

Antwort
der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/2711 –**

Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben am 4. Juni 2014 eine wissenschaftliche Evaluation der beabsichtigten und unbeabsichtigten Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts beantragt (www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/016/1801613.pdf). Nach Ansicht der Fragestellenden, aber auch nach Ansicht etwa der Herausgeber des Alternativen Drogen- und Suchtberichts (www.alternativer-drogenbericht.de/evidenzbasierte-integrierte-drogen-und-suchtpolitik/) werden entscheidende Fragen nach den erwünschten und unerwünschten Folgen des derzeitigen Drogenverbots durch die Bundesregierung nicht oder nicht ausreichend valide beantwortet.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Fragen der vorliegenden Kleinen Anfrage sind identisch mit den Fragen, die die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag „Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen“ vom 6. Juni 2014 (Bundestagsdrucksache 18/1613) im Rahmen der von ihnen geforderten Evaluation des Betäubungsmittelgesetzes an etwa 100 Expertinnen und Experten richten möchten. Diesen Antrag beziehen die Fragesteller in ihrer Vorbemerkung ein.

Nach Auffassung der Bundesregierung wäre eine Abkehr von den Handlungsverboten, Straf- und Bußgeldbewehrungen sowie den generalpräventiven Regelungen des Betäubungsmittelrechts nicht geeignet, den notwendigen Schutz der menschlichen Gesundheit sowohl des Einzelnen wie der Bevölkerung im Ganzen vor den Gefahren zu gewährleisten, die von illegalen Substanzen ausgehen.

Der Schutz der Gesellschaft, vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, macht es aus Sicht der Bundesregierung unverzichtbar, den unerlaubten Umgang mit Betäubungsmitteln unter Strafe zu stellen und für den unerlaubten Umgang mit nicht geringen Mengen von Betäubungsmitteln einen erhöhten Straffrahmen vorzusehen. Diese Politik stärkt den Rechtsstaat der Bundesrepublik Deutschland.

Im o. g. Antrag vom 4. Juni 2014 wird ausgeführt, dass weltweit kritische Stimmen den vor Jahren von den Vereinigten Staaten von Amerika ausgerufenen „Krieg gegen Drogen“ infrage stellten. Dabei wird auch auf die Erfahrungen und Entwicklungen in anderen Staaten verwiesen. Diese sind aus Sicht der Bundesregierung nur sehr eingeschränkt nutzbar. Es handelt sich dort um sehr spezifische und unterschiedliche Aspekte, die in manchen Staaten (wie etwa in Uruguays neuer Cannabispolitik) zu einer anderen Akzentuierung der Drogenpolitik geführt haben.

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (INCB), der die Einhaltung der Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen (VN) überwacht, hat die Legalisierungen des Freizeitgebrauchs von Cannabis in zwei Bundesstaaten der Vereinigten Staaten von Amerika und in Uruguay als Verstoß gegen die VN-Suchtstoffübereinkommen gerügt. Auch deshalb ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine allgemeine Freigabe von Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen nicht der richtige Weg zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen vor den Gefahren ist, die von diesen Substanzen ausgehen.

Das deutsche Betäubungsmittelrecht befindet sich im Einklang mit den VN-Suchtstoffübereinkommen. Es wird regelmäßig und in Abstimmung mit den Bundesressorts und unter Einbeziehung der Fachkreise, soweit erforderlich, im Rahmen der internationalen Übereinkommen punktuell an neuere Entwicklungen angepasst.

Die Drogenpolitik der Bundesregierung beruht auf einem starken gesundheitspolitischen Ansatz. Hierdurch unterscheidet sie sich maßgeblich von Staaten, in denen das Drogenproblem vor allem mit polizeilichen oder militärischen Mitteln bekämpft wird. Deshalb findet weder in der Europäischen Union (EU) noch in oder durch Deutschland der von den Fragestellern im Zusammenhang mit dem o. g. Antrag zitierte „Krieg gegen Drogen“ statt.

Die Entwicklung des Konsums illegaler Drogen in Deutschland ist in den letzten Jahren tendenziell rückläufig (siehe dazu auch die Antwort zu Frage 12). Die Bundesregierung sieht sich auch deshalb in ihrer Sucht- und Drogenpolitik bestätigt.

Sie warnt unverändert vor dem Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen und hält daran fest, dass eine verantwortungsbewusste Sucht- und Drogenpolitik Prävention (die viele Menschen vor den Gefahren der Drogensucht bewahrt), Therapie (die vielen Menschen die Möglichkeit zur Rückkehr in ein geordnetes Leben bietet), Hilfe zum Ausstieg als Mittel der Schadensminderung und die Bekämpfung der Drogenkriminalität umfasst.

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und insbesondere die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) gewährleisten die notwendige medizinische Versorgung mit betäubungsmittelhaltigen Arzneimitteln. Gerade hierdurch erfüllt das Betäubungsmittelrecht eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe für die Gesamtbevölkerung. Diese wichtige Aufgabe und Zweckbestimmung des BtMG lassen die Fragesteller unerwähnt und reduzieren den Inhalt und Anwendungsbereich des Betäubungsmittelrechts damit auf dessen Handlungsverbote sowie dessen Straf- und Bußgeldbewehrungen.

Aus Sicht der Bundesregierung kommt dem BtMG eine maßgebliche generalpräventive Wirkung zu. Dafür spricht nicht nur der hohe Anteil von Personen, die niemals illegale Drogen konsumieren, sondern auch die Wirkung der Aufnahme Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) in die Anlagen des BtMG, die die Verbreitung der jeweiligen Substanzen einschränkt (siehe dazu die Antwort zu Frage 5).

Daneben ist hervorzuheben, dass die mit NPS einhergehenden Risiken durch Mischkonsum verstärkt und noch unkalkulierbarer werden. Aufgrund der hohen Wirksamkeit vieler NPS kann es leicht zu, für die Konsumenten regelmäßig nicht vorhersehbaren, Überdosierungen kommen, was zu schweren Intoxikationen bis hin zu Todesfällen führen kann. Es wäre deshalb nicht zu verantworten, die mittlerweile große Zahl der in die Anlagen des BtMG aufgenommenen NPS von den derzeitigen Handlungsverboten sowie Straf- und Bußgeldbewehrungen freizustellen oder weitere NPS nicht dem BtMG zu unterstellen. Deshalb hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. (Bundestagsdrucksache 18/2550) erneut vor dem Konsum von NPS gewarnt, der mit unkalkulierbaren gesundheitlichen Gefahren verbunden ist.

Gleichzeitig weist die Bundesregierung darauf hin, dass das deutsche Betäubungsmittelrecht wichtige und fortschrittliche Ansätze einer modernen Drogenpolitik umsetzt und auch in jüngerer Zeit in wichtigen Bereichen der Drogenpolitik nachhaltige Fortschritte erreicht wurden. Dies zeigen insbesondere:

- die Einrichtung von Drogenkonsumräumen (§ 10a BtMG),
- die ärztliche Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige mit der Möglichkeit zu einer psychosozialen Betreuung (§ 13 BtMG i. V. m. § 5 BtMVV; auch als diamorphingestützte Substitutionsbehandlung für Schwerstabhängige); jeweils in die Regelversorgung überführt,
- die ausdrückliche Möglichkeit der Vergabe von Einmalspritzen und öffentlichen Informationen hierüber (§ 29 Absatz 1 Satz 2 BtMG),
- das Prinzip der Hilfe statt Strafe (Absehen von der Verfolgung, § 31a BtMG),
- verschiedene Frühinterventionsmodelle (§§ 31a und 37 BtMG),
- das Prinzip der Therapie statt Strafe (Zurückstellen der Strafvollstreckung für betäubungsmittelabhängige Straftäter, §§ 35 ff. BtMG).

Ferner wurde im Mai 2011 im Interesse der Patientinnen und Patienten der betäubungsmittelrechtliche Weg für die Anwendung von nach dem Arzneimittelrecht zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimitteln im Rahmen einer medizinischen Therapie freigemacht.

1. Wie beeinflusst nach Kenntnis der Bundesregierung die Verbotspolitik Angebot und Nachfrage von illegalisierten Substanzen (bitte Nachweise anbringen)?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche präventiven oder generalpräventiven Wirkungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) sind nach Kenntnis der Bundesregierung wissenschaftlich nachweisbar?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

3. Welche Auswirkungen hat das Drogenverbot nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Verbreitung des Drogenkonsums in Deutschland und das Einstiegsalter der Konsumierenden?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. Wie wirken sich die Bestimmungen über Drogenhandel, -herstellung und -anbau im Betäubungsmittelgesetz nach Kenntnis der Bundesregierung auf das tatsächliche Drogenangebot aus?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Ergänzend ist anzumerken, dass die Verfolgung von Verstößen gegen sanktionsbewehrte Verbote des BtMG und insbesondere auch die Sicherstellungen illegaler Drogen zu einer eingeschränkten Verfügbarkeit führen und zugleich die generalpräventive Wirkung des BtMG stärken. Die Aufnahme weiterer Stoffe in die Anlagen des BtMG führt aufgrund damit verbundener generalpräventiver Wirkungen der Sanktionsbewehrungen ebenfalls zu einer eingeschränkten Verfügbarkeit und Verbreitung. Auf die Antwort zu Frage 5 wird ergänzend verwiesen.

5. Inwiefern konnte das Drogenverbot nach Kenntnis der Bundesregierung die Etablierung von neuen Drogen auf dem Drogenmarkt verhindern?

Im Jahr 2008 wurde in den Medien sehr häufig über den Konsum so genannter Räuchermischungen wie „Spice“ und ihre Rauschwirkungen sowie Suchtgefahren berichtet. Diese Stoffe werden heute unter dem Obergriff „Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)“ erfasst. Nachdem nachgewiesen werden konnte, dass die Räuchermischungen mit synthetischen Cannabinoiden versetzt waren, wurden am 19. Januar 2009 die diesen Produkten beigemischten und identifizierten synthetischen Stoffe in die Anlagen des BtMG aufgenommen und dadurch zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen vor den von diesen Stoffen ausgehenden Gefahren verboten.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 1. Juni 2009 bis 31. Mai 2010 geförderte Studie „Spice, Smoke, Sence & Co. – Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung“ ergab, dass sich die Lebenszeitprävalenz von Räuchermischungen unter den 15- bis 18-Jährigen in Frankfurt am Main von 2008 zu 2009 kaum verändert hat: Sie lag bei etwa 7 Prozent. Dagegen lag der aktuelle Konsum (30-Tages-Prävalenz) bei Erstbefragung im November/Dezember 2008 bei 3 Prozent. Dieser ist bei Zweitbefragung im November/Dezember 2009, nach Unterstellung der Substanzen unter die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften im Januar 2009 auf 1 Prozent zurückgegangen. Aus dem Rückgang des Konsums kann geschlossen werden, dass das Verbot seit der Unterstellung im Januar 2009 großen Einfluss auf die Einschränkung der Verbreitung der jeweiligen Räuchermischungen genommen hat.

Auch vor dem Hintergrund dieser Studienergebnisse geht die Bundesregierung davon aus, dass die kontinuierliche Aufnahme von NPS in die Anlagen des BtMG mit generalpräventiver Wirkung zu einer Einschränkung der Verfügbarkeit und Verbreitung der unterstellten Substanzen führt.

6. Welche Auswirkungen hat nach Kenntnis der Bundesregierung die Verbots politik auf die Art und Anzahl der im Schwarzmarkt angebotenen Substanzen (insbesondere neue psychoaktive Substanzen)?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung sowie die Antworten zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

7. Inwiefern ist das derzeitige Betäubungsmittelrecht nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, auf neue psychoaktive Substanzen zu reagieren?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung und ihre jüngste Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Mögliche Legalität von Legal Highs“ (Bundestagsdrucksache 18/2550) sowie die Antworten zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

Wie auf Bundestagsdrucksache 18/2550 ausgeführt, berücksichtigt die Bundesregierung die Entwicklung bei den NPS, zusätzlich zur stetigen Aufnahme weiterer NPS in die Anlagen des BtMG, durch Wiederaufnahme ihrer Überlegungen für einen auf Stoffgruppen bezogenen Regelungsansatz.

8. Inwiefern ist die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen nach Ansicht der Bundesregierung selbst ein Resultat der Verbotspolitik?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung und die jüngste Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Mögliche Legalität von Legal Highs“ (Bundestagsdrucksache 18/2550) sowie die Antworten zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

9. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Qualität der angebotenen Substanzen (Identität, Streckmittel, Herstellungsrückstände etc.)?

Aus Sicht der Bundesregierung ist nicht die von den Fragestellern sogenannte Verbotspolitik verantwortlich für die in der Frage angesprochene Beschaffenheit illegaler Betäubungsmittel. Vielmehr ist dies eine Folge der auf der Angebotsseite dieser Stoffe skrupellos, an Gewinnmaximierung orientierten, illegal handelnden Akteure. Diese scheuen bereits mit dem Anbieten einer illegalen Droge, unabhängig von deren konkreter Beschaffenheit, nicht davor zurück, die Gesundheit und das Leben anderer Menschen zu gefährden. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

10. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die gesundheitliche und soziale Situation von Menschen mit einer Suchterkrankung und anderen Konsumierenden?

Zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Menschen mit einer Suchterkrankung und von anderen Konsumierenden berichtet u. a. die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) jährlich, dieses als nationaler REITOX-Knotenpunkt an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

11. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Therapie von Suchterkrankungen (Therapiequalität, Versorgungssicherheit, gesetzliche Berücksichtigung der wissenschaftlichen Datenlage etc.)?

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit Suchterkrankungen ist sehr ausdifferenziert (siehe dazu die Antwort zu Frage 12). Es umfasst Angebote der drogenfreien Behandlung ebenso wie solche mit medikamentöser Unterstützung (z. B. die Substitution Opiatabhängiger). Wichtige rechtliche Grundlagen zur Ermöglichung der substitutionsgestützten Therapie Opiatabhängiger sind im Betäubungsmittelrecht verankert. Dies gilt auch für die in der Vorbemerkung der

Bundesregierung genannten fortschrittlichen Ansätze einer modernen Drogenpolitik, wie etwa das durch §§ 35 ff. BtMG normierte Prinzip der Therapie statt Strafe. Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten.

Nach Auffassung der Bundesregierung wirken sich die Handlungsverbote, Straf- und Bußgeldbewehrungen sowie die generalpräventiven Regelungen des Betäubungsmittelrechts, die von den Fragestellern als „Verbotspolitik“ bezeichnet werden, auf den Bereich der therapeutischen Versorgung strukturell nicht nachteilig aus.

12. Inwiefern verhindert oder erleichtert das BtMG nach Kenntnis der Bundesregierung den Zugang zur Suchttherapie?

Wichtige rechtliche Grundlagen zur Ermöglichung der substitutionsgestützten Therapie Opiatabhängiger in Deutschland, einschließlich der diamorphingestützten Substitution, sind im Betäubungsmittelrecht verankert.

Dies gilt auch für die in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten fortschrittlichen Ansätze einer modernen Drogenpolitik, wie etwa das durch §§ 35 ff. BtMG normierte Prinzip der Therapie statt Strafe (Zurückstellen der Strafvollstreckung für betäubungsmittelabhängige Straftäter).

Die Bundesregierung weist zudem darauf hin, dass in den Jahren 1997 bis 2009, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kontinuierlich gestiegen ist (von 51 448 auf 93 027). Seit 2010 ist als Folge eines allgemeinen Antragsrückgangs auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen bei Entwöhnungsbehandlungen zu verzeichnen (im Jahr 2013 auf 81 020).

Im Jahr 2013 wurden in 822 ambulanten und 200 stationären Einrichtungen, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik DSHS beteiligt haben, 334 258 ambulante und 47 354 stationäre Betreuungen und Behandlungen durchgeführt. Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland zählt zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Europa.

Im Zusammenhang mit gerichtlichen Verfahren sind im Bereich des Konsums illegaler Substanzen zudem Behandlungsaufgaben möglich. Innerhalb dieser Gruppe haben Personen mit den Hauptdiagnosen Cannabis (ambulant: 30 Prozent, stationär: 28 Prozent) und Kokain am häufigsten gerichtliche Auflagen (ambulant: 31 Prozent, stationär: 43 Prozent) gefolgt von Opioiden (ambulant: 21 Prozent, stationär: 48 Prozent) und Stimulanzien (ambulant: 20 Prozent, stationär: 31 Prozent).

13. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS oder Hepatitis?

Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung steht im Einklang mit der erfolgreichen nationalen HIV- und Hepatitis-Prävention.

14. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Effektivität der Drogenhilfe und Sozialarbeit?

Die Rahmenbedingungen zur Sanktionsbewehrung im Bereich illegaler Drogen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert. Deutschland verfügt – im Unterschied zu anderen Regionen der Welt – seit langem über ein umfas-

sendes und differenziertes System der Drogenhilfe, das von niedrigschwelligen Maßnahmen und aufsuchender Sozialarbeit bis hin zu stationären Angeboten der Therapie reicht (auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen). Auswirkungen auf die Effektivität der Drogenhilfe und Sozialarbeit sind daher nicht messbar zu beschreiben.

15. Inwiefern bewirkt die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung Kriminalisierung und kriminelle Karrieren von an sich nichtdissozialen Bürgerinnen und Bürgern?

Der Gesetzgeber hat sich aus Gründen des Rechtsgüterschutzes entschlossen, bestimmte Verhaltensweisen im Umgang mit Betäubungsmitteln im BtMG unter eine Strafdrohung zu stellen. Die Strafdrohungen des BtMG richten sich an alle Bürgerinnen und Bürger und können bei Verstößen – auch bei Personen ohne dissoziale Persönlichkeitsstörung – zu einer von den Fragestellern sogenannten Kriminalisierung oder zu einer kriminellen Karriere führen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

16. Welchen Einfluss hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die organisierte Kriminalität in Deutschland sowie in Anbau- und Transitländern?

Nach Auffassung der Bundesregierung ist nicht die von den Fragestellern sogenannte Verbotspolitik für das Angebot gesundheitsschädlicher Drogen verantwortlich. Vielmehr ist dies vor allem eine Folge der skrupellos, an Gewinnmaximen orientierten, in organisierten Kriminalitätsstrukturen handelnden Akteure. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

17. Welches sind nach Kenntnis der Bundesregierung die wesentlichen Gründe für eine Legalisierung in einigen der Anbau- und Transitländer (z. B. Uruguay)?

Am 20. Dezember 2013 hat Uruguay als weltweit erster und bisher einziger Staat ein Gesetz zur teilweisen Legalisierung des Freizeitgebrauchs von Cannabis erlassen. Es legt die staatliche Kontrolle über den Konsum für volljährige Staatsbürger, Anbau, Besitz und Handel von Cannabis fest. Nach Auffassung der Verantwortlichen in Uruguay soll das Gesetz die öffentliche Gesundheit schützen und fördern, die Risiken des Konsums verringern, den illegalen Drogenhandel bekämpfen, indem es dem Schwarzmarkt Kunden und Gewinne entzieht, und Konsumenten aus der Kriminalität des bisher ungesetzlichen Erwerbs „heben“. Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (INCB), der die Einhaltung der Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen (VN) überwacht, hat diese Gesetzgebung als Verstoß gegen das VN-Einheits-Übereinkommen über Suchtstoffe von 1961 gerügt, welches u. a. den Freizeitgebrauch von Cannabis verbietet.

18. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Drogenpräventionsarbeit?

Drogenprävention findet in Deutschland auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene statt. Die Maßnahmen reichen von universeller Prävention, die sich an die Allgemeinbevölkerung richtet, über Maßnahmen der selektiven Prävention, die

auf bestimmte Risikogruppen abzielen, bis hin zur indizierten Prävention für Zielgruppen, die bereits Probleme aufweisen.

Auf Bundesebene ist die zentrale Einrichtung die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Ein Instrument der Prävention im Themenbereich der illegalen Drogen ist das Internetportal www.drugcom.de. Hier wird umfassend über die verschiedenen illegalen Drogen und die mit ihnen verbundenen gesundheitlichen Gefahren informiert. Daneben gibt es Beratungsangebote z. B. per Chat oder auch das sehr erfolgreiche Cannabis-Ausstiegsprogramm „Quit the shit“. Das Angebot wurde im Jahr 2013 mehr als 1 Million Mal genutzt, im Schnitt sind 2 774 Visits pro Tag zu verzeichnen.

Bezüglich der Themen, die verstärkt von den Nutzerinnen und Nutzern nachgefragt werden, sind Schwankungen zu verzeichnen. Eindeutige Trends lassen sich nicht ausmachen. So hat z. B. Ecstasy im Beratungsangebot an Bedeutung verloren. Während Ecstasy 2001 und 2002 noch die am zweithäufigsten angesprochene Substanz war, spielt diese Substanzklasse aktuell nur noch eine untergeordnete Rolle in der Beratung. Fragen zu Alkohol sowie zu Amphetaminen haben hingegen leicht zugenommen. Insofern könnte eher ein Zusammenhang zwischen der Nachfrage nach Informationen zu bestimmten Drogen und der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit vermutet werden als ein Zusammenhang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen.

19. Welche Folgen hat das Drogenverbot nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Entwicklung der Kriminalität und die öffentliche Sicherheit?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 15 und 16 sowie die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Im Übrigen wirken die Strafdrohungen des BtMG nach Auffassung der Bundesregierung im Sinne der positiven und negativen Generalprävention auf das Rechtsbewusstsein der Bevölkerung ein.

20. Welche sonstigen gesamtgesellschaftlichen Folgen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung?

Aus Sicht der Bundesregierung leisten die Strafvorschriften des BtMG neben den bereits erwähnten anderweitigen Maßnahmen im Bereich Therapie und Prävention einen wesentlichen Beitrag zum Schutz der Gesellschaft – insbesondere auch der Kinder und Jugendlichen – vor den Gefahren, die von illegalen Substanzen ausgehen.

21. Welches sind nach Kenntnis der Bundesregierung die häufigsten Verstöße gegen das BtMG (Gliederung nach Tatbeständen bzw. Delikten und Altersgruppen)?

Zur Beantwortung wird auf die Angaben in Tabelle 1.1 des Tabellenanhangs zum Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2013 des Bundeskriminalamtes (BKA) Bezug genommen (beigefügt als Anlage zu Frage 21).

22. Welches sind nach Kenntnis der Bundesregierung die am häufigsten begangenen Straftaten im Zusammenhang mit Drogen auch außerhalb des Betäubungsmittelrechts?

Zur Beantwortung wird auf die Angaben in Tabelle 1.6 des Tabellenanhangs zum Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2013 des BKA Bezug genommen (beigefügt als Anlage zu Frage 22).

23. Welche Folgen hat das Drogenverbot nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Entwicklung der Zivilgesellschaft?

Es wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung zum Schutzgut der Strafvorschriften im BtMG verwiesen.

24. Wie teuer ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Umsetzung der Verbotspolitik (bitte nach Kosten für direkt bzw. indirekt aufgrund von drogenbezogenen Delikten, inhaftierte Strafgefangene, Polizei und Justiz, Verwaltungsvorgänge, medizinische Behandlung aufgrund vermeidbarer Gesundheitsfolgen, Maßregelvollzug etc. aufschlüsseln)?

In den Bereichen Strafvollzug, Polizei, Justiz und Maßregelvollzug werden die Kosten ganz überwiegend von den Ländern getragen, so dass die Bundesregierung hierzu keine weitergehende Aussage treffen kann. Da die Fragesteller den Begriff „Verwaltungsvorgänge“ unausgefüllt lassen, zudem nicht deutlich ist, was mit „medizinischer Behandlung aufgrund vermeidbarer Gesundheitsfolgen“ gemeint ist, kann die Bundesregierung dazu keine präzisen Angaben machen.

25. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf rechtsstaatliche Strukturen und das Rechtsbewusstsein in der Bevölkerung (z. B. „Opferlose Delikte“, V-Leute-Problematik, Verhältnismäßigkeit etc.)?

Nach Auffassung der Bundesregierung stärken die Strafdrohungen des BtMG im Sinne der positiven und negativen Generalprävention das Rechtsbewusstsein der Bevölkerung. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

26. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Gestaltung des Verbraucher- und Jugendschutzes?
27. Inwiefern können nach Ansicht der Bundesregierung bei dem bestehenden Drogenverbot überhaupt Regelungen für einen wirksamen Jugendschutz getroffen werden?

Die Fragen 26 und 27 werden wegen ihres Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Nach Auffassung der Bundesregierung dient das strafbewehrte Verbot des Umgangs mit Betäubungsmitteln außerhalb einer medizinisch begründeten und erlaubten Therapie dem Schutz der Gesellschaft, vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, und schränkt die Verfügbarkeit und Verbreitung der Substanzen ein. Die Sanktionsbewehrung darf zudem nicht isoliert gesehen werden. Sie ergänzt umfangreiche, gerade auch auf Jugendliche zugeschnittene Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen und Hilfsangebote bei Sucht- und Abhängigkeitsproblemen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

28. Welche Auswirkungen hat das Drogenverbot nach Kenntnis der Bundesregierung auf den Drogenkonsum durch Kinder und Jugendliche?

Der Gebrauch illegaler Drogen wird deutlich durch den Cannabiskonsum bestimmt. So haben nach Befragungen der BZgA 4,9 Prozent der Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten irgendeine illegale Droge genommen, bei 4,6 Prozent war das (auch) Cannabis, aber nur 1 Prozent haben eine andere Droge als Cannabis konsumiert. Die Verbreitung des Cannabiskonsums hat sich im Laufe der Jahre verändert, ohne dass sich die rechtlichen Verbotgrundlagen für den Freizeitkonsum von Cannabis verändert haben. Die Zahl der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die Cannabis einmal probiert haben, beginnt in den 90er-Jahren anzusteigen. Der Höhepunkt liegt je nach Geschlecht in den Jahren 1997 (weiblich) und 2004 (männlich). Seitdem zeichnet sich ein Rückgang ab. Nach dem gleichen Muster entwickelt sich der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der jeweiligen Befragung Cannabis genommen haben. Einer Zunahme bis in die Jahre 1997 (weiblich) und 2004 (männlich) folgt wieder eine Abnahme. Der regelmäßige Cannabiskonsum der Jugendlichen hat sich in den Jahren 1993 bis 2012 nur wenig geändert.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Ziel dieser Studie ist es, Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums unter Jugendlichen zu untersuchen. Es werden Schülerinnen und Schüler der 8. und 9. Klassen befragt. Danach ist der Anteil der Cannabiskonsumisten gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2003 deutlich zurückgegangen. Insgesamt sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den letzten neun Jahren von 30,8 Prozent auf 22,2 Prozent, die 12-Monats-Prävalenz von 24,6 Prozent auf 17,4 Prozent und die 30-Tage-Prävalenz von 13,5 Prozent auf 8,1 Prozent. Der Anteil cannabiserfahrener Mädchen ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten und ist auch im Vergleich zu 2007 signifikant gesunken.

29. Wie haben sich die Zahl und das Alter der Erstkonsumierenden sogenannter harter Drogen nach Kenntnis der Bundesregierung seit Einführung des BtMG entwickelt?

Aufgrund der geringen Prävalenzen, die im Rahmen o. g. epidemiologischen Befragungen (siehe Antwort zu Frage 28) erfasst werden, lassen sich keine validen Aussagen zur Zahl und zum Alter der Erstkonsumierenden sogenannter harter Drogen machen. Anders verhält sich dies hinsichtlich der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen. Die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren stark rückläufig von 7 914 im Jahr 2000 auf 2 090 im Jahr 2012. Im Übrigen wird hinsichtlich der Zahl und des Alters der erstauffälligen Konsumenten auf die Angaben des Tabellenanhangs zum Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2005 (1996 bis 2005) und 2013 (2004 bis 2013) des BKA verwiesen, die in den Anlagen 1 bis 4 zu Frage 29 wiedergegeben sind.

30. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf Einsatzmöglichkeiten und Effektivität von schadensmindernden Maßnahmen (Harm Reduction) wie Drugchecking, Spritzenvergabe, Einrichtung von Konsumräumen etc.?

Die Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfsangebote ist in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich. Dies gilt auch für das Angebot an schadensmindernden Maßnahmen. So haben nicht alle Bundesländer Konsumräume vorgesehen. Insofern besteht aus Sicht der Bundesregierung kein Zusammenhang zwischen den rechtlichen Regulierungen, die bundesweit einheitlich sind, und

dem tatsächlichen Angebot, das auf Ebene der Bundesländer bzw. Kommunen geplant und vollzogen wird.

31. Welche Effekte sind nach Kenntnis der Bundesregierung für unterschiedliche drogenpolitische Strategien im Ausland nachgewiesen (Kausalität)?

Die Bundesregierung unterstützt durch das Bundeskriminalamt ausländische Staaten weltweit bei der Bekämpfung der international organisierten Rauschgiftkriminalität seit mehreren Jahrzehnten im Rahmen der polizeilichen Ausbildungs- und Ausstattungshilfe. Im Vordergrund der Maßnahmen stehen insbesondere der gegenseitige Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie die Vermittlung von rechtstaatlichen Verfahrensweisen bei der Durchführung strafrechtlicher Ermittlungen.

Die durchgeführten Maßnahmen haben zu einer Intensivierung der internationalen Kooperation sowie verstärkter Vernetzung der entsprechenden Rauschgiftbekämpfungsdienststellen beigetragen.

Zudem fördert die Bundesregierung durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung seit rund dreißig Jahren Vorhaben zur Schaffung von Alternativen zum illegalen Drogenanbau in Südamerika und Asien. Ziel dieser Maßnahmen ist es, an den entwicklungspolitischen Ursachen ländlicher Drogenökonomien anzusetzen und zu deren langfristigen Behebung beizutragen. Durch die Reduzierung von Armut, verbesserter Ausbildung, Infrastrukturmaßnahmen und landwirtschaftlicher Diversifikation der Anbauflächen können so nachhaltige Alternativen zum Drogenanbau etabliert werden.

32. Inwiefern sind nach Ansicht der Bundesregierung die Mittel zur Durchsetzung der Verbotspolitik verhältnismäßig, auch im Vergleich zur Regulierung von legalen Rauschmitteln?

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist die Strafbewehrung des Umgangs mit Betäubungsmitteln mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar. Dies gilt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. März 1994 (Az.: 2 BvL 43/92 – Cannabisentscheidung –) auch vor dem Hintergrund, dass sich die Strafdrohung nicht auf Alkohol und Nikotin erstreckt. Dieser Auffassung schließt sich die Bundesregierung an.

33. Welche Auswirkungen hat die Verbotspolitik nach Kenntnis der Bundesregierung auf das Zusammenleben in Familien und auf Angehörige von Menschen mit einer Suchterkrankung, insbesondere deren Kinder?

Die Belastungen für Familien und Angehörige von Menschen mit einer Suchterkrankung sind vielfältig. Die Bundesregierung geht nicht davon aus, dass solche Belastungen durch rechtliche Rahmenbedingungen besonders beeinflusst werden. Sie ist sich der schwierigen Situation dieser Kinder bewusst und kümmert sich um entsprechende Hilfsangebote. So hat das BMG z. B. von 2008 bis 2012 das Modellprojekt „Trampolin“ gefördert. In dem Projekt wurde nicht nur ein modulares Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickelt, sondern auch eine Vielzahl von Fachkräften für die Durchführung von „Trampolin“ geschult.

Anlage zu Frage 21

1 RAUSCHGIFTDELIKTE**1.1 Rauschgiftdelikte nach Deliktsart (PKS)**

Jahr	Gesamt	Allg. Verstöße gg. das BtMG	Handel und Schmuggel	Einfuhr „nicht ger. Mengen“	Sonst. Verstöße gg. das BtMG
2003	255.575	177.494	68.701	4.674	4.706
2004	283.708	200.378	70.761	4.586	7.983
2005	276.740	194.444	67.320	4.682	10.294
2006	255.019	178.841	60.914	3.951	11.313
2007	248.355	171.496	60.112	3.981	12.766
2008	239.951	169.386	52.867	3.038	14.660
2009	235.842	169.689	48.253	2.712	15.188
2010	231.007	165.880	47.034	2.588	15.505
2011	236.478	170.297	48.291	2.500	15.390
2012	237.150	173.337	45.040	2.627	16.146
2013	253.525	189.783	44.555	2.279	16.908

Die Vergleichszahlen 2010 und 2011 sind den Tabellenanhängen der Vorjahre zu entnehmen.

Anlage zu Frage 22

1.6 Direkte Beschaffungskriminalität nach Delikten (PKS)

Delikte	Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Raub zur Erlangung von BtM		219	199	161	149	167	135	131	140	137	140
Diebstahl von BtM aus Apotheken		166	182	185	209	161	202	215	215	200	216
Diebstahl von BtM aus Arztpraxen		180	144	148	143	176	158	145	153	184	141
Diebstahl von BtM aus Krankenhäusern		132	162	197	198	215	232	231	279	280	321
Diebstahl von BtM bei Herstellern/ Großhändlern		20	19	26	25	13	12	25	30	22	21
Diebstahl von Rezeptformularen zur Erl. von BtM		244	238	204	230	230	204	195	247	181	172
Fälschung zur Erlangung von BtM		1.245	1.261	1.313	1.581	1.730	1.536	1.614	1.949	1.148	1.080
Gesamt*		2.206	*2.210	2.234	*2.540	2.692	2.479	2.556	3.013	2.152	2.091

* In den Jahren 2005 und 2007 stimmen die im Summenschlüssel 8911(00) - Direkte Beschaffungskriminalität - ausgewiesenen Deliktszahlen aufgrund weniger inkorrekt länderspezifischer Schlüsselzuordnungen nicht genau mit den Additionsergebnissen der einzelnen Delikte überein.

Anlage 1 zu Frage 29

4. Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhd)

Tabelle 4.1 : EKhd nach Drogenart - INPOL

Jahr	Gesamt	Heroin	Kokain	Amphetamin	Ecstasy	LSD	Crack	Sonstige
1996	17.197	7.421 (36,5%)	3.930 (19,3%)	4.026 (19,8%)	3.609 (17,8%)	1.191 (5,9%)	-	136 (0,7%)
1997	20.594	8.771 (35,4%)	5.144 (20,8%)	5.535 (22,3%)	3.799 (15,3%)	1.356 (5,5%)	-	151 (0,6%)
1998	20.943	8.659 (34,5%)	5.691 (22,7%)	6.654 (26,5%)	2.830 (11,3%)	1.090 (4,3%)	-	190 (0,7%)
1999	20.573	7.877 (33,1%)	5.662 (23,8%)	6.143 (25,9%)	3.170 (13,3%)	738 (3,1%)	-	179 (0,8%)
2000	22.584	7.914 (30,4%)	5.327 (20,5%)	6.288 (24,2%)	5.495 (21,1%)	770 (3,0%)	-	225 (0,9%)
2001	22.551	7.868 (30,4%)	4.872 (18,8%)	6.229 (24,1%)	6.097 (23,6%)	549 (2,1%)	-	262 (1,0%)
2002	20.230	6.378 (27,5%)	4.933 (21,3%)	6.666 (28,8%)	4.737 (20,5%)	229 (1,0%)	-	218 (0,9%)
2003	17.937	5.443 (26,6%)	4.346 (21,2%)	6.588 (32,2%)	3.352 (16,4%)	149 (0,7%)	419 (2,0%)	177 (0,9%)
2004	21.100	5.324 (22,2%)	4.802 (20,0%)	9.238 (38,5%)	3.907 (16,3%)	151 (0,6%)	409 (1,7%)	186 (0,8%)
2005	19.990	4.637 (20,6%)	4.489 (20,0%)	9.339 (41,6%)	3.145 (14,0%)	147 (0,7%)	433 (1,9%)	269 (1,2%)

Tabelle 4.2 : EKhd nach Bundesländern - INPOL

Jahr	Gesamt	BW	BY	BR	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1996	17.197	897	3.537	1.031	263	283	270	2.550	62	948	3.638	2.019	524	219	56	804	170
1997	20.594	3.030	4.415	900	400	394	452	2.132	227	1.299	3.519	2.049	441	335	199	669	196
1998	20.943	2.890	4.416	683	490	374	336	2.099	164	1.074	4.001	2.313	445	332	337	736	312
1999	20.573	2.418	4.406	663	509	282	774	1.225	260	1.356	3.789	2.324	428	392	400	948	456
2000	22.584	2.115	4.866	987	690	274	650	1.359	308	1.795	3.763	2.337	415	473	530	1.241	827
2001	22.551	1.831	5.264	966	591	268	692	1.289	278	1.690	4.465	2.116	394	380	363	1.319	704
2002	20.230	1.504	4.636	866	410	243	582	1.183	253	1.754	3.477	2.230	390	293	623	1.029	724
2003	17.937	1.043	3.415	933	518	240	562	977	118	1.574	3.057	2.136	253	279	878	1.014	892
2004	21.100	1.256	5.085	605	697	273	513	760	197	1.197	2.988	3.290	419	655	876	759	1.367
2005	19.990	1.390	3.566	712	824	144	498	857	274	928	2.986	2.598	443	762	793	907	1.784

Tabelle 4.3 : EKhd nach Drogenart und Bundesländern 2005 - INPOL.

Bundesland	Gesamt		Heroin		Kokain		Amphetamin		Ecstasy		LSD		Crack		Sonstige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	1.390	466	483	450	251	16	125									
Bayern	3.566	901	671	1.650	478	29	14									
Berlin	712	276	198	222	101	6	-									
Brandenburg	824	74	197	486	308	20	11									
Bremen	144	67	50	14	21	1	-									
Hamburg	498	142	103	34	36	2	193									
Hessen	857	258	146	256	63	6	183									
Mecklenburg-Vorpommern	274	16	67	160	93	3	-									
Niedersachsen	928	256	344	220	174	3	3									
Nordrhein-Westfalen	2.986	905	742	1.260	424	22	49									
Rheinland-Pfalz	2.598	321	292	1.799	285	10	2									
Saarland	443	84	69	299	81	1	46									
Sachsen	762	157	150	533	88	1	-									
Sachsen-Anhalt	793	154	302	356	220	3	-									
Schleswig-Holstein	907	228	368	260	196	11	-									
Thüringen	1.784	202	174	1.182	218	8	-									
Gesamt	19.990	4.637	4.489	9.339	3.145	147	269									

Tabelle 4.4 : Geschlechterstruktur bei den EKhd - Zeitreihe INPOL

Jahr	Gesamt		Heroin		Kokain		Amphetamin		Ecstasy		LSD		Sonstige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1996	14.554 (85%)	2.643 (15%)	6.250 (84%)	1.171 (16%)	3.357 (85%)	573 (15%)	3.419 (85%)	607 (15%)	3.010 (83%)	599 (17%)	1.016 (85%)	175 (15%)	123 (90%)	13 (10%)
1997	17.326 (84%)	3.268 (16%)	7.388 (84%)	1.383 (16%)	4.328 (84%)	816 (16%)	4.637 (84%)	898 (16%)	3.154 (83%)	645 (17%)	1.142 (84%)	214 (16%)	128 (85%)	23 (15%)
1998	17.519 (84%)	3.424 (16%)	7.200 (83%)	1.459 (17%)	4.738 (83%)	953 (17%)	5.540 (83%)	1.114 (17%)	2.370 (84%)	460 (16%)	920 (84%)	170 (16%)	157 (83%)	33 (17%)
1999	17.162 (83%)	3.411 (17%)	6.536 (83%)	1.341 (17%)	4.722 (83%)	940 (17%)	5.080 (83%)	1.063 (17%)	2.672 (84%)	498 (16%)	626 (85%)	112 (15%)	156 (87%)	23 (13%)
2000	18.975 (84%)	3.609 (16%)	6.643 (84%)	1.271 (16%)	4.467 (84%)	860 (16%)	5.220 (83%)	1.068 (17%)	4.623 (84%)	872 (16%)	645 (84%)	125 (16%)	183 (81%)	42 (19%)
2001	16.688 (83%)	3.863 (17%)	6.499 (83%)	1.369 (17%)	4.068 (83%)	804 (17%)	5.125 (82%)	1.104 (18%)	5.049 (83%)	1.048 (17%)	466 (85%)	83 (15%)	221 (84%)	41 (16%)
2002	16.832 (83%)	3.398 (17%)	5.250 (82%)	1.128 (18%)	4.140 (84%)	795 (16%)	5.541 (83%)	1.125 (17%)	3.915 (83%)	822 (17%)	182 (79%)	47 (21%)	177 (81%)	41 (19%)
2003	14.702 (82%)	3.234 (18%)	4.388 (81%)	1.055 (19%)	3.650 (84%)	696 (16%)	5.374 (82%)	1.213 (18%)	2.707 (81%)	645 (19%)	121 (81%)	28 (19%)	147 (83%)	30 (17%)
2004	17.385 (82%)	3.715 (18%)	4.328 (81%)	996 (19%)	4.049 (84%)	753 (16%)	7.564 (82%)	1.674 (18%)	3.167 (81%)	740 (19%)	129 (85%)	22 (15%)	158 (85%)	28 (15%)
2005	16.594 (83%)	3.396 (17%)	3.761 (81%)	876 (19%)	3.866 (86%)	623 (14%)	7.707 (83%)	1.632 (17%)	2.595 (83%)	550 (17%)	124 (84%)	23 (16%)	229 (85%)	40 (15%)

2005 Crack: männlich: 359 (83%), weiblich: 74 (17%).

Anlage 2 zu Frage 29**Der Tabelle 4.5 : Altersdurchschnitt nach Drogenart bei den EKhd - INPOL**

Jahr	Heroin	Kokain	Amphetamin	Ecstasy	LSD	Sonstige	Gesamt
1996	26,3	27,9	23,1	21,3	20,8	30,3	25,0
1997	25,9	28,2	23,1	21,5	21,1	30,8	25,1
1998	26,2	28,6	23,5	22,3	21,4	30,5	25,5
1999	26,4	28,3	23,7	22,0	22,0	28,7	25,4
2000	26,6	28,1	23,5	21,7	21,4	28,1	25,0
2001	28,2	29,8	24,5	22,9	22,7	28,8	26,4
2002	27,4	28,6	23,6	22,0	23,2	30,0	26,0
2003	27,9	28,4	24,0	22,7	22,7	29,8	26,0
2004	28,3	28,7	24,4	23,0	23,6	30,9	25,9
2005	29,2	29,0	24,3	23,2	22,9	28,2	26,2

Tabelle 4.6 : Altersstruktur bei den EKhd - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	8 (0,0%)	809 (5,3%)	2.979 (19,6%)	4.099 (26,9%)	3.661 (24,0%)	3.112 (20,4%)	567 (3,7%)
1997	8 (0,0%)	1.210 (5,9%)	4.717 (22,9%)	5.647 (27,4%)	4.325 (21,0%)	3.888 (18,9%)	799 (3,9%)
1998	6 (0,0%)	1.083 (5,2%)	4.518 (21,6%)	5.871 (28,0%)	4.230 (20,2%)	4.209 (20,1%)	1.026 (4,9%)
1999	2 (0,0%)	1.092 (5,3%)	4.513 (21,9%)	5.719 (27,8%)	3.914 (19,0%)	4.114 (20,0%)	1.219 (5,9%)
2000	1 (0,0%)	1.205 (5,3%)	5.618 (24,9%)	6.289 (27,8%)	4.076 (18,0%)	4.178 (18,5%)	1.217 (5,4%)
2001	3 (0,0%)	1.188 (5,3%)	5.267 (23,4%)	6.650 (29,5%)	3.929 (17,4%)	4.105 (18,2%)	1.409 (6,2%)
2002	6 (0,0%)	975 (4,8%)	4.410 (21,8%)	6.127 (30,3%)	3.684 (18,2%)	3.709 (18,3%)	1.319 (6,5%)
2003	9 (0,0%)	758 (4,2%)	3.480 (19,4%)	5.379 (30,0%)	3.513 (19,6%)	3.491 (19,5%)	1.307 (7,3%)
2004	8 (0,0%)	880 (4,2%)	3.911 (18,5%)	6.423 (30,4%)	4.369 (20,7%)	3.940 (18,7%)	1.569 (7,4%)
2005	3 (0,0%)	712 (3,6%)	3.475 (17,3%)	5.815 (29,1%)	4.503 (22,5%)	3.873 (19,4%)	1.609 (8,0%)

Tabelle 4.6.1 : Altersstruktur bei den erstauffälligen Heroinkonsumenten - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	3 (0,0%)	329 (4,4%)	1.180 (15,9%)	1.928 (26,0%)	1.889 (25,5%)	1.739 (23,4%)	353 (4,8%)
1997	3 (0,0%)	412 (4,7%)	1.552 (17,7%)	2.386 (27,2%)	2.109 (24,1%)	1.960 (22,3%)	349 (4,0%)
1998	0 (0,0%)	370 (4,3%)	1.593 (18,4%)	2.359 (27,2%)	1.928 (22,3%)	1.942 (22,4%)	467 (5,4%)
1999	0 (0,0%)	339 (4,3%)	1.386 (17,6%)	2.192 (27,8%)	1.648 (20,9%)	1.791 (22,7%)	521 (6,6%)
2000	0 (0,0%)	326 (4,1%)	1.399 (17,7%)	2.059 (26,0%)	1.739 (22,0%)	1.853 (23,4%)	538 (6,8%)
2001	2 (0,0%)	272 (3,4%)	1.178 (15,0%)	2.165 (27,5%)	1.671 (21,2%)	1.905 (24,2%)	675 (8,6%)
2002	2 (0,0%)	180 (2,8%)	889 (13,9%)	1.788 (28,0%)	1.390 (21,8%)	1.559 (24,5%)	570 (8,9%)
2003	2 (0,0%)	141 (2,6%)	684 (12,6%)	1.478 (27,2%)	1.229 (22,6%)	1.341 (24,6%)	568 (10,4%)
2004	0 (0,0%)	168 (3,2%)	604 (11,3%)	1.317 (24,7%)	1.250 (23,5%)	1.405 (26,4%)	580 (10,9%)
2005	0 (0,0%)	79 (1,7%)	440 (9,5%)	1.034 (22,3%)	1.184 (25,5%)	1.290 (27,8%)	610 (13,2%)

Tabelle 4.6.2 : Altersstruktur bei den erstauffälligen Kokainkonsumenten - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	0 (0,0%)	125 (3,2%)	481 (12,2%)	963 (24,5%)	995 (25,3%)	1.116 (28,4%)	250 (6,4%)
1997	1 (0,0%)	150 (2,9%)	636 (12,4%)	1.235 (24,0%)	1.257 (24,4%)	1.498 (29,1%)	367 (7,2%)
1998	0 (0,0%)	187 (3,3%)	746 (13,1%)	1.298 (22,8%)	1.338 (23,5%)	1.660 (29,2%)	462 (8,1%)
1999	0 (0,0%)	184 (3,2%)	746 (13,2%)	1.261 (22,3%)	1.231 (21,7%)	1.674 (29,6%)	566 (10,0%)
2000	0 (0,0%)	160 (3,0%)	759 (14,2%)	1.204 (22,6%)	1.165 (21,9%)	1.529 (28,7%)	510 (9,6%)
2001	0 (0,0%)	118 (2,4%)	597 (12,2%)	1.139 (23,4%)	1.002 (20,6%)	1.438 (29,5%)	578 (11,9%)
2002	0 (0,0%)	136 (2,8%)	613 (12,4%)	1.171 (23,7%)	1.045 (21,2%)	1.356 (27,5%)	612 (12,4%)
2003	1 (0,0%)	115 (2,7%)	503 (11,6%)	1.070 (24,6%)	984 (22,6%)	1.211 (27,9%)	462 (10,6%)
2004	1 (0,0%)	129 (2,7%)	522 (10,9%)	1.203 (25,1%)	1.077 (22,4%)	1.302 (27,1%)	568 (11,8%)
2005	0 (0,0%)	77 (1,7%)	495 (11,0%)	1.078 (24,0%)	1.059 (23,6%)	1.193 (26,6%)	587 (13,1%)

Tabelle 4.6.3 : Altersstruktur bei den erstaußälligen Amphetaminkonsumenten - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	2 (0,0%)	301 (7,5%)	1.267 (31,5%)	1.241 (30,8%)	709 (17,6%)	430 (10,7%)	76 (1,9%)
1997	3 (0,0%)	378 (6,8%)	1.774 (32,1%)	1.681 (30,4%)	967 (17,5%)	632 (11,4%)	100 (1,8%)
1998	3 (0,0%)	457 (6,9%)	1.969 (29,6%)	2.076 (31,2)	1.135 (17,0%)	856 (12,9%)	158 (2,4%)
1999	2 (0,0%)	394 (6,4%)	1.808 (29,4%)	1.942 (31,6%)	1.014 (16,5%)	802 (13,1%)	181 (2,9%)
2000	1 (0,0%)	379 (6,0%)	1.948 (31,0%)	2.020 (32,1%)	993 (15,8%)	781 (12,4%)	166 (2,6%)
2001	1 (0,0%)	353 (5,7%)	1.827 (29,3%)	2.175 (34,9%)	953 (15,3%)	731 (11,7%)	189 (3,0%)
2002	1 (0,0%)	334 (5,0%)	1.883 (28,2%)	2.370 (35,6%)	1.092 (16,4%)	803 (12,0%)	183 (2,7%)
2003	4 (0,0%)	324 (4,9%)	1.703 (25,9%)	2.364 (35,9%)	1.118 (17,0%)	855 (13,0%)	220 (3,3%)
2004	5 (0,0%)	420 (4,6%)	2.158 (23,4%)	3.302 (35,7%)	1.841 (19,9%)	1.133 (12,3%)	379 (4,1%)
2005	2 (0,0%)	403 (4,3%)	2.076 (22,2%)	3.212 (34,4%)	2.040 (21,8%)	1.245 (13,3%)	361 (3,9%)

Tabelle 4.6.4 : Altersstruktur bei den erstaußälligen Ecstasykonsumenten - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	3 (0,0%)	395 (10,9%)	1.348 (37,4%)	1.184 (32,8%)	482 (13,4%)	172 (4,8%)	25 (0,7%)
1997	1 (0,0%)	372 (9,8%)	1.441 (37,2%)	1.209 (31,8%)	542 (14,3%)	228 (6,0%)	36 (0,9%)
1998	1 (0,0%)	221 (7,8%)	927 (32,8%)	1.028 (36,3%)	430 (15,2%)	201 (7,1%)	22 (0,8%)
1999	1 (0,0%)	289 (9,1%)	1.174 (37,0%)	1.005 (31,7%)	456 (14,4%)	213 (6,7%)	32 (1,0%)
2000	0 (0,0%)	489 (8,9%)	2.217 (40,3%)	1.754 (31,9%)	630 (11,5%)	356 (6,5%)	49 (0,9%)
2001	0 (0,0%)	554 (9,1%)	2.273 (37,3%)	2.080 (34,1%)	749 (12,3%)	364 (6,0%)	77 (1,3%)
2002	3 (0,1%)	444 (9,4%)	1.657 (35,0%)	1.637 (34,6%)	619 (13,1%)	324 (6,8%)	53 (1,1%)
2003	3 (0,1%)	266 (7,9%)	1.066 (31,8%)	1.155 (34,5%)	507 (15,1%)	299 (8,9%)	56 (1,7%)
2004	2 (0,0%)	281 (7,2%)	1.126 (28,8%)	1.411 (36,1%)	678 (17,4%)	336 (8,6%)	73 (1,9%)
2005	1 (0,0%)	231 (7,3%)	872 (27,7%)	1.044 (33,2%)	567 (18,0%)	343 (10,9%)	87 (2,8%)

Tabelle 4.6.5 : Altersstruktur bei den erstaußälligen LSD-Konsumenten - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	0 (0,0%)	187 (15,7%)	471 (39,5%)	336 (28,2%)	134 (11,3%)	55 (4,6%)	8 (0,7%)
1997	0 (0,0%)	183 (13,5%)	565 (41,7%)	379 (27,9%)	134 (9,9%)	87 (6,4%)	8 (0,6%)
1998	2 (0,2%)	127 (11,7%)	384 (35,2%)	374 (34,3%)	134 (12,3%)	62 (5,7%)	7 (0,6%)
1999	0 (0,0%)	88 (11,9%)	288 (39,0%)	224 (30,3%)	81 (11,0%)	41 (5,6%)	16 (2,2%)
2000	0 (0,0%)	92 (11,9%)	306 (39,7%)	235 (30,5%)	83 (10,8%)	50 (6,5%)	4 (0,5%)
2001	0 (0,0%)	58 (10,6%)	207 (37,7%)	186 (33,9%)	63 (11,5%)	30 (5,5%)	5 (0,9%)
2002	0 (0,0%)	18 (7,8%)	77 (33,7%)	71 (31,0%)	35 (15,3%)	18 (7,9%)	10 (4,4%)
2003	0 (0,0%)	12 (8,1%)	45 (30,2%)	58 (38,9%)	17 (11,4%)	12 (8,1%)	5 (3,3%)
2004	1 (0,7%)	13 (8,6%)	35 (23,2%)	52 (34,4%)	33 (21,9%)	11 (7,3%)	6 (4,0%)
2005	0 (0,0%)	9 (6,1%)	27 (18,4%)	50 (34,0%)	40 (27,2%)	15 (10,2%)	6 (4,1%)

Tabelle 4.6.6 : Altersstruktur bei den erstaußälligen Crackkonsumenten 2005 - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2005	0 (0,0%)	3 (0,7%)	20 (4,6%)	20 (18,5%)	99 (22,9%)	131 (30,3%)	100 (23,1%)

Tabelle 4.6.7 : Altersstruktur bei den erstaußälligen Konsumenten sonstiger harter Drogen - INPOL

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
1996	0 (0,0%)	3 (2,2%)	15 (11,0%)	26 (19,1%)	33 (24,3%)	37 (27,2%)	22 (16,2%)
1997	0 (0,0%)	6 (4,0%)	17 (11,3%)	19 (12,6%)	28 (18,5%)	57 (37,7%)	24 (15,9%)
1998	0 (0,0%)	4 (2,1%)	19 (10,0%)	47 (24,7%)	37 (19,5%)	50 (26,3%)	33 (17,4%)
1999	0 (0,0%)	7 (3,9%)	27 (15,0%)	42 (23,5%)	35 (19,6%)	40 (23,4%)	28 (15,6%)
2000	0 (0,0%)	11 (4,9%)	29 (12,9%)	50 (22,2%)	47 (20,9%)	59 (26,2%)	29 (12,9%)
2001	0 (0,0%)	10 (3,8%)	49 (18,7%)	62 (23,7%)	43 (16,4%)	65 (24,8%)	33 (12,6%)
2002	0 (0,0%)	7 (3,2%)	23 (10,6%)	49 (22,5%)	40 (18,3%)	66 (30,3%)	33 (15,1%)
2003	0 (0,0%)	5 (2,8%)	20 (11,3%)	43 (24,2%)	32 (18,1%)	47 (26,6%)	30 (17,0%)
2004	0 (0,0%)	4 (2,2%)	10 (5,4%)	39 (21,0%)	44 (23,7%)	53 (28,4%)	36 (19,4%)
2005	0 (0,0%)	7 (2,6%)	19 (7,1%)	49 (18,2%)	62 (23,0%)	97 (36,1%)	35 (13,0%)

Anlage 3 zu Frage 29

**4. Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
4.1 EKhd nach Drogenart* (INPOL)**

Jahr	Gesamt	Heroin	Kokain	Crack	(Meth-) Amphetamin	Ecstasy	LSD	Sonstige
2004	21.100	5.324 (22,2%)	4.802 (20,0%)	409 (1,7%)	9.238 (38,5%)	3.907 (16,3%)	151 (0,6%)	186 (0,8%)
2005	19.990	4.637 (20,6%)	4.489 (20,0%)	433 (1,9%)	9.339 (41,6%)	3.145 (14,0%)	147 (0,7%)	269 (1,2%)
2006	19.319	4.489 (20,8%)	4.225 (19,5%)	355 (1,6%)	9.835 (45,5%)	2.319 (10,7%)	125 (0,6%)	269 (1,2%)
2007	18.620	4.153 (19,9%)	3.812 (18,2%)	498 (2,4%)	9.949 (47,6%)	2.038 (9,7%)	145 (0,7%)	311 (1,5%)
2008	19.203	3.900 (18,2%)	3.970 (18,5%)	350 (1,6%)	10.631 (49,5%)	2.174 (10,1%)	158 (0,7%)	286 (1,3%)
2009	18.139	3.592 (18,1%)	3.591 (18,1%)	181 (0,9%)	10.679 (53,8%)	1.357 (6,8%)	127 (0,6%)	321 (1,6%)
2010	18.621	3.201 (15,9%)	3.211 (16,0%)	311 (1,5%)	12.043 (60,0%)	840 (4,2%)	141 (0,7%)	333 (1,7%)
2011	21.315	2.742 (12,0%)	3.343 (14,6%)	438 (1,9%)	14.402 (62,9%)	942 (4,1%)	135 (0,6%)	897 (3,9%)
2012	19.559	2.090 (9,9%)	3.263 (15,4%)	369 (1,7%)	13.728 (64,8%)	1.257 (5,9%)	144 (0,7%)	330 (1,6%)
2013	19.210	1.789 (8,6%)	3.173 (15,2%)	242 (1,2%)	**13.721 (65,7%)	1.480 (7,1%)	156 (0,7%)	312 (1,5%)

* Die prozentualen Anteile der einzelnen Rauschgifte orientieren sich an der Summe der unter den einzelnen Drogenarten gezählten EKhd, welche aufgrund von Mehrfachzählungen (Konsumenten mehrerer Drogenarten) höher ist als die tatsächliche Gesamtzahl der EKhd.

** Unter den EK von Amphetamin- bzw. Methamphetamine befinden sich 2.746 EK von kristallinem Methamphetamine („Crystal“).

4.2 EKhd nach Bundesländern* (INPOL)

Jahr	Gesamt	BW	BY	BR	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
2004	21.100	1.256	5.085	605	697	273	513	760	197	1.197	2.988	3.290	419	655	876	759	1.367
2005	19.990	1.390	3.566	712	824	144	498	857	274	928	2.986	2.598	443	762	793	907	1.784
2006	19.319	1.432	3.191	888	1.002	151	485	912	159	796	2.949	2.459	498	825	811	818	1.377
2007	18.620	1.168	3.221	838	891	83	433	889	112	821	3.491	2.328	505	491	621	682	1.429
2008	19.203	1.395	3.155	942	918	150	376	693	342	1.080	3.813	2.520	459	481	398	544	1.407
2009	18.139	1.027	3.817	689	805	174	406	507	366	843	3.219	2.571	469	305	518	606	1.382
2010	18.621	1.134	4.548	939	940	109	328	778	436	735	2.845	2.418	519	360	568	471	1.074
2011	21.315	1.711	4.622	822	1.190	125	344	1.189	490	733	2.977	2.319	464	669	810	505	1.703
2012	19.559	1.551	4.568	1.173	345	128	322	919	321	733	2.676	1.987	395	1.271	818	355	1.247
2013	19.210	1.524	4.111	1.210	887	53	332	573	385	854	3.048	2.169	224	1.254	646	426	897

* Die Summe der EKhd der einzelnen Bundesländer entspricht nicht der Gesamtzahl der EKhd, da in der Gesamtzahl auch die durch den Zoll erfassten Fälle berücksichtigt sind.

4.3 EKhd nach Drogenart und Bundesländern 2013* (INPOL)

Bundesland	Gesamt		Heroin		Kokain		(Meth-) Amphetamin		Ecstasy		LSD		Crack		Sonstige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	1.524	1.524	157	276	984	206	18	0	61							
Bayern	4.111	4.111	357	561	2.965	177	39	0	84							
Berlin	1.210	1.210	189	451	569	84	13	0	0							
Brandenburg	887	887	15	118	797	67	7	2	5							
Bremen	53	53	24	23	6	3	0	0	0							
Hamburg	332	332	66	164	72	16	3	17	41							
Hessen	573	573	136	73	135	23	2	217	30							
Mecklenburg-Vorpommern	385	385	6	79	295	39	6	0	1							
Niedersachsen	854	854	70	248	483	88	8	5	11							
Nordrhein-Westfalen	3.048	3.048	486	568	1.923	268	17	0	70							
Rheinland-Pfalz	2.169	2.169	116	230	1.792	270	24	0	0							
Saarland	224	224	11	13	203	5	1	0	4							
Sachsen	1.254	1.254	34	21	1.237	16	0	0	0							
Sachsen-Anhalt	646	646	16	48	730	45	0	0	0							
Schleswig-Holstein	426	426	45	138	241	63	7	0	2							
Thüringen	897	897	11	19	855	12	0	0	0							

* siehe Anmerkungen (*) unter Tabelle 4.2

4.4 Geschlechterstruktur der EKhd* (INPOL)

Jahr	Gesamt		Heroin		Kokain		(Meth-) Amphetamin		Ecstasy		LSD		Sonstige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
2004	17.385 (82%)	3.715 (18%)	4.328 (81%)	996 (19%)	4.049 (84%)	763 (16%)	1.674 (18%)	740 (19%)	3.167 (81%)	740 (19%)	129 (86%)	22 (15%)	158 (85%)	28 (15%)
2005	16.594 (83%)	3.396 (17%)	3.761 (81%)	876 (19%)	3.866 (86%)	623 (14%)	1.632 (17%)	550 (17%)	2.595 (83%)	550 (17%)	124 (84%)	23 (16%)	229 (85%)	40 (15%)
2006	16.080 (83%)	3.239 (17%)	3.628 (81%)	861 (19%)	3.638 (86%)	587 (14%)	1.662 (17%)	426 (16%)	1.893 (82%)	426 (16%)	107 (86%)	18 (14%)	228 (85%)	41 (15%)
2007	15.575 (84%)	3.045 (16%)	3.363 (81%)	790 (19%)	3.286 (86%)	526 (14%)	1.627 (16%)	344 (17%)	1.694 (83%)	344 (17%)	123 (85%)	22 (15%)	267 (86%)	44 (14%)
2008	16.078 (84%)	3.125 (16%)	3.182 (82%)	718 (18%)	3.469 (87%)	501 (13%)	1.788 (17%)	388 (18%)	1.786 (82%)	388 (18%)	133 (84%)	25 (16%)	248 (87%)	38 (13%)
2009	15.177 (84%)	2.962 (16%)	2.868 (80%)	724 (20%)	3.030 (86%)	501 (14%)	1.717 (16%)	225 (17%)	1.132 (83%)	225 (17%)	102 (80%)	25 (20%)	266 (83%)	55 (17%)
2010	15.764 (85%)	2.857 (15%)	2.616 (82%)	585 (18%)	2.814 (86%)	397 (12%)	1.865 (15%)	138 (16%)	702 (84%)	138 (16%)	122 (87%)	19 (13%)	278 (83%)	55 (17%)
2011	17.678 (83%)	3.637 (17%)	2.147 (78%)	595 (22%)	2.881 (86%)	462 (14%)	1.132 (83%)	776 (82%)	1.048 (83%)	776 (82%)	116 (86%)	19 (14%)	763 (85%)	134 (15%)
2012	16.212 (83%)	3.347 (17%)	1.693 (81%)	397 (19%)	2.838 (87%)	425 (13%)	1.246 (82%)	2.462 (18%)	1.048 (83%)	2.09 (17%)	118 (82%)	26 (18%)	283 (86%)	47 (14%)
2013	15.954 (83%)	3.256 (17%)	1.447 (81%)	342 (19%)	2.780 (86%)	363 (12%)	**1.259 (82%)	**2.462 (18%)	1.252 (85%)	228 (15%)	141 (90%)	15 (10%)	256 (82%)	56 (18%)

* Die Tabelle beinhaltet nicht die EK von Crack, die in 2013 aus 189 männlichen (78%) und 53 weiblichen (22%) Personen bestanden.

** Unter den EK von Amphetamin bzw. Methamphetamin befinden sich 2.126 männliche (77%) und 620 weibliche (23%) EK von kristallinem Methamphetamin („Crystal“).

Anlage 4 zu Frage 29

4.5 Altersdurchschnitt der EKhd nach Drogenart* (INPOL)

Jahr	Heroin	Kokain	(Meth-) Amphetamin	Ecstasy	LSD	Sonstige	Gesamt
2004	28,3	28,7	24,4	23,0	23,6	30,9	25,9
2005	29,2	29,0	24,3	23,2	22,9	28,2	26,2
2006	29,7	29,1	25,0	24,1	24,6	31,9	26,8
2007	30,2	29,5	25,5	24,6	25,8	33,3	27,3
2008	31,0	30,1	25,6	24,6	25,0	33,0	27,5
2009	31,7	30,8	26,1	25,2	27,0	34,0	28,1
2010	32,3	31,3	26,2	25,7	27,9	33,6	28,3
2011	32,6	31,3	26,7	26,1	26,1	31,8	28,4
2012	34,0	31,6	27,2	25,0	26,3	33,3	28,6
2013							

4.6 Altersstruktur der EKhd (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	8 (0,0%)	880 (4,2%)	3.911 (18,5%)	6.423 (30,4%)	4.369 (20,7%)	3.940 (18,7%)	1.569 (7,4%)
2005	3 (0,0%)	712 (3,6%)	3.475 (17,3%)	5.815 (29,1%)	4.503 (22,5%)	3.873 (19,4%)	1.609 (8,0%)
2006	2 (0,0%)	637 (3,3%)	3.005 (15,6%)	5.462 (28,3%)	4.604 (23,8%)	3.892 (20,1%)	1.717 (8,9%)
2007	1 (0,0%)	476 (2,6%)	2.553 (13,7%)	5.075 (27,3%)	4.684 (25,2%)	4.043 (21,7%)	1.788 (9,6%)
2008	2 (0,0%)	445 (2,3%)	2.548 (13,3%)	5.222 (27,2%)	4.931 (25,7%)	4.116 (21,4%)	1.939 (10,1%)
2009	2 (0,0%)	393 (2,2%)	2.127 (11,7%)	4.726 (26,0%)	4.677 (25,8%)	4.169 (23,0%)	2.045 (11,3%)
2010	5 (0,0%)	390 (2,1%)	2.236 (12,0%)	4.744 (25,5%)	4.652 (25,0%)	4.485 (24,1%)	2.109 (11,3%)
2011	2 (0,0%)	431 (2,0%)	2.230 (10,5%)	5.308 (24,9%)	5.668 (26,6%)	5.316 (24,9%)	2.360 (11,1%)
2012	1 (0,0%)	451 (2,3%)	2.021 (10,3%)	4.398 (22,5%)	5.197 (26,6%)	5.231 (26,7%)	2.260 (11,6%)
2013	1 (0,0%)	539 (2,8%)	2.071 (10,8%)	3.996 (20,8%)	4.889 (25,5%)	5.417 (28,2%)	2.297 (12,0%)

4.6.1 Altersstruktur der erstaufrälligen Konsumenten von Heroin (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	0	168 (3,2%)	604 (11,3%)	1.317 (24,7%)	1.250 (23,5%)	1.405 (26,4%)	580 (10,9%)
2005	0	79 (1,7%)	440 (9,5%)	1.034 (22,3%)	1.184 (25,5%)	1.290 (27,8%)	610 (13,2%)
2006	1 (0,0%)	85 (1,9%)	403 (9,0%)	973 (21,7%)	1.123 (25,0%)	1.228 (27,4%)	676 (15,1%)
2007	0	48 (1,2%)	323 (7,8%)	826 (19,9%)	1.040 (25,0%)	1.230 (29,6%)	686 (16,5%)
2008	1 (0,0%)	23 (0,6%)	232 (5,9%)	720 (18,5%)	1.012 (25,9%)	1.182 (30,3%)	730 (18,7%)
2009	0	38 (1,0%)	169 (4,7%)	610 (17,0%)	880 (24,5%)	1.155 (32,2%)	740 (20,6%)
2010	0	22 (0,7%)	138 (4,3%)	514 (16,1%)	743 (23,2%)	1.072 (33,5%)	712 (22,2%)
2011	0	17 (0,6%)	110 (4,0%)	356 (13,0%)	651 (23,7%)	1.010 (36,8%)	598 (21,8%)
2012	0	15 (0,7%)	47 (2,2%)	216 (10,3%)	467 (22,3%)	785 (37,6%)	560 (26,8%)
2013	0	13 (0,7%)	52 (2,9%)	148 (8,3%)	350 (19,6%)	703 (39,3%)	523 (29,2%)

4.6.2: Altersstruktur der erstaufrälligen Konsumenten von Kokain (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	1 (0,0%)	129 (2,7%)	522 (10,9%)	1.203 (25,1%)	1.077 (22,4%)	1.302 (27,1%)	568 (11,8%)
2005	0	77 (1,7%)	495 (11,0%)	1.078 (24,0%)	1.059 (23,6%)	1.193 (26,6%)	587 (13,1%)
2006	0	71 (1,7%)	452 (10,7%)	991 (23,5%)	1.010 (23,9%)	1.146 (27,1%)	555 (13,1%)
2007	1 (0,0%)	64 (1,7%)	278 (7,3%)	914 (24,0%)	964 (25,3%)	1.054 (27,6%)	537 (14,1%)
2008	1 (0,0%)	50 (1,3%)	300 (7,6%)	794 (20,0%)	1.033 (26,0%)	1.192 (30,0%)	600 (15,1%)
2009	0	40 (1,1%)	248 (6,9%)	679 (18,9%)	856 (23,8%)	1.126 (31,4%)	642 (17,9%)
2010	1 (0,0%)	45 (1,4%)	201 (6,3%)	544 (16,9%)	781 (24,3%)	1.021 (31,8%)	618 (19,2%)
2011	0	27 (0,8%)	202 (6,0%)	599 (17,9%)	798 (23,9%)	1.086 (32,5%)	631 (18,9%)
2012	1 (0,0%)	42 (1,3%)	187 (5,7%)	540 (16,5%)	770 (23,6%)	1.064 (32,6%)	659 (20,2%)
2013	0	47 (1,5%)	179 (5,6%)	482 (15,2%)	725 (22,8%)	1.081 (34,1%)	659 (20,8%)

4.6.3 Altersstruktur der erstauaffälligen Konsumenten von Crack* (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2009	0	1 (0,6%)	2 (1,1%)	23 (12,7%)	42 (23,2%)	66 (36,5%)	47 (26,0%)
2010	0	2 (0,6%)	3 (1,0%)	31 (10,0%)	63 (20,3%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)
2011	0	4 (0,9%)	8 (1,8%)	37 (8,4%)	74 (16,9%)	188 (42,9%)	127 (29,0%)
2012	0	1 (0,3%)	10 (2,7%)	17 (4,6%)	64 (17,3%)	162 (43,9%)	115 (31,2%)
2013	0	1 (0,4%)	1 (0,4%)	13 (5,4%)	37 (15,3%)	101 (41,7%)	89 (36,8%)

* Die Daten zur Altersstruktur der EK von Crack werden erst seit 2009 erhoben.

4.6.4 Altersstruktur der erstauaffälligen Konsumenten von Amphetamin/ Methamphetamin (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	5 (0,0%)	420 (4,6%)	2.158 (23,4%)	3.302 (35,7%)	1.841 (19,9%)	1.133 (12,3%)	379 (4,1%)
2005	2 (0,0%)	403 (4,3%)	2.076 (22,2%)	3.212 (34,4%)	2.040 (21,8%)	1.245 (13,3%)	361 (3,9%)
2006	1 (0,0%)	399 (4,1%)	1.943 (19,8%)	3.272 (33,3%)	2.360 (24,0%)	1.434 (14,6%)	426 (4,3%)
2007	0	320 (3,2%)	1.777 (17,9%)	3.237 (32,5%)	2.558 (25,7%)	1.586 (15,9%)	471 (4,7%)
2008	0	319 (3,0%)	1.804 (17,0%)	3.486 (32,8%)	2.800 (26,3%)	1.676 (15,8%)	546 (5,1%)
2009	2 (0,0%)	304 (2,8%)	1.627 (15,2%)	3.331 (31,2%)	2.907 (27,2%)	1.897 (17,8%)	611 (5,7%)
2010	4 (0,0%)	321 (2,7%)	1.862 (15,5%)	3.667 (30,4%)	3.139 (26,1%)	2.336 (19,4%)	714 (5,9%)
2011	2 (0,0%)	363 (2,5%)	1.831 (12,7%)	4.255 (29,5%)	4.062 (28,2%)	2.971 (20,6%)	918 (6,4%)
2012	0	350 (2,5%)	1.678 (12,2%)	3.544 (25,8%)	3.938 (28,7%)	3.289 (24,0%)	929 (6,8%)
2013	1 (0,0%)	443 (3,2%)	1.652 (12,0%)	3.202 (23,3%)	3.802 (27,7%)	3.593 (26,2%)	1.028 (7,5%)

4.6.5 Altersstruktur der erstauaffälligen Konsumenten von Ecstasy (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	2 (0,0%)	281 (7,2%)	1.126 (28,8%)	1.411 (36,1%)	678 (17,4%)	336 (8,6%)	73 (1,9%)
2005	1 (0,0%)	231 (7,3%)	872 (27,7%)	1.044 (33,2%)	567 (18,0%)	343 (10,9%)	87 (2,8%)
2006	0	148 (6,4%)	570 (24,6%)	764 (32,9%)	489 (21,1%)	261 (11,3%)	87 (3,8%)
2007	0	106 (5,2%)	430 (21,1%)	639 (31,4%)	475 (23,3%)	305 (15,0%)	83 (4,1%)
2008	0	80 (3,7%)	457 (21,0%)	757 (34,8%)	528 (24,3%)	266 (12,2%)	86 (4,0%)
2009	0	46 (3,4%)	250 (18,4%)	458 (33,8%)	335 (24,7%)	204 (15,0%)	64 (4,7%)
2010	0	32 (3,8%)	146 (17,4%)	275 (32,7%)	204 (24,3%)	137 (16,3%)	46 (5,5%)
2011	0	32 (3,4%)	146 (15,5%)	285 (30,3%)	254 (27,0%)	168 (17,8%)	57 (6,0%)
2012	0	54 (4,3%)	247 (19,6%)	422 (33,6%)	290 (23,1%)	193 (15,4%)	51 (4,1%)
2013	0	70 (4,7%)	346 (23,4%)	471 (31,8%)	315 (21,3%)	219 (14,8%)	59 (4,0%)

4.6.6 Altersstruktur der erstauaffälligen Konsumenten von LSD (INPOL)

Jahr	bis 13 J.	14 bis 17 J.	18 bis 20 J.	21 bis 24 J.	25 bis 29 J.	30 bis 39 J.	ab 40 J.
2004	1 (0,7%)	13 (8,6%)	35 (23,2%)	52 (34,4%)	33 (21,9%)	11 (7,3%)	6 (4,0%)
2005	0	9 (6,1%)	27 (18,4%)	50 (34,0%)	40 (27,2%)	15 (10,2%)	6 (4,1%)
2006	0	5 (4,0%)	25 (20,0%)	41 (32,8%)	34 (27,2%)	18 (14,4%)	2 (1,6%)
2007	0	4 (2,8%)	25 (17,2%)	45 (31,0%)	45 (31,0%)	17 (11,7%)	9 (6,2%)
2008	0	7 (4,4%)	24 (15,2%)	56 (35,4%)	42 (26,6%)	22 (13,9%)	7 (4,4%)
2009	0	2 (1,6%)	15 (11,8%)	33 (26,0%)	44 (34,6%)	26 (20,5%)	7 (5,5%)
2010	0	1 (0,7%)	16 (11,3%)	38 (27,0%)	40 (28,4%)	32 (22,7%)	14 (9,9%)
2011	0	8 (5,9%)	16 (11,9%)	47 (34,8%)	33 (24,4%)	21 (15,6%)	10 (7,4%)
2012	0	9 (6,3%)	21 (14,6%)	39 (27,1%)	38 (26,4%)	29 (20,1%)	8 (5,6%)
2013	0	2 (1,3%)	22 (14,1%)	54 (34,6%)	37 (23,7%)	32 (20,5%)	9 (5,8%)

