IFT · Institut für
Therapieforschung
München

Daniela Piontek
Tim Pfeiffer-Gerschel
Lisa Jakob
Alexander Pabst
Ludwig Kraus

Sachbericht

Sekundäranalysen im Rahmen des BMG-Projekts „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland: Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“

21. Mai 2014

1. Titel und Verantwortliche

Projekttitel: Sekundäranalysen im Rahmen des BMG-Projekts „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland: Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“

Förderkennzeichen: IIA5-2513DSM229

Leitung: Dr. Daniela Piontek

Mitarbeiter:
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel
Dr. Alexander Pabst
Dipl.-Psych. Lisa Jakob
Dr. Ingo Kipke
Cand. Psych. Sophie Drozdzewski
Cand. Psych. Stephanie Klee
Prof. Dr. Ludwig Kraus

Kontaktdaten:
IFT Institut für Therapieforschung
Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik
Parzivalstraße 25
80804 München
Tel.: 089-360804-82
Fax: 089-360804-49
Mail: piontek@ift.de

Laufzeit: 01. 09. 2013 bis 31. 12. 2013

Fördersumme: 8706,57 €

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche 3
2. Inhaltsverzeichnis 5
3. Zusammenfassung 7
4. Einleitung 9
4.1. Ausgangslage 9
4.2. Ziel des Projekts 11
4.3. Projektstruktur 11
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik 13
5.1. Operationalisierung der Ziele 13
5.2. Datengrundlage und -auswertung 13
5.2.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen bei 15-16-jährigen Schüler/innen 2003-2011 (ESPAD) 13
5.2.2. Epidemiologischer Suchtsurvey 1990-2012 (ESA) 15
5.2.3. Befragung von Suchthilfeeinrichtungen und Methamphetamin-Konsumenten 17
5.2.4. Datenanalysen 19
6. Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan 21
6.1. Darstellung des Projektverlaufs 21
6.2. Abweichungen vom Finanzierungsplan 21
6.3. Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit 21
7. Ergebnisse 23
7.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) 23
7.1.1. Prävalenz 23
7.1.2. Trends 25
7.1.3. Frequenz 27
7.1.4. Erstkonsumalter 27
7.1.5. Polykonsum 28
7.1.6. Subjektive Verfügbarkeit 30
7.1.7. Subjektive Einschätzung des Risikos 33
7.2. Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) 37
7.2.1. Prävalenz 37
7.2.2. Trends 38
7.2.3. Frequenz 42
7.2.4. Erstkonsumalter 42
7.2.5. Polykonsum 44
7.2.6. Substanzbezogene Störungen 47

7.3. Befragung von Suchthilfeeinrichtungen und Methamphetamin-Konsumenten 48
7.3.1. Ausmaß des Methamphetamin-Konsums 48
7.3.2. Charakteristika der MA-Konsumenten 52
7.3.3. Subgruppen von MA-Konsumenten 56
8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung 59
8.1. Epidemiologische Befunde bei Jugendlichen 59
8.2. Epidemiologische Befunde bei Erwachsenen 60
8.3. Behandlungsnachfrage in Suchthilfeeinrichtungen 61
8.4. Charakteristika von MA-Konsumenten in Behandlung 63
8.5. Subgruppen von MA-Konsumenten 64
9. Gender Mainstreaming Aspekte 67
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse 69
10.1. Geplante Veröffentlichungen 69
10.2. Vorträge 69
10.3. Poster 70
11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) 71
12. Publikationsverzeichnis 73
Literaturverzeichnis 75

3. Zusammenfassung

Ziel: Im Rahmen einer Sekundäranalyse wurden Trends und Risikofaktoren des (Meth-) Amphetaminkonsums in Deutschland auf der Grundlage verschiedener Datenquellen analysiert. Darüber hinaus wurden Subgruppen von Methamphetamin-Konsumenten identifiziert.

Durchführung: Im ersten Projektteil erfolgten Analysen zweier epidemiologischer bevölkerungsrepräsentativer Studien: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) sowie Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA). Ausgewertet wurden Prävalenzen und Trends des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen sowie soziodemographische Risikofaktoren. Im zweiten Projektteil wurden Daten einer regionalen Studie zum Konsum von Methamphetamin (MA) in Suchthilfeeinrichtungen ausgewertet. Dafür wurden Einrichtungs- und Konsumentendaten aus einer Stichprobe im deutsch-tschechischen Grenzgebiet sowie einer bundesweiten Stichprobe erhoben. Neben deskriptiven Analysen wurde eine Clusteranalyse zur Identifikation von Subgruppen durchgeführt.

Ergebnisse: Das Risiko, Amphetamine mindestens einmal im Leben zu konsumieren, ist für Jungen, ältere Jugendliche, Schüler/innen einer Haupt- oder Gesamtschule und bei durchschnittlichen Schulleistungen, überdurchschnittlichem Familienwohlstand und Unzufriedenheit mit der Elternbeziehung erhöht. Darüber hinaus ist das Risiko in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen gegenüber anderen Bundesländern erhöht. Es konnte eine kleine, aber relevante Subgruppe (10 %) von Jugendlichen identifiziert werden, die bisher in ihrem Leben keine andere illegale Substanz als Amphetamine zu sich genommen hat. Auch bei Erwachsenen zeigte sich neben den Risikofaktoren Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status v.a. eine Konzentration des Amphetaminkonsums im Nordosten Deutschlands. In der grenznahen Einrichtungsstichprobe lag der Anteil der Klienten mit einer MA-bezogenen Störung unter allen Klienten mit einer substanzbezogenen Störung nahezu zehnmal höher als in der Bundesstichprobe. Die befragten MA-Konsumenten waren zum überwiegenden Teil männlich, unter 20 Jahre alt, hatten einen Hauptschulabschluss, konsumierten MA zur Leistungssteigerung, kamen über Freunde in Kontakt mit der Substanz und bezogen diese von einem bekannten Dealer oder selbst aus dem Ausland. In der Clusteranalyse konnten fünf Subgruppen von MA-Konsumenten identifiziert werden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen: Es gibt erhebliche regionale Unterschiede in der Verbreitung des Konsums von MA und der damit verbundenen Nachfrage nach professioneller Hilfe. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass es mehrere Subgruppen von MA-Konsumenten gibt, die spezifische Charakteristika aufweisen. Grundsätzlich ist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Verbreitung des MA-Konsums sowie zu wirksamen Präventions- und Interventionsmaßnahmen unbefriedigend.

4. Einleitung

4.1. Ausgangslage

Gemessen am Konsum illegaler Drogen rangiert die Stoffklasse amphetaminähnlicher Stimulanzien (ATS-Substanzgruppe) weltweit hinter Cannabis an zweiter Stelle. Während die beschlagnahmte Gesamtmenge von Amphetamin im Jahr 2010 zurückgegangen ist, scheint speziell der Markt für Methamphetamin („Crystal“) in einigen Ländern kontinuierlich zu wachsen (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012). Dies gibt insofern Anlass zur Sorge, als dass der Konsum von Crystal mit gravierenden individuellen und gesellschaftlichen Problemen einhergeht, welche nicht zuletzt der hochgradigen Neurotoxizität der Substanz geschuldet sind (Gouzoulis-Mayfrank & Daumann, 2009; Darke, Kaye, McKetin & Duflou, 2008). Verglichen mit anderen Stimulanzien (z.B. Kokain oder Amphetamin) weist Crystal zudem das höchste Wirkpotential bzw. die längste Halbwertszeit auf, was die schädlichen Effekte und die Abhängigkeitsgefahr noch zusätzlich verstärkt (Rawson, Gonzales & Brethen, 2002; Castro, Barrington, Walton & Rawson, 2000). Internationale Forschungsaktivitäten der letzten Jahre konnten vielfach nachweisen, dass langfristiger Methamphetaminkonsum eine Reihe gesundheitlicher Beeinträchtigungen und körperlicher Verfallserscheinungen nach sich zieht. Gut belegt sind beispielsweise die drohenden kognitiven Defizite, wie z.B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses (Barr et al., 2006; London et al., 2005; Salo et al., 2007; Rendell, Mazur & Henry, 2009), Organschäden oder aber das größere HIV-Risiko. Letzteres ist möglicherweise bedingt durch eine intravenöse Anwendungsart (Zule & Desmond, 1999; Kaye & Darke, 2000) bzw. durch die enthemmende Wirkung der Droge, welche risikoreiche sexuelle Verhaltensweisen zur Folge hat (Shoptaw, Reback & Freese, 2002; Darke et al., 2008). Mehrfach festgestellt wurde ferner eine Assoziation zwischen dem chronischen Missbrauch von Methamphetamin und Psychosen (McKetin, Lubman, Baker, Dawe & Ali, 2013) sowie eine größere Aggressionsbereitschaft und Gewalttätigkeit bei chronischen Methamphetamin-Konsumenten (Zweben et al., 2004; Marinelli-Casey et al., 2008; Sekine et al., 2006).

Verfügbare Daten stützen sich in erster Linie auf epidemiologische Indikatoren wie Beschlagnahmungen, Strafdelikte und die Behandlungsnachfrage in Suchthilfezentren (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol, 2009; Griffiths, Mravčík, Lopez & Klempova, 2008). Dabei werden Amphetamine und Methamphetamine häufig unter einer Substanzkategorie subsumiert, weswegen differenzierte Aussagen über die einzelnen Amphetaminderivate nur bedingt getroffen werden können. Die aktuelle epidemiologische

Befundlage liefert Anhaltspunkte dafür, dass die europäische Crystalproblematik einem Wandel unterliegt. Bisher konzentrierte sich der Methamphetaminkonsum schwerpunktmäßig auf die Tschechische Republik (Zábranský, 2007). In jüngster Zeit zeichnet sich allerdings auch in anderen EU-Ländern, die bislang von Methamphetamin relativ unberührt geblieben waren, eine steigende Verfügbarkeit ab. Auf Basis von Sicherstellungen und der Behandlungsnachfrage kann davon ausgegangen werden, dass Methamphetamin insbesondere in nordischen Ländern wie Lettland, Schweden und Norwegen zunehmend Einzug findet und dort scheinbar Amphetamin vom Drogenmarkt verdrängt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

Für Deutschland ist epidemiologisches Datenmaterial zum Ausmaß der Methamphetaminproblematik zwar nur begrenzt vorhanden, dennoch gibt es auch hier Hinweise auf einen problematischen Methamphetaminkonsum (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012). Vor dem Hintergrund eines insgesamt weitgehend stabilen oder sogar sinkenden Konsums illegaler Drogen in Deutschland (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012) weist der Konsum von Amphetaminen in der (jungen) erwachsenen Bevölkerung keine rückläufigen Trends auf. Basierend auf den Daten des epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) der Jahre 2003, 2006 und 2009 liegt die 12-Monatsprävalenz für den Amphetaminkonsum unter 18- bis 24-Jährigen stabil zwischen 1,2 und 1,6% (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010). In Subgruppen spielen Amphetamine und verwandte Substanzen eine wichtige Rolle. So machen Konsumenten, die diagnostisch relevante Störungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien aufweisen und sich zum ersten Mal in ihrem Leben in eine ambulante Suchtberatung begeben, bereits 16,6 % aller Erstbehandelten aus, während der Anteil der Personen mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Stimulanzien unter allen Zugängen ambulanter Beratungsstellen insgesamt nur etwa 12,3 % ausmacht (Pfeiffer-Gerschel, Steppan & Brand, 2013a, b). Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit 2007 (Index=100 %), so zeigt sich ein leichter Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis zwischen 2007 und 2009, ein kontinuierlicher Rückgang bei den Klienten mit Kokainproblemen, kaum Veränderungen bei Opioidklienten und ein sehr starker Anstieg bei Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien seit 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013b). Während akute Krankenhausbehandlungen (Intoxikationen) aufgrund des Konsums von Stimulanzien relativ selten sind, wird in den an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligten stationären Fachkliniken bereits mehr als jeder zehnte Drogenpatient (15,5 % der Beender) wegen dieser Substanzen behandelt (Pfeiffer-Gerschel, Steppan & Brand, 2013c). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den Personen mit einem Behandlungsbedarf nicht um eine homogene Population handelt und die

Genese einer amphetamin- oder methamphetaminbezogenen Störung auf unterschiedlichen Wegen denkbar ist. So kann sich eine Störung im klinischen Sinne z.B. a) über den Beikonsum von Stimulanzien vor dem Hintergrund einer bereits bestehenden anderen Abhängigkeitserkrankung entwickeln, b) die Störung kann sich als eigenständiges Phänomen aufgrund des Konsums anderer Drogen im Kontext der Freizeitgestaltung entwickeln („recreational use“) oder c) es handelt sich um Konsumenten, die die Substanzen z.B. zur gezielten Leistungssteigerung (auch im beruflichen Kontext) verwendet haben und im Laufe der Zeit einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit entwickeln. Möglicherweise bieten diese Konzepte einen Ansatzpunkt zur Identifikation unterschiedlicher Konsumentenpopulationen.

4.2. Ziel des Projekts

Im Rahmen einer Sekundäranalyse werden Trends und Risikofaktoren des (Meth-) Amphetaminkonsums in Deutschland auf der Grundlage verschiedener Datenquellen analysiert. Damit soll ein Beitrag zur Erarbeitung von Empfehlungen für selektive Präventionsmaßnahmen geleistet werden. Grundannahme ist, dass es sich bei der Zielgruppe nicht um eine homogene Population handelt und die Genese auftretender Störungen auf unterschiedlichen Wegen denkbar ist: z.B. über den Beikonsum bei einer anderen Abhängigkeitserkrankung, über den Konsum in der Freizeit („recreational use“) oder als Ergebnis eines Interesses der Leistungssteigerung. Die Identifikation unterschiedlicher Konsumentenpopulationen ist die Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Interventionskonzepte.

4.3. Projektstruktur

Das Projekt wurde in zwei Teilbereiche aufgegliedert. Im ersten Teil wurden epidemiologische Daten zum Konsum von Amphetaminen und Methamphetamin aus bevölkerungsrepräsentativen Studien ausgewertet. Dieser Projektteil wurde von Mitarbeitern der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik am IFT durchgeführt. Im zweiten Teil des Projekts lag der Schwerpunkt auf einer Einzelstudie zum Methamphetaminkonsum bei Klienten in Suchthilfeeinrichtungen. Diese Studie wurde im Rahmen der Arbeit der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) realisiert. Die beteiligten Mitarbeiter und Verantwortlichkeiten zeigt Tabelle 4-1.

Tabelle 4-1: Projektmitarbeiter

Name	Institut	Telefon; Fax E-Mail	Verantwortlichkeit/ Rolle
Dr. Daniela Piontek	IFT	089-360804-82; 089-360804-49; piontek@ift.de	Projektleitung; Leitung Teil 1
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel	IFT, DBDD	089-360804-40; 089-360804-49; pfeiffer-gerschel@ift.de	Leitung Teil 2
Dr. Alexander Pabst	IFT	089-360804-33; 089-360804-69; pabst@ift.de	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Teil 1
Lisa Jakob	IFT, DBDD	089-360804-44; 089-360804-49; jakob@ift.de	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teil 2
Dr. Ingo Kipke	IFT, DBDD	089-360804-42; 089-360804-49; kipke@ift.de	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Teil 2
Sophie Drozdzewski	IFT	089-360804-32; 089-360804-69; droszdzewski@ift.de	Studentische Hilfskraft Teil 1
Stephanie Klee	IFT, DBDD	089-360804-44; 089-360804-49; klee@ift.de	Praktikantin Teil 2
Prof. Dr. Ludwig Kraus	IFT	089-360804-30; 089-360804-19; kraus@ift.de	Institutsleiter
Stefanie Filipp	IFT	089-360804-20; 089-360804-29; filipp@ift.de	Projektverwaltung

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1. Operationalisierung der Ziele

Ziele:	**Indikatoren zur Messung der Zielerreichung**
Sekundäranalysen zu Trends und Risikofaktoren des Amphetaminkonsums auf der Grundlage des vorliegenden Daten	*Präsentation der Ergebnisse auf dem Expertentreffen am 01.11.2013*
Dokumentation und Diskussion der Ergebnisse	*Bericht / Publikationsentwurf*

Die übergeordneten Ziele des Projektes „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland: Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“ sind neben Informationen zur Motivation und den Konsumgewohnheiten der Konsumierenden (Ziel 1) Empfehlungen und Vorschläge für möglichst konkrete Maßnahmen zu „zweckmäßigen Präventionsaktivitäten“ für diese Zielgruppe (Ziel 2). Ziel der Studie des IFT sind ergänzend dazu Sekundäranalysen bereits existierender Daten zum Amphetaminkonsum: (1) Sekundäranalysen verfügbarer Daten aus öffentlich finanzierten überregionalen Erhebungen (Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) und European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)) und (2) Sekundäranalysen weiterer Einzeluntersuchungen z.B. mit regionalem Charakter und anderer Datenquellen. Spezifisch zur Thematik Amphetamin/Methamphetamin führt die DBDD am IFT seit einiger Zeit eigene Erhebungen zum Konsum von Methamphetamin im deutsch-tschechischen Grenzgebiet durch, deren erste Ergebnisse bereits vorgestellt werden konnten. Zudem wurde die Datenerhebung in diesem Segment in Kooperation mit dem Projekt Phar-Mon um eine repräsentative Einrichtungsstichprobe erweitert. Aus diesen Erhebungen liegen sowohl Informationen aus Einrichtungen als auch von Konsumenten vor. Für die Datenauswertung besteht struktureller Zugriff auf diese Daten, die innerhalb des IFT durchgeführt werden und wurden (Phar-Mon, ESA, ESPAD).

5.2. Datengrundlage und -auswertung

5.2.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen bei 15-16-jährigen Schüler/innen 2003-2011 (ESPAD)

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurde in Deutschland in den Jahren 2003, 2007 und 2011 durchgeführt. In alle drei Erhebungen waren Schülerinnen und Schüler in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen eingebunden(Kraus, Pabst & Piontek, 2012). An einzelnen Erhebungen hatten sich auch

die Bundesländer Hessen und Saarland beteiligt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wird in den Trenddarstellungen allerdings auf Daten dieser beiden Bundesländer verzichtet. Befragt wurde eine Zufallsstichprobe von Schülern der neunten und zehnten Jahrgangsstufen an Regelschulen (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule) in den beteiligten Bundesländern. An der letzten Erhebung aus dem Jahr 2011 nahmen insgesamt 6.192 Schülerinnen und Schüler teil. Die Antwortrate betrug 31,7% (Kraus, Pabst & Piontek, 2012). In der schriftlichen Befragung wurde der Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate und die letzten 30 Tage vor der Erhebung erfasst. Die Prävalenzschätzungen lassen sich vergleichend über die Zeit sowie stratifiziert über Geschlecht, Schulform und Bundesland auswerten. Zusätzlich werden folgende Indikatoren/Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen ausgewertet:

Substanzbezogene Faktoren:

(a) Frequenz: Berichtet wird die Häufigkeit des Konsums bezogen auf die Lebenszeit.

(b) Erstkonsumalter: Dargestellt wird das Alter des ersten Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen als kumulative Inzidenz, d.h. als über das Lebensalter aufsummierter Anteil derjenigen, die die Substanz erstmals konsumiert hatten. Zusätzlich wird das Erstkonsumalter von Amphetaminen mit dem durchschnittlichen Alter des ersten Konsums für andere psychoaktive Substanzen in Form von Mittelwerten und Standardabweichung verglichen.

(c) Subjektive Verfügbarkeit: Gefragt wurde nach der persönlichen Einschätzung, wie leicht der/die Befragte an Aufputschmittel/Amphetamine herankommen würde, wenn er/sie es möchte. Es wurde ein fünfstufiges Rating (unmöglich, sehr schwierig, ziemlich schwierig, leicht, sehr leicht) verwendet, welches um die Kategorie „weiß nicht“ ergänzt wurde.

(d) Subjektive Risikoeinschätzung: Die Schülerinnen und Schüler wurden gebeten einzuschätzen, welches Risiko für körperliche Schäden oder Schäden anderer Art Personen eingehen wenn sie (i) Aufputschmittel/Amphetamine ein- oder zweimal probieren und (ii) Aufputschmittel/Amphetamine regelmäßig nehmen. Die Antwortkategorien waren: kein Risiko, leichtes Risiko, mäßiges Risiko, großes Risiko, weiß nicht.

Im Trendvergleich werden zudem Schätzungen zur Lebenszeitprävalenz des Konsums von illegalen Drogen (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin, GHB, Drogenpilze) mit und ohne Cannabis berichtet.

Soziodemographische Faktoren:

(a) Alter

(b) Schulleistungen: Erfragt wurde die Einschätzung der Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres von „1“ (sehr gut) bis „6“ (ungenügend).

(c) Geburtsland: Das Geburtsland wurde sowohl für die befragte Person als auch für deren Eltern erfasst und unterschieden in „Deutschland“ und „Anderes Land“.

(d) Haushaltsgröße: Es wurde nach den Personen, die im gleichen Haushalt leben wie der/die Schüler/in gefragt und so die Haushaltsgröße (<=2, 3, 4, >=5 Personen) bestimmt.

(e) Familienwohlstand: Die Teilnehmer wurden gebeten, eine persönliche Einschätzung darüber abzugeben, wie wohlhabend die eigene Familie im Vergleich zu anderen Familien in Deutschland ist. Das verwendete siebenstufige Rating wurde in die drei Gruppen „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“ und „überdurchschnittlich“ eingeteilt.

(f) Soziale Unterstützung: Auf einer fünfstufigen Ratingskala (sehr zufrieden, zufrieden, weder noch, unzufrieden, sehr unzufrieden) sollte die Beziehung zu den eigenen Eltern sowie zu den Freunden beurteilt werden.

5.2.2. Epidemiologischer Suchtsurvey 1990-2012 (ESA)

Der Epidemiologische Suchtsurvey („Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“) wird seit 1980 als wiederholte Querschnittsbefragung in der Bevölkerung Deutschlands durchgeführt (Kraus, Piontek, Pabst & Gomes de Matos, 2013). Die Erhebungen vor 1990 umfassten das Gebiet der damaligen Bundesrepublik Deutschland, seit 1990 werden auch die neuen Bundesländer in die Befragung einbezogen.

Mit Ausnahme der Untersuchung von 1980, die nur in sieben von elf Ländern der alten Bundesrepublik durchgeführt wurde, sind alle Untersuchungen des Epidemiologischen Suchtsurvey repräsentativ für die Bundesrepublik. Außer 1980 wurde in allen Erhebungen von den Teilnehmern ein schriftlicher Fragebogen selbstständig ausgefüllt. Im Survey von 1980 kamen in Bayern Interviewer zum Einsatz, im Survey 2006 wurden neben der schriftlichen Befragung auch telefonische Interviews durchgeführt. Seit der Erhebung im Jahr 2009 werde die Erhebungen im Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Internet-Befragung durchgeführt.

Daten zum Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen stehen für Trendanalysen seit 1980 für die Lebenszeit und seit 1990 zusätzlich für die letzten 12 Monate und die letzten 30

Tage zu Verfügung (Kraus, Pabst, Piontek & Gomes de Matos, 2013). Untersuchungen zu amphetaminbezogenen Störungen und zu Risikofaktoren von Konsum und Problemen können mit den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 (Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013) vorgenommen werden. An dieser Erhebung nahmen insgesamt 9.084 Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 53,6 % (Kraus, Piontek, Pabst & Gomes de Matos, 2013). Die Prävalenzschätzungen lassen sich stratifiziert über Geschlecht und Alter auswerten.

Zusätzlich zur Prävalenz im Jahr 2012 und der Analyse zeitlicher Veränderungen werden folgende Indikatoren/Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen ausgewertet:

Substanzbezogene Faktoren:

(a) Frequenz: Berichtet wird die Häufigkeit des Konsums bezogen auf die Lebenszeit, die letzten 12 Monate und die letzten 30 Tage vor der Erhebung.

(b) Substanzbezogene Störungen: Anhand der Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate der Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Aufputschmitteln/Amphetaminen für die Gesamtstichprobe und die Konsumenten der letzten 12 Monate erfasst.

(c) Erstkonsumalter: Dargestellt wird das Alter des ersten Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen als kumulative Inzidenz, d.h. als über das Lebensalter aufsummierter Anteil derjenigen, die die Substanz erstmals konsumiert hatten. Zusätzlich wird das Erstkonsumalter von Amphetaminen mit dem durchschnittlichen Alter des ersten Konsums für andere psychoaktive Substanzen in Form von Mittelwerten und Standardabweichung verglichen.

Soziodemographische Faktoren:

(a) Bildungsstand: Schulbildung wurde entsprechend der deutschen Anwendung der International Standard Classification of Education (ISCED; Statistisches Bundesamt, 2011) kategorisiert. Hierfür wurden der Elementar- (Kindergarten), Primar- (Grundschule) und Sekundarbereich I (Haupt- und Realschulabschluss) in einer Kategorie zusammengefasst (Level 1). Der Sekundarbereich II umfasst Fachhochschulreife, Abitur bzw. abgeschlossene berufliche Ausbildungen (Level 2). Kombinationen aus zwei berufsbildenden bzw. einer allgemein- und einer berufsbildenden Maßnahme werden im post-sekundaren, nicht-tertiären Bereich zusammengefasst (Level 3). Der Tertiärbereich umfasst Abschlüsse an Meister-/Technikerschulen, Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten (Level 4).

(b) Familienstand

(c) Haushaltsnettoeinkommen: Dargestellt wird das Einkommen, das einem befragten Haushalt insgesamt nach Abzug von Steuern und Versicherungsbeiträgen pro Monat zur Verfügung steht, kategorisiert in „<1.000 Euro“, „1.000-2.000 Euro“ und „>2.000 Euro“.

(d) Migrationshintergrund: Analog der Definition des statistischen Bundesamtes wird der Migrationshintergrund aus den Angaben zur Zuwanderung, Staatsangehörigkeit und Einwanderung des jeweiligen Befragten sowie dessen Eltern ermittelt. Als Personen mit Migrationshintergrund definiert werden demzufolge alle Personen, die „nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2010).

(e) Sozioökonomischer Status (SES): Zur Operationalisierung der sozialen Schicht wurde der Winkler-Index (Winkler & Stolzenberg, 1999) berechnet. Der Index erfasst die vertikale Schichtung der Gesellschaft anhand der drei Indikatoren Bildung (Schul- und berufliche Bildung), berufliche Stellung (des Hauptverdieners im Haushalt) und Haushaltseinkommen. Für jeden Indikator werden Werte zwischen 1 und 7 vergeben. Berechnet wird der Index als ungewichteter Punktsummenscore auf Basis der Angaben zu diesen Indikatoren, wodurch sich ein Gesamtwertebereich von 3 bis 21 ergibt. Durch Gruppierung der Punktwerte erlaubt eine Unterscheidung von niedriger, mittlerer und oberer Sozialschicht.

5.2.3. Befragung von Suchthilfeeinrichtungen und Methamphetamin-Konsumenten

Die Crystal Studie der DBDD verfolgte zwei übergeordnete Ziele: Erstens die Beschreibung des Ausmaßes des Methamphetamin (MA)-Konsums in der Phar-Mon Stichprobe im Vergleich zum Grenzgebiet zur Tschechischen Republik und zweitens die Beschreibung der Charakteristika der behandelten MA-Konsumenten.

Befragung der Suchthilfeeinrichtungen

Zur Erfassung des Ausmaßes des MA-Konsums wurden in einem ersten Schritt Fragebögen an Suchthilfeeinrichtungen (Einrichtungs-Fragebögen) versandt. Darin wurden die Suchthilfeeinrichtungen zunächst nach ihren Kontaktdaten und einem festen Ansprechpartner gefragt. Außerdem sollten für die Jahre 2007 bis 2011 jeweils die Anzahl aller Behandlungen von Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Substanzen (F10-F19) angegeben werden sowie die Anzahl der Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose

(HD) F15 (Stimulantien) und die Anzahl der Betreuungen aufgrund von methamphetaminbezogenen Störungen. Weiterhin wurde die durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen gemittelt für alle Diagnosen sowie spezifisch für F15 und MA-bezogene Störungen erfragt. Um Informationen über den Behandlungserfolg zu erhalten, wurden jeweils für die Jahre 2007 bis 2011 Angaben über die Gesamtzahl der entlassenen Klienten mit HD Methamphetamin erfragt. Diese wurden in vier Kategorien eingeteilt werden (erfolgreich, gebessert, unverändert, verschlechtert). Die Art der Beendigung der Behandlungen für die Jahre 2007 bis 2011 wurde in 6 Kategorien erfasst (reguläre Beendigung, vorzeitiger Abbruch durch Klient, vorzeitige Beendigung mit therapeutischem Einverständnis, vorzeitige Beendigung auf therapeutische Veranlassung, Abbruch aus disziplinarischen Gründen und vorzeitige Beendigung aus sonstigen Gründen). Am Ende des Fragebogens wurden die Einrichtungen dazu befragt, ob sich aktuell Klienten mit MA-bezogenen Störungen bei ihnen in Behandlung befinden und ob die Einrichtung bereit sei, eine Konsumentenbefragung durch die DBDD zu unterstützen, indem sie Fragebögen an Klienten austeilen, wieder einsammeln und anschließend an die DBDD zurücksenden. Die geschätzte Anzahl an benötigten Konsumenten-Fragebögen konnte angegeben werden. Die gewünschte Anzahl an Fragebögen wurde den Einrichtungen anschließend per Post zugesendet.

Insgesamt wurden in der grenznahen Einrichtungsstichprobe (Regierungsbezirke Dresden, Chemnitz, Oberfranken, Oberpfalz und Niederbayern) alle 103 Suchthilfeeinrichtungen, die im Einrichtungsregister des IFT aufgeführt sind, angeschrieben und gebeten, Einrichtungs-Fragebögen auszufüllen. Davon wurden innerhalb der 14-tägigen Frist 28, nach einer Nacherhebung 39 beantwortet (darunter 28 ambulante, 8 stationäre, 1 niedrigschwellige, 2 unbekannt). 38 der 39 Einrichtungen erklärten sich bereit, Konsumenten-FB zu verteilen.

Die zweite Einrichtungsstichprobe setzte sich aus den Einrichtungen des Phar-Mon-Monitoring-Projekts zusammen. Die Phar-Mon-Stichprobe bestand 2012 aus 33 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die über die Jahre als Zufallsstichprobe der Grundgesamtheit der Deutschen Suchthilfestatistik unter Berücksichtigung der Repräsentativität (mit den Kriterien Einrichtungsgröße und Verteilung der Hauptdiagnose Opioide) gewählt wurde. Hier wurden an alle 33 Einrichtungen Fragebögen versendet, von denen bis zur vorgegebenen Frist 11 beantwortet wurden, nach schriftlicher und telefonischer Nachfrage jeweils weitere 10. Insgesamt gingen also in der Phar-Mon-Stichprobe Fragebögen von 31 Einrichtungen ein (darunter 26 ambulante, 1 niedrigschwellige, 4 unbekannt). Eine Einrichtung gehört beiden Stichproben an und wurde somit für alle Auswertungen in beide Stichproben eingeschlossen.

Befragung von MA-Konsumenten

Zur Erfassung und Beschreibung der Charakteristika von MA-Konsumenten wurden an alle Einrichtungen, die MA-Konsumenten betreuten und die einer Teilnahme an der Konsumenten-Befragung zugestimmt hatten (n = 38), Konsumentenfragebögen versandt. Der Konsumentenfragebogen orientierte sich zum einen an der MoSyD Szenestudie (Bernard, Werse & Schell-Mack, 2013) und erfragte neben soziodemographischen Daten der Konsumenten auch MA-Konsumumstände und -gewohnheiten, soziale Begleiterscheinungen, juristische Konsequenzen und die Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems. Außerdem wurden gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen mittels 16 Fragen aus dem Münchner Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen et al. 1995) erhoben. Dabei wurde sich an der ESA-Erhebung des Jahres 2009 orientiert und die Items des M-CIDI so umformuliert, dass ausschließlich nach MA-Konsum gefragt wurde.

Die Rücksendefrist betrug vier Wochen. Es gingen ausgefüllte Klienten-Fragebögen von 24 verschiedenen Einrichtungen ein, davon 17 aus der grenznahen Stichprobe und 7 aus der Phar-Mon-Stichprobe. Insgesamt wurden Fragebögen von 274 MA-Konsumenten beantwortet, davon stammen 209 Fragebögen von Personen aus der grenznahen Stichprobe und 49 aus der Phar-Mon-Stichprobe. 22 Fragebögen waren keiner Einrichtung zuordenbar und 6 Konsumenten, die Fragebögen beantworteten, stammten aus der Einrichtung, die beiden Stichproben angehört.

5.2.4. Datenanalysen

Alle Analysen zu ESPAD und ESA wurden mithilfe des Programms Stata 12.1 SE (Stata Corp LP, College Station, TX) durchgeführt. Deskriptive Daten zum Amphetaminkonsum und assoziierten Störungen werden in Form von Prävalenzen (in Prozent) dargestellt. Aufgrund fehlender Angaben weichen die Stichprobenumfänge teilweise von der Gesamtstichprobe ab. Die jeweils zugrunde liegende Fallzahl (ungewichtet) ist in den Tabellen angegeben. Neben der Verbreitung in der Gesamtstichprobe werden Schätzungen für beide Geschlechter und verschiedene Altersgruppen vorgenommen. Die Besonderheiten Stichprobendesigns beider Studien wurden durch Verwendung von Survey-Verfahren in berücksichtigt.

Für die inferenzstatistische Prüfung der Trends wurden die Daten aller Erhebungen gepoolt. Signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2011 (ESPAD) bzw. 2012 (ESA) wurden mittels binär logistischer Regressionen für Prävalenzen) getestet. Das Surveyjahr wurde als Prädiktor verwendet. Als Kontrollvariablen wurden Alter, Geschlecht (und Erhebungsmodus bei ESA) mitgeführt.

Die Datenauswertung zur Befragung von Suchthilfeeinrichtungen und Methamphetamin-Konsumenten erfolgte mit SPSS 22. Für jede im Fragebogen enthaltene Variable wurden deskriptive Statistiken erstellt (Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte). Zur Identifikation möglicher Subgruppen von Methamphetaminkonsumenten wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Anhand theoretischer Überlegungen zu empirischen Vorbefunden und nach Durchsicht der deskriptiven Befunde wurden dafür sieben Klassifikationsvariablen ausgewählt: Geschlecht, höchster erreichter Schulabschluss, Alter bei Erstkonsum, benötigte Menge pro Konsumeinheit, Straffälligkeit, Applikationsform und Konsummotive. Die Clusteranalyse wurde gemäß Bacher (2002) durchgeführt. Sämtliche nicht in die Clusteranalyse einbezogenen Passivvariablen wurden deskriptiv analysiert und zu einer weiterführenden inhaltlichen Interpretation der erhaltenen Cluster herangezogen.

6. Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan

6.1. Darstellung des Projektverlaufs

Eine zusammenfassende Darstellung des Arbeits- und Zeitplans zeigt Abbildung 6-1. Alle Projektaufgaben konnten weitgehend entsprechend dieser Planung realisiert werden. Die Auswertung der eingeschlossenen Daten erfolgte bis Dezember 2013. Eine erste gemeinsame Besprechung der Ergebnisse und weiterer geplanter Analysen fand am 01. November 2013 in Hamburg statt. Eine gemeinsame Präsentation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte mit dem ZIS und dem BMG am 19. Februar 2014 in Berlin.

Arbeiten	**Monate 2013**			
	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Sekundäranalysen				
Bericht				

M 1 **M 2**

Legende
Meilenstein 1 Erste Ergebnisse für das Expertentreffen am 01. 11. 2013 in Hamburg
Meilenstein 2 Bericht

Abbildung 6-1: Arbeits- und Zeitplan

6.2. Abweichungen vom Finanzierungsplan

Es gab keine Abweichungen vom ursprünglichen Finanzierungsplan.

6.3. Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit

Die durchgeführten Arbeiten haben sich im Hinblick auf die Realisierung der Projektziele als notwendig und angemessen erwiesen. Alle eingeschlossenen Studien wurden am IFT durchgeführt, sodass ein leichter struktureller Zugriff auf die Daten möglich war.

7. Ergebnisse

7.1. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)

7.1.1. Prävalenz

In Tabelle 7-1 sind soziodemographische Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen stratifiziert nach Geschlecht dargestellt. Insgesamt nimmt die Lebenszeiterfahrung mit dem Alter zu. Lediglich unter 13- bis 14-Jährigen liegt die Prävalenz mit 5,4 % etwas über dem Wert der 15-Jährigen (4,8 %). Unter 17- bis 19-Jährigen hat jeder Zehnte (10,1 %) schon einmal diese Substanzen probiert. Hauptschüler wiesen mit insgesamt 9,6 % den höchsten Anteil an Amphetaminkonsumenten auf. Unter Gymnasiasten lag die Prävalenz mit 4,3 % weniger als halb so hoch. Regionale Unterschiede weisen auf höhere Raten in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu den übrigen Bundesländern hin. Deutlich höhere Werte fanden sich auch für Schülerinnen und Schüler, die nicht in Deutschland geboren wurden und die die Beziehung zu ihren Eltern als unterdurchschnittlich einschätzten. Eine vergleichsweise höhere Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen war darüber hinaus assoziiert mit schlechten Schulleistungen und einem geringen Familienwohlstand. Generell fallen die Anteile an Konsumenten unter Mädchen geringer aus als die Anteile unter Jungen. Besonders deutlich war dieser Unterschied für Haushalte in denen fünf und mehr Personen lebten: hier lag die Lebenszeitprävalenz der Jungen bei 13,6 % und die der Mädchen bei 1,9 %. Umgekehrt war der Anteil weiblicher Konsumenten bei mangelhafter/ungenügenden Schulleistungen größer.

Tabelle 7-1: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen nach Soziodemographie, sozialer Unterstützung und Geschlecht in Prozent

		n	Gesamt	Jungen	Mädchen
Gesamt		6.182	6,0	7,2	4,9*
Alter	13-14 Jahre	526	5,4	8,7	3,1*
	15 Jahre	2.739	4,8	5,2	4,4
	16 Jahre	2.297	6,3	7,6	5,2
	17-19 Jahre	620	10,1	11,1	8,6
Schulform	Hauptschule	402	9,6	11,5	7,3
	Realschule	2.375	6,0	6,6	5,4
	Gymnasium	2.705	4,3	5,0	3,8
	Gesamtschule	700	7,3	9,3	5,5
Bundesland	Bayern	1.634	5,5	6,7	4,4*
	Berlin	861	5,1	5,8	4,5
	Brandenburg	1.185	8,7	10,5	7,0
	Mecklenburg-Vp.	1.449	9,2	10,0	8,4
	Thüringen	1.053	6,7	7,8	5,7
Schulleistungen	sehr gut/gut	2.899	3,9	5,1	3,0
	befriedigend/ausreichend	3.225	7,6	8,6	6,6
	mangelhaft/ungenügend	38	12,2	7,1	17,0
Geburtsland	Deutschland	5.878	5,8	7,0	4,8*
	Anderes Land	269	9,4	10,6	8,4
Geburtsland Vater	Deutschland	5.380	5,7	7,1	4,4*
	Anderes Land	767	7,5	7,4	7,6
Geburtsland Mutter	Deutschland	5.432	6,0	7,2	4,9*
	Anderes Land	714	6,0	7,3	4,9
Haushaltsgröße	≤ 2	2.180	8,3	8,5	8,1
	3	2.757	5,3	6,9	4,0*
	4	1.026	3,9	4,8	3,1
	≥ 5	188	7,7	13,6	1,9*
Familienwohlstand	unterdurchschnittlich	416	7,1	10,5	3,8*
	durchschnittlich	3.274	5,2	6,0	4,6
	überdurchschnittlich	2.376	6,9	8,3	5,4*
Beziehung zur Mutter	Unzufrieden	394	15,1	17,6	13,6
	Weder noch	387	6,3	4,9	7,2
	Zufrieden	5.315	5,3	6,7	4,0*
Beziehung zum Vater	Unzufrieden	568	13,9	15,4	12,9
	Weder noch	511	7,8	7,2	8,3
	Zufrieden	4.729	4,8	6,3	3,3*
Beziehung zu Freunden	Unzufrieden	58	6,1	11,1	1,5*
	Weder noch	158	14,5	14,4	14,8
	Zufrieden	5.900	5,8	7,0	4,8*

Ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf die Gesamtstichprobe.
* p<.05 für den Vergleich der Lebenszeitprävalenz zwischen den Geschlechtern (Referenz: Jungen).

7.1.2. Trends

Der Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen hat zwischen 2003 und 2011 zugenommen. Seit 2007 sind allerdings keine Veränderungen mehr festzustellen. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass die Zunahme lediglich bei Jungen zu beobachten ist. Im Schulvergleich weisen Gymnasiasten die niedrigste Konsumprävalenz über die Jahre auf (2011: 4,3 %), Haupt- und Gesamtschüler hingegen zeigen die höchsten Raten (2011: Hauptschule: 9,6 %, Gesamtschule: 7,3 %).

Vergleicht man die Trends der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen über den Zeitraum 2003 bis 2011 zwischen den Bundesländern, weisen Brandenburg mit 10,4 % und Mecklenburg-Vorpommern mit 11,8 % im Jahr 2007 die größten Konsumentenanteile auf (Tabelle 7-2). Die Prävalenzen liegen in den anderen Bundesländern insgesamt durchgehend unter 10 %. Dabei zeigen sich allerdings Subgruppenunterschiede. In Bayern und Brandenburg hat der Konsum unter Jungen zugenommen, während sich für Mädchen im Beobachtungszeitraum in keinem Bundesland statistisch bedeutsame Unterschiede feststellen lassen. Signifikante Unterschiede über die Zeit im Vergleich zum Referenzjahr 2011 finden sich vor allem bei Gesamtschülern. Gerade bei Gesamtschülern in Brandenburg zeigt sich eine starke Zunahme der Prävalenzen um fast 10 Prozentpunkte.

Tabelle 7-2: Trends der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen, 2003-2011

			Geschlecht		Schulform			
		Gesamt	**Jungen**	**Mädchen**	**HS**	**RS**	**GY**	**GS**
Gesamt	2003	5,4*	5,0*	5,8	7,8	6,3	3,0*	5,8*
	2007	5,9	7,1	4,8	6,2*	6,2	4,6	8,9
	2011	6,0	7,2	4,9	9,6	6,0	4,3	7,3
Bayern	2003	4,9	4,2*	5,6	7,9	5,2	2,1*	a)
	2007	4,5	6,0	3,4	5,9	3,9	4,2	-
	2011	5,5	6,7	4,4	9,2	4,2	4,6	-
Berlin	2003	4,6	5,0	4,2	7,2	6,4	2,9	4,2
	2007	4,6	4,9	4,2	7,9	6,6*	2,2	4,7
	2011	5,1	5,8	4,5	12,6	9,9	1,9	3,8
Brandenburg	2003	6,3	5,6*	6,9	b)	8,0	4,7	6,6*
	2007	10,4	11,8	9,0	-	11,4	7,0	14,4
	2011	8,7	10,5	7,0	-	11,0	4,6	16,0
Mecklenburg-Vorpommern[c)]	2003	7,5	7,5	7,5	10,6	9,0	4,4	5,8
	2007	11,8	12,1	11,5	14,8	14,6	8,1	12,7*
	2011	9,2	10,0	8,4	-	11,6	7,6	4,8
Thüringen	2003	5,4	2,3	5,5	4,2*	6,9	3,6	5,2*
	2007	7,0	7,9	6,2	4,4	7,6	5,5	8,4
	2011	6,7	7,8	5,7	11,4	7,8	3,5	10,9

HS Hauptschule. RS Realschule. GY Gymnasium. GS Gesamtschule.
* p<.05 für Vergleich mit Referenzjahr 2011; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr, Alter, Geschlecht.
a) Gesamt-, Waldorfschulen wurden aufgrund geringer Fallzahlen nicht befragt.
b) Separate Hauptschulen gibt es in Brandenburg nicht. Mit Versetzung in die zehnte Klasse wird in jeder Schulform der Hauptschulabschluss erworben.
c) In Mecklenburg-Vorpommern wurden in den letzten Jahren im Rahmen einer Schulreform Real- und Hauptschulen flächendeckend durch Regionale Schulen ersetzt. In der Erhebung 2007 betraf dies fast ausschließlich die 9. Jahrgangsstufe. Da eine Aufgliederung nach Schulform nicht möglich war, wurden Regionale Schulen unter Gesamtschulen subsumiert. Im Jahr 2011 werden keine separaten Haupt- oder Realschulen mehr geführt; Regionale Schulen werden daher unter Realschulen subsumiert.

7.1.3. Frequenz

Aus Tabelle 7-3 ist ersichtlich, dass die überwiegende Mehrheit der Konsumenten von Aufputschmitteln/Amphetaminen Gelegenheitskonsumenten sind. Mehr als die Hälfte der Konsumenten (gesamt: 57,5 %) gab an, in ihrem Leben nur ein oder zweimal diese Substanzen genommen zu haben. Dieses Bild ist über beide Geschlechter und alle Schulformen hinweg einheitlich. Häufigerer Konsum ist eher selten. Dreimal oder häufiger Amphetamine konsumiert zu haben, geben zwischen 20 und 30 % der Konsumenten an, über fünfmaligen Konsum etwa 10 %. Einzige Ausnahme bilden Mädchen, von denen 10,0 % im Leben über 40mal Aufputschmittel konsumiert haben.

Tabelle 7-3: Lebenszeitfrequenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen, auf Konsumenten bezogen in Prozent

		Gesamt				**Frequenz**			
		n	**k.A.**	**1-2x**	**3-5x**	**6-9x**	**10-19x**	**20-39x**	**>40x**
Gesamt		422	14,5	57,5	11,9	6,7	2,1	0,5	6,8
Geschlecht	Jungen	222	16,3	55,1	13,0	8,1	2,1	0,9	4,4
	Mädchen	200	12,1	60,6	10,5	4,8	2,0	0,0	10,0
Schulform	Hauptschule	39	28,2	51,3	6,1	6,0	0,0	0,0	8,4
	Realschule	199	9,9	53,5	17,5	7,9	3,9	1,5	5,8
	Gymnasium	125	6,7	68,4	11,5	6,6	1,2	0,0	5,7
	Gesamtschule	59	17,7	57,4	7,9	3,7	3,3	0,0	0,1

7.1.4. Erstkonsumalter

Abbildung 7-1 veranschaulicht die kumulative Inzidenz des Erstkonsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen. Die Graphik zeigt, dass 8,3 % der Jungen und 5,5 % der Mädchen bis zum Alter von 16 Jahren erstmals Amphetamine konsumiert haben. Dabei zeigen die Kurven bis zum 13. Lebensjahr einen fast parallelen Verlauf. Ab einem Alter von 14 Jahren steigt die Kurve unter Jungen stärker an.

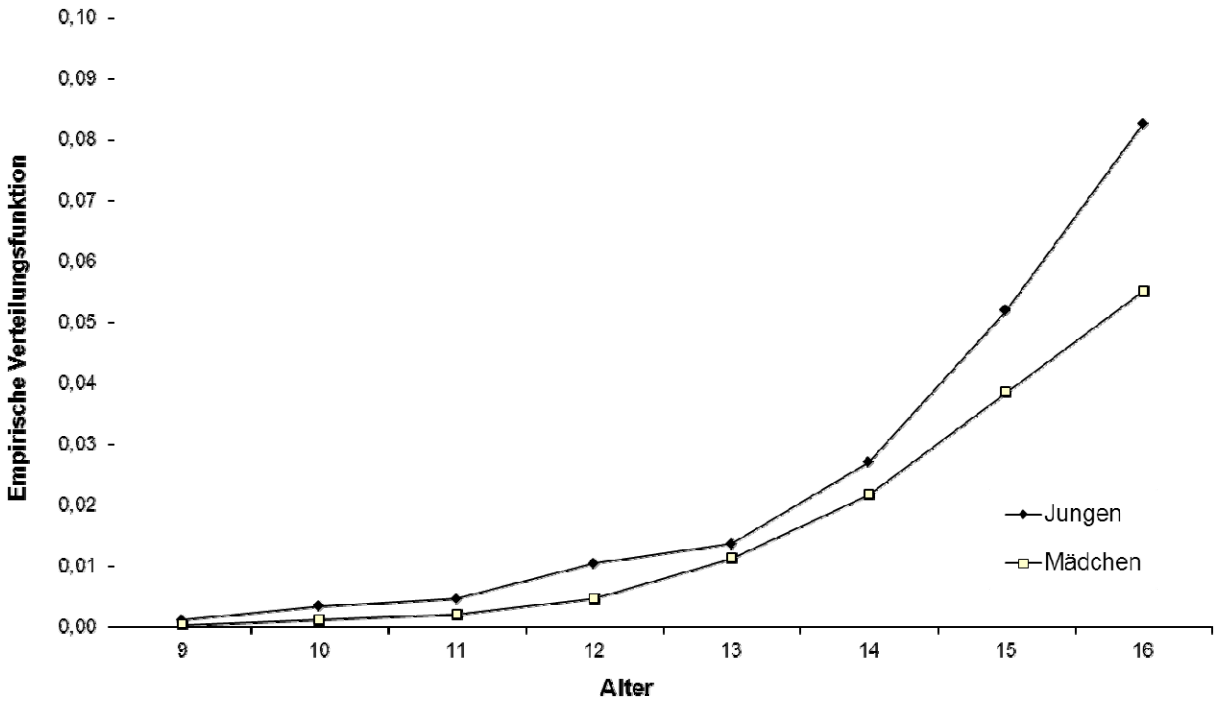

Abbildung 7-1: Kumulative Inzidenz des Erstkonsums von Aufputschmitteln / Amphetaminen

7.1.5. Polykonsum

Tabelle 7-4 verdeutlicht, dass 10,3 % der Amphetaminkonsumenten im Leben ausschließlich Aufputschmittel konsumiert haben (reine Amphetaminkonsumenten, 0 zusätzliche Substanzen im Leben konsumiert). Etwa jeweils ein Fünftel der Amphetaminkonsumenten gab an, zwischen ein und drei zusätzliche Substanzen konsumiert zu haben. Der Anteil derjenigen, die mehr als drei zusätzliche Substanzen konsumiert haben liegt bei 29,8 %, wobei die Anteile stetig kleiner werden, je mehr zusätzliche Substanzen konsumiert werden.

Tabelle 7-4: Lebenszeitprävalenz der Anzahl zusätzlich zu Amphetaminen konsumierter Substanzen

Zusätzliche Substanzen	n	(%)
0	59	10,3
1	90	20,0
2	76	21,1
3	62	18,8
4	49	9,9
5	33	8,0
6	28	5,9
7	18	4,6
8	7	1,4

Die Mehrheit der Amphetaminkonsumenten sind bezogen auf die Erfahrung mit anderen psychoaktiven Substanzen im Leben Polykonsumenten (Tabelle 7-5). Etwa 9 von 10 Amphetaminkonsumenten (89,7 %) gaben an, mindestens eine weitere Droge neben Aufputschmitteln/Amphetaminen konsumiert zu haben, wobei Alkohol und Tabak hierbei nicht berücksichtigt wurden. Zusätzlich zu Amphetaminen wurden am häufigsten Cannabis (79,3 %) und am seltensten GHB (22,5 %) konsumiert. Umgekehrt werden Aufputschmittel/Amphetamine häufig zusätzlich zu anderen Drogen konsumiert. So gaben zwischen 20,6 % der Konsumenten von Schnüffelstoffen und 73,2 % der Konsumenten von GHB an, in ihrem Leben bereits Aufputschmittel/Amphetamine probiert zu haben.

Tabelle 7-5: Kombination des Konsums von Amphetaminen und anderen illegalen Drogen bzw. Schnüffelstoffen und Medikamenten (bedingte Lebenszeitprävalenz in Prozent)

	Cannabis	**Kokain**	**Amphetamine**	**Ecstasy**	**LSD**	**GHB**	**Drogenpilze**	**Schnüffel-stoffe**	**Tranquilizer/Sedativa**	**Mindestens eine andere**
Cannabis (n = 1.297)			21,4							
Kokain (n = 218)			53,0							
Amphetamine (n = 422)	79,3	27,3	-	34,3	27,7	22,5	26,5	36,3	23,9	89,7
Ecstasy (n = 216)			68,3							
LSD (n = 172)			63,5							
GHB (n = 123)			73,2							
Drogenpilze (n = 215)			52,2							
Schnüffelstoffe (n = 582)			20,6							
Tranquilizer/Sedativa (n = 149)			61,5							

Ein Vergleich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums nach Erfahrung mit anderen Substanzen zeigt nur marginale soziodemographische Unterschiede (Tabelle 7-6). Von allen reinen Amphetaminkonsumenten sind 51,9 % weiblich und 53,3 % sind 16 Jahre alt. Jeweils etwa ein Drittel besucht eine Hauptschule oder eine Realschule. Reine Amphetaminkonsumenten kommen v.a. aus Mecklenburg-Vorpommern (37,7 %), Brandenburg (27,5 %) und Thüringen (24,8 %). Signifikanzprüfungen zwischen Rein- und Mischkonsumenten zeigen einen bedeutsamen Einfluss des Alters, d.h. Mischkonsumenten sind älter als Reinkonsumenten.

Tabelle 7-6: Soziodemographische Charakteristika von Personen mit reinem Amphetamin- bzw. Mischkonsum (alle LZ-Konsumenten) in Prozent

		Reinkonsum	Mischkonsum	p-Wert
		(n = 59)	(n = 363)	
Geschlecht				*p* = .425
	Jungen	48,1	57,9	
	Mädchen	51,9	42,1	
Alter				*p* < .05
	13-14 Jahre	3,3	8,4	
	15 Jahre	39,5	32,8	
	16 Jahre	53,3	38,1	
	17-19 Jahre	4,0	20,7	
Schulform				*p* = .310
	Hauptschule	31,6	25,6	
	Realschule	36,3	36,4	
	Gymnasium	14,8	29,8	
	Gesamtschule	17,3	8,2	
Bundesland				*p* = .070
	Bayern	13,1	21,6	
	Berlin	0,9	11,4	
	Brandenburg	27,5	22,8	
	Mecklenburg-Vp.	33,7	29,5	
	Thüringen	24,8	14,6	

Definition: **Reinkonsum**: Außer Amphetaminen keine weitere der folgenden Substanzen im Leben konsumiert: Cannabis, Kokain, Ecstasy, LSD, GHB, Drogenpilze, Schnüffelstoffe, Tranquilizer/Sedativa. **Mischkonsum**: mindestens eine weitere der Substanzen im Leben probiert. Chi² Test für den Vergleich zwischen Rein- und Mischkonsumenten.

7.1.6. Subjektive Verfügbarkeit

Die subjektive Einschätzung der Verfügbarkeit von Amphetaminen ist in Tabelle 7-7 dargestellt. Fast die Hälfte der befragten Schüler hält es für unmöglich bzw. sehr schwierig, Zugang zu Amphetaminen zu erhalten (48,6 %). Etwa ein Sechstel (16,5 %) konnte dazu keine Aussage treffen, wobei man annehmen kann, dass für diejenigen der Zugang zu Amphetaminen zumindest schwierig sein dürfte. Im Allgemeinen schätzen Jungen die Verfügbarkeit von Amphetaminen eher leichter ein (leicht: 14,4 % bzw. sehr leicht: 6,9 %) als Mädchen (leicht: 11,9 % bzw. sehr leicht: 4,2 %). Im Schulvergleich zeigt sich, dass Hauptschüler ein differenziertes Bild der Verfügbarkeit von Amphetaminen aufzeigen als Schüler andere Schulformen. Während der größte Anteil der Hauptschüler (36,9 %) es für unmöglich hält, an Amphetamine heranzukommen, glauben gleichzeitig 21,8 % dies leicht bzw. sehr leicht zu können.

Tabelle 7-7: Subjektive Einschätzung der Verfügbarkeit von Amphetaminen

		Geschlecht		Schulform			
	Gesamt	**Jungen**	**Mädchen**	**HS**	**RS**	**GY**	**GS**
weiß nicht	16,5	15,0	17,8	15,1	15,8	17,5	17,4
unmöglich	27,3	25,6	28,9	36,9	28,7	21,8	29,0
sehr schwierig	21,3	20,8	21,9	12,0	20,0	26,9	18,4
ziemlich schwierig	16,3	17,4	15,3	14,2	15,6	18,1	14,6
leicht	13,1	14,4	11,9	14,2	13,8	11,8	14,3
sehr leicht	5,5	6,9	4,2	7,6	6,0	4,0	6,3

HS Hauptschule. RS Realschule. GY Gymnasium. GS Gesamtschule.

Tabelle 7-8 verdeutlicht soziodemographische Unterschiede von Personen, welche die subjektive Verfügbarkeit von Aufputschmitteln/Amphetaminen eher leicht bzw. eher schwer einschätzen. Jugendliche, die einen vergleichsweise leichten Zugang zu diesen Substanzen haben, sind zu einem größeren Anteil Lebenszeitkonsumenten (25,4 vs. 1,6 %), Jungen (54,6 vs. 46,0 %) und älter. Darüber hinaus kommen sie eher aus Brandenburg (21,4 vs. 18,6 %) und Mecklenburg-Vorpommern (27,6 vs. 22,4 %), haben durchschnittliche Schulleistungen (66,1 vs. 53,7 %), leben in kleinen Haushalten (38,2 vs. 28,2 %) und kommen aus Familien mit unter- oder überdurchschnittlichem Wohlstand (7,0 vs. 4,9 % bzw. 47,0 vs. 40,7 %).

Tabelle 7-8: Soziodemographische Charakteristika von Jugendlichen mit eher leichter bzw. eher schwerer subjektiver Verfügbarkeit von Aufputschmitteln/Amphetaminen in Prozent

		Eher leicht	Eher schwer	p-Wert
		(n = 1.246)	(n = 4.911)	
Amphetaminkonsum (LZ)				*p*<.001
	ja	25,4	1,6	
	nein	74,6	98,4	
Geschlecht				*p*<.001
	Jungen	54,6	46,0	
	Mädchen	45,4	54,0	
Alter				*p*<.001
	13-14 Jahre	7,1	9,1	
	15 Jahre	36,4	43,5	
	16 Jahre	40,3	37,3	
	17-19 Jahre	16,1	10,1	
Schulform				*p*=.055
	Hauptschule	19,2	15,8	
	Realschule	39,0	35,9	
	Gymnasium	33,5	41,0	
	Gesamtschule	8,4	7,4	
Bundesland				*p*<.01
	Bayern	22,1	27,6	
	Berlin	14,5	13,7	
	Brandenburg	21,4	18,6	
	Mecklenburg-Vp.	27,6	22,4	
	Thüringen	14,4	17,7	
Schulleistungen				*p*<.001
	sehr gut/gut	33,0	45,8	
	befriedigend/ausreichend	66,1	53,7	
	mangelhaft/ungenügend	0,9	0,5	
Geburtsland				*p*=.124
	Deutschland	93,8	95,5	
	Anderes Land	6,2	4,5	
Geburtsland Vater				*p*=.203
	Deutschland	80,7	83,2	
	Anderes Land	19,3	16,8	
Geburtsland Mutter				*p*=.445
	Deutschland	82,6	84,1	
	Anderes Land	17,4	15,9	

Haushaltsgröße				*p*<.001
	≤ 2	38,2	28,2	
	3	44,2	49,1	
	4	14,2	19,6	
	≥ 5	3,4	3,0	
Familienwohlstand				*p*<.01
	unterdurchschnittlich	7,0	4,9	
	durchschnittlich	46,0	54,4	
	überdurchschnittlich	47,0	40,7	

Definition**: Eher leicht:** Einschätzung der subjektiven Verfügbarkeit der Kategorien "leicht" oder "sehr leicht";
Eher schwer: Einschätzung der subjektiven Verfügbarkeit der Kategorien "ziemlich schwierig", "sehr schwierig" oder "unmöglich". Kategorie „weiß nicht“ ist nicht berücksichtigt. Chi² Test für den Vergleich zwischen den Gruppen der Einschätzung der subjektiven Verfügbarkeit.

7.1.7. Subjektive Einschätzung des Risikos

Die subjektive Einschätzung des Risikos für körperliche und andere Schäden bei ein- bis zweimaligem Konsum von Amphetaminen ist in Tabelle 7-9 dargestellt. Jeder Vierte (24,0 %) schätzt das Risiko für körperliche und andere Schäden als groß ein, ein Zehntel (9,4 %) geht davon aus, es bestünde kein Risiko. Insgesamt gaben mehr Jungen (26,6 %) als Mädchen (21,8 %) an, beim ein- oder zweimaligen Amphetaminkonsum bestünde ein großes Risiko für körperliche und andere Schäden. Die subjektive Einschätzung ist weitestgehend von der Schulform unabhängig, jedoch sehen nur 20,8 % der Gymnasiasten aber 28,6 % der Hauptschüler ein großes Risiko im ein- bis zweimaligem Konsum von Aufputschmitteln.

Tabelle 7-9: Subjektive Einschätzung des Risikos für körperliche und andere Schäden bei 1-2maligem Konsum von Amphetaminen

		Geschlecht		**Schulform**			
	Gesamt	**Jungen**	**Mädchen**	**HS**	**RS**	**GY**	**GS**
weiß nicht	10,3	10,7	10,0	14,0	10,1	8,6	12,2
kein Risiko	9,4	11,0	7,9	8,4	9,5	9,9	8,5
leichtes Risiko	27,7	25,5	29,6	25,0	26,9	29,4	28,7
mäßiges Risiko	28,5	26,2	30,7	24,0	27,6	31,3	28,3
großes Risiko	24,0	26,6	21,8	28,6	25,9	20,8	22,3

HS Hauptschule. RS Realschule. GY Gymnasium. GS Gesamtschule.

Als deutlich riskanter wird der regelmäßige Konsum von Amphetaminen eingeschätzt (Tabelle 7-10). So geben insgesamt 77,5 % der Schüler an, es bestünde ein großes Risiko für körperliche und andere Schäden. Der Geschlechtervergleich zeigt, dass mehr Mädchen (81,8 %) als Jungen (72,8 %) das Risiko groß einschätzen. Im Gegensatz zum ein- bis zweimaligen Konsum glauben 81,0 % der Gymnasiasten aber nur 71,0 % der Hauptschüler,

es bestünde ein großes Risiko für körperliche und andere Schäden bei regelmäßigem Amphetaminkonsum.

Tabelle 7-10: Subjektive Einschätzung des Risikos für körperliche und andere Schäden bei regelmäßigem Konsum von Amphetaminen

		Geschlecht		Schulform			
	Gesamt	**Jungen**	**Mädchen**	**HS**	**RS**	**GY**	**GS**
weiß nicht	9,8	11,3	8,4	12,6	10,3	7,7	12,7
kein Risiko	1,2	1,8	0,6	1,6	1,0	1,0	2,0
leichtes Risiko	1,6	2,2	1,0	3,0	1,8	0,8	1,8
mäßiges Risiko	9,9	11,8	8,1	11,8	9,3	9,4	10,6
großes Risiko	77,5	72,8	81,8	71,0	77,6	81,0	72,8

HS Hauptschule. RS Realschule. GY Gymnasium. GS Gesamtschule.

Tabelle 7-11 zeigt einen Vergleich der Charakteristika von Jugendlichen mit geringer vs. hoher Risikoeinschätzung durch den Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen. Signifikante Unterschiede fanden sich hinsichtlich des Anteils an Amphetaminkonsumenten, des Geschlechts, der Schulform, der Schulleistungen und des Geburtslands ($p<.05$ bis $p<.001$). In der Subgruppe von Personen, die das Risiko niedrig einschätzen, ist der Anteil der Lebenszeitkonsumenten, von Jungen, von Hauptschülern, Schülern mit durchschnittlichen Schulleistungen und von im Ausland Geborenen höher als in der Gruppe derer, die das Risiko als groß einschätzen.

Tabelle 7-11: Soziodemographische Charakteristika von Personen mit geringer bzw. großer Risikoeinschätzung des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen in Prozent

		gering	groß	p-Wert
		(n = 161)	(n = 5.336)	
Amphetaminkonsum (LZ)				*p*<.001
	ja	23,1	5,5	
	nein	76,9	94,5	
Geschlecht				*p*<.001
	Jungen	68,6	46,0	
	Mädchen	31,4	54,0	
Alter				*p*=.808
	13-14 Jahre	10,4	9,1	
	15 Jahre	39,3	42,0	
	16 Jahre	41,6	37,8	
	17-19 Jahre	8,6	11,1	
Schulform				*p*<.05
	Hauptschule	27,1	15,5	
	Realschule	35,8	36,1	
	Gymnasium	26,5	41,1	
	Gesamtschule	10,6	7,2	
Bundesland				*p*=.776
	Bayern	27,0	26,7	
	Berlin	13,2	13,8	
	Brandenburg	22,8	19,1	
	Mecklenburg-Vp.	23,7	23,4	
	Thüringen	13,3	17,0	
Schulleistungen				*p*<.001
	sehr gut/gut	25,1	44,7	
	befriedigend/ausreichend	73,9	54,8	
	mangelhaft/ungenügend	1,0	0,5	
Geburtsland				*p*<.05
	Deutschland	89,2	95,4	
	Anderes Land	10,8	4,6	
Geburtsland Vater				*p*=.507
	Deutschland	80,5	83,4	
	Anderes Land	19,5	16,6	
Geburtsland Mutter				*p*=.779
	Deutschland	85,4	84,1	
	Anderes Land	14,6	15,9	

Haushaltsgröße				*p*=.235
	≤ 2	40,1	30,3	
	3	36,9	48,7	
	4	19,2	18,0	
	≥ 5	3,8	3,0	
Familienwohlstand				*p*=.858
	unterdurchschnittlich	4,5	5,3	
	durchschnittlich	51,2	52,9	
	überdurchschnittlich	44,4	41,8	

Definition: **Gering:** Risikoeinschätzung für regelmäßigen Konsum (Kategorien "kein Risiko" oder "leichtes Risiko")
Groß: Risikoeinschätzung für regelmäßigen Konsum (Kategorien „mäßiges Risiko“ oder "großes Risiko"). Chi² Test für den Vergleich zwischen den Risikogruppen.

7.2. Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)

7.2.1. Prävalenz

In Tabelle 7-12 sind die Prävalenzen des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) nach Alter und Geschlecht dargestellt. Insgesamt lag die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums im Jahr 2012 bei 3,1 %. Die Anteile der Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz liegen im Alter von 25 bis 29 Jahren am höchsten (Lebenszeit: 6,8 %, 12 Monate: 2,4 %, 30 Tage: 1,5 %). Männer weisen insgesamt und in allen Altersgruppen unter 50 Jahren höhere Prävalenzwerte auf als Frauen.

Tabelle 7-12: Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln / Amphetaminen nach Alter und Geschlecht in Prozent

	Gesamt		Altersgruppen						
			18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Gesamt	**9.051[1)]**		**1.145**	**988**	**897**	**1.393**	**1.652**	**1.891**	**1.085**
Lebenszeit	3,1	(234)	2,4	4,5	6,8	5,3	2,1	1,5	1,3
12 Monate	0,7	(60)	1,6	2,1	2,4	0,6	0,5	0,1	0,0
30 Tage	0,4	(28)	0,9	0,4	1,5	0,3	0,3	0,1	0,0
Männer	**3.915**		**545**	**436**	**369**	**521**	**721**	**827**	**496**
Lebenszeit	4,4	(140)	3,5	6,4	10,0	7,3	3,1	1,8	1,7
12 Monate	1,2	(41)	2,2	3,0	3,6	1,0	1,0	0,2	0,0
30 Tage	0,6	(20)	1,0	0,8	2,3	0,5	0,6	0,2	0,0
Frauen	**5.136**		**600**	**552**	**528**	**872**	**931**	**1.064**	**589**
Lebenszeit	1,8	(94)	1,3	2,6	3,5	3,1	1,0	1,3	0,9
12 Monate	0,3	(19)	1,0	1,1	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0
30 Tage	0,1	(8)	0,7	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0

[1)] Ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf den Anteil der Gesamtstichprobe mit validen Angaben auf mindestens einer Variable.

Tabelle 7-13 zeigt die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen unter 18- bis 64-Jährigen stratifiziert nach soziodemographischen Merkmalen. Vergleichsweise hohe Konsumentenanteile finden sich unter Ledigen und Personen mit geringem Haushaltsnettoeinkommen. Bezüglich des sozioökonomischen Status (SES) zeigt sich ein klarer negativer Gradient. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln. Hinsichtlich der Bildungsstruktur ist hingegen kein klarer Trend erkennbar: höhere Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz finden sich sowohl in der Gruppe mit niedriger Bildung (ISCED Level 1) als auch in der Gruppe mit mittlerer Bildung (ISCED Level 3). Über fast alle erhobenen Merkmale hinweg lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen feststellen, wobei die Anteile der Männer fast immer über denen der Frauen liegen.

Tabelle 7-13: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen unter 18- bis 64-Jährigen nach soziodemografischen Merkmalen

		n	Gesamt	Männer	Frauen
Bildung (ISCED)	Level 1	1.139	4,9	7,6	2,2*
	Level 2	4.122	2,6	3,7	1,5*
	Level 3	828	4,7	7,2	3,2*
	Level 4	2.849	2,9	3,8	1,8*
Familienstand	Ledig	3.784	5,7	7,4	3,3*
	Verheiratet	4.364	1,4	1,8	1,1
	Verwitwet/Geschieden	710	3,3	5,6	1,7*
Haushaltsnettoeinkommen	< 1.000 Euro	760	7,5	11,8	2,9*
	1.000-2.000 Euro	2.030	4,4	6,4	2,6*
	> 2.000 Euro	5.404	2,1	2,7	1,4*
Migrationshintergrund	nein	7.018	2,9	4,0	1,9*
	ja	1.411	3,5	6,0	1,0*
SES	niedrig	1.359	5,6	9,3	1,4*
	mittel	4.112	2,9	3,6	2,2
	hoch	3.375	1,9	2,4	1,4*
Bundesland	Schleswig-Holstein	258	5,3	7,7	3,0
	Hamburg	201	4,5	5,6	3,5
	Niedersachsen	922	1,9	3,2	0,6*
	Bremen	71	0,7	0,0[a)]	1,5
	Nordrhein-Westfalen	1.900	3,7	5,3	1,7*
	Hessen	637	3,2	3,2	3,1
	Rheinland-Pfalz	395	4,2	6,1	2,3
	Baden-Württemberg	1.232	2,0	2,7	1,5
	Bayern	1.513	1,9	2,6	1,3
	Saarland	104	1,1	2,1	0,0[a)]
	Berlin	314	5,9	7,4	4,4
	Brandenburg	272	0,5	0,4	0,6
	Mecklenburg-Vp	110	8,2	16,0	1,3*
	Sachsen	490	4,5	6,5	2,5
	Sachsen-Anhalt	282	4,5	6,8	2,6
	Thüringen	245	1,8	3,0	0,0[a)]

n: ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf Gesamt. ISCED International Standard Classification of Education.
* p<.05 für den Vergleich der Lebenszeitprävalenz zwischen den Geschlechtern (Referenz: Männer).
[a)] Bei Leerzellen (0,0 %) keine Signifikanzprüfung möglich

7.2.2. Trends

Tabelle 7-14 veranschaulicht die Veränderungen der Prävalenzen des Amphetaminkonsums 18- bis 24-Jähriger von 1980 bis 2012. Generell ist eine Zunahme der Lebenszeitprävalenz bis 1995, ein deutlicher Rückgang im Jahr 1997 sowie eine anschließende Zunahme bis zu einem Maximum in den Jahren 2003 und 2006 zu beobachten. Zwischen 2009 und 2012 ist wiederum ein Rückgang zu verzeichnen. Der höchste Wert in der Lebenszeitprävalenz wurde bei Männern für das Jahr 1995 (8,1 %) und bei Frauen für das Jahr 2003 (5,2 %) ermittelt.

Ähnliche Verläufe zeigen sich für die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie für Männer und Frauen.

Die Trends der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums 18- bis 39-Jähriger sind stratifiziert nach Bundesland für die Jahre 1990 bis 2012 in Tabelle 7-15 dargestellt. Ein signifikanter Anstieg der Raten seit 1990 zeigt sich für Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen (seit 1997), Rheinland-Pfalz, Berlin (seit 1997), Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Thüringen ist die Prävalenz zwischen 2009 und 2012 wieder deutlich zurückgegangen.

Tabelle 7-14: Trends der Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen 18- bis 24-Jähriger, 1980-2012

		Erhebungsjahr									
		1980	**1986**	**1990**	**1995**	**1997**	**2000**	**2003**	**2006**	**2009**	**2012**
Gesamt	Lebenszeit	2,7	2,6	2,6	5,9*	2,5	4,6	6,0*	5,4*	5,0*	3,0
	12 Monate	-	-	0,6*	3,1	1,8	2,7	3,1*	2,4	2,8*	1,3
	30 Tage	-	-	-	1,1	0,4	1,2	1,5*	1,4*	1,4*	0,5
Männer	Lebenszeit	3,2	3,0	2,5*	8,1*	4,2	5,6	6,8	5,6	6,4*	3,9
	12 Monate	-	-	0,7*	5,2*	3,4	3,4	4,1*	2,8	3,9*	1,7
	30 Tage	-	-	-	2,1	0,8	1,2	1,8	1,7	2,1*	0,6
Frauen	Lebenszeit	2,2	2,2	2,7	3,4	0,6*	3,5	5,2*	5,1*	3,5	2,1
	12 Monate	-	-	0,5*	0,7	0,0 [a)]	1,9	2,1	1,9	1,7	1,0
	30 Tage	-	-	-	0,1	0,0[a)]	1,1	1,3*	1,0	0,7	0,3

* p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

[a)] Bei Leerzellen (0,0 %) keine Signifikanzprüfung möglich.

Tabelle 7-15: Trends der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen 18-39-Jähriger nach Bundesland, 1990-2012

	Erhebungsjahr							
	1990	**1995**	**1997**	**2000**	**2003**	**2006**	**2009**	**2012**
Schleswig-Holstein	3,6*	1,1*	3,3	1,8*	5,0	5,2	7,5	7,3
Hamburg	9,2	3,8	2,0	3,9	6,3	1,5	3,4	9,1
Niedersachsen	2,6	3,6	3,7	1,5	4,1	2,8	3,2	2,8
Bremen	1,9	6,8	9,6	0,0[a)]	5,0	12,1	12,6	2,3
Nordrhein-Westfalen	3,7	4,2	1,4*	3,2	5,2	5,0	5,6	4,7
Hessen	4,0	6,0	2,9	4,8	5,0	4,0	5,2	5,1
Rheinland-Pfalz	1,5*	4,9	2,3	1,7*	5,0	3,8	8,7	4,3
Baden-Württemberg	2,5	5,6	3,1	4,2	4,5	3,6	4,1	3,2
Bayern	2,9	2,8	2,0	2,6	3,6	4,2	3,9	3,4
Saarland	[b)]	3,3	1,2	0,0	4,5	2,3	1,6	3,2
Berlin	5,7	3,2	1,9*	7,0	11,0	8,3	7,3	8,7
Brandenburg	0,0	0,0	3,0	0,0	4,5	2,4	7,8	1,6
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,0	0,0	5,1	2,4	5,0	6,5	10,0
Sachsen	0,2*	2,9	0,1*	1,8*	3,1	3,1	3,4	7,0
Sachsen-Anhalt	0,0	0,5*	0,4*	0,9*	2,0	3,3	7,0	8,4
Thüringen	0,0	0,7	0,9	4,1	2,2	0,0	7,7*	1,3

* p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, Geschlecht, Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

[a)] Bei Leerzellen (0,0 %) keine Signifikanzprüfung möglich.

[b)] Saarland wurde 1990 unter Rheinland-Pfalz erhoben.

7.2.3. Frequenz

In Tabelle 7-16 sind die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Frequenzen des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen bezogen auf die Konsumenten dargestellt. Generell lässt sich sagen, dass die Mehrheit der Konsumenten die Substanz mehr als einmal genutzt hat. Nur jeder Achte (12,4 %) Konsument gab an, Aufputschmittel/Amphetamine nur einmal in seinem Leben probiert zu haben. Von den 12-Monats-Konsumenten hat der größte Teil (26,1 %) Amphetamine zwei bis fünfmal in diesem Zeitraum konsumiert. Häufigerer Konsum ist deutlich seltener. Allerdings berichteten 24,0 % der Lebenszeit- und 14,9 % der 12-Monats-Konsumenten, Aufputschmittel/Amphetamine über 200mal konsumiert zu haben.

Tabelle 7-16: Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-Frequenz des Konsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen (Konsumenten) in Prozent

	Gesamt	**Frequenz**							
	n	**1x**	**2-5x**	**6-9x**	**10-19x**	**20-59x**	**60-99x**	**100-199x**	**≥200x**
Lebenszeit-Frequenz	221	12,4	18,0	10,9	14,8	12,4	4,9	2,6	24,0
12-Monats-Frequenz	56	16,0	26,1	9,9	9,1	5,7	9,4	9,0	14,9
	n	**1x**	**2-5x**	**6-9x**	**10-19x**	**20-30x**			
30-Tage-Frequenz	27	24,3	23,7	29,0	23,0				

7.2.4. Erstkonsumalter

Abbildung 7-2 veranschaulicht die kumulative Inzidenz des Erstkonsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen. Es wird deutlich, dass die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen einen früheren Erstkonsum aufweist als alle anderen Altersgruppen. Bis zum Alter von 29 Jahren haben 5,6 % bereits irgendwann Aufputschmittel konsumiert. Bei 18- bis 24-Jährigen und 30- bis 39-Jährigen zeigen sich ähnliche Verläufe, die jedoch ab dem 20. Lebensjahr weniger steil verlaufen. Die Befragten der Altersgruppen der 40- bis 64-Jährigen sind beim ersten Konsum von Amphetaminen älter als jüngere Befragte; der Verlauf der kumulativen Inzidenz des Erstkonsums steigt flach bis ins späte mittlere Erwachsenenalter an.

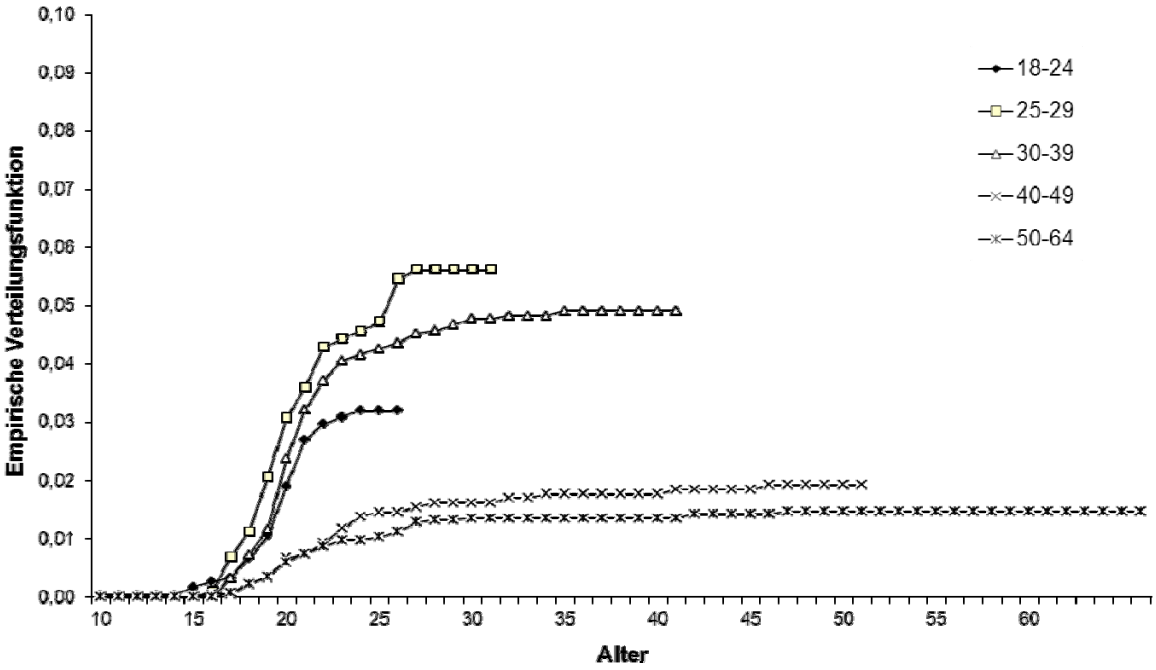

Abbildung 7-2: Kumulative Inzidenz des Erstkonsums von Aufputschmitteln/Amphetaminen

Es waren kaum nennenswerte soziodemographische Unterschiede zwischen Frühkonsumenten (Erstkonsumalter liegt unter 19,8 Jahren) und Spätkonsumenten (Erstkonsumalter liegt über 19,8 Jahren) von Aufputschmitteln/Amphetaminen feststellen (Tabelle 7-17). Lediglich der signifikante Altersunterschied deutet darauf hin, dass jüngere Probanden vermehrt Frühkonsumenten und ältere Befragte vermehrt Spätkonsumenten sind. So sind beispielsweise fast die Hälfte der Spätkonsumenten zwischen 40 und 64 Jahren, aber nur 4,2 % zwischen 18 und 24 Jahren alt.

Tabelle 7-17: Soziodemographische Unterschiede im Einstiegsalter in den Konsum von Aufputschmitteln/Amphetaminen (alle LZ-Konsumenten) in Prozent

		Früh	Spät	p-Wert
		(n = 150)	(n = 74)	
Geschlecht				*p*=.564
	Männer	70,4	75,1	
	Frauen	29,6	24,9	
Alter				*p*=<.001
	18-24 Jahre	21,7	4,2	
	25-39 Jahre	57,1	47,2	
	40-64 Jahre	21,2	48,6	
Bildung (ISCED)				*p*=.227
	Level 1	22,6	12,2	
	Level 2	47,0	43,6	
	Level 3	7,5	14,0	
	Level 4	22,8	30,2	
Familienstand				*p*=.940
	Ledig	62,3	65,4	
	Verheiratet	26,5	25,1	
	Verwitwet/Geschieden	11,2	9,5	
Haushaltsnettoeinkommen				*p*=.850
	< 1.000 Euro	22,6	24,3	
	1.000-2.000 Euro	36,2	39,2	
	> 2.000 Euro	41,2	36,5	
Migrationshintergrund				*p*=.370
	nein	78,8	85,3	
	ja	21,2	14,7	
SES				*p*=.748
	niedrig	36,6	34,7	
	mittel	46,9	44,1	
	hoch	16,5	21,2	

Definition: **Früh**: Erstkonsumalter < 19.8 Jahre. **Spät**: Erstkonsumalter >= 19.8 Jahre. Chi² Test für den Vergleich zwischen Früh- und Späteinsteigern.

7.2.5. Polykonsum

Tabelle 7-18 zeigt, dass 5,9 % der Amphetaminkonsumenten letzten 12 Monate in diesem Zeitraum ausschließlich diese Substanzen konsumiert haben. Fast die Hälfte (49,6 %) gab an, ein bis zwei zusätzliche Substanzen konsumiert zu haben (eine zusätzliche Substanz: 30,5 %; zwei zusätzliche Substanzen: 19,1 %). Zehn Substanzen zusätzlich zu Amphetaminen in den letzten 12 Monaten zumindest jeweils einmal konsumiert zu haben berichteten 6,3 % der Befragten.

Tabelle 7-18: Anzahl der in den letzten 12 Monaten zusätzlich zu Amphetaminen konsumierten Substanzen

Zusätzliche Substanzen	n	(%)
0	5	5,9
1	21	30,5
2	15	19,1
3	6	8,9
4	3	8,0
5	3	8,9
6	3	7,6
8	2	4,8
10	2	6,3

Insgesamt gaben 94,1 % der Amphetaminkonsumenten an, in den letzten 12 Monaten neben Amphetaminen mindestens eine weitere illegale Droge konsumiert zu haben (Tabelle 7-19). Etwa 9 von 10 Amphetaminkonsumenten konsumierten dabei auch Cannabis (90,5 %), fast jeder zweite auch Ecstasy (42,9 %) und Kokain (46,9 %). Umgekehrt werden Aufputschmittel häufig als Polykonsum von Konsumenten anderer Substanzen berichtet. Die Anteile der Konsumenten von Amphetaminen unter Konsumenten anderer Drogen rangierten zwischen 14,4 % (Cannabis) und 81,9 % (LSD). Alle Crack-Konsumenten (100 %) gaben an, auch Amphetaminen konsumiert zu haben, wobei verallgemeinernde Aussagen aufgrund der geringen Zellbesetzung von n = 4 Befragten nicht möglich sind.

Tabelle 7-19: Kombination des Konsums von Amphetaminen und anderen illegalen Drogen bzw. Schnüffelstoffen (bedingte 12-Monats-Prävalenz in Prozent)

	Cannabis	**Amphetamine**	**Ecstasy**	**LSD**	**Heroin**	**Andere Opiate**	**Kokain**	**Crack**	**Pilze**	**Spice, Smoke, Space o.ä.**	**Schnüffelstoffe**	**Mindestens eine andere**
Cannabis (n = 505)		14,4										
Amphetamine (n = 60)	90,5	-	42,9	31,3	19,1	16,8	46,9	15,1	34,9	15,5	16,5	94,1
Ecstasy (n = 30)		69,6										
LSD (n = 16)		81,9										
Heroin (n = 9)		69,5										
Andere Opiate (n = 19)		35,9										
Kokain (n = 54)		44,5										
Crack (n = 4)		100,0										
Pilze (n = 23)		78,0										
Spice, **Smoke**, **Space o.ä**. (n = 12)		68,0										
Schnüffelstoffe (n = 22)		37,8										

7.2.6. Substanzbezogene Störungen

In Tabelle 7-20 sind die 12-Monats-Prävalenzen amphetaminbezogener Störungen nach DSM-IV dargestellt. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wurde bei 0,1 % eine Abhängigkeit und bei 0,2 % ein Missbrauch von Amphetaminen/Aufputschmitteln festgestellt. Die Diagnosen erhielten überwiegend männliche Befragte im jungen Erwachsenenalter. Bezogen auf die Konsumenten der letzten 12 Monate finden sich höhere Prävalenzwerte. So hatte fast jeder Vierte (23,5 %) eine Missbrauchs- und jeder Sechste (16,9 %) eine Abhängigkeitsdiagnose. Wiederum waren vor allem Männer und unter 30-Jährige von einer Abhängigkeit betroffen.

Tabelle 7-20: 12-Monats-Prävalenz amphetaminbezogener Störungen nach DSM-IV

			Geschlecht		**Altersgruppen**						
	Gesamt		**Männer**	**Frauen**	**18-20**	**21-24**	**25-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-64**
Gesamtstichprobe	**9.056**		**3.918**	**5.138**	**1.147**	**990**	**897**	**1.393**	**1.652**	**1.892**	**1.085**
Missbrauch	0,2	(9)	0,3	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0
Abhängigkeit	0,1	(8)	0,2	0,0	0,4	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Konsumenten der letzten 12 Monate	**60**		**41**	**19**	**16**	**12**	**17**	**8**	**6**	**1**	**0**
Missbrauch	23,5	(9)	24,8	17,5	5,3	14,5	8,3	22,3	58,3	100,0	0,0
Abhängigkeit	16,9	(8)	18,7	9,2	22,5	3,5	42,9	0,0	0,0	0,0	0,0

7.3. Befragung von Suchthilfeeinrichtungen und Methamphetamin-Konsumenten

7.3.1. Ausmaß des Methamphetamin-Konsums

In den Einrichtungen der Phar-Mon-Stichprobe (Einrichtungen: n = 26-29) lag der Anteil an berichteten Klienten mit einer MA-bezogenen Störung unter den Klienten mit einer substanzbezogenen Störung (F10-F19) 2007 noch bei 0,9 % (Abbildung 7-3). Bis zum Jahr 2010 stieg er auf 1,2 % an. Von 2010 auf 2011 gab es den bisher stärksten Anstieg (+75 %) auf 2,1 %. Für 2011 wurden von der Phar-Mon-Stichprobe insgesamt 14.171 Klienten mit irgendeiner substanzbezogenen Störung gemeldet und 414 Klienten mit einer MA-bezogenen Störung.

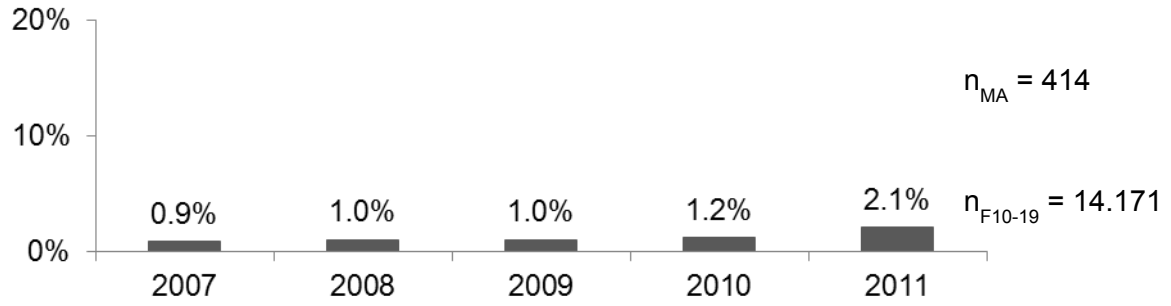

Abbildung 7-3: Anteil MA-Klienten an allen Betreuungen mit F10-F19 in der Phar-Mon-Stichprobe

In der grenznahen Stichprobe (Einrichtungen: n = 20-28) lag der Anteil an berichteten Klienten mit einer MA-bezogenen Störung unter allen berichteten Klienten mit einer substanzbezogenen Störung im gesamten erfragten Zeitraum nahezu zehnmal höher als in der Phar-Mon-Stichprobe (Abbildung 7-4). Auch hier gab es eine konstante Zunahme über die Jahre 2007 bis 2011, wobei sich der stärkste Anstieg von 2009 auf 2010 ereignete. Im Jahr 2011 lag der Anteil an MA-Klienten an allen Betreuungen im Grenzgebiet bei 14,7 %, mit 20.011 berichteten Klienten mit irgendeiner substanzbezogenen Störung und 1.700 berichteten Klienten mit MA-bezogenen Störungen.

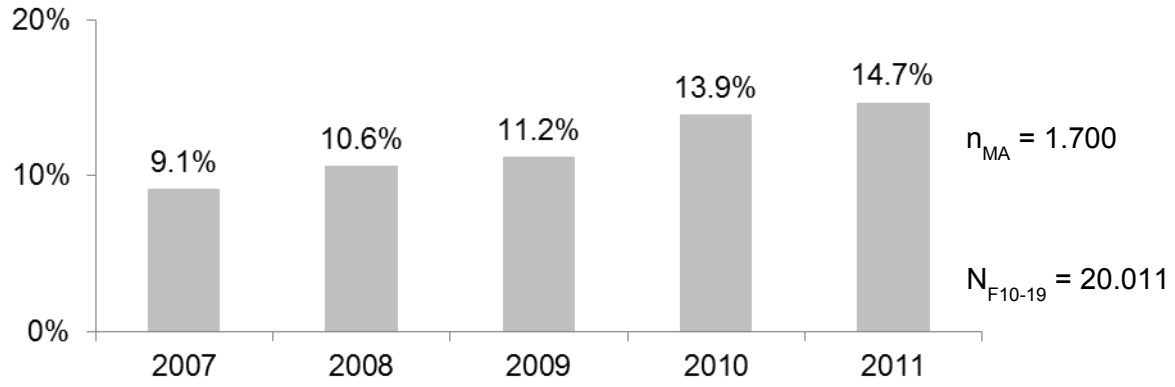

Abbildung 7.4: Anteil MA-Klienten an allen Betreuungen mit F10-F19 im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik

Sowohl die Items zur Anzahl der MA-Klienten als auch die Items zur Anzahl aller Klienten mit irgendeiner substanzbezogenen Störungen wurden für die Jahre 2007 bis 2011 jeweils von ca. 70 % der Einrichtungen der Phar-Mon Stichprobe und von ca. 50 % der Einrichtungen der grenznahen Stichprobe beantwortet. Eine Analyse der Stabilität der Stichproben ergab, dass diese zwischen 2007 und 2011 für beide Stichproben sehr hoch war.

Der Anteil an MA-Klienten an allen Betreuungen aufgrund der Hauptdiagnose F15 lag in der Phar-Mon-Stichprobe im Jahr 2007 bei 15,2 % und stieg über die Jahre hinweg deutlich an (20,7 % im Jahr 2011; Abbildung 7-6). Für 2011 wurden von der Phar-Mon-Stichprobe insgesamt 1.042 Klienten mit einer F15 Störung gemeldet und 414 Klienten mit einer MA-bezogenen Störung.

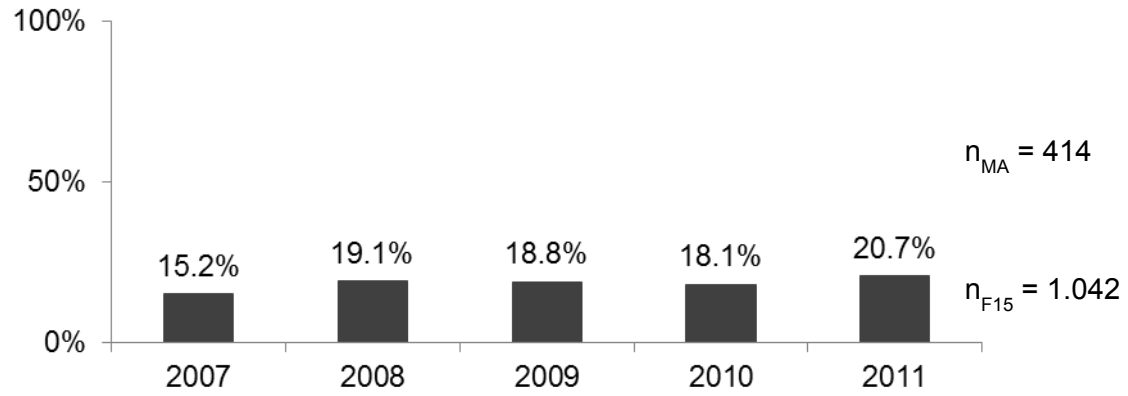

Abbildung 7-6: Anteil MA-Klienten an allen Betreuungen mit F15 in der Phar-Mon-Stichprobe

Im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik machten die gemeldeten MA-Klienten 2007 fast dreiviertel aller berichteten Betreuungen mit der Hauptdiagnose F15 aus (Abbildung 7-7). Zum Jahr 2008 hin sank dieser Anteil zunächst ab, stieg dann aber wieder bis auf 71,4 % im

Jahr 2011 mit 2.149 berichteten Klienten mit einer F15 Störung und 1.700 berichteten Klienten mit MA-bezogenen Störungen.

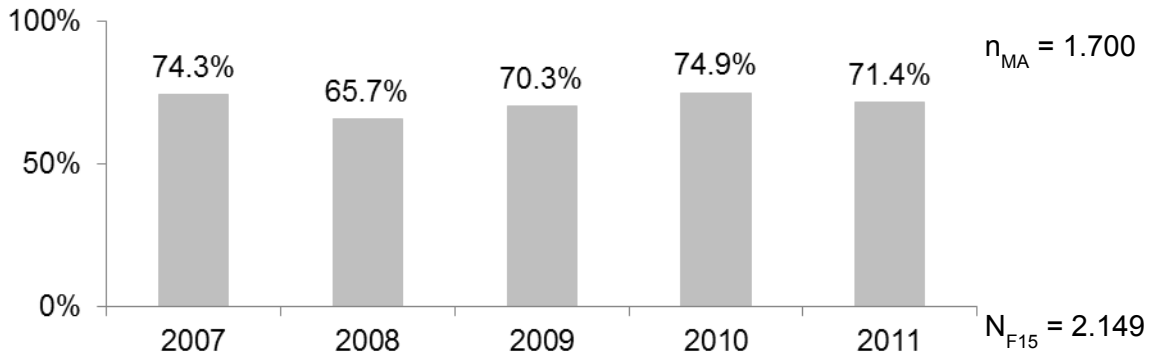

Abbildung 7-7: Anteil MA-Klienten an allen Betreuungen mit F15 in der grenznahen Stichprobe

Sowohl die Items zur Anzahl der MA-Klienten als auch die Items zur Anzahl aller Klienten mit einer stimulanzienbezogenen Störungen wurden für die Jahre 2007 bis 2011 jeweils von ca. 80 % der Einrichtungen der Phar-Mon-Stichprobe und von ca. 50 % der Einrichtungen der grenznahen Stichprobe beantwortet. Eine Analyse der Stabilität der Stichproben ergab, dass diese zwischen 2007 und 2011 für beide Stichproben sehr hoch war.

Was den Therapieerfolg bei den gemeldeten Klienten mit MA-bezogenen Störungen anbelangt, so lässt sich für die Phar-Mon-Stichprobe festhalten, dass dieser im Jahr 2007 bei 29,3 % lag, mit zwischenzeitlichen Schwankungen jedoch bis zum Jahr 2011 auf 14,5 % gesunken ist (Abbildung 7-9). Der Anteil an in verbessertem Zustand Entlassenen lag in der Phar-Mon-Stichprobe 2007 ähnlich wie der Anteil der erfolgreich Behandelten bei 29,5 %, stieg im Jahr 2008 auf 53,6 % an, sank dann aber wieder kontinuierlich und lag im Jahr 2011 bei 43,4 %. Ähnlich gestaltet sich der Verlauf bei den in unverändertem Zustand Entlassenen. Auch hier lag zeitweise ein Anstieg auf 53,2 % vor (im Jahr 2010), 2011 Betrug die Quote dann 38,7 %. Der Anteil der in der Phar-Mon-Stichprobe in verschlechtertem Zustand Entlassenen lag konstant zwischen 2 % und 3 % mit einem leichten Ausreißer im Jahr 2010 (5,2 %). Insgesamt zeigt sich für die Phar-Mon-Stichprobe, dass die überwiegende Mehrheit der Klienten mit MA-bezogenen Störungen zwar nicht erfolgreich, aber immerhin in gebessertem Zustand entlassen wird und eine Verschlechterung des Zustands nur selten auftritt.

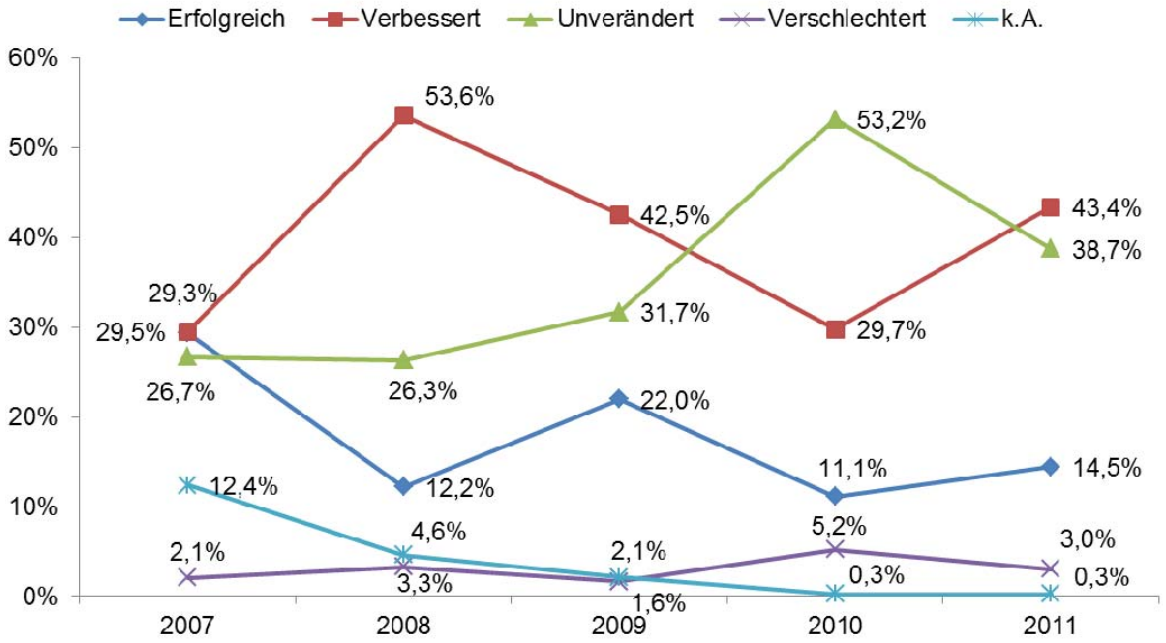

Abbildung 1-9: Therapieerfolg in der Phar-Mon-Stichprobe

Etwas anders gestaltet sich der Therapieerfolg von Klienten mit MA-bezogenen Störungen im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik (Abbildung 7-10). Der Anteil der erfolgreich entlassenen MA-Klienten sank von 2007 (34,1 %) kontinuierlich ab bis auf 16,0 % im Jahr 2011. Der Anteil der in verbessertem Zustand Entlassenen stieg von 2007 (32,8 %) mit einigen Schwankungen auf 41,6 % im Jahr 2011. Ein ähnlicher Anstieg mit schwankendem Verlauf ereignete sich auch bei den in unverändertem Zustand Entlassenen (27,8 % im Jahr 2007, 38,1 % im Jahr 2011). Der Anteil der in verschlechtertem Zustand Entlassenen lag im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik über die Jahre 2007 bis 2010 hinweg konstant zwischen 2 % und 4 %, vervierfachte sich jedoch zum Jahr 2011 hin auf nunmehr 8,0 %.

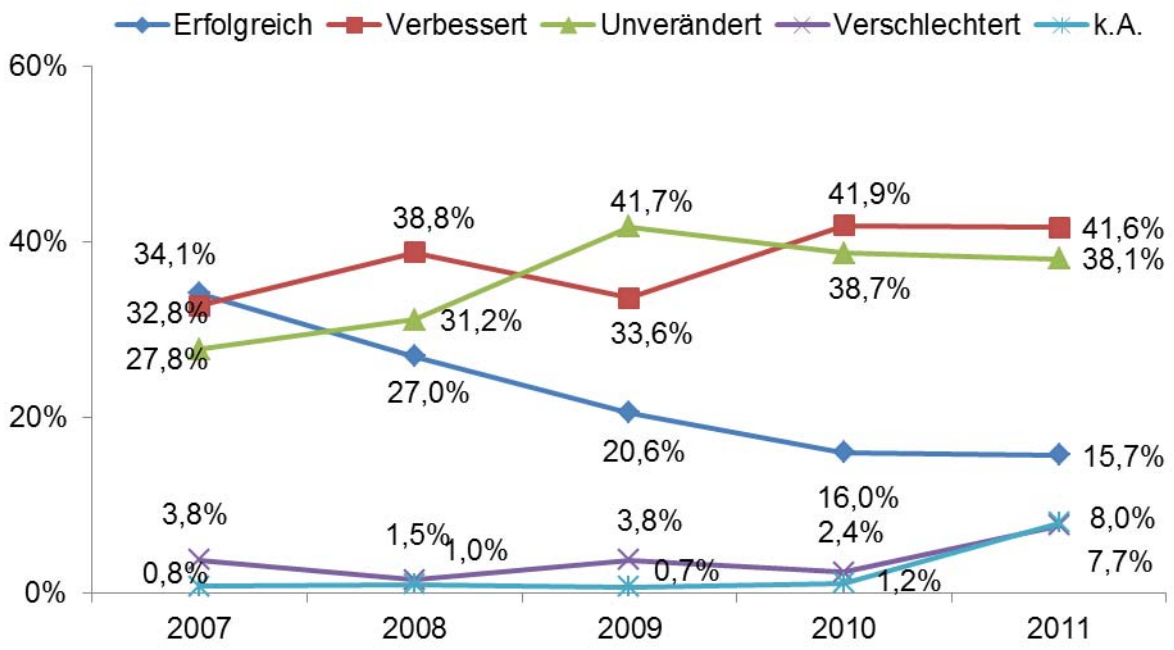

Abbildung 7-10: Therapieerfolg im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik

Im Vergleich des Therapieerfolgs bei MA-bezogenen Störungen in der Phar-Mon-Stichprobe mit dem Grenzgebiet zur Tschechischen Republik wird deutlich, dass ein vergleichbarer Anteil an Klienten in erfolgreichem, verbessertem oder unverändertem Zustand entlassen wird. Der Anteil der in verschlechtertem Zustand entlassenen Patienten war jedoch im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik im Jahr 2011 mit 8 % mehr als doppelt so hoch wie in der Phar-Mon-Stichprobe.

7.3.2. Charakteristika der MA-Konsumenten

Von den in den befragten Einrichtungen insgesamt 2.114 berichteten Klienten mit einer MA-bezogenen Störung, nahmen 13,0 % (n = 274) an der Klientenbefragung teil. Davon nahmen in der Phar-Mon-Stichprobe von 414 gemeldeten MA-Klienten 11,8 % (n = 49) teil, in der grenznahen Stichprobe beteiligten sich von 1.700 gemeldeten MA-Klienten 12,3 % (n = 209).

In Bezug auf soziodemographische Charakteristika zeigt sich, dass 69 % der in dieser Studie befragten MA-Konsumenten mit Anschluss zum Suchthilfesystem männlich waren. Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum lag bei 18,8 Jahren. Frauen und Männer unterschieden sich darin nicht signifikant. Zum Befragungszeitpunkt waren die Konsumenten im Mittel 27,9 Jahre alt (Abbildung 7-11). Etwa 50 % der befragten Klienten war zum Zeitpunkt des Erstkonsums 17 Jahre alt oder jünger. Nach dem 25. Lebensjahr begannen nur noch wenige Klienten mit dem Konsum von MA.

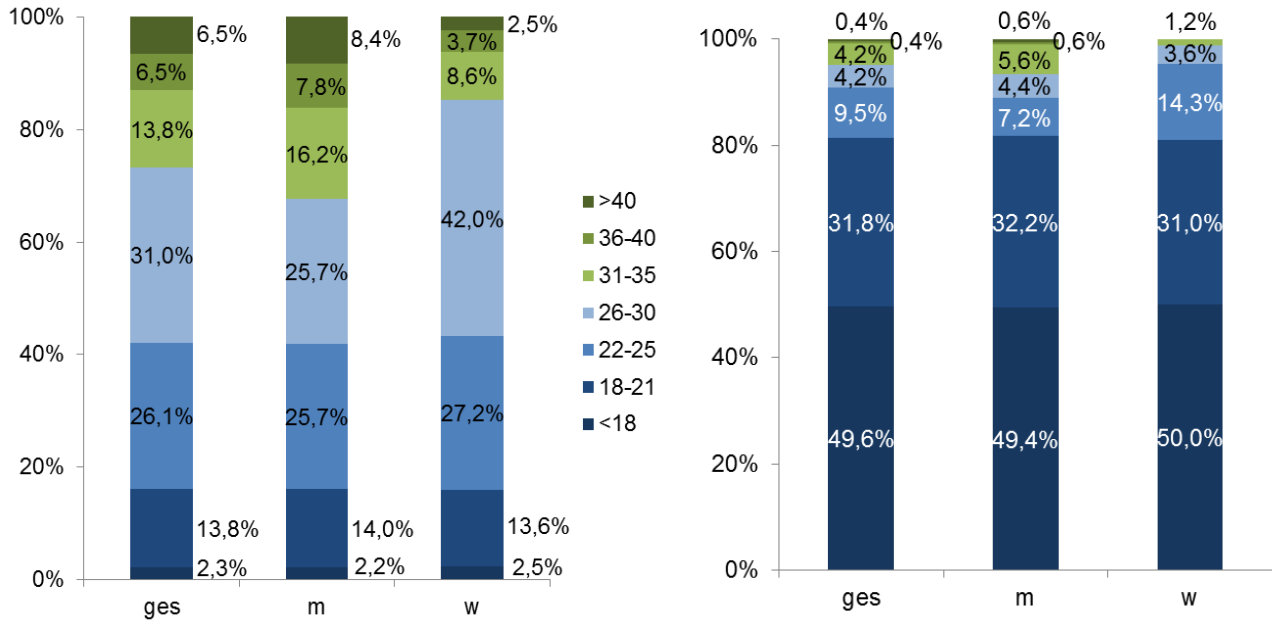

Abbildung 7-11: Aktuelles Alter und Alter bei Erstkonsum

Insgesamt 49,8 % der befragten Klienten konnten einen Hauptschulabschluss vorweisen, 12,3 % hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen Abschluss (Abbildung 7-12). Entsprechend war die deutliche Mehrheit der MA-Konsumenten (61,9 %) zum Befragungszeitpunkt arbeitssuchend, etwa 10 % befanden sich noch in einer Form der Ausbildung.

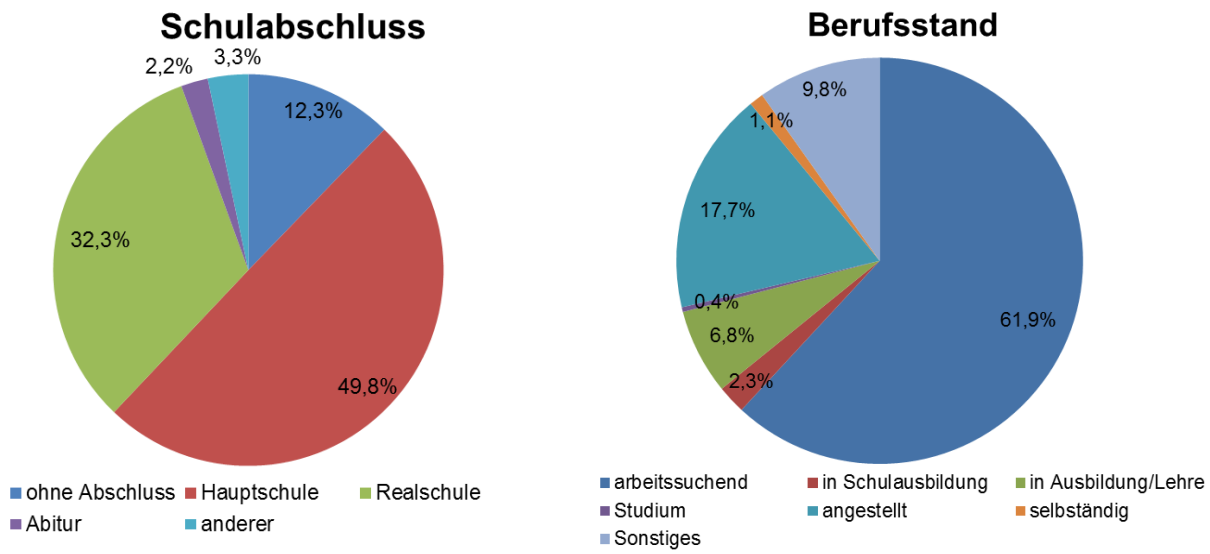

Abbildung 7-12: Schulabschluss und Berufsstand der MA-Konsumenten

Abbildung 7-13 zeigt die Konsummotive der Klienten, wobei hier Mehrfachnennungen möglich warn. Leistungssteigerung lag mit 73,4 % an erster Stelle, gefolgt von MA-Konsum zum Party feiern (54,0 %) und gegen Erschöpfung (52,0 %). Auch sexuelle Motive wurden mit 31,5 % häufig genannt. An vierter Stelle (40,7 %) lagen andere Motive, in einem halboffenen

Frageformat von den Konsumenten ergänzt werden konnten. Unter diesen anderen Motiven wurden von den Konsumenten „Spaß/Rausch/Euphorie“ (9,6 %) an erster Stelle, „Sorgen und Probleme verdrängen“ (7,2 %) an zweiter und „Langeweile“ (4,4 %) an dritter Stelle genannt.

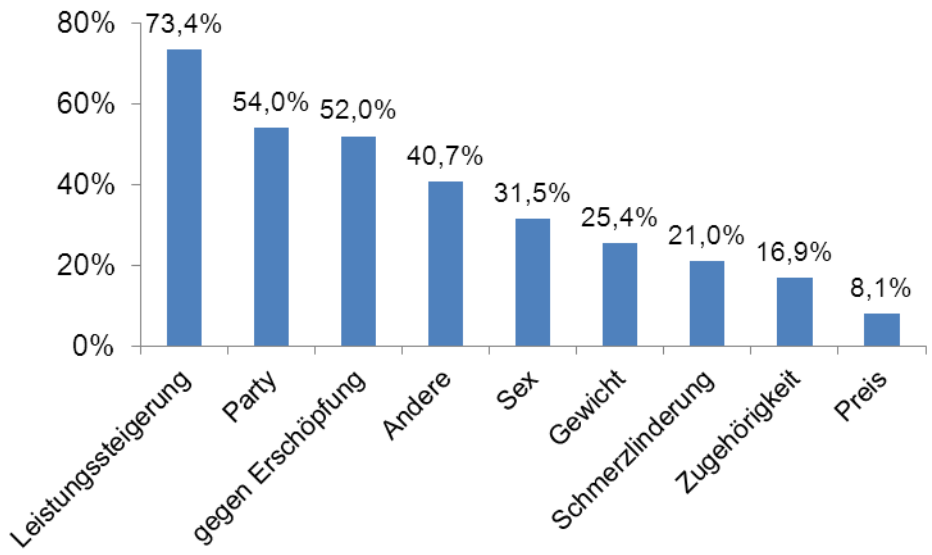

Abbildung 7-13: MA Konsummotive (Mehrfachnennungen möglich)

Bezüglich des Erstkontakts ließ sich feststellen, dass die überwiegende Mehrheit der Konsumenten durch Freunde (64,0 %) oder Bekannte (21,3 %) zum ersten Mal mit MA in Kontakt kam (Abbildung 7-14). Lediglich bei 6,0 % der befragten MA-Konsumenten verlief der Erstkontakt über Dealer. Mit einem deutlich mehrheitlichen Anteil von 60,2 % bezogen die Konsumenten ihr MA von bekannten Dealern. Mit 45,8 % gleichauf an zweiter Stelle lagen der MA-Bezug von Freunden und der Selbstimport aus dem Ausland.

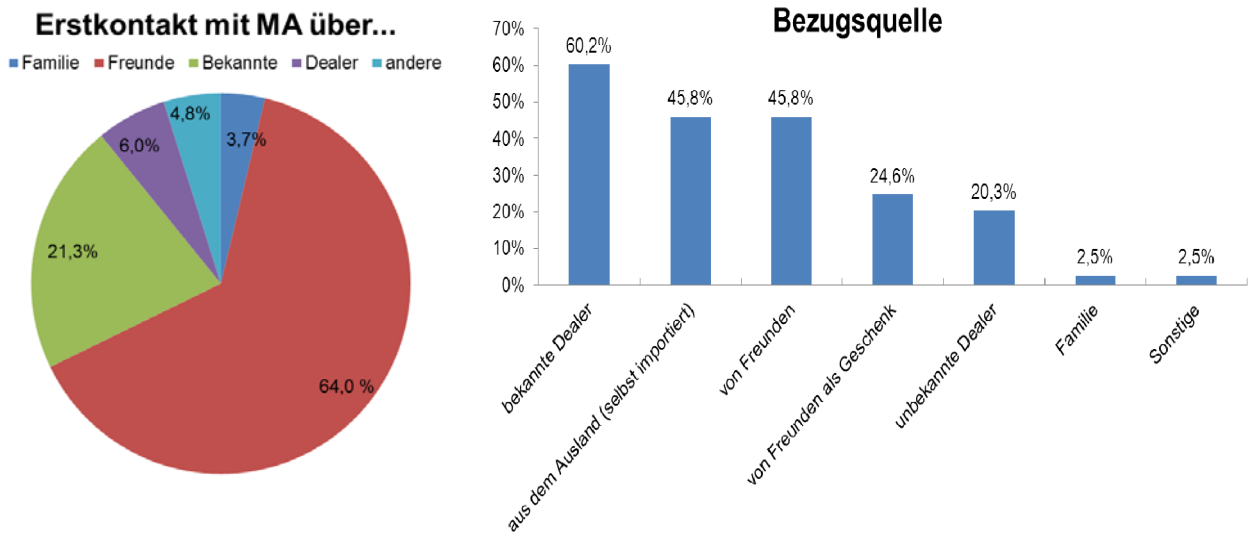

Abbildung 7-14: Erstkontakt mit MA und Bezugsquelle (Mehrfachnennungen möglich)

Auf die Frage nach der eingeschätzten Verfügbarkeit von MA für sich selbst gaben 91 % „leicht“ (44 %) oder „sehr leicht“ (47 %) an. Auch die Verfügbarkeit von MA für andere wurde von den Konsumenten optimistisch eingeschätzt (33 % „sehr leicht“, 56 % „leicht“).

Bei der Frage nach dem Konsumort waren Mehrfachnennungen möglich. Etwa dreiviertel der Befragten bevorzugten als Konsumort „zu Hause“. An zweiter und dritter Stelle der meistgenannten Konsumorte lagen „bei Freunden“ (61,4 %) und „auf Partys“ (42,3 %). Die deutlich bevorzugte Applikationsform war sniefen (86,7 %), gefolgt von spritzen (20 %), inhalieren (15,7 %) und schlucken (11,4 %).

83 % der Befragten hatten vor MA bereits andere illegale Substanzen konsumiert. Somit war bei 17 % der Befragten MA die erstkonsumierte illegale Substanz. Was Beikonsum betrifft, so gaben 74,7 % der Befragten an, außerdem auch regelmäßig Cannabis zu konsumieren. An zweiter Stelle der zusätzlich regelmäßig Konsumierten Substanzen lag Alkohol (56,2 %). An dritter Stelle liegen gemeinsam Ecstasy und Speed (jeweils 28,1 %).

Bei der Erhebung von Problemen, die bei den Klienten von Suchthilfeeinrichtungen innerhalb der letzten 12 Monate im Zusammenhang mit dem Konsum von MA auftraten, waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich (Abbildung 7-15). Am häufigsten wurden gesundheitliche (65,0 %) und psychische Probleme (67,0 %) genannt. Über die Hälfte der Klienten (54,0 %) berichtete mehr als einmal Probleme in Schule, Arbeit oder Haushalt. In den vergangenen 12 Monaten hatten 21,0 % der Befragten einmal und 30,0% mehr als einmal rechtliche Probleme. Je etwa 14 % der Befragten gaben an, innerhalb der letzten 12 Monate im Zusammenhang mit dem Konsum von MA sich selbst oder eine andere Person einmal verletzt zu ha-

ben. 17,2 % hatten nach MA-Konsum andere Personen sogar mehr als einmal angegriffen oder verletzt.

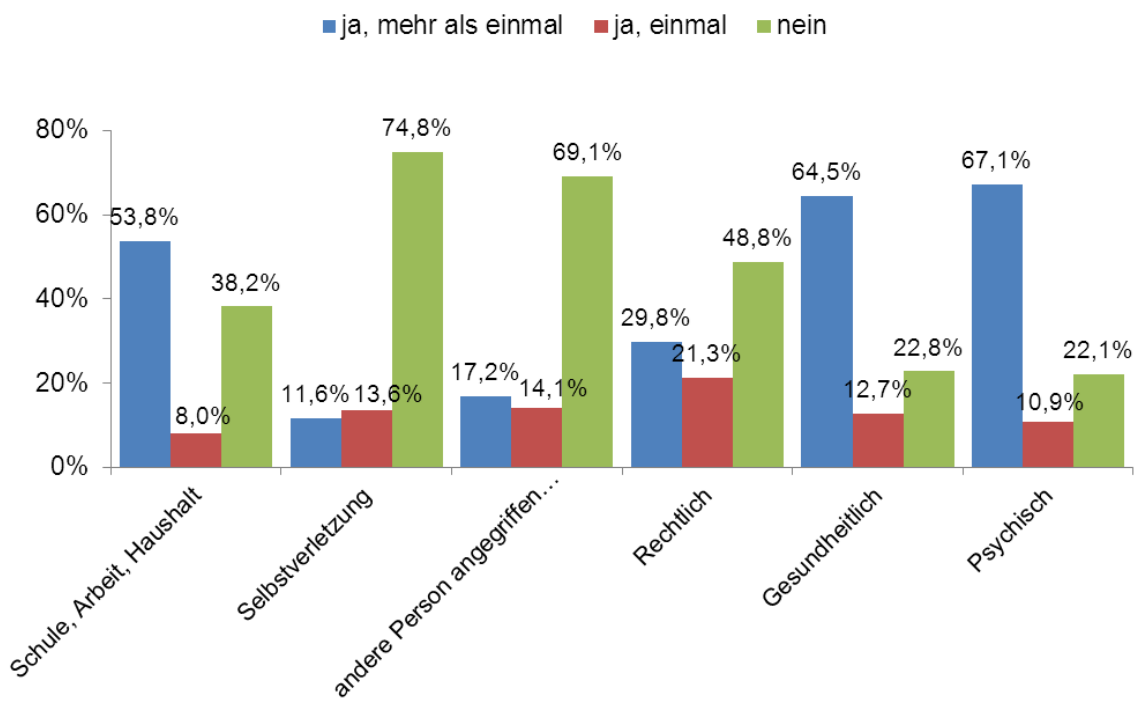

Abbildung 7.15: Probleme in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit dem Konsum von MA

7.3.3. Subgruppen von MA-Konsumenten

In die Berechnung einbezogen wurden nur Konsumenten, die keinerlei fehlende Werte in den Klassifikationsvariablen aufwiesen (n = 164). Die hierarchische Clusteranalyse legte eine fünf-Cluster-Lösung nahe. Cluster 1 (n = 8) ist ein sehr kleines Cluster und weist mit 37,5 % den höchsten Frauenanteil sowie im Vergleich zu den anderen Clustern mit 12,5 % den höchsten Anteil an Abiturienten auf. Alle Konsumenten dieses Clusters gaben als vorrangiges Konsummotiv den günstigen Preis von MA an. Zudem wurde in diesem Cluster häufiger als in den anderen Clustern Erschöpfung (75,0 %) und Schmerzlinderung (62,5 %) als Konsummotive genannt.

Cluster 2 (n = 48) besteht vorwiegend aus Männern (77,1 %). Der hauptsächliche Schulabschluss in diesem Cluster ist mit 45,8 % der Hauptschulabschluss. Am meisten von allen Clustern konsumierten Personen dieses Clusters MA, um Party zu machen.

Cluster 3 ist das größte Cluster (n = 66) und besteht vorwiegend aus Männern (71,2 %). Mehrheitlich besaßen Konsumenten dieses Clusters einen Hauptschulabschluss (51,5 %)

oder die Mittlere Reife (28,8 %). Dominierende Konsummotive waren neben Leistungssteigerung (71,2 %) v.a. Erschöpfung (51,5 %) und Party machen (50,0 %).

Cluster 4 ist ebenso wie Cluster 1 sehr klein (n = 8) und weist mit 87,5 % den höchsten Männeranteil aller Cluster auf. Keine Person in diesem Cluster hatte einen höheren Schulabschluss als den Hauptschulabschluss (75,0 %, ohne Abschluss: 25,0 %). Neben Leistungssteigerung als Konsummotiv (75,0 %) waren „andere Gründe“ in diesem Cluster deutlich dominierend, darunter allen voran „Aufmerksamkeit/Konzentration“, „Beruhigung/Stressabbau“ und „um mehr Alkohol zu vertragen“.

Cluster 5 (n = 34) weist mit 35,0 % den zweithöchsten Frauenanteil von allen Clustern auf. Die meisten Personen in diesem Cluster besaßen als höchsten erreichten Schulabschluss die Mittlere Reife (52,9 %). Von allen Clustern war als Konsummotiv Leistungssteigerung (76,5 %) am höchsten ausgeprägt.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Im Rahmen dieses Projekts sollten Trends und Risikofaktoren des (Meth-) Amphetaminkonsums in Deutschland auf der Grundlage verschiedener bestehender Datenquellen analysiert werden (siehe Kapitel 4.2). Darüber hinaus sollte ein Beitrag zur Identifikation von möglichen Konsumenten-Subgruppen geleistet werden. Im Rahmen der beiden Projektteile (Epidemiologische Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Studien, Einzelstudie zum Methamphetaminkonsum bei Klienten in Suchthilfeeinrichtungen) konnten diese Vorhabenziele in vollem Umfang erreicht werden. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Zielsetzungen diskutiert.

8.1. Epidemiologische Befunde bei Jugendlichen

Auf Basis der deutschen Daten der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) konnten verschiedene Risikofaktoren des Amphetaminkonsums identifiziert und potentielle Risikogruppen näher beschrieben werden. Das Risiko, Amphetamine mindestens einmal im Leben zu konsumieren, war für Jungen, ältere Jugendliche, Schüler/innen einer Haupt- oder Gesamtschule und bei durchschnittlichen Schulleistungen, überdurchschnittlichem Familienwohlstand und Unzufriedenheit mit der Elternbeziehung erhöht. Darüber hinaus war das Risiko in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen gegenüber anderen Bundesländern erhöht. Weitgehend sind diese Risikofaktoren bereits bekannt für den Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetaminen (Russell et al., 2008) und anderen Substanzen (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Petraitis, Flay & Miller, 1995; von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler & Wittchen, 2002). Auffällig ist die regionale Verbreitung, die darauf hinweist, dass der Konsum im nordöstlichen Teil Deutschlands am häufigsten vorkommt. Dies stimmt mit der Vermutung überein, dass ein Großteil des in Deutschland konsumierten (Meth-) Amphetamins aus dem osteuropäischen Ausland importiert wird. So ist bekannt, dass insbesondere Methamphetamin bisher hauptsächlich auf die Tschechische Republik konzentriert ist (Zábranský, 2007). Zahlen zu Beschlagnahmungen und Behandlungsnachfragen stärken den Verdacht eines eher regionalen Phänomens, welches v.a. die an Tschechien angrenzenden Bundesländer Bayern und Sachsen betrifft (Bundeskriminalamt, 2012; Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2012; Erbas, Arnold & Wodarz, 2012). Da sich nur fünf Bundesländer an der ESPAD-Studie beteiligt haben, lässt sich mit den vorliegenden Daten kein gesamtdeutscher Vergleich vornehmen. Darüber hinaus ist auch eine differenzierte regionale Aussage innerhalb von Bundesländern (z. B. Bayern) nicht möglich. Hierzu wären weitere Untersuchungen nötig, die Aussagen nicht nur auf Ebene von Bundesländern sondern auf Ebene von Regierungsbezirken ermöglichen.

Es konnte eine kleine aber dennoch relevante Subgruppe von Jugendlichen identifiziert werden, die bisher in ihrem Leben keine andere illegale Substanz als Aufputschmittel/Amphetamine zu sich genommen haben. Die betrifft etwa 10 % der untersuchten Stichprobe. In ähnlicher Weise berichteten Milin, Lotzin, Degkwitz, Verthein & Schäfer (2014), dass 88,8 % aller befragten Teilnehmer bereits Vorerfahrungen mit anderen illegalen Drogen aufwiesen, bevor sie begannen, (Meth-) Amphetamin zu konsumieren. Inwiefern sich die Konsummotive dieser Jugendlichen von anderen Konsumenten unterscheiden oder ob besondere Risiken mit dem Konsumeinstieg in Amphetamine verbunden sind, ist derzeit nicht bekannt. Hinsichtlich der hier untersuchten soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Schulform, Bundesland, Haushaltsgröße, Wohlstand, Schulleistung) ließen sich keine Unterschiede zwischen Rein- und Mischkonsumenten feststellen.

Aus der internationalen Literatur ist bekannt, dass individuelle Wahrnehmungen in Bezug auf unterschiedliche Substanzen wichtige Risikofaktoren des Konsumverhaltens Jugendlicher darstellen. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass die subjektive Verfügbarkeit einen Einfluss auf den Konsum hat, d.h. Jugendliche, die leichten Zugang zu Substanzen haben, zeigen ein höheres Risiko für den Konsumbeginn, eine höhere Menge und Frequenz und die Entwicklung substanzbezogener Störungen (Bjarnason et al., 2010). In ähnlicher Weise ist auch die individuelle Risikoeinschätzung mit dem Konsum verbunden, d.h. Substanzkonsum ist weniger wahrscheinlich, wenn das Risiko für körperliche oder andere Schäden als groß eingeschätzt wird (Andersson et al., 2009; Chomynova, Miller & Beck, 2009; Elekes et al., 2009). In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass bestimmte soziodemographische Gruppen besonders anfällig für riskante substanzbezogene Wahrnehmungen zu sein scheinen. Lebenszeitkonsumenten, Jungen, ältere Jugendliche und Schüler mit eher durchschnittlichen Leistungen schätzen die Verfügbarkeit von Amphetaminen eher leicht und das mit dem Konsum verbundene Risiko eher gering ein. Darüber wurde ein regionaler Effekt bei der Verfügbarkeit sichtbar, d.h. Jugendliche in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern glauben zu einem höheren Anteil, dass sie leicht an Amphetamine herankommen. In Bayern und Thüringen, wo die befragten Jugendlichen ebenfalls ein höheres Risiko aufwiesen, jemals im Leben Amphetamine konsumiert zu haben, war die subjektive Verfügbarkeit allerdings nicht erhöht. Dies spricht dafür, dass der Konsum von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst ist und die Verfügbarkeit nur einen Teilbeitrag leistet.

8.2. Epidemiologische Befunde bei Erwachsenen

Auch auf Basis der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) zeigt sich neben den bekannten Risikofaktoren Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status v.a. eine Konzentration des Amphetaminkonsums im Osten bzw. Norden Deutschlands. Die höchsten Prä-

valenzen unter Erwachsenen wurden in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Schleswig-Holstein beobachtet.

Trendanalysen deuten insgesamt darauf hin, dass der Konsum von Amphetaminen zwischen den späten 1990er Jahren und etwa 2009 bedeutsam zugenommen hat. Allerdings gab es bereits im Jahr 1995 einen Peak der Prävalenz, insbesondere bei Männern. Auf Ebene der Gesamtbevölkerung ist der Anteil der Lebenszeit- und aktuellen 30-Tage-Konsumenten zwischen 2009 und 2012 wieder rückläufig. Bei der zeitlichen Entwicklung zeigen sich jedoch regionale Unterschiede. Im überwiegenden Teil der Bundesländer schwankt der Anteil der Amphetaminkonsumenten seit 1990 nicht statistisch bedeutsam. Dagegen ist in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt ein teils deutlicher Anstieg zu verzeichnen. So stieg die Lebenszeitprävalenz bei 18-39-Jährigen in Sachsen von 0,2 % im Jahr 1990 auf 7,0 % im Jahr 2012.

Bei der Analyse und Interpretation epidemiologischer Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Studien ist zu beachten, dass diese Datenquellen nur eingeschränkte Aussagen über die Verbreitung des Konsums von Amphetaminen und Methamphetamin ermöglichen. Grund hierfür ist die auf Bevölkerungsebene sehr kleine Anzahl von Konsumenten dieser Substanzen. So enthielt beispielsweise der Gesamtdatensatz des ESA 2012 (n = 9.084 Teilnehmer) nur 60 12-Monats-Konsumenten von Aufputschmitteln/Amphetaminen. Die Anzahl von Personen mit einer amphetaminbezogenen Störung belief sich auf nur 17. Vor diesem Hintergrund sind epidemiologische Daten für die Untersuchung von Subgruppen nicht bzw. nur sehr bedingt geeignet. Aussagen zu Risikofaktoren sind jedoch möglich und wurden im Rahmen des Projekts getroffen. Insgesamt handelt es sich insbesondere beim Konsum von Methamphetamin in Deutschland um ein Randphänomen, welches auf Ebenen der Gesamtbevölkerung kaum spürbar ist.

8.3. Behandlungsnachfrage in Suchthilfeeinrichtungen

Die Daten aus der Einrichtungsbefragung weisen auf eine wachsende Relevanz des MA-Konsums und eines damit verbundenen Hilfebedarfs in Deutschland hin. Steigende Zahlen von Betreuungen aufgrund einer primären Methamphetamin-Problematik waren sowohl in der Stichprobe der Phar-Mon-Einrichtungen, die hinsichtlich einiger regelmäßig überprüfter Merkmale eine repräsentative Stichprobe der an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligten Beratungs-/Behandlungsstellen und Fachambulanzen darstellen, als auch in den Facheinrichtungen in der Grenzregion zur Tschechischen Republik zu beobachten. Dabei lag der Anteil an berichteten Klienten mit einer MA-bezogenen Störung unter allen berichteten Klien-

ten mit einer substanzbezogenen Störung in der grenznahen Region im gesamten erfragten Zeitraum allerdings um den Faktor zehn über den Vergleichszahlen der Phar-Mon-Stichprobe. Dieser substantielle Unterschied kann als deutlicher Hinweis interpretiert werden, dass es nach wie vor erhebliche Unterschiede in der Verbreitung des Konsums von MA und der damit verbundenen Nachfrage nach professioneller Hilfe gibt, die erheblich von der jeweils betrachteten Region abhängen. Diese Annahme erscheint auch vertretbar, wenn man annimmt, dass es in den Facheinrichtungen in der Grenzregion mehr Erfahrung in der Betreuung von MA-Konsumenten und eventuell auch ein länger etabliertes Versorgungsangebot gibt. Selbst die – bislang durch nichts belegbare – Annahme, dass es in der Grenzregion eine größere Bereitschaft der Konsumenten gibt, schneller Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, kann den beobachteten quantitativen Unterschied der Klientenzahlen nicht zufriedenstellend erklären.

Aufgrund der Methodik der Erhebung bleibt die Frage offen, inwieweit Selektionseffekte bei der Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen in der Grenzregion zur Schaffung eines Ergebnisartefakts beigetragen haben könnten. Aber selbst unter der Annahme, dass ausschließlich diejenigen Einrichtungen an der Studie teilgenommen haben, die über nennenswerte Erfahrungen mit MA-Konsumenten verfügen, und alle nicht teilnehmenden Einrichtungen („Non-Responder“) gar keine MA-Konsumenten betreuen, bliebe ein deutlicher Unterschied zwischen der repräsentativen Stichprobe und der Grenzregion, der in Verbindung mit anderen verfügbaren Datenquellen (z.B. Polizeidaten, anekdotischen Informationen von Jugendämtern und anderen Behörden) als „wahr“ und „substantiell“ interpretiert werden kann. D.h. es gibt in der Grenzregion eine erhebliche Nachfrage nach Hilfsangeboten im Zusammenhang mit MA, die Notwendigkeit, die verfügbaren Angebote zu stärken und weitere Schritte in Richtung präventiver Maßnahmen zu unternehmen.

Möglicherweise ist auch der beobachtete höhere Anteil an unbefriedigend verlaufenden Betreuungen in den Einrichtungen der Grenzregion im Zusammenhang mit dem Erreichen von Kapazitätsgrenzen in einigen Einrichtungen zu sehen, die teilweise berichten, der großen Zahl der Betreuungsanfragen nur noch schwer Herr werden zu können. Gleichzeitig kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden, dass es eine auch nur annähernd vergleichbare Problemlage in anderen Regionen Deutschlands gibt – auch wenn MA dort durchaus existent ist und zu Betreuungsanfragen in den Facheinrichtungen führt. Der erhebliche Unterschied des Anteils an MA Konsumenten unter allen Konsumenten mit einer primären Problematik aufgrund des Konsums von Stimulantien (fast drei Viertel in der Grenzregion) weist auch auf eine deutlich unterschiedliche „Kultur“ beim Konsum von Stimulantien hin,

der vermutlich auch mit der Verfügbarkeit der unterschiedlichen Substanzen (Speed, Amphetamine vs. MA) in der Grenzregion im Vergleich zum Rest Deutschlands zu sehen ist.

8.4. Charakteristika von MA-Konsumenten in Behandlung

Die Gesamtgruppe der an der Erhebung teilnehmenden MA-Konsumenten, die bereits Kontakt mit den Facheinrichtungen der Suchthilfe hatten, entspricht in mehreren Merkmalen den Erwartungen an eine Population, die einen problematischen Konsum einer illegalen, schnell zu Störungen (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch) führenden und während der späten Adoleszenz erstmals konsumierten Substanz aufweist. Die Konsumenten zeichnen sich durch ein insgesamt niedriges Bildungs- und Beschäftigungsniveau aus, es gibt weit verbreitete justizielle Probleme, weit verbreiteten konkomitanten Konsum anderer legaler und illegaler Substanzen und multiple Konsummotive, bei denen die Breite des Spektrum der Antworten nur noch in wenigen Fällen erlaubt, vernünftige Hypothesen hinsichtlich der ursprünglich bestehenden Konsummotivation („Leistung“) und der aktuellen Motive abzuleiten, die möglicherweise in vielen Fällen primär in der Bekämpfung negativer Folgen des früheren Konsums bestehen.

Auffallend ist, dass zwischen dem aus den Angaben der Befragten abgeleiteten durchschnittlichen Alter bei Erstkonsum (etwa 19 Jahre) und dem durchschnittlichen Alter der Stichprobe (knapp 28 Jahre) fast eine Dekade liegt. Dies spricht gegen die Hypothese, dass der Konsum von MA in der deutschen Population in der Mehrheit der Fälle innerhalb kürzester Zeit zu einer Problemlage oder Verelendung führt, die dann zum Kontakt mit dem Suchthilfesystem führt. Offensichtlich gelingt es einem erheblichen Teil der Betroffenen, ihren Konsum über Jahre hinweg ohne Inanspruchnahme professioneller Unterstützung fortzusetzen.

Als versorgungspolitisch bedenklich ist zu bewerten, dass fast jeder fünfte teilnehmende Konsument angegeben hat, MA auch intravenös zu konsumieren (mit allen daraus ableitbaren negativen Konsequenzen, die z.B. auch für viele Konsumenten von Heroin zutreffen) und ein fast ebenso hoher Anteil der Befragten angegeben hat, vor MA keine andere illegale Substanz konsumiert zu haben. Beide Werte unterstreichen die Notwendigkeit, besser an der Situation deutscher Konsumenten orientierte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die sich z.B. Aspekte wie Risikowahrnehmung von MA seitens der Konsumenten beim Erstkonsum, Bereitschaft zur Wahl gefährlicher Konsumformen oder unter Peers kolportiertem „Wissen“ über die Substanz berücksichtigt.

Ein weiterer Aspekt, der auch aus Sicht der Facheinrichtungen zu erheblichen Problemen führt, die relativ spezifisch für die Gruppe der MA-Konsumenten ist (auch bei Alkoholpatienten), spiegelt sich in der Angabe von knapp 20 % der Befragten wider, die angegeben haben, innerhalb der letzten 12 Monate im Zusammenhang mit dem Konsum von MA mindestens einmal – häufig wiederholt – sich selbst oder eine andere Person verletzt zu haben. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass eine Konsumentengruppe, bei der aggressives Verhalten relativ weit verbreitet ist, zu erheblichen Schwierigkeiten nicht nur für die Betroffenen sondern auch für die Mitarbeiter der Einrichtungen und andere dort betreute Klienten führen kann. Dem gegenüber stehen nur wenige elaborierte Betreuungs- und Behandlungskonzepte bzw. Handreichungen für die Facheinrichtungen, die diese bei ihrem konkreten Umgang mit den Betroffenen unterstützen.

8.5. Subgruppen von MA-Konsumenten

Mit Hilfe des statistischen Verfahrens der Clusteranalyse war es möglich, innerhalb der Gesamtgruppe der untersuchten MA-Konsumenten mehrere Subgruppen zu differenzieren. Diese Subgruppen weisen durchaus spezifische Charakteristika auf und können als „statistisch definierte“ Prototypen verschiedener Konsumentengruppen betrachtet werden, die offensichtlich bereits von den Facheinrichtungen erreicht werden. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse dieser Analyse, dass es offensichtlich nicht „die“ Gruppe von MA-Konsumenten gibt. Mit Hilfe des statistischen Verfahrens ließen sich fünf verschiedene Gruppen von MA-Konsumenten differenzieren. Es muss aber in weiteren Diskussionsprozessen weiter geklärt werden, inwieweit diese „statistisch definierten“ Gruppen sich auch unter den Konsumenten unterscheiden lassen. Inwieweit die unterschiedlichen Klassifikationsmerkmale auch Grundlage verschiedener Interventionsschwerpunkte, Präventionsmaßnahmen oder sogar Hilfestrukturen sein müssen, lässt sich nur in enger Kooperation mit Praktikern vor Ort klären, die gleichzeitig beurteilen können, welche Differenzierung nötig ist, um gleichzeitig ein umfassendes Versorgungsangebot für die Mehrheit der Betroffenen gewährleisten zu können. Auch in diesem Fall sind Unterschiede in der Ausgangslage bei der Zahl der zu betreuenden Personen zu berücksichtigen.

Unsere Daten deuten darauf hin, dass es mehrere Subgruppen von MA-Konsumenten gibt. Auch wenn das statistische Verfahren zu einem Modell mit fünf verschiedenen Gruppen geführt hat, lassen sich bei einer zurückhaltenden und vorsichtigen Interpretation zusammenfassend drei Konsumentengruppen beschreibend differenzieren: Die erste Gruppe besteht im Vergleich zu den anderen Teilgruppen überdurchschnittlich aus Frauen. Personen in dieser Gruppe geben an, MA häufig gegen Erschöpfungs- und Schmerzzustände zu konsumieren. Innerhalb dieser Gruppe, die im Vergleich zu den anderen Subgruppen einen höheren

Bildungsgrad aufweist, spielt Leistungssteigerung als Konsummotiv eine wichtige Rolle. Diese Intention, die eigene Leistung zu steigern, ist aber offensichtlich bei fast allen MA-Konsumenten eine wichtige ursprüngliche Motivation. Dabei bleibt offen, worauf diese intendierte Leistungssteigerung im Einzelfall abzielt: beruflich orientierte Leistung, die Fähigkeit, im Rahmen von Freizeitverhalten größere Ausdauer an den Tag legen zu können („Party machen“) oder sexuelle Aspekte. Der mit Freizeit assoziierte Konsum und die damit verbundene „Leistungssteigerung“ scheint bei einer großen Zahl der an unserer Studie beteiligten Konsumenten das zunächst ausschlaggebende Konsummotiv gewesen zu sein. Innerhalb dieser (zweiten) Gruppe gibt es darüber hinaus offensichtlich Abstufungen, die insbesondere durch den zunehmend generalisierten MA-Konsum auch jenseits der ursprünglich umschriebenen Konsumgelegenheiten gekennzeichnet sind. Im Laufe der Konsumentwicklung rücken zunehmend Konsumaspekte in den Vordergrund, die mit dem Begriff der negativen Verstärkung beschrieben werden können, bei der negative Folgen des Konsums durch erneuten oder fortgesetzten Konsum bekämpft werden. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine Konsumentengruppe, die bereits relativ marginalisiert ist – wobei noch zu untersuchen ist, ob diese Randständigkeit bereits vor dem MA-Konsum bestand und dieser als Versuch der Kompensation eigener „Leistungs“-Defizite dienen sollte – oder Folge eines langjährigen MA-Konsums (womöglich in Kombination mit anderen Substanzen) ist.

Für die Interpretation der Ergebnisse muss darauf hingewiesen werden, dass die durchgeführte Einrichtungs- und Konsumentenbefragung aufgrund der gewählten Methodik nicht den Anforderungen repräsentativer epidemiologischer Erhebungen genügt. Die Kalibrierung der in der Grenzregion erhobenen Daten anhand der Phar-Mon-Stichprobe ermöglicht nur eine Annäherung an den Vergleich mit dem Rest des Bundesgebietes und es liegen keine Charakteristika derjenigen Einrichtungen und Konsumenten vor, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben. Auf der anderen Seite handelt es sich um die bislang umfangreichste Dokumentation von Charakteristika von MA-Konsumenten, die sich bereits in Kontakt mit dem Hilfesystem befinden. Es existieren darüber hinaus keinerlei theoretisch oder praktisch ableitbare Hinweise, dass es sich bei der Gruppe der nahezu 300 befragten MA-Konsumenten um eine Stichprobe handelt, die systematisch verzerrte Charakteristika aufweist. Gleiches gilt für die Einrichtungsstichprobe. Dennoch müssen die berichteten Ergebnisse und Daten in Bezug zu den anderen vorliegenden Daten und Informationen gesetzt werden, die bislang für Deutschland verfügbar sind. Grundsätzlich ist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Verbreitung des MA-Konsums in der Allgemeinbevölkerung oder spezifischen Gruppen als ebenso unbefriedigend zu betrachten wie das Wissen zu wirksamen Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Die vorliegenden Daten können auf jeden Fall einen Beitrag dazu lei-

sten, diese unbefriedigende Situation punktuell zu verbessern und fügen sich hinsichtlich der abgeleiteten Ergebnisse und Interpretationen nahtlos in andere Einzelergebnisse ein.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Einer der wichtigsten soziodemographischen Einflussfaktoren auf den Konsum von illegalen Drogen ist das Geschlecht. Im Allgemeinen dominiert in diesem Zusammenhang das männliche Geschlecht. Männliche Jugendliche und junge Erwachsene nehmen vergleichsweise häufiger illegale Drogen und zeigen auch verstärkt riskante Konsummuster. Die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten wurde bei der Auswertung berücksichtigt, d.h. Kennwerte des Konsums von Amphetaminen/Methamphetamin wurden getrennt für Männer und Frauen ausgewertet und dargestellt.

.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt über den finalen Abschlussbericht, der auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) online gestellt werden soll. Bei der gemeinsamen Besprechung der Ergebnisse am 19. Februar 2014 wurde darüber hinaus beschlossen, dass es eine Pressemitteilung zu den Ergebnissen geben soll. Als Teil der im Bericht dargestellten Daten sollen die Ergebnisse der Clusteranalyse (Kapitel 7.3.3.) als wissenschaftliche Publikation bei einer Fachzeitschrift eingereicht werden. Teile der Einrichtungs- und Konsumentenbefragungen wurden darüber hinaus im Rahmen verschiedener Vorträge auf Fachkonferenzen und anderen Veranstaltungen sowie als Poster präsentiert.

10.1. Geplante Veröffentlichungen

Jakob, L., Klee, S., Kipke, I. & Pfeiffer-Gerschel, T. (in Vorbereitung). Crystalkonsum in Deutschland. Wer sind die Konsumenten?

10.2. Vorträge

Jakob, L., Kipke, I., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Wer konsumiert eigentlich Crystal-Meth? Ergebnisse einer Studie im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik.* Vortrag. PharMon Jahrestreffen. München.

Jakob, L., Kipke, I., Pabst, A., Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Piontek, D. (2013). *Epidemiologische Hinweise zur Verbreitung des kristallinen Methamphetamins in Deutschland.* Vortrag. 2. Crystal-Meth-Kongress, Sektoren- und grenzenübergreifender Trialog. Bayreuth.

Jakob, L., Kipke, I., Pabst, A., Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Piontek, D. (2013). *Kristallines Methamphetamin in Deutschland.* Vortrag. Neue synthetische Drogen - Crystal & Co. Günzburg.

Bühler, A. & Thrul, J. (2013, Juli). *Epidemiologie und Prävention des Methamphetaminkonsums.* Vortrag. Fachtagung Crystal in der Grenzregion Niederbayern, Oberfranken, Oberpfalz. Regensburg.

Jakob, L., Kipke, I., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013, September). *Crystal use in Germany – merely a regional phenomenon?* Vortrag. Methamphetamine in Europe Trendspotter meeting. Lissabon, Portugal.

Piontek, D. (2013, Oktober). *Überblick aktueller Entwicklungen des Substanzkonsums*. Vortrag. 28. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern, Nürnberg.

Piontek, D. (2013, Oktober). *Zahlen und Daten zum Substanzkonsum.* Vortrag. 15. Bayerisches Forum Suchtprävention. Ismaning.

Piontek, D. (2013, November). *Epidemiologie von Substanzkonsum und -missbrauch in Deutschland. Vortrag. Bayerische Landesärztekammer.* Suchtmedizinische Grundversorgung. München.

10.3. Poster

Jakob, L., Friedl, J. & Kipke, I. (2013, September). *Crystalkonsum in Deutschland – Nur ein regionales Phänomen?* Poster. 6. Deutscher Suchtkongress. Bonn.

Jakob, L., Friedl, J., Kipke, I., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013, Juli). *Crystalkonsum in Deutschland - Nur ein regionales Phänomen?* Poster. 14. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. München.

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Mit den vorgestellten Sekundäranalysen kann ein Beitrag zur Erarbeitung von Empfehlungen für selektive Präventionsmaßnahmen geleistet werden. Die Identifikation unterschiedlicher Konsumentenpopulationen ist die Voraussetzung für die Entwicklung spezifischer Interventionskonzepte von Prävention bis Behandlung. Im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse des IFT-Projekts sowie des BMG-Projekts „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit misbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ (Milin et al., 2014) am 19. Februar in Berlin wurden bereits erste Ansätze für zukünftige Präventionsbemühungen diskutiert.

12. Publikationsverzeichnis

Die Ergebnisse werden in Form eines Berichts vorgelegt. Teile der Auswertung werden als Masterarbeit publiziert oder bei Fachzeitschriften eingereicht.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andersson, B., Miller, P., Beck, F., & Chomynova, P. (2009). The prevalences of and perceived risks from drug use among teenagers in 33 European countries. *Journal of Substance Use, 14* (3-4), 189-196.

Bacher, J. (2002). *Cluster Analysis.* Nürnberg: Univesity Erlangen-Nuremberg.

Barr, A. M., Panenka, W. J., MacEwan, G. W., Thornton, A. E., Lang, D. J., Honer, W. G. et al. (2006). The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 31* (5), 301-313.

Bernard, C., Werse, B. & Schell-Mack, C. (2013). *MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main.* Centre for Drug Research (CDR), Frankfurt.

Bjarnason, T., Steriu, A., & Kokkevi, A. (2010). Cannabis supply and demand reduction: Evidence from the ESPAD study of adolescents in 31 European countries. *Drugs, 17* (2), 123-134.

Bundeskriminalamt (BKA) (2012). *Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebericht 2011.* Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Castro, G., Barrington, E. H., Walton, M. A., & Rawson, R. A. (2000). Cocaine and methamphetamine: differential addiction rates. *Psychology of Addictive Behaviors, 14* (4), 390-396.

Chomynova, P., Miller, P. & Beck, F. (2009). Perceived risk of alcohol and illicit drugs: relation to prevalence of use on individual and country level. *Journal of Substance Use, 14* (3-4), 250-264.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review, 27* (3), 253-262.

Elekes, Z., Miller, P., Chomynova, P. & Beck, F. (2009). Changes in perceived risk of different substance use by ranking order of drug attitudes in different ESPAD-countries. *Journal of Substance Use, 14* (3-4), 197-210.

Erbas, B., Arnold, M. & Wodarz, N. (2012): Konsumtrends psychoaktiver Substanzen in Bayern 2011 - Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Suchtmedizin, 14*, 190-197.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) & Europol (2009). *Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012). *Jahresbericht 2012: Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Gouzoulis-Mayfrank, E. & Daumann, J. (2009). Neurotoxicity of drugs of abuse - the case of methylenedioxy amphetamines (MDMA, ecstasy), and amphetamines. Dialogues in *Clinical Neuroscience, 11* (3), 305-317.

Griffiths, P., Mravčík, V., Lopez, D., & Klempova, D. (2008). Quite a lot of smoke but very limited fire-the use of methamphetamine in Europe. Drug and Alcohol Review, 27(3), 236-242.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64 – 105.

Kaye, S. & Darke, S. (2000). A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines. *Drug and Alcohol Dependence, 58* (1-2), 189-195.

Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2009.* Online verfügbar unter: http://www.ift.de/index.php?id=410.

Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. (IFT-Berichte Bd. 181). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht, 59* (6), 333-345.

Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht, 59* (6), 309-320.

McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A. L., Dawe, S., & Ali, R. L. (2013). Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry, 70* (3), 319-324.

London, E., Berman, S. M., Voytek, B., Simon, S. L., Mandelkern, M. A. et al. (2005). Cerebral metabolic dysfunction and impaired vigilance in recently abstinent methamphetamine abusers. *Biological Psychiatry, 58* (10), 770-778.

Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Hillhouse, M., Ang, A., Zweben, J., Cohen, J. et al. (2008). Drug court treatment for methamphetamine dependence: treatment response and post-treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34* (2), 242-248.

Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. & Schäfer (2014). *Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen.* Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht, 59* (6), 321-331.

Petraitis, J., Flay, B. R. & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 117,* 67– 67.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Rummel, C. (2012). *Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).

Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender. Erstbehandelte ohne EK.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Rawson, R. A., Gonzales, R. & Brethen, P. (2002). Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *Journal of Substance Abuse Treatment 23*, 145-150.

Rendell, P. G., Mazur, M., & Henry, J. D. (2009). Prospective memory impairment in former users of methamphetamine. *Psychopharmacology, 203* (3), 609-616.

Russell, K., Dryden, D. M., Liang, Y., Friesen, C., O'Gorman, K., Durec, T., et al. (2008). Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review. *BMC Pediatrics, 28* (8), 48.

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) (2012). *Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen: Sucht 2011.* Dresden: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

Salo, R., Nordahl, T. E., Natsuaki, Y., Leamon, M. H., Galloway, G. P., Waters, C. et al. (2007). Attentional control and brain metabolite levels in methamphetamine abusers. *Biological Psychiatry, 61* (11), 1272-1280.

Sekine, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Yoshikawa, E., Nakamura, K., Futatsubashi, M. et al. (2006). Brain serotonin transporter density and aggression in abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry, 63* (1), 90-100.

Shoptaw, S., Reback, C. J., & Freese, T. E. (2002). Patient characteristics, HIV serostatus, and risk behaviors among gay and bisexual males seeking treatment for methamphetamine abuse and dependence in Los Angeles. *Journal of Addictive Diseases, 21* (1), 91-105.

Statistisches Bundesamt (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2011). *Bildungsfinanzbericht 2011.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012). *World Drug Report 2012*. New York: United Nations.

von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. &Wittchen, H. U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 68,* 49 – 64.

Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen, 61,* S178-S183.

Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A. et al. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95).* München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues, 37* (1), 155-180.

Zule, W. A. & Desmond, D. P. (1999). An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25* (1), 1-23.

Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, D. et al. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal of Addictions, 13* (2), 181-190.