Inanspruchnahme des Hilfesystems getrennt nach Konsumentengruppe	52
Tab. 28:	Anzahl der Drogenkonsumenten in Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (1998 bis 2002) nach Regierungsbezirken	53
Tab. 29:	Hauptdiagnosen (illegale Drogen) (EBIS 1998 – 2001)*	54
Tab. 30:	Anzahl der beantragten Entwöhnungsbehandlungen (illegale Drogen) von Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (1998 bis 2002) nach Regierungsbezirken	55
Tab. 31:	Untersuchungsaspekte der Bestandsaufnahme	57
Tab. 32:	Öffnungszeiten	62
Tab. 33:	Personalausstattung nach Qualifikation	63
Tab. 34:	Anzahl der Vermittlungen (Fälle) in Angebote und Hilfen (im Jahr 2001)	68

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 35:	Alter der Klientel bei Behandlungsbeginn	69
Tab. 36:	Höchster erreichter Schulabschluss	70
Tab. 37:	Beschäftigungsverhältnis	71
Tab. 38:	Überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten	71
Tab. 39:	Hauptdiagnosen	72
Tab. 40:	Vorerfahrungen der Klienten	73
Tab. 41:	Zielgruppen und Zugangsvoraussetzungen	75
Tab. 42:	Personalausstattung nach Qualifikation	77
Tab. 43:	Zugangswege in die Stationen	79
Tab. 44:	Angebote und Hilfen	80
Tab. 45:	Alter der Patienten bei Aufnahme	82
Tab. 46:	Art der verwendeten Drogen	83
Tab. 47:	Stationäre Vorbehandlungen	83
Tab. 48:	Kontakte zu ambulanten Hilfen	84
Tab. 49:	Personalausstattung nach Qualifikation	87
Tab. 50:	Alter der Patienten bei Aufnahme	90
Tab. 51:	Höchster erreichter Schulabschluss	90
Tab. 52:	Hauptdroge der Patienten	91
Tab. 53:	Vorerfahrungen der Klienten	91
Tab. 54:	Alter der Patienten bei Aufnahme	92
Tab. 55:	Höchster erreichter Schulabschluss	92
Tab. 56:	Vorerfahrungen der Klienten	93
Tab. 57:	Bewertung von Behandlungsprogramm und -setting	94
Tab. 58:	Bewertung des Behandlungsprogramms und -settings	96

1 AUFTRAG UND AUFGABENSTELLUNG

Zur Weiterentwicklung der Hilfen für Drogenkonsumenten¹ und -abhängige sowie deren Angehörige hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie eine Studie „Untersuchung des Drogenkonsums² in Sachsen und vergleichbare Analysen des Zielgruppenverhaltens in Abhängigkeit von unterschiedlichen Methoden der Sekundär- und Tertiärprävention im Freistaat Sachsen und in der Literatur“ in Auftrag gegeben. Mit der Durchführung wurde die Bietergemeinschaft FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Köln) und die delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH (Berlin) im Januar 2002 beauftragt.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden folgende Aufgaben umgesetzt:

- Erarbeitung begrifflicher Grundlagen der Studie
- Literaturrecherche und Auswertung von sächsischem Datenmaterial
- Untersuchung ausgewählter Gruppen von Drogenkonsumenten in Sachsen (Cannabis-, Ecstasy- und Heroinkonsumenten) außerhalb suchtspezifischer Einrichtungen
- Analyse ausgewählter Hilfeinrichtungen in Sachsen unter besonderer Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:
 - strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen
 - Arbeitsweise der Einrichtungen
 - Zahl der erreichten Klienten
 - Behandlungserfolge
 - Kooperationspartner der Einrichtungen
- Vergleich mit Ergebnissen sekundär- und tertiärpräventiver Projekte in der Literatur
- Zusammenstellung der Forschungsergebnisse (Abschlussbericht) als Grundlage für die Erstellung eines Sächsischen Landesplanes für Sekundär- und Tertiärprävention.

Ausgehend von dieser Aufgabenstellung können folgende Untersuchungsbereiche der Studie unterschieden werden:

1. Begriffliche Grundlagen

Eine wichtige Aufgabe landesbezogener Planung besteht u.a. darin, allgemeine - über regionale Besonderheiten hinausreichende - Zielvorstellungen zu entwickeln und mit den Versorgungsbeteiligten abzustimmen. Im Rahmen der Studie werden hierfür (begriffliche) Grundlagen erarbeitet. Sie stellen neben fachlichen Standards einen Bezugsrahmen für die Bewertung der Ergebnisse der empirischen Untersuchungen vor allem im Hinblick auf Empfehlungen für die künftige Planung dar.

¹ Wir bitten um Nachsicht, dass wir für Begriffe wie "Drogenkonsument", "Klient", "Patient" etc. die männliche Form gewählt haben, obwohl beide Geschlechter gemeint sind.

² Die nichtstoffgebundenen Süchte (Essstörungen, pathologisches Glücksspiel) waren somit kein Gegenstand der Untersuchung.

2. Der Drogenkonsum und seine Folgen

Der Missbrauch psychoaktiver Substanzen und seine Folgen stellen eine bedeutsame sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung dar. In diesem Teil werden deshalb relevante Daten zum Konsum illegaler Drogen in Sachsen dargestellt, wobei u.a. die Ergebnisse bundesweiter Repräsentativerhebungen, spezifische Daten zu Sachsen sowie Forschungsberichte zu neueren Entwicklungen im Drogenkonsum berücksichtigt werden. Ziel ist es u.a., die drogenbezogenen Problemlagen des Freistaats Sachsen genauer zu beschreiben.

3. Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen

Ein Kernelement dieser Studie besteht darin, ausgewählte Gruppen von Drogenkonsumenten in Sachsen zu untersuchen. Damit werden vor allem zwei Ziele verfolgt: Einerseits sollen die in Sachsen praktizierten Drogenkonsummuster beschrieben, andererseits Bedarfe suchtpreventiver und suchtspezifischer Hilfen erfasst werden. Vor dem Hintergrund bevölkerungsrepräsentativer Daten und angesichts des jeweiligen Risikopotentials des Konsums unterschiedlicher Substanzen wurden in die Erhebung Cannabis-, Ecstasy- und Heroinkonsumenten einbezogen.

4. Analyse ausgewählter Hilfeinrichtungen

In die Analyse ausgewählter Hilfeinrichtungen wurden - auf Vorschlag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie - eine Suchtberatungs- und -behandlungsstelle, drei Stationen, die eine psychiatrische Regelbehandlung durchführen, und zwei Entwöhnungseinrichtungen einbezogen. Die Auswertung dieser einrichtungsbezogenen Erhebungen sollen u.a. eine Bewertung der Strukturmerkmale und erste Aussagen zu Prozess- und Ergebnismerkmalen ermöglichen.

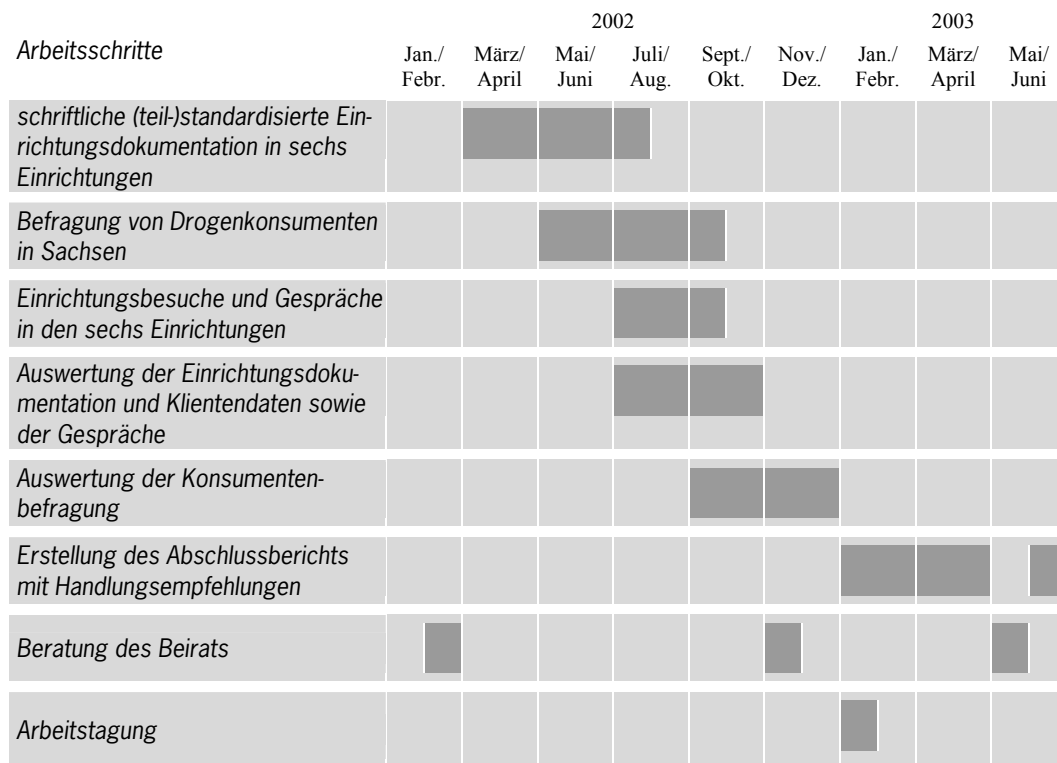
5. Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Die in den einzelnen Untersuchungsbereichen erarbeiteten Ergebnisse werden in einem Abschlusskapitel verknüpft und hinsichtlich abzuleitender Empfehlungen für eine zukünftige Landesplanung für die Bereiche Sekundär- und Tertiärprävention zusammenfassend dargestellt.

Zur Vorbereitung und Abstimmung der einzelnen Arbeitsschritte, zur Rückkoppelung von (Zwischen-)Ergebnissen sowie zur Projektsteuerung wurde ein begleitender **Beirat** konstituiert. Neben dem Auftraggeber waren im Beirat u.a. Mitglieder der interministeriellen Arbeitsgruppe für Suchtfragen und Drogenbekämpfung, Mitarbeiter von Gesundheitsämtern sowie Vertreter von Kommunen und der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren repräsentiert (zu den Mitgliedern des Beirats siehe Anhang des Berichts).

Die einzelnen Arbeitsschritte und die Durchführung der Studie im Zeitverlauf zeigt Abb. 1:

Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der einzelnen Arbeitsschritte



In den unterlegten Zeiträumen haben die einzelnen Untersuchungsschritte stattgefunden.

Wie Abb. 1 zeigt, wurde das Forschungsvorhaben i.e.S. über einen Zeitraum von gut 16 Monaten umgesetzt. Die Erhebungsinstrumente wurden überwiegend für den Einsatz im Forschungsvorhaben entwickelt. Gleichwohl konnten von der Bietergemeinschaft Erfahrungen aus vergleichbaren Untersuchungen genutzt werden.

2 BEGRIFFLICHE GRUNDLAGEN

2.1 Suchtstoffbezogene Einführung

Nachfolgend wird ein einführender Überblick über die derzeit bedeutendsten illegalen psychoaktiven Substanzen gegeben. Dabei wird kurz auf die Herkunft, die Wirkungen und die möglichen Folgen des Konsums eingegangen.

Cannabis wird aus indischem Hanf (*Cannabis sativa*) gewonnen. Zu unterscheiden sind dabei **Marihuana**, die getrockneten Blätter der weiblichen Pflanze, und **Haschisch**, das klebrige Harz aus den Blütenblättern. Der wichtigste psychoaktive Inhaltsstoff dieser Substanzen ist das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). Der durchschnittliche THC-Gehalt von Marihuana liegt zwischen 3 bis 5 % und von Haschisch zwischen 5 % und 10 %. Cannabisprodukte werden in der Regel geraucht, sie können jedoch auch oral (als Kekse, Kuchen oder Tee) konsumiert werden.

Als akute körperliche Wirkungen der Intoxikation von Cannabis sind eine gesteigerte Herz- und Pulsfrequenz (bei gleichbleibendem Blutdruck), vermehrtes Schwitzen, Steigerung von Hunger und Durst und die Senkung des Augeninnendrucks bekannt. Typische psychische Wirkungen des Cannabiskonsums sind ein erhöhtes Gefühl der Entspannung und des Wohlbefindens und eine als angenehm empfundene Apathie (Rommelspacher, 1999).

Gesundheitliche Risiken des Cannabiskonsums sind in Abhängigkeit von der Intensität und der Regelmäßigkeit des Konsums und dem Lebensalter zu sehen. So kann ein langjähriger (fast) täglicher Konsum von Cannabisprodukten im Jugendalter zu psychosozialen Entwicklungsverzögerungen und zur Herausbildung einer Abhängigkeit von Cannabis führen. Bei vorliegender persönlicher Disposition kann es auch zu psychotischen Störungen kommen.

Unter dem Begriff der **Halluzinogene** werden sehr unterschiedliche psychoaktive Substanzen zusammengefasst. Das gemeinsame Merkmal dieser Stoffe liegt darin, dass sie Sinnestäuschungen und teilweise tiefgreifende psychische Veränderungen hervorrufen können. Charakteristisch ist dabei ein stark verändertes Erleben von Raum und Zeit. Während **LSD** (Lysergsäurediethylamid) das bekannteste synthetische Halluzinogen ist, sind Meskalin und Psilocin bzw. Psilocybin die derzeit am weitesten verbreiteten organischen Halluzinogene.

Die akuten körperlichen Wirkungen der Intoxikation von Halluzinogenen sind charakteristischerweise eine Steigerung von Blutdruck, Blutzuckerspiegel und Körpertemperatur sowie die Erweiterung der Pupillen. Psychische Wirkungen des Konsums betreffen vor allem die Wahrnehmung. So kommt es während des Rausches zu Halluzinationen des Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinns. Weiterhin können sich akustische Wahrnehmungen in optische Empfindungen verwandeln und umgekehrt. Nach der Intoxikation mit LSD kann es darüber hinaus zu erheblichen Bewusstseinsstörungen, extremen Stimmungsschwankungen, Depersonalisierungserlebnissen oder zu psychotischen Zuständen kommen. So dürfte im Auftreten von erheblichen Angstzuständen und Panikattacken („Horrortrip“) ein besonders großes gesundheitliches Risiko des Konsums von Halluzinogenen liegen.

Ecstasy gehört zu der Stoffgruppe der Entaktogene, worunter psychoaktive Substanzen verstanden werden, die während der 90er Jahre im Zusammenhang mit der Entwicklung einer spezifischen Partyszene populär wurden. Der Name Ecstasy wird nicht ein-

heitlich verwendet, im Wesentlichen werden hierbei jedoch Stoffe wie MDMA oder MDA bezeichnet.

Die charakteristische Wirkung dieser Droge besteht darin, dass der Konsument sowohl sich selbst als auch seine Umwelt intensiver wahrnimmt. Gefühle können offener geäußert werden, auch scheint die Akzeptanz anderer Personen stärker ausgeprägt zu sein. In einem Gefühl von Euphorie und Entspannung ist die Kommunikationsbereitschaft der Konsumenten deutlich erhöht. Körperliche Wirkungen der Intoxikation sind der Anstieg des Blutdrucks und der Herzschlagfrequenz und eine leichte motorische Unruhe.

Zu den wesentlichen Nebenwirkungen bzw. Komplikationen des Ecstasykonsums zählen die Hyperthermie (Überhitzung) und die Dehydration (Austrocknung). Außerdem können Konzentrationsprobleme, Kopfschmerzen und Übelkeit die unmittelbaren Folgen des Konsums sein. Als teilweise über Tage anhaltende Nachwirkungen werden Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Kreislaufstörungen beschrieben. Bis heute offen ist die Frage, ob durch Ecstasy per se Psychosen ausgelöst werden oder ob die Droge bei prädisponierten Personen eine Auslöse- bzw. Triggerfunktion übernimmt (Thomasius, 1997). Unstrittig ist dagegen nach aktuellen neuropsychologischen Forschungsergebnissen, dass ein fortgesetzter Konsum von Ecstasy erhebliche negative Auswirkungen auf die Gedächtnisleistungen junger Menschen haben kann (Thomasius et al., 2002).

Zu den **Amphetaminen** wird eine Vielzahl synthetischer Stoffe gezählt. Besonders verbreitete Vertreter dieser Substanzklasse sind das d-Amphetamin (Szenename „Speed“) und das (noch stärkere) Methamphetamin („Crystal“).

Charakteristische körperliche Wirkungen von Amphetaminen sind eine Steigerung der Herzfrequenz und des Blutdrucks, eine motorische Unruhe, teilweise kommt es zu Muskelzittern. Die psychischen Wirkungen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Euphorie, Wachheit, gesteigerte Aufmerksamkeit, verstärkte motorische Erregung.

Wird die Droge abgesetzt bzw. lassen die Wirkungen nach, sind häufig Müdigkeit, Lustlosigkeit, teilweise auch Depressionen die Folge. Ein länger anhaltender Konsum von Amphetaminen kann paranoide Wahnvorstellungen oder gar psychotische Störungen nach sich ziehen. Angesichts des vergleichsweise hohen Suchtpotentials von Amphetaminen kann deren anhaltender Konsum zu einer spezifischen Drogenabhängigkeit führen.

Kokain wird aus den Blättern des Cocastrauchs als Kokainpaste extrahiert. Diese Paste ist hoch toxisch und wird gewöhnlich zu Kokainhydrochlorid weiterverarbeitet. Diese Kokainform wird üblicherweise geschnupft, sie kann aber auch intravenös appliziert werden. Um eine rauchbare Form von Kokain („Crack“) zu erhalten, wird dieser Stoff chemisch behandelt.

Der Konsum von Kokain bewirkt ein nachlassendes Hungergefühl, einen erhöhten Wachheitsgrad, eine gesteigerte Aufmerksamkeit, verstärkte motorische Aktivitäten und ein euphorisches Grundgefühl. Die Körpertemperatur und der Blutdruck steigen und die Pupillen sind erweitert. Als mögliche Nebenwirkungen sind Angstzustände, Schlafstörungen, Wahnvorstellungen und Depressionen bekannt. Diese können auch nach Beendigung des Rausches auftreten.

Regelmäßiges Schnupfen von Kokain kann zu einer chronischen Entzündung der Nasenschleimhaut, zu chronischer Bronchitis, zu Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen und zu der Herausbildung einer Kokainabhängigkeit führen. Psychotische Störungen treten insbesondere bei chronischem Kokaingebrauch auf. Aus schweren Angstzu-

ständen, Misstrauen und Beziehungsideen entwickeln sich dabei häufig Verfolgungswahn und optische, akustische und typischerweise taktile Halluzinationen. Bei sehr hohen Dosen kann es zu Todesfällen aufgrund von einem Atem- oder Herzstillstand oder einem cerebralen Krampfanfall kommen.

Heroin, Methadon, Codein werden zu den reinen Opioid-Agonisten gezählt. Das Rohopium aus dem Saft des Schlafmohns enthält die pharmakologisch aktiven Analgetika Morphin und Codein. Methadon ist ein synthetisches Opioid, Heroin wird durch chemische Veränderung des Morphinmoleküls synthetisch hergestellt. Opium und Morphin spielen - im Gegensatz zu Heroin - auf dem illegalen Drogenmarkt keine nennenswerte Rolle. Heroin besitzt ein vergleichbares Wirkungsspektrum wie Morphin, weist jedoch eine etwa sechsfach höhere Potenz auf.

Neben der schmerzstillenden Wirkung, aber auch der Herstellung eines gleichgültigen Verhaltens Schmerzen gegenüber, rufen Opioide entspannte Euphorie, Sedierung, ein Gefühl der Zufriedenheit und die Befreiung von Ängsten hervor. Die Atemfrequenz ist herabgesetzt und die Pupillen sind verengt (Wely, 1989). Bei höheren Dosen können Atemdepressionen auftreten, die eine mögliche Ursache von Drogennot- und -todesfällen darstellen. Die Entwicklung einer schweren physischen und psychischen Abhängigkeit zählt zu den langfristigen und schwerwiegenden Folgen des Heroinkonsums.

Zudem lassen sich bei einem Großteil der Heroinabhängigen Karies, Bewegungs- und Koordinationsstörungen sowie depressive Verstimmungen diagnostizieren. Ein ebenfalls großer Anteil Heroinabhängiger ist von Infektionskrankheiten betroffen.

2.2 Zur Diagnostik substanzspezifischer Störungen

Begriffe wie „Missbrauch“, „Sucht“ oder Abhängigkeit zur Bezeichnung des (problematischen) Konsums psychoaktiver Substanzen bzw. von problematischen Verhaltensweisen (z.B. übermäßiges Essen) sowie deren Folgen bezeichnen unterschiedliche Sachverhalte und müssen deshalb definitorisch voneinander abgegrenzt werden. Während noch vor einigen Jahren der Fokus der Problembezeichnung auf „Sucht“ und „Abhängigkeit“ lag, werden zunehmend Begriffe verwendet, die den Übergang von einem gewöhnlichen, unproblematischen zu einem abhängigen Konsum bzw. Verhalten exakter beschreiben und fassen sollen. Dieser Perspektivenwechsel geht mit Bemühungen einher, präventive und insbesondere sekundärpräventive Interventionen und Maßnahmen zu verbessern. Beide Entwicklungen öffnen den Blick für neue relevante Zielgruppen - im Bereich illegaler Drogen vor allem die (Teil-)Gruppen der Cannabis- und sog. Partydrogenkonsumenten.

Traditionell wird der Begriff der **Sucht** verwandt. Er bezeichnet dabei ein übermäßiges Verhalten im Hinblick auf Menge, Dauer und Häufigkeit des Konsums in Verbindung mit der Unfähigkeit das Verhalten autonom steuern und ggf. beenden zu können. Dabei kann grundsätzlich jedes menschliche Verhalten süchtig „entgleisen“ (Tretter, 2000, S. 2). Sucht bezeichnet darüber hinaus - in Anlehnung an die etymologische Ableitung von „siechen“ - ein eindeutig krankhaftes Geschehen, bei dem körperliche, psychische und soziale Funktionen angegriffen werden (vgl. Feuerlein, 1979).

Im Jahr 1964 empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff „Sucht“ durch den Begriff „**Abhängigkeit**“ zu ersetzen (WHO, 1964), wobei die einzelnen Stoffgruppen jeweils getrennt beschrieben wurden. Dies geschah vor allem aus Gründen des stark bewertenden Charakters des Begriffes „Sucht“.

Die hauptsächliche Schwierigkeit, die insbesondere mit Blick auf Hilfe- und Behandlungsstrategien bedeutsam ist, besteht darin, gewöhnlichen Alltagskonsum von einem problematischen Konsum abzugrenzen. Erschwert wird diese Aufgabe dadurch, dass Sucht multifaktoriell verursacht ist und folglich die Definitionskriterien unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (z.B. Pharmakologie, Psychologie, Soziologie) entstammen (vgl. Götz, 1995).

Zur Beschreibung des Übergangs von gewöhnlichem Konsum psychoaktiver Substanzen³ hin zur Abhängigkeit wurden in die Fachdiskussion ergänzende Begriffe eingeführt wie bspw. „schädlicher“ oder „riskanter“ Konsum. Gemeinsam ist diesen Begriffen die Bezeichnung problematischer Konsumformen **vor** der Entwicklung einer Abhängigkeit als Vollbild.

In Anlehnung an den in der internationalen Fachdiskussion benutzten Begriff der „substanzbezogenen Störung“ spricht die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen von „substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken“ (vgl. DHS, 2001) und schließt damit Übergangsformen problematischen Verhaltens im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen mit ein.

Nachfolgend werden relevante Begriffe dargestellt, wobei diese in der Reihenfolge ihrer Erörterung eine zunehmende Problematik ausdrücken:

- **Konsum** kennzeichnet alle Formen der Einnahme psychoaktiver Substanzen. Dabei ist der Konsum von Alkohol, Nikotin und zunehmend von Cannabisprodukten ein gesellschaftliches Alltagsphänomen. Er dient dem Genuss, ruft Rauscherlebnisse hervor und ist ganz überwiegend in soziale Kontakt- und Kommunikationsprozesse eingebunden. Darüber hinaus bestehen i.d.R. anerkannte Gebrauchsregeln, die den individuellen Konsum gesundheits- und gemeinschaftsverträglich steuern. Systematisch kann zwischen **gelegentlichem** (episodischem) **Konsum** und (andauerndem) **Gewohnheitskonsum** unterschieden werden.
- Unter **Missbrauchsverhalten** wird jeder nicht bestimmungsgemäße Konsum psychoaktiver Substanzen verstanden. Das Missbrauchsverhalten kann dabei akut, z.B. einmalig oder chronisch und andauernd erfolgen. Missbräuchlicher Konsum tritt häufig in Zusammenhang mit einer Selbstmedikation auf, wobei Missbrauchsverhalten dann vorliegt, wenn der Konsum bspw. eines Medikaments medizinisch nicht indiziert ist. Mit einem Missbrauchsverhalten geht folglich nicht notwendigerweise eine Störung oder Schädigung einher.
- Unter **riskantem Konsum** wird ein Konsum verstanden, der (potentiell) mit negativen Folgen einhergehen kann. Diese können dabei als direkte Folge des Konsums auftreten (z.B. als Verkehrsunfall) oder indirekt in Form gesellschaftlicher Sanktionierung (z.B. Strafverfahren im Zusammenhang mit dem Konsum/Besitz illegaler Drogen). Mit Blick auf eine gesundheitliche Schädigung beinhaltet der riskante Konsum das Risiko, dass ein andauernder Konsum zu einer solchen Schädigung führen kann. Während für den Alkoholkonsum (tägliche) Konsummengen an Reinalkohol⁴ definiert sind (vgl. Bühringer, 2000), stehen solche (operationalisierten) Grenzwerte bei illegalen Drogen nicht zur Verfügung.

³ Nachfolgend erfolgt eine Eingrenzung der begrifflichen Erläuterungen auf Konsumformen psychoaktiver Substanzen. Mit Blick auf problematische Verhaltensweisen (z.B. Glücksspiel, Essstörungen) wären z.T. Modifikationen erforderlich.

⁴ Riskanter Konsum von Alkohol: Männer - mehr als 30 bzw. 40 g Reinalkohol pro Tag; Frauen - mehr als 20 bzw. 40 g Reinalkohol pro Tag.

- Unter medizinisch-therapeutischen, insbesondere diagnostischen Gesichtspunkten ist der Begriff des **schädlichen Gebrauchs** bedeutsam. Schädlicher Gebrauch liegt - nach ICD-10 - vor, wenn ein Konsummuster zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum. Die bloße Ablehnung des Konsums oder einer bestimmten bspw. illegalen Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, z.B. Eheprobleme, Inhaftierung (vgl. Dilling u.a., 1999). Bei schädlichem Gebrauch muss folglich eine anhaltende gesundheitliche Schädigung vorliegen. Ein „Kater“ oder ein zeitweiliger Gedächtnisverlust reichen zur Diagnose des schädlichen Gebrauchs ebenfalls nicht aus. Vom o.g. Missbrauchsverhalten ist der diagnostische Begriff des **Substanzmissbrauchs** abzugrenzen. Dieser kennzeichnet - nach dem internationalen Klassifikationssystem DSM-IV - ein Konsumverhalten, das dann vorliegt, wenn innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft:
 - wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt,
 - wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann,
 - wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch,
 - fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme, die durch die Auswirkung der psychoaktiven Substanz verursacht oder verstärkt werden (vgl. Saß u.a., 1996).

Im Diagnosesystem des DSM-IV werden bei der Definition von Missbrauch soziale Folgen des Konsumverhaltens mit einbezogen, was eine Abgrenzung zum riskanten Gebrauch erschwert und gesellschaftliche Konventionen bzw. Reaktionen allein als Definitionskriterium einer psychischen Störung zulässt.

- Von **abhängigem Konsum** wird dann gesprochen, wenn ein rezidivierender schädlicher Gebrauch vorliegt (vgl. Tretter, 2000). Im Klassifikationssystem des ICD-10 ist abhängiger Konsum als **Abhängigkeitssyndrom** definiert, das dann vorliegt, wenn innerhalb des letzten Jahres drei der nachfolgenden Kriterien vorhanden waren:
 - starker Wunsch oder Zwang, psychoaktive Substanzen zu konsumieren,
 - verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
 - ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
 - Nachweis einer Toleranz (Dosissteigerung),
 - fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz,
 - anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen in Form körperlicher und/oder psychischer Gesundheitsschädigungen (vgl. Dilling u.a., 1999).

Charakteristische Kennzeichen von Abhängigkeit sind dabei das starke Verlangen nach Wiederholung des Konsums sowie der innere Zwang hierzu. Abhängigkeit

kann von einer psychoaktiven Substanz oder einer Gruppe unterschiedlicher Substanzen bestehen.⁵ Die Begriffe **Drogensucht** und **Drogenabhängigkeit** werden synonym verwandt, wobei unter den gemeinsamen Oberbegriff unterschiedliche Typen subsumiert werden (z.B. Morphintyp, Cannabistyp). Die Kriterien dieser Unterscheidung sind dabei wenig transparent (vgl. Scheerer, Vogt, 1989).

Unterschieden werden muss zwischen einer **körperlichen/physischen** und **psychischen Abhängigkeit**. Erlebte Merkmale treten insbesondere dann auf, wenn beim Absetzen oder der Minderung der Menge oder Frequenz der psychoaktiven Substanz Entzugerscheinungen auftreten. Diese können körperlicher (z.B. Schmerzzustände und vegetative Erscheinungen wie bspw. Zittern, Herzjagen) oder psychischer Natur (z.B. Zwang zum Konsum, Angst, depressive Verstimmung) sein.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 18. Juni 1968 **Sucht** als einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand definiert, der sich im Verlust der Selbstkontrolle und in krankhafter Abhängigkeit vom Suchtmittel im Nicht-mehr-aufhören-Können zeigt. Mit der Definition von **Sucht als Krankheit** wurden die (sozialrechtlichen) Voraussetzungen für Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken im Rahmen der Zuständigkeit der gesetzlichen Sozialleistungsträger geschaffen.

2.3 Aufgaben der Sekundär- und Tertiärprävention

Während in den 70er und 80er Jahren vor allem der Begriff **Drogenprävention** verwendet wurde, wird er heute zunehmend durch den weiteren Begriff der **Suchtprävention** ersetzt. Dies geht mit einer Veränderung des Verständnisses von Sucht und Abhängigkeit sowie mit einer veränderten Zieldefinition der Prävention einher. Früher hatte der Begriff der Drogenprävention vor allem zum Ziel, den (illegalen) Drogenkonsum zu verhindern. Der Begriff der Suchtprävention steht hingegen eher für eine Stärkung protektiver Kompetenzen des Individuums und zielt gleichermaßen auf legale wie illegale Suchtmittel ab. Darüber hinaus will Suchtprävention nicht nur substanzgebundenen Abhängigkeiten entgegenwirken, sondern auch sog. nicht-stoffgebundenen Suchtformen wie Spiel-, Kauf- oder Arbeitssucht (vgl. Uhl u. Springer, 2002). Sie hat das Ziel, durch geeignete Maßnahmen dem Mißbrauch von abhängigkeiterzeugenden Substanzen sowie nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten der Menschen zuvorzukommen. Die Ausweitung des Sucht- und Drogenbegriffs und die damit einhergehende Ausrichtung der Praxis führten in der Vergangenheit jedoch zu einer immer stärkeren Ähnlichkeit mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung, so dass die Forderung nach deutlicherer Profilbildung und einer Beschränkung auf suchtpreventive Kernaufgaben erhoben wurde (Harten, 1996). Freitag (2001) sieht diesen Prozess des Übergangs von der Drogen- über die Suchtvorbeugung hin zur Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund einer gleichzeitig vorgenommenen Veränderung des Krankheitsbegriffs in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften. Danach wird Krankheit nicht länger als statischer Zustand, sondern als kontinuierlicher, wechselhafter Prozess verstanden, dessen begriffliche Schattierungen vielfältiger sind als die herkömmliche Dichotomie „krank“ vs. „gesund“. Der Begriff der Gesundheitsbalance bringt dieses neuartige Verständnis bildhaft zum Ausdruck. Im Bereich der Suchtprävention ist diese Vorstellung von Gesundheit und der Funktion von Prävention bislang nur teilweise aufgenommen worden. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Hinwendung auf Konzepte der Kompetenzförderung (Life

⁵ Hinsichtlich der Unterschiede in der Klassifikation von Abhängigkeitserkrankungen zwischen ICD-10 und DSM-IV wird auf die Abbildungen 2 und 3 verwiesen, die sich im Anhang zu diesem Bericht befinden.

Skills) (Freitag, 1999). Der Lebenskompetenzförderungsansatz („Life-Skills-Approach“) stellt einen überwiegend substanzunspezifischen Ansatz dar, denn er ist auf die Entwicklung allgemeiner individueller und sozialer Kompetenzen ausgerichtet, die nicht nur für den Gesundheitsbereich Bedeutung haben, sondern helfen sollen, den Alltag insgesamt und die damit verbundenen Anforderungen besser bewältigen zu können.

Die aktuelle fachwissenschaftliche Debatte über Drogenprävention orientiert sich jedoch nach wie vor an der klassischen medizinischen Dreiteilung von Caplan (1964), der zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention differenzierte. Diese Einteilung orientiert sich an der Krankheitsgenese und beschreibt unterschiedliche Interventionszeitpunkte und -ziele.

Primäre Prävention (Suchtvorbeugung i.e.S.) wird als Krankheits- bzw. Problemverhütung verstanden und zielt darauf ab, langfristig Inzidenzraten von Erkrankungen zu senken. Sie setzt damit weit im Vorfeld einer Störung oder eines spezifischen Krankheitsbildes ein und richtet sich meist an eine Gesamtpopulation (z.B. Kinder und Jugendliche) und nicht an spezifische Risikogruppen (Schmidt, 2001).⁶

Die **sekundäre Prävention** wird als Krankheitsfrüherkennung verstanden. Durch frühzeitige Identifikation und Diagnose sollen Krankheitsfälle bereits im Frühstadium erkannt bzw. dem Behandlungssystem zugeführt werden. Damit sind demnach insbesondere Maßnahmen gemeint, die geeignet sind, die Krankheitsentwicklung zu stoppen bzw. rückgängig zu machen. Außerdem richten sich diese vor allem an latent oder bereits manifest Gefährdete, also an Risikogruppen, die auf Grund ihrer Lebenslage oder ihres bereits festzustellenden Suchtmittelkonsums als gefährdet eingeschätzt werden.⁷ Mit Blick auf den Drogenkonsum rückt damit die Frage nach dem Übergang von einem weniger gesundheitsschädlichen und sozial verträglichen Konsum zu einem schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch in den Vordergrund. Der Fokus der Maßnahmen und Interventionen liegt dabei neben der frühzeitigen Erkennung auf dem Einsatz geeigneter Maßnahmen der Frühintervention. Die Ziele sekundärpräventiver Programme bestehen deshalb vorrangig darin, eine Verfestigung und Ausweitung des Konsums (auf andere Drogen, auf höhere Dosen) zu verhindern und solche Personen, die den Konsum wieder beenden wollen, in ihren Ausstiegsabsichten zu unterstützen. Daneben wird im Rahmen einer sekundärpräventiven Drogenarbeit im Bereich der Party- und Tanzkultur eine niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Strategie verfolgt (BZgA, 2002). Aus dieser Haltung heraus enthalten die meisten dieser Programme beispielsweise Informationen darüber, wie ein weniger riskanter Konsum illegaler Drogen stattfinden kann. Solche Hinweise auf einen risikoärmeren Konsum psychoaktiver Substanzen werden auch mit den Begriffen „Harm Reduction“ oder „safer Use“ beschrieben. Nicht alle Programme orientieren sich jedoch an den gleichen Zielvorgaben: In Abhängigkeit von einer abstinenz- vs. akzeptanzorientierten Grundhaltung können demnach stark unterschiedliche Ziele genannt werden. Häufig variiert die Betonung bestimmter Aspekte, etwa wenn in abstinenzorientierten Programmen zumindest die Reduktion des Konsums, wenn nicht sogar der Ausstieg aus dem aktuellen Drogenkonsum als vordringliches Ziel definiert wird. In der Präventionspraxis kann jedoch meist nicht eindeutig zwischen primär- und sekundärpräventiven Aspekten unterschieden werden, da die angesprochenen Zielgruppen meist sehr heterogen sind, also sowohl Abstinente, Probierer und regelmäßige Konsumenten umfassen.

⁶ vgl. hierzu auch Suchtprävention in Sachsen „mitteilen, lernen, vertrauen“ - Analyse 2000, 2001, S. 6 und Erster Sächsischer Landesplan zur primären Suchtprävention, 2001, S. 5 f.

⁷ vgl. Erster Sächsischer Landesplan zur primären Suchtprävention, 2001, S. 6

Die **tertiäre Prävention** hat das Ziel, die Chronifizierung eines vorhandenen Krankheitsbildes zu vermeiden und die damit verbundenen Folgeprobleme zu mildern. Im Zusammenhang mit Suchterkrankungen werden hierunter vor allem die Rückfallprävention und die Vermeidung fortschreitender sozialer und physischer Verelendung verstanden.⁸ Die inhaltlichen Gemeinsamkeiten mit den Begriffen Therapie und Nachsorge haben jedoch dazu geführt, in der Praxis auf den Begriff tertiäre Prävention zu verzichten. Für die hier behandelten Fragestellungen ist es dienlich, die Tertiärprävention als Aufgabenbereich zu verstehen, der der Suchthilfe zufällt. Auch im tertiärpräventiven Bereich werden Maßnahmen aus dem Bereich der „Use Reduction“ beziehungsweise in neuerer Zeit der „Harm Reduction“ angewandt (Schmidt, 2001). Mit den Methoden zur Konsumreduktion (Use Reduction) ist die Intention verbunden, die Menge und Häufigkeit des Substanzkonsums zu verringern. Methoden der Schadensbegrenzung (Harm Reduction) verfolgen den Zweck, die negativen Konsequenzen, die aus der Drogensucht folgen, zu begrenzen. Primäres Ziel der Tertiärprävention ist es deshalb heute nicht mehr vorrangig, Gesundheit im Sinne der Drogenabstinenz herzustellen, sondern vielmehr die Belastungen zu reduzieren und Unterstützungsleistungen zur Bewältigung des Alltags zu geben. Die Zielpopulation tertiärpräventiver Maßnahmen sind demnach in aller Regel manifest abhängige Personen. Weitere Angebote der Tertiärprävention, die sich an diesen Personenkreis richten, sind Kurzinterventionen, die ambulante Versorgung, Tageskliniken, Betreutes Wohnen, stationäre Klinikaufenthalte sowie die Nachsorge.

3 DROGENKONSUM IN SACHSEN SOWIE IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN

3.1 Ausgewählte Daten zum Drogenkonsum

Im aktuellen gesundheitspolitischen Diskurs wird eine realitätsnahe Einschätzung von Prävalenz- bzw. Inzidenzraten in der Bevölkerung immer wichtiger. Um den Bedarf an Prävention und Hilfen in einer Region zu bestimmen, ist die Kenntnis epidemiologischer Daten von großer Bedeutung. Mit Blick auf den Freistaat Sachsen muss dabei (derzeit) von folgender Situation ausgegangen werden:

- Bis auf wenige Ausnahmen liegen keine sachsenspezifischen Angaben vor.
- Im Rahmen der sekundäranalytischen Auswertung ist eine Annäherung an die Situation in Sachsen hinsichtlich des Konsums (illegaler) psychoaktiver Substanzen nur möglich, indem auf (repräsentative) Daten aus landes- bzw. bundesweiten Studien zurückgegriffen wird.

Generell muss dabei beachtet werden, dass die Verbreitung des Konsums psychoaktiver Substanzen von regionalen Rahmenbedingungen und Besonderheiten beeinflusst wird. Unterschiede zwischen Stadt und Land spielen dabei ebenso eine Rolle wie historisch-kulturell bedingte regionale Konsumgewohnheiten.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung zugenommen hat. Dabei ist allerdings eine differenzierte Betrachtung notwendig, da die Gruppe der illegalen Drogen sich aus Drogen mit stark **unterschiedlichem Gefährdungs- und Risikopotential** zusammensetzt (s. Abschnitt 2.1). Außerdem

⁸ vgl. ebenda, S. 6

ist der Konsum illegaler Drogen - stärker als bei legalen Drogen - von ein- bzw. mehrmaligem Probiervershalten und lebensgeschichtlich bedingten Veränderungen der Konsumbereitschaft geprägt. Tab. 1 zeigt die Konsumerfahrung von 18- bis 59-Jährigen in Ostdeutschland.

Tab. 1: Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - Lebenszeitprävalenz (unter den 18- bis 59-Jährigen) in Ostdeutschland nach ausgewählten Altersgruppen (Angaben in %)

Substanzen	Altersgruppen				
	Insgesamt	18 - 20	21 - 24	30 - 39	40 - 49
Cannabis	10,8	33,7	27,8	8,8	2,8
andere Drogen als Cannabis	3,2	7,4	7,4	2,7	1,1
Kokain	1,6	3,9	1,9	1,0	0,3
Heroin	0,4	0,9	1,0	/	/
Illegale Drogen insgesamt	11,0	34,5	29,4	9,3	3,0

Quelle: Kraus u. Augustin, 2001

Wie die Ergebnisse der Repräsentativerhebung (2000) zeigen, haben 11 % aller befragten Personen in Ostdeutschland Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen, wobei diese überwiegend im Konsum von Cannabis bestehen (10,8 %). Demgegenüber fällt der Anteil der Personen mit Konsumerfahrung mit anderen illegalen Drogen, insbesondere mit Kokain und Heroin deutlich geringer aus (1,6 % bzw. 0,4 %). Bezieht man das Alter in die Betrachtung ein, fällt auf, dass in Ostdeutschland Personen die jünger als 30 Jahre sind, vergleichsweise häufiger Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen haben als ältere Menschen.

Ein Vergleich des Konsums illegaler Drogen zwischen Ost- und Westdeutschland zeigt dann auch, dass sich die Lebenszeitprävalenzen deutlich unterscheiden. In Westdeutschland liegt diese bei 21,8 %. Der Unterschied ist dabei im wesentlichen verursacht durch die deutlich höheren Prävalenzen des Drogenkonsums in der älteren Bevölkerung Westdeutschlands (z.B. 17,5 % unter den 40- bis 49-Jährigen). Demgegenüber bestehen bei jüngeren Personen kaum Unterschiede. So haben in Westdeutschland lediglich 3,5 % mehr Personen (38,0 %) unter den 18- bis 20-jährigen Konsumerfahrungen aufzuweisen als in Ostdeutschland.

Legt man die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zugrunde, gibt es unter den 18- bis 59-Jährigen in Sachsen rund 263.620 Personen mit Konsumerfahrungen mit Cannabis, rund 78.110 Personen mit anderen illegalen Drogen.

Das Konsumverhalten bei illegalen Drogen hat sich in den letzten Jahren auch in Ostdeutschland deutlich verändert - wie ein Blick auf die relevante Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen zeigt. Baumgärtner (1998) hat im Rahmen einer Studie zum Substanzkonsum von Studenten feststellen können, dass annähernd 40 % der Leipziger Studierenden eine zumindest einmalige Erfahrung mit Cannabis und etwa 8 % mit Ecstasy aufwiesen.

Tab. 2: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990 - 2000 (18- bis 29-Jährige) in Ostdeutschland (Angaben in %)

Substanzen	Jahr				
	1990	1992	1995	1997	2000
Cannabis	1,6	3,6	11,9	13,2	29,1
Ecstasy	/	/	2,7	2,4	6,5

Quelle: Kraus u. Augustin, 2001

Nach der Wende hat der Konsum illegaler Drogen vor allem bei jüngeren Menschen in Ostdeutschland stetig zugenommen. Wie aus Tab. 2 hervorgeht, wurden dabei vor allem Konsumerfahrungen mit Cannabis gesammelt, wobei insbesondere seit 1997 der Anteil der Cannabiserfahrenen in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen besonders stark angestiegen ist. Diese Zunahme der Cannabiskonsumenten unter Jugendlichen und Heranwachsenden kann auch in den alten Bundesländern beobachtet werden.

Dass der Konsum illegaler Drogen häufig mit ein- bzw. mehrmaligem Probierverhalten einhergeht bzw. auf bestimmte Lebensabschnitte begrenzt ist, wird deutlich, wenn man das Konsumverhalten in den letzten zwölf Monaten betrachtet. Die **12-Monats-Prävalenz** ist in besonderer Weise geeignet aktuelle drogenkonsumbezogen Belastungen auszudrücken. Tab. 3 zeigt die 12-Monats-Prävalenz in den neuen Bundesländern.

Tab. 3: Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - 12-Monats-Prävalenz (unter den 18- bis 59-Jährigen) in Ostdeutschland nach ausgewählten Altersgruppen (Angaben in %)

Substanzen	Altersgruppen				
	Insgesamt	18 - 20	21 - 24	30 - 39	40 - 49
Cannabis	4,9	25,3	11,6	3,1	0,6
andere Drogen als Cannabis	1,3	4,4	4,5	0,6	0,3
Kokain	0,7	3,1	1,0	0,4	/
Heroin	0,1	0,9	1,0	/	/
Illegale Drogen insgesamt	5,2	25,3	13,6	3,1	0,8

Quelle: Kraus u. Augustin, 2001

Der Konsum illegaler Drogen ist u.a. verbunden mit einem Probier- und Experimentierverhalten im Jugendalter. Während sich die Quoten der 12-Monatsprävalenz insgesamt gegenüber der Lebenszeitprävalenz halbieren (vgl. Tab. 1), ist sie in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen vergleichsweise hoch. Immerhin hat gut jede vierte Person dieser Altersgruppe in den letzten zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt illegale Drogen (vornehmlich Cannabis) konsumiert. Ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland zeigt, dass - bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz - keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Landesteilen bestehen (25,3 % vs. 25,6 %). Interessant ist auch, dass andere illegale Drogen als Cannabis in Ost- und Westdeutschland im 12-Monatszeitraum gleich häufig konsumiert werden (je 1,3 %), was mit Blick auf die Situation in Ostdeutschland vor allem mit einem leicht höheren Anteil von Ecstasykonsumenten einhergeht (0,8 % vs. 0,6 %). Dieser ist vor allem in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen in Ostdeutschland ausgeprägter als in Westdeutschland (3,1 % vs. 1,8 %).

Dass vor allem Jugendliche und Heranwachsende in Ostdeutschland in vergleichbarer Weise Drogen wie Cannabis und Partydrogen (z.B. Ecstasy, Amphetamine, LSD) konsumieren wie ihre westdeutschen Altersgenossen, macht auch eine Betrachtung der **Konsumfrequenz** deutlich. Bei der 12-Monats-Frequenz illegaler Drogen haben bspw.

in der Tendenz häufiger Personen aus Ostdeutschland 20mal und mehr illegale Drogen konsumiert als Westdeutsche (z.B. Amphetamine 20- bis 59mal: 26,7 % vs. 12,1 %). Der Trend zur Angleichung der Konsumgewohnheiten, aber auch zu Unterschieden in der Entwicklung zwischen Ost- und Westdeutschland zeigt sich auch, wenn drogenunerfahrene Personen nach ihrer Probierebereitschaft befragt werden. Auch hier erklären inzwischen tendenziell mehr Ostdeutsche ihre Bereitschaft, illegale Drogen auszuprobieren als Westdeutsche (vgl. Kraus u. Bauernfeind, 1997; Kraus u. Augustin, 2001).

Wegen des engen Zusammenhangs von illegalem Drogenkonsum und dem Probiere- und Experimentierverhalten von Jugendlichen und Heranwachsenden sowie wegen der damit einhergehenden Bedeutung zielgruppen- und interventionsspezifischer Prävention wird nachfolgend auf deren Konsumverhalten vertiefter eingegangen. Tab. 4 zeigt die bisherigen Konsumerfahrungen in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen.

Tab. 4: Konsum illegaler Drogen (12- bis 25-jährige Jugendliche) nach Regionen und Personenmerkmalen (Angaben in %)

	Lebenszeitprävalenz	12-Monats-Prävalenz	aktueller Konsum*	regelmäßiger Konsum**	Drogen angeboten bekommen
West	28	13	5	3	49
Ost	24	12	4	2	43
Deutschland	27	13	5	3	48
Männlich	30	15	6	3	54
Weiblich	24	11	4	2	41
12 bis 17 Jahre	14	10	3	2	30
18 bis 25 Jahre	37	15	6	4	61

* aktueller Konsum = zum Zeitpunkt der Befragung werden Drogen konsumiert

** regelmäßiger Konsum = in den letzten 12 Monaten mehr als 10 mal illegale Drogen konsumiert

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Repräsentativerhebung, 2001

In Ostdeutschland hat knapp jeder vierte zwölf- bis 25-Jährige Erfahrungen im Konsum illegaler Drogen. Bei 12 % lag in den letzten zwölf Monaten ein Drogenkonsum vor und 4 % haben zum Zeitpunkt der Befragung konsumiert. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um einen **gelegentlichen Konsum**. Lediglich 2 % der befragten Personen haben in den letzten zwölf Monaten mehr als zehnmal illegale Drogen konsumiert. Bezogen auf Jugendliche und Heranwachsende bestehen im Hinblick auf die dargestellten Indikatoren des Drogenkonsums kaum Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland⁹. Demgegenüber sind geschlechts- und altersspezifische Unterschiede darstellbar: Jungen konsumieren danach häufiger illegale Drogen als Mädchen. Blickt man auf die Konsumquoten in den angegebenen Altersgruppen, fällt auf, dass mit dem Erreichen der Volljährigkeit die Prävalenzraten deutlich ansteigen. Die Lebenszeitprävalenz (27 %) des Konsums illegaler Drogen ist bei jungen Menschen vor allem durch den Konsum von Cannabis bestimmt (26 %). Dass der Cannabiskonsum in dieser Personengruppe inzwischen ein Alltagsphänomen ist, zeigt sich

⁹ Daten zum Drogenkonsum von 12- bis 25-Jährigen liegen in Sachsen aus dem Jahr 1997 vor (vgl. Platz, 1998). Bereits in dieser Studie wird deutlich, dass sich die epidemiologischen Daten - bezogen auf Cannabis - in der Gruppe jüngerer Konsumenten in Sachsen kaum von den Daten für die Bundesrepublik unterscheiden (z.B. aktueller Konsum: Sachsen 7 %, Deutschland 8 %). Auch die repräsentative Befragung „Jugend '99 in Sachsen“ (vgl. Koch, 2000) stützt in der Tendenz das Ergebnis der anderen Studien, wonach bei illegalen Drogen vornehmlich Cannabis konsumiert wird (von 12 % Konsumenten illegaler Drogen haben 7 % Cannabis konsumiert).

u.a. auch daran, dass fast der Hälfte aller befragten Personen (48 %) bereits einmal eine illegale Droge angeboten worden ist.

Legt man die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zugrunde, gibt es unter den 12- bis 25-jährigen Personen in Sachsen rund 177.617 Jugendliche und Heranwachsende mit Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen und 88.808 Personen, die in den letzten zwölf Monaten illegale Drogen konsumiert haben.

Erstmalig haben die befragten 12- bis 25-Jährigen mit 16,4 Jahren illegale Drogen konsumiert, wobei das **Alter bei Erstkonsum** in den letzten zehn Jahren stetig abgenommen hat. Diese Entwicklung ist weit überwiegend auf den Erstkonsum von Cannabis zurückzuführen. Noch 1993 lag das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Cannabis bei 17,5 Jahren. Bei anderen Substanzen ist demgegenüber seit 1993 das Erstkonsumalter eher leicht angestiegen (z.B. Amphetamine von 17,2 auf 17,6 Jahre; Kokain von 17,3 auf 18,4 Jahre).

Der Drogenkonsum weist neben alters- und geschlechtspezifischen auch deutlich **regionale Unterschiede** auf, wobei insbesondere in großstädtischen Regionen Jugendliche und junge Erwachsene zu höheren Anteilen Erfahrungen mit illegalen Drogen haben. In einer repräsentativen vierjährigen prospektiven Längsschnittstudie kommen Wittchen und Lieb (2000) zum Ergebnis, dass von über 3.000 im Großraum München befragten 14- bis 24-Jährigen (Studienbeginn) 34,9 % jemals irgendeine illegale Droge konsumiert haben, wobei erwartungsgemäß Cannabis mit 33 % den höchsten Wert erzielt, gefolgt von Ecstasy mit 3,1 %. Bei den 17- bis 27-Jährigen (Studienende) hatten im 12-Monats-Zeitraum 25,1 % Cannabisprodukte konsumiert, wobei 13,2 % als regelmäßige Konsumenten (fünfmal oder häufiger) identifiziert wurden. In der Summe hatten 49,1 % der befragten Personen (am Studienende) jemals mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert (v. Sydow, 2001).

Mit Blick auf die neuen Bundesländer zeigt eine repräsentative Studie aus Potsdam (vgl. Bendel u.a., 2002), dass ein bedeutsamer Anteil der befragten 14- bis 18-Jährigen Schüler über Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen, insbesondere mit Cannabis verfügt. Danach haben 32,4 % der Befragten bereits einmal Cannabis, 7 % Pilze, 6,1 % Ecstasy und 4,7 % Kokain konsumiert. Deutlich geringer fällt der Anteil der Personen mit Heroinkonsumerfahrungen (1,0 %) aus. Aktuelle Konsumerfahrungen werden durch die 12-Monats-Prävalenz abgebildet. Danach haben 28,9 % der befragten Jungen und 18,8 % der Mädchen im Jahreszeitraum Cannabis konsumiert. Es fällt auf, dass die befragten Personen vergleichsweise früh erstmalig illegale Drogen konsumiert hatten (z.B. Cannabis mit 14,2, Ecstasy mit 14,5 und Kokain mit 15,4 Jahren). Darüber hinaus zeigen die Studienergebnisse, dass die Konsumhäufigkeit Potsdamer Schüler deutlich über den Ergebnissen der bundesweiten Repräsentativerhebung liegt. Immerhin haben 23,3 % der Befragten angegeben, täglich oder mehrmals in der Woche Cannabis zu konsumieren.

Da im Zusammenhang mit primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen/Aktivitäten die Frage des Alters bei Erstkonsum von (illegalen) Drogen bedeutsam ist, soll nachfolgend geprüft werden, ob ggf. das Alter bei Erstkonsum regionale Unterschiede aufweist. Hierzu werden Daten der EBIS-Jahresstatistik 2001 nach alten und neuen Bundesländern sowie Sachsen verglichen (siehe Anhang). In Tab. 5 werden zu ausgewählten Hauptdiagnosen die Anteile derjenigen Klienten gegenübergestellt, deren Alter beim Erstkonsum der jeweiligen Substanz auf die Altersgruppen unter 18 Jahre entfiel.

Tab. 5: Alter bei Erstkonsum bis unter 18 Jahre nach Hauptdiagnosen im Regionenvergleich (Angaben in %)

Region	Cannabinoide	MDMA	Kokain	Heroin
Westdeutschland	80,7	57,7	30,3	32,8
Ostdeutschland	82,2	66,2	54,2	49,8
Sachsen	83,9	62,4	54,8	44,2

Quelle: Strobl u.a., 2001

Wie Tab. 5 zeigt, sind unter den Klienten der ostdeutschen und sächsischen Sucht- und Drogenberatungsstellen deutlich mehr Personen, die bei Erstkonsum von Kokain und Heroin noch Kinder bzw. Jugendliche waren, als dies bei der Klientel der Sucht- und Drogenberatungsstellen in Westdeutschland der Fall ist. Demgegenüber besteht beim Erstkonsumalter bei Cannabinoiden kaum ein Unterschied zwischen den beiden Landesteilen. Diese Befunde können zusammen mit den Ergebnissen der Potsdamer Repräsentativerhebung dahingehend interpretiert werden, dass drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche in den neuen Bundesländern tendenziell früher mit dem Konsum von Heroin, Kokain oder MDMA beginnen als die vergleichbare Personengruppe in Westdeutschland.

3.2 Rauschgiftdelikte, erstauffällige Konsumenten harter Drogen¹⁰, Drogentote

Die Folgen des Drogenkonsums sind u.a. über die mit Beschaffung und Handel einhergehenden Delikte darstellbar. Die **Anzahl der Rauschgiftdelikte** lag in Sachsen im Jahr 2000 bei 143 Delikten pro 100.000 Einwohner (vgl. Arm, 2001), was einer Gesamtzahl von 6.329 Delikten entspricht (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: (Belastungs-)Indikatoren zu den Folgen des Drogenkonsums nach Bundesländern (2000)

Indikator	Bundesländer					Vergleich neue/ alte Bundesländer
	Sachsen	Thüringen	Brandenburg	Mecklenburg - Vorpommern	Sachsen-Anhalt	
Rauschgiftdelikte (Anzahl pro 100.000 Einwohner)	143	195	224	172	243	190/319
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	473	827	690	308	530	k.A./ 22.584
Drogentote (Anzahl und Belastungszahl pro 100.000 Einwohner)	9/ 0,2	9/ 0,4	3/ 0,1	7/ 2,6	6/ 0,2	k.A./ 2.030/2,5

Quelle: Arm, 2001

Damit hat Sachsen von allen Bundesländern die geringste Belastung mit Rauschgiftdelikten. In den neuen Bundesländern stieg die Zahl der Delikte in den letzten Jahren an, liegt aber immer noch deutlich unter der Zahl der Delikte in den alten Bundesländern (vgl. Tab. 6). Zu beachten ist dabei, dass es sich bei Rauschgiftdelikten überwiegend

¹⁰ In den nachfolgend als Quelle genannten Veröffentlichungen von Arm, 2001 bzw. dem Landeskriminalamt Sachsen, 2002 wird von harten Drogen gesprochen, wobei darunter alle illegalen Drogen außer Cannabis verstanden werden.

gend um Handelsdelikte im Zusammenhang mit Cannabis handelt (vgl. Simon u.a., 1999).

Im Jahr 2001 hat die Anzahl der polizeilich erfassten Rauschgiftdelikte von 8.256 gegenüber dem Vorjahr mit 29,2 % deutlich zugenommen (Häufigkeitszahl 185). Wie in den Vorjahren steht ein Teil der Delikte im Zusammenhang mit Erwerb und Besitz von Cannabis (2.107). Demgegenüber hat die Polizei in Sachsen gegenüber dem Vorjahr erheblich mehr Delikte im Zusammenhang mit Amphetaminen und Ecstasy registriert (plus 54 % bzw. 64 %). Die Zuwachsraten anderer Drogen liegen deutlich unter diesen Werten (z.B. Heroin: plus 15 %). 60 % der Tatverdächtigen sind jünger als 21 Jahre alt, was mit den o.g. epidemiologischen Daten korrespondiert (vgl. Landeskriminalamt Sachsen, 2002). Unter regionalen Gesichtspunkten fällt auf, dass der Anstieg der Delikte vor allem im Regierungsbezirk Leipzig stark ausgefallen ist (von 2.076 auf 3.055 Delikte). Wie insgesamt in Deutschland sind von der Rauschgiftkriminalität vor allem Großstädte und deren Umfeld betroffen. In Leipzig wurden 406 und in Dresden 221 Fälle registriert (vgl. Landeskriminalamt Sachsen, 2002).

Die Strafverfolgungsstatistik des Freistaats Sachsen weist im Jahr 2001 eine Zahl von **1.280 Aburteilungen in Betäubungsmittelstrafsachen** aus. Damit ist seit Mitte der 90er Jahre (z.B. 1995: 149) die Zahl der Aburteilungen stark angestiegen. Bei den 1.106 Verurteilten handelt es sich bei knapp jedem Zweiten (48,4 %) um einen Jugendlichen bzw. Heranwachsenden, wobei von 410 nach Jugendstrafrecht Verurteilten nur 131 zu Jugendstrafen i.d.R. auf Bewährung verurteilt worden sind (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Justiz, 2002).

Einen weiteren bedeutsamen Indikator zur Beschreibung drogenbezogener Probleme stellt die Anzahl der **polizeilich erstauffälligen Konsumenten** harter Drogen dar. Im Jahr 2000 wurden in Sachsen 473 Erstkonsumenten harter Drogen (= illegale Drogen außer Cannabis) polizeilich registriert. Die Mehrzahl der registrierten Personen war mit Heroin auffällig (242), gefolgt von Amphetaminen (178) sowie mit deutlichem Abstand mit Ecstasy (48) und Kokain (40) (vgl. Tab. 6). Im Jahr 2001 war mit 380 Personen ein deutlicher Rückgang bei den polizeilich erstauffälligen Konsumenten harter Drogen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen, was vor allem mit der Abnahme von Heroinkonsumenten zusammenhängt (vgl. Landeskriminalamt Sachsen, 2002).

Schließlich ist die **Zahl der Rauschgifttoten** ein wichtiger Indikator zur Einschätzung der Drogenproblematik. Im Jahr 2000 starben in Sachsen neun Personen im unmittelbaren Zusammenhang mit Drogenkonsum. Mit einer Belastungszahl von 0,2 Rauschgifttoten pro 100.000 Einwohner starben damit in Sachsen wie auch in Sachsen-Anhalt bundesweit am wenigsten Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums (vgl. Tab. 6). Im Jahr 2001 sind in Sachsen elf Menschen im Zusammenhang mit Drogenkonsum gestorben. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag bei nur 21,3 Jahren.

4 DROGENKONSUM SPEZIFISCHER KONSUMENTENGRUPPEN

4.1 Ausgewählte Forschungsergebnisse

Nachdem im Abschnitt 3.1 eine Übersicht über die Verbreitung des Substanzkonsums in der „Normalbevölkerung“ dargestellt wurde, gilt es nachfolgend, auf einige für die Planung und Konzipierung präventiver und kurativer Maßnahmen relevante Aspekte einzugehen. Hierbei geht es zum einen darum, einige grundlegende Anmerkungen

zum Drogenkonsum im Jugendalter zu machen (vgl. Abschnitt 4.1.1), um dann auf den Konsum von Cannabis differenzierter einzugehen (vgl. Abschnitt 4.1.2). Wie oben gezeigt werden konnte, sind Cannabisprodukte im Hinblick auf den Verbreitungsgrad von besonderer Bedeutung. Damit zielgruppennahe Maßnahmen der Prävention und Intervention entwickelt werden können, gilt es zum anderen, das Drogenkonsumverhalten spezifischer Szenen darzustellen. Zum einen betrifft dies den Konsum von Partydrogen (vgl. Abschnitt 4.1.3) zum anderen den Konsum von Opiaten (vgl. Abschnitt 4.1.4).

4.1.1 Drogenkonsum im Jugendalter

Wie weiter oben gezeigt werden konnte (vgl. Abschnitt 3.1.), hat sich im Verlauf der letzten drei Jahrzehnten die Prävalenz des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung erhöht. Differenzierte epidemiologische Arbeiten zeigen jedoch, (1.) dass der Konsum illegaler Drogen insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vergleichsweise weit verbreitet ist und (2.) dass der überwiegende Teil dieser jungen Menschen den Konsum illegaler Substanzen im Zusammenhang mit der Übernahme von Erwachsenen-Rollen (Yamaguchi & Kandel, 1985, Newcomb & Bentler, 1987) zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr wieder einstellt. Neueren entwicklungspsychologischen Arbeiten zufolge (Moffitt, 1993) muss zwischen einem auf das Jugendalter begrenzten Drogenkonsum einerseits und einem längerfristigen chronischen Substanzkonsum andererseits unterschieden werden. Dabei ist der über viele Jahre anhaltende Drogenkonsum als Indikator für ein Problemverhalten bzw. als ein Ergebnis eines spezifischen risikoakkumulierenden Prozesses zu verstehen, der schon in der Kindheit einsetzt. Ausgangspunkte für eine derartige Entwicklung können eine genetische Disposition zu neuro-psychologischen Störungen, motorische und kognitive Entwicklungsstörungen und/oder ein „schwieriges“ Temperament (geringe Aufmerksamkeitsspanne, Hyperaktivität, geringe Frustrationstoleranz, aggressive/antisoziale Tendenzen) sein.

4.1.2 Der Konsum von Cannabis

Epidemiologische Forschungsarbeiten, die Aussagen über die Verbreitung von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung zulassen, liegen in Deutschland bislang kaum vor. Nach den Ergebnissen einer repräsentativ angelegten Studie aus München und dem Münchner Umland (Wittchen et al., 1996) kann davon ausgegangen werden, dass etwa 8 bis 9 % aller Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 14 und 24 Jahren das diagnostische Kriterium des Cannabismissbrauchs (Lifetime) erfüllen und etwa 4 bis 7 % eine Abhängigkeit von Cannabis (Lifetime) nach DSM-IV entwickeln¹¹. Ein anhaltender (fast) täglicher Konsum von Cannabis dürfte für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung sein (Swift et al., 1998).

In mehreren internationalen Studien wurden Konsumenten von Cannabis im Hinblick auf das Vorliegen einer substanzspezifischen Abhängigkeit nach ICD-10 oder DSM-IV untersucht (Swift et al., 2001; McGee et al., 2000; Troisi et al., 1998). Dabei ermittelte

¹¹ Die Lebenszeitprävalenz einer Alkoholabhängigkeit betrug in der gleichen Studie 6 %, die einer Nikotinabhängigkeit 19 %.

eine australische Forschergruppe bei Cannabisabhängigen folgende Verteilung der Abhängigkeitskriterien (Swift et al., 2001):

- Kontrollverlust (94 %)
- Entzugssymptome (90 %)
- Toleranz (70 %)
- Craving (53 %)
- soziale und berufliche Einschränkungen (44 %)
- Konsum trotz bekannter negativer Konsequenzen (35 %).

Kleiber u.a. (1995) stellen bei 848 aktuell Cannabis konsumierenden Personen, die bis zum Befragungszeitpunkt keine harten Drogen konsumiert hatten, bei 2 % eine Abhängigkeit vom Cannabistyp fest. Dabei geht Abhängigkeit vergleichsweise oft mit Faktoren einher, die als Indikatoren für eine allgemein schlechte psychische Gesundheit gelten können (z.B. geringe Selbstwirksamkeit, geringes Selbstwertgefühl).

Cannabis ist die in der Bundesrepublik Deutschland (wie auch in andern Ländern Westeuropas) am weitesten verbreitete illegale Droge. Etwa jeder vierte junge Mensch im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren hat zumindest einmal Cannabisprodukte konsumiert und 13 % dieser Altersgruppe betreiben einen aktuellen Konsum dieser Substanz.

Schon im Jahr 1977 konnte eine Forschergruppe aus Großbritannien zeigen, dass Cannabiskonsumenten eine relativ heterogene Gruppe darstellen (Kosviner & Hawks, 1977). Für die Einschätzung der gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums dürfte nun entscheidend sein, nach welchem **Muster** Cannabisprodukte individuell konsumiert werden. Was muss man sich nun genau unter einem Konsummuster vorstellen? In der internationalen Forschungsliteratur werden zur Beschreibung von Mustern des Drogenkonsums („Pattern“) unterschiedliche Parameter herangezogen. Das in diesem Zusammenhang am häufigsten herangezogene Maß ist (1.) die Konsumfrequenz, andere Parameter zur Erfassung von Konsummustern sind (2.) die Kombination unterschiedlicher Substanzen sowie (3.) der Verlauf des Konsums über die Zeit. Abschließend sollen im Rahmen dieses Kapitels (4.) die in der Fachöffentlichkeit gängige Unterscheidung von Cannabiskonsummustern skizziert und erläutert werden.

- (1.) Die Frequenz des Cannabiskonsums kann - ausgehend von den vorliegenden Daten einer aktuellen Repräsentativstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (Kraus u. Augustin, 2001) - tatsächlich ein recht heterogenes Bild zeigen (vgl. Tab. 7). Demnach konsumieren knapp zwei Drittel (61 %) aller aktuellen Konsumenten an einem bis zu fünf Tagen pro Monat Cannabis. 21 % der aktuellen Konsumenten jedoch betreiben einen (fast) täglichen Cannabiskonsum.

Tab. 7: Frequenz des Cannabiskonsums¹² (Angaben in %)

Konsumtage im letzten Monat	Anteil aktueller Konsumenten
ein Tag	28,2
zwei bis fünf Tage	32,8
sechs bis neun Tage	7,3
zehn bis 19 Tage	11,2
20 bis 30 Tage	20,6

Im Rahmen einer Untersuchung von „Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der Konsumtage positiv mit der Konsumfrequenz pro Tag korreliert (Kleiber et al., 1996). Ein mehrmals täglicher Konsum von Cannabis ist also unter täglichen Konsumenten deutlich wahrscheinlicher als unter Gelegenheitskonsumenten.

- (2.) Untersuchungen zu den Kombinationen unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen beschäftigen sich mit der Frage, welche Substanzen zusammen oder auch abwechselnd konsumiert werden. Einer Studie aus den 70er Jahre zufolge können Cannabiskonsumern bezüglich ihres Beikonsums anderer Drogen in zwei Cluster aufgeteilt werden: Beikonsum von Amphetaminen und Tranquilizern oder zusätzlicher Konsum von Halluzinogenen (Braucht et al., 1978). Dass derartige Konsummuster aber sehr stark durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst sind, konnte eine Forschungsarbeit zeigen, die etwa 20 Jahre später in sieben Metropolen Europas durchgeführt wurde. Hier zeigte sich, dass sich Cannabiskonsumern in Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien und Zürich hinsichtlich ihres Beikonsums anderer Substanzen deutlich unterscheiden (Tossmann et al., 2001).
- (3.) Untersuchungen über den *zeitlichen Verlauf des Konsums* haben i.d.R. Änderungen der Frequenz des Cannabiskonsums über die Zeit zum Gegenstand gemacht (Maddahian et al., 1985). Im Rahmen eine Studie aus Brasilien wurden 47 Studenten mittels qualitativer Interviews bezüglich ihres Marihuanakonsums über die Zeit befragt (Silva et al., 1989). Dabei konnten vier unterschiedliche Konsumverläufe herausgearbeitet werden:
 - stabile Frequenz (wird zu Anfang mehr und bleibt dann relativ stabil),
 - sinkende Frequenz (wird erst mehr und fällt dann signifikant ab),
 - geringe Frequenz (bleibt von Anfang an relativ stabil),
 - nicht definierbares Konsummuster aufgrund zu kurzer Konsumdauer.

In einer neueren Arbeit haben Kandel & Chen (2000) auf der Grundlage von Daten einer Längsschnittuntersuchung (N = 708) versucht, Gesetzmäßigkeiten im Verlauf des Cannabiskonsums herauszuarbeiten. Zur Bildung von Konsumentengruppen („Cluster“) wurden das Lebensalter beim Erstkonsum von Cannabis, die Gesamtdauer eines (fast) täglichen Konsums und der fortgesetzte Konsum im Erwachsenenalter herangezogen. Im Vergleich der vier Cluster konnte gezeigt werden, dass die Gruppe der Früheinsteiger in den Cannabiskonsum (M = 15,0 Jahre) später zu einem vergleichsweise höheren Anteil einen „härteren“ Drogenkonsum betreibt und mit psychosozialen Problemen konfrontiert ist. Dagegen konnte für die Späteinsteiger (M = 19,1 Jahre) ein moderater Cannabiskonsum festgestellt werden, der spätestens im frühen Erwachsenenalter wieder eingestellt wurde (Kandel & Chen, 2000).

¹² Kraus u. Augustin, 2001

(4.) In der Fachdiskussion hat sich die Differenzierung des Cannabiskonsums in drei Konsummuster durchgesetzt. Unterschieden werden hierbei:

- Probier- bzw. Experimentierkonsum,
- Gelegenheitskonsum,
- Gewohnheitskonsum.

Probier- oder Experimentierkonsum von Cannabis wird in aktuellen Ansätzen zur Drogenkonsumforschung als jugendtypisches und entwicklungsadäquates Verhalten konzipiert (Silbereisen & Reitzle, 1987; Labouvie, 1986). Das Experimentieren mit verschiedenen legalen und illegalen Drogen entspricht einem für Jugendliche typischen Neugierverhalten. Jugendlicher Cannabis-Erstkonsum lässt sich recht gut durch die Neigung zu risikoverbundenen und herausfordernden Verhaltensweisen vorhersagen (Andrucci, 1989; Pedersen, 1991). Wichtige Voraussetzungen für den Probierkonsum sind spezifische soziale Netzwerke, in denen konsumerfahrene Netzwerkmitglieder als Modelle dienen, und in denen zugleich die Verfügbarkeit von Cannabis garantiert ist. Wechselt jedoch nach ersten Erfahrungen mit Cannabis das soziale und räumliche Umfeld des Konsumenten, so kann es zur Einstellung des Konsums kommen. Probierer mit hohem Selbstwert, geringen Selbstzweifeln sowie internaler Kontrollüberzeugung werden nach derzeitigem Forschungsstand den Konsum am ehesten beenden (Bentler, 1987).

Der **Gelegenheitskonsum** von Cannabis ist - wie der Begriff schon sagt - verknüpft mit spezifischen auslösenden Gelegenheiten (z.B. Partys, bestimmte Kinofilme, Lagerfeuer oder ähnliche Freizeitgelegenheiten). In aller Regel geht es dem Gelegenheitskonsumenten um Lustgewinn bzw. darum, das eigene Wohlbefinden (noch) zu steigern, also um ähnliche hedonistische Motive, wie sie im Zusammenhang mit kontrolliertem, sozial integriertem Alkoholkonsum bekannt sind.

Gelegenheitskonsumenten von Marihuana sind im Vergleich zu Konsumenten anderer Drogen stärker davon überzeugt, ihr Leben selbstbestimmt organisieren zu können, teilen im Großen und Ganzen die gesellschaftlich üblichen Werte und Normen und weisen - im Vergleich zu den Konsumenten anderer Drogen - einen relativ hohen sozioökonomischen Status auf (Braucht et al., 1978). Entsprechend ist davon auszugehen, dass Gelegenheitskonsumenten von Cannabis in der Regel psychosozial unauffällige integrierte junge Menschen, also völlig "normale" Mitglieder dieser Gesellschaft sind.

Deutlich stärker als Gelegenheitskonsumenten sind **Gewohnheitskonsumenten** darauf angewiesen, dass die individuelle Verfügbarkeit der Droge gesichert ist bzw. bleibt. Um dies zu garantieren, haben regelmäßige/tägliche Cannabiskonsumanten häufiger Kontakte zu anderen Drogenkonsumenten, weniger Freunde und Bekannte unter Drogenabstinenten, sind dadurch stärker in Drogenszenen eingebunden als Gelegenheitskonsumenten oder gar Drogenabstinenten und haben mithin auch ein größeres Risiko, polizeilich erfasst oder durch schulische Maßnahmen sanktioniert zu werden. Für die Fortsetzung oder das Beenden des Cannabiskonsums scheinen jedoch entgegen manch drogenpolitischer Auffassung die objektive Verfügbarkeit von Cannabis offenbar eine unbedeutendere Rolle zu spielen als persönliche Einstellungen und Werte (Goodstadt et al., 1986).

Gewohnheitskonsum von Cannabis folgt einer anderen Motivlage als gelegentlicher oder experimenteller Konsum. Der Cannabiskonsum bekommt hier einen festen Platz im Vollzug des Alltags und häufig die Funktion, das eigene Wohlbefinden zu regulieren bzw. zu stabilisieren. Gewohnheitskonsumenten konsumieren offenbar weniger situationsgebunden, häufiger konfliktbehaftet und stärker funktionsorientiert als Gelegenheitskonsumenten (Labouvie, 1990). Der Konsum hat die Funktion, Anspannungen

abzubauen bzw. sozialen Hemmungen oder Langeweile entgegenzuwirken (Klonoff & Clark, 1976). Im Gegensatz zu Gelegenheitskonsumenten, die mittels des Cannabiskonsums positive Gefühle verstärken wollen, geht es Gewohnheitskonsumenten offenbar stärker darum, negative Gefühle zu vermeiden (Newcomb et al., 1988).

Gewohnheitsmäßige Cannabiskonsumenten, die mehrmals pro Woche bis zu täglich konsumieren, weisen in Untersuchungen vergleichsweise niedrigere Werte in der Leistungsorientierung auf, verfügen über ein geringeres Durchsetzungsvermögen, haben häufiger Probleme mit der Berufsausbildung und der Arbeit und sind weniger selbstbewusst (Hammer & Vaglum, 1990; Shedler & Block, 1990; Johnson & Kaplan, 1990; Sieber & Angst, 1989; Mayer & Ligman, 1989). Ihr objektives wie subjektives psychisches Wohlbefinden wird allgemein als weniger gut beurteilt (Kandel & Davies, 1992).

4.1.3 Konsum von Partydrogen

Historisch betrachtet findet man den Drogenkonsum von Jugendlichen häufig verknüpft mit spezifischen Jugendkulturen: So war beispielsweise gegen Ende der 60er und zu Beginn der 70er Jahre der Konsum von Cannabis und Halluzinogenen eng verknüpft mit der Hippiekultur und der Flower-Power-Bewegung. Seit Beginn der 90er Jahre ist eine wachsende Popularität der Technokultur bzw. der Technoszene zu verzeichnen. Tanz- und Musik-Veranstaltungen wie die 'Love-Parade' und 'May-Day-Events' verzeichnen stets große Besucherzahlen und längst hat sich rund um die Technokultur in Ballungsgebieten ebenso wie in ländlichen Regionen eine spezifische Freizeit- (Diskotheken, Clubs etc.) und Konsumgüterindustrie (Musik, Zeitschriften etc.) etabliert.

Mehrere Forschungsarbeiten haben in den vergangenen Jahren zeigen können, dass der Konsum illegaler Substanzen im Allgemeinen und der Gebrauch von Partydrogen im Besonderen in der Techno-Party-Szene signifikant weiter verbreitet ist als in einem altersgleichen Ausschnitt der Allgemeinbevölkerung (Ayer et al., 1997; Künzel et al., 1997; Tossmann, 1997; Tossmann & Heckmann, 1997; Tossmann et al., 2001b; Winstock et al., 2001). Definiert man aktuellen Drogenkonsum als Konsum einer illegalen Substanz innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate, so betrieben einer Repräsentativstudie zufolge im Untersuchungsjahr 1997 18,3 % aller 18- bis 20-jährigen Bundesbürger einen aktuellen Konsum von Cannabis und etwa 5 % dieser Altersgruppe haben in den zurückliegenden zwölf Monaten Ecstasy oder Amphetamine zu sich genommen. Unter einer zufällig ausgewählten altersgleichen Stichprobe von Besuchern von Techno-Partys (Tossmann & Heckmann, 1997) findet sich ein Anteil von 47,2 % aktueller Cannabiskonsumenten und mindestens jeder vierte Besucher betreibt einen aktuellen Konsum so genannter Partydrogen (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Jahresprävalenz des Drogenkonsums im Vergleich - Stichprobe der Techno-Studie vs. Repräsentativstichprobe (Angaben in %)

	Altersgruppen			
	18 - 20 Jahre		21 - 24 Jahre	
	Repräsentativ-erhebung*	Techno-Studie**	Repräsentativ-erhebung	Techno-Studie
Cannabis	18,3	47,2	15,9	60,0
Ecstasy	4,9	25,8	4,0	46,1
Amphetamine	4,9	23,9	2,8	39,7
Halluzinogene	3,0	15,0	1,7	32,3
Kokain	2,2	9,9	2,7	21,3
Opiate	2,9	2,5	1,4	3,7

* Kraus u. Augustin, 2001

** Tossman & Heckmann, 1997

Die Frage, ob der Konsum illegaler Drogen in der Party-Szene ostdeutscher Bundesländer ebenso weit verbreitet ist wie in der Hauptstadt, wurde im Rahmen einer im Jahr 1999 durchgeführten Studie zur *Drogenaffinität Jugendlicher in der Techno-Party-Szene in Sachsen-Anhalt* im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalts untersucht (Tossman et al., 1999).

Anhand der vorliegenden Zahlen dieser drei Teilerhebungen, ließ sich verdeutlichen, dass der Drogenkonsum innerhalb der Techno-Party-Szene im überregionalen Vergleich eher ähnlich als unterschiedlich ausfällt. So ist der Konsum illegaler Drogen unter Party-Besuchern in Sachsen-Anhalt ebenso verbreitet wie in Brandenburg und in Berlin, wenngleich die Prävalenz des Substanzkonsums in Berlin am höchsten ausfällt (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Jahresprävalenz illegalen Drogenkonsums nach Bundesland (Angaben in %)

	Sachsen-Anhalt (N = 480)	Brandenburg (N = 490)	Berlin (N = 500)
Cannabis	54,8	63,4	68,5
Ecstasy	33,3	24,8	34,2
Speed	32,8	26,7	36,0
Halluzinogene	20,7	19,8	28,7
Kokain	19,7	19,3	22,3
Opiate	2,3	1,6	2,8

Über den Drogenkonsum in der ostdeutschen Party-Szene konnte im Jahr 1999 festgestellt werden, dass rund zwei Drittel (65 %) Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben und 42 % des Techno-Party-Publikums jemals Entaktogene genommen haben. Einen aktuellen Konsum illegaler Drogen betreiben 46 % der untersuchten Stichprobe. Der Anteil der aktuellen Ecstasykonsumenten lag in Sachsen-Anhalt bei 33,3 %, in Brandenburg bei knapp 25 % und in Berlin bei 34,2 %. Hinsichtlich des Konsums von Kokain war im Jahr 1999 kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsregionen erkennbar.

Wie durch verschiedene Arbeiten gezeigt werden konnte (Ayer et al., 1997; Künzel et al., 1997; Tossman & Heckmann, 1997; Winstock et al., 2001), weisen Besucher von Partys einen vergleichsweise hohen Drogenkonsum auf. Zunächst muss jedoch fest-

gehalten werden, dass der überwiegende Teil aller Konsumenten ausschließlich Cannabis konsumiert. Wie im Rahmen der Arbeit von Tossmann und Heckmann (1997) gezeigt werden konnte, ist der Anteil jener Drogenkonsumenten, die innerhalb des Zeitrahmens eines Monats mehrere (illegale) Substanzen konsumieren, jedoch vergleichsweise hoch (Tossmann & Heckmann, 1997). Demnach betreiben zwei Drittel der in der Party-Szene befragten Drogenkonsumenten (N = 1.674) einen aktuellen Konsum mehrerer Substanzen. Ob es sich hierbei um einen politoxikomanen Konsum, d.h. um einen zeitgleichen Gebrauch unterschiedlicher Substanzen handelt oder diese innerhalb des letzten Monats abwechselnd eingenommen wurden, ist im Rahmen dieser Studie zu klären gewesen. Das am weitesten verbreitete Drogenkombinationsmuster ist Cannabis - Ecstasy - Speed (n = 86) und Cannabis - Ecstasy - Speed - Halluzinogene (n = 72). Ganz offensichtlich ist der Konsum von Ecstasy in Kombination mit Speed (und Cannabis) weitaus häufiger anzutreffen als der alleinige Konsum von Ecstasy. Dies könnte dafür sprechen, dass der Konsum von Entaktogenen vor allem in der Kombination mit Aufputzmitteln attraktiv scheint.

In einer Folgeuntersuchung konnte jedoch eindeutig gezeigt werden (Tossmann et al., 2001b), dass Konsumenten die Droge Ecstasy eher in der Regel als in Ausnahmefällen mit anderen psychoaktiven Substanzen kombinieren. Von insgesamt 1.594 aktuellen Konsumenten von Ecstasy in Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien und Zürich konsumiert ein Anteil von 70,7 % innerhalb eines Zeitfensters von zwölf Stunden zusätzlich Cannabis, etwa jeder zweite Alkohol und fast jeder dritte Ecstasykonsument konsumiert zusätzlich Amphetamine. Dieser Sachverhalt ist insbesondere vor dem Hintergrund interessant, dass in vielen Ländern Europas seit Beginn der 90er Jahre in Form von Infomaterialien auf die besonderen Risiken des Mischkonsums aufmerksam gemacht wurde.

Tab. 10: Mischkonsum von Ecstasy (N = 1.594; Angaben in %)

	6 Stunden vor und/oder nach dem Konsum von Ecstasy	6 Stunden vor dem Konsum von Ecstasy	6 Stunden nach dem Konsum von Ecstasy
Cannabis	70,7	55,5	55,9
Alkohol	66,2	57,3	42,2
Speed	29,3	19,4	20,3
Kokain	25,2	16,2	18,1
Halluzinogene	12,4	7,0	8,7
Opiate	2,9	1,4	2,1

4.1.4 Heroinkonsum

Seit etwa Mitte der 90er Jahre ist bei synthetischen Drogen eine deutliche Zunahme der Provierbereitschaft und des Konsums zu verzeichnen. Betrachtet man jedoch die Drogenforschung und die Drogenhilfe der vergangenen 50 Jahre, so wird erkennbar, dass insbesondere die Droge Heroin die (fach-)öffentliche Diskussion und die Entwicklung eines auf Heroinabhängige zugeschnittenen Hilfesystems prägten. Heroin gehört zu der Substanzgruppe der Opiate und Opioide. Auf dem illegalen Drogenmarkt spielt Heroin nach wie vor eine herausragende Rolle, obwohl die kriminalpolizeilich sichergestellten Mengen in den vergangenen Jahrzehnten stetig abgenommen haben (Dewald, 2003). Während synthetische Drogen immer mehr an Bedeutung gewinnen, wird

unter den illegalen Drogen immer noch mehr Heroin beschlagnahmt. Angesichts dieser Zahlen wäre zu vermuten, dass Heroin auch eine in der Bundesrepublik Deutschland häufig konsumierte illegale Droge ist. Die vorliegenden repräsentativen epidemiologischen Daten zeichnen jedoch ein anderes Bild: Die Werte zur Lebenszeitprävalenz der erwachsenen Normalbevölkerung liegen bei Opiaten unter der 1 %-Schwelle (Kraus & Augustin, 2001). Bei einer repräsentativen Untersuchung von 12- bis 25-Jährigen ergaben sich sogar Werte von unter 0,5 %. Nach Schätzungen ist davon auszugehen, dass es im Jahr 1995 zwischen 126.000 und 152.000 Heroinabhängige gab. Bühringer et al. (1997) schätzen, dass es derzeit etwa 120.000 Personen in der Bundesrepublik Deutschland gibt, die regelmäßig Heroin konsumieren. Seit der Ausweitung der Methadonsubstitution Mitte der 90er Jahre dürfte sich die Zahl der (Lewo-)Methadonpatienten auf mindestens 20.000 bis 29.000 belaufen. Hinzu kommen nach Schätzungen 20.000 Personen, die mit Dihydrocodein substituiert werden (Bühringer et al., 1997), von denen wiederum seit Inkrafttreten der 10. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtmÄndV) eine Mehrheit in eine Methadonbehandlung gewechselt haben dürfte (Weber et al., 2001). Demnach wären bei einer eher konservativen Schätzung der Prävalenzraten 35 % bis 40 % der bundesdeutschen Heroinabhängigen in einer Substitutionsbehandlung.

In den westlichen Industrieländern wird Heroin vorrangig intravenös appliziert. Der nasale Gebrauch und das Inhalieren von erhitztem Heroin werden in der Regel als ein Durchgangsstadium auf dem Weg zum Injizieren von Heroin betrachtet (Berger et al., 1980).

Interessiert man sich für die bisherige Behandlungserfahrung so geht aus Dokumentationsberichten wie z.B. der Auswertung der Basisdokumentation des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems (Schmid et al., 1999) hervor, dass etwa 34 % der aktuellen Opiatkonsumenten (N = 2.203) bisher keine systematische Drogentherapie in Anspruch genommen haben. Um jedoch den Drogenkonsum von Opiatabhängigen der offenen Szene zu erfassen, muss auf Szeneuntersuchungen zurückgegriffen werden. Unbehandelte Opiatkonsumenten, deren Lebens- und Verhaltensweisen sind jedoch selten Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung. Die vorliegenden Untersuchungen zur offenen Drogenszene in Frankfurt und Hamburg (Homann et al., 2000; Kemmesies et al., 1995; Kemmesies et al., 2002) lassen einige Schlussfolgerungen zur Entwicklung des Drogenkonsums, zum aktuellen Konsumverhalten und den sozialen und gesundheitlichen Umständen der Befragten in der jeweiligen Szene zu. Zudem werden durch diese Arbeiten die Konturen der Hilfebedarfe dieser Konsumentengruppe erkennbar.

In der ersten Studie von Kemmesies et al. (1995) liegt das Durchschnittsalter der Befragten in Frankfurt/M. (N = 150) bei 30,6 Jahren, das mittlere Einstiegsalter in den Heroinkonsum wird mit 18,4 angegeben. Fast die Hälfte hat keinen festen Wohnsitz (46 %) und nur 10 % der Drogenabhängigen gehen einer geregelten Beschäftigung nach. Im Durchschnitt geben die Drogenkonsumenten drei körperliche Symptome wie Hepatitis (35 %), Herz-Kreislauf-Beschwerden (23 %), Lungen- (31 %) oder Magen-Darm-Probleme (33 %) an, 26 % sind HIV-positiv. Bei Homann et al. (2000) findet sich hinsichtlich Alter und Einstiegsalter eine insgesamt ähnliche Beschreibung der Konsumenten der Drogenszene am Hamburger Hauptbahnhof, von denen 90 % aktuell Heroin gebrauchen. In der Untersuchung von Prinzleve (2000) zum Hilfebedarf bei obdachlosen Drogenabhängigen der offenen Drogenszene in Hamburg (N = 84; Durchschnittsalter: 30,8 Jahre) waren 50 % innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus stationär behandelt worden, weitere 50 % waren aufgrund eines körperlichen Problems innerhalb der letzten drei Wochen in ärztlicher Behandlung. Über 70 % der Befragten haben eine Hepatitis B- und/oder Hepatitis C-Infektion, keiner der Befragten gab eine HIV-Infektion an. In

ihrer Szenebefragung aus dem Jahr 2002 stellen Kemmesies und Koautoren fest, dass Heroin seine zentrale Position in der offenen Drogenszene zugunsten von Kokain beziehungsweise dessen Derivat Crack abgegeben hat. Einen täglichen Konsum von Kokain/Crack betreiben 51 % der in Frankfurt befragten Drogenkonsumenten, wohingegen 45 % täglich Heroin konsumieren. Und der intravenöse Drogenkonsum hat im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1995 - wegen des erhöhten Crackkonsums - an Bedeutung verloren. Zudem dominieren vermehrt polyvalente Drogenkonsummuster das Drogengebrauchsgeschehen: Unterschiedliche Substanzen werden parallel konsumiert, wobei häufig die Substanzen direkt kombiniert und appliziert werden (Kemmesies et al., 2002). Mit dem Hinweis auf polyvalente beziehungsweise politoxikomane Gebrauchsmuster sind die für die Gruppe der Heroinkonsumenten wichtigen Stichworte des Misch- und Beikonsums angesprochen. Unter Beikonsum versteht man den zusätzlichen Konsum einer oder mehrerer Substanzen zur Substitutionssubstanz, dies betrifft demnach nur Personen, die sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung befinden. Von Mischkonsum hingegen wird dann gesprochen, wenn „mindestens zwei Substanzen mit psychoaktivem Wirkspektrum in einem so engen zeitlichen Rahmen konsumiert werden, dass sich die Rauschwirkungen überlagern“ (Tossmann, 2000, S. 149). Gerade im Interessensgebiet der spezifischen Behandlungsbedarfe treten diese Konsumaspekte in den Vordergrund der Betrachtungen, da angenommen werden kann, dass mit jeder zusätzlich konsumierten Substanz auch die gesundheitlichen Risiken anwachsen. Demnach kann man - jedenfalls aufgrund der Erkenntnisse aus Hamburg und Frankfurt - kaum mehr von einer Opiat-Fixer-Szene sprechen, da zum einen der Crackkonsum immer bedeutsamer wird und zum anderen der überwiegende Teil der behandelten Substitutionspatienten einen Beikonsum von Heroin und/oder anderen Drogen betreibt (vgl. z. B. Gastpar, 2000).

Die Risiken einer nicht-behandelten Opiatabhängigkeit auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene sind nach dem oben Dargestellten als extrem hoch zu beziffern. Insbesondere langjährige Opiatabhängige, die sich in keiner systematischen Behandlung befinden, haben ein überproportional hohes Mortalitätsrisiko und sie sind stark von z.T. chronischen Erkrankungen wie Hepatitis, HIV/Aids und psychiatrischen Erkrankungen betroffen. Meistens lässt sich ihre Lebenssituation zusätzlich durch eine soziale Marginalisierung und eine hohe Delinquenz kennzeichnen.

4.2 Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen in Sachsen

Entsprechend der vorausgegangenen Ausführungen zum Konsum psychoaktiver Substanzen stellt sich für die Drogen- bzw. die Gesundheitspolitik eine Vielzahl von Fragen. Welche Maßnahmen müssen getroffen werden, um dem individuellen Drogenkonsum entgegenzuwirken? Mit welchen präventiven und kurativen Angeboten können die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen des Substanzkonsums möglichst gering gehalten werden. Von wem werden die etablierten Angebote der Suchthilfe angenommen? Welche relevanten Zielgruppen werden bislang noch nicht erreicht?

Die kontinuierliche Bearbeitung derartiger Fragen stellt die Grundlage für eine Suchthilfeplanung dar, die sowohl zielgruppennah als auch ökonomisch ausgerichtet ist. Gerade weil individuelle wie kollektive Verhaltensweisen, soziale Kontexte und der legale wie illegale Drogenmarkt in einer modernen Gesellschaft stetig im Wandel begriffen sind, gilt es, Maßnahmen der Suchtprävention und der Suchthilfe kontinuierlich mit den aktuellen Bedarfen in Einklang zu bringen. Der Begriff einer „bedarfsgerechten Versorgung“ hat in letzter Zeit vor allem in den Beratungen des Sachverständigenrates

zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle erhalten (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Auch im Hinblick auf die Planung suchtspezifischer Hilfen stellt sich die Frage nach dem Bedarf, auch hier sollte eine rationale wissenschaftsbasierte Bedarfsanalyse Grundlage für politische Entscheidungen und die Weiterentwicklung der Suchtprävention und der Suchthilfe sein. Bossong (2000) unterscheidet drei Perspektiven, die zur Bestimmung der Bedarfslage herangezogen werden können (2000):

1. die subjektive Bedürfnislage, die als individuell-subjektive Bedarfslage umschrieben werden kann,
2. die angebotsinduzierte Bedarfslage, welche durch das Vorhalten von Maßnahmen, Einrichtungen usw. Bedarfe erst weckt oder zumindest vermehrt und stabilisiert und
3. die begründete aus Forschung und Professionalität abgeleitete Bedarfslage. In dieser Sichtweise wird ausschließlich danach gefragt, was (...) aus einer objektivierten Sicht unter Zuhilfenahme eines wissenschaftlichen Instrumentariums notwendig ist.

Ogleich die vorliegende Studie nicht explizit mit der Ermittlung des objektiven suchtspezifischen Hilfebedarfs im Freistaat Sachsen befasst war, will sie mit dem reichhaltigen Datenmaterial einen fundierten Beitrag zur konzeptionellen und strukturellen Weiterentwicklung der Sekundärprävention und der Drogentherapie in Sachsen leisten.

4.2.1 Ziele der Teilstudie

Repräsentative länderübergreifende Bundesstudien können für die Weiterentwicklung der Suchtprävention und -hilfe auf der Ebene eines Bundeslandes bzw. von Regionen (nur) eine grobe Orientierung darstellen. Für die landesbezogene Detailplanung jedoch sind regionale Spezifika zu berücksichtigen. Hierzu gehören Kenntnisse über Konsumentengruppen und deren Konsummuster, über den Hilfebedarf und die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen in unterschiedlichen Regionen des Landes.

Mit der vorliegenden Teiluntersuchung wird aus diesem Grund das Ziel verfolgt, die spezifischen Anforderungen an Suchthilfeplanung zu analysieren. Dabei werden insbesondere zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollen - möglichst erschöpfend - die im Freistaat Sachsen praktizierten Drogenkonsummuster beschrieben werden, zum anderen gilt es, die Bedarfe für suchtpreventive Maßnahmen, suchtspezifische Hilfen und die Inanspruchnahme der etablierten Angebote zu erfassen.

4.2.2 Methodisches Vorgehen

Das Erhebungsinstrument

Zur Umsetzung der Untersuchungsfragestellung wurde eine standardisierte Befragung von Drogenkonsumenten durchgeführt. Der hierbei verwendete Fragebogen wurde von hierin geschulten Interviewern kurz erläutert und von den Untersuchungsteilnehmern eigenständig ausgefüllt. Der Erhebungsbogen umfasst fünf Themenbereiche:

Tab. 11: Themenbereiche des verwendeten Fragebogens

Drogenkonsum	Konsumerfahrung Alter beim Erstkonsum Konsumfrequenz Einstellungen zu Drogen und zum Drogenkonsum
substanzinduzierte Störungen	Alkohol-Missbrauch (LAST) subjektive Selbsteinschätzung Alkoholabhängigkeit cannabisbezogene Diagnose (DSM-IV) subjektive Selbsteinschätzung Cannabisabhängigkeit Ecstasybezogene Diagnose (DSM-IV) subjektive Selbsteinschätzung Ecstasyabhängigkeit amphetaminbezogene Diagnose (DSM-IV) subjektive Selbsteinschätzung Amphetamine-/Speedabhängigkeit subjektive Selbsteinschätzung Kokainabhängigkeit subjektive Selbsteinschätzung Opiatabhängigkeit
soziodemographische Merkmale	Alter Geschlecht schulische Bildung Wohnsituation Wohnort etc.
soziale und gesundheitliche Situation	Schuldenstand Delinquenzbelastung chronische Krankheiten Hepatitis, HIV
Inanspruchnahme sucht-spezifischer Hilfen	Kenntnis der Drogen- und Suchtberatungsstellen Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

Der erste Fragebogenkomplex enthält Items mit denen sich die Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz des Drogenkonsums in der Stichprobe erfassen lassen. Darüber hinaus wurden Daten zur Konsumfrequenz und zu allgemeinen Einstellungen gegenüber dem Drogenkonsum erhoben.

Zur Ermittlung des Hilfebedarfs wurden Fragen zur persönlichen Funktion und dem sozialen Kontext des Alkohol- und Drogenkonsums gestellt, um Hinweise auf eine substanzspezifische Diagnose zu erhalten. Sowohl für den Alkohol- als auch für den Drogengebrauch liegt mittlerweile eine Fülle von Diagnoseinstrumenten vor, die auch in Bevölkerungssurveys verwendet werden.

Zur Erfassung von Missbrauch und Abhängigkeit wurden bei den illegalen Drogen die DSM-IV-Kriterien herangezogen (American Psychiatric Association, 1994). Diese umfassen als wesentliche Kriterien den fortgesetzten Konsum trotz anhaltender kognitiver, verhaltensbezogener und physischer Probleme, Toleranzentwicklung, Entzugssymptomatik und zwanghaften Drogenkonsums (vgl. Abschnitt 2.2). Anders als in der Praxis der psychiatrischen Diagnostik basiert die Erfassung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Rahmen der hier durchgeführten Studie auf Selbstangaben der Untersuchungsteilnehmer/-innen.

Eine substanzbezogene Abhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei der sieben Kriterien des DSM-IV erfüllt sind. Die Itemformulierung für die Erfassung der Symptome erfolgte in Anlehnung an die „Repräsentativbefragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000“ (Kraus & Augustin, 2001). Das Kriterium „Toleranzentwicklung“ jedoch blieb bei der Erfassung der substanzbezogenen Ab-

hängigkeit unberücksichtigt, da davon auszugehen ist, dass dieses Kriterium im Rahmen einer einmaligen schriftlichen Befragung nicht angemessen zu erfassen ist.

Die Erfassung negativer Folgen des Alkoholkonsums sowie die Einschätzung akut schädlichen Gebrauchs erfolgte durch den Einsatz des Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Missbrauchs-Screening-Tests (LAST) (Rumpf et al., 1997). Der LAST ist ein Kurzfragebogen mit sieben Items zur Screening-Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen. Das Verfahren enthält Elemente aus zwei international häufig eingesetzten Instrumenten, dem CAGE und dem „Michigan Alcoholism Screening Test“ (MAST). Der auf Selbstaussagen beruhende Fragebogen ist für Bereiche der medizinischen Versorgung entwickelt worden und zeigt gegenüber den Ursprungsverfahren Vorteile im Hinblick auf Sensitivität und Ökonomie. Die Erfassung problematischen Alkoholkonsums - in der medizinischen Grundversorgung, wie auch in der empirischen Gesundheitsforschung - erfordert ein ökonomisches Vorgehen, das auf umfangreiche diagnostische Verfahren verzichtet. So ist seit Anfang der 70er Jahre eine Reihe von Screening-Verfahren entwickelt worden, die auf der Basis von Selbstaussagen der Probanden beruhen. Obgleich eine Tendenz zur Leugnung bei Befragten mit Alkoholproblemen festzustellen ist, haben sich Selbstaussagen als verlässlich und valide erwiesen.

Für die Suchthilfeplanung und die entsprechenden sekundärpräventiven wie kurativen suchtspezifischen Angebote dürfte jedoch auch die subjektive Sicht der Drogenkonsumenten von Relevanz sein. Um die Sicht der Befragten zum eigenen Konsumverhalten sowie zum subjektiven Behandlungsbedarf abzubilden, wurde demnach die Frage gestellt, ob sich die Befragten selbst als abhängig von den jeweiligen Substanzen (Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, Heroin) bezeichnen würden. Wegen des zu erwartenden großen Aufwands - bei gleichzeitiger geringer Aufmerksamkeitsspanne - wurde bei der Befragung von Opiatkonsumenten darauf verzichtet, die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV zu erheben. Bei dieser Gruppe von Untersuchungsteilnehmern wurde gänzlich auf die Erfassung des subjektiven Abhängigkeitsmaßes gesetzt.

Im dritten Fragebogenkomplex finden sich Items zum Bedarf an professionellen Hilfen und zu bisherigen Erfahrungen mit Drogenberatungen, Entzugsbehandlungen und Drogentherapien. Da davon auszugehen ist, dass Opiatkonsumenten bereits regelmäßigen Kontakt zum etablierten Hilfesystem haben, finden sich im zweiten Erhebungsbogen stärker untergliederte Antwortkategorien zur Inanspruchnahme des Hilfesystems.

Abschließend werden soziodemographische Merkmale erfasst, die eine Beschreibung der Stichprobe erlauben. Neben den Fragen zum Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, der Wohnsituation und dem Wohnort, der schulischen Allgemeinbildung und der Berufsbildung umfasst dieser Fragebogenkomplex Items zum Schuldenstand und zur Hafterfahrung.

Datenerhebung und Stichprobe

Für die vorliegende Studie müssen - wie für die Mehrzahl aller sozialwissenschaftlichen Untersuchungen des Drogenkonsums - einige Einschränkungen formuliert werden, die auf grundsätzliche methodische Probleme zurückzuführen sind.

Will man die Ergebnisse einer Untersuchung auf die Grundgesamtheit aller Drogenkonsumenten in Sachsen verallgemeinern, so müsste eine einfache oder mehrstufige Zufallsstichprobe aus dieser Grundgesamtheit gezogen werden. „Zufallsstichproben stellen die einzige Gewähr dafür dar, dass aus den Ergebnissen einer Stichprobe in Bezug auf die Verteilung aller Merkmale (...) auf die Verteilung dieser Merkmale in der Grundgesamtheit geschlossen werden kann“ (Schnell, Hill, Esser, 1999). Da weder der

tatsächliche Umfang noch die Charakteristika der Grundgesamtheit aller Drogenkonsumenten des Freistaates Sachsen bekannt sind, können keine Zufallstichproben gezogen und die Ergebnisse dieser Art von Studien nicht auf die Gesamtpopulation der Drogenkonsumenten Sachsens bezogen werden.

Auch ein an der Wohnbevölkerung orientiertes Zufallsauswahlverfahren, welches den Repräsentationsschluss zuließe, stünde vor dem Problem einer systematischen Stichprobenverzerrung, da Drogenkonsumenten wahrscheinlicher gehäuft in Bevölkerungsgruppen repräsentiert sind, die „bevölkerungsrepräsentativ“ kaum erreicht werden - wie z.B. nicht beim Einwohnermeldeamt registrierte Personen oder Personen, die an einem Zweitwohnsitz wohnen (Griffith, Gossop, Powis, Strang, 1993; Kleiber & Soellner, 1998). Außerdem stünde eine repräsentative Bevölkerungsbefragung vor dem ökonomischen Problem, einen sehr großen Stichprobenumfang realisieren zu müssen, um eine hinreichend große Zahl von Drogenkonsumenten zu erreichen.

Aus den hier skizzierten Gründen wurde in der vorliegenden Arbeit auf ein alternatives Verfahren der Stichprobenerhebung zurückgegriffen. Übergreifendes Ziel der Stichprobenrekrutierung war es, eine im Hinblick auf den Substanzkonsum möglichst **heterogene** Gesamtstichprobe in die Studie einzubeziehen. Bei der Konzeption der Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass Teilstichproben aus verschiedenen subkulturellen Settings dazu geeignet sind, die gesamte interessierende Population abzubilden (vgl. Kleiber & Soellner, 1998).

Analog aktueller sozialepidemiologischer Untersuchungen können prinzipiell drei Konsumententypen unterschieden werden: (1.) **Cannabiskonsumenten**, die den mit Abstand größten Anteil aller Konsumenten illegaler Drogen in Deutschland ausmachen, (2.) die **Konsumenten von Partydrogen**, deren Zahl gerade in den vergangenen zehn Jahren stark zugenommen hat und (3.) **Heroinkonsumenten**, die als zahlenmäßig kleinste Gruppe aller Drogenkonsumenten seit mehr als 30 Jahren einen besonders hohen medizinischen wie psychosozialen Hilfebedarf aufweisen.

Entsprechend dieser a priori Bestimmung der Untersuchungsgruppen bzw. Konsumententypen galt es, eine Rekrutierungsstrategie zu wählen, mit der eine Einbindung einer möglichst großen Zahl möglichst unterschiedlicher Untersuchungsteilnehmer bei gleichzeitig begrenzten personellen, d.h. ökonomischen Ressourcen möglich war. Dabei boten sich zwei unterschiedliche Rekrutierungsstrategien an: So wurden Interviewpartner (1.) im freien öffentlichen Raum (Straße, Partys etc.) und (2.) in öffentlichen Einrichtungen (Jugendgerichtshilfe, Jugendwohnen, medizinische Dienste etc.) zur Teilnahme an der Untersuchung gewonnen. Auch hiermit sollte gewährleistet werden, dass unterschiedlichste Typen/Gruppen von Drogenkonsumenten in die Studie zum Drogenkonsum in Sachsen eingebunden werden können. Die Einrichtungen der traditionellen Drogenhilfe wurden im Rahmen dieser Teilstudie explizit **nicht** zur Rekrutierung von Studienteilnehmern genutzt.

Im Rahmen von **Expertengesprächen** wurden in einem ersten Schritt in den Erhebungsregionen Dresden, Leipzig und Vogtland mögliche Szenetreffpunkte, Veranstaltungsorte einschlägiger Partys sowie öffentliche Institutionen (insbesondere der Jugendhilfe) bestimmt, die für die Durchführung der Erhebung in Frage kamen.

In einem nächsten Schritt wurden dann einerseits geeignete Interviewer für die Durchführung der Erhebung in den drei Regionen rekrutiert, andererseits wurden Kontakte zu den jeweiligen Institutionen und ggf. mit den Veranstaltern von Partys geknüpft. Die Durchführung der Interviews erfolgte mit Hilfe eines Erhebungsplans, in dem - analog der Erkenntnisse aus den Expertengesprächen - ein breites Spektrum an Erhebungsorten und die Erhebungstermine festgelegt wurden. Im Mai 2002 konnte dann in Dres-

den und im Vogtland und im Juni 2002 in Leipzig mit der Datenerhebung begonnen werden. In der nachfolgenden Übersicht sind die Zugänge und Kooperationspartner in den Erhebungsregionen dargestellt.

Tab. 12: Zugänge und Kooperationspartner in den Erhebungsregionen

Dresden	Leipzig	Vogtland	Hoyerswerda
Jugendgerichtshilfe	Streetworker des Jugendamts	Jugendgerichtshilfe Auerbach/Reichenbach	Gesundheitsamt
	Alternative I	Diakonie: Jugendwohnen	Jugendamt
	Blaues Kreuz / Blaue Fähre	Diakonie: Freizeitstätte	
3 Partys in der „Tonne“ und dem „Flower Power“	3 Partys in der „Strasse E“, dem „10/40“ und der „Distillery“	4 Partys im „Dancehouse“, „Prince“, „Malzhaus“ und der „Kaffeerösterei“	
2 Interviewerinnen 1 Interviewer	3 Interviewerinnen	2 Interviewerinnen Plauen 1 Interviewer Adorf	

Um eine für die Datenauswertung ausreichende Fallzahl zu realisieren, sollten in jeder der drei ausgewählten Untersuchungsregionen Sachsens (Dresden, Leipzig, Vogtland) mindestens 100 Personen befragt werden, die einen aktuellen Konsum illegaler Drogen aufweisen. Über einen zufälligen Kontakt zu repräsentativen Vertretern des Gesundheitsamts und des Jugendamts Hoyerswerda im Juni 2002 konnte diese Stadt in einem begrenzten Umfang kostenneutral in die laufende Studie einbezogen werden. Hier wurde bei der Rekrutierung der Stichprobe jedoch primär der institutionelle Zugang zur Untersuchungspopulation gewählt. Mit diesem Vorgehen konnten im Zeitraum vom 3. Mai bis 27. September 2002 insgesamt 437 Personen befragt werden (vgl. Tab. 13).

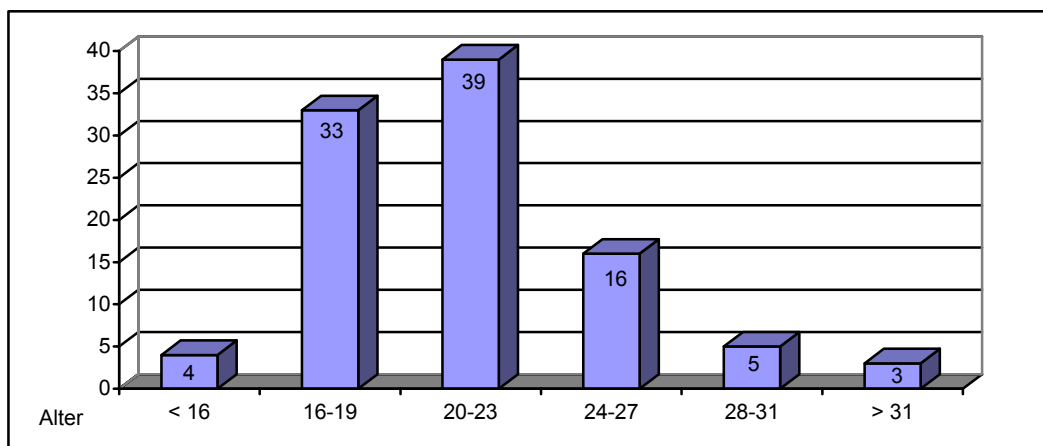
Tab. 13: Anzahl der Untersuchungsteilnehmer je Region (N = 437)

Dresden	Leipzig	Vogtland	Hoyerswerda
109	136	122	70

Beschreibung der Gesamtstichprobe

Für die Untersuchung des Drogenkonsums im Freistaat Sachsen konnten insgesamt 437 Drogenkonsumenten gewonnen werden. Der Anteil von Frauen lag bei 32,4 % (n = 142), demnach waren etwa zwei Drittel der Befragten männliche Drogenkonsumenten (67 %, n = 294). Die jüngste Untersuchungsteilnehmerin war 13 Jahre alt und der älteste Untersuchungsteilnehmer 45. Das mittlere Alter lag bei M = 21,3 Jahren, wobei die weiblichen Befragten durchschnittlich 1,5 Jahre jünger waren als die männlichen Teilnehmer an der Studie (20,3 vs. 21,8 Jahre). Wie aus der nachfolgenden Grafik zu entnehmen ist (vgl. Abb. 2), stellte die Gruppe der 20- bis 23-Jährigen den größten Anteil (39 %) an der Untersuchungsstichprobe dar. Immerhin 37 % aller Befragten haben das 20. Lebensjahr noch nicht erreicht und nur etwa jede(r) dritte Teilnehmer(in) ist über 23 Jahre alt (32 %).

Abb. 2: Untersuchungstichprobe nach Altersgruppen (N = 437, Angaben in %)



Im Hinblick auf andere soziodemographische und soziale Charakteristika lässt sich die rekrutierte Stichprobe wie folgt beschreiben: Der Bildungsstand der Untersuchungsteilnehmer (vgl. Tab. 14) liegt nur geringfügig unter dem altersentsprechenden Bevölkerungsdurchschnitt in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2002 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2002). Dagegen liegt die Erwerbslosenquote in der hier vorliegenden Stichprobe (27,3 %) etwa doppelt so hoch wie im altersgleichen Durchschnitt für den Freistaat Sachsen (13,8 %; für 12/02; vgl. Landesarbeitsamt Sachsen, 2003).

Tab. 14: Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe (N = 437)

		Anteil an der Gesamtstichprobe (%)	Absolute Häufigkeiten (n)
Schulbildung	Hauptschule	19,7	85
	Realschule	40,9	176
	Gymnasium	29,2	126
	Schule abgebrochen	10,2	44
aktuelle Tätigkeit	Schüler/in	22,4	93
	Student	10,2	42
	berufstätig/-ausbildung	31,1	132
	Zivildienst/Bundeswehr	4,1	17
	zur Zeit erwerbslos	27,3	114
	sonstiges	4,9	41
Wohnsituation	bei Eltern/Verwandten	39,5	170
	allein	26,3	113
	Wohngemeinschaft	11,4	49
	Heim/Betreutes Wohnen	7,2	31
	mit Partner(in)	11,4	49
	anders	4,2	18
Delinquenzbelastung	jemals verurteilt	36,1	157
	jemals inhaftiert	19,7	85

Entsprechend des durchschnittlichen Alters der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (M = 21,3 Jahre) wohnen 40 % noch bei ihren Eltern. Hinsichtlich der Delinquenzbelastung sind in der Untersuchungstichprobe vergleichsweise hohe Wer-

te zu verzeichnen: 36 % aller Befragten geben an, (mindestens einmal) verurteilt worden zu sein und immerhin jede(r) Fünft(e) ist jemals inhaftiert worden.

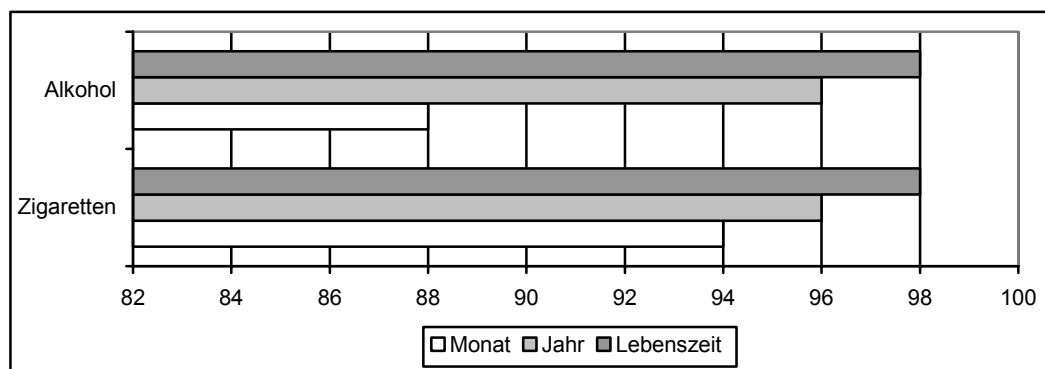
4.2.3 Ergebnisse der Teilstudie

4.2.3.1 Drogenkonsum in der Gesamtstichprobe

Um Aussagen zur Verbreitung des Drogenkonsums in der untersuchten Stichprobe machen zu können, lassen sich unterschiedliche Parameter untersuchen. Zunächst werden die Prävalenzraten der Gesamtstichprobe dargestellt. Dabei werden unterschiedliche Prävalenzmaße wiedergegeben, die sich im Hinblick auf den Zeitraum des Vorkommens eines Drogenkonsums unterscheiden. Die Lebenszeitprävalenz erfasst alle Personen, die in ihrem Leben mindestens einmal die jeweilige Substanz konsumiert haben. Die Jahres- und Monatsprävalenzen hingegen geben an, ob in den vergangenen zwölf Monaten bzw. den letzten 30 Tagen ein Konsum stattgefunden hat.

Hinsichtlich der legalen Substanzen kann festgestellt werden, dass nahezu alle Befragten schon einmal Alkohol und Tabak konsumiert haben (Abb. 3). Auch bei der Betrachtung der Jahres- und Monatsprävalenz zeigt sich, dass der überwiegende Teil der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen aktuellen Konsum von Alkohol und Zigaretten betreibt. Im Vergleich mit den Ergebnissen der bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA zum Substanzkonsumverhalten 12- bis 25-Jähriger müssen damit für die hier rekrutierte Stichprobe geringfügig höhere Erfahrungswerte für Alkohol (98 % vs. 92 %) und ein signifikant höherer Anteil an Rauchern (94 % vs. 40 %) konstatiert werden (BZgA, 2001).

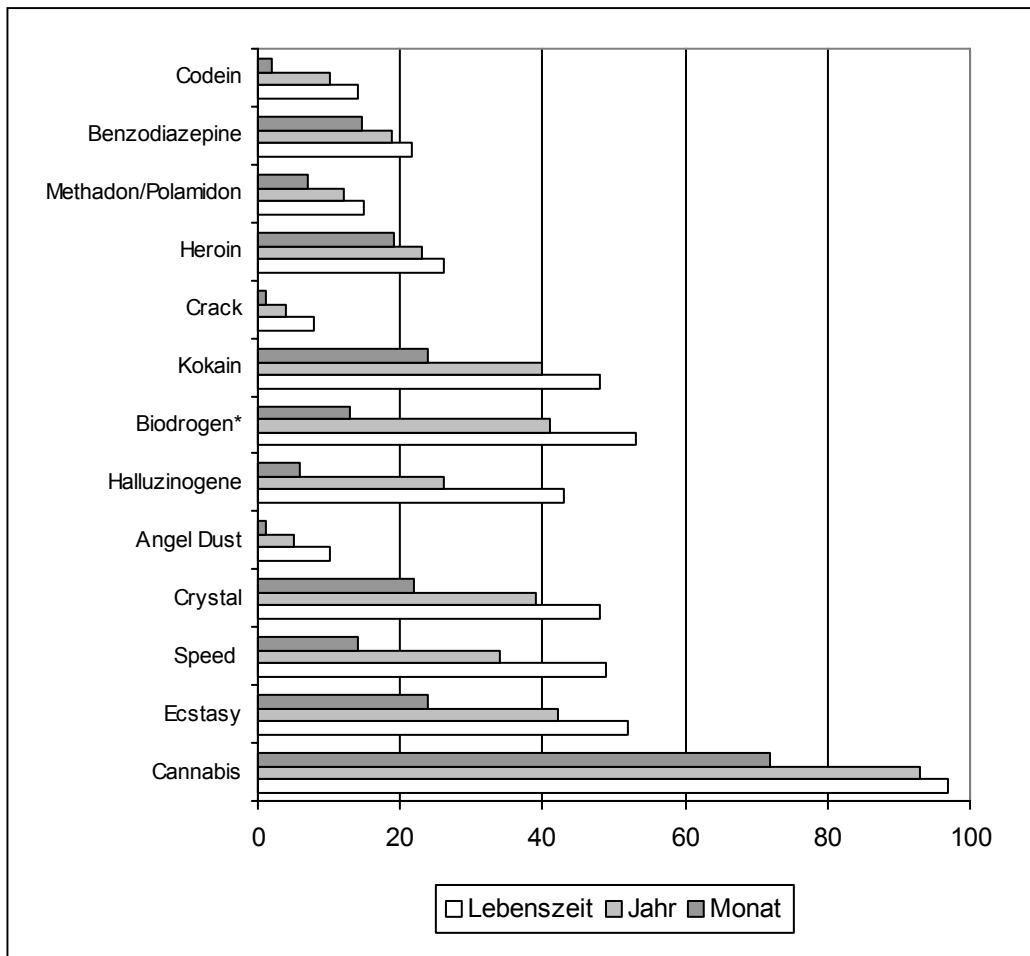
Abb. 3: Lebenszeit, Jahres- und Monatsprävalenz¹³ des Konsums legaler Substanzen in der Gesamtstichprobe (N = 437; Angaben in %)



Für den Konsum illegaler Substanzen ließen sich folgende Prävalenzwerte ermitteln (vgl. Abb. 4). Erwartungsgemäß ist Cannabis die (auch) unter Drogenkonsumenten am weitesten verbreitete Substanz. Alle befragten Konsumenten haben Erfahrung mit Cannabis, fast alle (93 %) haben die Cannabisprodukte Haschisch oder Marihuana in den zurückliegenden zwölf Monaten konsumiert und 71 % der Teilnehmer sogar innerhalb des vergangenen Monats.

¹³ Das Maß der Prävalenz gibt Auskunft über die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Ereignis (hier: Substanzkonsum) innerhalb eines definierten Zeitrahmens (Lebenszeit, 12 Monate, 30 Tage) auftritt.

Abb. 4: Lebenszeit, Jahres- und Monatsprävalenz des Konsums illegaler Substanzen in der Gesamtstichprobe (N = 437; Angaben in %)



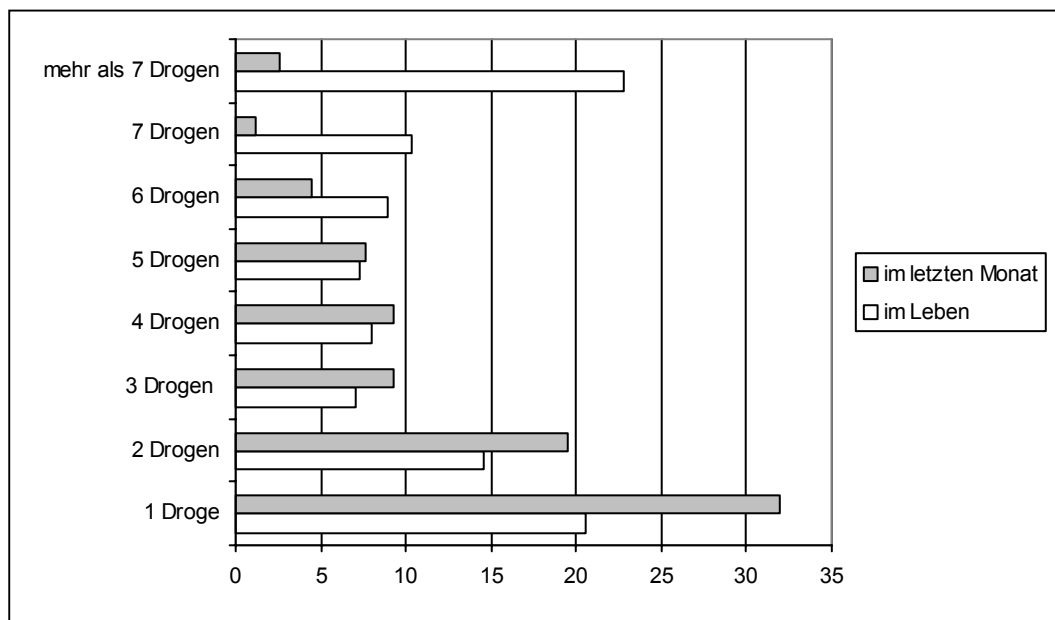
* unter dem Begriff „Biodrogen“ sind organische psychoaktive Substanzen subsummiert wie Engels-trompete, Stechapfel oder spezifische Pilzsorten.

Etwa jede(r) zweite Befragte hat eine mindestens einmalige Erfahrung mit Biodrogen (53 %), Ecstasy (52 %), Speed (49 %), Kokain (48 %) oder Crystal (48 %) gemacht. Die Droge Crystal nimmt damit in der Gesamtstichprobe eine herausragende Position ein, und es kann angenommen werden, dass sie in Sachsen mittlerweile ebenso verbreitet ist wie Ecstasy und Speed. Dies zeigen auch die Daten zur Jahres- und Monatsprävalenz, welche die aktuellen Konsumgewohnheiten abbilden: 42 % aller Befragten haben im vergangenen Jahr Ecstasy und 39 % Crystal gebraucht. In den letzten 30 Tagen hat etwa jede(r) Vierte Ecstasy (24 %) und jeder Fünfte Crystal (22 %), aber „nur“ 14 % haben Speed konsumiert. Auch der Konsum von Halluzinogenen scheint in der untersuchten Stichprobe weit verbreitet zu sein: Konsumerfahren sind 43 % und im letzten Jahr konsumierte jede(r) vierte Untersuchungsteilnehmer(in) diese Substanzen. Auch Kokain ist in der Gesamtstichprobe eine bekannte Substanz: Immerhin die Hälfte der im Alter durchschnittlich 21-jährigen Befragten hat Erfahrung mit Kokain und 40 % haben im vergangenen Jahr Kokain zu sich genommen. Heroin und/oder andere Opiate wurden von einem Viertel der Befragten mindestens einmal konsumiert und jede(r) Fünfte kann aufgrund des Konsums im letzten Monat als aktueller Konsument bezeichnet werden.

Betrachtet man also die allgemeinen Prävalenzwerte der Gesamtstichproben, ergibt sich ein heterogenes Bild. Neben Cannabis werden einerseits die modernen Party- und Jugenddrogen (Ecstasy, Speed, Crystal u.a.), andererseits aber auch Heroin, Benzodiazepine, Methadon/Polamidon u.a. konsumiert. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass das Ziel der Rekrutierungsstrategie, eine möglichst heterogene Stichprobe zu realisieren, die möglichst viele tatsächlich praktizierten Drogenkonsummuster und Konsumententypen erfasst, erreicht werden konnte.

Das hier skizzierte Spektrum der Drogenerfahrung in der vorliegenden Stichprobe legt nahe, dass sich die im Rahmen der Studie zum Drogenkonsum in Sachsen befragten Drogenkonsumenten auch im Hinblick auf die Anzahl der konsumierten Substanzen erheblich unterscheiden. Die Abb. 5 belegt dies sehr nachdrücklich. Hieraus ist zu entnehmen, dass etwa ein Drittel aller Befragten (31,9 %) im zurückliegenden Monat „nur“ eine und knapp 20 % zwei illegale Substanz zu sich genommen haben. Das bedeutet auch, dass fast jeder zweite Teilnehmer der Studie einen aktuellen Konsum von mehr als zwei illegalen Drogen aufweist.

Abb. 5: Anzahl konsumierter illegaler Drogen in der Gesamtstichprobe (N = 437; Angaben in %)



Auch bezüglich der Konsumerfahrung ist die vorliegende Untersuchungsstichprobe sehr heterogen. So stehen einem Anteil von 20 % aller Befragten, die mit „nur“ einer illegalen Substanz Erfahrung gemacht haben (Lifetime) ein Anteil von insgesamt 22,8 % gegenüber, die im Umgang mit mehr als sieben illegalen Drogen erfahren sind.

4.2.3.2 Differenzierung von Konsumentengruppen

Angesichts der gegebenen Heterogenität der Untersuchungsstichprobe im Hinblick auf den Drogenkonsum, stellt sich die Frage nach einer empirisch fundierten, zumindest aber plausiblen Differenzierung von Konsumentengruppen. Da infolge der oben (vgl. Abschnitt 4.2.2) beschriebenen methodischen Beschränkungen (auch) im Rahmen der hier vorliegenden Forschungsarbeit *keine* repräsentative Stichprobe aller Drogenkonsumenten Sachsens gewonnen werden konnte, müssen die vorliegenden Daten im Lichte der gewählten Rekrutierungsstrategie bewertet werden. Die hier vorgenommene

Differenzierung von Konsumentengruppen lässt sich jedoch auch in Hinblick auf die epidemiologischen Daten zum aktuellen Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung begründen (Kraus, Augustin, 2001). Hier bilden Konsumenten von Cannabis seit vielen Jahren die mit Abstand größte und Konsumenten von Opiaten die zahlenmäßig kleinste Gruppe von Drogenkonsumenten. Dagegen hat der Konsum synthetischer Drogen erst in den 90er Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Demnach werden in der weiteren Auswertung der Daten diese drei Konsumentengruppen unterschieden: Als Cannabiskonsumenten wurden jene Personen ($n = 111$) klassifiziert, die in den zurückliegenden zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben und keine Erfahrung im Umgang mit anderen illegalen Drogen aufweisen. Zur Gruppe der Konsumenten von Partydrogen ($n = 196$) wurden Personen gezählt, die im zurückliegenden Jahr neben Cannabis auch Ecstasy, Speed, Crystal, Halluzinogene, Bioprogramm, Kokain und/oder Crack konsumiert haben und keinerlei Erfahrung mit dem Konsum von Opiaten haben. Als Opiatkonsumenten ($n = 130$) wurden Personen klassifiziert, die derzeit, d.h. in den letzten zwölf Monaten wenigstens einmal Opiate zu sich genommen haben. Etwas unbefriedigend muss die Terminologie der „Konsumenten von Partydrogen“ eingeschätzt werden. Wie nachfolgend gezeigt wird, handelt es sich bei dieser Gruppe eigentlich um einen Personenkreis, der besser als „politoxikomane Drogenkonsumenten“ beschrieben wäre. Da dies in aller Regel jedoch auch für die Gruppe der Opiatkonsumenten gilt, haben wir uns entschieden, an der Terminologie „Konsumenten von Partydrogen“ festzuhalten.

Soziale Situation der Konsumentengruppen

Ein unmittelbarer Vergleich der soziodemographischen Charakteristika der drei definierten Konsumentengruppen ergibt ein differenziertes Bild: Das mittlere Alter der befragten Cannabiskonsumenten ist mit $M = 19,8$ Jahren am niedrigsten, das der untersuchten Opiatkonsumenten mit $M = 22,6$ am höchsten. Etwa zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer der Konsumentengruppen waren Männer.

Tab. 15: Soziodemographische Merkmale der Konsumentengruppen (Angaben in %)¹⁴

		Cannabis- konsumenten (n = 111)	Partydro- gen- konsumenten (n = 196)	Opiatkon- sumen- ten (n = 130)
Geschlecht	männlich	68,2	73,0	60,0
	weiblich	31,8	27,0	40,0
Lebensalter	arithmet. M	19,8	21,3	22,6
	Median	20	21	22
Schulbildung	Hauptschule	11,1	18,7	28,7
	Realschule	39,8	45,6	34,9
	Gymnasium	46,3	30,1	13,2
	Schule abgebr.	2,8	5,7	23,3
aktuelle Tätigkeit	Schüler/in	41,3	18,7	11,2
	Student	12,5	13,4	3,2
	Berufstätig	21,2	35,8	16,8
	Zivildienst/Bundesw.	4,8	4,8	2,4
	zur Zeit erwerbslos	10,6	13,9	61,6
	Ausbildung	4,8	8,6	0,8
	sonstiges	4,8	4,8	4,0
Delinquenz- belastung	jemals verurteilt	15,3	29,9	63,6
	jemals inhaftiert	9,2	13,5	38,8

Deutliche Unterschiede zwischen Cannabiskonsumenten und Opiatkonsumenten werden hinsichtlich des Bildungsstandes, der aktuellen Tätigkeit und der Delinquenzbelastung erkennbar. Während in der Gruppe der Cannabiskonsumenten 86 % über eine mittlere Reife oder eine allgemeine Hochschulreife verfügen, haben nur 47 % der Opiatkonsumenten vergleichbare Qualifikationen. Auch im Hinblick auf die aktuelle Tätigkeit zeigen sich beachtliche Differenzen. Cannabis- und Partydrogenkonsumenten sind entweder (noch) Schüler, Studenten oder berufstätig. Aber nur 16 % aller befragten Opiatkonsumenten gehen einer regelmäßigen Beschäftigung nach und 63 % sind nach eigenen Angaben erwerbslos. Vor allem im Hinblick auf die Delinquenzbelastung offenbaren sich weitere Spezifika der Teilpopulationen: 64 % der Opiatkonsumenten wurden bislang bereits verurteilt und immerhin 38 % waren mindestens einmal inhaftiert. Bei den Cannabiskonsumenten liegt die Verurteilungsrate im Vergleich dazu mit 15 % und bei den Partydrogenkonsumenten bei 30 % niedriger.

Es wird demnach ersichtlich, dass sich die drei untersuchten Teilpopulationen der sächsischen Drogenkonsumenten hauptsächlich bezüglich der Erwerbstätigkeit und der Delinquenzbelastung unterscheiden. Die Cannabiskonsumenten zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Regel eine weiterführende Schule besuchen oder studieren und sonst kaum auffällig geworden sind. Bei den Partydrogenkonsumenten sind mehr als ein Drittel berufstätig und 22 % besuchen noch die Schule oder studieren. Im Hinblick auf die soziale Lage muss die Situation der Opiatkonsumenten als am problematischsten eingeschätzt werden: die Mehrzahl ist arbeitslos, hat keinen (23 %) oder einen niedrigen Schulabschluss (29 % Hauptschule) und die Zugangschancen zum Arbeitsmarkt werden zudem durch in der Vergangenheit begangene Straftaten erschwert.

¹⁴ Aufgrund von Auf- bzw. Abrundungen ergeben die Prozent - Spaltensummen in dieser und in nachfolgenden Tabellen und Abbildungen nicht immer exakt 100,0%.

Drogenkonsum der Konsumentengruppen

Die deutlichsten Unterschiede zwischen den drei Konsumentengruppen zeigen sich aber in Hinblick auf das Drogenkonsumverhalten (vgl. Tab. 16). Zuerst einmal kann für alle Konsumentengruppen eine signifikant höhere Raucherquote als in der altersgleichen Normalbevölkerung festgestellt werden. Hinsichtlich des Konsums von Alkohol zeigen sich kleine, jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Konsumentengruppen: Einen täglichen Konsum von Alkoholika betreiben 11 % der Opiatkonsumenten, 15,3 % der Partydrogenkonsumenten und 18,7 % der Cannabiskonsumenten. Ein täglicher Cannabiskonsum ist nicht - wie man vielleicht erwarten könnte - in der Gruppe der Cannabiskonsumenten, sondern unter den befragten Konsumenten von Partydrogen besonders weit verbreitet. Demnach betreibt fast jeder dritte Konsument von Partydrogen (29,8 %) einen täglichen Cannabiskonsum.

Tab. 16: Substanzkonsum in den Teilstichproben im Vergleich (Angaben in %)

	Cannabis-konsumenten (n = 111)	Partydrogen-konsumenten (n = 196)	Opiat-konsumenten (n = 130)
täglich Zigaretten	78,3	81,8	97,0
täglich Alkohol	18,7	15,3	11,0
täglich Cannabis	7,5	29,8	15,0
Ecstasy im letzten Monat	-	35,2	26,8
Speed im letzten Monat	-	21,4	15,2
Crystal im letzten Monat	-	30,8	26,4
Biodrogen im letzten Monat	-	20,1	14,6
Halluzinogene im letzten Monat	-	7,0	8,8
Kokain im letzten Monat	-	16,9	54,8
Heroin im letzten Monat	-	-	63,9
Ersatzstoffe im letzten Monat	-	-	57,7

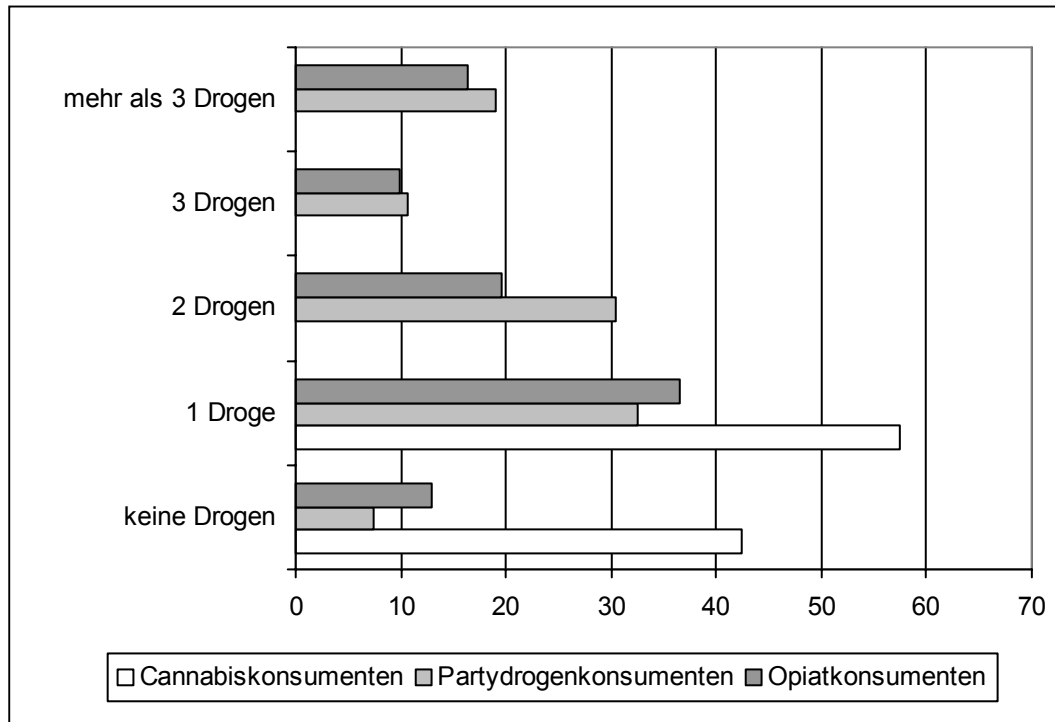
Nach den hier vorliegenden Daten werden Partydrogen wie Ecstasy, Speed und Crystal sowohl von der Gruppe der Partydrogenkonsumenten als auch von den Opiatkonsumenten gebraucht. Allerdings liegen die Prozentwerte bei den Partydrogenkonsumenten bei allen drei Substanzen über denen der Opiatkonsumenten: 31 % der Partydrogenkonsumenten und 25 % der Opiatkonsumenten haben im vergangenen Monat Crystal zu sich genommen. Nach den hier vorliegenden Konsumentendaten kann vermutet werden, dass der Gebrauch von „Crystal“ in Sachsen eine größere Bedeutung hat als der von „Speed“. Eine ähnlich angelegte Studie von 1999 aus dem Berliner Raum (Tossmann et al., 2001) kommt hier auf ein genau umgekehrtes Verhältnis. Ob die vergleichsweise hohe Prävalenz des Crystalkonsums jedoch ein landesbezogenes bzw. regionales Spezifikum ist oder ob sich das Methamphetamin in den vergangenen drei Jahren in der Partyszene insgesamt stärker etabliert hat, kann hier nicht abschließend gesagt werden.

Unterschiede zwischen Opiat- und Partydrogenkonsumenten werden auch erkennbar, wenn man den Kokaingebrauch betrachtet. Während „nur“ 17 % der Partydrogenkonsumenten im vergangenen Monat Kokain konsumiert haben, liegt der Anteil des aktuellen Kokainkonsums unter den befragten Opiatkonsumenten bei 55 %.

Ein weiteres Maß, mit dessen Hilfe das Konsummuster von Drogenkonsumenten beschrieben werden kann, ist die *Gesamtzahl* der in einem aktuellen Zeitrahmen konsumierten unterschiedlichen Substanzen. Die nachfolgende Übersicht (Abb. 6) macht

deutlich, dass Konsumenten von Partydrogen ($M = 2,3$) sich hinsichtlich der Anzahl der im letzten Monat konsumierten Substanzen nicht von der Gruppe der Opiatkonsumenten ($M = 2,4$) unterscheiden.

Abb. 6: Anzahl der im letzten Monat konsumierten Drogen getrennt nach Konsumentengruppe (N = 437; Angaben in %)



Insgesamt 60,3 % aller Konsumenten von Partydrogen geben an, im vergangenen Monat zwei oder mehr Drogen konsumiert zu haben. Unter den Opiatkonsumenten nahmen 50 % zwei oder mehr illegale Substanzen zu sich.

Analysiert man zusätzlich die *Konsumfrequenz* einzelner Drogen, werden weitere Besonderheiten der drei untersuchten Konsumentengruppen erkennbar. Im Folgenden wird die Konsumfrequenz einzelner Substanzen getrennt nach Konsumentengruppe dargestellt.

Drogenkonsumfrequenz von Cannabiskonsumenten

Entsprechend der Klassifikation, wie sie im Rahmen der vorliegenden Studie vorgenommen wurde, haben Cannabiskonsumenten keine weitere illegale Substanz zu sich genommen. Nach wie vor kontrovers gestaltet sich die Fachdiskussion zu den gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums. Offenkundig ist jedoch, dass Gesundheitsrisiken des Substanzkonsums in aller Regel in Abhängigkeit vom Konsummuster einzuschätzen sind. In der Mehrzahl der Forschungsarbeiten zu Cannabiskonsummern wird dabei das Maß der Konsumfrequenz herangezogen, um Konsummuster von Cannabis zu differenzieren (vgl. Braucht et al., 1978; Kandel et al., 1992; Perkonigg et al., 1999; Tossmann et al., 1993). Im Vergleich zu den Daten der aktuellen bundesweiten Repräsentativstudie aus dem Jahr 2001 (Kraus u. Augustin, 2001) zeichnet sich die im Rahmen der Untersuchung des Drogenkonsums in Sachsen rekrutierte Gruppe von Cannabiskonsumenten durch eine durchschnittlich höhere Konsumfrequenz von Can-

nabis aus. Während 61 % der in der Repräsentativerhebung befragten Cannabiskonsumenten einen eher gelegentlichen Konsum aufweisen (an einem bis zu fünf Tag[en] pro Monat), zeigen „nur“ etwa 46 % der in Sachsen befragten aktuellen Cannabiskonsumenten ein derartiges Konsummuster.

Tab. 17: Konsumfrequenz von Cannabis unter aktuellen Cannabiskonsumenten (Angaben in %)

	Cannabiskonsumenten (n = 111)	Repräsentativerhebung 2000*
1 Tag	13,1	28,2
2 - 5 Tage	32,8	32,8
6 - 9 Tage	11,5	7,3
10 - 19 Tage	13,1	11,2
20 - 30 Tage	29,5	20,6

* Kraus u. Augustin, 2001

Dagegen betreibt etwa jeder fünfte Cannabiskonsument aus der Repräsentativstudie (20,6 %), aber fast jeder dritte Untersuchungsteilnehmer aus der hier vorliegenden Studie in Sachsen (29,5 %) einen (fast) täglichen Cannabiskonsum.

Drogenkonsumfrequenz von Partydrogenkonsumenten

Ein Vergleich der Konsumentengruppen hat gezeigt, dass der Konsum von Cannabis unter Konsumenten von Partydrogen besonders weit verbreitet ist (vgl. Tab. 16:). Etwa jeder dritte Konsument von Partydrogen raucht sogar (fast) täglich Cannabis. Nur ein Anteil von 14,9 % dieser Gruppe betreibt keinen aktuellen Konsum von Cannabisprodukten (vgl. Tab. 18).

Etwa ein Drittel aller Partydrogenkonsumenten hat im vergangenen Monat Ecstasy (35,2 %) und etwa ebenso viele haben Crystal (30,8) konsumiert. Der Anteil derer, die aktuell Speed, Biodrogen oder Kokain konsumieren, lag unter den Konsumenten von Partydrogen jeweils bei etwa 20 %. Charakteristisch für diese Gruppe von Drogenkonsumenten ist, dass die synthetischen Drogen ebenso wie Halluzinogene, Biodrogen und Kokain von der Mehrzahl der Konsumenten eher gelegentlich (d.h. an einem bis zu vier Tag[en] pro Monat) konsumiert werden.

Tab. 18: Konsumfrequenz illegaler Drogen unter aktuellen Konsumenten von Partydrogen (N = 195; Angaben in %)

	Cannabis	Ecstasy	Speed	Crystal	Halluzinogene	Biodrogen	Kokain
kein Konsum	14,9	64,8	78,6	69,2	94,0	79,9	83,1
1 - 4 Tage	16,0	21,4	9,9	13,7	3,3	15,8	12,0
5 - 14 Tage	20,4	11,0	10,4	12,1	2,7	2,2	3,8
15 - 24 Tage	18,8	2,7	1,1	3,8	-	0,5	0,5
(fast) täglich	29,8	-	-	1,1	-	1,6	0,5

Drogenkonsumfrequenz von Opiatkonsumenten

Betrachtet man im Vergleich hierzu das Drogenkonsumverhalten der untersuchten Opiatkonsumenten, so offenbaren sich in Hinblick auf den Konsum von Ecstasy, Speed,

Crystal, Halluzinogenen und Biodrogen kaum Unterschiede zu den Konsumenten von Partydrogen. Auch in der Gruppe der Opiatkonsumenten kommt es zum Gebrauch dieser Substanzen, allerdings auf einem etwas niedrigeren Frequenzniveau (vgl. Tab. 19). Der Konsum von Kokain hingegen wird in dieser Personengruppe signifikant häufiger betrieben als unter Konsumenten von Partydrogen. Erstaunlich ist, dass Cannabis in dieser Konsumentengruppe weniger häufig konsumiert wird und mehr als ein Drittel (36,9 %) überhaupt kein Cannabis im vergangenen Monat geraucht haben. 15,6 % der befragten Teilnehmer der Studie rauchen täglich Cannabis.

Tab. 19: Konsumfrequenz illegaler Drogen unter Opiatkonsumenten (N = 130; Angaben in %)

	Canna- bis	Ecstasy	Speed	Crystal	Halluzi- nogene	Biodro- gen	Kokain
kein Konsum	36,9	73,2	84,8	73,6	91,2	85,4	45,2
1 - 4 Tage	23,0	15,4	8,8	14,4	6,4	10,6	31,5
5 - 14 Tage	15,6	9,8	4,8	9,6	2,4	2,4	12,1
15 - 24 Tage	9,0	0,8	1,6	0,8	-	-	5,6
(fast) täglich	15,6	0,8	-	1,6	-	1,6	5,6

In Hinblick auf den Gebrauch von Opiaten zeigt sich erwartungsgemäß, dass Heroin jene Substanz ist, die von Opiatkonsumenten am häufigsten konsumiert wird (vgl. Tab. 20). 37,7 % dieser Untersuchungsgruppe nehmen täglich Heroin zu sich. 48 % der hier als Opiatkonsumenten klassifizierten Personen nehmen aktuell Benzodiazepine zu sich und etwa jede/jeder Vierte Methadon/Polamidon. Von einem täglichen Gebrauch des Substitutionsmittels Methadon/Polamidon berichten 17,2 % (n = 22) der untersuchten Opiatkonsumenten.

Tab. 20: Konsumfrequenz von Opiaten unter Opiatkonsumenten im letzten Monat (N = 130; Angaben in %)

	Heroin	Methadon/ Po- lamidon	Benzo- diazepine	Codein
kein Konsum	36,0	75,6	52,0	92,0
1 - 4 Tage	9,0	2,4	13,0	4,8
5 - 14 Tage	10,7	2,4	19,5	2,4
15 - 24 Tage	6,6	2,4	5,7	0,8
(fast) täglich	37,7	17,2	9,8	-

Während Benzodiazepine von einem größeren Anteil der in Sachsen untersuchten Opiatkonsumenten gebraucht wird, erfolgt der Einsatz des Ersatzstoffes Methadon/Polamidon in einer größeren Regelmäßigkeit. Etwa drei von vier aktuellen Heroinkonsumenten (71,8 %) haben in den zurückliegenden 30 Tagen zusätzlich Methadon/Polamidon, Benzodiazepine oder Codein zu sich genommen.

4.2.3.3 Regionenspezifische Merkmale

Gemäß der Zielstellung der vorliegenden Arbeit sollte ein differenziertes Bild vom Drogenkonsum in Sachsen erarbeitet werden. Damit hierbei nicht (wie dies häufig geschieht) von der Situation in einzelnen spezifischen Regionen (z.B. Ballungsgebiete) auf alle Regionen bzw. auf die Situation im ganzen Land geschlossen wird, sollten im Rahmen der vorliegenden Arbeit unterschiedliche Regionen des Freistaates Sachsen in die Studie einbezogen werden. So liegt der Studie zum Drogenkonsum in Sachsen zwar eine - wie oben beschrieben - heterogene Stichprobe aus Dresden, Leipzig, Hoyerswer-

da und dem Vogtland zugrunde, die zwar einen differenzierten Überblick über das Drogenkonsumverhalten in Sachsen zulässt, ein unmittelbarer Vergleich des Drogenkonsums in diesen Regionen ist jedoch auf der Grundlage dieser Daten **nicht** zulässig. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass mit unterschiedlichen Zugängen zur Untersuchungspopulation je unterschiedliche Teilpopulationen angesprochen und in die Untersuchung eingebunden wurden. So sind in jeder der vier Regionen teilweise andere Zugänge gewählt worden, was einen unmittelbaren Vergleich der Teilstichproben problematisch erscheinen lässt.

Dennoch sollen nachfolgend die Untersuchungsstichproben beschrieben werden, die in den vier Regionen gewonnen werden konnten. Da in drei Regionen Sachsens (Dresden, Leipzig, Vogtland) auf insgesamt zehn Partys durch Interviewerinnen Daten erfasst wurden ($n = 234$), kann darüber hinaus ein regionenspezifischer Vergleich des Drogenkonsumverhaltens in der Partyszene dieser Regionen vorgenommen werden.

Wie der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen ist (vgl. Tab. 21), konnten in den vier Untersuchungsregionen Sachsens über die jeweiligen Zugänge zur Untersuchungspopulation recht unterschiedliche Gruppen von Konsumenten in die Studie einbezogen werden. Abgesehen von dem bekannten Phänomen, dass der Anteil von Rauchern unter Drogenkonsumenten (in allen Regionen) signifikant höher ist als in der Normalbevölkerung, findet sich in der im Mittel jüngsten Teilstichprobe aus Hoyerswerda ($M = 18,8$ Jahre) eine vergleichsweise hohe Rate täglichen Alkoholkonsums.

Die Stichprobe, die in den unterschiedlichen Kontexten im Vogtland gewonnen werden konnte, zeichnet sich dagegen durch eine vergleichsweise hohe Rate täglicher Cannabiskonsumenten, sowie durch einen hohen Anteil von Personen, die organische psychoaktive Substanzen (wie z.B. halluzinogene Pilze) zu sich nehmen.

Tab. 21: Substanzkonsum differenziert nach Regionen ($N = 437$; Angaben in %)

	Dresden ($n = 109$)	Leipzig ($n = 136$)	Vogtland ($n = 122$)	Hoyerswerda ($n = 70$)
täglich Zigaretten	77,8	86,2	87,4	85,7
täglich Alkohol	14,8	7,6	14,2	29,7
täglich Cannabis	11,2	15,4	33,1	18,2
Ecstasy im letzten Monat	28,3	26,7	22,7	8,9
Speed im letzten Monat	17,8	10,6	19,3	3,6
Crystal im letzten Monat	26,2	18,8	26,3	8,9
Biodrogen im letzten Monat	7,3	7,0	29,2	5,4
Halluzinogene im letzten Monat	2,8	6,8	9,9	-
Kokain im letzten Monat	11,1	48,9	16,8	5,4
Heroin im letzten Monat	0,9	52,3	6,6	1,8
Methadon/Polamidon im letzten Monat	1,8	22,0	0,8	-
Benzodiazepine im letzten Monat	1,8	37,4	8,3	1,4

Entsprechend der Rekrutierungsstrategie lässt sich darüber hinaus feststellen, dass der überwiegende Teil der Konsumenten von Opiaten in Leipzig kontaktiert wurden. Mehr als die Hälfte (52,3 %) der vergleichsweise ältesten Teilstichprobe aus Leipzig ($M = 23,0$) hat einen aktuellen Heroinkonsum. Etwas weniger konsumierten im gleichen Zeitraum Kokain (48,9 %), mehr als jeder Dritte (37,4 %) nimmt Benzodiazepine und 22 % den Ersatzstoff Methadon/Polamidon zu sich.

Da im Rahmen der Untersuchung des Drogenkonsums in Sachsen in den Städten Dresden und Leipzig sowie dem Vogtland auf Partys Daten erhoben wurden, bietet sich ein Vergleich, der auf diesen Partys gewonnenen Teilstichproben an (vgl. Tab. 22). Dabei fällt zunächst einmal auf, dass die im Vogtland rekrutierte Party-Stichprobe ein vergleichsweise „hartes“ Konsumverhalten zeigt. Zwar ist die Prävalenz des Cannabiskonsums in allen drei Regionen ähnlich (74,0 % - 83,3 %), der Anteil täglicher Cannabiskonsumisten ist in der Stichprobe aus dem Vogtland am höchsten. Auch die übrigen Substanzen wurden im Vogtland sichtlich häufiger konsumiert. Sowohl bei den Partydrogen, Halluzinogenen und Biodrogen als auch bei Kokain finden sich dort die höchsten aktuellen Konsumwerte. Lediglich Ecstasy ist in der Partystichprobe aus Leipzig weiter verbreitet als im Vogtland und in Dresden.

Tab. 22: Substanzkonsum auf Partys in den Regionalstichproben (N = 234; Angaben in %)

	Dresden (n = 96)	Leipzig (n = 45)	Vogtland (n = 93)
täglich Alkohol	15,6	4,9	15,2
täglich Cannabis	7,3	26,2	29,7
Cannabis im letzten Monat	74,0	83,3	76,9
Ecstasy im letzten Monat	24,5	31,7	27,2
Speed im letzten Monat	15,6	22,0	24,2
Crystal im letzten Monat	20,8	19,0	33,0
Biodrogen im letzten Monat	8,3	7,1	25,0
Halluzinogene im letzten Monat	3,1	9,5	12,0
Kokain im letzten Monat	11,5	22,0	22,0
Heroin im letzten Monat	-	-	4,3
Methadon/Polamidon im letzten Monat	0,9	-	-
Benzodiazepine im letzten Monat	2,0	-	14,0

Des Weiteren findet man auf den Partys in Leipzig und dem Vogtland eine vergleichsweise weite Verbreitung von Kokainkonsum: Etwa ein Fünftel (22 %) konsumierte im letzten Monat Kokain. Opiate, d.h. Heroin oder Ersatzstoffe, spielen unter Partygängern keine große Rolle (vgl. auch Tossmann & Heckmann, 1997). Insgesamt, so scheint es, konnte in Dresden ein Party-Publikum mit vergleichsweise moderatem Drogenkonsum für die Studie gewonnen werden.

4.2.4 Hilfebedarf

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich auf den Substanzkonsum in Sachsen eingegangen wurde, sollen nun jene Fragen aufgegriffen und bearbeitet werden, die für eine landesbezogene Suchthilfeplanung von besonderer Relevanz sind. Welcher suchtspezifische Hilfebedarf ist unter Drogenkonsumenten auszumachen? Werden die etablierten Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch genommen? Welche Maßnahmen der Sekundärprävention und Angebote der Suchthilfe sind erforderlich?

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Bedarfsanalyse stützt sich im Wesentlichen auf zwei Indikatoren: Zum einen wurde, wie weiter oben ausgeführt wurde (vgl. Abschnitt 4.2.2), auf das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ein international etabliertes diagnostisches Instrumentarium zur Erfassung einer substanzspezifischen Abhängigkeit zurückgegriffen. Als weiteres Kriterium für einen suchtspezifischen Hilfebedarf wurde im Rahmen der Fragebogenerhebung ein proble-

matischer Alkoholkonsum bestimmt, der mit Hilfe des Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Missbrauchs-Screening-Tests (LAST) (Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997) bestimmt wurde.

Neben diesen „objektiven“ Verfahren zur Bestimmung einer Drogenabhängigkeit wurde zum anderen die „subjektive Abhängigkeit“ erfasst. Gerade die subjektive Sichtweise bzw. die Frage, ob Drogenkonsumenten sich selbst als „abhängig“ von der ein oder anderen Substanz einschätzen, dürfte für die Bestimmung eines suchtbezogenen Hilfebedarfs von Bedeutung sein.

Um Erkenntnisse zur Inanspruchnahme des Hilfesystems zu erhalten, wurden die Untersuchungsteilnehmer zuerst danach gefragt, ob sie in ihrer Region eine Drogen- und Suchtberatungsstelle kennen, ob sie deren Dienste in den zurückliegenden zwölf Monaten in Anspruch genommen haben und welche anderen professionellen Hilfen sie genutzt haben.

Im Hinblick auf die Frage nach dem Aufkommen suchtspezifischer Störungen kann insgesamt festgestellt werden, dass 45,9 % aller als Cannabiskonsumenten klassifizierten Personen nach zumindest einem Kriterium (LAST; DSM-IV; subjektive Abhängigkeit) eine suchtspezifische Störung aufwiesen. Unter den Konsumenten von Partydrogen lag diese Prävalenzrate bei 66,2 %, unter Opiatkonsumenten bei 94,2 %. Dieses Gesamtbild soll nachfolgend in einer größeren Differenziertheit dargestellt werden.

Suchtspezifische Störungen von Cannabiskonsumenten

Die im Rahmen der Studie zum Drogenkonsum in Sachsen untersuchten Cannabiskonsumenten wiesen zu einem vergleichsweise geringen Umfang suchtbezogene Merkmale auf. Etwa jeder zehnte Cannabiskonsument war nach DSM-IV cannabisabhängig, ein etwa ähnlich großer Anteil schätzt sich selbst als „cannabisabhängig“ ein (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Prävalenz von Abhängigkeit bzw. Missbrauch unter Cannabiskonsumenten (N = 111; Angaben in %)

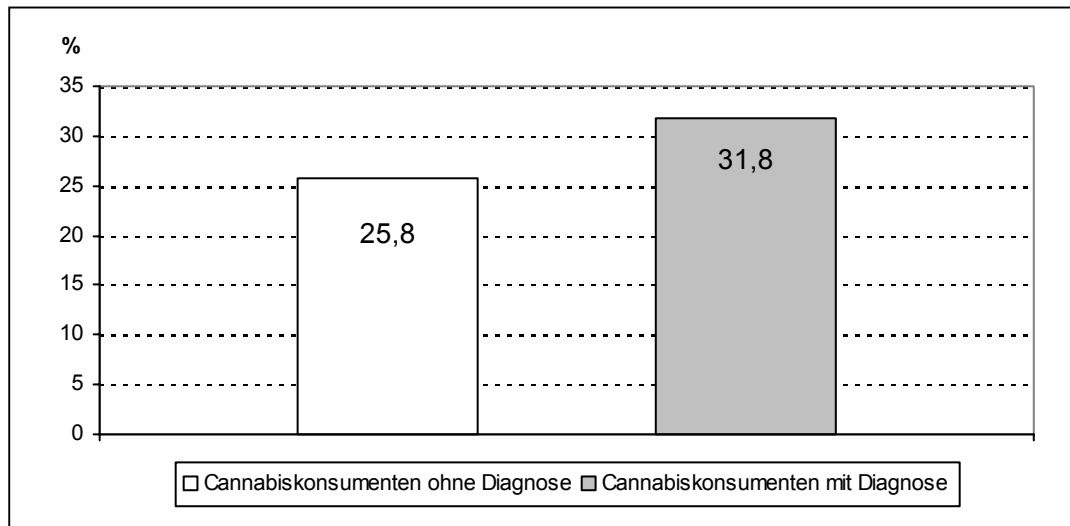
	subjektiv	objektiv (LAST, DSM)
Alkoholmissbrauch	nicht erhoben	33,3
Cannabisabhängigkeit	10,3	10,1

Genau ein Drittel aller Cannabiskonsumenten zeigten nach dem LAST einen problematischen Alkoholgebrauch. Diese Rate ist geringfügig höher als jene Ergebnisse, die im Rahmen von Alkohol-Screenings in der Normalbevölkerung durchgeführt wurden (vgl. z.B. Kremer et al., 1999). Kremer et al. stellten beim Einsatz des LAST auf fünf Stationen zweier Bielefelder Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 1995 und 1996 fest, dass 30 % der Patienten einen problematischen Alkoholkonsum betreiben.

Diese Ergebnisse bilden nun den Ausgangspunkt zu der Frage, ob Personen mit einem suchtspezifischen Hilfebedarf entsprechende Hilfen aufsuchen. Bevor die in den Regionen bestehenden Hilfemöglichkeiten jedoch frequentiert werden können, müssen diese den Hilfesuchenden bekannt sein. Aus diesem Grund wurden alle Untersuchungsteilnehmer gefragt, ob ihnen eine Suchtberatungsstelle in ihrer Region bekannt sei. Die nächste Grafik zeigt (Abb. 7), dass 25,8 % aller befragten Cannabiskonsumenten ohne suchtdiagnostischen Befund und (nur) etwa jeder dritte Cannabiskonsument mit einer substanzbezogenen Problematik eine Beratungsstelle in seiner Region kennen.

Demzufolge muss davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Cannabiskonsumenten mit einer Suchtproblematik gar keine Kenntnis von einer Suchtberatungsstelle in ihrer Nähe hat.

Abb. 7: Kenntnis regionaler Drogen- und Suchtberatungsstellen bei Cannabiskonsumenten ohne ($n = 66$) und mit suchtbezogener Diagnose ($n = 45$; Angaben in %)



Deshalb ist zu vermuten, dass auch nur wenige Personen, die einen Bedarf an drogenbezogenen Hilfen haben, diese auch in Anspruch nehmen. Nur 1,9 % aller befragten Cannabiskonsumenten ($n = 2$) haben jemals Erfahrung mit dem Suchthilfesystem gemacht. Unter den abhängigen Cannabiskonsumenten hat sich bislang jeder Zehnte professionelle Hilfe zukommen lassen.

Suchtspezifische Störungen von Partydrogenkonsumenten

Wie weiter oben beschrieben wurde (vgl. Abschnitt 4.2.3.2), zeigen Konsumenten von Partydrogen häufig ein vergleichsweise hartes Konsummuster. Rund 30 % von ihnen konsumierten im vergangenen Monat mehr als drei illegale Drogen und etwa jeder Dritte dieser Konsumentengruppe betreibt darüber hinaus einen täglichen Cannabis-Konsum. Entsprechend dieses Konsumverhaltens weisen mehr als die Hälfte der untersuchten Konsumenten von Partydrogen (55,1 %) gemäß der eingesetzten Screenings (DSM-IV, LAST) zumindest eine substanzspezifische Störung auf. Für immerhin jeden Fünften (20,4 %) dieser Konsumentengruppe konnten sogar mehr als eine substanzbezogene Diagnose festgestellt werden.

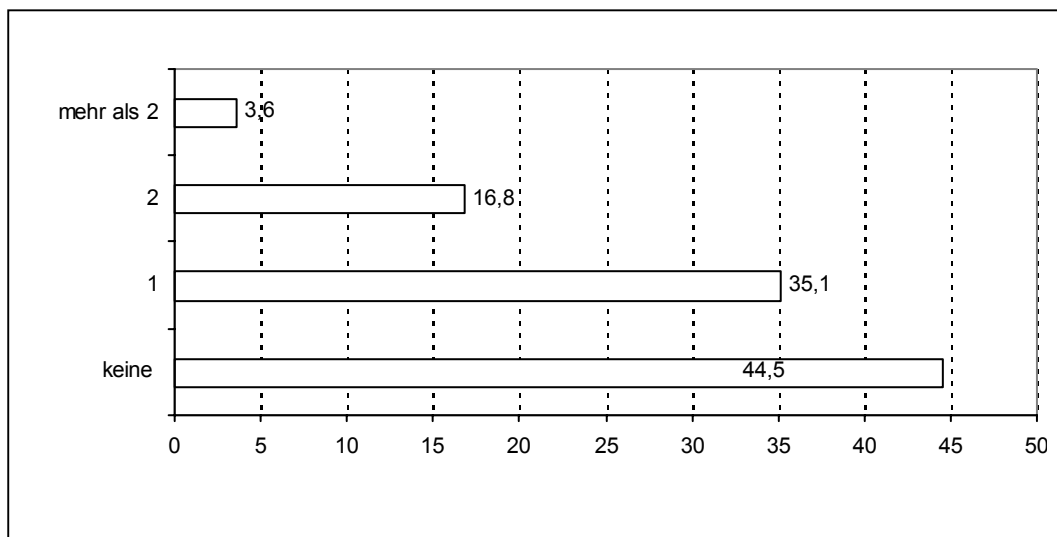
Ein problematischer Konsum von Alkohol konnte bei 35 % der Konsumenten von Partydrogen festgestellt werden, was im Vergleich zur Normalbevölkerung ein leicht höherer Anteil bedeutet. Sowohl nach objektiven (DSM-IV) als auch nach subjektiven Kriterien (27,1 %) liegt bei etwa jedem vierten Konsumenten von Partydrogen eine Cannabisabhängigkeit vor (vgl. Tab. 24)

Tab. 24: Prävalenz von Abhängigkeit bzw. Missbrauch unter Konsumenten von Partydrogen (N = 195; Angaben in %)

	subjektiv	objektiv (LAST, DSM-IV)
Alkoholmissbrauch	nicht erhoben	35,0
Cannabisabhängigkeit	27,1	26,5
Ecstasyabhängigkeit	17,2	16,0
Amphetaminabhängigkeit	22,4	29,5

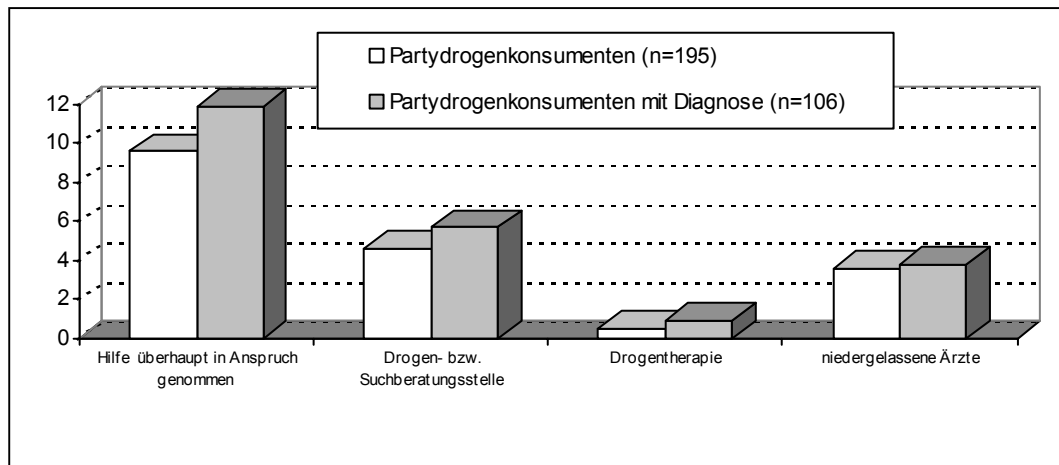
Mit der geringeren Verbreitung von Ecstasy in der Gesamtstichprobe geht eine geringe Rate abhängiger Ecstasykonsumenten einher. Etwa ein Drittel aller Partydrogenkonsumenten weist aber die Kriterien einer Amphetaminabhängigkeit auf (29,5 %). Aus Abb. 8 wird die Anzahl festgestellter substanzbezogener Störungen ersichtlich. Mindestens eine Diagnose wurde bei etwa der Hälfte der befragten Teilgruppe festgestellt (55,5 %).

Abb. 8: Anzahl gestellter Diagnosen (LAST, DSM-IV) bei den Partydrogenkonsumenten (N = 195; Angaben in %)



Aufgrund der vergleichsweise hohen Prävalenz von Abhängigkeitsdiagnosen in der Gruppe der Konsumenten von Partydrogen stellt sich die Frage, ob dieser Personenkreis über Kenntnisse der regionalen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe verfügt. Nach den vorliegenden Daten muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl aller Konsumenten von Partydrogen (55,7 %), die einen suchtspezifischen Hilfebedarf aufweisen (Abhängigkeit von mindestens einer Substanz), eine entsprechende Suchtberatungsstelle in ihrer Stadt/Region nicht kennen. Nur etwa jede(r) Zehnt(e) aller Partydrogenkonsumenten hat innerhalb des letzten Jahres wegen des Drogenkonsums professionelle Hilfen beansprucht (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Inanspruchnahme von Hilfen und Art der in Anspruch genommenen Hilfe bei Partydrogenkonsumenten



Unter den Angeboten, die genutzt wurden, finden sich prioritär die Drogenberatung, Drogentherapien und die Konsultation eines niedergelassenen Arztes. Auf Erfahrungen mit therapeutischen Hilfen kann jedoch nur eine cannabis- und amphetaminabhängige Frau dieser Personengruppe zurückblicken.

Interessiert man sich dafür, welche Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen, so lässt sich diese Fragestellung durch eine Analyse der systematischen Zusammenhänge zwischen der abhängigen Variable ‚Inanspruchnahme professioneller Hilfen‘ und den unabhängigen Variablen ‚Geschlecht‘, ‚Bildungsniveau‘ und ‚Abhängigkeit‘ bearbeiten. Zu diesem Zweck wurde eine logistische Regression¹⁵ berechnet, welche die Auftretenswahrscheinlichkeiten (Odd Ratios) in der zu erklärenden Variable mittels mehrerer unabhängiger Variablen schätzt. Hierbei zeigt sich, dass unter den Modellvariablen nur die Variable ‚Cannabisabhängigkeit‘ in einem signifikanten Zusammenhang zur Inanspruchnahme steht. Sind bei einem Untersuchungsteilnehmer die DSM-IV-Kriterien einer Cannabisabhängigkeit erfüllt, so steigt die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme professioneller Hilfen um den Faktor 10. Weder die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter und Schulbildung noch die Variablen zur Ecstasy- und Amphetaminabhängigkeit, die die maßgeblichen Indikatoren für einen Hilfebedarf in dieser Konsumentengruppe darstellen, haben einen signifikanten Einfluss im Vorhersagemodell.

Suchtspezifische Störungen von Opiatkonsumenten

Unter den im Rahmen der Untersuchung des Drogenkonsums in Sachsen befragten Opiatkonsumenten betreiben knapp die Hälfte (47,1 %) einen problematischen Alkoholkonsum. Zur Erfassung der Abhängigkeit von illegalen Substanzen wurde auf den Einsatz der Screening-Diagnostik (für jede mögliche Substanz) verzichtet (vgl. Abschnitt 4.1) und ausschließlich die Selbsteinschätzung der Befragten herangezogen. Eine subjektive Abhängigkeit von Heroin liegt demnach bei fast allen (92,9 %) der befragten Heroinkonsumenten vor (vgl. Tab. 25). Etwa jeder Zweite dieser Konsumentengruppe schätzt sich selbst darüber hinaus als kokainabhängig ein.

¹⁵ Die detaillierten Ergebnisse finden sich im Anhang, Tab. 4.

Tab. 25: Prävalenz der subjektiven Abhängigkeit unter Opiatkonsumenten (N = 130; Angaben in %)

	Anteil
Cannabisabhängigkeit	16,3
Ecstasyabhängigkeit	7,7
Amphetaminabhängigkeit	6,3
Kokainabhängigkeit	43,4
Opiatabhängigkeit	92,9

Im Gegensatz hierzu würden sich selbst nur 16,3 % aller Opiatkonsumenten als cannabisabhängig, 7,7 % als ecstasyabhängig und 6,3 % als amphetaminabhängig einschätzen. Diese Zahlen stehen in einem gewissen Widerspruch zum weit verbreiteten Konsum der Partydrogen Ecstasy und Crystal in der Gruppe der Opiatkonsumenten (vgl. Abschnitt 4.2.3.2.). Möglicherweise werden hierbei die durch den Heroin- und Kokainkonsum bedingten Problemlagen als schwerwiegender und belastender eingeschätzt.

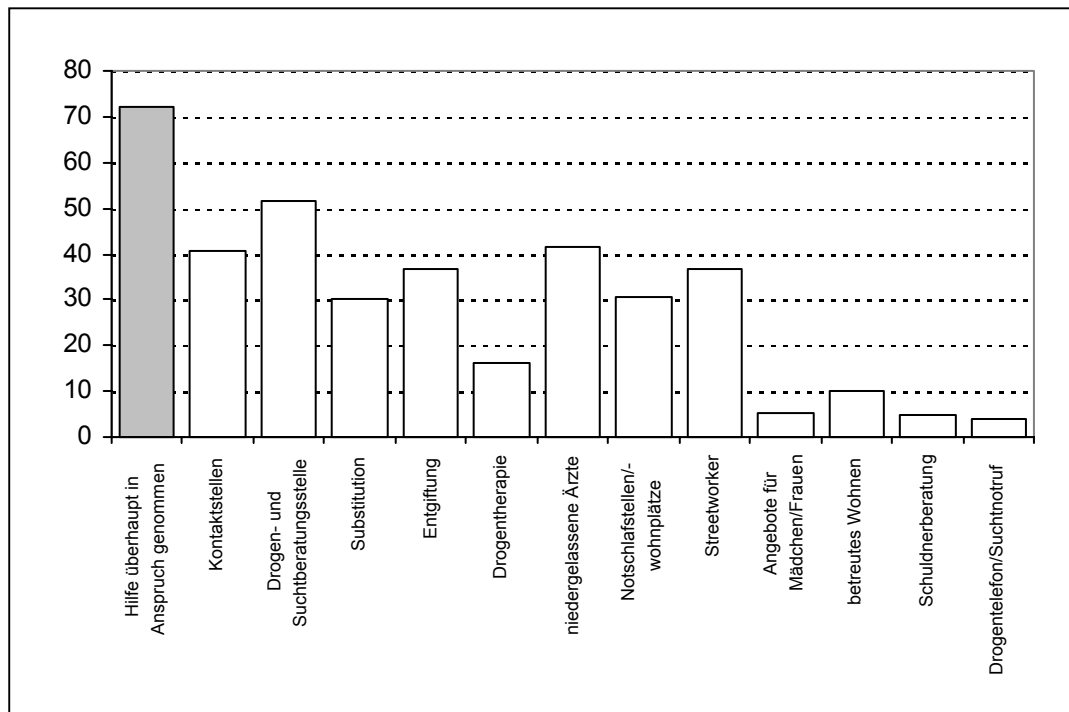
Neben der Substanzabhängigkeit geben die Angaben zu den chronischen gesundheitlichen Problemen und zu vorliegenden Infektionskrankheiten wie Hepatitis- oder HIV-Infektionen weitere Hinweise auf den spezifischen Hilfebedarf dieser Konsumentengruppe. Nach den Daten, die im Rahmen der Untersuchung des Drogenkonsums in Sachsen gewonnen werden konnten, leidet mehr als die Hälfte der befragten Heroinkonsumenten (56,1 %) unter chronischen Krankheiten. Bei der Frage nach der Art der Erkrankung werden am häufigsten Hepatitis-Infektionen (60 %) sowie Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis), Allergien und psychische Erkrankungen genannt. Die überwiegende Mehrheit der Opiatkonsumenten hat bereits einen HIV-Test durchgeführt (85,5 %), jedoch nur eine Person mit einem positiven Befund.

Diejenigen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe, die sich an eine Opiatkielntel richten, stehen vor dem Hintergrund dieser Befragungsergebnisse vor der Herausforderung, eine zielgruppennahe und wirksame Prophylaxe von Hepatitisneuinfektionen zu konzipieren und durchzuführen. Hepatitisenerkrankungen gehören wie AIDS zu den typischen Begleit- und Folgeerkrankungen einer intravenösen Drogeneinnahme. Als wirksame Strategien zur Verhinderung einer Übertragung werden hierbei ähnliche präventive Strategien zu wählen sein wie bei der Prävention von HIV-Infektionen. Auf der individuellen Ebene stehen dabei die Verhinderung des Spritzentausches und ungeschützter sexueller Kontakte im Vordergrund. Liegt bereits eine Hepatitisinfektion vor, dann überwiegt der Hepatitis-C-Typ (83,3 %). Die Behandlung dieser Infektion ist aufwendig und kostspielig und setzt das Einhalten bestimmter Verhaltensweisen der erkrankten Drogenkonsumenten voraus.

Bezüglich der Frage, in welchem Umfang die Gruppe der Heroinkonsumenten die suchtspezifischen Hilfen der jeweiligen Region in Anspruch nimmt, ergibt sich ein völlig anderes Bild als bei den anderen hier vorgestellten Konsumentengruppen. Fast alle befragten Opiatkonsumenten (86,1%) haben sich bisher einer Entzugsbehandlung unterzogen obgleich vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten unklar bleibt, ob diese im Rahmen einer psychiatrischen Regelbehandlung oder in einem Akutkrankenhaus durchgeführt wurde. Immerhin die Hälfte der untersuchten Opiatkonsumenten hat schon zumindest einmal eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt. Entsprechend dieses Erfahrungshintergrundes verfügt die überwiegende Mehrzahl der befragten Heroinkonsumenten (79,8%) über Kenntnisse der Suchtberatungsstellen ihrer Stadt/Region.

Erwartungsgemäß höher als in den beiden Vergleichsgruppen ist auch die Inanspruchnahme der professionellen Hilfen (vgl. Abb. 10).

Abb. 10: Hilfeinanspruchnahme und Art der in Anspruch genommenen Hilfen bei Opiatkonsumenten (N = 130; Angaben in %)



So haben in den zurückliegenden zwölf Monaten rund drei Viertel (72 %) aller Opiatkonsumenten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe aufgesucht. Dabei wurden vor allem Kontaktstellen (40,8 %), Drogen- und Suchtberatungsstellen (51,5 %) und niedergelassene Ärzte (41,5 %) frequentiert. Entsprechend der vorliegenden Selbstauskünften der Untersuchungsteilnehmer begaben sich auch relativ viele Opiatkonsumenten (36,9 %) in eine Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlung auch wenn mit Hilfe der vorliegenden Daten nicht bestimmt werden kann, ob diese Behandlung in einem Akutkrankenhaus oder in einem psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt wurde. Für eine Drogentherapie hingegen entschieden sich in den zwölf Monaten vor der Befragung nur 16,2 % aller Opiatkonsumenten. Ein höherer Anteil stand dagegen im Kontakt zu niedrigschwelligen Hilfen: 36,9% hatten Kontakt zu Streetworkern und 30,8% übernachteten im letzten Jahr in Notschlafstellen. Dieser Befund, wonach die in Sachsen untersuchten Opiatkonsumenten zu einem weitaus höheren Anteil Kontakt- und Beratungsstellen, sowie die Hilfen von Streetworkern und niedergelassenen Ärzten in Anspruch nehmen, als die klassischen Angebote der „Cleantherapie“ muss im Lichte der zugrundeliegenden Rekrutierungsstrategie relativiert werden. So war es gerade Ziel der Stichprobengewinnung dieser Teilstudie, Drogenkonsumenten „außerhalb“ des klassischen Hilfesystems für Drogenabhängige in die Forschungsarbeit einzubeziehen.

Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe in den Regionen

Die Frage nach dem Hilfebedarf und der Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen ist bislang im Hinblick auf unterschiedliche Konsumenten - d.h. Zielgruppen präventiver bzw. kurativer Maßnahmen bearbeitet worden. Für die bedarfsgerechte Planung dürften jedoch auch regionale Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens von Interesse sein, weshalb nachfolgend überprüft werden soll, ob Drogenkonsumenten, die einen suchtspezifischen Hilfebedarf aufweisen (LAST, DSM-IV, subjektive Abhängigkeit) die Drogenberatungsstelle ihrer Region kennen und die Hilfe dieser Einrichtung innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate in Anspruch genommen haben. Bei der unten eingefügten Übersicht (vgl. Tab. 26) bleiben Opiatkonsumenten unberücksichtigt, da diese Konsumentengruppe hauptsächlich in Leipzig rekrutiert wurde und diese Konsumentengruppe - wie weiter oben dargestellt - eine weitaus umfassendere Einbindung in das System der Hilfen aufweist.

Tab. 26: Kenntnis und Inanspruchnahme von Drogen- oder Suchtberatungsstellen durch Suchtmittelabhängige nach Regionen (nur Cannabis- und Partydrogenkonsumenten; N = 173; Angaben in %)

	Dresden (n = 51)	Leipzig (n = 30)	Vogtland (n = 60)	Hoyerswerda (n = 32)
Kenntnis der Drogen- und Suchtberatungsstellen	23,5	30,0	39,7	53,1
Inanspruchnahme (Jahresprävalenz)	9,9	-	6,8	6,5

Im Hinblick auf die Bekanntheit der regionalen Suchtberatungsstelle unter den befragten suchtmittelabhängigen Personen (nur Cannabis- und Partydrogenkonsumenten) müssen zuerst einmal ein unbefriedigendes Gesamtbild und teilweise erhebliche regionale Unterschiede konstatiert werden. Während etwa jeder zweite Befragte mit suchtmittelbezogenen Problemen (53,1 %) aus Hoyerswerda die Suchtberatungsstelle der Stadt kennt, ist die Suchtberatung in Dresden nur bei etwa jedem vierten Abhängigen (23,5 %) bekannt. Von den in Leipzig befragten 30 Personen mit Suchtproblemen (ohne Heroinkonsumenten) kannten lediglich neun Personen (30 %) eine Leipziger Drogenberatungsstelle.

Ein völlig anderes Bild ergibt die Frage nach der Inanspruchnahme von Hilfen: Hier zeigt sich für die Drogen- und Suchtberatung in Dresden eine vergleichsweise „hohe“ Rekrutierungsquote. Etwa jede zweite jener Personen, die diese Einrichtung kennen, hat deren Hilfe in Anspruch genommen. Das entspricht 9,9 % aller befragten Drogenabhängigen (n = 5) aus der Stadt Dresden. Ein gegensätzliches Bild ergibt sich für Hoyerswerda. Hier muss bei einer vergleichsweise „guten“ Bekanntheit (53,1 %) eine schlechte Nutzung (6,5 %) konstatiert werden. In Leipzig hat keine der 30 Personen mit einer Suchtproblematik eine Beratungseinrichtung aufgesucht.

Ein „Missverhältnis“ von einem guten Bekanntheitsgrad bei gleichzeitig schlechter Inanspruchnahme ist sicherlich auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Mögliche Erklärungen hierfür könnten das in der (jugendlichen) Öffentlichkeit möglicherweise gegebene Image der Suchtberatungsstelle als Einrichtung für Alkoholranke (oder Heroinabhängige) und das Fehlen zielgruppennaher Angebote für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten sein.

4.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zum Drogenkonsum in Sachsen wurden insgesamt 437 aktuelle Konsumenten illegaler Substanzen in Dresden, Leipzig, Hoyerswerda und dem Vogtland mit Hilfe eines Fragebogens untersucht. Die Untersuchungsstichprobe wurde über vielfältige institutionelle oder private Zugänge rekrutiert: So wurden Drogenkonsumenten im öffentlichen Raum, auf der Strasse, in Diskotheken, in Clubs und in unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe in die Untersuchung eingebunden.

Die Mehrzahl der Befragungsteilnehmer war zwischen 16 und 28 Jahre alt und zwei Drittel (67 %) waren männlich. Die im Rahmen der Konsumentenbefragung erfassten Daten lassen den Schluss zu, dass mit den gewonnenen Befragungsteilnehmern hinsichtlich mehrerer den Drogenkonsum beschreibenden Parameter wie z.B. die Lebenszeit- und Monatsprävalenz, die Konsumfrequenz und die Substanzabhängigkeit eine äußerst heterogene Stichprobe realisiert werden konnte.

Die Merkmale des Drogenkonsums in der Gesamtstichprobe lassen sich folgendermaßen kennzeichnen: Alle Befragten haben Erfahrung mit Cannabis und etwa drei Viertel (72 %) haben im letzten Monat Cannabis konsumiert. Etwa die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer hat Erfahrung im Umgang mit Ecstasy, Amphetaminen, Halluzinogenen oder Kokain. Neben Cannabis werden von der untersuchten Population aktuell vor allem die Partydrogen Ecstasy (24 %), Crystal (22 %) und Kokain (23,5 %) konsumiert. Opiate bzw. Ersatzstoffe schließlich wurden von einem Drittel (33,9 %) jemals und von 22,7 % im letzten Monat konsumiert.

In der nach Konsumententyp differenzierten Auswertung lassen sich in Hinblick auf den Drogenkonsum folgende Besonderheiten feststellen.

Die in der Studie des Drogenkonsums in Sachsen untersuchten Cannabiskonsumenten betreiben - ähnlich wie in einer bevölkerungsrepräsentativen Population (BZgA, 2001) - überwiegend einen gelegentlichen Konsum von Cannabis, konsumieren also an weniger als fünf Tagen pro Monat. Etwa jeder dritte Cannabiskonsument jedoch betreibt einen (fast) täglichen Konsum von Haschisch und/oder Marihuana. Obwohl 33,3 % der Cannabiskonsumenten nach einem einschlägigen Screening-Verfahren (LAST; Rumpf et al., 1997) einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, sollte dieser Wert vor dem Hintergrund allgemeiner Bevölkerungsbefragungen bewertet werden, nach denen ein problematischer Alkoholkonsum bei etwa 30 % der erwachsenen Bevölkerung festzustellen ist (vgl. z.B. Kremer et al., 1999). Etwa jede(r) zehnt(e) Cannabiskonsument(in) weist nach subjektiven oder objektiven Kriterien (DSM-IV) eine Cannabisabhängigkeit auf. Unter Berücksichtigung der Daten aus dem Alkoholscreening kann für insgesamt 45,9 % der Gruppe der Cannabiskonsumenten ein problematischer Substanzkonsum festgestellt werden. Nur 4,1 % dieser Personen haben jedoch suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen (vgl. Tab. 27).

Konsumenten von Partydrogen zeigen im Durchschnitt eine vergleichsweise höhere Konsumfrequenz psychoaktiver Substanzen sowie einen höheren Anteil drogenassoziierter Störungen. Knapp jeder Dritte dieser Konsumentengruppe (29,8 %) gibt an, täglich Cannabis zu konsumieren, und etwa ebenso viele betreiben einen aktuellen Konsum von mindestens zwei weiteren überwiegend synthetischen Substanzen. Die Zahl der Cannabis- und Amphetaminabhängigen unter den Partydrogenkonsumenten ist dementsprechend als hoch einzuschätzen, was für einen erhöhten Hilfebedarf dieser Gruppe spricht. 26,5 % weisen nach DSM-IV eine Abhängigkeit von Cannabis und 29,5 % eine von Amphetaminen auf. Berücksichtigt man zusätzlich noch die Daten aus der Diagnostik des Alkoholkonsums (LAST), so ergibt sich für 66,2 % der Konsumenten

ten von Partydrogen ein problematischer Substanzkonsum. Nur jede zehnte dieser Personen (10,6 %) hat bislang suchtspezifische Hilfen für sich in Anspruch genommen.

Tab. 27: *Abhängigkeit, Kenntnis und Inanspruchnahme des Hilfesystems getrennt nach Konsumentengruppe (N = 437, Angaben in %)*

	Cannabiskonsumern (n = 111)	Partydrogenkonsumern (n = 196)	Opiatkonsumenten (n = 130)
Problematischer Substanzkonsum*	45,9	66,2	94,2
Kenntnis der regionalen Suchtberatung	30,0	43,8	81,3
Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	4,1	10,6	69,0

* zumindest ein positiver Befund nach LAST, DSM-IV oder aus subjektiver Sicht

Opiatkonsumenten, die im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht wurden, konsumieren ein breites Spektrum illegaler Drogen. Dabei wurden überwiegend Heroin sowie Ersatzstoffe gebraucht. Diese Konsumentengruppe lässt sich jedoch insbesondere durch einen Mischkonsum mehrerer illegaler Drogen kennzeichnen. Denn neben den Opiaten werden interessanterweise auch sog. Partydrogen konsumiert. Etwa 60 % haben im letzten Monat Opiate zu sich genommen, wobei 37,7 % Heroin und 17,1 % die Ersatzstoffe Methadon bzw. Polamidon täglich gebrauchen. In Hinblick auf den Konsum der modernen Jugend- und Partydrogen kann festgestellt werden, dass ein Viertel (26 %) im letzten Monat Ecstasy, Speed oder Crystal konsumiert hat, meist aber nur gelegentlich. Vor allem aber Kokain hat in der Gruppe der Opiatkonsumenten eine vergleichsweise große Bedeutung. So liegt die Rate aktuellen Kokainkonsums in dieser Untersuchungsgruppe bei 54,8 %.

Erwartungsgemäß hoch ist der Hilfebedarf unter den untersuchten Opiatkonsumenten: Fast alle Personen dieser Gruppe weisen eine substanzassoziierte Störung auf (94,2 %), und Hilfeleistungen des Drogenhilfesystems nehmen etwas mehr als zwei Drittel der Opiatkonsumenten (69 %) in Anspruch. Betrachtet man die Art der in Anspruch genommenen Hilfen, fällt auf, dass Drogen- und Suchtberatungsstellen und niedergelassene Ärzte am häufigsten frequentiert werden. Des Weiteren wird vor allem von Kontakten zu Streetworkern (36,9 %) und von Übernachtungen in Notschlafstellen berichtet (30,8 %). Weniger häufig werden Angebote genannt wie psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlungen, Drogentherapie und die Substitution. Ob sich in diesen Zahlen jedoch die „tatsächliche“ Nachfrage oder die gegebene aktuelle Angebotssituation niederschlägt, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht entschieden werden.

Der vorgenommene Regionenvergleich lässt die Hypothese zu, dass der Konsum von Cannabis und Partydrogen nicht auf die Städte Leipzig und Dresden beschränkt ist, sondern auch in ländlichen Regionen Sachsens vergleichsweise weit verbreitet ist. Dementsprechend lässt sich auch für diese Regionen ein präventiver und kurativer Handlungsbedarf ausmachen.

5 ANALYSE AUSGEWÄHLTER HILFEANGEBOTE

5.1 Inanspruchnahme von Hilfen - Entwicklungstendenzen in Sachsen

Die Inanspruchnahme von (drogenspezifischen) Hilfen stellt - neben epidemiologischen Daten - einen wichtigen Indikator zur Beschreibung drogenbezogener Problemlagen bzw. von (Hilfe-)Bedarfen dar. Für den Freistaat Sachsen stehen Daten zur Inanspruchnahme von Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB) sowie zur stationären Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung.

5.1.1 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen

Um die Inanspruchnahme von Hilfen durch Drogenkonsumenten abzuschätzen, kann auf zwei Erhebungen zurückgegriffen werden:

1. Dokumentation der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS e.V.) der ambulanten Suchtkrankenhilfe aus den Jahren 1998 bis 2002
2. EBIS-Jahresstatistik der sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen.

Tab. 28 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme von SBB im Hinblick auf Drogenkonsumenten¹⁶ auf Basis der Dokumentation der sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.¹⁷.

Tab. 28: Anzahl der Drogenkonsumenten in Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (1998 bis 2002) nach Regierungsbezirken

Regierungsbezirk	Jahr				
	1998	1999	2000	2001	2002
Chemnitz	331	555	867	1.005	1.162
Dresden	627	725	1.061	1.143	1.148
Leipzig	932	1.553	2.087	2.266	2.217
Insgesamt	1.890	2.833	4.015	4.414	4.527
Entw. zum Vorjahr (in %)		149,9	141,7	109,9	102,6

Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 1999 bis 2003

Die Anzahl der **Konsumenten illegaler Drogen** hat in den sächsischen SBB vor allem zwischen 1998 und 2001 deutlich zugenommen und ist seither relativ stabil. Diese Entwicklung konnte in allen drei Regierungsbezirken beobachtet werden, wobei der Regierungsbezirk Leipzig im Hinblick auf die absolute Nachfrage nach drogenspezifischen Hilfen herausragt. Als „verwendete Substanzen“¹⁸ werden weit überwiegend Opiode angegeben (z.B. 2000: 1.506 Konsumenten). Demgegenüber wurden im Regierungsbezirk Dresden vergleichsweise häufig Cannabiskonsum und im Regierungsbe-

¹⁶ „Drogenkonsumenten“ sind alle Klienten mit einem (mindestens) einmaligen Kontakt zu den an der Dokumentation beteiligten Einrichtungen. Die Zuordnung von Klienten zur Kategorie „Drogenkonsument“ erfolgt eindeutig und ist abgegrenzt, bspw. zur Kategorie „Alkoholkonsument“.

¹⁷ Basis der Datenerhebung sind die Angaben von 47 sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen.

¹⁸ Die Zuordnung des Drogenkonsums einer Person zum Merkmal „verwendete Substanz“ geschieht eindeutig, d.h. die hauptsächlich konsumierte Droge wird angegeben. Mehrfachnennungen erfolgen nicht.

zirk Chemnitz der Konsum von Amphetaminen und Halluzinogenen dokumentiert. Die Nachfrage nach drogenspezifischen Hilfen sowie die Art der hauptsächlich konsumierten Substanz (Opioide) verweisen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der polizeilichen Kriminalstatistik darauf, dass sich Leipzig - bezogen auf Sachsen - zu einem Zentrum der Drogenproblematik entwickelt hat.

Die EBIS-Jahresstatistiken der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen zeichnen bei der Hauptdiagnose hinsichtlich schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit, wie Tab. 29 zeigt, im Jahresvergleich ein etwas anderes Bild¹⁹.

Tab. 29: Hauptdiagnosen (illegale Drogen) (EBIS 1998 – 2001)*

Hauptdiagnose	1998		1999		2000		2001**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Opiate	148	40,3	251	40,0	203	22,4	166	16,7
Cannabis	117	31,9	231	36,8	299	33,0	380	38,3
Sedativa	47	12,8	36	5,7	40	4,4	36	3,6
Kokain	38	10,4	76	12,1	73	8,1	42	4,2
Halluzinogene	17	4,6	34	5,4	26	2,9	10	1,0
Stimulantien	/	/	/	/	234	25,8	337	34,0
sonstige psychotrope Substanzen	/	/	/	/	31	3,4	21	2,1
Insgesamt	367	100,0	628	100,0	906	100,0	992	100,0

Quelle: Strobl u.a., 1998 - 2001

* Anzahl der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen: 1998 = 40; 1999 = 48; 2000 = 43

** Aufgrund technischer Probleme konnten aus einer großen Einrichtung in Leipzig keine Klientendaten ausgewertet werden.

In den an EBIS beteiligten sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen wurden in den Jahren 1998 bis 2001 eine steigende Anzahl an Personen mit einem schädlichen Gebrauch bzw. einer Abhängigkeit von illegalen Drogen erfasst. Dabei besitzen die Daten für das Jahr 2001 aufgrund von Dokumentationsproblemen nur eine eingeschränkte Aussagekraft, die Anzahl der tatsächlichen Fälle dürfte deutlich höher als in der Statistik angegeben liegen.

5.1.2 Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Mit der Zunahme an betreuten Drogenkonsumenten in den Suchtberatungs- und -behandlungsstellen ist erwartungsgemäß auch die Zahl der beantragten stationären Entwöhnungsbehandlungen gestiegen. Tab. 30 zeigt die Entwicklung im Zeitraum 1998 bis 2002 auf Basis von Daten der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

¹⁹ Laut Aussage der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. sind in die Dokumentation der EBIS-Statistik ca. 80 % der Einrichtungen einbezogen, die auch Daten im Rahmen der Statistik der Sächsischen Landesstelle dokumentieren. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass in die EBIS-Dokumentation Klienten ab dem zweiten Kontakt aufgenommen werden.

Tab. 30: Anzahl der beantragten Entwöhnungsbehandlungen (illegale Drogen) von Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (1998 bis 2002) nach Regierungsbezirken

Regierungsbezirk	Jahr				
	1998	1999	2000	2001	2002
Chemnitz	32	46	87	107	98
Dresden	39	41	91	96	97
Leipzig	127	255	283	263	297
Insgesamt	198	342	461	466	492
Entw. zum Vorjahr (in %)		172,7	134,8	101,1	105,6

Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 1999 bis 2003

In allen drei Regierungsbezirken haben die beantragten stationären Behandlungsmaßnahmen im Zeitraum 1998 bis 2000 (erheblich) zugenommen. Seither ist die Zahl der jährlichen Anträge relativ stabil. Erwartungsgemäß wurden im Regierungsbezirk Leipzig deutlich mehr Anträge gestellt als in den beiden anderen Bezirken.

Unter systematischen und inhaltlichen Gesichtspunkten muss zwischen beantragten, bewilligten und durchgeführten Maßnahmen unterschieden werden. Im Jahr 2001 wurden insgesamt 265 stationäre Entwöhnungsbehandlungen begonnen, im Jahr 2000 waren es 263 Maßnahmen. Während im Jahr 2000 98 der begonnenen Behandlungen (37,3 %) von anderen Leistungs- und Kostenträgern als der LVA Sachsen bewilligt wurden, entfielen in 2001 41 Bewilligungen (15,5 %) der stationären Entwöhnungsbehandlung auf andere Kostenträger.

Die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen zu Lasten der LVA Sachsen hat zwischen den Jahren 2000 und 2001 deutlich zugenommen. Zu den weiteren Leistungs- und Kostenträgern, die Entwöhnungsbehandlungen von sächsischen Bürgern bewilligt haben, zählen u.a. die Familienversicherung der Eltern bei jüngeren Klienten, das Jugendamt, der Landeswohlfahrtsverband Sachsen (LWV), die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) sowie die Krankenkassen. Der Anteil von BfA- bzw. krankenkassenfinanzierten Maßnahmen ist relativ gering, da bspw. im Jahr 2000 in Ostdeutschland insgesamt lediglich 63 Maßnahmen zu Lasten dieser Leistungsträger erfolgten.

Ein Vergleich der Maßnahmen des Jahres 2000 zwischen den Landesversicherungsanstalten in den neuen Ländern zeigt, dass in Sachsen mit 3,73 Anträgen pro 100.000 Einwohner etwa gleich viele Maßnahmen durchgeführt wurden wie in Thüringen (3,78). In den anderen ostdeutschen Ländern fiel die Zahl der pro 100.000 Einwohner durchgeführten Maßnahmen demgegenüber deutlich geringer aus (z.B. Brandenburg 1,58; Sachsen-Anhalt 2,26; Mecklenburg-Vorpommern 2,65).

5.2 Analyse ausgewählter Hilfeinrichtungen in Sachsen

5.2.1 Ziele und Fragestellungen der Teilstudie

Die Analyse ausgewählter (ambulanter und stationärer) Einrichtungen stellt ein weiteres Kernelement der Forschungsstudie dar. Auf Vorschlag des Auftraggebers wurden folgende sechs Einrichtungen in die Untersuchung einbezogen:

Ambulante Hilfen

- ❑ Suchtberatungs- und -behandlungsstelle, ALTERNATIVE I und II (Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig).

Stationäre (psychiatrische) Regelbehandlung

- ❑ Drogenentgiftungsstation des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz (in Schkeuditz)
- ❑ Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche am Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH (in Leipzig)
- ❑ (geschlossene) Station für drogenabhängige Kinder und Jugendliche an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie (in Arnsdorf).

Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

- ❑ Therapeutische Einrichtung für Abhängigkeitskranke „Alte Flugschule“ des SIRIUS Sachsen e.V. in Großrückerswalde
- ❑ Drogenklinik Moritzburg der Evangelischen Fachkliniken Heidehof gGmbH in Moritzburg.

Die genannten sechs Einrichtungen stellen nur einen (begrenzten) Ausschnitt der Versorgungsangebote für illegal Drogenabhängige in Sachsen dar, so dass die Analyseergebnisse nur eingeschränkt auf die Gesamtversorgungssituation übertragen werden können.

Das Vorgehen zielte u.a. auf die Beantwortung folgender grundlegender Fragestellungen:

- ❑ Nach welchen Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen können die Einrichtungen beschrieben werden?
- ❑ Entsprechen die Merkmalsausprägungen der ausgewählten Einrichtungen sonstiger gängiger Praxis bzw. (soweit vorhanden) fachlichen Standards?
- ❑ Welche Verbesserungspotentiale können zur Weiterentwicklung der Einrichtungen festgestellt werden?
- ❑ Welche Hinweise liefert die Ist-Aufnahme der ausgewählten Einrichtungen im Hinblick auf die zukünftige (Weiter-)Entwicklung der Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken bei illegalen Drogen?

5.2.2 Methodisches Vorgehen

Die Analyse der sechs vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie vorgeschlagenen Einrichtungen basiert auf einer differenzierten Erhebung von Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen. Außerdem wurden - soweit vorhanden - die Behandlungs-, Klienten- bzw. Patientendaten der Einrichtungen sekundäranalytisch ausgewertet. Die von der Bietergemeinschaft zu Beginn des Forschungs-

vorhabens geplante eigenständige Erhebung von Klientendaten konnte aufgrund der damit für die Einrichtungen verbundenen zusätzlichen Arbeitsbelastung - mit Ausnahme von Patientenbefragungen in den Entwöhnungseinrichtungen - nicht realisiert werden.

Aufgrund der spezifischen Voraussetzungen des Forschungsvorhabens wurde ein Vorgehen (Forschungsdesign) gewählt, das qualitative und quantitative Erhebungsmethoden kombinierte. Im Einzelnen wurden folgende Erhebungen durchgeführt:

1. teilstandardisierte (schriftliche) Befragung der Einrichtungen sowie die Befragungsergebnisse vertiefende leitfadengestützte Interviews mit leitenden Mitarbeitern
2. sekundäranalytische Auswertung von Behandlungs-, Klienten- bzw. Patientendaten sowie Analyse relevanter Dokumente (z.B. Konzepte)
3. Durchführung von Klienten- bzw. Patientenbefragungen in den beiden Entwöhnungseinrichtungen.

Mit den Einrichtungsbefragungen wurden folgende Aspekte erfasst (vgl. Tab. 31):

Tab. 31: Untersuchungsaspekte der Bestandsaufnahme

Untersuchungsaspekte	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Träger und Art/Typ der Einrichtung	X		
(infrastrukturelle) Rahmenbedingungen	X		
Räumlichkeiten, sächliche Ausstattung	X		
Anzahl der Mitarbeiter	X		
Qualifikation der Mitarbeiter, Berufserfahrung	X		
Fort- und Weiterbildung, Supervision		X	
Leistungsstruktur, Besprechungswesen	X		
zeitliche Erreichbarkeit, Öffnungszeiten	X		
Wartelisten (Wartezeiten)	X		
Konzeption	X		
Ziele und Arbeitsansatz	X		
Angebote und Hilfen		X	
Klientel		X	X
Zugangswege und Vermittlung		X	X
Art der Beendigung			X
fallbezogene Kooperation	X		
institutionenbezogene Kooperation und Koordination	X		
Dokumentation (u.a. EDV-gestützte Verfahren)		X	
(eingesetzte Verfahren zur) Qualitätssicherung		X	
Finanzierung	X		

Vorgesehen war, **Behandlungs- und Patientenmerkmale** auf der Grundlage aktueller Daten - Bezugsjahr 2002 - so umfassend wie möglich zu analysieren und mit Referenzdaten zu vergleichen. Neben soziodemographischen Merkmalen (u.a. Geschlechterverteilung, Altersstruktur) waren besonders suchtbiographische Merkmale (u.a. aktueller Konsum psychoaktiver Substanzen, Diagnose[n], Konsumart, bisherige Inanspruchnahme von Hilfen) von Interesse. Hierbei war vorgesehen, auf durch die Einrichtungen erhobene Klienten- bzw. Patientendaten zurückzugreifen bzw. vorhandene Dokumentationssysteme im Rahmen des Forschungsvorhabens zu nutzen und erhobene Daten auszuwerten. Im Projektverlauf traten bei der Umsetzung dieser Absicht Schwierigkei-

ten auf, die z.T. in den spezifischen Bedingungen der Dokumentation einzelner Einrichtungen begründet waren. Insgesamt liefern diese aber auch Hinweise auf grundlegende Entwicklungsbedarfe im Bereich Dokumentation und Qualitätsentwicklung. Im Einzelnen wurden folgende Probleme festgestellt:

- ❑ nur in wenigen Einrichtungen werden Daten mit einem Dokumentationssystem erfasst, das den fachlichen Anforderungen genügt
- ❑ die EDV-gestützten Dokumentationssysteme erfassen unterschiedliche Merkmale, darüber hinaus sind die Merkmale unterschiedlich definiert
- ❑ die zur Verfügung gestellten Daten bezogen sich auf unterschiedliche Zeiträume (Jahre) bzw. waren teilweise nicht aktuell
- ❑ die Klienten- bzw. Patientendaten sowie Angaben zum Behandlungsverlauf lagen nur in „Papierform“ vor
- ❑ die EDV-gestützte Erfassung von Klienten- bzw. Patientendaten waren hinsichtlich wichtiger Merkmale unvollständig
- ❑ die Klienten- bzw. Patientendaten lagen vor, durften aber nicht in der Studie verwandt werden.

Aufgrund dieser Probleme können die Patienten- und Behandlungsmerkmale nur in ausgewählten Ausschnitten beschrieben werden, eine vertiefte Analyse der Daten (z.B. Veränderungen im Zeitverlauf, Zusammenhangsberechnungen) war nicht möglich.

Um Aussagen zur Ergebnisqualität zu fundieren, war eine **Klienten- bzw. Patientenbefragung** in allen Einrichtungen vorgesehen. Eine solche Erhebung konnte nur in den beiden Entwöhnungseinrichtungen durchgeführt werden, wobei auch hier keine systematische Befragung aller Patienten erfolgte.

Um die (qualitativen) Ergebnisse der Ist-Aufnahme einordnen und bewerten zu können, ist ein **fachlicher Bezugsrahmen** erforderlich. Dieser liegt für die ambulante bzw. stationäre Sucht- und Drogenhilfe nicht in einheitlicher und abgestimmter Form vor. Gleichwohl wurden in den letzten Jahren für Teilbereiche fachliche Empfehlungen, Leitlinien und Standards entwickelt. Darüber hinaus liefern Ergebnisse von Modellprogrammen und Forschungsstudien Hinweise auf eine bewährte Umsetzungspraxis. Schließlich konnten überregionale Daten, die mit Standarddokumentationssystemen erhoben werden (z.B. EBIS), als Vergleichsmaßstab herangezogen werden.

Zur fachlichen Einordnung bzw. Bewertung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurde u.a. auf folgende Unterlagen und Materialien zurückgegriffen:

Empfehlungen/Standards/Materialien

- ❑ Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe - Bereich Drogenhilfe (FDR, 1997).
- ❑ Bausteine zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (LSBW, 1997)
- ❑ Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe (DHS, 1997)
- ❑ Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2001)
- ❑ Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.

Vergleichsdaten

- EBIS ambulant Sachsen (2001)
- EBIS ambulant 2001 (Bund, Ost, West)
- EBIS stationär 2001 (Bund)
- Daten der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2001 und 2002).

5.2.3 Ergebnisse der Teilstudie

5.2.3.1 Suchtberatungs- und -behandlungsstelle ALTERNATIVE

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen spielen für die Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken eine wichtige Rolle. Sie halten ein breites Spektrum präventiver, Beratungs-, Unterstützungs-, Behandlungs- und rehabilitativer Leistungen vor. Im Rahmen der Studie wurde mit der ALTERNATIVE I und II in Leipzig eine sächsische Suchtberatungs- und -behandlungsstelle vertiefter untersucht.

5.2.3.1.1 Strukturelle Merkmale

Die Suchtberatungs- und -behandlungsstelle ALTERNATIVE verfügt über eine **schriftliche Konzeption** aus dem Jahr 2000. In dieser werden u.a. Suchtverständnis, Arbeitsansatz, Zielgruppe und das Angebotsspektrum dargestellt.

Das Angebot soll einen Beitrag zur Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken leisten. Es ist dabei vor allem auf „**abhängig drogenkonsumierende Menschen**“ sowie deren Bezugspersonen ausgerichtet. Hauptsächliches Ziel ist die Verhinderung von chronifizierten Krankheitsverläufen. Dieses soll u.a. durch die Strategie einer Langzeitbetreuung mit Konstanz und Kontinuität im Kontakt sowie der Wahrnehmung einer Brückenfunktion zwischen „dem drogengebundenen Lebensstil in der Szene und weiterführenden abstinentorientierten Hilfen“ erreicht werden. Durch ein Netzwerk von Hilfen sowie eine individuelle Hilfeplanung soll flexibel auf die jeweiligen Hilfebedarfe reagiert werden. Im Angebotsbereich ALTERNATIVE I wird ein akzeptierender und niedrigschwelliger Arbeitsansatz verfolgt. Die dort vorgehaltenen (Überlebens-)Hilfen werden mit motivierenden Angeboten kombiniert. Die Angebote im Bereich der ALTERNATIVE II sind abstinentorientiert. Im Rahmen eines Gesamtkonzepts soll u.a. der Übergang von suchtbegleitenden zu ausstiegsorientierten Hilfen gestaltet werden.

Die **Interventionen und Angebote zielen** mit Blick auf den einzelnen Klienten u.a. auf

- die Sicherung des (möglichst gesunden) Überlebens
- die Reduzierung der Drogenmengen und -exesse sowie des Beikonsums
- die Verlängerung drogenfreier Perioden
- dauerhafte Abstinenz
- eine drogenfreie Lebensgestaltung und -bewältigung.

Für den Bereich der niedrigschwelligen Angebote bestehen keine **Zugangsvoraussetzungen** im engeren Sinne. Die Klienten müssen drogenabhängig sein, im Kontaktladen

und der Notschlafstelle sind die Einhaltung der Hausordnung (keine Drogen, kein Drogenkonsum im Haus, kein Handel mit Drogen, Hehlerware etc., keine Gewalt bzw. keine Gewaltandrohung) für die Klienten verbindlich.

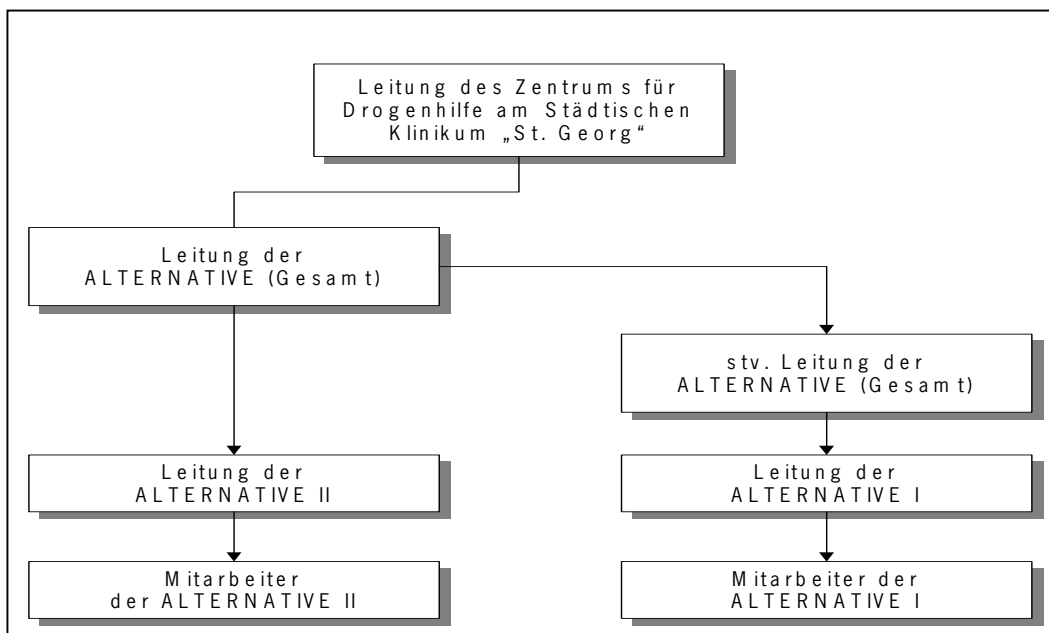
Im abstinenzorientierten Bereich werden als Zugangsvoraussetzungen u.a. die Bereitschaft der Klienten, sich mit der Suchtproblematik auseinanderzusetzen, die Motivation hinsichtlich einer Veränderung der eigenen Situation sowie die kurz- bzw. mittelfristige Annahme von abstinenzorientierten Angeboten genannt. Neben der Einhaltung der Hausordnung (s.o.) müssen terminliche Absprachen eingehalten werden. Voraussetzung für die Teilnahme an tagesstrukturierenden Angeboten und Abstinenzgruppen ist die aktuelle Drogenfreiheit.

Das Angebot ist - verglichen mit anderen Drogenberatungsstellen - konzeptionell eng auf die Zielgruppe der von illegalen Drogen **abhängigen** Personen zugeschnitten. Damit zielt das Angebot - zumindest gem. der Konzeption - nicht auf Personen mit einem riskanten oder schädlichen Konsum. Gleichwohl werden Menschen mit riskantem oder schädlichem Konsum entsprechend der individuellen Problemlage bzw. des Hilfebedarfs in eine geeignete Hilfeeinrichtung gezielt weitervermittelt. In der Konzeption sind das Suchtverständnis und die beschriebenen Problemlagen Drogenabhängiger auf eine Teilgruppe von Personen mit einem abhängigen Konsum („harter“) illegaler Drogen ausgerichtet. Eine solche konzeptionelle Ausrichtung kann aufgrund regionaler Bedingungen - im Sinne eines Spezialangebots - durchaus angezeigt sein: Die ALTERNATIVE ist in ein abgestimmtes Suchthilfesystem der Stadt Leipzig integriert. Durch die Mitarbeit in städtischen Gremien und Arbeitsgruppen (s.u.) ist die Einrichtung bemüht, Entwicklungstrends und aktuelle Hilfebedarfe zu reflektieren, um somit zeitnah auf Veränderungen von Konsumgewohnheiten und Hilfebedarfen reagieren zu können.

Träger der Einrichtung(en) ist das Städtische Klinikum „St. Georg“, Zentrum für Drogenhilfe. Das Gesamtangebot der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle stellt eine Kombination von **niedrigschwelligen** Lebens- bzw. Überlebenshilfen mit Beratung, Motivation und Vermittlung, Übernachtungsangebot (ALTERNATIVE I) sowie **abstinenzorientierten** Angeboten (Stabilisierung von Behandlungs- und Abstinenzmotivation, Vermittlung und Vorbereitung medizinischer Rehabilitation, ambulante Nachsorge, Substitution, ambulante Entgiftung, psychosoziale Begleitung bei Substitution und ambulanter Entgiftung, ambulante Psychotherapie) (ALTERNATIVE II) dar.

Die Gesamtleitung der ALTERNATIVE wird von einer Leiterin bzw. einem stellvertretenden Leiter wahrgenommen. Die nachfolgende Abb. 11 gibt einen Überblick über die **Organisationsstruktur** der Einrichtung.

Abb. 11: Organisationsstruktur der Einrichtung



Die Gesamtleitung bzw. der Stellvertreter ist der Leitung des Zentrums für Drogenhilfe am Städtischen Klinikum „St. Georg“ unterstellt. Die Gesamtleiterin nimmt darüber hinaus die Leitung des abstinentenorientierten und der stellvertretende Gesamtleiter die Leitung des niedrigschwelligen Angebotsbereichs wahr. Die Dienst- und Fachaufsicht sind verbindlich geregelt. Für die Mitarbeiter liegen aktualisierte Stellenbeschreibungen aus dem Jahr 2001 vor.

In den beiden Angebotsbereichen finden wöchentlich **Teamberatungen** statt, die u.a. zu Informationsvermittlung, Fallbesprechungen und Absprachen genutzt werden. Die Ergebnisse werden schriftlich protokolliert. An den Teamberatungen der ALTERNATIVE I nimmt mindestens ein Mitarbeiter der ALTERNATIVE II teil. In der ALTERNATIVE I werden darüber hinaus bei jedem Dienstwechsel (Schichtdienst) Übergaben durchgeführt, die u.a. zur Absprache von Betreuungsaufgaben sowie zur Informationsvermittlung genutzt werden. Bei den wöchentlichen Teamberatungen der ALTERNATIVE II ist ein Mitarbeiter anwesend, der in beiden Bereichen tätig ist. Hier finden außerdem wöchentlich interne Arbeitsberatungen und Fallbesprechungen statt. Ergänzt wird das Besprechungswesen durch gemeinsame (vierteljährliche) Vollversammlungen zur Weiterentwicklung der Konzeption und der Planung von Umsetzungsschritten.

Leistungsstruktur und Besprechungswesen werden insgesamt als dem Aufgabenfeld angemessen beurteilt. Mit der Schichtregelung im niedrigschwelligen Bereich können Schwierigkeiten in der Informationsweitergabe und internen Abstimmung einhergehen. Durch die Dokumentation aktueller klientenbezogener Informationen in einem Übergabebuch sollen Probleme bei der Beratung von Klienten vermieden werden.

Die Größe des **Einzugsgebiets** und die **Lage des Angebots** können u.a. mit der Größe der potentiellen Zielgruppe, Kapazitätsanforderungen an das Angebot sowie Zugangs- und Erreichungsaspekten korrespondieren. Das Einzugsgebiet der ALTERNATIVE I und II stellt das gesamte Stadtgebiet von Leipzig mit einer Einwohnerzahl von ca.

500.000 Einwohnern dar. Darüber hinaus werden die Angebote auch von Personen aus dem Landkreis Leipziger Land frequentiert²⁰. Die Einrichtungen liegen im Zentrum der Stadt Leipzig bzw. „szenenah“ und sind gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden.

Die räumliche Erreichbarkeit der Angebote kann folglich als (sehr) gut eingestuft werden.

Als ein wichtiges Kriterium einer kundenorientierten Strukturqualität werden fachöffentlich immer wieder die **Öffnungs- und Wartezeiten** ambulanter Angebote diskutiert. Tab. 32 zeigt die Öffnungszeiten der Angebote.

Tab. 32: Öffnungszeiten

Angebote	Öffnungszeiten	
	wochentags	am Wochenende
ALTERNATIVE I:		
Kontaktladen	8.00 - 19.45	9.00 - 19.45
Notschlafstelle	20.00 - 10.00	20.00 - 10.00
Spritzentausch	0.00 - 24.00	0.00 - 24.00
ALTERNATIVE II		
Drogenberatung (einschl. Substitution)	Mo. - Do. 8.00 - 19.45 Fr. 13.00 - 19.45	9.00 - 19.45 (nach Vereinbarung)

Beratungstermine können auch außerhalb der genannten Öffnungszeiten vereinbart werden. Die Einrichtung ist telefonisch 24 Stunden erreichbar, wobei täglich bei drei Dienstübergaben für 30 Minuten der Anrufbeantworter läuft. Während der o.g. Öffnungszeiten sind Kriseninterventionen möglich.

Wartezeiten können bei der Substitutionsbehandlung oder ambulanten Entgiftung entstehen. Neben Formalitäten bei der Antragstellung wird dies vor allem mit fehlenden Substitutionsplätzen begründet.

Sowohl im niedrigschwelligen Bereich als auch bei der Drogenberatung sind die Öffnungszeiten der Angebote am Bedarf und an den Bedürfnissen der Klienten orientiert und insgesamt als vorbildlich zu bezeichnen.

ALTERNATIVE I und II sind in getrennten **Räumlichkeiten** untergebracht.²¹ Diese Trennung soll dem Bedarf der Klienten nach einem niedrigschwelligen szenenahen und akzeptierenden Angebot auf der einen Seite und einem Angebot für cleanmotivierte und -orientierte Klienten auf der anderen Seite Rechnung tragen.

In dem Haus der ALTERNATIVE I stehen insgesamt 19 Räume zur Verfügung. Der Kontaktbereich dient als „Anlaufstelle“ und Treffpunkt sowie als drogenfreier Ruhe- und Rückzugsraum. Die Klienten können (Über-)Lebenshilfen und/oder (kurze) Beratungen oder Kriseninterventionen in Anspruch nehmen. Das Wohnangebot besteht aus zehn Notschlaf- und zehn Übernachtungsplätzen, die zum Motivationsbereich zählen.

Für die ALTERNATIVE II stehen Beratungs- und Behandlungszimmer, Räumlichkeiten für Gruppen sowie zur medizinischen Behandlung zur Verfügung. In den Räumen werden Einzel- und Gruppengespräche bzw. -therapie sowie Teambesprechungen durchgeführt.

²⁰ Stadt Leipzig: 493.052 Einwohner, Landkreis Leipziger Land: 152.687 Einwohner (Stand. 31.12.2001).

²¹ ALTERNATIVE I: Chopinstr. 13, ALTERNATIVE II: Heinrichstr. 18.

Zur **sächlichen Ausstattung** der Angebote zählen Telefon, Anrufbeantworter, Fax und ein PC in der Verwaltung. Die vorhandene EDV-Ausstattung ist dringend erweiterungsbedürftig: Es fehlen EDV-Plätze für die Mitarbeiter, ein EDV-gestütztes Dokumentations- und Verwaltungssystem (Software), eine Vernetzung der Arbeitsplätze sowie ein Internet-Zugang. Eine solche (technische) Ausstattung stellt für eine moderne EDV-gestützte Klientenarbeit sowie für die Umsetzung der geplanten Leistungserfassung eine wichtige Voraussetzung dar.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass - gemessen an fachlichen Standards (vgl. DHS, 1999) - die räumliche Ausstattung teilweise den Mindeststandard überschreitet und insgesamt als bedarfsgerecht zu bewerten ist. Demgegenüber besteht hinsichtlich der EDV-Ausstattung ein deutlicher Entwicklungsbedarf. Dies insbesondere deshalb, weil eine zeitgemäße EDV eine wichtige Voraussetzung für Dokumentation und Qualitätsmanagement darstellt.

Bei personenbezogenen Dienstleistungen liefert die **Ausstattung mit Fachpersonal** wichtige Hinweise auf die Strukturqualität des Angebots. Hierbei sind neben der beruflichen (Grund-)Qualifikation (Fachhochschul- oder Hochschulstudium) suchtspezifische bzw. (psycho-)therapeutische Zusatzausbildungen sowie Erfahrungen in der Arbeit mit Suchtkranken zu berücksichtigen. Tab. 33 zeigt die Personalstruktur der beiden Einrichtungen.

Tab. 33: Personalausstattung nach Qualifikation

Qualifikation	Anzahl	Stellenanteile	ABM/SAM
Alternative I			
Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter	3	2,5	/
Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter (in berufsbegleitender Ausbildung)	4	2,15	/
Fachkrankenschwester	1	1	/
weitere Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation „Fachkraft für sozialer Arbeit“)	2	2	/
Erzieherin	2	1,8	ABM
weitere Mitarbeiter	2	1,8	ABM/SAM
Studentin	1	0,2	/
Alternative II			
Dipl. Psychologe	1	1	/
Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter	1	0,75	/
Ärztin	1	0,75	/
Krankenschwester	1	1	/
Insgesamt	19	14,95	4

Das interdisziplinäre Mitarbeitererteam der ALTERNATIVE (I und II) besteht u.a. aus einer Psychologin und einer Ärztin, Sozialarbeitern, Krankenschwestern, Erzieherinnen und Studenten. Einige Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation abgeschlossen oder sie befinden sich in der Ausbildung, wobei vor allem suchtttherapeutische Zusatzqualifikationen (z.B. Sozialtherapie) erworben wurden bzw. werden. Nahezu alle Mitarbeiter verfügen über mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken bzw. in der Drogenhilfe, diese reichen von einem bis zu dreizehn Jahren. Zwei Mitarbeiter sind Ex-User.

Als nicht unproblematisch kann der Einsatz von Mitarbeitern auf ABM- bzw. SAM²²-Basis eingestuft werden. Aus Sicht der Einrichtung wirken sich mit diesen Fördermaßnahmen einhergehende Mitarbeiterwechsel nachteilig auf die Kontinuität und Konstanz sowie die Qualität der Arbeit im niedrigschwelligen Bereich aus.

Im Hinblick auf die Kooperation mit anderen Angeboten und Institutionen ist generell zwischen fallbezogener und institutioneller Kooperation zu unterscheiden. **Fallbezogene Kooperation** meint die fachlich-kollegiale Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen und Diensten bzw. Institutionen im Hinblick auf einzelne Klienten. Als wichtig(st)e Partner für die fallbezogene Kooperation werden von der ALTERNATIVE (psychiatrische) Kliniken, die psychiatrische Regelbehandlung durchführen, sowie Krankenhäuser, in denen die Klienten Entzugsbehandlungen in Anspruch nehmen, und niedergelassene Ärzte genannt. Darüber hinaus werden verschiedene Ämter, die Wohnungslosenhilfe sowie stationäre Therapieeinrichtungen und Betreutes Wohnen bzw. Wohnprojekte angeben. Die fallbezogene Kooperation wird von der Einrichtung insgesamt positiv bewertet.

Formelle (schriftliche) Vereinbarungen wurden mit dem Jugendamt der Stadt Leipzig (Sachgebiet Straßensozialarbeit), Suchtzentrum Leipzig e.V. (drogenfreie Wohnangebote für Erwachsene) sowie FAIRbund e.V. (Clean-Wohnprojekte) getroffen. Kontinuierliche Arbeitsberatungen zwischen Einrichtung und Projektträger sowie trägerübergreifende Fallbesprechungen (s.o.) begleiten die Umsetzung der spezifischen Angebote. Als ein Feld weiterer Kooperationsvereinbarungen werden Arbeitsprojekte für (ehemals) Drogenabhängige gesehen.

Im Bereich der Suchterkrankungen besteht erfahrungsgemäß aufgrund der multifaktoriellen Entstehungsbedingungen von Sucht sowie vielfältiger Problemlagen der Klientel eine Vielzahl von Kontakten, Schnittstellen und Kooperationszusammenhängen zwischen Angeboten der Suchthilfe und angrenzenden Versorgungssektoren insbesondere der medizinischen und der psychosozialen Versorgung. Die **institutionelle Kooperation** von der Einrichtung ALTERNATIVE stellt sich wie folgt dar:

- Die Einrichtung ist im Drogenbeirat der Stadt Leipzig sowie in der Lenkungsgruppe beim Beigeordneten für Jugend, Sport, Gesundheit und Soziales der Stadt Leipzig (AG des Drogenbeirats) vertreten. Diese beiden Gremien koordinieren die kommunale Drogenpolitik, planen die Entwicklung von Angeboten und zielen auf deren Vernetzung.
- Mit Blick auf die fachliche Weiterentwicklung der Hilfen sowie die Abstimmung untereinander arbeitet die Einrichtung in folgenden Arbeitskreisen mit:
 - AG aufsuchende Sozialarbeit
 - AG Clean-Wohnen
 - Ambulanzberatung
 - Fachausschuss „Illegale Drogen“
 - AG „Recht auf Wohnen“.

Aus Sicht der Einrichtung können die Kooperation im und Vernetzung des Hilfesystems in der Stadt Leipzig als beispielgebend eingestuft werden. Auch wenn im Rahmen der Studie Koordination und Kooperation nicht vertieft untersucht werden konnten, bestehen dennoch vergleichsweise gute Voraussetzungen für eine fachlich ausge-

²² ABM = Arbeitsbeschaffungsmaßnahme; SAM = Strukturanpassungsmaßnahme

richtete Planung und Steuerung der Hilfen. Diese Einschätzung gründet vor allem auf der Existenz eines Planungs- und Koordinationsgremiums (Drogenbeirat) sowie der Verortung der Lenkungsgruppe beim Beigeordneten der Stadt Leipzig (vgl. Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg, 1997; Oliva u.a., 2001).

Die Einrichtung wurde - im Bezugsjahr 2001 - überwiegend (62,4 %) durch kommunale Zuschüsse finanziert. Darüber hinaus trugen Fördermittel (17,6 %) und einmalige Modellmittel (7,1 %) des Freistaats Sachsen zur finanziellen Absicherung des Angebots bei. Deutlich geringere Anteile entfielen auf Sozialleistungsträger: Auf die Krankenkassen (zur Substitutionsbehandlung) 7,1 % und die Rentenversicherung 0,3 % aller Mittel. Eigenmittel, vor allem in Form von Einnahmen aus den Übernachtungskosten der Not-schlafstelle, tragen zu 5,5 % zur Gesamtfinanzierung bei.

5.2.3.1.2 Prozessmerkmale

Erfahrungsgemäß erreichen Klienten niedrigschwellige bzw. ambulante Beratungs- und Betreuungsangebote über unterschiedliche Zugangs- bzw. (Vermittlungs-)Wege. Bei der Einrichtung ALTERNATIVE melden sich 45 % der Klienten selbst, d.h. ohne (institutionelle) Vermittlung. Als Vermittlungsinstanzen werden u.a. die Wohnungslosenhilfen (12 %) und betreute Wohnprojekte (5 %) sowie stationäre Therapieeinrichtungen (10 %) und Allgemeinkrankenhäuser (7 %) genannt.

Der hohe Anteil von Zugängen ohne (institutionelle) Vermittlung kann als Hinweis auf den Bekanntheitsgrad der Einrichtung bei der angestrebten Zielgruppe interpretiert werden. Offensichtlich ist das Angebot bei drogenabhängigen Personen in Leipzig gut bekannt und wird von der Zielgruppe auch angenommen.

Das Spektrum der vorgehaltenen **Angebote und Hilfen** wird in der nachfolgenden Abb. 12 summarisch dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an der Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe (vgl. DHS, 1999).

Abb. 12: Angebote und Hilfen

Leistungsbereiche	Angebote und Hilfen
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplikatorenarbeit in Schulen, berufsbildenden Einrichtungen und Stadtteilprojekten sowie für Ärzte und Pflegepersonal
Schadensminimierung	<ul style="list-style-type: none"> • Spritzenaustausch/Infektionsprophylaxe • medizinische Versorgung (Wundversorgung, Notfallbehandlung, Untersuchung, Grundbehandlung) • Notübernachtung/Übernachtungsmöglichkeit • lebenspraktische Hilfen (u.a. Essen, Körperhygiene, Kleiderpflege, Kleiderkammer) • Kontakt- und Aufenthaltsmöglichkeit für Konsumierende
aufsuchende Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • im Krankenhaus • in der JVA
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsgespräche mit Betroffenen • Beratungsgespräche mit Angehörigen • Vermittlung in suchtspezifische Anschlussmaßnahmen • Vermittlung und Koordination von sozialen Hilfen • von Zielgruppen (z.B. Frauen und Mädchen mit Beschäftigungsprostitution, Jugendliche)
psychosoziale Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> • bei Substitution
Behandlung/Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Krisenintervention • Substitutionsbehandlung • ambulante Entgiftung • ambulante Psychotherapie
Integrationshilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Schuldnerberatung • tagesstrukturierende Angebote • Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte • Freizeitangebote
sonstige Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung von Selbsthilfegruppen

Die ALTERNATIVE bietet ein umfangreiches Angebotsspektrum für die Klientel (und ihre Angehörigen) an. Die vorgehaltene „Angebotspalette“ verdeutlicht das Bemühen der Einrichtung, durch die Kombination von niedrigschwelligen sowie abstinentenorientierten und -stabilisierenden Angeboten Kontinuität und Konstanz im Betreuungsprozess zu erreichen (bzw. zu gewährleisten). U.a. sollen die Klienten über die kontinuierliche Nutzung des niedrigschwelligen Angebots Zugang zur Suchthilfe finden. Darüber hinaus zählen Beratungsangebote (für Betroffene und Angehörige), ambulante Psychotherapie (für Betroffene und Angehörige) sowie Substitution und ambulante Entgiftung zu den vornehmlich aus dem Bereich der ALTERNATIVE II „nachgefragten“ Angeboten. Vor dem Hintergrund multipler Problemlagen insbesondere bei abhängigen Konsumenten kommt der Erschließung von Hilfen generell ein hoher Stellenwert zu, hier hat die Einrichtung einen weiteren Angebotsschwerpunkt.

Qualitätssicherung und Dokumentation sowie (Selbst-)Evaluation spielen bei der gegenwärtigen Diskussion zur Entwicklung und Umgestaltung der Hilfen eine wichtige Rolle. Die hauptamtlichen Fachkräfte der ALTERNATIVE nehmen regelmäßig an einer kollegialen Intervision und externen Fall- und Teamsupervision teil. Darüber hinaus tragen Fallbesprechungen mit anderen Institutionen zur Arbeitsoptimierung bei.

Schließlich nimmt ein Teil der Mitarbeiter Fortbildungsmaßnahmen in Anspruch. Durch die Fortschreibung der Konzeption und Umsetzung in der praktischen Arbeit ist die Einrichtung bemüht, Anpassungen auf veränderte Rahmenbedingungen und Anforderungen - z.B. durch das Drogenhilfesystem - vorzunehmen.

Die Arbeit der Einrichtung wird mit dem Dokumentationssystem EBIS - EDV-gestützt - dokumentiert.²³ Darüber hinaus wird der Betreuungsverlauf der Klienten kontinuierlich (schriftlich) dokumentiert (z.B. Interventionen, Inanspruchnahme von Angeboten kritische Ereignisse). Die erhobenen Daten dienen u.a. der Verlaufskontrolle sowie der Erstellung von Anträgen und Befundberichten. Die Einrichtung erstellt einen Jahresbericht, u.a. als Teil des Suchtberichts der Stadt Leipzig. Die Angebote der ALTERNATIVE I und II sind für Interessenten in einem Faltblatt beschrieben. Darüber hinaus werden die Arbeit der Einrichtung auf Tagungen repräsentiert und Medienarbeit geleistet.

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation entsprechen weitgehend dem Standard ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen für Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken. Gleichwohl bestehen Verbesserungspotentiale hinsichtlich einer kontinuierlichen EDV-gestützten Dokumentation von Leistungsdaten sowie der systematischen Erfassung der Wirksamkeit der Hilfen auf Basis von Daten eines abgestimmten Indikatorenkatalogs (vgl. FDR, 1997).

5.2.3.1.3 Ergebnismerkmale

Die Einrichtung leistet einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von abhängigen Konsumenten (harter) illegaler Drogen. Insgesamt hatte die Einrichtung im Jahr 2002 einschließlich der Einmalkontakte zu 1.309 Klienten und 431 Angehörigen Kontakt. Im niedrigschwiligen Bereich wurde eine Vielzahl von schadensminimierenden und überlebendensichernden Maßnahmen durchgeführt. So wurden im Jahr 2002 u.a. 5.467 Spritzentausch-Kontakte, 20.448 getauschte Spritzen, 31.068 Kontakte im Kontaktladen, 6.215 Mittagessen und 4.746 Übernachtungen dokumentiert.

²³ Die Einrichtung plant die Einführung des Dokumentationssystems BADO-K. Dieses Dokumentationssystem würde auch eine Erfassung der durch die Einrichtung erbrachten Leistungen ermöglichen.

Tab. 34 zeigt die Anzahl der vorgenommenen Vermittlungen in Angebote und Hilfen im Jahr 2001.

Tab. 34: Anzahl der Vermittlungen (Fälle) in Angebote und Hilfen (im Jahr 2001)

Angebote und Hilfen	Anzahl	%
psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung	326	26,2
niedergelassene Ärzte	320	25,7
Sozialamt	205	16,5
Wohnungslosenhilfe	86	6,9
Arbeitsamt	81	6,5
stationäre Therapieeinrichtungen	68	5,5
Betreutes Wohnen/Wohnprojekte	34	2,7
Substitutionsprogramm	30	2,4
Allgemeinkrankenhäuser	29	2,3
Übernachtungseinrichtungen	20	1,6
andere Beratungsstellen	15	1,2
Nachsorge	11	0,9
psychiatrische Kliniken	10	0,8
Selbsthilfegruppen	10	0,8
Insgesamt	1.245	100,0

Wie die Ergebnisse zeigen, stehen Vermittlungen schwerpunktmäßig im Zusammenhang mit der Behandlung von Krankheiten und der Sicherung der materiellen Lebensbedingungen. So erfolgen Vermittlungen zu niedergelassenen Ärzten, dem Sozialamt, der Wohnungslosenhilfe und dem Arbeitsamt. Bei den suchtspezifischen Hilfen werden Klienten vor allem in psychiatrische Regelbehandlungen bzw. Entzugsbehandlungen vermittelt. Demgegenüber entfallen auf Vermittlungen in stationäre Entwöhnungsbehandlung, Substitution, Nachsorge und Selbsthilfe deutlich geringere Anteile.

Aufgrund einer - i.d.R. auch anderenorts - fehlenden EDV-gestützten Dokumentation von Daten abgestimmter Indikatoren zu dem Betreuungs- und Behandlungsergebnis können keine grundsätzlichen Aussagen zur Wirksamkeit der Hilfen gemacht werden.

In den dokumentierten Vermittlungen spiegelt sich die niedrigschwellige Ausrichtung der Arbeit der Einrichtung wider. Dabei fällt u.a. die relativ geringe Anzahl von Vermittlungen in stationäre Entwöhnungsbehandlungen auf, obwohl knapp die Hälfte der in EBIS dokumentierten Klienten, von denen Angaben zu Vorbehandlungen vorliegen, bereits (mindestens) an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hatte. Der Sachverhalt kann als ein Hinweis auf Entwicklungsbedarfe im Hinblick auf eine (noch bessere) Verzahnung von niedrigschwelligen und ausstiegsorientierten Hilfen dienen. Darüber hinaus ist der Anteil der vermittelten Substitutionsbehandlungen (KV-Behandlungen) als (sehr) gering einzuschätzen. Offensichtlich - und dies bestätigt die Einrichtung - decken die vorhandenen Behandlungsplätze den Bedarf nicht ab bzw. werden zu wenig Substitutionsbehandlungen von den zuständigen Gremien genehmigt. Immerhin wurden 2002 109 Selbstzahler registriert bei lediglich 51 kassenfinanzierten Substitutionsbehandlungen.

5.2.3.1.4 Die Klientel der ALTERNATIVE

Die folgende Beschreibung der durch die ALTERNATIVE I und II²⁴ betreuten Klientel basiert auf der Auswertung von (ausgewählten) Daten aus der EBIS-Dokumentation aus dem Jahr 2002. Insgesamt liegen für das Jahr 2002 Daten zu **622 Klienten** vor, mit denen wenigstens zwei Kontakte - Einzel- bzw. Gruppengespräch - stattgefunden haben. Darüber hinaus wurden 648 Personen betreut, die zur Gruppe der Drogenabhängigen zählen, die ausschließlich den Kontaktbereich, die Hygieneangebote (Dusche, Waschmaschine) oder den Spritzentausch nutzen, maximal ein Beratungsgespräch im Quartal wahrnehmen und deren Daten in EBIS nicht erfasst werden.

Soziodemographische Merkmale

Von den 622 im Jahr 2002 dokumentierten Klienten waren 434 Männer (69,8 %) und 188 Frauen (30,2 %). 557 Klienten (97,2 %) sind Deutsche, lediglich neun Klienten kamen aus einem EU-Land und sieben aus einem Land außerhalb der EU.

In der folgenden Tab. 35 wird das **Alter** der Klienten zu Behandlungsbeginn dargestellt.

Tab. 35: Alter der Klientel bei Behandlungsbeginn

Altersgruppen	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bis 14 Jahre	2	0,5	1	0,5	3	0,5
15 bis 17 Jahre	35	8,1	19	10,1	54	8,7
18 bis 19 Jahre	36	8,3	40	21,3	76	12,2
20 bis 21 Jahre	77	17,7	39	20,7	116	18,6
22 bis 23 Jahre	87	20,0	29	15,4	116	18,6
24 bis 25 Jahre	48	11,1	16	8,5	64	10,3
26 bis 29 Jahre	40	9,2	9	4,8	49	7,9
30 bis 39 Jahre	78	18,0	24	12,8	102	16,4
40 bis 49 Jahre	17	3,9	10	5,3	27	4,3
50 bis 59 Jahre	10	2,3	1	0,5	11	1,8
60 Jahre und älter	4	0,9	0	0,0	4	0,6
Insgesamt	434	100,0	188	100,0	622	100,0

Das Alter der betreuten Klienten verteilt sich über ein breites Spektrum zwischen unter 14 bis zu über 60 Jahren. Gleichwohl sind fast zwei Drittel der Klienten unter 25 Jahre alt (62,2 %) und immerhin 9,2 % sind Jugendliche. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich verdeutlicht: Der Altersdurchschnitt ist bei den Männern mit 25,7 Jahren höher als bei den betreuten Frauen mit 23,5 Jahren. Diese Altersstruktur ist weitgehend deckungsgleich mit der Altersstruktur der Klienten aus anderen sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen mit der Hauptdiagnose Opioide. Hier waren - nach der EBIS-Auswertung für Sachsen - 63,8 % der Klienten unter 25 Jahre alt (siehe Anhang, Tab. 8). Betrachtet man Personen mit der Hauptdiagnose Opioide in den Suchtberatungs- und -behandlungsstelle ALTERNATIVE in den neuen Bundesländern insgesamt, so waren 71 % der Klienten unter 25 Jahre alt (siehe Anhang, Tab. 12). Deutli-

²⁴ Die Daten der in der ALTERNATIVE I und II betreuten Klienten werden in EBIS gemeinsam dokumentiert. Eine Unterscheidung der Klienten aus dem niedrigschwelligen (ALTERNATIVE I) bzw. abstinenzorientierten Bereich (ALTERNATIVE II) ist nicht möglich.

chere Unterschiede treten allerdings bei einem Vergleich der Daten mit drogenabhängigen Personen in den alten Bundesländern hervor: So sind in der Vergleichsgruppe (Hauptdiagnose Opiode) der alten Bundesländer (EBIS-West) nur 33 % jünger als 25 Jahre (siehe Anhang, Tab. 19). Hartmann u.a. (1994) fanden in einer Studie über niedrigschwellige Drogenhilfeangebote in Westdeutschland heraus, dass lediglich 28,3 % der Besucher unter 25 Jahren waren.

Im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik spielen **soziale Beziehungen** oft eine wichtige Rolle, sowohl bei der Genese der Erkrankung als auch in der Behandlungs- bzw. Therapiephase. Der weit überwiegende Anteil aller Klienten - nämlich rund 89 % - ist ledig (Männer: 91,1 %, Frauen: 83,8 %). Insgesamt waren 7 % verheiratet (Männer: 5,6 %, Frauen: 10,3 %), geschieden waren 3,1 % der Klienten (siehe Anhang, Tab. 5).

Die Frage nach der „tatsächlichen“ Partnersituation verdeutlicht: Alleinstehend sind 60 % der Klienten (Männer: 65,7 %, Frauen: 47,3 %), ein Anteil von 23,5 % gibt eine feste (Männer: 20,0 %, Frauen: 31,7 %) und weitere 16,3 % geben eine zeitweilige Beziehung an. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich weist auf Unterschiede hin: Vergleichsweise sind mehr Männer alleinstehend, Frauen leben häufiger in einer festen bzw. zeitweiligen Beziehung (siehe Anhang, Tab. 5). Der hohe Anteil von ledigen bzw. alleinstehenden Personen ist einerseits altersgemäß, andererseits zeigen sich darin aber auch Probleme von drogenabhängigen Personen, tragfähige Beziehungen einzugehen (vgl. Hartmann u.a., 1994; Görge u.a., 1996).

In Tab. 36 ist das **schulische Qualifikationsniveau** der Klienten dargestellt.

Tab. 36: *Höchster erreichter Schulabschluss*

höchster Schulabschluss	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
derzeit in Ausbildung	19	4,5	18	9,8	37	6,1
ohne Schulabschluss	80	18,8	23	12,5	103	16,9
Sonderschulabschluss	11	2,6	0	0,0	11	1,8
Haupt-/Volksschulabschluss	133	31,3	47	25,5	180	29,6
Mittlere Reife	158	37,2	80	43,5	238	39,1
Polytechn. Oberschule	13	3,1	13	7,1	26	4,3
Fachhochschulreife	3	0,7	2	1,1	5	0,8
Abitur	8	1,9	1	0,5	9	1,5
Insgesamt	425	100,0	184	100,0	609	100,0

Immerhin 77 % aller Klienten haben eine Schule mit einem (qualifizierten) Abschluss beendet (Männer: 76,7 %, Frauen: 77,4 %). Lediglich 17 % verfügen über keinen Schulabschluss und 6,1 % sind in einer Schulausbildung. Während rund 39 % die Mittlere Reife abgeschlossen haben (Männer: 37,2 %, Frauen: 43,5 %), verfügen rund 30 % über einen Hauptschulabschluss (Männer: 31,3 %, Frauen: 43,5 %). Im Hinblick auf die schulische Qualifikation unterscheidet sich die Klientel der ALTERNATIVE nicht von der Klientel (mit der Hauptdiagnose Opiode) anderer Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in den neuen Bundesländern (siehe Anhang, Tab. 14). In Westdeutschland haben Abhängige von harten illegalen Drogen in niedrigschwelligen und stationären Einrichtungen zu deutlich höheren Anteilen keinen qualifizierten Schulabschluss (20 % bzw. 25 %) (vgl. Hartmann u.a., 1994; Görge u.a., 1996).

Von besonderem Interesse im Hinblick auf die (Folgen der) Suchterkrankung sowie die Chancen einer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung ist das (derzeitige) **Be-**

schäftigungsverhältnis. Hierzu liefert Tab. 37 einen Überblick (zur Erwerbstätigkeit der Klientel siehe ergänzend Anhang, Tab. 5).

Tab. 37: Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigungsverhältnis	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vollzeit	71	22,3	34	26,0	105	23,4
Teilzeit	6	1,9	5	3,8	11	2,4
arbeitslos	178	56,0	74	56,5	252	56,1
arbeitssuchend	34	10,7	12	9,2	46	10,2
sonstiges	29	9,1	6	4,6	35	7,8
Insgesamt	318	100,0	131	100,0	449	100,0

Vor dem Hintergrund struktureller Probleme des Arbeitsmarkts führt ein abhängiger Konsum (harter) illegaler Drogen oft zu gravierenden Problemen im Arbeitsbereich. So hat von den Klienten der ALTERNATIVE nur ein Viertel eine Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung, 56 % sind arbeitslos und 10,2 % arbeitssuchend.

Die **Wohnsituation** ist ein generell wichtiger Indikator zur Beschreibung der Lebenssituation. Die Wohnsituation der betreuten Klienten stellt sich unterschiedlich dar (vgl. Tab. 38).

Tab. 38: Überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten

Wohnsituation	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eigene/gemietete Wohnung, Haus	143	33,6	92	49,5	235	38,4
bei Eltern, Angehörigen	146	34,3	74	39,8	220	35,9
Betreutes Wohnen	35	8,2	3	1,6	38	6,2
Heim etc.	5	1,2	1	0,5	6	1,0
Haftanstalt	25	5,9	0	0,0	25	4,1
Notunterkunft	52	12,2	12	6,5	64	10,5
ohne Wohnung	6	1,4	2	1,1	8	1,3
sonstiges	14	3,3	2	1,1	16	2,6
Insgesamt	426	100,0	186	100,0	612	100,0

Rund 36 % der Klienten wohnen noch bei Eltern oder Angehörigen. Offensichtlich ist die Beziehung zur Herkunftsfamilie nicht gänzlich abgebrochen. 38 % aller Klienten wohnen in einer eigenen Wohnung. Institutionell im Betreuten Wohnen, einem Heim oder der JVA sind 11,3 % der befragten Personen untergebracht. Eine unsichere Wohnsituation geben 11,8 % an: 10,5 % leben in einer Notunterkunft und 1,3 % sind ohne Wohnung. Ein Vergleich dieser Daten mit Klienten der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Sachsen und den neuen Ländern (mit der Hauptdiagnose Opi- oide) zeigt Unterschiede auf: Klienten der ALTERNATIVE wohnen danach häufiger bei den Eltern/Angehörigen (35,9 % vs 23,8 % bzw. 26,8 %) und im Betreuten Wohnen (6,2 % vs. 1,9 % bzw. 2,3 %) als Personen der Vergleichsgruppe (siehe Anhang, Tab. 9 und 13).

Behandlungsbezogene Merkmale

Die Angebote der ALTERNATIVE richten sich an Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene, die von illegalen Drogen abhängig sind, sowie deren Angehörige. Für die betreuten Klienten werden die nachfolgenden **Hauptdiagnosen** dokumentiert (vgl. Tab. 39). (Eine differenzierte Zuordnung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit zu einzelnen Substanzen siehe Anhang, Tab. 6).

Tab. 39: Hauptdiagnosen

	Anzahl	%
Opioide (Abhängigkeit)	494	82,1
Alkohol (Abhängigkeit)	37	6,1
Cannabis (Abhängigkeit)	21	3,5
Stimulantien (Abhängigkeit)	15	2,5
Kokain (Abhängigkeit)	13	2,2
Sedativa (Abhängigkeit)	6	1,0
Opioide (schädlicher Gebrauch)	3	0,5
Cannabis (schädlicher Gebrauch)	2	0,3
sonstiges	11	1,8
Insgesamt	602	100,0

Bei rund 82 % der Klienten liegt eine Abhängigkeit von Opioiden (Heroin, Methadon, s.u.) vor. Auf Alkohol bzw. Cannabis entfallen nur 6,1 % bzw. 3,5 % der Angaben. In allen anderen sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen wurden - über EBIS - im Jahre 2001 bezogen auf illegale Drogen lediglich 166 Personen (16,7 %) mit der Hauptdiagnose Opioide dokumentiert. Damit erreicht die Einrichtung ALTERNATIVE in Sachsen den weit überwiegenden Teil derjenigen Drogenabhängigen (Hauptdiagnose: Opioide), die das Hilfesystem für Suchtkranke in Anspruch nehmen. Die spezifische Schwerpunktsetzung der Einrichtung wird auch deutlich, wenn man die Hauptdiagnosen illegaler Drogen (ohne Alkohol) von anderen sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen heranzieht. So wurde in diesen Stellen im Jahr 2001 lediglich bei 16,7 % der betreuten Personen eine Hauptdiagnose Opioide dokumentiert. Demgegenüber nahmen in diesen Beratungsstellen Personen mit den Hauptdiagnosen Cannabis (38,3 %) und Stimulantien (34,0 %) Hilfen in Anspruch²⁵.

Für 224 Klienten liegen in EBIS dokumentierte Informationen zu der **bisherigen Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen** vor (vgl. Tab. 40).

²⁵ Der besondere Schwerpunkt der ALTERNATIVE bei der Betreuung von Drogenkonsumenten wird auch im Vergleich zur Sucht- und Behandlungsstelle IMPULS deutlich. Bezogen auf alle betreuten Klienten liegt der Anteil der Drogenkonsumenten (illegale Drogen) bei 26 %, der der Alkoholkonsumenten bei 58 %. Auch bei der Art der konsumierten illegalen Drogen zeigen sich im Vergleich der beiden Einrichtungen Unterschiede: Bei IMPULS liegt der Anteil opiaterfahrener Drogenkonsumenten bei 56 %, die anderen drogenkonsumierenden Klienten haben keine Opiaterfahrung (46 %) und werden zu den "Kiffern" und/oder Partydrogenkonsumenten gezählt.

Tab. 40: Vorerfahrungen der Klienten (N = 224, Mehrfachnennungen möglich)

suchtspezifische Hilfen	Anzahl	%
psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung	195	87,1
ambulante Suchtberatung	153	68,3
stationäre Entwöhnungsbehandlung	100	44,6
Substitutionsbehandlung	55	24,6
Selbsthilfegruppe	15	6,7
nicht suchtspez. Institution	3	1,3

Von den Klienten wurden überwiegend psychiatrische Regelbehandlungen bzw. Entzugsbehandlungen (87,1 %) in Anspruch genommen. Gut zwei Drittel der befragten Personen hatten - im Rahmen einer Vorbetreuung - Kontakt zu einer Suchtberatungs- und -behandlungsstelle und immerhin fast die Hälfte (44,6 %) hat bereits einmal eine Entwöhnungsbehandlung angetreten. Deutlich geringer fällt dagegen mit 24,6 % die Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung aus. Insgesamt betrachtet zeigt die Klientel der ALTERNATIVE ein vergleichbares Inanspruchnahmeverhalten wie drogenabhängige Personen im Hilfesystem der alten Bundesländer (vgl. Hartmann u.a., 1994; Görge u.a., 1996). Eine Ausnahme bildet hierbei die Substitutionsbehandlung, an der in den alten Bundesländern häufiger drogenabhängige Personen teilnehmen.

Zusammenfassend zeichnet sich die Klientel der ambulanten Einrichtung ALTERNATIVE in Leipzig durch folgende spezifische Charakteristika aus:

- Die Klienten sind - vor allem im Vergleich mit Drogenabhängigen in den alten Bundesländern - jung, es handelt sich vornehmlich um Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene.
- Bei den Klienten handelt es sich weit überwiegend um abhängige Konsumenten von illegalen Drogen mit der Hauptdiagnose Opioide.
- Die Klienten verfügen überwiegend über einen qualifizierten Schulabschluss.
- Die meisten Klienten haben eine eigene Wohnung oder wohnen noch bei der Herkunftsfamilie, gleichwohl ist die Wohnsituation bei einer Teilgruppe der Klienten unsicher.
- Ein hoher Anteil der Klienten steht nicht in einem gesicherten Beschäftigungsverhältnis bzw. ist arbeitslos.
- Die Klienten haben i.d.R. bereits mehrere suchtspezifische Hilfen (einschließlich stationärer Entwöhnungsmaßnahmen) in Anspruch genommen.

Die Einrichtung ALTERNATIVE ist **die** ambulante Einrichtung für Drogenabhängige in Sachsen. Sie erreicht einen Großteil derjenigen opiatabhängigen Personen, die überhaupt suchtspezifische Hilfen in Anspruch nehmen. Regionale Angebote und lebensfeldnahe, integrationsorientierte Hilfen bestimmen - auch bei abhängigen Konsumenten illegaler Drogen - das Bild der Versorgung. Die hohe Frequentierung der Angebote durch die Klienten weist auf eine lebensfeldnahe Ausrichtung der Einrichtung hin. Die Spezialisierung der ALTERNATIVE kann als Reaktion auf (aktuelle) Entwicklungstrends in der Stadt Leipzig beschrieben werden: Um die Erreichbarkeit drogenabhängiger Personen zu gewährleisten, sind altersspezifische und bedarfsorientierte Hilfen erforderlich, die eine Spezialisierung der Angebote erforderlich machen.

Eine Analyse der Klientendaten zeigt, dass bei den dokumentierten Klienten (fast) ausschließlich ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert wurde (98,6 %). Eine solche Klienten-

tenstruktur ist außergewöhnlich, da i.d.R., insbesondere bei jüngeren Personen, auch schädlicher Gebrauch diagnostiziert wird²⁶. Gründe für das häufige Auftreten des Abhängigkeitssyndroms bei Opioiden bei den Klienten der Einrichtung ALTERNATIVE können als weiterer Hinweis auf eine hoch spezielle Klientel interpretiert werden: Die Einrichtung nimmt im Rahmen des abgestimmten Suchthilfenetzes der Stadt Leipzig ihren Versorgungsauftrag wahr.

5.2.3.2 Psychiatrische Regelbehandlung

Wie oben dargestellt, wurden folgende stationäre Angebote in die Studie einbezogen:

- ❑ Drogenentgiftungsstation des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz (in Schkeuditz)
- ❑ Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH
- ❑ (geschlossene) Station für drogenabhängige Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Arnsdorf.

5.2.3.2.1 Strukturelle Merkmale

Keine der o.g. Einrichtungen hat eine schriftliche **Konzeption** zur Verfügung gestellt.

Wie die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen, verfolgen die Angebote weitgehend die gleichen **Ziele**. Die Behandlungen sind vor allem ausgerichtet auf

- ❑ die körperliche Entgiftung und die Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustands
- ❑ die Vertiefung der Krankheitseinsicht und Motivierung für weitere Behandlungsmaßnahmen
- ❑ eine Grundsicherung bzw. soziale Stabilisierung.

Akzentuierungen ergeben sich aus den zielgruppenspezifischen Behandlungserfordernissen. So zielt bspw. die (niedrigschwellige) Drogenentgiftungsstation in Schkeuditz auch auf die Lebenserhaltung der teilweise als Notfall aufgenommenen Patienten. Demgegenüber akzentuieren die beiden Angebote für Kinder und Jugendliche eine Behandlung, die Selbstständigkeit fördert bzw. Entwicklungsdefizite bearbeitet.

Entsprechend der jeweiligen Zielsetzung unterscheiden sich auch die Arbeitsansätze. Während die Drogenentgiftungsstation in Schkeuditz vor allem die Einhaltung eines strukturierten Behandlungsprogramms hervorhebt, messen die beiden Angebote für Kinder und Jugendliche in Leipzig und Arnsdorf der Differenzierung des therapeutischen Programms einen bedeutenden Stellenwert zu. Dementsprechend betonen sie das Beziehungsangebot an die Patienten und die therapeutische Bedeutung der Gruppe.

²⁶ So wird bspw. bei der Klientel der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in den neuen Ländern bei der Einzeldiagnose Heroin bei 12 % der Klienten ein schädlicher Gebrauch festgestellt.

Die Angebote sind konzeptionell auf die Umsetzung einer psychiatrischen Regelbehandlung ausgerichtet. Diese zielt über die körperliche Entgiftung hinaus auf die Förderung von Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft, die Stabilisierung der psychischen Verfassung und der sozialen Situation sowie auf die Motivierung der Patienten zur Inanspruchnahme (suchtspezifischer) Hilfen (vgl. Kuhlmann, 1994).

Die Angebote richten sich - wie die nachfolgende Tabelle zeigt - an unterschiedliche **Zielgruppen**.

Tab. 41: Zielgruppen und Zugangsvoraussetzungen

Angebote	Zielgruppen	Indikationen nach ICD-10 ²⁷⁾
Drogenentgiftungsstation am Sächsischen Krankenhaus in Schkeuditz	erwachsene Personen (in Einzelfällen auch unter 18 Jahren)	F11 bis F16, F18, F19 F10 bei multiplem Substanzgebrauch und im Zusammenhang mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen
Therapiestation am Krankenhaus Leipzig Südost	Kinder und Jugendliche von 12 bis 18 Jahren	F10 bis F19 und komorbide Diagnose vor allem F60
geschlossene Station am Sächsischen Krankenhaus in Arnsdorf	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	F19.1, F19.2, F43.25 (u.a. im Zusammenhang mit Psychosen, Suizidalität), F60

Für die Aufnahme in die geschlossene Station in Arnsdorf muss i.d.R. ein Gerichtsbeschluss (§ 1631 BGB) vorliegen, der oftmals durch die Eltern erwirkt wird.

Kontraindikationen schließen vor allem Erkrankungen ein, für die keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten auf den Stationen bestehen (z.B. bei einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf).

Zählen Personen zur Zielgruppe bzw. ist das Behandlungsangebot indiziert, bestehen keine weiteren **Zugangsvoraussetzungen**. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt i.d.R. telefonisch und kann zu einer Voranmeldung oder der Vereinbarung eines Gesprächstermins führen. Alle Stationen nehmen Akutaufnahmen oder Notfälle auf.

Der Einzugsbereich der Angebote wird vor allem durch den Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses definiert. Darüber hinaus haben sich spezifische Einzugsgebiete entwickelt.

Für das **Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie** in Schkeuditz besteht ein Versorgungsauftrag für den Norden der Stadt Leipzig sowie für den Landkreis Delitzsch-Eilenburg. Das Einzugsgebiet umfasst den Gesamttraum der Stadt Leipzig, den Landkreis Delitzsch-Eilenburg sowie das Leipziger Land. Darüber hinaus bestehen Kooperationsabsprachen mit Zwickau und Hoyerswerda.²⁸ Die Drogenentgiftungsstation liegt an der Grenze zur Stadt Leipzig (Norden) sowie des Landkreises Delitzsch-Eilenburg. Sie ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem PKW etc. gut zu erreichen.

²⁷ Der ICD-10 ist als Zentral- oder Kernklassifikation für eine ganze Gruppe von krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen konzipiert. Nachfolgend werden - auszugsweise - die wichtigsten psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen aufgeführt: F10: Störungen durch Alkohol; F11: Störungen durch Opioide; F12: Störungen durch Cannabinoide; F13: Störungen durch Sedativa oder Hypnotika; F14: Störungen durch Kokain; F15: Störungen durch sonstige Substanzen; F16: Störungen durch Halluzinogene; F17: Störungen durch Tabak; F18: Störungen durch flüchtige Lösungsmittel; F19: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen. Außerdem wurden genannt: F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F60: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Dilling u.a., 1993).

²⁸ Einwohnerzahlen (Stand: 31.12.2001): Stadt Leipzig: 493.052, Landkreis Delitzsch: 127.162, Leipziger Land: 152.687, Zwickau: 101.726, Hoyerswerda: 47.917.

Der Versorgungsauftrag des **Park-Krankenhauses Leipzig-Südost GmbH** umfasst die Stadt Leipzig. Zum Einzugsgebiet zählen die Stadt Leipzig und der Landkreis Leipziger Land. Die Einrichtung liegt am Rande des Einzugsgebiets und ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden.

Das Versorgungsgebiet des **Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie** in Arnsdorf umfasst anteilig Dresden, die Landkreise Bautzen, Sächsische Schweiz, Kamenz und Meißen-Radebeul sowie den Weißeritzkreis²⁹. Das Einzugsgebiet kann als sehr groß beschrieben werden und ist mit den o.g. Landkreisen und Städten identisch. Die Einrichtung ist relativ gut an Bus- und Zugverbindungen angebunden, von den (kleineren) Gemeinden ist die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln eher schwierig.

In den Stationen in Schkeuditz und Leipzig stehen jeweils 18 und in Arnsdorf zwölf **Behandlungsplätze** zur Verfügung. Die Finanzierung ist i.d.R. durch Pflegesatz geregelt, als Kostenträger fungieren die gesetzlichen Krankenkassen und nachgeordnet die überörtlichen Sozialhilfeträger sowie die Sozialämter.

Die Anzahl der Behandlungsplätze wird vom jeweiligen Angebot als ausreichend und - zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme - als am Bedarf orientiert eingeschätzt.³⁰

Die **räumliche Situation** der Angebote stellt sich unterschiedlich dar, wobei sie stark von den baulichen Voraussetzungen beeinflusst wird. Während die Therapiestation in Leipzig seit Februar 2002 in einem Klinikneubau untergebraucht ist, stehen den beiden anderen Angeboten (lediglich) (teil-)renovierte Räume zur Verfügung.

Die Drogenstation in Schkeuditz ist in einem Einzelgebäude auf dem Klinikgelände untergebracht, das ausschließlich zur Behandlung der drogenabhängigen Patienten genutzt wird, die in Zwei- bis Vierbettzimmern untergebracht sind. Das weitere Raumangebot umfasst u.a. drei Aufenthaltsräume für die Patienten und verschiedene Funktionsräume (u.a. für Ergotherapie, Sport bzw. als Gruppenraum, Club- und Fernsehraum). Darüber hinaus können auf dem Gelände der Fachklinik weitere Räume bzw. Angebote im Bereich der Freizeitgestaltung - u.a. Computerraum, Holzfachwerkstatt, Volleyball- bzw. Tischtennisanlage - durch die Patienten genutzt werden.

Auf der Therapiestation in Leipzig stehen für die Patienten großzügige Ein- und Zweibettzimmer (mit separater Nasszelle für jedes Zimmer) zur Verfügung. Neben zwei Aufenthaltsräumen und verschiedenen Funktionsräumen (u.a. Gruppenraum, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie) können die Patienten u.a. die Sport- und Schwimmhalle der Klinik sowie Fitnessräume und den Garten nutzen.

In der (geschlossenen) Station in Arnsdorf sind die Patienten in Drei- bzw. Vierbettzimmern untergebracht. Das weitere räumliche Angebot umfasst u.a. verschiedene Funktionsräume (für Physiotherapie, Ergotherapie, Fitnessraum, Kriseninterventionsraum) sowie weitere Räumlichkeiten der Fachklinik, die - außerhalb der geschlossenen Station - zur Verfügung stehen (z.B. Bewegungsbad, zentrale Arbeitstherapie).

Erwartungsgemäß wird die räumliche Situation von den befragten Stationen unterschiedlich bewertet: Die Drogenentgiftungsstation in Schkeuditz weist darauf hin, dass das „Gesamtbild der Behandlung“ durch die materielle Ausstattung (teilweise) beeinträchtigt wird. Der für 2004 vorgesehene Umzug in den Klinikneubau wird eine ver-

²⁹ Einwohnerzahlen (Stand: 31.12.2001): Dresden: 478.631, Landkreis Bautzen 155.487, Landkreis Sächsische Schweiz: 145.373, Landkreis Kamenz: 154.954, Landkreis Meißen: 152.044, Weißeritzkreis: 124.763.

³⁰ Beispielsweise können sich Änderungen in der Substitutionspraxis auch auf den Bedarf der psychiatrischen Regelbehandlung auswirken.

besserte Umsetzung des Konzepts - auch im Interesse der Patienten - ermöglichen. Der Therapiestation in Leipzig stehen sehr gute Räumlichkeiten zur Verfügung, um die Angebote zu realisieren. Arnsdorf hat zu wenige Patientenzimmer, die vorhandenen Räume müssen zeitweise mit vier Personen belegt werden. Diese räumliche Enge beeinflusst die Arbeit mit den Patienten.

Die räumlichen Voraussetzungen der Angebote in Schkeuditz und Arnsdorf entsprechen nicht dem Standard für eine qualifizierte Behandlung der Zielgruppen, wobei insbesondere die (z.T. längerfristige) Unterbringung der (jungen) Patienten in Drei- und Vierbettzimmern i.d.R. als nicht wünschenswert einzustufen ist (vgl. FDR, 1997). Je nach Schwere der Krankheitsproblematik, besonders bei (sehr) jungen Patienten, bieten Zweibettzimmer u.a. Rückzugsmöglichkeiten.³¹

Die Personalausstattung der Angebote umfasst jeweils ein Mitarbeiterteam unter ärztlicher Leitung. Die folgende Tab. 42 zeigt die Verteilung nach Berufsgruppen in zwei Angeboten (Leipzig, Arnsdorf).

Tab. 42: Personalausstattung nach Qualifikation

Berufsgruppe	Leipzig (18 Plätze)		Arnsdorf (12 Plätze)	
	Anzahl der Personen	Anzahl der Mitarbeiterstellen (in VzÄ*)	Anzahl der Personen	Anzahl der Mitarbeiterstellen* (in VzÄ*)
Ärzte	2	2,0	1**	1,0
Pflegekräfte (examinierte Krankenpfleger)	16	16,0	14	14,0
Dipl. -Psychologen	1	1,0	1	1,0
Dipl.- Sozialpädagogen/-arbeiter	1	0,6	1	1,0
Ergotherapeut	1	0,5	1	0,5
Bewegungs-, Physiotherapeuten, Krankengymnastik	1	0,75	1	0,5
Musiktherapeut	1	0,3		
Zivildienstleistender			1	1,0
Insgesamt	23	21,15	20	19,0

* Vollzeitäquivalente

** Die Einrichtung weist darauf hin, dass eine Arztstelle nicht besetzt ist.

Auf der Therapiestation in Leipzig arbeiten 23 Mitarbeiter auf 21,15 Mitarbeiterstellen (Vollzeitäquivalente), in Arnsdorf sind es 19 Mitarbeiter (ohne Zivildienstleistende) auf 18,0 Mitarbeiterstellen. Während nahezu alle Mitarbeiter der Therapiestation über Erfahrungen in der Arbeit mit Drogenabhängigen verfügen, hat in Arnsdorf mit der Gründung der Station (im August 2000) eine gemeinsame Einarbeitung stattgefunden, Erfahrungen mit Drogenabhängigen hatten die Mitarbeiter zu Beginn nicht. In beiden Mitarbeiterteams verfügen jeweils einige Mitarbeiter über Zusatzqualifikationen (u.a. familientherapeutische Ausbildung, Verhaltenstherapie für Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die Stationen verfügen über ein multiprofessionelles Behandlungsteam und erfüllen damit eine wichtige Voraussetzung zur Behandlung von Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken. Ein summarischer Vergleich der Personalausstattung der

³¹ Gleichwohl können Drei- oder Vierbettzimmer (zusätzliche) Möglichkeiten, z.B. des sozialen Lernens, bieten.

Angebote mit den Personalanhaltszahlen der Psych-PV (Behandlungsbereich S2) (vgl. Kunze/Kaltenbach, 1996) zeigt, dass die Stationen über eine Personalausstattung verfügen, die weitgehend den Anhaltszahlen der Psych-PV entspricht (vgl. Kuhlmann, 1994; Görgen u.a., 1996; FDR, 1997).

Da nach dem stationären Aufenthalt i.d.R. weitere Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, kommt der Motivierung der Patienten zu Anschlussmaßnahmen sowie der konkreten Hilfestellung bei deren Einleitung ein hoher Stellenwert zu. An der **fallbezogenen Kooperation** sind verschiedene Akteure beteiligt, bspw. Drogenberatungsstellen, stationäre Therapieeinrichtungen sowie Wohnprojekte. Formelle (schriftliche) Kooperationsvereinbarungen existieren i.d.R. nicht. Die Therapiestation in Leipzig bietet im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung wöchentlich eine Drogensprechstunde für Kinder und Jugendliche in den Räumlichkeiten des Jugendhauses Leipzig e.V. an.

Die Formen und Ebenen sowie die „Dichte“ der Kooperationsbeziehungen der befragten Drogenstationen korrespondieren mit spezifischen regionalen Bedingungen. Die Einrichtungen sind in verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen vertreten. Die Drogenstation in Arnsdorf nimmt am Fachausschuss „Illegale Drogen“ in Dresden teil. Das Angebot in Schkeuditz arbeitet an folgenden Arbeitskreisen mit:

- Fachausschuss „Illegale Drogen“ des Landes Sachsen
- Fachausschuss „Stationäre Einrichtungen“ des Landes Sachsen
- Psycho-sozialer Arbeitskreis in Leipzig
- Arbeitskreis Schnittstellen ASD (einschließlich Jugendhilfe) und Suchtkrankenhilfe.

Die Therapiestation in Leipzig ist vertreten im:

- Fachausschuss „Illegale Drogen“ des Landes Sachsen
- Fachausschuss „Stationäre Einrichtungen“ des Landes Sachsen
- Drogenbeirat der Stadt Leipzig
- Fachausschuss Substitution
- Arbeitskreis Clean-Wohnen
- Arbeitskreis Schnittstellen ASD (einschließlich Jugendhilfe) und Suchtkrankenhilfe.

Neben der Koordinierung der Drogenhilfe im Land Sachsen bzw. in der Stadt Leipzig dient die Mitarbeit auch der Konzeptentwicklung und der Verbesserung der fallbezogenen Kooperation.

Insgesamt gestalten sich Intensität und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit unterschiedlich: Während die Angebote in Schkeuditz und Leipzig von einer guten Zusammenarbeit mit Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie den entsprechenden Behörden sprechen, wird die Kooperation von der (geschlossenen) Station in Arnsdorf als (noch) instabil, vorwiegend auf Einzelaktivitäten und Notfälle beschränkt, beschrieben.

Kooperation und Vernetzung der Angebote mit anderen Hilfen basieren i.d.R. auf informellen Absprachen zwischen den verschiedenen Versorgungsbeteiligten. Auf dieser Grundlage besteht weitgehend eine gute fallbezogene Zusammenarbeit. Entwicklungsbedarfe im Hinblick auf die fallbezogene Kooperation bestehen vor allem beim Angebot in Arnsdorf. Darüber hinaus fehlen insgesamt verbindliche Kooperationsvereinba-

rungen als ein Qualitätsmerkmal einer sektorübergreifenden Kooperation und Vernetzung (vgl. Oliva u.a., 2001).

5.2.3.2.2 Prozessmerkmale

Auf Basis der vorliegenden Daten können nur zu einigen Aspekten des Behandlungsprozesses Aussagen gemacht werden. Die Zugangswege der Patienten zu zwei Stationen verdeutlicht Tab. 43.

Tab. 43: Zugangswege in die Stationen (Angaben in %)*

Zugangsweg	Leipzig	Schkeuditz
Selbstmelder/ohne Vermittlung	26	15
Angehörige/Bezugspersonen	26	-
Drogenberatungsstellen	15	35
Notschlafstellen	3	-
niedergelassene Ärzte	15	10
Allgemeinkrankenhäuser	2	-
psychiatrische Kliniken	1	-
Betreutes Wohnen/Wohnprojekte	5	5
Polizei	2	-
Strafverfolgung (JVA; Gericht, StA, Bewährungshilfe)	5	-
Institutsambulanz		35
Insgesamt	100	100

* Die Angaben über die Zugangswege beruhen auf Schätzungen der Stationen.

In Leipzig melden sich Patienten häufiger selbst bzw. werden von Angehörigen, niedergelassenen Ärzten und Drogenberatungsstellen vermittelt. Jeweils rund ein Drittel der Patienten kam über eine Drogenberatungsstelle bzw. die Institutsambulanz auf die Drogenstation in Schkeuditz, auf Selbstmelder entfielen 15 %. Da in Arnsdorf zur Aufnahme auf die Station i.d.R. ein Gerichtbeschluss vorliegen muss, der von den Eltern (oder Erziehungsberechtigten) der jugendlichen Patienten beantragt wird, führt der Weg in das Angebot meist über die Eltern, gleichwohl sind Polizei und Strafverfolgungsbehörden häufig beteiligt.

Die Behandlung wird in allen Angeboten durch einen drogenfreien Raum abgesichert. Die psychiatrische Regelbehandlung wird in den drei befragten Einrichtungen medikamentengestützt durchgeführt. Das Gesamtbehandlungsprogramm ist eingebettet in einen strukturierten Tagesablauf, wobei die Intensität der Strukturierung und die Art der Angebote sowohl in Abhängigkeit von der Aufgabenstellung als auch vom konzeptionellen Selbstverständnis variieren. In den Angeboten wird ein umfassendes Spektrum an **Maßnahmen und Hilfen** für die Patienten vorgehalten (vgl. Tab. 44).

Tab. 44: Angebote und Hilfen

Leistungsbereiche	Angebote und Hilfen
Diagnostik/Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme- und Entlassgespräch • medizinisch-ärztliche Diagnostik/Anamnese • psychologische Diagnostik/Anamnese • Sozialdiagnostik/Anamnese
therapeutische Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelgespräche/-therapie • Gruppentherapie/Trainingsgruppen • Krisenintervention • Angehörigenberatung • Beschäftigungstherapie
Milieuthherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Morgen-/Abendrunde • Stations-/Hausversammlung • Freizeitmaßnahmen
lebenspraktische Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • sozialarbeiterische Maßnahmen • lebenspraktische Beschäftigungstherapie
physikalische/Bewegungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannungsübungen • Bäder/Sauna • Sport

Zum Behandlungsstandard zählen ärztliche und pflegerische Interventionen zur Diagnose und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen. Der pflegerische Kontakt und die individuelle Betreuung der Patienten werden durch strukturierte Einzel- und Gruppengespräche ergänzt. Entzugsunterstützende und regenerative Funktion haben u.a. Entspannungsübungen, bewegungstherapeutische Angebote sowie Sport. Teilweise werden Bäder und Massage angeboten, die ebenfalls zu den entzugsunterstützenden Behandlungsmethoden zu zählen sind.

Das Angebotsspektrum der Einrichtungen ermöglicht eine integrative Behandlung der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung und entspricht weitgehend dem fachlichen Standard (Görge u.a., 1996; Kuhlmann u.a., 1994; Reymann u.a., 2002).

Zur **Sicherung und Optimierung der Qualität der Behandlungsprozesse** wird in allen drei Angeboten eine externe Supervision durchgeführt. Während in Arnsdorf und Leipzig die Supervision mit dem gesamten Team erfolgt, wird in Schkeuditz eine (externe) Fallsupervision mit den therapeutischen Mitarbeitern durchgeführt. Weitere qualitätssichernde Maßnahmen der Angebote sind u.a. interne Supervision, klinikinterne Fortbildungen sowie externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Auf allen Stationen wird die psychiatrische Regelbehandlung bzw. die therapeutische Arbeit unter Anwendung klinischer Standards (z.B. Krankenakte, Patientenkurve) dokumentiert. Darüber hinaus werden Patienten- und Behandlungsdaten (auch) durch standardisierte **Dokumentationssysteme** erfasst. Insgesamt stellt sich die Dokumentationssituation im Vergleich unterschiedlich dar: Auf der Station in Schkeuditz werden für die Patienten Krankenblätter angelegt, in denen die verschiedenen Berufsgruppen täglich den (Betreuungs-)Verlauf der Patienten dokumentieren. Die Patientendaten werden nicht EDV-gestützt erhoben, die Einführung einer EDV-gestützten Dokumentation ist für 2004 geplant (Umzug in Klinikneubau). Die Therapiestation in Leipzig erfasst die Daten der Patienten im Rahmen eines klinikinternen Dokumentationssystems. Der Betreuungsverlauf wird in einer Pflegedokumentation sowie Visitenprotokollen dokumentiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Fachklinik neue Richtlinien zur

Dokumentation erarbeitet. Die Station in Arnsdorf dokumentiert zentrale Patientendaten EDV-gestützt mit dem Dokumentationssystem BADO³². Jeder Therapeut sowie die Klinikschule führen darüber hinaus eine eigene Dokumentation, in der u.a. der Behandlungsverlauf der Patienten erfasst wird.

Zum Zeitpunkt der Durchführung der Bestandsaufnahme nahmen die Angebote in Schkeuditz und Leipzig an der Erfassung ausgewählter Patientendaten - im Rahmen einer mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie (SMS) abgestimmten Patientendokumentation - teil. Die Einrichtungen dokumentieren die Daten EDV-gestützt und leiten diese zur Auswertung an das SMS weiter. Die im Rahmen der Dokumentation gewonnenen Daten werden i.d.R. nicht systematisch zur Qualitätssicherung eingesetzt.

Zur Qualitätssicherung und -entwicklung greifen die drei Einrichtungen (bisher) auf eher traditionelle Maßnahmen (z.B. Supervision, Fortbildung) zurück. Keine Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement. Eine EDV-gestützte Dokumentation befindet sich - wie die Bestandsaufnahme zeigt - in der Aufbauphase. Zwei Angebote (Leipzig, Schkeuditz) erheben - zeitlich befristet - Daten mit einem nicht standardisierten Dokumentationssystem, in Arnsdorf stehen die erhobenen Daten nicht für eine stationsbezogene Auswertung zur Verfügung.

5.2.3.2.3 Ergebnismarkmale

Im Jahr 2001 wurden in der Therapiestation in Leipzig 188 Patienten (Fälle) aufgenommen, wobei es sich bei ca. jedem fünften Fall um eine wiederholte Aufnahme gehandelt hat. Auf die (geschlossene) Station in Arnsdorf wurden im gleichen Bezugsjahr 57 Patienten (Fälle) aufgenommen, davon ca. 30 % als Wiederaufnahme.

Alle befragten Stationen **vermitteln** einen Teil ihrer Patienten in Anschlussmaßnahmen bzw. weitere Einrichtungen und Dienste. I.d.R. werden die Patienten aufgefordert, eine bzw. „ihre“ Drogenberatungsstelle (erneut) zu kontaktieren. In 2001 wurde ein Teil der behandelten Patienten in stationäre Therapieeinrichtungen und in Übernachtungseinrichtungen oder Wohnprojekte vermittelt. Darüber hinaus wurden Verlegungen in andere Krankenhäuser sowie Vermittlungen an niedergelassene Ärzte durchgeführt sowie Kontakte zu verschiedenen Ämtern initiiert. Die drei befragten Stationen weisen darauf hin, dass eine angemessene Anschlussversorgung besonders für Patienten mit einer Doppeldiagnose in Sachsen schwierig ist. Betroffene Patienten müssen in Einrichtungen anderer Bundesländer vermittelt werden.

Für einen Teil der Patienten aus Arnsdorf (geschlossene Station) wäre eine Vermittlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft wünschenswert, da eine (offene) Entwöhnungsbehandlung häufig nicht angenommen wird. Da entsprechende (regionale) Nachsorgeangebote fehlen, „gehen manche Patienten unter Gerichtsbeschluss“ in eine Entwöhnungsbehandlung (Langzeittherapie). Eine „Eingliederung“ in eine vom Jugendamt finanzierte Maßnahme ist oft erschwert, da die Patienten nach Abschluss der Behandlung (noch) nicht über ihre volle Leistungsfähigkeit verfügen und beispielsweise der Beginn oder die Fortführung der Schul- oder Berufsausbildung (noch) nicht realisiert werden können. Auch die Therapiestation in Leipzig weist auf das Fehlen eines Nachsorgekonzepts für Jugendliche hin. Darüber hinaus fehlen Einrichtungen der Jugendhilfe oft Erfahrungen im Umgang mit „drogenbelasteten“ Jugendlichen.

³² BADO: Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie

5.2.3.2.4 Beschreibung der Patienten

Nachfolgend werden ausgewählte Patientendaten vorgestellt, die im Rahmen des Forschungsvorhabens von den Stationen zur Verfügung gestellt wurden.

Patienten der Therapiestation in Leipzig³³

Die hauptsächliche Nutzergruppe der Therapiestation in Leipzig sind Kinder und Jugendliche. In die Auswertung für **2002** wurden die Daten von 104 Patienten³⁴ einbezogen. In 2002 betrug die durchschnittliche **Verweildauer** der behandelten Fälle (N = 144) 38,9 Tage. Die kürzeste Verweildauer liegt bei 0 Pflgetagen (ein Fall wurde am Aufnahmetag wieder entlassen), die längste Verweildauer umfasst 280 Tage.³⁵

Die Patienten waren zu 51,0 % weiblichen Geschlechts, entsprechend 49,0 % männlich. Über die **Altersstruktur** der behandelten Patienten informiert die folgende Tab. 45:

Tab. 45: Alter der Patienten bei Aufnahme *

Alter	Anzahl	%
12 bis 14 Jahre	9	8,7
15 Jahre	15	14,4
16 Jahre	24	23,1
17 Jahre	40	38,5
18 Jahre	10	9,6
19 bis 20 Jahre	6	5,8
Insgesamt	104	100,0

* Das Alter der Patienten wurde aus der Differenz „Aufnahmedatum minus Geburtsdatum des Patienten“ ermittelt.

Das Alter der Patienten verteilt sich von zwölf bis zu 20 Jahren. Mit 38,5 % sind die 17 Jahre alten Patienten am stärksten vertreten, auf die 15 bzw. 16 Jahre alten Patienten entfallen insgesamt 37,5 %. Das Durchschnittsalter beträgt 16,8 Jahre, zwischen Männern und Frauen zeigt sich nahezu kein Altersunterschied (16,9 Jahre vs. 16,8 Jahre).

Bei der **Art der konsumierten Droge** waren mehrere Angaben je Patient möglich (vgl. Tab. 46).

³³ Für die Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche am Park-Krankenhaus Leipzig-Südost liegen Patientendaten aus 2001 und 2002 vor.

³⁴ Für die Auswertung wurden die Daten der Patienten berücksichtigt, die in **2002 aufgenommen** wurden (Stichtag). Die erste Aufnahme erfolgte am 04.01.2002, die letzte Aufnahme am 30.12.2002. Die Auswertung ist auf **Personen** (N = 104) bezogen und nicht auf die Anzahl der Behandlungsfälle (N = 144). In 2002 wurden 23 Personen zweimal, sieben Personen dreimal und eine Person viermal auf die Therapiestation aufgenommen. Zum Vergleich: In **2001** wurden **133 Personen** zwischen dem 04.01.2001 und dem 29.12.2001 aufgenommen und behandelt. Die Zahl der **Behandlungsfälle** betrug **186**. In 2001 wurden 18 Personen zweimal, sieben Personen dreimal, vier Personen viermal und je eine Person fünf- bzw. sechsmal auf der Therapiestation behandelt. Zur Anzahl der im Bezugsjahr aufgenommenen Behandlungsfälle müssen die Personen hinzugerechnet werden, die aus dem jeweiligen Vorjahr übernommen wurden.

³⁵ Zum Vergleich: In **2001** betrug die durchschnittliche Verweildauer der **behandelten Fälle** (N = 178) 24,0 Tage. Die kürzeste Verweildauer lag bei 0 Pflgetagen, die längste umfasste 140 Tage.

Tab. 46: Art der verwendeten Drogen (N = 97, Mehrfachnennungen möglich)

Droge	Anzahl	%
Cannabis	61	62,9
Heroin	57	58,8
Aufputschmittel	20	20,6
Ecstasy	17	17,5
Kokain	12	12,4
LSD etc.	3	3,1
Methadon	1	1,0
Insgesamt	171	176,3

Durchschnittlich werden 1,8 Drogen je Patient angegeben. Während für rund die Hälfte (lediglich) eine Angabe vorliegt, wurden bei vier Personen vier und bei drei weiteren fünf Angaben gemacht. Heroin und/oder Cannabis sind die am häufigsten konsumierten Drogen, für 13,5 % der Patienten wird darüber hinaus Politoxikomanie dokumentiert.

Neben psychischen und Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen liegen bei 81 Patienten (77,9 %) in 2002 **weitere Diagnosen** psychischer Störungen vor. Dabei wurden bei 40 Patienten (38,5 %) (spezifische) Persönlichkeitsstörungen (ICD 10/F60) festgestellt, wovon bei 16 Patienten ein Borderline-Typus diagnostiziert wurde. Außerdem lag bei elf Patienten (10,6 %) eine Anpassungsstörung (F43.2) vor (siehe Anhang, Tab. 33). Zudem hatten 20,2 % der Patienten eine Hepatitis C.

Für nahezu alle auf der Therapiestation behandelten Patienten war die Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht die erste Intervention im Krankheitsverlauf. Das Spektrum der bisherigen **stationären Vorbehandlungen** zeigt die Tab. 47:

Tab. 47: Stationäre Vorbehandlungen (N = 104)

	Anzahl	%	Anzahl (M)	Min	max
Kinder- und Jugendpsychiatrie	45	43,3	3,1	1	12
Erwachsenenpsychiatrie	5	4,8	3,2	1	9
Entwöhnungsbehandlungen	7	6,7	1,0	1	-

57 Patienten (57,8 %) haben bereits (mindestens) einmal eine stationäre Maßnahme in Anspruch genommen, wobei Behandlungen weit überwiegend in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt sind. Deutlich geringer fielen Vorerfahrungen mit einer stationären Entwöhnungsbehandlung aus: Lediglich sieben Patienten hatten an einer solchen Maßnahme teilgenommen.

Tab. 48 zeigt die ambulanten Hilfen, zu denen die Patienten bisher Kontakt hatten.

Tab. 48: Kontakte zu ambulanten Hilfen

Kontakte mit	ja		nein		unbekannt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Suchtberatung	45	50,0	44	48,9	1	1,1
Jugendhilfe	45	50,0	38	42,2	7	7,7
Hausarzt bzw. niedergelassener Nervenarzt	83	93,3	4	4,5	2	2,2

Fast alle Patienten waren vor der Aufnahme auf die Therapiestation in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung. Darüber hinaus hatte die Hälfte aller Patienten Kontakt zu Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sowie zur Jugendhilfe.

Patienten der Klinik in Arnsdorf³⁶

Die hauptsächliche Nutzergruppe des Angebots in Arnsdorf sind „Heroinabhängige, Politoxikomane mit Mehrfachabbrüchen im Vorfeld, Straßenkinder, Kindeswohlerwicklungsgefährdete sowie Patienten mit Doppeldiagnosen“. In 2001 wurden auf der (geschlossenen) Station 57 Patienten betreut: 61,4 % waren Männer und 38,6 % Frauen. Ein Anteil von 21 % war zwischen zwölf und 15 Jahre, 79 % waren 16 bis 18 Jahre alt.³⁷ Für die Mehrzahl der Patienten wird Drogenabhängigkeit bzw. Politoxikomanie angegeben, als Suchtmittel werden neben Cannabis und Amphetaminen Heroin und/oder Kokain sowie Halluzinogene am häufigsten genannt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass

- ❑ bei dem überwiegenden Teil der behandelten jugendlichen Patienten der Konsum illegaler Drogen mit anderen psychischen Störungen, vor allem Persönlichkeitsstörungen einhergeht (Komorbidität),
- ❑ die beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote in Leipzig und Arnsdorf offensichtlich den bestehenden stationären Behandlungsbedarf vor allem von jugendlichen drogenkonsumierenden Personen - teilweise mit Doppeldiagnosen - decken,
- ❑ sich die Aufenthaltszeiten am psychiatrischen Behandlungsbedarf orientieren und nicht an Vorgaben (der Krankenkassen) zu einer somatischen Entgiftung.

Die Untersuchung der Angemessenheit einer **geschlossenen** stationären Behandlung jugendlicher drogenkonsumierender Personen war nicht Gegenstand dieser Studie. Gleichwohl sollte sie im Licht vergleichbarer Vorgehensweisen in anderen Bundesländern überprüft werden.

³⁶ Die im Rahmen von BADO (s.u.) dokumentierten Patientendaten für 2002 konnten nicht zur Verfügung gestellt werden.

³⁷ Im gesamten Jahr 2002 wurden 57 Patienten betreut. Eine Differenzierung nach **Altergruppen** ergibt folgende Verteilung: 13 bis 14 Jahre: 3,5 %, 14 - 15 Jahre: 14,0 %, 15 - 16 Jahre: 22,8 %, 16 - 17 Jahre: 35,1 %, 17 - 18 Jahre: 24,6 %. Im Vergleich zu 2001 hat der Anteil der 13 bis 15 Jahre alten Patienten etwas abgenommen (17,5 % vs. 21,1 %), entsprechend hat sich der Anteil der älteren Patienten leicht erhöht (82,5 % vs. 78,9 %)

5.2.3.3 Entwöhnungsbehandlung

Im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger (Entwöhnungsbehandlung) bestehen in Sachsen zwei Einrichtungen, die beide in die Ist-Aufnahme der Studie einbezogen wurden:

- ❑ Therapeutische Einrichtung für Abhängigkeitskranke „Alte Flugschule“ in Großröckerswalde und
- ❑ Drogenklinik Moritzburg.

5.2.3.3.1 Strukturelle Merkmale

Für die Ist-Aufnahme lagen aus beiden Einrichtungen schriftliche **Konzepte vor** (Stand: Mai 2000 bzw. Oktober 2002). In den Konzepten werden u.a. das Krankheitsmodell, der Arbeitsansatz und das Behandlungsprogramm sowie die organisatorischen Voraussetzungen beschrieben.

Beide Einrichtungen haben u.a. folgende **Ziele** ihrer Arbeit herausgestellt:

- ❑ Leben ohne Drogen bzw. Abstinenz
- ❑ gesellschaftliche (Re)Integration bzw. soziale und berufliche Wiedereingliederung
- ❑ psychische und somatische Stabilisierung bzw. Ich-Stabilität.

Von den Einrichtungen wird auf die Bedeutung einer individuellen Festlegung von Therapiezielen im Rahmen einer abgestimmten Therapieplanung hingewiesen.

Die Arbeitsansätze beider Einrichtungen basieren im Grundsatz auf dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Zu den weiteren Charakteristika zählen:

- ❑ „Alte Flugschule“: ein handlungsorientierter Therapieansatz, der u.a. die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung im Kontext der sozialen Wirklichkeit der Klienten vorsieht und einen vorbereitenden und begleitenden Übergang der Klienten in die der Entwöhnungsbehandlung nachfolgende Lebenssituation anstrebt,
- ❑ Drogenklinik Moritzburg: ein psychoanalytisch-interaktioneller Therapieansatz, der beziehungsorientiert und ressourcenfördernd ausgerichtet ist. Darüber hinaus basiert der Arbeitsansatz auf dem sozialtherapeutischen Konzept im Rahmen von therapeutischen Wohngemeinschaften.³⁸

Die Regelbehandlungsdauer umfasst sechs Monate und kann im Einzelfall auf neun Monate verlängert werden. Das Behandlungsprogramm wird in beiden Einrichtungen in drei Phasen unterteilt: in der „Alten Flugschule“ in die Orientierungsphase, Kernphase und Ablösephase, in der Drogenklinik Moritzburg in die erste Phase (Eingewöhnungsphase) sowie die zweite Phase (A. Durcharbeitungs- und B. Ablösephase). Die einzelnen Phasen strukturieren den Behandlungsprozess, haben unterschiedliche Ziele und Schwerpunkte und bieten den Patienten einen Orientierungsrahmen u.a. mit Blick auf die schrittweise Intensivierung von Außenkontakten.

Beide Entwöhnungsangebote **richten sich an** (junge) Erwachsene, wobei vornehmlich die Diagnoseschlüssel F11 bis F19 (ICD-10) - i.d.R. mit Abhängigkeitssyndrom - als In-

³⁸ In der Drogenklinik Moritzburg sind in zwei Häusern insgesamt vier Wohngruppen von jeweils acht Patienten untergebracht.

dikationen genannt werden. Die Drogenklinik Moritzburg nimmt - schwerpunktmäßig - Personen zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr auf.³⁹

Nicht aufgenommen werden können in beiden Einrichtungen u.a. Personen mit schweren körperlichen Behinderungen oder akuten Psychosen, mit akuter Suizidgefahr oder AIDS im Spätstadium.

Voraussetzung zur Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung ist eine abgeschlossene psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung. Die Aufnahmeverfahren in das jeweilige Angebot sind bzgl. der formalen Anforderungen vergleichbar:

- (formlose) schriftliche Bewerbung mit Lebenslauf und Suchtbericht
- Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers
- persönliches Vorstellungs- bzw. Informationsgespräch in der Entwöhnungseinrichtung
- Sozialbericht einer Sucht-/Drogenberatungsstelle
- bei Minderjährigen die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten.

Der Bewerber muss sich zur Teilnahme am Therapieprogramm sowie zur Einhaltung der Hausregeln (z.B. kein Drogenkonsum, keine Gewaltandrohung) verpflichten.

Träger der „Alten Flugschule“ in Großrückerswalde ist der SIRIUS Sachsen e.V. Die Drogenklinik Moritzburg gehört zu den Evangelischen Fachkliniken Heidehof gGmbH.

Das hauptsächliche **Einzugsgebiet** der beiden Einrichtungen ist Sachsen. In Einzelfällen werden Klienten auch aus benachbarten Bundesländern aufgenommen. Bezogen auf das Einzugsgebiet ist das Angebot der Drogenklinik Moritzburg zentral gelegen und kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln (gut) erreicht werden. Die „Alte Flugschule“ liegt eher am Rand des Landes Sachsen, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist ausreichend.

Beide Einrichtungen halten jeweils **32 Behandlungsplätze** zur medizinischen Rehabilitation vor⁴⁰. Im Einzelfall stehen - übergangsweise - weitere Plätze zur Verfügung. Die vorhandenen Platzkapazitäten werden von den Einrichtungen als angemessen und bedarfsgerecht beurteilt.

Die Klienten werden i.d.R. in Zweibettzimmern, z.T. auch in Dreibettzimmern untergebracht. Darüber hinaus stehen zahlreiche Aufenthalts- (u.a. Gruppenraum, Teamraum) und Funktionsräume zur Verfügung wie bspw. Räume für Arbeits- und Kunsttherapie bzw. für den Kreativbereich, für Ergotherapie sowie jeweils ein Fitnessraum. Die Einrichtung „Alte Flugschule“ nutzt darüber hinaus für Sportangebote die Turnhalle bzw. den Sportplatz in der Gemeinde. Die **Raumausstattung** der Einrichtungen bietet gute Voraussetzungen zur Durchführung des therapeutischen Programms. Darüber hinaus bestehen ausreichende Zusatzkapazitäten, um ggf. weitere Angebote zu implementieren.

Einen Überblick über die **Personalausstattung** der Einrichtungen gibt Tab. 49.

³⁹ Im Konzept wird darauf hingewiesen, dass die Altersspannbreite von 16 bis 25 Jahren bedarfsabhängig modifiziert werden könnte.

⁴⁰ Während der Ist-Aufnahme wurde auf dem Gelände der Drogenklinik Moritzburg ein Adaptionsangebot eröffnet.

Tab. 49: Personalausstattung nach Qualifikation

Berufsgruppen	Drogenklinik Moritzburg		„Alte Flugschule“	
	Anzahl	VZÄ	Anzahl	VZÄ
Dipl. Sozialpädagoge/- arbeiter, Heilpädagoge	10	10	7	7
Dipl. Sozialwissenschaftler	1	1	/	/
Dipl. Psychologe	/	/	1	1
Arzt	1	1	2	0,5
Krankenpflegepersonal	2	2	/	/
Ergotherapeuten	2	1,5	/	/
Arbeits-/Beschäftigungstherapeut	2	1,5	4	4
Bewegungstherapeut	/	/	1	1
Dipl. Kunsttherapeut	1	0,5	/	/
Sekretariat/Verwaltung	2	2	3	2,75
Hauswirtschaft/Hausmeister	3	1,5	/	/
Geschäftsführer	/	/	1	1
Insgesamt	24	21	19	17,25

(VZÄ = Vollzeitäquivalent)

In der „Alten Flugschule“ sind 19 Mitarbeiter auf 17,25 Mitarbeiterstellen, in der Drogenklinik Moritzburg 24 Mitarbeiter auf 21,0 Mitarbeiterstellen beschäftigt. In beiden Entwöhnungseinrichtungen arbeiten multiprofessionelle Teams mit Ärzten, Sozialarbeitern/-pädagogen, Ergo- bzw. Arbeits-/Beschäftigungstherapeuten sowie weiteren therapeutischen Mitarbeitern (z.B. Bewegungstherapeut). Ergänzend werden Nachtbereitschaften auf Honorarbasis beschäftigt.

In beiden Einrichtungen verfügen einzelne therapeutische Mitarbeiter über eine fachspezifische Zusatzqualifikation (z.B. Sozialtherapeut). Darüber hinaus befinden sich weitere therapeutische Mitarbeiter in einer Zusatzausbildung.

Über Erfahrungen in der Arbeit mit Drogenabhängigen verfügen in der „Alten Flugschule“ rund 40 % der therapeutischen Mitarbeiter. In Moritzburg sind es zwei therapeutische Mitarbeiter mit mehrjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Drogenabhängigen.

Die Personalausstattung der Einrichtungen entspricht weitgehend den Anforderungen der Leistungsträger an Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation (vgl. „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001). Mit Blick auf spezifische Zusatzqualifikationen besteht insbesondere in der Drogenklinik Moritzburg Entwicklungsbedarf. Hierin sowie in den vergleichsweise geringen Vorerfahrungen der Mitarbeiter in der Sucht- und Drogenhilfe spiegeln sich generelle Probleme bei der Personalfindung wider.

Eine fallbezogene **Kooperation** besteht vor allem mit den Sucht-/Drogenberatungsstellen beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation sowie nach Beendigung der Behandlung. Beide Einrichtungen sind in den Fachausschüssen „Illegale Drogen“ bzw. „Stationäre Einrichtungen“ des Landes Sachsen sowie der jeweils zuständigen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG Mittlerer Erzgebirgskreis bzw. Meißen) vertreten. Darüber hinaus arbeitet die „Alte Flugschule“ im Arbeitskreis Suchtprävention, in der GAD (Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren) sowie im Behindertenbeirat mit. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen hat die Drogenklinik Moritzburg u.a. mit einem Biohof, der Hochschule für bildende Kunst in Dresden sowie einem Krankenhaus in Dresden getroffen. Darüber hinaus soll im Rahmen des (geplanten) Adaptionsangebots mit Schulen und Ausbildungsstätten eine Kooperation aufgebaut werden, um

den Patienten Arbeitserfahrungen in Praktika und Projekten zu ermöglichen. Die Einrichtung „Alte Flugschule“ hat keine schriftlichen Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

5.2.3.3.2 Prozessmerkmale

Bei der Beantragung von Leistungen zur (stationären) medizinischen Rehabilitation werden die Klienten i.d.R. durch eine Sucht-/Drogenberatungsstelle unterstützt. Über Allgemeinkrankenhäuser oder psychiatrische Kliniken werden nur wenige Klienten vermittelt. Das **Aufnahmeverfahren** mit einem Informations(vor-)gespräch hat sich aus Sicht der Einrichtungen bewährt, da die Klienten die Möglichkeit haben, das Angebot kennen zu lernen. In beiden Einrichtungen bestehen keine Wartezeiten. „Barrieren“ zur Inanspruchnahme bestehen (teilweise) bei inhaftierten Klienten, da u.a. die (langen) Verfahrenswege bei Strafaussetzung - nach § 35 BtMG - zu Verzögerungen führen.

Der stationäre Charakter des Behandlungsprogramms weist bei beiden Einrichtungen strukturelle Gemeinsamkeiten auf wie bspw. die Unterbringung und Verpflegung der Patienten, die Sicherung des drogenfreien Raums sowie einen strukturierten Tagesablauf. In der Drogenklinik Moritzburg sind die Patienten in Wohngruppen - mit maximal acht Patienten - untergebracht, die sich selbst versorgen. In beiden Einrichtungen wird ein breites Spektrum unterschiedlicher Angebote und Hilfen vorgehalten. Hierzu zählen u.a.:

- medizinische und psychologische Diagnostik und Anamnese sowie die Erfassung der sozialen Situation
- Einzel- und Gruppentherapie
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Bewegungstherapie/Entspannungsübungen, Sport und
- aktive Freizeitgestaltung.

Elemente der therapeutischen Gemeinschaft wie Morgen- und Abendrunde sowie Hausversammlungen ergänzen das therapeutische Programm. Darüber hinaus bieten die Einrichtungen sozialarbeiterische Hilfestellungen u.a. zur Vorbereitung der Entlassung und der Klärung der Perspektiven. Die Einrichtung „Alte Flugschule“ hält zudem ein breites arbeitstherapeutisches Angebot sowie zielgruppenspezifische Ergänzungsangebote für Frauen und Migranten vor.

Die Einrichtungen setzen das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft und ein für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger typisches Angebotsspektrum um (vgl. Kufner u.a., 1994; Görden u.a., 1996).

In beiden Einrichtungen zählen externe Teamsupervision sowie interne Fallbesprechungen und Fachanleitung zum Standard. Eine regelmäßige interne Fort- und Weiterbildung sowie die Nutzung externer Fortbildungsangebote tragen u.a. zur Qualifizierung der Mitarbeiter bei. Die „Alte Flugschule“ verfügt über kein EDV-gestütztes Standarddokumentationssystem, Patienten- und Behandlungsdaten werden (teilweise) über ein einrichtungsinternes Dokumentationssystem EDV-gestützt dokumentiert. Hierzu liegen aber keine Auswertungsroutinen vor, so dass lediglich eine patientenbezogene Nutzung u.a. zur Interventionsplanung bzw. Kontrolle des Behandlungsverlaufs für Entlass- oder Zwischenberichte erfolgt. In der Drogenklinik Moritzburg wurde im Verlauf der Untersuchung ein Verwaltungs- und Dokumentationssystem neu eingeführt.

Qualitätssicherung und -entwicklung besteht in beiden Einrichtungen vornehmlich aus Maßnahmen zur Personalentwicklung (Supervision, Fort- und Weiterbildung). Ein systematisches Qualitätsmanagement auf Basis einer EDV-gestützten Dokumentation von Patienten-, Leistungs- und Ergebnisdaten und abgestimmten Durchführungsroutinen fehlt.

5.2.3.3.3 Ergebnismarkkmale

Beide Einrichtungen wurden im letzten Quartal des Jahres 2000 eröffnet. Bis Ende 2001 wurden in der „Alten Flugschule“ 111 und in der Drogenklinik Moritzburg 79 Patienten behandelt.

Ein Anteil von 30 % **beendet die Behandlung** in der „Alten Flugschule“ regulär. Während rund 23 % der Patienten disziplinarisch entlassen wurden, hat ein Anteil von rund 37 % den Aufenthalt nach eigener Entscheidung vorzeitig abgebrochen. Weitere 10 % haben die Einrichtung vorzeitig mit therapeutischem bzw. ärztlichem Rat verlassen oder sie wurden verlegt.⁴¹ Befragt nach den Maßnahmen bzw. Angeboten, die die Patienten nach Verlassen der Entwöhnungseinrichtung „Alte Flugschule“ in Anspruch nehmen werden, ist für die Mehrzahl der Patienten diese **Perspektive** (noch) unklar. Rund 21 % wollen sich an eine (bzw. ihre) Suchtberatungs- und -behandlungsstelle, ca. 14 % an eine Selbsthilfegruppe wenden und weitere 10 % beabsichtigen, ein Betreutes Wohnangebot bzw. eine Adaptionseinrichtung in Anspruch zu nehmen (siehe Anhang, Tab. 41).

Nach Angaben der Drogenklinik Moritzburg haben rund 55 % der Patienten die Behandlung planmäßig beendet. Ca. ein Viertel hat den Aufenthalt von sich aus vorzeitig abgebrochen, weitere 12 % wurden durch die Einrichtung disziplinarisch entlassen (siehe Anhang, Tab. 42).

In 2001 wurden die Patienten vor allem an Sucht-/Drogenberatungsstellen sowie an (Betreute) Wohnprojekte bzw. Nachsorge-Angebote vermittelt. Beide Einrichtungen weisen darauf hin, dass Adaptionen- bzw. Nachsorgeangebote in Sachsen fehlen. Der geplante Aufbau einer Adaption in Moritzburg trägt dazu bei, die Lücke in diesem Angebotssegment zu schließen.⁴²

Aussagen zur Wirksamkeit der stationären Behandlung sind auf der vorliegenden Datenbasis nicht möglich. Zwar liegen Angaben der Einrichtungen zur Art der Beendigung vor, diese sind allerdings nur begrenzt aussagefähig, da eine abgestimmte Definition der Merkmalsausprägungen fehlt. Gleichwohl fällt auf, dass die Angaben zur regulären Beendigung unterschiedlich ausfallen, wobei vor allem die hohe Quote der Abbrecher in der „Alten Flugschule“ problematisch ist. Berücksichtigt werden muss dabei allerdings, dass beide Einrichtungen erst Ende 2000 mit der Arbeit begonnen haben und sie folglich ihr Konzept erst einmal praktisch fundieren müssen.

5.2.3.3.4 Die Patienten der Entwöhnungseinrichtungen

Im Folgenden werden die Patienten - differenziert nach Einrichtung - u.a. hinsichtlich ihrer soziodemographischen sowie suchtbio-graphischen Merkmale beschrieben.

⁴¹ Die Angaben zur Entlassung und zur Perspektive sind auf das Jahr 2002 bezogen.

⁴² Nach Aussage der Verantwortlichen der „Alten Flugschule“ plant auch diese Einrichtung den Aufbau eines Adaptionangebots in 2003.

Die Patienten der "Alten Flugschule"

Für 2002 liegen Daten von 95 Klienten vor, 89,5 % sind Männer und entsprechend 10,5 % Frauen. Die **Altersverteilung** der behandelten Patienten zeigt die nachfolgende Tab. 50.

Tab. 50: Alter der Patienten bei Aufnahme

Altersgruppen	Anzahl	%
bis 18 Jahre alt	2	2,1
18 bis 20 Jahre	26	27,4
21 bis 25 Jahre	45	47,4
26 bis 30 Jahre	14	14,7
über 30 Jahre	8	8,4
Insgesamt	95	100,0

In der Einrichtung wurden auch jüngere Patienten behandelt. Immerhin waren 77 % 25 Jahre oder jünger, wobei die 21 bis 25 Jahre alten Patienten mit 47,4 % anteilig die größte Altersgruppe bildeten.

Die Patienten waren nahezu alle ledig (94,7 %). Rund 40 % **wohnten** selbständig und weitere 31 % bei den Eltern oder Angehörigen bzw. anderen Personen, bei 24 % der Patienten wurden weitere „Wohnformen“ dokumentiert (u.a. Betreutes Wohnen, JVA). Fünf Patienten (5,3 %) waren ohne Wohnung (siehe Anhang, Tab. 36).

In der folgenden Tab. 51 sind die höchsten erreichten **Schulabschlüsse** der Patienten zusammengefasst.

Tab. 51: Höchster erreichter Schulabschluss

höchster Schulabschluss	Anzahl	%
ohne Schulabschluss	22	23,2
Sonderschulabschluss	1	1,1
Haupt-/Volksschulabschluss	35	36,8
Realschulabschluss	31	32,6
(Fach-)Abitur	3	3,2
sonstiges	3	3,2
Insgesamt	95	100,0

Fast ein Viertel der Patienten verfügt über keinen qualifizierten Schulabschluss. Über einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss (Mittlere Reife) verfügt jeweils rund ein Drittel der Patienten. Arbeitserfahrung haben rund 85 % aller Patienten.

Im Rahmen der einrichtungsinternen Dokumentation wird u.a. die **Hauptdroge** dokumentiert. Die Verteilung in der Patientengruppe aus dem Jahr 2002 zeigt Tab. 52.

Tab. 52: Hauptdroge der Patienten

Suchtmittel	Anzahl	%
Heroin	45	48,9
Chrystal	25	27,2
Haschisch	17	18,5
Kokain	2	2,2
Ecstasy	2	2,2
Speed	1	1,1
Insgesamt	92	100,0

Lediglich knapp die Hälfte der Nennungen der konsumierten Hauptdroge entfällt auf Heroin. Immerhin bei gut der anderen Hälfte werden als Hauptdroge andere Substanzen wie bspw. Chrystal und Haschisch dokumentiert. Die Angaben zur **Konsumdauer** zeigen eine breite Streuung: Über ein Drittel der Patienten konsumiert zwischen fünf bis zu zehn Jahren, rund die Hälfte zwischen zwei bis zu fünf Jahren (siehe Anhang, Tab. 38).

Nahezu alle Patienten verfügen über **Betreuungs- bzw. Behandlungserfahrungen** im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum (vgl. Tab. 53).

Tab. 53: Vorerfahrungen der Klienten (N = 88, Mehrfachnennungen möglich)

suchtspezifische Hilfen	Anzahl	%
ambulante Suchtberatung	86	97,7
psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung	74	84,1
Substitutionsbehandlung	19	21,6
stationäre Entwöhnung	18	20,5
sonstiges	6	6,8

Nahezu alle Patienten hatten Kontakt zu einer ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstelle und gut vier Fünftel hatten bereits (mindestens einmal) eine psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung in Anspruch genommen. Darüber hinaus hatte gut jeder fünfte Patient an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen. Bei ebenfalls jedem fünften Patienten war die Aufnahme in die Einrichtung eine wiederholte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Die Patienten der Drogenklinik Moritzburg

Für das Jahr 2001 liegen Angaben von insgesamt 60 Patienten⁴³ vor. Der Anteil der Männer beträgt 87,3 %, entsprechend sind 12,7 % Frauen. Das **Alter** der in 2001 behandelten Patienten verteilt sich über die Altersklassen von 15 bis 17 Jahre bis zu 24 bis 26 Jahre (vgl. Tab. 54).

⁴³ Aus dem Jahr 2001 lagen insgesamt 60 EBIS-Dokumentationen (stationär) in Papierform vor. Die dokumentierten Daten wurden vom Auftragnehmer eingegeben und ausgewertet.

Tab. 54: Alter der Patienten bei Aufnahme

Altersgruppen	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bis 18 Jahre alt	5	10,6	1	14,3	6	11,1
18 bis 20 Jahre	15	31,9	5	71,4	20	37,0
21 bis 25 Jahre	26	55,3	1	14,3	27	50,0
26 bis 30 Jahre	1	2,1	0	0,0	1	1,9
Insgesamt	47	100,0	7	100,0	54	100,0

Der jüngste Patient war 15 Jahre, der älteste 26 Jahre alt. Jeder zweite Patient war zwischen 21 und 25 Jahre, gut ein Drittel zwischen 18 und 20 Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt bei 20,6 Jahren. Die behandelten Frauen sind vergleichsweise jünger als die Männer (Altersgruppe 18 bis 20 Jahre: 71,4 % vs. 31,9 %).

Nahezu alle behandelten Patienten sind ledig. Auch die **Partnerbeziehung** informiert über das soziale Beziehungsgefüge der Patienten: 60 % sind alleinstehend, 27,3 % haben eine feste Beziehung und 12,7 % eine zeitweilige Beziehung. Die **Wohnsituation** der Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass die überwiegende Mehrheit über eine gesicherte Wohnsituation in Form selbstständigen Wohnens (35,2 %) verfügt oder bei anderen Personen (u.a. Eltern, Angehörige) wohnt (46,3 %) (siehe Anhang, Tab. 42).

In der folgenden Tab. 55 ist die **schulische Qualifikation** der Patienten zusammengefasst.

Tab. 55: Höchster erreichter Schulabschluss

höchster Schulabschluss	männlich		weiblich		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
derzeit in erster Schulausbildung	1	2,1	0	0,0	1	1,9
ohne Schulabschluss	11	23,4	1	14,3	12	22,2
Sonderschulabschluss	2	4,3	0	0,0	2	3,7
Haupt-/Volksschulabschluss	19	40,4	1	14,3	20	37,0
Realschulabschluss/Polytechn.	13	27,7	5	71,4	18	33,3
(Fach-)Abitur	1	2,1	0	0,0	1	1,9
Insgesamt	47	100,0	7	100,0	54	100,0

Knapp ein Viertel der Patienten hat die zuletzt besuchte Schule ohne qualifizierten Schulabschluss (vorzeitig) verlassen. Jeweils rund ein Drittel der Patienten verfügt über einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss.

Die materielle Situation der Patienten lässt sich u.a. durch ihre **berufliche Situation** beschreiben. Jeweils mehr als ein Drittel war bei Betreuungsbeginn erwerbslos (38,2 %) bzw. wurde als Nichterwerbsperson eingestuft (36,4 %). Rund 14 % sind Auszubildende oder Schüler, die übrigen Patienten Fach- oder Hilfsarbeiter (siehe Anhang, Tab. 42).

Für alle 60 Patienten wird als **Hauptdiagnose** F19.2 (Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom) dokumentiert. Rund 45 % der Patienten geben an, früher schon einmal intravenös konsumiert zu haben. Ein erhöhtes Risiko durch gemeinsame Benutzung von Spritzen oder Besteck trifft für ca. 22 % der Patienten zu.

Für nahezu alle Patienten ist die Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung nicht die erste **Intervention gegen ihre Drogenabhängigkeit** gewesen (vgl. Tab. 56).

Tab. 56: Vorerfahrungen der Klienten (N = 45, Mehrfachnennungen möglich)

suchtspezifische Hilfen	Anzahl	%
ambulante Suchtberatung	44	97,8
psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung	45	100,0
Substitutionsbehandlung	4	8,9
stationäre Entwöhnungsbehandlung	11	24,4
sonstiges	6	13,3

Den Voraussetzungen zur Aufnahme entsprechend hatten nahezu alle Patienten bereits (mindestens) an einer psychiatrischen Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung teilgenommen bzw. Kontakt zu einer ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstelle. Knapp ein Viertel hat bereits an (mindestens) einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Patienten der stationären Entwöhnungsbehandlung

- vergleichsweise⁴⁴ jung sind (Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene), wobei die in der Drogenklinik Moritzburg behandelten Patienten im Durchschnitt etwas jünger als die Patienten der „Alten Flugschule“ sind,
- unterschiedliche Substanzen konsumiert haben und diagnostisch verschiedene Substanzen als Hauptdiagnose angegeben werden,
- überwiegend über einen qualifizierten Schulabschluss und eine gesicherte Wohnsituation verfügen,
- zu hohen Anteilen arbeitslos sind,
- meistens über Vorerfahrungen verfügen und bereits (mehrere) suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen haben.

5.2.3.3.5 Die stationäre Entwöhnungsbehandlung aus Patientensicht

Im Rahmen der Studie wurden Patienten beider Einrichtungen zum Behandlungsprogramm sowie zu verschiedenen Aspekten ihres Aufenthalts (z.B. Absichten, Perspektiven) befragt. U.a. wegen des kurzen Erhebungszeitraums liegen bedauerlicherweise aus der „Alten Flugschule“ nur Antworten von 28 Patienten und aus der Drogenklinik Moritzburg von 18 Patienten vor. Wegen der begrenzten Datenbasis werden die meisten Ergebnisse der Befragung im Anhang aufgeführt. Nachfolgend werden lediglich die wichtigsten Trends der Befragung dargestellt.

Patienten der Einrichtung „Alte Flugschule“

Die befragten Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht) nicht von den dokumentierten Patienten aus dem Jahr 2002.

⁴⁴ So sind bspw. nur 31,1 % der 2001 in EBIS-stationär dokumentierten Patienten mit der Hauptdiagnose (Opioid) jünger als 25 Jahre alt (siehe Anhang, Tab. 44).

Im Rahmen der Befragung wurden die Patienten um eine Bewertung des Behandlungsprogramms und von Elementen des Behandlungssettings gebeten. Tab. 57 gibt einen Überblick über die Antworten.

Tab. 57: Bewertung von Behandlungsprogramm und -setting* (N = 28)

Elemente des Behandlungssettings der Einrichtung "Alte Flugschule"	(sehr) gut	%		M**
		befriedigend/ausreichend	mangelhaft/ungenügend	
Behandlungsprogramm insgesamt	57,1	35,7	7,1	2,46
Aufenthaltsdauer	59,3	25,9	14,8	2,48
Atmosphäre allgemein	40,7	37,0	22,2	3,15
Team/TherapeutInnen	75,0	21,4	3,6	2,07
andere KlientInnen	38,5	61,5	0,0	2,69
Bedingungen zur Aufnahme in die Einrichtung	63,0	25,9	11,1	2,37
Regeln/Normen (z.B. Hausregeln)	67,9	25,0	7,1	2,29
Organisation/Verwaltung	75,0	21,4	3,6	1,93
räumliche Situation	74,1	22,2	3,7	2,15
Wohngruppen	62,5	33,3	4,2	2,25
Freizeitgestaltung	61,5	30,8	7,7	2,38

* Die Patienten wurden gebeten, verschiedene Elemente des Behandlungssettings zu bewerten. Als Antwortskala diente das Schulnotensystem (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend).

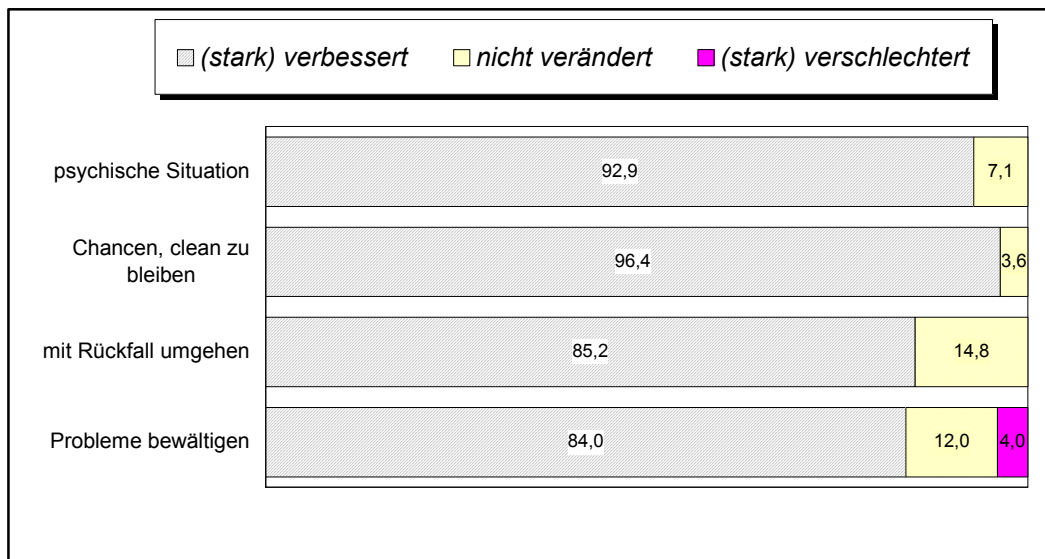
** M = Mittelwert

Gut die Hälfte der Befragten beurteilt das Behandlungsprogramm insgesamt mit (sehr) gut. Eine überwiegend positive Bewertung erfahren auch die verschiedenen Elemente des Behandlungssettings. Lediglich bei der Beurteilung der anderen Mitpatienten überwiegt der Anteil derjenigen, die hier als Benotung befriedigend bzw. ausreichend vornahmen (61,5 %). Die besten Durchschnittsnote erhalten die Organisation/Verwaltung (1,93) sowie das Team (2,07) und die räumliche Situation (2,15) in der Einrichtung. Bedenklich stimmt, dass die Atmosphäre in der Einrichtung von den Befragten deutlich schlechter beurteilt wird als die anderen Elemente (3,15).

In Rahmen einer Selbsteinschätzung beurteilten ca. 73 % der Befragten ihren Drogenkonsum als großes bzw. mittleres Risiko, einen psychischen/körperlichen Schaden zu nehmen. Die übrigen Klienten (27 %) sehen für sich ein (lediglich) leichtes Risiko der psychischen/körperlichen Schädigung.

Die Patienten wurden am Ende des stationären Aufenthalts u.a. gebeten, verschiedene personenbezogene Aspekte (z.B. psychische Situation, Problembewältigung) im Hinblick auf eingetretene Veränderungen einzuschätzen. Abb. 13 zeigt die Antworten auf diese Frage.

Abb. 13: Veränderungen in einzelnen Bereichen (N = 28, Angaben in %)



Die Patienten schätzen ihre Chancen, clean zu bleiben, ihre psychische Situation, die Möglichkeiten, mit einem evt. Rückfall umzugehen bzw. Probleme bewältigen zu können, insgesamt als (stark) verbessert ein. Die Nennungen liegen zwischen 84,0 % und 96,4 %. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Patienten geht folglich bei Verlassen der Einrichtung von einer gegenüber dem Behandlungsbeginn stabilisierteren persönlichen Situation aus. Die Mehrzahl der Patienten will sich - nach Verlassen der Entwöhnungsbehandlung - (wieder) an eine Drogenberatungsstelle wenden (71,4 %).

Patienten der Einrichtung Drogenklinik Moritzburg

Die befragten Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht) nicht von den dokumentierten Patienten aus dem Jahr 2001.

Tab. 58 zeigt die Befragungsergebnisse zur Bewertung des Behandlungsprogramms sowie des -settings.

Tab. 58: Bewertung des Behandlungsprogramms und -settings* (N = 18)

Elemente des Behandlungssettings der Drogenklinik Moritzburg	%			M**
	(sehr) gut	befriedigend/ausreichend	mangelhaft/ungenügend	
Behandlungsprogramm insgesamt	77,8	11,1	11,1	2,22
Aufenthaltsdauer	61,1	33,3	5,6	2,44
Atmosphäre allgemein	58,8	29,4	11,8	2,59
Team/Therapeuten	88,9	0,0	11,1	1,83
andere Klienten	50,0	38,9	11,1	2,50
Bedingungen zur Aufnahme in die Einrichtung	66,7	27,8	5,6	2,28
Regeln/Normen (z.B. Hausregeln)	50,0	18,8	31,3	3,06
Organisation/Verwaltung	70,6	23,5	5,9	2,35
Räumliche Situation	72,2	11,1	16,7	2,22
Wohngruppen	76,5	17,6	5,9	2,00
Freizeitgestaltung	33,3	55,6	11,1	2,89

* Die Patienten wurden gebeten, verschiedene Elemente des Behandlungssettings zu bewerten. Als Antwortskala diente das Schulnotensystem (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend).

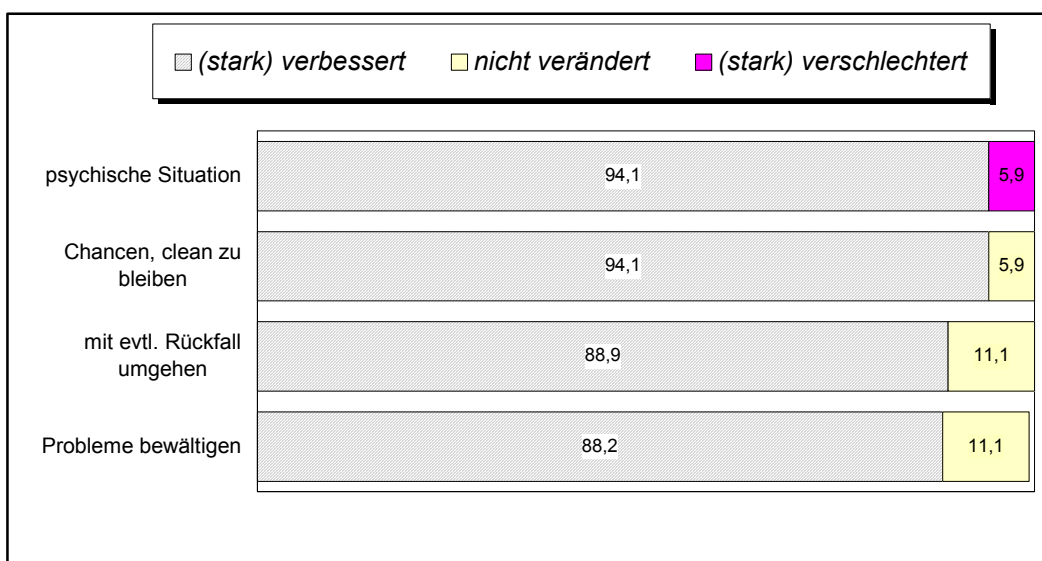
** M = Mittelwert

Gut drei Viertel der Befragten bewerteten das Behandlungsprogramm mit (sehr) gut. Überwiegend positiv werden auch die allermeisten Elemente des Behandlungssettings beurteilt, wobei das Team, die Wohngruppen und die räumliche Situation die besten Noten erhalten. Demgegenüber werden Regeln und Normen sowie die Freizeitgestaltung schlechter bewertet.

Mehr als die Hälfte der Patienten beurteilte das Risiko, aufgrund ihres Drogenkonsums eine psychische/körperliche Schädigung zu erleiden, als groß bzw. mittel, während ein Drittel der Patienten ein leichtes bzw. kein Risiko sieht.

Insgesamt zeichnet sich für die große Mehrheit der Patienten bei Verlassen der Einrichtung eine stabilisiertere persönliche Situation als zu Behandlungsbeginn ab (vgl. Abb. 14).

Abb. 14: Veränderungen in einzelnen Bereichen (N = 18, Angaben in %)



Auf die Frage nach Veränderungen in verschiedenen Bereichen geben rund 94 % an, dass sich sowohl die psychische Situation als auch die Chance, clean zu bleiben, (stark) verbessert haben. Auch beim Umgang mit einem eventuellen Rückfall bzw. der Bewältigung von anstehenden Problemen sind für rund 89 % (starke) Verbesserungen im Vergleich zu der Situation vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung eingetreten. Die Mehrzahl der Patienten will sich - nach Verlassen der Entwöhnungsbehandlung - (wieder) an eine Drogenberatungsstelle wenden (83,3 %).

6 ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

Nachfolgend werden die Ergebnisse der beiden Teilstudien - Untersuchung des Drogenkonsums ausgewählter Konsumentengruppen und Analyse von sechs Hilfeeinrichtungen in Sachsen - mit Blick auf die daraus abzuleitenden Empfehlungen zusammenfassend dargestellt. Entsprechend der jeweiligen Ziele und Fragestellungen der Teilstudien haben die Vorschläge eine unterschiedliche Reichweite: Einerseits beziehen sie sich unmittelbar auf die in die Analyse einbezogenen Einrichtungen, andererseits zielen sie auch generell auf bestimmte Bausteine des Versorgungssystems wie z.B. die Suchtberatung und -behandlung sowie auf übergreifende Aspekte.

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass es sich bei den Teilstudien um **keine** repräsentativen Befragungen handelt, so dass mit ihnen jeweils nur Ausschnitte des Drogenkonsums sowie des Hilfesystems in Sachsen beschrieben und analysiert werden können. Gleichwohl ergeben sich aus der Verknüpfung der Befunde darüber hinausgehende Ansatzpunkte für die (Weiter-)Entwicklung der Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken bei illegalen Drogen.

Beide Teiluntersuchungen beziehen sich auf eine Ausgangssituation, die - wie Daten aus Repräsentativerhebungen in Ostdeutschland und einzelne Studien zeigen - u.a. durch folgende Trends gekennzeichnet ist:

- ❑ Seit der Wiedervereinigung ist der Konsum illegaler Drogen vor allem bei den jüngeren Personen in den neuen Bundesländern kontinuierlich gestiegen.
- ❑ Die Konsumerfahrungen beziehen sich dabei vor allem auf Cannabis, der Konsum anderer illegaler Drogen, insbesondere von Kokain und Heroin, fällt deutlich geringer aus.
- ❑ Der Drogenkonsum weist alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede auf, wobei inzwischen Jugendliche und junge Erwachsene sowohl in großstädtischen als auch in ländlichen Regionen Erfahrungen mit illegalen Drogen haben.
- ❑ Unter den Klienten ostdeutscher und sächsischer Sucht- und Drogenberatungsstellen sind deutlich mehr Personen, die beim Erstkonsum von Kokain und Heroin noch Kinder bzw. Jugendliche waren, als dies bei Klienten westdeutscher Drogenberatungsstellen der Fall ist.

6.1 Drogenkonsum im Freistaat Sachsen

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wurden mit der Konsumentenbefragung zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollten die in Sachsen praktizierten Konsummuster beschrieben, zum anderen die Bedarfe für suchtspezifische Hilfen und die Inanspruchnahme der Angebote genauer erfasst werden.

Insgesamt konnten in die Erhebung 437 aktuelle Konsumenten illegaler Drogen einbezogen werden. In den vier Untersuchungsregionen Dresden, Leipzig, Hoyerswerda und dem Vogtland wurde dabei ein heterogenes Spektrum unterschiedlicher Konsummuster und Konsumententypen analysiert. Auf Basis der erhobenen Daten kann vermutet werden, dass jede illegale Substanz in jeder der untersuchten Regionen verfügbar ist, obgleich Unterschiede in der Prävalenz des Konsums spezifischer Drogen wahrscheinlich sind: Der Konsum von Heroin und anderen Opiaten ist zum Zeitpunkt der Erhebung erwartungsgemäß in Leipzig signifikant weiter verbreitet als in den an-

deren untersuchten Regionen Sachsens. Darüber hinaus scheint (Meth-)Amphetamin („Crystal“) auf einschlägigen Partys in den südlichen Landesteilen Sachsens (z.B. Vogtland, Dresden) ähnlich oder sogar weiter verbreitet als Ecstasy. Cannabis ist in der Untersuchungspopulation die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Insgesamt jedoch lassen die im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse die Annahme zu, dass der Konsum von Cannabis, von (Meth-)Amphetaminen, Halluzinogenen und Kokain nicht nur in den Städten Sachsens, sondern auch in spezifischen Jugendszenen ländlicher Regionen des Freistaats vergleichsweise weit verbreitet ist.

Jene Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die außer Haschisch oder Marihuana **keine** anderen illegalen Substanzen zu sich nehmen, haben dabei eine im Durchschnitt signifikant geringere Konsumfrequenz als Personen, die (auch) Ecstasy und Amphetamine konsumieren. Vergleichsweise viele Konsumenten von Partydrogen weisen (zusätzlich) einen **täglichen** Konsum von Cannabis auf.

Die regional (wie national) vergleichsweise hohe Konsumprävalenz jugendtypischer Drogen stellt eine Vielzahl gesellschaftlicher Institutionen vor eine große Herausforderung. Schulen, Ausbildungsbetriebe, Freizeitstätten und Einrichtungen der Jugendhilfe sind mit dem Substanzkonsum Jugendlicher befasst. Zwischen etablierten Maßnahmen der Primärprävention einerseits und der traditionellen Suchthilfe andererseits haben sich erst in den letzten Jahren Konzepte und Aktivitäten der Sekundärprävention entwickelt. Obgleich die Sekundärprävention international auf eine längere Tradition zurückblickt (vgl. Schmidt, 2002), muss für den Freistaat Sachsen (wie für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt) ein quantitativ wie qualitativ erheblicher Entwicklungsbedarf konstatiert werden. Deshalb wird vor dem Hintergrund der Studienergebnisse **empfohlen, sekundärpräventive Maßnahmen sowohl in Ballungsgebieten als auch in ländlichen Regionen Sachsens auszubauen**. Hierzu können bspw. die Durchführung geeigneter medialer Kampagnen, der Aufbau einer geeigneten Internetplattform oder die Etablierung aufsuchender szenenaher Kontaktangebote gehören. Für eine effektivere Früherkennung und -behandlung ist u.a. auch die Weiterbildung der Ärzte bedeutsam. Für eine Konkretisierung und die Umsetzung sekundärpräventiver Maßnahmen ist in einem ersten Schritt der aktuelle Stand sekundärpräventiver Aktivitäten im Freistaat Sachsens zu erfassen, um dann gemeinsam mit Vertretern der Regionen eine landesweite Strategie zu erarbeiten.

Im Hinblick auf die Ziele, vor allem jedoch hinsichtlich der Methoden der Sekundärprävention des Drogenkonsums bestehen nach wie vor große konzeptionelle Unklarheiten. So muss beispielsweise bezweifelt werden, ob die bloße Weitergabe substanzspezifischer Informationen einen Einfluss auf Einstellungen und Verhaltensweisen von Drogenkonsumenten hat. Da die bislang durchgeführten Aktivitäten der Sekundärprävention, mit denen insbesondere jugendliche Drogenkonsumenten auf Partys angesprochen werden sollten, in der Regel nicht evaluiert wurden, liegen bislang noch keine Qualitätsstandards zur Sekundärprävention vor. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, **Maßnahmen der Sekundärprävention - gemeinsam mit den Einrichtungsmitarbeitern - fachlich weiter zu entwickeln, zu qualifizieren und zu evaluieren**.

Die nächste Schlussfolgerung aus den vorliegenden Ergebnissen betrifft die konzeptionelle Weiterentwicklung der **Drogenhilfe**: Wie die Teilstudie zeigt, findet nur ein kleiner Teil aller behandlungsbedürftigen Konsumenten von Cannabis und Partydrogen den Weg in die Suchtberatung. Dieser Umstand ist sicherlich auf ein Bündel von Ursachen zurückzuführen, die nur zum Teil „von außen“ zu beeinflussen sind. Drei Aspekte für die bestehende Unterversorgung sollen jedoch kurz skizziert werden: Zum einen gilt es, die Suchtberatungsstelle (und ihre Angebote) stärker in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken. Dabei sollte Öffentlichkeitsarbeit - mit Blick auf eine möglichst

frühe Intervention - insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene besser und gezielter ansprechen. Eng verknüpft mit diesem Gesichtspunkt ist die Frage nach der (vermeintlichen) Außenwahrnehmung bzw. dem „Image“ der Einrichtung. Suchtberatungsstellen, die aus der Perspektive der Zielgruppe den Charakter einer „Behörde“ oder einer „Kontaktstelle für Alkoholranke bzw. für Heroinabhängige“ haben, stellen für Cannabisabhängige (oder Konsumenten von Partydrogen) oft eine zu große (Zugangs-)Schwelle dar. Möglicherweise verbindet sich hierbei die Ambivalenz hinsichtlich des eigenen Suchtverhaltens und des Hilfebedarfs mit dem Gefühl der mangelnden „Passung“. Dies kann nur überwunden werden, wenn das Beratungs- bzw. Hilfeangebot in seiner Außerdarstellung die Lebenswelt der Zielgruppe berücksichtigt. Ein gutes Beispiel hierfür stellt das Kontaktangebot „drugstore“ von den in Leipzig ansässigen „drugscouts“ (Suchthilfzentrum Leipzig e.V.; www.drugscouts.de) dar.

Der dritte (beeinflussbare) Grund für die vergleichsweise schwache Inanspruchnahme der Suchtberatung durch (abhängige) Konsumenten von Cannabis und Partydrogen liegt (möglicherweise) an den Inhalten und der Struktur der Angebote. Die klassische Suchtberatung, suchtmittelübergreifende Angebote und die traditionelle Komm-Struktur der Beratungsstelle sind nur eingeschränkt geeignet, die Zielgruppe der Cannabis- und Partydrogenkonsumenten mit problematischen Konsummustern zu erreichen. Wie gezeigt werden konnte, ist die Inanspruchnahme der Drogenberatung durch Cannabis- und Partydrogenkonsumenten dort höher, wo eine zielgruppenspezifische Ansprache erfolgt, ein niedrighschwelliger Arbeitsansatz umgesetzt sowie (sekundär- und tertiär-)präventive Angebote vorhanden sind (Tabelle 26; s. z.B. die Praxis der Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden). Dies macht deutlich, dass **spezifische zielgruppennahe Kommunikations- und Beratungsangebote für Konsumenten von Cannabis und Partydrogen zu konzipieren sind**. In einem ersten Schritt könnten in diesem Zusammenhang beispielsweise die (bislang wenig zahlreichen) institutionellen Erfahrungen innerhalb des Freistaates Sachsen und anderer Bundesländer genutzt werden (Berlin, Hamburg etc.), um dann in weiteren Schritten spezifische Angebote zu konzipieren, aufzubauen und zu evaluieren.

Betrachtet man die Gruppe der untersuchten **Heroinkonsumenten** so lassen sich sowohl im Hinblick auf das Konsumverhalten als auch bezüglich des Hilfebedarfs einige zentrale Aspekte hervorheben: Von den in Sachsen befragten 130 aktuellen Heroinkonsumenten nehmen vergleichsweise viele zusätzlich auch Kokain (55 %), Ecstasy (27 %) und/oder Crystal (26 %) zu sich. Weniger als ein Drittel befindet sich in einer Substitutionsbehandlung. Dies ist im bundesweiten Vergleich eine eher kleine Substitutionsquote (vgl. Bühringer et al., 1997). 48 % der untersuchten 130 Heroinkonsumenten nahmen Benzodiazepine, insbesondere Flunitrazepam zu sich, was zum einen als ein Indikator für eine aktuell problematische Verschreibungspraxis gewertet werden muss. Zum anderen geht der Gebrauch von Benzodiazepinen aber auch auf ein „Fehlverhalten“ der Drogenkonsumenten zurück. Z.B. weisen mehr als die Hälfte aller regelmäßig Methadonsubstituierten der Untersuchungsstichprobe (elf von 21 Personen) einen zusätzlichen Gebrauch von Benzodiazepinen und zwei Drittel (14 von 21) einen Beikonsum von Heroin auf. **Angesichts dieser Situation wird angeregt, die Substitutionspraxis im Freistaat Sachsen im Hinblick auf Bedarf und Qualität (Umsetzung fachlicher Standards) zu überprüfen.**

Hinsichtlich des **Hilfebedarfs** von Heroinkonsumenten ist zuerst einmal zu berücksichtigen, dass fast alle Befragten sich selbst als heroinabhängig einschätzen; daneben fühlt sich etwa jeder Zweite von Kokain abhängig.

Neben der Substanzabhängigkeit geben die Angaben zu den (chronischen) gesundheitlichen Problemen und zu vorliegenden Infektionskrankheiten (60 % der befragten He-

roinkonsumenten leiden unter Hepatitis) weitere Hinweise auf den spezifischen Hilfebedarf dieser Konsumentengruppe.

Die analysierten 130 Heroinkonsumenten sind deutlich stärker in das System sucht-spezifischer Hilfen eingebunden als Konsumenten anderer Drogen. So standen etwa drei Viertel dieser Untersuchungsgruppe (72 %) im Kontakt zu Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten oder Streetworkern. In Leipzig nutzten sogar 93 % der befragten Heroinabhängigen sucht-spezifische Dienste.

Eine vergleichsweise niedrige Inanspruchnahme konnte für die Entwöhnungsbehandlung (17 %), Betreutes Wohnen (rd. 10 %) und Hilfen für Mädchen bzw. Frauen (ca. 7 %) festgestellt werden. Mit Blick auf diese Befunde stellt sich die Frage, ob sich darin der tatsächliche Hilfebedarf von Heroinabhängigen oder aber die gegebene (unzureichende) Angebotssituation niederschlägt.

Insgesamt betrachtet scheint es hier geboten, die gute Inanspruchnahme bestimmter Angebote für Heroinabhängige zu festigen, die Nutzung anderer Dienste weiter zu verbessern und neue bedarfsgerechte Angebote für Heroinabhängige zu entwickeln.

6.2 Analyse von sechs ausgewählten Hilfeangeboten

Mit der zweiten Teilstudie war vor allem das Ziel verbunden, für die vom Auftraggeber ausgewählten Hilfeeinrichtungen wesentliche Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen und die Einrichtungen hinsichtlich der Umsetzung fachlicher Standards einzuschätzen. Dies war u.a. deshalb schwierig, da nicht in allen Einrichtungen auf differenzierte (Patienten-/Klientendaten) zurückgegriffen werden konnte.

Nachfolgend werden - differenziert nach den drei Einrichtungstypen - wesentliche Ergebnisse dargestellt:

Suchtberatungs- und Behandlungsstelle ALTERNATIVE

Die Angebote und Interventionen der ALTERNATIVE I und II zielen u.a. auf die Sicherung des Überlebens der Klientel, auf die Reduzierung der Drogenmenge und des Beikonsums sowie die Verlängerung der drogenfreien Perioden bzw. eine dauerhafte Abstinenz. Während im Angebotsbereich der ALTERNATIVE I ein akzeptierender und niedrigschwelliger Arbeitsansatz verfolgt wird, sind die Angebote der ALTERNATIVE II abstinenzorientiert ausgerichtet. Eine enge Verzahnung der beiden Angebotsbereiche soll u.a. den Übergang von suchtbegleitenden zu ausstiegsorientierten Hilfen unterstützen. Beide Bereiche zielen auf drogenabhängige Personen sowie deren Angehörige bzw. Bezugspersonen.

Sowohl die Auswertung der Klientendokumentation als auch der Suchtbericht der Stadt Leipzig zeigen, dass die Angebote der ALTERNATIVE I und II durch eine hohe Anzahl opiatabhängiger Personen genutzt werden. Dass die Einrichtung zu hohen Anteilen direkt - ohne (institutionelle) Vermittlung - in Anspruch genommen wird, zeigt den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Angebote bei der Zielgruppe (vgl. hierzu auch die Ergebnisse der Teilstudie 1). Die ALTERNATIVE vermittelt ihre Klienten vor allem in psychiatrische Regelbehandlungen bzw. Entzugsbehandlungen und zu niedergelassenen Ärzten, nur selten hingegen in stationäre Entwöhnungseinrichtungen bzw. Substitutionsbehandlungen. Künftig sollten deshalb die (fallbezogene) Zusam-

menarbeit mit den beiden Entwöhnungsangeboten im Freistaat intensiviert und ggf. durch Kooperationsvereinbarungen abgesichert werden. Die aktuell durchgeführten Maßnahmen zu Dokumentation und Qualitätssicherung entsprechen weitgehend dem Stand der Fachdiskussion. Gleichwohl könnten u.a. die kontinuierliche EDV-gestützte Erhebung von Leistungsdaten sowie eine Erfassung der Wirksamkeit der Hilfen (zur Messung der Ergebnisqualität) weiter entwickelt werden.

Außerdem sollte die individuelle bzw. fallbezogene Hilfeplanung intensiviert werden, um sowohl die beiden Angebotsbereiche der ALTERNATIVE I und II (noch) stärker zu verzahnen als auch die fallbezogene Vernetzung zu verbessern.

Stationäre (psychiatrische) Regelbehandlung

In den drei (Drogenentgiftungs- bzw. Therapie-)Stationen stehen insgesamt 48 stationäre Plätze zur Verfügung. Die Anzahl der - pro Region - zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze entspricht - nach Ansicht der Einrichtungen - weitgehend dem Bedarf. Gleichwohl weisen die Versorgungsbeteiligten darauf hin, dass Änderungen in der Substitutionspraxis Auswirkungen auf die Nachfrage bzw. vorhandene psychiatrische Kapazitäten haben könnten. Die Patienten können i.d.R. ohne Wartezeit aufgenommen werden. Demgegenüber stellt sich die räumliche Situation unterschiedlich dar: Während die Therapiestation in Leipzig seit Anfang 2002 Räumlichkeiten in einem Klinikneubau nutzt, stehen den beiden anderen Angeboten lediglich (teil-)renovierte Räume zur Verfügung. Die räumlichen Voraussetzungen in Schkeuditz und Arnsdorf entsprechen (derzeit) nicht den gängigen Standards. Durch die Angebote in Leipzig und Arnsdorf wird die konzeptionell vorgesehene Zielgruppe erreicht: Jugendliche Drogenabhängige, bei denen neben dem Konsum illegaler Drogen noch weitere psychische Störungen festzustellen sind.

Das Leistungsspektrum der befragten Einrichtungen kann als weitgehend dem fachlichen Standard entsprechend eingestuft werden, eine integrative Behandlung der somatischen und psychischen sowie sozialen Aspekte der Erkrankung der Klientel wird umgesetzt.

Hinsichtlich des Zugangs zu den Einrichtungen besteht - wenn auch bezogen auf die drei Stationen in unterschiedlichem Ausmaß - Entwicklungsbedarf in Richtung Kooperation und Vernetzung (mit Angeboten der Drogen- und Jugendhilfe).

Nach Beendigung des Aufenthalts wird ein Teil der Patienten in Anschlussmaßnahmen vermittelt, wobei Sucht- und Drogenberatungsstellen, Übernachtungseinrichtungen bzw. (Betreute) Wohnprojekte sowie stationäre Therapieeinrichtungen den Schwerpunkt bilden. Aus Sicht der Einrichtungen fehlen insbesondere (altersadäquate) Nachsorgeangebote sowie in Arnsdorf (offene) Entzugsplätze für minderjährige Drogenkonsumenten.

Im Rahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung nutzen die Mitarbeiter der Stationen Supervision und Fortbildung. Soweit aus den zur Verfügung gestellten Unterlagen und Daten ersichtlich, verfügt keine der befragten Stationen über ein systematisches Qualitätsmanagement, Entwicklungsbedarf besteht u.a. bei der EDV-gestützten Dokumentation von Patientendaten, aber auch bei den Leistungs- und Ergebnisdaten.

Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

Basierend auf dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft wird die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung in der „Alten Flugschule“ durch einen handlungsorientierten Therapieansatz und in der Drogenklinik Moritzburg durch einen psychoanalytisch-interaktionell orientierten Therapieansatz akzentuiert.

Den Klienten steht in beiden Entwöhnungseinrichtungen ein breites Leistungsspektrum zur Verfügung. Es werden u.a. psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen, Angebote der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Freizeitgestaltung sowie sozialarbeiterische Hilfestellungen vorgehalten. Das von den Einrichtungen realisierte Angebotsspektrum kann als typisch für die Rehabilitation Drogenabhängiger beschrieben werden. Gleichwohl sollten die Einrichtungen ihre Angebote weiter entwickeln: Beispielsweise sollten die jungen Klienten während der Rehabilitation beschult werden (können).

Die (Raum-)Ausstattung beider Einrichtungen - es stehen i.d.R. Zweibettzimmer für die Klienten sowie zahlreiche Funktions- und Aufenthaltsräume zur Verfügung - bietet gute Voraussetzungen zur Umsetzung des therapeutischen Angebots. Auf dem jeweiligen Einrichtungsgelände sind außerdem weitere Möglichkeiten zur Erweiterung der Angebote vorhanden. Für die stationäre medizinische Rehabilitation stehen insgesamt 64 Behandlungsplätze zur Verfügung. Diese Kapazitäten können - auf Basis der vorliegenden Daten - als bedarfsgerecht eingestuft werden. Da keine Wartezeiten bestehen, können die Klienten i.d.R. unmittelbar aus der psychiatrischen Regelbehandlung bzw. Entwzugsbehandlung in das Entwöhnungsangebot aufgenommen werden.

Sowohl bei der Aufnahme in die Entwöhnungseinrichtung als auch nach Abschluss der Behandlung sind Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen - fallbezogen - wichtige Kooperationspartner. Die (teilweise) gute Zusammenarbeit sollte weiterhin „gepflegt“ werden. Zu einigen ambulanten Beratungsangeboten sollten die Kontakte ausgebaut bzw. intensiviert werden.

Die Situation nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung ist für viele Klienten unklar. Zwar werden viele Klienten an eine bzw. „ihre“ Sucht- bzw. Drogenberatungsstelle vermittelt, die Inanspruchnahme eines Adaptions- bzw. Nachsorgeangebots oder eines ambulant Betreuten Wohnangebots ist jedoch oft nicht zu realisieren, da entsprechende Angebote nicht in ausreichender Zahl bzw. Qualität zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung werden sowohl externe Teamsupervision als auch Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt, um zur (notwendigen) (Nach-)Qualifizierung der Mitarbeiter beizutragen. Eine systematische EDV-gestützte Erfassung von Klienten- sowie Leistungs- und Ergebnisdaten fehlt weitgehend, stellt aber eine wichtige Voraussetzung für eine systematische Weiterentwicklung der Behandlung dar.

Aus der Analyse der Entwöhnungseinrichtungen leiten sich folgende Verbesserungsvorschläge ab:

(Weiter-)Entwicklung der Dokumentationsstandards

Für eine einheitliche und vergleichbare Dokumentation der Entwöhnungseinrichtungen sollte schrittweise die regelhafte Dokumentation der Einrichtungs-, Leistungs- und Patientendaten implementiert werden. Als Grundlage hierfür können die Kerndatensätze (Klienten- und Strukturdaten) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

dienen (DHS, 2000). Folgende Item-Bereiche sollten routinemäßig EDV-gestützt erfasst werden:

- ❑ Verwaltungsdaten/Zugangsbedingungen
- ❑ Vorerfahrungen/Vorgeschichte
- ❑ soziodemographische Angaben
- ❑ Diagnosen Sucht u.a. nach ICD-10
- ❑ psychiatrische bzw. neurologische Diagnosen
- ❑ Art der Betreuung
- ❑ ergänzende Betreuung
- ❑ Entlassdatum
- ❑ Art der Beendigung
- ❑ Weitervermittlung/Verlegung
- ❑ Beschreibung der Situation bei Betreuungsende (u.a. Konsum, berufliche Integration, Partnerbeziehung, überwiegende Wohnsituation).

Diese Kerndaten können - orientiert an spezifischen Erfordernissen der Einrichtung oder weiteren Zielsetzungen - ergänzt werden. Im Bereich der Leistungsdaten sollten bereits bestehende Ansätze weiterentwickelt werden.

Durchführung von Patientennachbefragungen

Als ein weiterer Bestandteil einer systematischen Qualitätsentwicklung ist die Nachbefragung von Patienten zu nennen. Im Mittelpunkt steht die Erfassung der Wirksamkeit der Behandlung nach Beendigung des stationären Aufenthalts. Neben Fragen zu aktueller Lebenssituation und Sozialbeziehungen, zu Erwerbs- und Einkommenssituation, zur körperlichen und psychischen Verfassung, zum Suchtmittelkonsum bzw. zu Abstinenzzeiten und Vorerfahrungen bzw. Vorbehandlungen sollten Aspekte der Zufriedenheit der Patienten sowie die Bewertung des Behandlungsprogramms - im Lichte nachstationärer Erfahrung - berücksichtigt werden. Neben den Patienten, die die stationäre Behandlung regulär beendet haben, sollten auch die „Therapieabbrecher“ im Rahmen der Nachbefragung befragt werden, um ggf. die Hinweise auf den vorzeitigen Abbruch der stationären Entwöhnungsbehandlung zu erhalten. Ziel der Einrichtungen sollte es sein, die Nachbefragung als Teil des Behandlungsprogramms zu implementieren.

6.3 Weitere studienübergreifende Empfehlungen

Aus den beiden Teilstudien, aber auch aus den Gesprächen mit den Einrichtungsmitarbeitern sowie den Diskussionen im Beirat ergeben sich neben den bereits dargestellten Empfehlungen folgende weitere Handlungsvorschläge.

Substitutionsbehandlung

Aus beiden Teilstudien ergeben sich (deutliche) Hinweise dafür, dass die **Substitutionsbehandlung** (vor allem in Leipzig) bedarfsgerecht ausgebaut werden sollte. Dabei

sollte das Zusammenwirken ärztlicher Betreuung, psychosozialer Begleitung sowie weiterer Hilfen (der Suchtkrankenhilfe) die gemeinsame Basis darstellen. Zugleich sollte mit Blick auf die derzeit praktizierte Substitutionsbehandlung sichergestellt werden, dass die verschiedenenorts dafür entwickelten (Qualitäts-)Standards berücksichtigt und umgesetzt werden. Beispielsweise erscheint die Anbindung der psychosozialen Begleitung an eine Suchtberatungs- und -behandlungsstelle (SBB) notwendig, um fachliche Standards einzuhalten und eine sachgerechte Verknüpfung der unterschiedlichen Hilfeangebote zu gewährleisten (vgl. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2003b).

Behandlung/Betreuung von Patienten mit Doppeldiagnosen

Wie die Bestandsaufnahme gezeigt hat, ist für einen Teil der betreuten Patienten mit **Doppeldiagnose** eine angemessene Versorgung schwierig. Soll für diese teilweise sehr junge Patientengruppe eine Versorgung in Sachsen realisiert werden, ist ein bedarfsgerechter Aufbau eines entsprechenden Angebots notwendig.

Adaption/Nachsorge

Für einen Gutteil der Klienten scheint nach Beendigung einer stationären Entwöhnungsbehandlung eine anschließende **Adaptionsphase** oder ein **Nachsorgeangebot** (z.B. Clean-Wohnen) hilfreich zu sein, um den Behandlungserfolg zu festigen bzw. die Chancen der sozialen Reintegration für die Klienten zu erhöhen. Adaptions- bzw. Nachsorgeangebote stehen in Sachsen nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung. Diese Angebotsbestandteile sollten bedarfsorientiert entwickelt und aufgebaut werden, regionale Nachsorgekonzepte - besonders für Jugendliche - könnten die Umsetzung unterstützen.

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte

Vor dem Hintergrund einer deutlichen Verschlechterung der (Re-)Integrationsbedingungen von Personen mit substanzbezogenen Störungen in den Arbeitsmarkt sind (auf kommunaler und regionaler) Ebene Initiativen erforderlich, bestehende Maßnahmen und Hilfen im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung im Hinblick auf Drogenabhängige auszugestalten bzw. **Arbeits- und Beschäftigungsprojekte** speziell für diese Zielgruppe zu schaffen.

Verbesserung von Früherkennung und -intervention sowie der Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bei niedergelassenen Ärzten und im medizinischen Hilfesystem (z.B. Krankenhaus)

Die Angebote und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erreichen nicht nur in Sachsen lediglich einen Teil der Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken. Die Mehrzahl dieses Personenkreises wird von niedergelassenen Ärzten bzw. während eines Krankenhausaufenthalts erreicht, allerdings ohne i.d.R. auf den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von illegalen Drogen angesprochen bzw. behandelt zu werden. Die Verbesserung der Hilfen für Drogenkranke und -gefährdete im Rahmen der medizinischen Versorgungsangebote ist u.a. deshalb dringend geboten, weil hier oft Verhaltensänderungen mit vergleichsweise geringem Aufwand erreicht werden können. Die Chancen zur **Früherkennung und -intervention**, aber auch zur oft erstmaligen Behand-

lung einer bereits (seit langem) bestehenden und noch unbehandelten Suchterkrankung sind unbedingt zu nutzen. Beispielsweise könnten bei niedergelassenen Ärzten (Früh-)Erkennung und Intervention durch Interventionsformen mit kurzer Dauer (z.B. Ratschläge, Kurzberatung) verbessert werden.

Neben der Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhäusern ist vor allem die suchtmmedizinische Qualifizierung, insbesondere der niedergelassenen Ärzte, in Angriff zu nehmen. Darüber hinaus müssen suchtspezifische Hilfen in Krankenhäusern implementiert werden. Zur Umsetzung dieser Vorschläge bedarf es neben der Mitwirkungsbereitschaft der Ärzte und Krankenhausträger auch der Bereitschaft der Krankenkassen, die dazu notwendigen Maßnahmen zu unterstützen.

Verzahnung von Jugend- und Drogenhilfe

Besonders beim Umgang mit suchtgefährdeten und suchtkranken Kindern und Jugendlichen kommt der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Drogenhilfe eine besondere Bedeutung zu. Jugendliche Konsumenten illegaler Drogen haben häufig eine Vielzahl von Problemen. Doch die vorrangig zuständigen Systeme der Drogen- und Jugendhilfe mit ihren jeweiligen Einrichtungen und Angeboten können die Anforderungen nur zum Teil erfüllen. Es gilt (zukünftig), die Schnittstelle „Jugend- und Drogenhilfe“ (weiter) zu „gestalten“ und u.a. die Inhalte und Formen einer Kooperation zu entwickeln. Die Vereinbarung von Kooperationsstrukturen zwischen den verschiedenen Einrichtungen bzw. Trägern der Jugend- und Drogenhilfe sollte regional erfolgen. Grundlagen sind - neben der Kenntnis des jeweiligen Hilfesystems - die Bestimmung des Bedarfs an Hilfen sowie die konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebote. Dabei sollte auch die Organisation des fachlichen Austauschs gewährleistet werden.

Entwicklung einer fallbezogenen Hilfeplanung/Case Management

Der Hilfebedarf von Menschen mit substanzbezogenen Störungen besteht häufig in mehreren Lebensbereichen. Bereits bisher war es vor allem Aufgabe der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, die jeweils notwendigen Hilfebedarfe festzustellen und Hilfestellung bei der Erschließung von Hilfen zu geben. Dabei ist diese oft an vorhandenen Angebotsstrukturen im Bereich der Suchtkrankenhilfe orientiert, die wesentlich durch stationäre Angebote (psychiatrische Regelbehandlung bzw. Entzugsbehandlung sowie Rehabilitation) geprägt sind. Darüber hinaus sind bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen die Veränderungsbereitschaft und Mitwirkungsfähigkeit (u.a. durch Rückfälle) instabil, was oft zu diskontinuierlichen Betreuungsverläufen führt. Wenig entwickelt ist bisher eine Hilfeebringung, die u.a.

- die persönlichen Ressourcen und die soziale Unterstützung systematisch erfasst,
- Ziele (kleinschrittig) festlegt und deren (zeitliche) Umsetzung kontrolliert,
- Hilfebedarfe in allen zentralen Lebensbereichen (z.B. Wohnen, Kontakt, Arbeit) bestimmt,
- medizinische und soziale Hilfen vor Ort erschließt und
- die Hilfeebringung personenbezogen koordiniert.

Eine solches Vorgehen erfordert den Einsatz von geeigneten Hilfeplaninstrumenten und Planungsroutinen (Hilfeplanabsprachen, -konferenzen). Darüber hinaus müssen Zuständigkeiten, z.B. für die Betreuung, verbindlich geklärt werden. Schließlich ist eine personenbezogene Hilfeplanung nur unter Beteiligung der jeweils Betroffenen möglich.

Die Weiterentwicklung sozialarbeiterischer Einzelfallhilfe in Beratungsstellen zu einem Case Management mit einer systematischen Hilfeplanung betont den zentralen Stellenwert der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen.

Personenbezogene Hilfeplanung und -durchführung setzen **fallbezogen** eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbeteiligten (z.B. niedergelassener Arzt, Mitarbeiter der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, Sachbearbeiter des Jugend-, Sozial- und Arbeitsamts) voraus. Die oft bereits bestehenden (persönlichen) Kooperationsbeziehungen müssen zur Sicherung einer systematischen Hilfeerbringung zu **verbindlichen Kooperationsvereinbarungen** weiterentwickelt werden. Eine Vernetzung der Hilfen ist (in einem ersten Schritt) insbesondere zwischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen und niedergelassenen Ärzten bzw. Krankenhäusern (Musterkooperationsverträge) sowie zwischen Beratungsstellen und kommunalen Ämtern und Diensten anzustreben.

Evaluation, Dokumentation und Qualitätsmanagement

Grundsätzlich müssen alle präventiven und kurativen suchtspezifischen Maßnahmen effektiv und effizient durchgeführt werden. Gerade aber im Hinblick auf die Etablierung neuerer Ansätze der Sekundärprävention und der Entwicklung hierfür tragfähiger fachlicher Standards sollte eine systematische Evaluation von Projekten und Angeboten in Betracht gezogen werden.

Die einrichtungsbezogene Dokumentation von Daten (Klienten- bzw. Patienten-, Leistungs- und Ergebnismerkmale) ist - wie die Analyse der ausgewählten Einrichtungen zeigt - verbesserungsbedürftig. Entwicklungsbedarfe bestehen vor allem hinsichtlich der Vereinheitlichung der Datenbasis, der Verarbeitungs-, Auswertungs- und Interpretationsroutinen. Insgesamt fehlt ein abgestimmtes, einheitliches und verbindliches Vorgehen zur Patienten-, Leistungs- und Ergebnisdokumentation im Sinne eines regelhaften Monitorings.

Vor diesem Hintergrund sollte ein Gesamtkonzept „Dokumentation und Monitoring“ für die Hilfen für Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken erstellt werden. Die Anforderungen an Dokumentation und Berichterstattung lassen sich übergreifend nach folgenden Ebenen unterscheiden:

- ❑ **Einrichtungsebene**, auf der die Ergebnisse der Dokumentation u.a. zum Beleg der Fachlichkeit und zur Qualitätssicherung dienen sollen,
- ❑ kommunale bzw. landesweite **Steuerungsebene**, auf der chronologische Dokumentation und Berichterstattung Hinweise liefern zur ggf. notwendigen Anpassung der Versorgung an veränderte Bedarfe und zur mittel- und langfristigen Planung.

Mit Blick auf Planung und Steuerung der Hilfen muss ein Gesamtkonzept u.a. folgende Elemente umfassen:

- ❑ eine möglichst zwischen den Versorgungsbeteiligten abgestimmte Zieldefinition für die regionale oder überregionale Versorgung, auf die hin die Daten interpretiert werden können,

- ❑ aussagefähige Indikatoren (z.B. Platzzahlen, Personalstellen, Klienten- und Leistungsstruktur), die wichtige Veränderungen abbilden und Hinweise auf Handlungsbedarfe geben können,
- ❑ einheitliche, abgestimmte Kataloge zur Erhebung von Einrichtungs-, Klienten- und Leistungsdaten,
- ❑ Verfahren, Routinen und Absprachen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -interpretation,
- ❑ Festlegung von (adäquaten) Mitteln zur Steuerung der Hilfen (z.B. Förderrichtlinien, Mittelvergabe).

Zur Umsetzung eines solchen Gesamtkonzepts sind schrittweise die regelhafte Dokumentation von Nutzer-, Leistungs- und Einrichtungsdaten zu implementieren. Als Grundlage hierfür können die Kerndatensätze (Klienten- und Strukturdaten) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen bzw. der erweiterte Datensatz der EBIS-AG dienen. Im Bereich der Leistungsdaten sollten bereits bestehende Grundlagen weiterentwickelt und mit den bundesweiten Entwicklungen verknüpft werden. Als ein weiterer Bestandteil sollten Nutzer- und katamnestische Befragungen in das Gesamtkonzept aufgenommen werden.

7 LITERATUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)*, Washington, DC.
- Andrucci, G.L., Archer, R.P. & Pancoast, D.L. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53 (2), 253-266.
- Arm, H. (2001). Rauschgiftlage 2000. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2002* (S. 77-90), Geesthacht: Neuland.
- Ayer, S., Gmel, G. & Schmid, H. (1997). Ecstasy und Techno - Eine Befragung in der französisch-sprachigen Schweiz. *Sucht*, 3, 182-190.
- Baumgärtner, Th. (1998). *Kiffen, Koksen und Klausuren - über den studentischen Umgang mit legalen und illegalen Drogen in Ostdeutschland*. Leipziger Universitätsverlag: Leipzig.
- Bendel, Th., Hoeffmann, H., Niemann, M., Redel, N., Veit, S. & Wonka, A. (2002). *Repräsentativstudie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher*. Potsdam.
- Bentler, P. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood: structural models with nonnormal variables. *Child Development*, 58, 65-79.
- Berger, H., Reuband, K.H. & Widlitzek, U. (1980). *Wege in die Heroinabhängigkeit: Zur Entwicklung abweichender Karrieren*. München: R.v. Decker & C.F. Müller.
- Bossong, H. (2000). Elemente und Modelle einer systematischen Versorgung: Hilfeverbände und Therapienetze. In A. Uchtenhaben & W. Ziegelgänsberger (Hrsg.): *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 448 - 475). München: Urban u. Fischer.
- Braucht, G.N., Kirby, M.W. & Berry, G.J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1463-1475.
- Bühringer, G., Adeldberger, F., Heinemann, A., Kirschner, J., Krauß, I., Kraus, L., Püschel, K. & Simon, R. (1997). Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. *Sucht* 43 (Sonderheft 2). 78-143.
- Bühringer, G., Augustin, R. & Bergmann, E. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2000*. online verfügbar: <http://www.bzga.de/studien/daten/stud.html> [11.10.2002]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (2002). *Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand*. Köln.
- Caplan, C. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Book.
- Dewald, M. (2003). Rauschgiftlage 2001. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland.
- DHS (1999). *Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke*, Hamm.

- DHS (2000). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Erstellt von Roland Simon und Tim Pfeiffer (IFT, Institut für Therapieforchung) unter Verwendung von bereits publizierten Texten von Mitarbeitern des IFT (u.a. Strobl & Türk, 2000), der Statistik-AG der DHS und der EBIS-AG. Hamm.
- DHS (2001). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe*, Positionspapier 2001, Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/2000, Hamm.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (2. Aufl.). Bern: Huber
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1999). *Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) (2. korrigierte und ergänzte Aufl.)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Erster Sächsischer Landesplan zur primären Suchtprävention. (2001). Dresden.
- FDR (1997). *Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe - Schwerpunkt Drogenhilfe*. Geesthacht: Neuland.
- Feuerlein, W. (1979). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Freitag, M. (1999). Suchtprävention am Beispiel von Ecstasy und Partydrogen. In M. Freitag. & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter* (S. 81-119). Weinheim: Juventa.
- Freitag, M. (2001). Auf dem Weg zu einer Positivliste. *AJS Informationen*, Heft 1, Stuttgart, Aktion Jugendschutz. Landesarbeitsstelle Baden Württemberg. 20-33
- Gastpar, M. (2000). Einschränkung von Beigebrauch als Therapieziel: Substitutionssubstanzen im Vergleich. In C. Jellinek, B. Westermann. & G.U. Bellmann (Hrsg.), *Beigebrauch: Offene Grenzen der Substitution* (S. 51 - 56). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Gölz, J. (1995). *Der drogenabhängige Patient*. München: Urban&Schwarzenberg.
- Goodstadt, M.S.; Chan, G.C.; Sheppard, M.A. & Cleve, J.C. (1986). Factors associated with cannabis nonuse and cessation of use: Between and within survey replications and findings. *Addictive Behaviors*, 11 (3), 275-286.
- Görgen, W., Hartmann, R., Möller, I. & Oliva, H. (1996) *Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe - qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 81). Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Griffith, P., Gossop, M., Powis, P. & Strang, J. (1993). Reaching Hidden Populations of Drug Users by Privileged Access Interviewers: Methodological and Practical Issues. *Addiction*, 90, 607-614.
- Hammer T. & Vaglum, P. (1990). Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescence*, 13 (2), 129-142.
- Hammer, T. & Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction*, 85 (7), 899-909.
- Harten, R. (1996). Suchtvorbeugung in der Sackgasse. *Sucht*, 5, 365-372.
- Hartmann, R., Möller, I., Schu, M. & Schmid, R. (1994). *Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - Booster-Programm* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 35). Baden-Baden: Nomos-Verlag.

- Homann, B., Paul, B., Thielm G. & Warms, M. (2000). Drogenkonsum und Gesundheitsraumbedarf in der Hamburger „offenen Drogenszene“. *Sucht* 46, 129-136.
- Johnson, R.J. & Kaplan, H.B. (1990). Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 277-291.
- Kandel, D. & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol* 61, 367-378.
- Kandel, D.B. & Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (S. 211-253). Washington: American Psychological Association.
- Kandel, D. B. & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health* 74 (7), 660-666.
- Kemmesies, U. (1995). *Szenebefragung Frankfurt a.M. 1995. Die „Offene Drogenszene und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt a.M. - Ein erster Erfahrungsbericht.*
- Kemmesies, U.; Müller, O. & Wersé, B. (2002). *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main.* Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Centre für Drug Research.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). *Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken.* Weinheim: Juventa.
- Kleiber, D., Soellner, R. & Tossmann, H.P. (1996). *Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren.* Ergebnisbericht. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Klonoff, H. & Clark, C. (1976). Drug patterns in the chronic marijuana users. *The International Journal of the Addictions*, 11 (1), 71-80.
- Koch, W. (2000). *Jugend '99 in Sachsen - Auswertung einer repräsentativen Befragung Jugendlicher von 15 bis 27 Jahren im Freistaat Sachsen.* Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Kultur.
- Kosviner, A. & Hawks, D. (1977). Cannabis use amongst British university students: II. Patterns of use and attitudes to use. *British Journal of the Addictions*, 72, (1), 41-57.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). *Repräsentativbefragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000.* München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, *Sucht*, 47 Jg. Sonderheft 1.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1997). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997.* Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Kremer, G.; Wienberg, G.; Dormann, S.; Wessel, T. & Pörksen, N. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht*, 45 (2), 80-88.
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). *Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen.* Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 37). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Kuhlmann, Th. u.a. (1994). Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW, *Psychiat. Prax.* 21, 13-18.
- Kunze, H. & Kaltenbach, L. (Hrsg.) (1996). *Psychiatrie-Personalverordnung*; Stuttgart: Kohlhammer.
- Künzel, J.; Kröger, C.; Bühringer, G.; Tauscher, M. & Walden, K. (1997). *Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern* (IFT-Bericht Bd. 94). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Künzel, J., Kröger, Ch., Bühringer, G., Tauscher, M. & Walden, K. (1997). *Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern* (Ergebnisbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Labouvie, E.W. (1986). The coping function of adolescent alcohol and drug use. In Silbereisen, R.K, Eyferth, K. & Rudinger, G. (Eds.), *Development as action in context: Problem behavior and normal youth development* (S. 229 - 240). New York: Springer.
- Labouvie, E.W. (1990). Personality and alcohol and marijuana use: Patterns of convergence in young adulthood. *The International Journal of the Addictions*, 25 (3), 237-252.
- Landesarbeitsamt Sachsen (2002). *Eckwerte des Arbeitsmarktes. online verfügbar*: <http://www.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/sachsen/eckw140.pdf> [20.01.2003].
- Landeskriminalamt Sachsen (2002). Polizeiliche Kriminalstatistik 2001 - Jahresüberblick, *Landeskriminalblatt*, Sonderausgabe A/02, Dresden.
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (1997). *Bausteine zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe*. Stuttgart.
- Maddahian, E., Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (1985). Single and multiple patterns of adolescent substance use: longitudinal comparisons of four ethnic groups. *Journal of Drug Education*, 15 (4), 311-326.
- Mayer, J.E. & Ligman, J.D. (1989). Personality characteristics of adolescent marijuana users. *Adolescence*, 24 (96). 965-976.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood, *Addiction*, 95, 491-503.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and live-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (1987). Changes in drug use from high school to young adulthood: Effects of living arrangement and current life pursuit. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 8 (3), 221-246.
- Newcomb, M.D, Chou, C., Bentler, P.M. & Huba, G.J. (1988). Cognitive motivations for drug use among adolescents: Longitudinal tests of gender differences and predictors of change in drug use. *Journal of Conseilling Psychology*, 35 (4), 426-438.
- Noelle-Naumann, E. & Petersen, T. (2000). *Alle, nicht jeder: Einführung in die Methoden der Demoskopie*. Berlin: Springer.
- Oliva, H.; Görgen, W.; Schlanstedt, G.; Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 135). Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Pedersen, W. (1990). Adolescents initiating cannabis use: cultural opposition or poor mental health? *Journal of Adolescence*, 13, 327-339.

- Pedersen, W. (1991). Mental health, sensation seeking and drug use patterns: A longitudinal study: Corrigendum, *British Journal of Addiction*, 86 (8), 1037.
- Perkonigg, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94 (11), 1663-1678.
- Platz, Th. (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland - Zusatzbefragung Sachsen 1997/1998*. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie.
- Prinzleve, M. (2000). Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen. *Sucht*, 46, 318-326.
- Reuband, K.H. (1999). Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. In G. Albrecht (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme* (S. 319 - 336). Opladen: Westdeutscher.
- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poehlke, Th. & Wostein, J. (2002). AWMF - Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen. *Sucht*, 48 (4), 245-264.
- Rommelspacher, H. (1999). Cannabis. In M. Gastpar, H. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 217 - 220). Stuttgart: Thieme.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (5), 894-898
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2002). *Statistik der sächsischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen* (SBB). Dresden.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2003a). *Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen 2002*. Dresden.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2003b). *Sächsische Empfehlungen für die psychosoziale Begleitung substituierter Drogenabhängiger*. Dresden.
- Sächsisches Staatsministerium für Justiz (2002): Strafverfolgungsstatistik des Freistaats Sachsen. Dresden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band III; Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001.
- Scheerer, S. & Vogt, I. (Hrsg.) (1989). *Drogen und Drogenpolitik*. Frankfurt/Main: Campus.
- Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (1999). *Ambulante Suchthilfe in Hamburg: Statusbericht 1998 zur Hamburger Basisdokumentation im Ambulanten Suchthilfesystem*. Frankfurt a.M.: ISS-Pontifex.
- Schmidt, B. (2001). *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen: Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit*. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, B. (2002). Sekundärprävention bei konsumierenden Jugendlichen. *Sucht aktuell*, 1, 12-17.
- Schmidt, L.G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankten. In M. Gastpar (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 70 - 82). Stuttgart, New York: Thieme.
- Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourgh.

- Seitz, H. K., Lieber, Ch.S. & Simonowski, U.A. (Hrsg.) (1995). *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden*. Leipzig: Barth.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychosocial health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Sieber, M.F. & Angst, J. (1990). Alcohol, tobacco and cannabis: 12-year longitudinal associations with antecedent social context and personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 25 (3), 281-292.
- Silbereisen, R.K. & Reitzle, M. (1987). Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenzen und Drogengebrauch im Jugendalter. In H.P. Frey & K. Haußer (Hrsg.), *Identität* (S. 125 - 138). Stuttgart: Enke.
- Silva, M.T., Magalhaes, M.P., Barros, R.S., Almeida, S.P. et al. (1989). Patterns of marijuana smoking among Brazilian students. *Drug and Alcohol Dependence*, 23(2), 159-164.
- Simon, R., Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). *Suchtbericht Deutschland 1999*. Hohengehren: Schneider.
- Stadt Leipzig (2000). *Suchtbericht der Stadt Leipzig*. Leipzig: Dezernat V, Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Gesundheitsamt.
- Statistisches Bundesamt (2002). *Datenreport 2002: Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2003). *Räumliche Bevölkerungsbewegung 1990 - 2000*, online verfügbar: z.B. <http://www.statistik.sachsen.de/Index/42zeitr/unterseite42.htm>.
- Strobl, M. (1998-2001). *Jahresauswertung, EBIS-A, ambulante Suchtkrankenhilfe, Länderauswertung Sachsen*. München: Institut für Therapieforschung.
- Strobl, M., Pelzel, K.H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S.N. (2001). *Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland* (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2000 - 31.12.2000 (IFT-Berichte Bd. 125). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. & Reilly, D. (1998). Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area, *Addiction*, 93, 1149-1160.
- Swift, W., Hall, W. & Teesson, M. (2001). Characteristics of DSM-IV and ICD-10 cannabis dependence among Australian adults: results from a national survey of mental health and wellbeing. *Drug Alcohol Depend*, 63, 147-153.
- Sydow v., K. (2001). *Drogengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in München: Überblick über die Ergebnisse der EDSP*. In Landschaftsverband Westfalen Lippe (Hrsg.), BINAD-INFO 20 (S. 59-65). Münster.
- Thomasius, R. (1997). Ecstasy – MDMA. Aktueller Forschungsstand. In M. Rabes & W. Harm (Hrsg.), *Ecstasy. Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur* (S. 41 - 70). Reinbeck: Hamburg.
- Thomasius, R., Petersen, K.U., Andresen, B., Buchert, R., Obrocki, J. & Stuerenbu (2002). Auswirkungen des Ecstasykonsums auf Affekt und Kognition - Eine interdisziplinäre Studie zu Folgen und Langzeitschäden. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?* Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts (S. 157-161). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Tossmann, H.P. (1997). Ecstasy - Konsummuster, Konsumkontexte und Komplikationen. Ergebnisse der Ecstasy-Infoline. *Sucht*, 2, 121-129.
- Tossmann, H.P. (2000). Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum – Was ist das? In C. Jellinek, B. Westermann & G.U. Bellmann (Hrsg.), *Beigebrauch: Offene Grenzen der Substitution* (S. 141 - 152). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Tossmann, H.P., Boldt, S. & Tensil, M. (1999). *Drogenaffinität Jugendlicher in der Techno-Party-Szene Sachsen-Anhalts* (Ergebnisbericht). Berlin: SPI-Forschung.
- Tossmann, H.P., Boldt, S. & Tensil, M. (2001a). Ecstasy – Einbahnstrasse in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*: Band 14.
- Tossmann H.P., Boldt S. & Tensil M.D. (2001b). The Use of Drugs within the Techno Party Scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research* 7, 2-23.
- Tossmann, H. & Gantner, A. (1993). Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. *Sucht*, 4: 276-281.
- Tossmann, H.P. & Heckmann, W. (1997). *Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene*. Ergebnisbericht. Köln: BZgA.
- Tretter, F. (2000). *Suchtmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, F. & Erbas, B. (2002). *Ökonomie der psychoaktiven Substanzen, der Sucht und der Suchttherapie, Grundsatzpapier*. Unveröffentlichter Entwurf, München.
- Troisi, A., Pasini, A., Saracco, M. & Spalletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs, *Addiction*, 93, 487-492.
- Weber, I., Ulmer, A., Lang, A. & Zerdick, J. (2000). Erste Auswirkungen des 1998 novelierten Betäubungsmittelrechts im Bereich der medikamentengestützten Behandlung von Opiatabhängigen – Ergebnisse einer Ärztebefragung. *Gesundheitswesen*, 62, 21-24
- Wely, J.J.W.M. van (1989). Körperliche Wirkungen des Opiatkonsums. In S. Scheerer & I. Vogt (Hrsg.), *Drogen und Drogenpolitik*. Ein Handbuch (S. 299 - 312). Frankfurt a.M.: Campus.
- WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs (1964). *Thirteenth Report*. WHO Technical Report Series, 273.
- Winstock, A.R., Griffith, P. & Steward, D. (2001). Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 9-17.
- Wittchen, H.U. & Lieb, R. (2000). *Vulnerabilität- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Schlussbericht zum Forschungsvorhaben*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A. & Reed, V. (1996). Comorbidity of mental disorders and substance use disorders, *European Addiction Research*, 2 (1), 36-47.
- Yamaguchi, K. & Kandel, D.B. (1985). Dynamic relationships between premarital cohabitation and illicit drug use: an event-history analysis of role selection and role socialization, *American Sociological Review*, 50, 530-546.