

## Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am Mittwoch, 17.04.2013

### „Eigengebrauch von Cannabis wirksam entkriminalisieren – Nationale und internationale Drogenpolitik evaluieren“ – Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen – BT Drucksache 17/99 48

#### Präambel

Der Fachverband Sucht e.V. sieht weiterhin Handlungsbedarf hinsichtlich der Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes vom 09.03.1994 in dem es darauf hingewiesen hat, dass die einzelnen Bundesländer verpflichtet sind, für eine im wesentlichen einheitliche Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften hinsichtlich der geringen Menge von Drogen und deren Eigenbedarf zu sorgen.

Hinsichtlich der Konsumenten<sup>1)</sup> von Cannabis sollten die Grundsätze „Schadensminimierung“, „Hilfe vor Strafe“ und das „Opportunitätsprinzip“ in der Anwendung des Strafrechts im Vordergrund stehen. Letzteres besagt, dass die Polizei und Staatsanwaltschaft von der Verfolgung einer Straftat absehen können, wenn diese nicht verfolgungswürdig ist. Davon unberührt bleibt der Anbau, die Herstellung, der Handel, die Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, die sonstige in Inverkehrbringung, der Erwerb und Besitz ohne entsprechende amtliche Erlaubnis strafbar.

#### 1. Es gibt erhebliche Prävalenzunterschiede zwischen den verschiedenen europäischen Ländern hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Bevölkerung.

In Europa haben 80,5 Mio. Europäer im Alter von 15 – 64 Jahren (23,7%) mind. 1 mal (Lebenszeitprävalenz) Cannabis konsumiert, davon 23 Mio. (6,8%) in den letzten 12 Monaten und 12 Mio. (3,6%) in den letzten 30 Tagen (vgl. EBDD, Jahresbericht 2012). Bei den jungen Erwachsenen (15 – 34 Jahre) liegen die Anteile höher, so beträgt die Lebenszeitprävalenz 32,5 % (42,5 Mio.), der Konsum in den letzten 12 Monaten 12,4 % (16 Mio.) und in den letzten 30 Tagen 6,6 % (8,5 Mio.). Somit zeigt sich, dass der Konsum von Cannabis in Europa weit verbreitet ist, die Prävalenzwerte nehmen allerdings deutlich ab, je kleiner das Zeitfenster des letzten Konsums gesetzt wird.

Zudem gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Prävalenzwerten der einzelnen Länder, diese variieren bei der Lebenszeitprävalenz zwischen 1,6 % und 32,5 % (EBDD, Jahresbericht 212, S. 46). Länder mit der höchsten Prävalenz sind die Tschechische Republik, Frankreich, Spanien, Italien, die geringste Prävalenz weisen Rumänien, Griechenland, Polen, Schweden und Norwegen (bezogen auf die 30-Tage-Prävalenz) auf.

Deutschland liegt hinsichtlich des Konsums der 18 – 64-Jährigen beim europäischen Vergleich im Mittelfeld, 24,6% haben in ihrer Lebenszeit mind. 1 x Cannabis konsumiert, davon 4,8% im letzten Jahr und 2,4 % in den letzten 30 Tagen. 1,2 % der 18-64-Jährigen deutschen Bevölkerung (525.000 – 750.000 Personen) weisen mind. einen problematischen Cannabiskonsum, 0,4 % (etwa 220.000 Personen) eine Cannabisabhängigkeit auf (vgl. Epidemiologischer Suchtsurvey 2009).

1) Zur besseren Lesbarkeit des Textes benutzen wir die männliche Schreibweise.

Betrachtet man den Cannabiskonsum unter Schülern (ESPAD-Studie 2011, zitiert aus Jahresbericht 2012 der EBDD) so liegt die Lebenszeitprävalenz der 15 – 16-jährigen im europäischen Durchschnitt bei 20 %. Am höchsten sind die Raten in der Tschechischen Republik (42 %) und Frankreich (39%) gefolgt von der Slowakei, den Niederlanden, Spanien (> 25 %) sowie dem Vereinigten Königreich, Lettland, Estland, Bulgarien, Belgien und anderen (mit über 20 %). Deutschland liegt hier mit ca. 18 % unter dem europäischen Durchschnitt.

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht zieht folgenden Schluss aus den unterschiedlichen Mustern unter Schülern „Die ESPAD-Studie von 2011 zeigt, dass in Ländern, in denen es weniger Konsumenten gibt, der Cannabiskonsum von den Schülern generell als gefährlicher wahrgenommen wird, wobei sie in dieser Hinsicht allerdings klar zwischen experimentellen und regelmäßigen Konsum unterscheiden“. (EBDD, Jahresbericht 2012, S. 52)

## **2. Besonders problematisch ist der frühzeitige Beginn des Konsums sowie die Vulnerabilität eines Teils der Konsumenten mit intensivem Konsum.**

Des Weiteren weist die EBDD auf die besondere Problematik eines frühzeitigen Beginns des Cannabiskonsums mit der späteren Herausbildung von intensiveren und problematischeren Formen des Drogenkonsums hin und betont zudem, dass Cannabiskonsum mit zahlreichen akuten und chronischen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht werden kann. Zu den chronischen Auswirkungen des Cannabiskonsums zählen neben einer Abhängigkeit auch Atemwegserkrankungen.

Regelmäßiger und intensiver Konsum von Cannabis kann bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch zu psychischen Problemen führen: es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychotische Symptome und Störungen, die mit steigender Häufigkeit und Menge des Konsums zunehmen. (vgl. EBDD, Jahresbericht 2012, Seite 52, vgl. Thomasius, R. 2007). Darüber hinaus ist ein intensiver Cannabiskonsum auch häufig mit Teilhabeproblemen verbunden, so wird dadurch das Risiko für Schulversagen sowie für Schul- und Ausbildungsabbrüche im Jugendalter erhöht.

## **3. Die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsangeboten in Deutschland nimmt hinsichtlich cannabisbezogener Störungen zu.**

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik nimmt in Deutschland die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungseinrichtungen für Menschen mit cannabisbezogenen Störungen zu. Im Jahr 2005 betrug der Anteil von cannabisbezogenen Störungen im ambulanten Bereich 10,9 % (N = 16.945 in 749 Einrichtungen), im Jahr 2011 13,4 % (N = 20.594 in 778 Einrichtungen). Die Vergleichswerte in stationären Einrichtungen betragen 3,6 % im Jahr 2005 (N = 718) und 6,4 % im Jahr 2011 (N = 1.914). Hinzuweisen ist (vgl. IFT: Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik, München 2012), dass Klienten im Suchthilfebereich mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose auch häufig weitere Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 36 %, stationär: 84 %), Alkohol (ambulant: 27 %, stationär: 62%) sowie Amphetaminen (ambulant: 19 %, stationär 51%), Kokain (ambulant: 10%, stationär: 33 %) und MDMA (ambulant: 6 %, stationär 24%) aufweisen. Das Alter der in ambulanter Beratung und Behandlung befindlichen Klienten mit der Hauptdiagnose „Cannabis“ betrug im ambulanten Bereich 24,7 Jahre, im stationären Bereich 26,9 Jahre (2011). 33,7 % im ambulanten und 57,3 % im stationären Bereich waren zudem erwerbslos. 60,7 % der Klienten beendeten die ambulante Behandlung planmäßig, 62,8 % die stationäre Behandlung. Eine gerichtliche Auflage lag im ambulanten Bereich aufgrund des BtMG bei 20,8 % und ferner bei 8 % aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen vor, bei 71,2% bestand diese nicht. Im stationären Bereich betrug der Anteil 26,0 % mit BtMG Auflage, 7,5% mit anderer strafrechtlicher Grundlage und bei 66,4 % gab es keine gerichtliche Auflage (vgl. Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011, Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik). Laut Statistischen Bundesamt nimmt auch die stationäre Behandlung von Suchtproblemen in Krankenhäusern aufgrund der Hauptdiagnose „Cannabinoid“ von 2006 (5.932 Fälle) bis 2009 (7.251 Fälle) deutlich zu. Zudem wurden in den letzten Jahren erfolgsversprechende Ansätze der Frühintervention (z.B. FreD) und cannabisbezogene Interventionsansätze (z.B. INCANT, Realize it!, CANDIS, CANStop) für Jugendliche entwickelt, die als riskante Drogenkonsumenten erstmals auffällig geworden sind bzw. Hilfe suchen. Somit ist eine Ausweitung entsprechender Interventionen, welche dem Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ entsprechen und deren Wirkung belegt ist, in Deutschland erfolgt.

#### **4. Der Fachverband Sucht sieht einen deutlichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts von 1994.**

Der Fachverband Sucht tritt für einen umfassenden Gesundheitsschutz der Bevölkerung ein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass natürlich der Konsum von Alkohol und Zigaretten wie auch der Konsum illegaler Substanzen - und damit auch von Cannabis – mit gesundheitlichen Risiken behaftet ist und legale Suchtmittel im Zusammenhang mit substanzbezogenen Störungen in Deutschland von zentraler Bedeutung sind. Die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik „Prävention“, „Behandlung“, „Schadensminimierung“ und „Repression“ bilden die Grundlagen der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland. Diese Säulen beziehen sich sowohl auf legale wie illegale Suchtmittel, wobei unterschiedliche strafrechtliche Konsequenzen mit dem Konsum der unterschiedlichen Suchtmittel verbunden sind. Grundsätzlich hat es sich im Rahmen der Prävention bewährt, verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen im Sinne eines Policy Mix zu bündeln. In diesem Kontext sind auch Regelungen, welche die Verfügbarkeit von und die Zugänglichkeit zu Suchtmitteln beschränken, sinnvoll.

Hinsichtlich des Eigengebrauchs von Cannabis hat das Bundesverfassungsgericht am 09.03.1994 die Möglichkeit einer eingeschränkten Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes kleiner Mengen von Cannabisprodukten zum gelegentlichen Eigenkonsum eingeräumt und Kriterien zur Anwendung des § 31 a BtMG konkretisiert sowie gleichzeitig eine im Wesentlichen gleichmäßige Rechtsanwendungspraxis der Vorschrift in den Bundesländern gefordert.

Eine Untersuchung des Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (Schäfer, C., Paoli, L.: Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis, Berlin 2006) hatte bereits im Jahr 2006 gezeigt, dass in den verschiedenen Bundesländern deutlich unterschiedliche Schwellenmengen, bei denen eine folgenlose Verfahrenseinstellung stattfindet, bestehen. Die prozentualen Anteile der Einstellungen ohne Auflagen schwankten bei Cannabisdelikten zum damaligen Zeitpunkt zudem zwischen 40 – 60 % in Bayern und 80 – 90 % in Schleswig Holstein, Berlin und Teilen Hessens. In Bundesländern oder Landgerichtsbezirken mit zurückhaltender Anwendung des § 31 BtMG führten speziell täterbezogene Kriterien auch unterhalb der festgesetzten Schwellenmengen zu einer Nichteinstellung des Verfahrens. Die Studie kam deshalb zu folgendem Schluss: „Insgesamt führt die unterschiedliche Erledigungspraxis dazu, dass die gegenwärtige Rechtswirklichkeit vor dem Hintergrund der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendungspraxis problematisch erscheint. Sowohl bei Cannabisdelikten als auch bei Delikten mit sonstigen Betäubungsmittel sind große Differenzen festzustellen.“ Eine Umsetzung des Prinzips „Hilfe vor Strafe“ ließ sich im Rahmen der folgenlosen Verfahrenseinstellung nach § 31 a BtMG nicht feststellen (vgl. dies ebda. S. 23 ff.).

Zwar hat es Entwicklungen zu einer Angleichung der Grenzwerte in den Bundesländern gegeben, jedoch unterscheiden diese sich bis heute in einzelnen Bundesländern deutlich von den übrigen. Die meisten Bundesländer haben 6 Gramm als geringe Menge festgelegt. Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz liegen allerdings mit 10 Gramm deutlich darüber, in Berlin ist sogar in Einzelfällen eine Menge von bis zu 15 Gramm möglich. Von daher besteht weiterhin deutlicher Handlungsbedarf, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen, zumal auch die Anzahl der Cannabisdelikte nach wie vor sehr hoch ist (2010: 128.868 Deliktfälle, 1994: 58.785 Deliktfälle). Die Politik sollte sich zum einen dafür einsetzen, Drogen von denen fernzuhalten, die sie nicht nehmen sollten (z.B. Kinder und Jugendliche) und zugleich eher auf die Behandlung und Hilfe als auf die Kriminalisierung der Konsumenten setzen.

#### **5. Die Erlaubnis zum Handel mit Samen von Cannabispflanzen sowie zum Anbau von Cannabis für den Eigengebrauch wird aufgrund der ungewissen Auswirkungen kritisch beurteilt.**

Der Fachverband Sucht e.V. tritt dafür ein, eine glaubwürdige und ausgewogene Sucht- und Drogenpolitik zu realisieren. Dazu gehört es, sachliche und fachlich fundierte Informationen über die Wirkungen, die unterschiedlichen Beweggründe für den Konsum, wie auch die gesundheitlichen Schädigungen (inkl. eines Missbrauchs und eine sich entwickelnden Abhängigkeit) und sozialen Folgen zu geben. Aktuell ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der Konsumenten in Deutschland keinen riskanten Gebrauch von Cannabis praktiziert, ein vergleichsweise kleiner Teil geht zu einem

regelmäßigen und intensiven Konsum über. Von daher ist allerdings auch kritisch zu hinterfragen, ob die Erlaubnis zum Handel und Besitz von Samen von Cannabispflanzen sowie zum Anbau von Cannabis für den Eigengebrauch nicht zur Zunahme eines regelmäßigen und intensiven Konsums von Cannabis führen kann. Zumal eine Kontrolle durch die Ermöglichung des privaten Anbaus – auch angesichts der zu erwarteten Verbreitung von Tipps über entsprechende Anbaumethoden oder über wirksamere, ertragreichere Pflanzen in den sozialen Netzwerken des Internets – kaum noch gegeben sein dürfte. Zudem liegt der mögliche Ertrag einer Cannabispflanze deutlich oberhalb von 10 Gramm, so dass dadurch keine klaren Regelungen für den Besitz von geringen Mengen mehr möglich wäre. Ob es durch eine entsprechende Öffnung im Sinne des Antrags nicht doch zu einem Anstieg des Cannabisgebrauchs bzw. zu einem anhaltenden und intensiveren Gebrauch einer größeren Bevölkerungsgruppe durch eine deutliche Erleichterung der Verfügbarkeit kommen würde, ist zumindest fraglich.

## **6. Schlusswort**

Zu begrüßen ist die Einrichtung einer Kommission mit Vertretern aus Wissenschaft, Drogenhilfe und der Gesundheitspolitik sowie kommunalen Spitzenverbänden und Ländern, welche sich mit dem geltenden Betäubungsmittelrecht in Deutschland unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen befasst und auf der Basis der zur Verfügung stehenden Kenntnisse entsprechende Empfehlungen entwickelt. Zuvor sollte eine systematische Analyse der Drogenpolitiken in den verschiedenen europäischen Ländern und deren Auswirkungen auf den Cannabiskonsum in den unterschiedlichen Altersgruppen durch ein unabhängiges Institut erstellt werden.

### **Rückfragen zur schriftlichen Stellungnahme bitte an:**

Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Telefon: 0228/26 15 55

## **Stellungnahme des Fachverband Sucht e.V. (FVS) zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, 17.04.2013 zum Antrag der Fraktion der SPD „Konsum kristalliner Methamphetamine durch Prävention eindämmen“ – Neue synthetische Drogen europaweit effizienter bekämpfen“ – BT Drucksache 17/10646**

### **Ausgangslage:**

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (Jahresbericht 2012) berichtet, dass eine hohe Prävalenz des problematischen Konsums von Methamphetaminen (problematischer Konsum ist definiert als injizierender bzw. langjähriger und/oder regelmäßiger Konsum dieser Substanz) insbesondere für zwei Länder besteht. So war 2010 die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen Republik mit schätzungsweise 27.300 – 29.100 (3,7 – 3,9 Fälle je 1000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) sehr hoch und mehr als doppelt so hoch wie die geschätzte Zahl der problematischen Opioidkonsumenten. In der Slowakei lag die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten mit geschätzten 5.800 – 15.700 (1,5 – 4,0 Fälle je 1000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) ebenfalls hoch, allerdings um etwa 20 % unter der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten <sup>1)</sup>. Methamphetamin ist darüber hinaus auf den Drogenmärkten anderer Länder, insbesondere im Norden Europas (Lettland, Schweden, Norwegen in geringerem Maße auch Finnland) in Erscheinung getreten und hat dort offenbar teilweise Amphetamin als Droge ersetzt.

In Deutschland hat die Zahl der erstaufrälligen Konsumenten harter Drogen im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 bezogen auf Methamphetamin um 19,6 % (14.402 Fälle) gegenüber dem Vorjahr zugenommen (Drogen- und Suchtbericht 2012). Im Vorjahr betrug der Anstieg sogar 163,7%. Darüber hinaus fand eine Steigerung bei der Sicherstellung von geschmuggelten Drogen bezogen auf Meth-/Amphetamin von 17,0 % (1.408 kg) statt, bei Crystal (Methamphetamin) betrug die Steigerung sogar 48,8 % (38,9 kg). Insbesondere weisen die grenznahen Bundesländer Sachsen (Ost-), Bayern, Thüringen und Sachsen-Anhalt erhebliche Zuwächse der illegalen Verbreitung und des Konsums auf.

Crystal kommt vorwiegend aus illegalen Laboren in Tschechien – aber auch aus Polen – nach Deutschland. Zudem gibt es aber auch in Deutschland kleine Labore zur Herstellung von Methamphetamin. Im Jahr 2011 wurden 17 illegale Drogenlabore in Deutschland sichergestellt. Die Ausbreitung mit Crystal konzentriert sich derzeit allerdings noch insbesondere auf Grenzregionen zu Tschechien.

Die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS) berichtet von einem Anstieg der Hilfesuchenden aufgrund von Sucht- bzw. Folgeproblemen im Zusammenhang mit Crystal (jeweils gegenüber dem Vorjahr) von 24 % im Jahr 2010, von 29,0 % im Jahr 2011 und von 47,0 % im Jahr 2012 (Gesamt: 3.500 Klienten). Bei über der Hälfte der Klienten illegaler Drogen ist eine Crystal-Problematik festzustellen. Auch bei den 2.500 Klienten, welche in den Justizvollzugsanstalten in Sachsen betreut werden, haben sich in den letzten 3 Jahren die Suchtprobleme im Zusammenhang mit Crystal mehr als verdreifacht (305 %). Gegenüber dem Vorjahr ist zudem ein massiver Zuwachs von 83 % im Jahr 2011 nach den Daten der Sächsischen Krankenhausstatistik im Bereich der F15 – Diagnosen (Stimulanzien, u.a. Crystal) zu verzeichnen (487 Fälle). Eine starke Inanspruchnahme des Hilfesystems aufgrund des zunehmenden Crystalmissbrauchs wird insbesondere in den Städten Chemnitz und Dresden verzeichnet: Mit einem Anteil von 60 % spielt diese Substanz im Vergleich zu Opioiden/Cannabinoiden im Behandlungsprozess dort eine dominierende Rolle bezogen auf die illegalen Drogen. 95 % der Diagnosen im Bereich F 15 in Sachsen stehen im Zusammenhang mit Crystal. Die anderen Substanzen (Amphetamine/Speed, Ecstasy) spielen hingegen eine untergeordnete Rolle in der Suchtberatung in Sachsen.

1) Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet.

Das durchschnittliche Alter der Klienten liegt bei 25,4 Jahren, das Einstiegsalter laut SLS bei 17,5 Jahren. Während im Jahr 2011 in Sachsen eine besondere Häufung des Klientenaufkommens in grenznahen Regionen (z.B. Vogtlandkreis, Erzgebirgskreis, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge) festzustellen war, fand 2012 eine weitere Ausdehnung der Crystal-Problematik auch auf die grenzferneren Regionen statt. Die durchschnittliche Problemlast hat sich vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2012 von 58 auf 85 Klienten pro 100.000 Einwohner erhöht.

Insgesamt ist der Missbrauch von Crystal für die Sächsische Suchtkrankenhilfe kein neues Problem, seit über 10 Jahren ist dieses bekannt. Während jedoch in früheren Jahren diese Substanz von einer eher begrenzten Gruppe (z.B. innerhalb der Partyszene) und insbesondere in Tablettenform konsumiert wurde, muss aktuell von einer starken Verbreitung des Crystal-Missbrauchs in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und riskanteren Konsummustern ausgegangen werden. Der Frauenanteil ist mit ca. 30 % im Vergleich zu anderen Klientengruppen sehr hoch und erfordert die Beachtung besonderer Risiken (z.B. in Verbindung mit Schwangerschaft und Kindern im eigenen Haushalt). Auch in Ost-Bayern und Thüringen sowie Sachsen Anhalt sind deutliche Zuwächse der illegalen Verbreitung und des Konsums zu verzeichnen. Möglicherweise ist mit einer Ausweitung dieser Welle nach Brandenburg und Berlin zu rechnen.

### **Wirkung von Crystal (kristallines Methamphetamin)**

Bei Crystal handelt es sich um ein hochpotentes, synthetisches Stimulans auf Amphetaminbasis, das insbesondere bei den Konsumformen Inhalation und Injektion rasch zu einer Abhängigkeit führen kann. Regelmäßiger Konsum kann zu Herz- und Gefäßkrankheiten, Zahn- und Hautschädigungen, Nierenschäden, Psychosen sowie lang anhaltenden kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. Lernen und Informationsverarbeitung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit) führen. In niedrigen bis moderaten Dosen treten z.B. Erregung, reduzierte bis fehlende Müdigkeit, Euphorie, positive Stimmung, Erhöhung der Herzrate, reduzierter Appetit, enthemmtes Verhalten und die kurzfristige Verbesserung kognitiver Funktionen auf. Bei hochdosierter intravenöser Applikation können verstärkt Bluthochdruck, Schwindelgefühle, Angstzustände, Schweißausbrüche, motorische Unruhe, Nervosität, Aggressivität, stark erhöhtes Redebedürfnis bzw. zusammenhangloser Redefluss auftreten.

### **Handlungsempfehlungen**

Zu empfehlen ist, sich zunächst ein Bild über die aktuelle Situation zur Ausbreitung des Konsums synthetischer Drogen - insbesondere von Crystal - zu machen und auf dieser Basis entsprechende Maßnahmen zu ergreifen bzw. zu verstärken. Hierzu gehören

- legislative Maßnahmen, etwa die europaweite Bekämpfung der illegalen Drogenproduktion und –verbreitung (inkl. Bekämpfung der Abzweigung von Drogenerzeugnissen),
- zielgruppenspezifische und integrierte Suchtpräventions-, Beratungs- und Behandlungsansätze (inkl. Stärkung der Schulsozialarbeit in den betroffenen Bundesländern),
- Ausweitung der Forschung im Bereich der Konsumenten synthetischer Drogen (Prävalenz, Zielgruppen, Motivationshintergründe, Inanspruchnahme von Hilfsangeboten etc.), um eine bessere Grundlage für zielgruppenspezifische Prävention zu ermöglichen.

Ein Überblick über Problembereiche, Zielgruppen und Handlungsempfehlungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe welche im Zusammenhang mit dem Crystalmissbrauch stehen, zeigt die beigefügte Übersicht der Sächsischen Landestelle gegen die Suchtgefahren e.V., welche dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

**Rückfragen zur schriftlichen Stellungnahme bitte an:**

Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Telefon: 0228/26 15 55

Anlage

### Problembereiche, Zielgruppen und Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit dem Crystalmissbrauch:

Die nachfolgende Zusammenstellung soll einen Einblick in die vielfältigen Problembereiche im Zusammenhang mit der Crystalproblematik insbesondere für die ambulante Suchthilfe geben. Dies erfolgt in einer stark verkürzten und bei weitem nicht vollständigen Form:

Problembereich / Zielgruppen	Handlungsempfehlungen
- Verbesserung des frühen Zugangs zu / der Vermittlung von suchtspezifischer Hilfen	- Information und Weiterbildungen - offene Sprechstunden (24 h Frist) - Realisierung von / Kooperation mit niedrigschwelligen / szenenahen Angeboten - Beratungsangebote für Eltern / Bezugspersonen - Nutzung Web 2.0 / Social Media zur Informations- und Hilfevermittlung
- Klienten mit überwiegenden multiplen Substanzgebrauch, oder Crystal als Hauptsubstanz	- offene Beratungs- und Kontaktangebote, Information und Aufklärung, Unterstützung bei der schnellen Vermittlungen in Entzugsbehandlung und Therapie - Beachtung von Doppel- und Mehrfachdiagnosen
- Schülerinnen und Schüler/ Studierende mit „Prüfungsstress“ / Leistungsorientierte Berufe, z. B. MA im mittleren Management	- Information und Aufklärung, - Veröffentlichungen in entsprechenden Medien und in beruflichen Umfeld (Personalabteilungen) - Beratungsangebote (eventl. eigenen sachsenweiten Beratungsschat anbieten)
- Personenkreis mit langfristigen geringen Crystal-Konsum, der sogenannter „Kaffeersatz“	- Öffentlichkeitswirksame Information - Beratung, Risikobewertung, Informationen
- unterschiedlichen Szenen (Party-, Schwulen-, Sport-, Hipp Hopp Szene, ...)	- gem. Prävention mit den vorhanden Lobbygruppen und Vereinen organisieren (AIDS-Hilfen, Sportvereinen, ...)
- pathol. Glücksspieler/-innen auf Crystal	- Zusammenarbeit mit entsprechenden Angeboten
- arbeitstätige, leistungsmotivierte nach Entzugsbehandlung	- (erweit.) Zugang zur ambul. Reah mit psychotherapeutischem Konzept (Doppeldiagnosen/ Trauma) und längeren Behandlungszeiten
- Crystal-Konsumenten beanspruchen insgesamt mehr Beratungskapazität als Klienten anderer Suchtformen	- Mit steigendem Anteil an Crystal-Konsumenten muss das Personalkontingent erhöht werden, um dieselbe Anzahl an Menschen angemessen betreuen zu können.
- hohes Aggressionspotential, Bedrohungssituationen in den SBBn	- Weiterbildung, Vermittlung von Strategien zur Deeskalation, Sprechzeiten durch mind. 2 Mitarbeiter gewährleisten
- Starke Schwankung im Hilfeverlauf durch emotionale Instabilität und Dysregulation, gehäufte suizidale Krisen	- Krisensprechstunden mit Sofortangeboten
- Konsumierende Frauen	- Entwicklung frauenspezifischer Beratungsangebote - Informationen/WB in Schwangerschaftsberatungsstelle, Geburtsvorbereitungen, Intensivschwangerenberatung

- Schwangerschaft	- frauenspezifische Beratungsangebote, Sicherstellung medizinischer, vorgeburtlicher Betreuung - spezialisierte Angebote Sucht der Sozialpädag. Familienhilfe
- Konsumierende mit Kindern	- Sicherung des Kindeswohls, bei Notwendigkeit Einleitung notwendiger Schutzmaßnahmen - Schaffung / Ausbau spezifischer Angebote für suchtkranke Eltern und deren Kinder - Gewährleistung von Kinderbetreuung während der Nutzung suchtspezifischer Angebote durch die Eltern
- minderjährige Konsumenten mit Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Beeinträchtigungen	- enge Kooperation mit KJP (ambulant + stationär), Jugendhilfe, zeitnahe Vermittlung weiterführender Hilfen
- Crystal - i. v.-Konsum, Heroinkonsumenten, die auf Crystal „umsteigen“, evtl. hirnorganische Schädigungen	- harm reduction - Kooperation und WB mit Streetwork, PSB, substituierenden Ärzten, Wohnungslosen-einrichtungen - Sicherstellung medizinischer Versorgung - Geeignete betreute Wohnformen (evtl. Pflegebedarf)
- Sicherstellung der akutpsychiatrischen Behandlung inklusive ausreichender Behandlungszeit, gehäuftes Auftreten psychiatrischer Zweitdiagnosen	- zeitnahe Vermittlung (48 h Frist) - Etablierung geeigneter Behandlungsangebote in allen psychiatrischen Einrichtungen und Abteilungen (entspr. Auftrag zur Vollversorgung) - Aufbau/Ausbau von Netzwerken, Sicherstellung kontinuierlicher psychiatr. Und psychother. Weiterbildung
- Sicherstellung einer nachhaltigen Entwöhnungsbehandlung inklusive notwendige Behandlungszeit	- zeitnahe Direktverlegung bei entsprechender Indikation - Etablierung spezifische Behandlungsangebote
- Es bestehen erhöhte Anforderungen zur Sicherung von Therapieerfolgen d. h. im Rahmen Nachsorge / Nachsorgewohnen / Reintegrationsangebote	- Etablierung geeigneter Nachsorgeangebote in den SBB (z. B langfristige angeleitete Gruppen, u. U. bis zu 2 bis 3 Jahren) in Kombination mit tagestrukturierenden Arbeits- und Beschäftigungsangeboten, erlebnisaktivierenden Angeboten (Sport, Outdooraktiv.), suchtdruckreduzierenden Angeboten (Akupunktur, Entspannung, achtsamkeits-basierten Therapien) - Ausbau stationärer Nachsorge (Nachsorgewohnen / Reintegrationsangebote) u. U. heimatferne Reintegration nach Entwöhnungstherapie (siehe Problemanzeige Zwickau)