



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht

Mai 2012

www.drogenbeauftragte.de



Drogen- und Suchtbericht

Mai 2012

www.drogenbeauftragte.de

Vorwort



Für viele Menschen ist es ein Balanceakt, nicht in den Kreislauf der Sucht zu geraten oder wieder aus ihm herauszufinden. Auch für die Fachkräfte in der Suchthilfe ist es eine tagtägliche Herausforderung, Abhängigen und ihren Angehörigen zur Seite zu stehen, um ihr Leben wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Oberstes Ziel der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung bleibt es, alles zu tun, damit Sucht gar nicht erst entsteht. Suchtprävention ist besonders wirkungsvoll, wenn sie im Kindes- und Jugendalter ansetzt. Kinder und Jugendliche müssen darin unterstützt und gefördert werden, zu selbstbewussten Persönlichkeiten heranzuwachsen. Sie müssen lernen, Probleme und belastende Lebenssituationen anders zu bewältigen als mit Suchtmitteln und Drogen.

Weiterhin kommt es darauf an, Abhängige bestmöglich aufzufangen und sie bei ihrem schwierigen Weg aus der Sucht zu unterstützen. Damit Suchtkranke die Hilfen erhalten, die sie benötigen, bietet unser Hilfesystem ein umfangreiches Spektrum an erfolgreichen Angeboten ambulanter und stationärer Hilfen für Erkrankte und ihre Angehörigen. Bei meinen Besuchen in Suchthilfeeinrichtungen konnte ich mich persönlich von dem beeindruckenden Engagement der vielen Fachkräfte vor Ort überzeugen.

Die Bundesregierung setzt neben der Prävention auch weiterhin auf Maßnahmen zur Beratung, Therapie und Schadensminimierung sowie auf gesetzliche Maßnahmen. Hilfsangebote müssen sich an den besonderen Bedürfnissen des einzelnen Menschen ausrichten. Deshalb steht der Mensch mit seinen spezifischen, meist suchstoffübergreifenden Problemen im Mittelpunkt der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung.

Die von mir vorgelegte und vom Bundeskabinett gebilligte Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik baut auf diesen Grundsätzen auf. Sie beschreibt die übergreifende nationale Ausrichtung unserer modernen und zeitgemäßen Drogen- und Suchtpolitik für die nächsten Jahre und nennt Ziele und konkrete Maßnahmen. Es gilt nun, die Strategie im Interesse der betroffenen Menschen umzusetzen.

Bei der Unterstützung von Suchtkranken und in der Prävention ist jeder Einzelne gefragt, gutes Vorbild zu sein, nicht wegzuschauen und im Rahmen seiner Möglichkeiten Hilfe anzubieten. Deshalb möchte ich dieses Jahr mit der Rubrik „Vorgestellt“ ein Zeichen setzen und zur Nachahmung anregen. Dort werden beispielhaft Projekte und Personen vorgestellt, die sich unabhängig von eigener Betroffenheit allein aufgrund freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements für die Suchtprävention und damit für ihre Mitmenschen und die Gemeinschaft einsetzen.

Allen Menschen, die sich tagtäglich in der Suchtprävention und in der Suchthilfe engagieren und Suchtkranken und ihren Angehörigen beistehen, gilt meine Anerkennung und mein besonderer Dank. Sie leisten vorbildliche Arbeit und einen wertvollen Beitrag für den Zusammenhalt in unserer Gesellschaft.

Mechthild Dyckmans

Inhaltsverzeichnis

A Moderne Drogen- und Suchtpolitik	9	4.4.2	Effektiv gegen neue synthetische Substanzen vorgehen.....	29
B Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht	18	4.4.3	Jahrestagung „Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co.“.....	30
1 Alkohol	18	4.5	Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität.....	31
1.1 Situation in Deutschland.....	18	4.5.1	Drogenbedingte Todesfälle.....	31
1.2 Drogenaffinitätsstudie Alkohol.....	18	4.5.2	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD).....	34
1.3 HBSC-Studie: Alkoholkonsum und Rauschtrinken.....	19	4.5.3	Drogenanbau – Drogenproduktion.....	34
1.4 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen.....	20	4.5.4	Drogenhandel – Drogenschmuggel.....	35
2 Tabak	21	4.6	Märkte illegaler Drogen.....	37
2.1 Situation in Deutschland.....	21	5 Pathologisches Glücksspiel	37	
2.2 Drogenaffinitätsstudie Tabak.....	21	5.1	Situation in Deutschland.....	37
2.3 HBSC-Studie: Tabakkonsum von Schülern.....	22	5.2	Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie“ (PAGE).....	37
3 Medikamente	23	5.3	BZgA-Studie zum Glücksspiel 2011.....	38
3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.....	23	6 Computerspiel- und Internetsucht	42	
3.2 Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg – eine deskriptive Analyse des ZIS unter besonderer Berücksichtigung der Verordnungen von Benzodiazepinen.....	24	6.1	Situation in Deutschland.....	42
3.3 Projekt PHAR-MON.....	24	6.2	Forschungsprojekt PINTA.....	42
3.4 Medikamentenmissbrauch zur Leistungssteigerung unter Studierenden.....	25	6.3	Studie: Pathologischer PC/Internet-Gebrauch bei Patienten in der Rehabilitation.....	43
3.5 Forschungsstudie KOLIBRI: Leistungsbeeinflussender Konsum von Medikamenten im Freizeit- und Breitensport.....	25	C Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik	44	
4 Illegale Drogen	26	1 Prävention	44	
4.1 Situation in Deutschland.....	26	1.1	Suchtstoffübergreifende Prävention.....	44
4.2 Drogenaffinitätsstudie Cannabis.....	27	1.1.1	Schwangerschaft und Frühe Hilfen für Kinder.....	45
4.3 HBSC-Studie: Cannabis.....	27	1.1.1.1	Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft.....	45
4.4 Neue psychoaktive Substanzen.....	28	1.1.1.2	Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen.....	46
4.4.1 Online-Befragung von Konsumierenden.....	29	1.1.1.3	Frühe Hilfen für Eltern und Kinder.....	46
		1.1.1.4	Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.....	47
		1.1.1.5	„Kinder stark machen“.....	47
		1.1.1.6	„Klasse2000“ – Stark und gesund in der Grundschule.....	48
		1.1.2	Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	51
			Modellprojekt Trampolin.....	51

1.1.3	Prävention für Jugendliche / Jugendschutz.....	51	1.2.1.4	Mittel- und langfristige Entwicklungs- gefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen.....	72
1.1.3.1	Internetseite zum Jugend- schutzgesetz.....	51	1.2.1.5	Evaluation der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern.....	75
1.1.3.2	Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“.....	51	1.2.1.6	Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien.....	76
1.1.3.3	„KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol.....	52	1.2.1.7	Aktionswoche Alkohol 2011: „Alkohol? Weniger ist besser!“.....	76
1.1.4	Mädchen, Frauen und Sucht: „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen – MIGG“.....	56	1.2.1.8	Alkohol im Straßenverkehr.....	78
1.1.5	Frühintervention Modellprojekt SKOLL – Frühintervention für riskant Konsumierende von psycho- tropen Substanzen und Menschen mit riskanten Verhaltensweisen.....	56	1.2.1.9	Alkohol in der Schwangerschaft..... – Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms.....	79
1.1.6	Suchtprävention im Internet Internetplattform www.drugcom.de..... „Dot.sys“ und „PrevNet“: Prävention bundesweit vernetzt.....	57	– Präventionsprojekte zu Alkohol in der Schwangerschaft.....	80	
1.1.7	Betriebliche Suchtprävention.....	58	1.2.1.10	Lokale Alkoholpolitik zur Alkoholprävention.....	82
1.1.7.1	Studie Frauen in Führungspositionen und Alkoholkonsum.....	58	1.2.1.11	Alkohol und Gewalt.....	83
1.1.7.2	„Prev@work“.....	58	1.2.1.12	Präventionsforschung..... – Genetik der Alkoholsucht.....	84
1.1.8	Suchtprävention in der Bundeswehr.....	59	– Suchtprävention im Jugendalter.....	85	
1.1.9	„Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“: Fünfter Bundeswett- bewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“.....	60	1.2.2	Tabak.....	85
1.1.10	Integrationsprojekte für suchtge- fährdete Migranten.....	62	1.2.2.1	„rauchfrei“- Kampagne der BZgA..... Förderung des Nichtrauchens in der Schule.....	86
1.1.11	Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung.....	64	1.2.2.2	„Be Smart – Don´t Start“.....	86
1.1.12	Präventionsforschung.....	65	1.2.2.3	Von „rauchfrei“ zu „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung.....	86
1.2	Suchtstoffspezifische Prävention.....	65	1.2.2.4	Tabakprävention in Gefängnissen.....	87
1.2.1	Alkohol.....	65	1.2.3	Medikamente.....	87
1.2.1.1	Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“..... – Für Jugendliche und junge Erwachsene.....	65	1.2.3.1	Prävention der Medikamenten- abhängigkeit.....	87
	– Für Erwachsene.....	67	1.2.3.2	Nationaler Dopingpräventionsplan.....	87
1.2.1.2	„Na Toll!“/„Bist Du stärker als Alkohol?“ und „Null Alkohol – Voll Power“.....	68	1.2.4	Illegale Drogen.....	88
1.2.1.3	„Hart am Limit“ (HaLT).....	68	1.2.4.1	Präventionsprojekte für Jugendliche und junge Erwachsene.....	89
			1.2.4.2	Cannabis..... – „FreD Goes Net“ – Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten in Europa.....	91
			– „CAN Stop“.....	91	

– Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ der BZgA.....	92	2.1.1.3	Gemeinsame Projekte von Deutscher Rentenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung.....	106
1.2.4.3 Heroin und weitere illegale Drogen.....	93	2.1.1.4	Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen.....	106
– Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention.....	93		Versorgungsangebot.....	106
– Prävention von Infektions- krankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten.....	93	2.1.2	Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“.....	107
– HIV- und Hepatitis-Prävention in Arztpraxen.....	93	2.1.2.1	Hilfen für suchtblastete Familien.....	109
1.3 Prävention stoffungebundener Süchte.....	94	2.1.2.2	Eltern.aktiv – Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe.....	111
1.3.1 Pathologisches Glücksspiel Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock.....	94	2.1.2.2	Eltern helfen Eltern – Handlungs- empfehlungen für die Arbeit der Elternkreise.....	112
1.3.2 Computerspiel- und Internetsucht.....	96	2.1.3	Expertise „Jugend Sucht Vernetzung“.....	112
1.3.2.1 Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal der BZgA.....	96	2.1.4	Forschung.....	113
1.3.2.2 Programme des Bundesminis- teriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Beauftragten für Kultur und Medien zur Förderung der Medienkompetenz.....	96	2.1.4.1	Sucht und Gewalt.....	113
1.3.2.3 „ESCapade“.....	99	2.1.4.2	Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn.....	113
1.3.2.4 Drittes Symposium des Fachverbands Medienabhängigkeit.....	99	2.1.5	Sucht im Alter.....	113
2 Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung.....	100	2.1.5.1	Modellprojekte.....	113
2.1 Suchtstoffübergreifend.....	100	2.1.5.2	Hausärztliche Versorgung und Sucht im Alter.....	113
2.1.1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung.....	100	2.1.6	Migration und Sucht.....	114
Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2011.....	101	2.1.7	Selbsthilfeverbände und Netzwerke.....	116
2.1.1.1 Qualitätssicherung.....	102	2.1.7.1	Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS.....	116
2.1.1.2 Projekte der Deutschen Renten- versicherung.....	102	2.1.7.2	„Chancen nahtlos nutzen“.....	119
– Erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform.....	102	2.1.7.3	Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr.....	119
– Web-basierte Tele-Nachsorge.....	103	2.1.7.4	Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund.....	120
		2.1.8	Deutscher Suchtkongress.....	120
		2.2	Suchtstoffspezifische Behandlung, Versorgung und Schadens- minimierung.....	121
		2.2.1	Alkohol.....	121
			Rehabilitanden-Management- Kategorien.....	121
		2.2.2	Tabak.....	121
		2.2.2.1	Tabakentwöhnung.....	121
		2.2.2.2	„rauchfrei“: Angebote zur Tabakentwöhnung der BZgA.....	122
		2.2.2.3	Weitere Tabakentwöhnungs- angebote.....	124

2.2.2.4	Qualität online beworbener Angebote zur Tabakentwöhnung	124	3.2.1.2	Erfahrungen mit Alkoholtestkäufen	141
2.2.3	Medikamente	125	3.2.2	Tabak	141
	– Ambulanter Entzug benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt	125	3.2.2.1	Tabaksteuererhöhung	141
2.2.4	Illegale Drogen	126	3.2.2.2	Kampf dem Zigaretenschmuggel	142
2.2.4.1	Cannabis	126	3.2.2.3	Werbung, Promotion und Sponsorship	142
	– Cannabinoidhaltige Arzneimittel	126	3.2.2.4	„gesundheitsziele.de“ – Tabakkonsum reduzieren	143
	– Fünf-Länder-Projekt INCANT	126	3.2.2.5	Mehr Schutz für Nichtraucher	143
2.2.4.2	Heroin und andere Drogen	127	3.2.2.6	Evaluation der Nichtraucher-schutz-gesetze der Bundesländer	144
	– Substitutionsbehandlung	127	3.2.2.7	Rauchfreie Spielplätze	144
	– Forschungsprojekt: „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“	135	3.2.3	Medikamente	145
	– Drogenkonsumräume in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme	135		Evaluierung des Gesetzes zur Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport (DBVG)	145
	– Suchtselbsthilfe „Junkies, Ex-User und Substituierte“ (JES)	136	3.2.4	Illegale Drogen	145
2.3	Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten	136	3.2.4.1	Änderungen des Betäubungsmittelrechts	145
2.3.1	Pathologisches Glücksspiel	136		– Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung	145
2.3.2	Computerspiel- und Internetsucht	137		– Neue Vorschriften unter anderem für die Palliativmedizin	145
3	Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen	138	3.2.4.2	Stoffgruppenregelungen im Betäubungsmittelgesetz	145
3.1	Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen	138	3.2.4.3	Grundstoffüberwachung	146
3.1.1	Kinder aus suchtbelasteten Familien/ Kinderschutzgesetz	138	3.2.4.4	Schnelltest: Drogennachweis im Speichel	146
3.1.2	Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen	139	3.2.5	Pathologisches Glücksspiel	146
3.1.3	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie-Richtlinie	139	3.2.5.1	Neuer Glücksspielstaatsvertrag zum Glücksspielwesen	146
3.2	Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen	140	3.2.5.2	Novellierung der Spielverordnung	147
3.2.1	Alkohol	140	4	Internationales	148
3.2.1.1	Alkoholverbote im öffentlichen Nahverkehr	140	4.1	Europäische und internationale Alkoholpolitik	148
			4.1.1	Situation in Europa	148
			4.1.2	EU-Alkoholstrategie	148
			4.1.3	Alkoholprävention: EU-Aktionsprogramm Gesundheit	149
			4.1.4	„DRUID“: Alkohol, Medikamente und Drogen im Straßenverkehr	149
			4.1.5	Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs	149

4.2	Europäische und internationale Tabakpolitik.....	150
4.2.1	Tabakprävention in der EU.....	150
4.2.2	Tabakproduktrichtlinie der EU.....	150
4.2.3	Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit.....	151
4.2.4	Weiterentwicklung der Tabak- rahmenkonvention (FCTC).....	151
	Good-Practice-Datenbank für Tabakpräventionsprojekte.....	152
4.3	Europäische und internationale Drogenpolitik.....	152
4.3.1	Situation illegaler Drogen in Europa.....	152
4.3.1.1	EU-Gremien.....	153
	– Die EU-Kommission.....	153
	– Der Rat der EU.....	153
	– Horizontale Gruppe Drogen.....	153
4.3.1.2	Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2011.....	154
4.3.1.3	Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.....	154
4.3.1.4	Drogenprävention: Information und Aufklärung.....	154
4.3.1.5	Projekte im Bereich Suchthilfe im EU-Health-Programm.....	155
4.3.1.6	Twinning-Projekte.....	155
4.3.2	Delegationsreise der Drogen- beauftragten in die USA.....	155
4.3.3	Vereinte Nationen (VN).....	156
4.3.3.1	Büro für Drogen- und Verbrechens- bekämpfung der Vereinten Nationen.....	157
4.3.3.2	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND).....	157
4.3.3.3	Internationales Suchtstoffkontroll- amt der Vereinten Nationen (INCB).....	158
4.3.4	Internationale Entwicklungs- zusammenarbeit.....	159
4.3.4.1	Drogen und Entwicklung.....	159
4.3.4.2	Entwicklungsorientierte Drogenpolitik.....	159
4.3.4.3	Alternativen zum Drogenanbau.....	160
4.3.4.4	Central Asia Drug Action Programme (CADAP).....	160

Abkürzungsverzeichnis.....	161
-----------------------------------	------------

Abbildungsverzeichnis.....	165
-----------------------------------	------------

Danksagung.....	166
------------------------	------------

A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik

Die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland ist auf einem guten Weg. Auch wenn immer noch eine zu große Zahl von Menschen in Deutschland Suchtmittel oder Drogen konsumiert, zeigen die Maßnahmen zur Verringerung des Drogen- und Suchtmittelkonsums Wirkung. Besonders bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen gibt es positive Entwicklungen:

Bei den Jugendlichen ging der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zurück. Der Tabakkonsum von Jugendlichen erreichte im Jahr 2011 den niedrigsten Stand seit Beginn der Erhebung. Im Vergleich zu 2001 mit 27,5 Prozent hat sich die Zahl der rauchenden Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren im Jahr 2011 mit 11,7 Prozent mehr als halbiert. Der regelmäßige Alkoholkonsum der 12- bis 17-Jährigen ist von 17,9 Prozent (2001) auf 14,2 Prozent (2011) zurückgegangen. Auch beim Cannabiskonsum ging der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, weiter zurück. Er sank vom bislang höchsten Wert mit 15,1 Prozent im Jahr 2004 auf 6,7 Prozent im Jahr 2011.

Dagegen gibt es einzelne Risikogruppen mit gleichbleibend hohen Konsumzahlen; diese Gruppen müssen noch besser erreicht werden. So ist das Rauschtrinken unter Jugendlichen immer noch weit verbreitet, der regelmäßige Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen gleichbleibend hoch, während der regelmäßige Cannabiskonsum bei jugendlichen und jungen Erwachsenen unverändert ist. Lediglich beim Tabakkonsum ist auch in dieser Altersgruppe ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Es fällt jedoch auf, dass das Rauchverhalten mit Bildungsunterschieden verbunden ist. Der Anteil rauchender Schülerinnen und Schüler ist im Gymnasium geringer als in Hauptschulen, Realschulen und Gesamtschulen.

Aufgrund der demographischen Entwicklungen und der steigenden Zahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft rückt auch das Thema Suchtmittelmissbrauch im Alter immer stärker in das Blickfeld der Drogen- und Suchtpolitik. Etwa 400.000 Menschen über 65 Jahre – 28 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen – trinken Alkohol in gesundheitsgefährdenden Mengen. Zudem sind schätz-

ungsweise 14 Prozent der älteren Menschen, die ambulant oder in Heimen betreut werden, von einem missbräuchlichen Alkohol- oder Medikamentenkonsum betroffen. Dies stellt das Suchthilfesystem vor neue Aufgaben und Herausforderungen, weil das bestehende Hilfesystem ältere Menschen häufig noch nicht erreicht und zu wenig auf diese Personengruppe ausgerichtet ist.

Auch andere gesellschaftliche Entwicklungen, wie z. B. die gestiegene Zahl alleinlebender Menschen, begünstigen die Entstehung von Suchterkrankungen.

Bei den nicht stoffgebundenen Süchten zeigt sich im Jahr 2011 folgende Situation: Beim pathologischen Glücksspiel ist die Verbreitung in der Gruppe der 16- bis 64-Jährigen mit rund 264.000 abhängigen Spielern seit der ersten Erhebung im Jahr 2007 konstant geblieben. Von Internetsucht sind nach einer ersten repräsentativen Studie aus dem Jahr 2011 ca. 550.000 Menschen im Alter von 14 bis 64 Jahren betroffen. Ungefähr 2,5 Mio. Personen gelten als problematische Internetnutzer. Besonders verbreitet ist der exzessive oder sogar pathologische Computer- und Internetgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Wegen der zunehmenden Bedeutung des Internets und der fortschreitenden technischen Entwicklung ist zu erwarten, dass diese Zahlen in den nächsten Jahren noch steigen werden.

Neue Entwicklungen ergeben sich beim Mischkonsum verschiedener Suchtstoffe. Bei den illegalen Drogen stellen insbesondere die neuen psychoaktiven synthetischen Substanzen (sog. „legal highs“, „research chemicals“) die Strafverfolgungsbehörden, das Suchthilfesystem und die Suchtprävention vor neue Herausforderungen. Diese Produkte werden als vermeintlich legale Alternative zu herkömmlichen illegalen Drogen zum Beispiel als „Badesalze“, „Lufterfrischer“ oder „Kräutermischungen“ deklariert, enthalten jedoch bisher unbekannte Betäubungsmittel oder ähnlich wirkende synthetische Stoffe in unterschiedlicher Konzentration. Eine besorgniserregende Entwicklung, da der Konsum mit unkalkulierbaren gesundheitlichen Risiken verbunden ist und zu schweren, sogar lebensgefährlichen Vergiftungen führen kann. Diese Stoffe fallen unter das Arzneimittelrecht; das unerlaubte Inverkehrbringen ist daher strafbar. Ein strafbe-

wehrt Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz liegt dagegen erst dann vor, wenn die jeweilige Substanz durch ein aufwändiges Verfahren dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt wurde.

Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Diese aktuellen Entwicklungen und Veränderungen zeigen, dass sich eine zeitgemäße Drogen- und Suchtpolitik stetig fortentwickeln und anpassen muss. Insbesondere muss sie gezielt Gruppen mit besonders hohem oder riskantem Konsum in den Blick nehmen und auf neue Suchstoffe und Suchtformen reagieren. Deshalb hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik vorgelegt, die im Februar 2012 das Bundeskabinett passierte. Die Strategie löst den veralteten Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ab und beschreibt die übergreifende nationale Ausrichtung einer modernen Drogen- und Suchtpolitik der nächsten Jahre. Sie gibt Antworten auf neue Entwicklungen und Herausforderungen und formuliert Ziele.

Das Leitmotiv der Nationalen Strategie ist: „Der Mensch im Mittelpunkt“. Im Vordergrund steht der abhängige Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und nicht der einzelne Suchstoff. Die Nationale Strategie ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der derzeit in Vorbereitung befindlichen allgemeinen Präventionsstrategie der Bundesregierung. Die Nationale Strategie setzt auf Prävention, Beratung und Therapie, Schadensminimierung sowie auf gesetzliche Maßnahmen und erfasst legale und illegale Suchtmittel, aber auch die Glücksspiel- sowie die Computerspiel- und Internetsucht.

1. Prävention mehr auf Risikogruppen ausrichten

Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Vordergrund der modernen Drogen- und Suchtpolitik. Die Strategie legt fest, dass sich Prävention zielgerichteter an Risikogruppen wenden muss, damit sie noch effektiver wird. Gerade in Zeiten begrenzter Haushaltsmittel ist es umso wichtiger, dass Mittel wirksam eingesetzt werden. Präventionsmaßnahmen sollen stärker die Gefahren der

Suchtentstehung, riskante Konsummuster und die Entwicklung von Lebenskompetenzen berücksichtigen. Folgende Risikogruppen stehen im Mittelpunkt der Nationalen Strategie:

Rauschtrinken von Jugendlichen

Das Rauschtrinken ist besonders unter älteren Jugendlichen noch weit verbreitet. Maßnahmen, die diese Risikogruppe direkt ansprechen, sollen fortgesetzt und intensiviert werden, wie zum Beispiel durch die Sicherstellung einer flächendeckenden Verbreitung des HaLT-Projekts (vgl. C 1.2.1.3). Mit dem Ziel, einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen zu fördern, wird auch die neue Kampagne der BZgA „Null Alkohol Voll Power“ im Rahmen von Freizeitveranstaltungen und Jugendevents sowie in Urlaubsregionen durchgeführt. Die Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ der BZgA, die sich gezielt an Jugendliche richtet und über Risiken und gesundheitliche Gefahren eines riskanten Alkoholkonsums informiert, wird weiter ausgebaut.

Das direkte Lebensumfeld von Jugendlichen muss noch stärker einbezogen werden. Alkoholprävention sollte selbstverständlicher Bestandteil des Schulunterrichts werden.

Auch Eltern haben einen wesentlichen Einfluss auf das Trinkverhalten ihrer Kinder. Zum einen durch ihr eigenes Verhalten als Vorbild, zum anderen aber auch, indem sie sich aktiv mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder auseinandersetzen und ihren Kindern gegenüber eine klare Haltung einnehmen. Die Bundesregierung wird daher Angebote zur Stärkung der Elternkompetenz ausbauen.

Gleichzeitig steht aber auch die Wirtschaft in der Verantwortung, Kinder und Jugendliche nicht mit gezielten Werbebotschaften zum Alkoholkonsum zu verleiten. Dies muss auch durch eine funktionierende und effektive Selbstkontrolle der Wirtschaft gewährleistet sein, die die Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke bei werbenden Firmen, Medien, Handel und Agenturen überwacht. Die Bundesregierung setzt sich für eine konsequente Einhaltung der Altersgrenzen zum Jugendschutz ein. Die Reduzierung der Verfügbarkeit

erfordert vor allem aber den verantwortungsvollen Verkauf von Alkohol durch den Einzelhandel und die Gastronomie, das heißt insbesondere keinen Verkauf an Kinder und Jugendliche.

Jugendliche Raucherinnen und Raucher mit geringerer Schulbildung

Auch wenn die Zahl der jugendlichen Raucherinnen und Raucher derzeit auf einem sehr niedrigen Stand ist, bleibt es das Ziel der Bundesregierung, diesen rückläufigen Trend mit entsprechenden Maßnahmen weiter zu festigen. Jugendliche werden sehr schnell von Nikotin abhängig und haben in der Regel besonders große Schwierigkeiten, wieder mit dem Rauchen aufzuhören.

Zu den Erfolgen in der Tabakprävention haben bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht nur gesetzliche Maßnahmen, wie das Rauchverbot für unter 18-Jährige nach dem Jugendschutzgesetz, die Erhöhung der Tabaksteuer und die Nichtraucherschutzgesetze in Bund und Ländern wesentlich beigetragen, sondern auch Präventionskampagnen wie die ‚rauchfrei‘-Jugendkampagne der BZgA. Um die vom Rauchen besonders betroffenen Gruppen mit geringerer Schulbildung besser zu erreichen, sollen die vorhandenen Präventionsmaßnahmen im Schulbereich durch die Aktivitäten der BZgA mehr auf Haupt-, Real- und Gesamtschulen konzentriert werden.

Auch in Zukunft wird es Ziel der Bundesregierung sein, das Wissen über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens in allen Bevölkerungsgruppen weiter zu erhöhen und die Bereitschaft zum Rauchverzicht zu fördern.

Jugendlicher Konsum illegaler Drogen

Auch im Bereich der illegalen Drogen ist Aufklärung und Information zu den Risiken des illegalen Drogenkonsums für Kinder und Jugendliche weiter notwendig. Gleichzeitig darf dadurch nicht der Anreiz geschaffen werden, neue Substanzen auszuprobieren. Jugendliche müssen dabei über Zugangswege angesprochen werden, die sie häufig nutzen, wie das Internet. Erfolgreiche Angebote der BZgA wie www.drugcom.de oder das Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ sollen deshalb weitergeführt und breiter bekannt gemacht werden. Für die Zielgruppe

junger Partygänger sollen Präventionsangebote verstärkt werden. Dabei muss Aufklärungsarbeit zu den Risiken des Mischkonsums geleistet werden.

Jugendliche Computerspiel- und Internetabhängige

Jugendliche nutzen in besonderem Maße das Internet und die neuen Medien. Sie sind daher auch in der Gruppe der problematischen bzw. pathologischen Internetnutzer besonders stark vertreten. Deshalb müssen vor allem Kinder und Jugendliche frühzeitig in ihrer Medienkompetenz gestärkt werden. Es ist wichtig, dass sie einen verantwortungsvollen Umgang mit Medien im Allgemeinen und dem Internet im Besonderen erlernen. Gleichzeitig müssen aber auch Unterstützungsangebote für Eltern und Lehrerinnen und Lehrer geschaffen werden, um Kindern und Jugendlichen den verantwortungs- und maßvollen Umgang mit neuen Medien zu vermitteln.

Jugendliche Glücksspielerinnen und Glücksspieler

Ziel der Nationalen Strategie im Bereich des Glücksspiels ist es, den Spieler- und Jugendschutz zu verbessern, um der Entstehung bzw. Ausbreitung der Glücksspielsucht entgegenzuwirken. Viele Spielsüchtige machen schon in einem Alter unter 18 Jahren erste Erfahrungen mit dem Glücksspiel, obwohl sie nach dem Jugendschutzgesetz keinen Zugang zu Glücksspielangeboten haben dürften. Bei allen Glücksspielangeboten muss das jeweilige Suchtpotential beachtet und die Maßnahmen zur Suchtprävention danach ausgerichtet werden. Die Einhaltung des Jugendschutzes muss für alle Glücksspiele gewährleistet sein. Das Suchtpotenzial ist bei Geldspielautomaten besonders hoch und zwar unabhängig davon, wo die Automaten aufgestellt sind.

Gerade in Gaststätten kann der Jugendschutz oft nicht gewährleistet werden. Deshalb müssen Maßnahmen zum Spieler- und Jugendschutz technische Schutzmaßnahmen an den Automaten ebenso umfassen wie Maßnahmen, die sich an die Person des Spielers richten.

Ältere Menschen

Menschen im höheren Lebensalter sind eine Risikogruppe beim Missbrauch von Medikamenten und Alkohol. Auslöser können einschneidende persönliche Erlebnisse sein, wie die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den

Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners. Nicht selten bestand der missbräuchliche oder abhängige Konsum aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase. Hilfsangebote der Suchthilfe sind auch im hohen Lebensalter erfolversprechend. Sie müssen aber stärker auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten werden. Ziel der nächsten Jahre ist es deshalb, die Akteure im Versorgungssystem für die Folgen schädlichen Konsums und Sucht im Alter zu sensibilisieren. Die Ende 2010 gestarteten Modellprojekte des BMG fördern daher die Schulung von Pflege- und Beratungsfachkräften in der Alten- und Suchthilfe für eine bessere Zusammenarbeit untereinander.

2. Menschen dort gezielt und frühzeitig ansprechen, wo sie arbeiten und leben

Präventionsmaßnahmen müssen Menschen frühzeitig und auf direktem Wege erreichen, zum Beispiel am Arbeitsplatz.

Suchtprävention in Betrieben

Am Arbeitsplatz können Menschen aus verschiedenen Altersgruppen und Bevölkerungsschichten erreicht werden, um sie zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist für viele Unternehmen angesichts wachsender Arbeitsbelastungen, gesundheitlicher Einschränkungen sowie des Anstiegs psychischer Erkrankungen der Beschäftigten ein wichtiges Thema. Alkohol- und Drogenkonsum beeinträchtigen durch Fehlzeiten, mangelndes berufliches Engagement, Leistungseinbußen die Leistungsfähigkeit der Betriebe. Zusätzlich ist in vielen Betrieben die Arbeitssicherheit gefährdet, weil das Unfallrisiko steigt. Geschätzte 15 bis 30 Prozent aller Arbeitsunfälle gelten als alkoholbedingt.

Betriebliche Suchtprävention kann klare Regeln zum Umgang mit Suchtmitteln vorgeben und ist besonders geeignet, suchtgefährdete und suchtkranke Beschäftigte frühzeitig zu einer Therapie zu bewegen. Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention müssen daher weiter ausgebaut werden.

Frühintervention ausbauen

In Deutschland stehen für Suchtkranke vielfältige Hilfsangebote zur Verfügung. Es bestehen jedoch Defizite in der Inanspruchnahme dieser Angebote. Ärztinnen/Ärzte und medizinisches Personal kommen nicht nur frühzeitig mit Patientinnen und Patienten in Kontakt, die wegen suchtbedingten Erkrankungen in Behandlung sind. Sie sind für viele Menschen ein wichtiger Ansprechpartner in allen Fragen ihrer Gesundheit und häufig auch Vertrauenspersonen. Deshalb sind sie besonders geeignet, Patientinnen und Patienten frühzeitig auf riskantes Konsumverhalten anzusprechen, wie Tabakkonsum, Alkohol-, Medikamentenmissbrauch oder ersten Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung. Je eher Betroffene angesprochen werden, desto frühzeitiger kann eine Verhaltensänderung erreicht und eine lange „Suchtkarriere“ verhindert werden.

Die Frühintervention durch Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal muss deshalb gestärkt und ausgebaut werden.

3. Professionelle Zusammenarbeit stärken – Netzwerke bilden

Das Suchthilfesystem in Deutschland ist auf unterschiedliche Zuständigkeiten verteilt und beruht auf verschiedenen und teilweise voneinander getrennt agierenden Hilfe- und Beratungsangeboten. Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, Sozial- und Arbeitsverwaltung und das Gesundheitssystem arbeiten häufig zu sehr neben – statt miteinander. Die professionelle Zusammenarbeit muss daher gestärkt und Netzwerke gebildet werden, damit ein reibungsloser Übergang an den Schnittstellen gewährleistet ist und kein Suchtkranker auf dem Weg verloren geht.

4. Geschlechtersensibilität durchgehend verankern

Ursachen und Verlauf von Suchterkrankungen sind bei Frauen und Männern sehr unterschiedlich. Dementsprechend müssen auch die Behandlungs- und Beratungsangebote an die unterschiedlichen Bedürfnisse angepasst werden. Aufgrund des erhöhten gesundheitlichen Risikos

für das ungeborene Kind sind vor allem schwangere Frauen eine wichtige Zielgruppe in der Prävention. Eine Schwangerschaft ist für werdende Mütter und ihre Partner ein guter Grund, den Suchtmittelkonsum kritisch zu überdenken. Eine direkte Ansprache und eingehende Beratung durch die Ärztin oder den Arzt ist in dieser Zeit besonders wirkungsvoll.

5. Forschung gezielt ausrichten, Maßnahmen evaluieren

Praxisbezogene Forschung muss im Suchtbereich weiter verstärkt werden, um die Wirksamkeit drogen- und suchtpolitischer Konzepte und Initiativen durch evidenzbasierte und evaluierte Maßnahmen zu erhöhen. Forschung muss sich neuen Suchtstoffen, wie den neuen psychoaktiven Substanzen, aber auch neuen Suchtformen widmen, wie der Computerspiel- und Internetsucht.

Durch die Zusammenarbeit mit Forschungs- und Behandlungseinrichtungen sollen verlässlichere Erkenntnisse insbesondere zur Verbreitung des problematischen und pathologischen Internetgebrauchs in Deutschland gewonnen werden.

6. Passgenaue Beratung und Behandlung

Ratsuchende und Suchtkranke haben einen Anspruch darauf, für sie maßgeschneiderte Hilfen zu erhalten. Hilfsangebote müssen geschlechterspezifisch und auf unterschiedliche Altersgruppen ausgerichtet sein. Darüber hinaus müssen bestimmte Gruppen wie Alleinerziehende, ältere Menschen, Behinderte, Arbeitslose und Menschen mit Migrationshintergrund gezielt angesprochen werden.

Das Jahr 2011 aus Sicht der Drogenbeauftragten

Jugendliche und Alkohol – Jugendschutz

Das Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen stand auch 2011 im Fokus der Arbeit der Drogenbeauftragten. Im Jahr 2011 starteten verschiedene, vom BMG geförderte, Forschungs- und Modellprojekte zum Thema, darunter eine Forschungsstudie zu den langfristigen Auswirkungen von Alkoholvergiftungen auf die Entwicklung von Jugendlichen sowie zur aufsuchenden Familienarbeit bei riskant konsumierenden Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien.

Die Drogenbeauftragte unterstützte durch ihre Schirmherrschaft Präventionsprojekte, die Wege suchen, um Kinder und Jugendliche zu motivieren, sich kritisch mit dem Rauschtrinken auseinanderzusetzen und alternative Freizeitbeschäftigungen zu finden:

Das Projekt „Tanzrausch statt Vollrausch“ des Allgemeinen Deutschen Tanzlehrer-Verbands (ADTV) läuft in enger Zusammenarbeit mit lokalen und regionalen Suchtpräventionsstellen. Es stärkt Jugendliche darin, mit psychischen Belastungen besser umzugehen und so auf den Griff zu Suchtmitteln und Drogen zu verzichten. Auch das von der privaten Krankenkasse geförderte Projekt „Hip Hop gegen Komasaufen“ verfolgt diesen Ansatz. Schülerinnen und Schüler einer Kölner und einer Berliner Schule erarbeiteten Texte und Choreografien zum Thema Rauschtrinken und traten in einer *Schoolbattle* gegeneinander an. Das Projekt fand im Juni 2011 seinen Abschluss beim großen Revanchefinale der beiden Schulen in Köln. Als Jurymitglied unterstützte die Drogenbeauftragte zum zweiten Mal die erfolgreiche Präventionskampagne „bunt statt blau – Kunst gegen Komasaufen“, die 2011 für den Politik-Award nominiert wurde.

Die Einhaltung des Jugendschutzes ist der Drogenbeauftragten ein wichtiges Anliegen. Im Jahr 2010 hatte sie mit dem Einzelhandel und den Tankstellenverbänden Aktionspläne zur Verbesserung des Jugendschutzes vereinbart.

2011 besuchte sie verschiedene Supermärkte und Tankstellen, um sich vor Ort einen Eindruck von den verbesserten Jugendschutzmaßnahmen an den Kassen zu verschaffen.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Erwachsenen

Auch der übermäßige Alkoholkonsum bei Erwachsenen und seine Folgen stand auf der Agenda der Drogenbeauftragten im Jahr 2011. Im Februar lud sie zu einem Expertengespräch zum Thema „Alkoholverbote und Alkoholprävention in Kommunen – Ist kein Alkohol auch (k)eine Lösung?“ ein. Städte und Gemeinden erhielten die Gelegenheit, ihre Konzepte gegen die Folgen des Alkoholkonsums auf öffentlichen Plätzen und im öffentlichen Nahverkehr vorzustellen. Im März 2011 gab die Drogenbeauftragte in Kassel den Startschuss für die Infotour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der BZgA, die sich an die Zielgruppe der Erwachsenen richtet. Die interaktive Ausstellung, die Teil der Kampagne ist, soll Menschen direkt und unkompliziert im Alltag erreichen, zum Beispiel in Einkaufszentren, Bahnhöfen und Messen. Sie soll die Besucher anregen, sich über die Gefahren des übermäßigen Alkoholkonsums zu informieren, sich ihrer Vorbildfunktion bewusst zu werden und den eigenen Konsum kritisch zu hinterfragen. Außerdem weist die Ausstellung darauf hin, wie wichtig der Verzicht auf Alkohol im Straßenverkehr, bei der Arbeit, bei der Medikamenteneinnahme und in der Schwangerschaft ist.

Ein weiteres Expertengespräch fand unter Mitwirkung der Drogenbeauftragten im Oktober 2011 zum Thema Alkohol und Gewalt statt. Das Gespräch fand im Rahmen des vom BMG geförderten Projekts „Gewaltreduktion durch Prävention“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen statt, das einen Überblick über bereits existierende Ansätze gewalt- und alkoholpräventiver Arbeit in Deutschland gibt.

Kein Tabak, Alkohol und Drogen in der Schwangerschaft: Mutterpass geändert

Der Schutz des ungeborenen Lebens vor den Gefahren des Tabak- und Alkoholkonsums sowie des Medikamentenmissbrauchs in der Schwangerschaft ist ein wichtiger Themenbereich der Drogenbeauftragten. Sie hat sich des-

halb beim Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgreich dafür eingesetzt, dass der Mutterpass um einen Eintrag zur Frage des Suchtmittelkonsums ergänzt wird. In der in Kürze erscheinenden Neuauflage des Mutterpasses findet sich nun in Anlage 3 zur ärztlichen Beratung über Genussmittel ein ausdrücklicher Hinweis auf die Suchtmittel Alkohol, Tabak und andere Drogen. Dadurch werden Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich an die Beratung über Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft erinnert.

Neue synthetische Drogen – Jahrestagung der Drogenbeauftragten

Ein Schwerpunktthema der Drogenbeauftragten im Jahr 2011 waren die neuen synthetischen Substanzen, auch „Research Chemicals“ oder fälschlicherweise „Legal Highs“ genannt. Diese neuen Substanzen unterstehen meistens noch nicht dem Betäubungsmittelrecht, sondern müssen erst in einem aufwändigen Verfahren unterstellt werden.

Möglichkeiten für einen effektiveren rechtlichen Umgang mit den neuen Substanzen soll ein vom BMG in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten aufzeigen. Erste Ergebnisse des Gutachtens wurden auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten „Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co.“ im Oktober 2011 vorgestellt; die Umsetzung wird derzeit in den Bundesressorts geprüft. Auf der Tagung wurden auch erstmals Ergebnisse zu den Konsumenten dieser Substanzen vorgestellt (B 4.4.3).

Weniger Drogentote

Die Zahl der Drogentoten ist im Jahr 2011 um 20 Prozent auf 986 im Vergleich zum Vorjahr (1.237) stark gesunken – damit hat die Zahl den niedrigsten Stand seit 1988 erreicht. Auch wenn jeder Mensch, der aufgrund seines Drogenkonsums stirbt, einer zu viel ist, bestätigt dieser deutliche Rückgang, dass die Drogen- und Suchtpolitik auf einem richtigen Weg ist. Die bestehenden Hilfs- und Behandlungsangebote sind erfolgreich und müssen fortgesetzt werden. Während Heroinüberdosierungen als Todesursache seltener werden, nimmt der Mischkonsum illegaler Substanzen als Todesursache zu. Daher kommt der Warnung vor den Risiken des Mischkonsums eine große Bedeutung zu.

Cannabis als Medizin

Mit der 25. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften ist es 2011 gelungen, die Voraussetzungen für die Zulassungs- und Verschreibungsfähigkeit von cannabishaltigen Fertigarzneimitteln zu schaffen. Dies ermöglicht die ärztliche Verschreibung cannabishaltiger Fertigarzneimittel und deren Herstellung nach entsprechender klinischer Prüfung und Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Drogenbeauftragte unterstützt diese Regelung als eine weitere Therapieoption zur Behandlung von Schmerzen für schwerkranke Patienten. Bezüglich des Handels und des Besitzes von Cannabis zu Rauschzwecken bleibt die Rechtslage unverändert.

Palliativversorgung

Mit der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung hat die Bundesregierung außerdem die Versorgung schwerstkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten verbessert. Demnach dürfen nun auch in Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und in stationären Hospizen ärztlich verschriebene und nicht mehr benötigte betäubungsmittelhaltige Schmerzmittel für andere Patienten weiterverwendet werden. Gleichzeitig wurde die rechtliche Möglichkeit geschaffen, Notfallvorräte von Betäubungsmitteln in stationären Hospizen und in der SAPV vorzuhalten. Damit stehen die benötigten Arzneimittel dem Patienten bei Bedarf schneller zur Verfügung.

Therapie statt Strafe: § 35 Betäubungsmittelgesetz

Der § 35 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen die Zurückstellung der Strafvollstreckung, wenn der oder die Verurteilte zusagt, sich aufgrund seiner Betäubungsmittelabhängigkeit in Behandlung zu begeben und deren Beginn gewährleistet ist. Eine Kostenübernahmeerklärung durch den Kostenträger ist für eine entsprechende Entscheidung des Gerichts nach § 35 BtMG notwendig.

Nachdem die Drogenbeauftragte von Betroffenen darüber informiert worden war, dass es häufiger Schwierigkeiten gegeben habe, eine Kostenzusage für diese Maßnahme von den Rentenversicherungsträgern zu erhalten, sprach sie die Problematik Ende 2011 der Deut-

schen Rentenversicherung Bund gegenüber an. In diesem Gespräch machte die DRV Bund deutlich, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 35 BtMG weiterhin auch für aus der Haft heraus gestellte Anträge eine Kostenzusage erteilt werde. Die Rentenversicherung informierte daraufhin die Regionalträger der DRV noch einmal über die Sachlage.

Kinder aus suchtbelasteten Familien

2,6 Millionen Kinder leben hierzulande in suchtbelasteten Familien. Diese Kinder sind einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt und haben ein erhöhtes Risiko, später selbst suchtkrank zu werden.

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinder-schutzgesetz leistet auf Anregung der Drogenbeauftragten auch einen Beitrag zum Schutz dieser Kinder. Es verpflichtet die öffentliche Jugendhilfe, bei einer von Sucht betroffenen Familie mit den örtlichen Suchtberatungsstellen zusammen zu arbeiten. So können potenzielle Kindeswohlgefährdungen frühzeitig erkannt und präventiv verhindert werden.

Computerspiel- und Internetsucht

Ein Thema von großer Aktualität war 2011 auch die Computerspiel- und Internetsucht. Zum Ausmaß und zu den Charakteristika dieser Sucht fehlt es bislang noch an einer ausreichenden Datengrundlage. Im September 2011 wurde der Öffentlichkeit die erste deutschlandweite Studie vorgestellt, die die Verbreitung der Internetabhängigkeit analysiert.

Die vom BMG geförderte „PINTA“-Studie der Universitäten Lübeck und Greifswald kam zu dem Ergebnis, dass schätzungsweise 560.000 der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland als internetabhängig einzustufen sind. In der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen war die Verbreitung erwartungsgemäß am größten. Die Drogenbeauftragte führte Gespräche mit verschiedenen Akteuren wie dem Fachverband Medienabhängigkeit, der Unterhaltungssoftware-Selbstkontrolle (USK) und Beratungseinrichtungen. Dabei ging es sowohl um die Beratungspraxis als auch um die Möglichkeiten der zielgruppenspezifischen Aufklärung über die Suchtgefahren insbesondere von Internet- und Computerspielen.

Internationale Aktivitäten der Drogenbeauftragten

Die Drogenbeauftragte nutzte das Jahr 2011 für Konsultationen und gegenseitigen Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene. Im März 2011 reiste sie nach Ankara, um an der Abschlussveranstaltung des deutsch-türkischen Twinning-Projekts „Strengthening the Turkish national monitoring centre for drugs and drug addiction“ teilzunehmen. In Wien leitete sie die deutsche Delegation bei der 54. Sitzung der Suchtstoffkommission (Commission on Narcotic Drugs) und nahm im Juli und Dezember an den Verwaltungsratssitzungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon teil. Im November 2011 nahm die Drogenbeauftragte am Treffen der nationalen Drogenkoordinatoren der Europäischen Union in Poznań teil.

Delegationsreise in die USA

Im September 2011 reiste die Drogenbeauftragte auf Einladung des US-amerikanischen Leiters des Office of National Drug Control Policy, Mr. Gil Kerlikowske, mit einer Delegation in die USA. Sie machte sich ein Bild von der aktuellen amerikanischen Drogenpolitik und vertrat dort die Grundsätze der deutschen Drogen- und Suchtpolitik. In den USA wird seit der Präsidentschaft Barack Obamas vermehrt über schadensminimierende Maßnahmen diskutiert, die anders als in Deutschland dort noch nicht selbstverständlich sind. Dagegen gibt es auch in den USA den erfolgreich praktizierten Ansatz von Therapie statt Strafe. In Kalifornien informierte sich die Drogenbeauftragte über die Erfahrungen mit der Zulassung von Cannabisprodukten zu medizinischen Zwecken. Cannabisprodukte können dort leicht erworben werden, ohne dass eine ärztliche oder medizinische Begleitung der Behandlung stattfindet. Eine so weitgehende Zulassung ist nach Auffassung der Bundesregierung kein Vorbild für Deutschland.

Bei den Konsultationen wurde deutlich, dass die USA bei der wissenschaftlichen Bewertung und dem Verbot neuer synthetischer Substanzen vor ähnlichen Herausforderungen stehen wie Deutschland. (C 4.3.2)

Trinationales Fachgespräch Glücksspielsucht mit Österreich und der Schweiz

Im April 2011 lud die Drogenbeauftragte der Bundesregierung zu einem trinationalem Fachgespräch über „Aktuelle

Entwicklungen beim Glücksspiel in Deutschland, Österreich und der Schweiz“ ein. Expertinnen und Experten aus den drei Ländern diskutierten über die aktuelle Situation des Glücksspielwesens und der Glücksspielsucht. Sie tauschten sich über ihre Erfahrungen mit der Spielsuchtprävention und dem Umgang mit Spielsüchtigen aus. Da sich der Glücksspielsektor derzeit europa- und weltweit im Umbruch befindet, ist ein Erfahrungsaustausch mit den deutschen Nachbarstaaten für den Spielerschutz von großer Bedeutung.

Drogen- und Suchtrat

Der Drogen- und Suchtrat trat am 7. Dezember 2011 zusammen, um mit der Drogenbeauftragten den Entwurf zur Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik zu beraten. Die Mitglieder sprachen Empfehlungen aus, die zusammen mit den Stellungnahmen der Ressorts in die Endfassung der Strategie eingeflossen sind. Der Drogen- und Suchtrat setzte Ende 2010 zwei Arbeitsgruppen ein, die konkrete Empfehlungen für die Ausgestaltung der Drogen- und Suchtpolitik geben sollen. Dies sind die Arbeitsgruppe Schnittstellen in der Versorgung Suchtkranker und die Arbeitsgruppe Suchtprävention. Die erstgenannte hat 2011 ihre Arbeit aufgenommen und während der Sitzungen vier Themenfelder diskutiert: (1) Frühintervention/Verbesserung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, (2) Jugendhilfe und Suchthilfe, (3) Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben, und (4) Krankenversicherungsschutz Haftentlassener. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe erstellten zu diesen Themen Handlungsempfehlungen. Die Papiere zur Frühintervention und Teilhabe am Arbeitsleben konnten 2011 verabschiedet werden und wurden an den Drogen- und Suchtrat weitergeleitet. Die Arbeitsgruppe Suchtprävention nahm 2012 ihre Arbeit auf und erarbeitet Empfehlungen für die Umsetzung der Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik. Die Mitglieder und die Geschäftsordnung des Drogen- und Suchtrats sind auf der Internetseite www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

Besuch von Suchthilfeeinrichtungen 2011

Im Jahr 2011 besuchte die Drogenbeauftragte zahlreiche Suchthilfeeinrichtungen, unter anderem den Hof Fleckenbühl in Kölbe und das Bezirkskrankenhaus in Bay-

reuth, um sich ein Bild von der alltäglichen Arbeit und den Erfahrungen vor Ort zu machen. Auf zwei Sommertouren durch Nord- bzw. Süddeutschland besuchte sie die AHG Klinik Wigbertshöhe, das Suchttherapiezentrum Ulm, die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke des Caritasverbands für die Erzdiözese Bamberg, die LWL-Klinik in Lippstadt, die Fachklinik für Suchterkrankungen Oldenburger Land „To Hus“, die Fachklinik Bassum für Suchthilfe und die Balzerborn-Kliniken.

Neue Internetseite

Im Mai 2011 ging die neu konzipierte Internetseite der Drogenbeauftragten www.drogenbeauftragte.de online. Sie bietet umfassende Informationen zum Thema Drogen- und Sucht, zu den Suchtmitteln Alkohol, Tabak und Medikamente, zu illegalen Drogen (Cannabis, Heroin, Kokain, synthetische Drogen) sowie zur Glücksspiel- und Internetsucht. Außerdem werden Vorhaben in der Drogen- und Suchtpolitik, Ergebnisse von Modell- und Forschungsvorhaben sowie weiterhin ein „Projekt des Monats“ vorgestellt.

Drogen- und Suchtbericht 2012

Dieser Drogen- und Suchtbericht informiert über die Datenlage des Jahres 2011 und die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung. Er stellt Maßnahmen, Projekte und Initiativen der beteiligten Bundesressorts, Institutionen und Verbände vor. Außerdem werden neue Projekte und Maßnahmen aus den Bundesländern vorgestellt. Der Bericht folgt einer neuen inhaltlichen Systematik, die sich an der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik orientiert. Die Aktivitäten werden nach den Grundsätzen der „Prävention; Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung; gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen“ dargestellt.

Der folgende Teil B des Berichts gibt einen Überblick über die aktuelle Datenlage im Bereich Drogen und Sucht. Im Teil C werden die Aktivitäten der Bundesregierung und Landesprojekte im Bereich der Suchtprävention (C 1) sowie die Aktivitäten im Bereich Behandlung, Versorgung und der Schadensminimierung (C2) vorgestellt. Darüber hinaus umfasst er die aktuellen gesetzlichen Maßnahmen und Rahmenbedingungen (C 3) und die internationalen Aktivitäten der Bundesregierung (C 4).

In der Rubrik „Vorgestellt“ werden in diesem Jahr ausgewählte Projekte und Personen beispielhaft beschrieben, die aus freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement entstanden sind und sich im Bereich der Suchtprävention aktiv einsetzen. Dieses Engagement soll besonders gewürdigt werden und motivieren, sich aktiv für die Suchtprävention zu engagieren.

Gender-Hinweis:

In dieser Publikation werden, aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Platzmangels, nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht

1 Alkohol

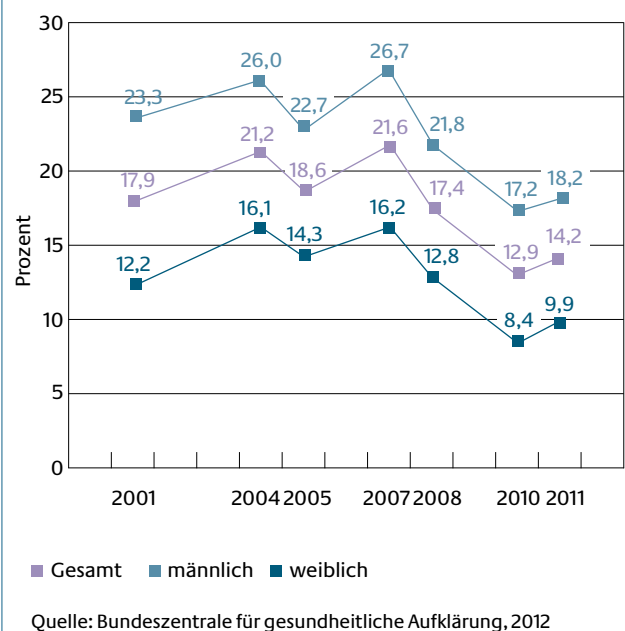
1.1 Situation in Deutschland

In Deutschland werden pro Jahr durchschnittlich pro Kopf zehn Liter reiner Alkohol konsumiert. Etwa 9,5 Millionen Menschen trinken Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Millionen gelten als alkoholabhängig und jedes Jahr sterben über 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. Zwar ist die Tendenz gegenüber den Vorjahren leicht rückläufig. Dennoch liegt Deutschland im internationalen Vergleich unverändert im oberen Drittel der Statistik. Die volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol betragen laut Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) jährlich 26,7 Milliarden Euro.

1.2 Drogenaffinitätsstudie Alkohol

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 in regelmäßigen Abständen von drei bis vier Jahren die Drogenaffinitätsstudie durch. Mit Repräsentativbefragungen wird der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren untersucht. Im vergangenen Jahrzehnt wurden die Drogenaffinitätsstudien der Jahre 2001, 2004, 2008 und 2011 durch die rauchfrei-Jugendstudien (2003, 2005, 2007) mit dem Schwerpunkt Tabak ergänzt. Im Jahr 2005 wurde eine Studie mit dem Schwerpunkt Alkohol und Alkopops sowie 2010 im Rahmen der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ eine Befragung mit dem Schwerpunkt Alkohol einschließlich Indikatoren zu Tabak und Cannabis durchgeführt. Die aktuellen Befunde beruhen auf der repräsentativen Erhebung im Jahr 2011, in der 5.001 12- bis 25-Jährige befragt wurden. Hiernach trinken, nach anfänglichen Zuwächsen im letzten Jahrzehnt, inzwischen wieder weniger Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren regelmäßig – also mindestens einmal pro Woche – Alkohol. Der Anteil derjenigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, lag 2001 noch bei 17,9 Prozent. Mittlerweile ist er auf 14,2 Prozent zurückgegangen (Abbildung 3).

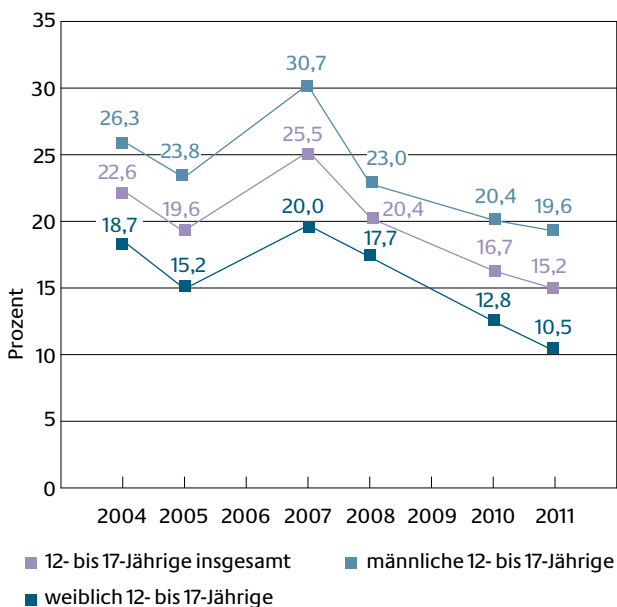
Abbildung 3:
Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011.



Auch der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken haben – das sogenannte Rauschtrinken –, hat sich statistisch bedeutsam verändert. In der Drogenaffinitätsstudie von 2004 wurde die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens erstmalig erhoben und betrug bei Jugendlichen 22,6 Prozent. Im Jahr 2011 waren es noch 15,2 Prozent (Abbildung 4). Bei männlichen Jugendlichen ist das Rauschtrinken weiter verbreitet als bei weiblichen. Es betrifft etwa jeden fünften Jungen (19,6 Prozent) und jedes zehnte Mädchen (10,5 Prozent).

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist regelmäßiger Alkoholkonsum mit 39,8 Prozent derzeit ebenso verbreitet wie noch 2001 (Abbildung 5). Innerhalb des letzten Jahrzehnts verläuft die Entwicklung unbeständig, sodass zukünftige Studien abgewartet werden müssen, um die Trendverläufe klar bewerten zu können.

Abbildung 4:
30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2004 bis 2011



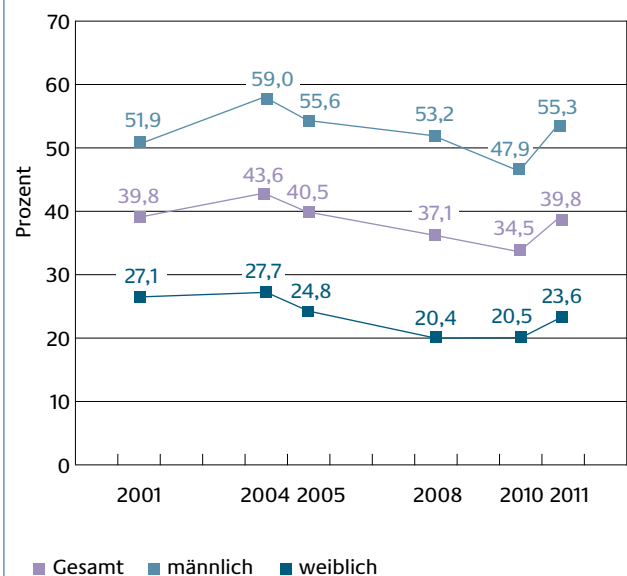
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012

Auch beim Rauschtrinken zeichneten sich bei den jungen Erwachsenen in der Zeit von 2004 bis 2011 keine klaren Veränderungstrends ab: 2004 haben 43,5 Prozent aller jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit getrunken. In der aktuellen Studie 2011 trifft dies für 41,9 Prozent zu. Wie bei den Jugendlichen zeigen sich auch hier deutliche Geschlechterunterschiede: Etwa jeder zweite junge Mann (54,5 Prozent) und etwa jede dritte junge Frau (28,7 Prozent) berichteten davon.

1.3 HBSC-Studie: Alkoholkonsum und Rauschtrinken

Seit 1982 unterstützt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die *Health Behavior in School-aged Children*-Studie (HBSC) zum Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum bei

Abbildung 5:
Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen von 2001 bis 2011



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012

jugendlichen Schülern. Diese liefert Informationen zu einem vertieften Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen. Die schriftliche Befragung wird alle vier Jahre in derzeit 41 Ländern durchgeführt.

Die Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren geben Auskunft darüber, wie zufrieden sie mit ihrem Leben und wie körperlich und seelisch gesund sie sind. Sie beantworten Fragen zu ihrer sozialen, familiären und schulischen Gesundheit, den sozialen Beziehungen und Interaktion mit Gleichaltrigen, ihrem Risikoverhalten und Substanzkonsum und wie sie sich ernähren und Sport treiben. Alle Angaben werden auf Geschlechterunterschiede, sozialen Status und Migrationshintergrund untersucht.

An der aktuellen HBSC-Befragung 2009/2010 haben 15 Bundesländer teilgenommen. Insgesamt wurden in Deutschland 5.005 Schüler der 5., 7. und 9. Jahrgangs-

stufe aus 289 allgemeinbildenden Schulen in ihren Klassen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr Jungen (11,3 Prozent) mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken als Mädchen (6,2 Prozent). Am häufigsten greifen beide zu Biermixgetränken (Mädchen: 4,4 Prozent; Jungen: 8,6 Prozent). Es folgen Bier und Alkopops sowie Wein und Sekt. Der Bier- und Biermixgetränkekonsum von Jungen ist mit 16,4 Prozent mehr als doppelt so hoch wie der von Mädchen (7,7 Prozent). Bei Alkopops ist der Geschlechterunterschied gering (Mädchen: 3,2 Prozent; Jungen: 3,9 Prozent), ebenso bei Wein und Sekt (Mädchen: 1,4 Prozent; Jungen: 1,1 Prozent).

Mit steigendem Alter erhöht sich der Anteil derjenigen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken. Der größte Anstieg ist zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr zu beobachten (+13,5 Prozentpunkte bei Mädchen; +21,7 Prozentpunkte bei Jungen). Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in diesen Altersgruppen sind statistisch bedeutsam: Jungen trinken deutlich häufiger mit einer gewissen Regelmäßigkeit Alkohol als Mädchen. Der Alkoholkonsum scheint nur bei Bier mit dem familiären Wohlstand zusammenzuhängen: Je wohlhabender die Familie der Jugendlichen ist, desto höher ist der wöchentliche Bierkonsum (niedriger versus hoher familiärer Wohlstand bei Mädchen: 2,6 gegenüber 3,8 Prozent; bei Jungen: 5,4 gegenüber 8,6 Prozent). Mädchen und Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund (2,1 Prozent beziehungsweise 4,1 Prozent) trinken weniger als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (Mädchen: 3,2 Prozent; Jungen: 5,6 Prozent).

Geschlechterunterschiede finden sich auch beim Rauschtrinken. Insgesamt berichteten 80,8 Prozent der Mädchen und 79,5 Prozent der Jungen, noch nie betrunken gewesen zu sein. Dagegen waren 11,1 Prozent der Mädchen und 12,8 Prozent der Jungen bislang bei zwei oder mehr Gelegenheiten betrunken (Lebenszeitprävalenz). Mit dem Alter steigt dieser Anteil bei beiden Geschlechtern stark an. Der größte Anstieg ist von den 13- zu den 15-Jährigen zu beobachten (Mädchen: +24,6; Jungen: +28,9 Prozentpunkte). Die Analysen zum familiären Wohlstand deuten nur für Jungen einen leichten Zusammenhang an: Je höher der Wohlstand, desto seltener ist der Anteil derjenigen, die jemals bei zwei oder mehr Gele-

genheiten betrunken waren (hoher versus niedriger familiärer Wohlstand 12,6 beziehungsweise 15,5 Prozent). Bezogen auf den Migrationshintergrund zeigt sich kein einheitliches Konsummuster. Ausnahme: Sowohl Mädchen (14,1 Prozent) als auch Jungen (17,6 Prozent) mit einseitigem Migrationshintergrund waren am häufigsten mindestens zweimal betrunken.

Umso wichtiger sind präventive Maßnahmen. Ein riskanter Alkoholkonsum hat schwerwiegende gesundheitliche Folgen für Jugendliche. Im weiteren Lebensverlauf kann sich ein gesundheitsriskanter Lebensstil wahrscheinlicher etablieren. Männliche Jugendliche sind die wichtigste Zielgruppe, da ihr Konsum am höchsten ist. Europaweit gleicht sich das Verhalten der Geschlechter an. Dass der Konsum mit dem familiären Wohlstand steigt und dass Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund weniger Alkohol trinken, spricht dafür, die Präventionsprogramme schicht- und kulturspezifisch weiter anzupassen.

Faktenblatt zur Studie:

www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=14571&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1

1.4 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 25.995 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert; 2009 waren es 26.428 Personen. Damit ist die absolute Zahl der Krankenhauseinweisungen bei Kindern und Jugendlichen zwar leicht zurückgegangen. Bezogen auf 100.000 Personen dieser Altersgruppe ist dies jedoch eine Steigerung um 0,3% im Vergleich zu 2009. Die Zahl der 10- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen ist mit 5,5% rückläufig (von 108,7 auf 102,8 pro 100.000 Personen), die Zahl der 15- bis 20-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit 2,9% weiter angestiegen (von 499 auf 513,3). Am deutlichsten ging die Zahl der betrunkenen Jungen zwischen 10 und 15 Jahren um 7,3% zurück (von 102,6 auf 95,1).
www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2011-04/alkoholvergiftungen-bei-kindern.html

2 Tabak

2.1 Situation in Deutschland

Jährlich sterben in Deutschland etwa 110.000 Menschen an den direkten Folgen des Rauchens. Zusätzlich ist von etwa 3.300 Todesfällen durch Passivrauchen auszugehen. Durchschnittlich verlieren starke Raucher über zehn Jahre ihrer Lebenserwartung. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt vorzeitig. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit und wesentliche Ursache für vorzeitige Sterblichkeit. Für die Gesundheitspolitik ist es daher ein vorrangiges Anliegen, den Tabakkonsum zu verringern, was in den vergangenen Jahren mit verschiedenen Präventionsmaßnahmen verfolgt wurde. Auch in der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung ist die Reduzierung der Raucherquote als prioritäres Präventionsziel aufgeführt. Danach soll der Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher bis 2015 auf unter 12 Prozent und bei Erwachsenen auf unter 22 Prozent gesenkt werden.

Nach den Daten des Mikrozensus 2009 des Statistischen Bundesamts (Destatis) rauchen in Deutschland insgesamt noch 14,7 Millionen Frauen und Männer ab 15 Jahren (25,7 Prozent). Unter Männern sind dies 8,5 Millionen (30,5 Prozent), unter Frauen 6,3 Millionen (21,2 Prozent) Menschen. Während die Zahl bei den Männern jedoch seit 1995 um 5 Prozent gesunken ist, ist sie bei den Frauen nahezu unverändert geblieben, wie der Indikatorenbericht zur Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung des Statistischen Bundesamts von 2010 ausweist.

www.destatis.de/publikationen

Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren rauchen laut Erhebung der BZgA in den letzten zehn Jahren deutlich weniger: 2001 lag die Raucherquote hier noch bei 27,5 Prozent. 2011 betrug sie 11,7 Prozent – der bisher niedrigste Wert. Umgekehrt greifen immer weniger Jugendliche überhaupt zur Zigarette (Drogenaffinitätsstudie der BZgA, B 2.2). Da in der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung anvisierte Ziel bei der Raucherquote unter Jugendlichen wurde erreicht. Die Bundesregierung wie auch die Bundesländer haben in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen zur Verhaltens- und

Verhältnisprävention eingeleitet, wie die „rauchfrei“-Kampagne und Regelungen zum Jugend- und Nichtrauchererschutz. Diese Maßnahmen haben in ihrer Gesamtheit deutliche Erfolge gezeigt.

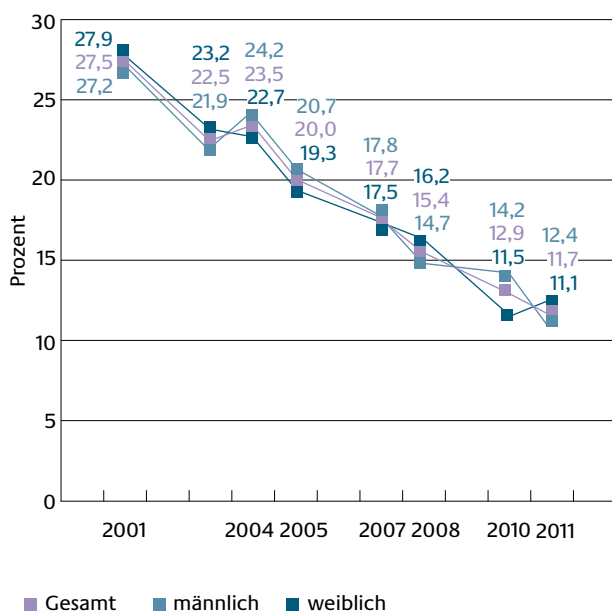
Rauchen liegt bei den meisten Jugendlichen heute nicht mehr im Trend. Damit sie weiterhin erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen, müssen die bisherigen Anstrengungen in der Tabakprävention im gleichen Umfang fortgesetzt werden. Des Weiteren muss die Prävention die Gruppe der jungen Erwachsenen mehr in den Blick nehmen, um die Raucherzahlen auch unter den Erwachsenen nachhaltig zu senken.

2.2 Drogenaffinitätsstudie Tabak

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2011 zeigt, dass in Deutschland immer weniger Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren rauchen. Der Anteil hat sich von 27,5 Prozent in 2001 auf 11,7 Prozent in 2011 mehr als halbiert sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen (Abbildung 6): Bei den Jungen sank die Raucherquote von 27,2 auf 11,1 Prozent und bei den Mädchen von 27,9 auf 12,4 Prozent. Gleichzeitig gab es in keiner der bisherigen Untersuchungen so viele Jugendliche, die noch nie geraucht haben, wie in der aktuellen Befragung: 2011 lag der Anteil insgesamt bei 70,8 Prozent – 71,4 Prozent bei den Jungen und 70,2 Prozent bei den Mädchen. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Nie-Raucher insgesamt nur bei 40,5 Prozent.

Auch bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren gibt es deutlich weniger Raucher. Im Jahr 2001 rauchten 44,5 Prozent aller 18- bis 25-Jährigen. In der Befragung 2011 waren es noch 36,8 Prozent. Bei den jungen Männern ging die Quote von 46,7 auf 36,9 Prozent zurück, bei den jungen Frauen von 42,2 auf 36,7 Prozent.

Abbildung 6:
Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012

2.3 HBSC-Studie: Tabakkonsum von Schülern

Die HBSC-Daten (B 1.3) belegen, dass sich Jungen und Mädchen nur noch minimal in ihrem Rauchverhalten unterscheiden und die Häufigkeit des Rauchens weiter rückläufig ist.

In der HBSC-Studie reichten die Antwortmöglichkeiten in Bezug auf Tabak von „jeden Tag“ bis zu „Ich rauche nicht“. Mädchen und Jungen, die „nie“ rauchen, bildeten in allen drei Altersstufen mit 90,1 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen den weitaus größten Anteil. Insgesamt rauchten 6,2 Prozent der Befragten mindestens einmal pro Woche. Weitere 3,7 Prozent gaben ebenfalls an zu rauchen, jedoch seltener als einmal pro Woche. Zusammen sind dies 9,9 Prozent der 11- bis 15-Jährigen. Mädchen und Jungen unterscheiden sich nach den Angaben kaum in ihrem Rauchverhalten. Unter den 11-Jährigen gaben

0,2 Prozent der Mädchen und 0,8 Prozent der Jungen an, mindestens einmal pro Woche zu rauchen. Bei den 13-Jährigen waren es 2,6 und 3,4 Prozent und bei den 15-Jährigen 15,4 und 14,6 Prozent. Mit steigendem Alter erhöht sich der Anteil derjenigen, die mindestens einmal pro Woche rauchen. Der stärkste Anstieg ist von den 13-Jährigen zu den 15-Jährigen zu beobachten. Der Anteil der täglich Rauchenden ist unter Schülern aus Familien mit niedrigem Wohlstand am größten (Jungen: 8 Prozent; Mädchen: 8,6 Prozent). Bei den Mädchen beträgt der Unterschied zwischen einem niedrigen und hohem familiären Wohlstand 4,7 Prozent, bei den Jungen liegt er bei 5,2 Prozent.

In der Gruppe der Jungen mit Migrationshintergrund findet sich ein Anstieg der täglich Rauchenden im Vergleich zwischen einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund (6,0 Prozent beziehungsweise 7,9 Prozent). Bei den Mädchen ist der Anteil der täglich Rauchenden bei einem einseitigen Migrationshintergrund mit 6,1 Prozent am höchsten und bei einem beidseitigen Migrationshintergrund mit 3,8 am niedrigsten. Der Anteil der täglich rauchenden Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund liegt bei 4,3 Prozent für die Mädchen und 3 Prozent für die Jungen.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen aus der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (B 2.2). Das deutet darauf hin, dass die in den letzten Jahren auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Tabakprävention erfolgreich gewesen ist. Außerdem scheint sich ein gesamtgesellschaftlicher Wandel zu bestätigen, dass Rauchen immer weniger akzeptiert ist. Spezifische Zielgruppen der Tabakprävention sind Mädchen und Jungen mit einem niedrigen familiären Wohlstand sowie Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund. Bei einer entsprechenden Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen auf diese Risikogruppen können die Raucher unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen gezielter erreicht werden.

www.hbsc-germany.de

3 Medikamente

3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Abhängigkeit und riskanter Konsum von Medikamenten sind in Deutschland weit verbreitet. Schätzungen gehen von 1,4 bis 1,5 Millionen, zuweilen sogar von 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Menschen in der Erwachsenenbevölkerung aus. Problematischer Medikamentengebrauch ist im Unterschied zu anderen Substanzen ein Phänomen, das hauptsächlich ältere Personen und mehr Frauen als Männer betrifft. Etwa 4 bis 5 Prozent aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Die größte Suchtgefahr geht dabei von Schlaf- und Beruhigungsmitteln und ähnlich wirkenden Arzneien aus. Diese können schon nach kurzer Anwendungsdauer und bereits bei geringer Einnahmedosis eine Sucht auslösen. Eine weitere große Gruppe suchtauslösender Medikamente sind Schmerzmittel.

Die größte Gruppe unter den Medikamenten mit einem Missbrauchspotenzial bleiben die sogenannten Benzodiazepine, die angstlindernd, beruhigend und muskelentspannend wirken. Zwar werden immer weniger Benzodiazepine verordnet, allerdings steigt der Konsum von ähnlich wirkenden Arzneien, etwa den sogenannten Z-Drugs, wie Zolpidem. Zunächst war hierbei ein geringes Suchtpotenzial erwartet worden. In der Zwischenzeit hat die WHO das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial jedoch auf die gleiche Stufe wie jenes für Benzodiazepine gestellt. Medikamentenabhängigkeit, besonders von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, nimmt mit steigendem Alter zu. Viele Betroffene sind sich ihrer Abhängigkeit selbst nicht bewusst. Betroffene nehmen selten Hilfe in Anspruch und sind kaum bereit zu Verhaltensänderungen. Deswegen bleiben Menschen mit Medikamentenabhängigkeit lange Zeit unauffällig.

Auch wenn die Sucht oft unentdeckt bleibt, hat sie erhebliche negative Auswirkungen für die Betroffenen. Dass zum Beispiel die Einnahme von Beruhigungsmitteln und eine zunehmende Sturzgefahr bei älteren Menschen

zusammenhängen, ist seit langem belegt. Gerade Stürze haben erhebliche Folgen: Körperliche Einschränkungen sind mit einem Verlust an Lebensqualität, Mobilität und oft auch an sozialen Kontakten und Selbstständigkeit verbunden. Daneben kann eine Medikamentenabhängigkeit auch zu Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Schlafstörungen führen.

Gerade im Hinblick auf diese Gefahren müssen Ärzte und Apotheker besonders sensibel sein. Indikation, Dosierung und Anwendungsdauer der betreffenden Medikamente müssen sorgfältig hinsichtlich der möglichen Suchtgefahr überprüft werden, was nicht immer geschieht. Die Verschreibung und Anwendung von Medikamenten, die auf die Psyche wirken, sollte der 4K-Regel folgen: klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendung und kein abruptes Absetzen. Dennoch werden zum Beispiel benzodiazepinhaltige Psycholeptika zu 80 Prozent drei Monate und länger und sogar überwiegend bei ungenau bezeichneter Symptomatik angewendet. Da solche psychotropen Medikamente rezeptpflichtig sind, muss die Vorbeugung von Missbrauch und Abhängigkeit bereits bei der indikations- und dauergerechten Verordnung des Präparats ansetzen. Dies liegt in der besonderen Verantwortung der Ärzte, die entsprechende Rezepte ausstellen. Besonderes Engagement ist ebenfalls von Apothekern bei der Beratung von Kunden notwendig.

Medikamentenmissbrauch wird auch in Zusammenhang mit medikamentöser Leistungssteigerung diskutiert. Davon betroffen sind Leistungs- und Breitensportler sowie Menschen, die ihre geistige Leistungsfähigkeit steigern wollen. Die jüngste Befragung zeigt, dass Erwachsene mit einem Anteil von 0,9 Prozent nur wenig Dopingmittel nehmen, über 45-jährige Frauen und Männer verwenden sie praktisch gar nicht. Am häufigsten nehmen die 18- bis 29-Jährigen leistungssteigernde Mittel ein (ca. 2 Prozent). Allerdings gaben etwa 6 Prozent aller Befragten an, in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal ohne medizinische Notwendigkeit verschreibungspflichtige Mittel verwendet zu haben. Unter den Studierenden gaben 12 Prozent an, seit Beginn ihres Studiums Substanzen eingenommen zu haben, um den Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

3.2 Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg – eine deskriptive Analyse des ZIS unter besonderer Berücksichtigung der Verordnungen von Benzodiazepinen

Die Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik zeigen, dass sich nur ein Bruchteil der Betroffenen in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe befindet. Bei den meisten Medikamentenabhängigen spielen Benzodiazepine eine Rolle. Bei der vorliegenden Studie ging es darum, eine problematische und gegebenenfalls missbräuchliche Versorgung von Patienten mit Benzodiazepinen systematisch zu erfassen. Sie basierte auf einem neuartigen epidemiologischen Ansatz, bei dem die Daten des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) innerhalb eines zweijährigen Zeitraums (2005 bis 2007) für die Bundesländer Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein prospektiv und personenbezogen ausgewertet wurden. Von Juli 2005 bis Juni 2006 erhielten 78.456 Hamburger auf insgesamt 294.143 Rezepten kassenärztliche Verschreibungen von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen.

Im Verlauf eines Jahres ließen sich gemäß der definierten Tagesdosis (DDD) 51,1 Prozent der kassenärztlichen Verordnungen dem „grünen Bereich“ zuordnen, das heißt, sie waren leitliniengerecht. Bei 15,6 Prozent der Hamburger Patienten lag jedoch eine tendenzielle Dauerversorgung von Benzodiazepinen mit relevant hoher Dosierung vor (0,5–1 DDD über mindestens zwei Monate). Vor allem Frauen und ältere Personen über 70 Jahre bekamen Benzodiazepine überproportional häufig verschrieben.

Im Vergleich zu den Bundesländern Bremen und Schleswig-Holstein nimmt Hamburg keine Sonderstellung ein. Offenbar ist eine nicht leitliniengerechte (Langzeit-)Verschreibung von Benzodiazepinen weit verbreitet. Es gilt daher, die Ärzte- und Apothekerschaft noch gezielter über das Problem aufzuklären und darüber zu diskutieren. Auch die Suchthilfe sollte sich den Problemen und dem Hilfebedürfnis der Betroffenen nicht verschließen, weil davon auszugehen ist, dass die Zahl der Medikamentenabhängigen in der alternden Gesellschaft künftig noch steigen dürfte.

3.3 Projekt PHAR-MON

Das vom BMG geförderte und vom Institut für Therapiefor-schung München (IFT) durchgeführte Projekt PHAR-MON ist ein in Deutschland einmaliges Monitoringsystem, das den missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Arzneimitteln unter Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen erfasst. Das Projekt beobachtet vor allem den missbräuchlichen Arzneimittelkonsum von Menschen mit alkohol- oder drogenbezogenen Störungen. Diese spezielle Gruppe Betroffener verwendet überdurchschnittlich häufig Medikamente als Stimmungsaufheller und Ersatz für Alkohol oder Drogen oder dazu, die Wirkung anderer Substanzen zu verstärken. Andererseits setzen diese Menschen Arzneien auch ein, um Entzugser-scheinungen zu lindern. Das IFT arbeitet bei PHAR-MON mit 34 Suchtberatungsstellen zusammen, die Klienten mit Suchtproblemen behandeln und umfangreiche zusätzliche Daten zum Medikamentenkonsum erheben. Bei der Bewertung der Ergebnisse und Trends sind Experten aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beteiligt. Ein besonderer Aspekt des Projekts ist seine Frühwarnfunktion: Durch die Dokumentation des Missbrauchs von Medikamenten können frühzeitig neue Entwicklungen von Konsumtrends erkannt werden.

Die Ergebnisse von PHAR-MON des Datenjahrs 2010 zeigen, dass überwiegend primär opiatsüchtige Klienten auch Medikamente missbräuchlich konsumieren (66 Prozent der Stichprobe), 14 Prozent haben ein primäres Alkoholproblem und bei 7 Prozent liegt eine Diagnose im Bereich Beruhigungs- oder Schlafmittel vor. Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe „Opiode“ ist seit 2002 zudem ein Trend zu beobachten, dass der Substitutionsmittel-Missbrauch stetig steigt: Im Jahr 2010 lagen im Rahmen der PHAR-MON-Studie Substitutionsmittel noch vor den Benzodiazepinen als am häufigsten nicht-medizinisch gebrauchte Medikamentengruppe. Im Jahr 2011 wurde im Rahmen des Projekts eine Pilotstudie mit dem Ziel konzipiert, den Frühwarncharakter von PHAR-MON im Hinblick auf neue Konsumtrends und psychoaktive Substanzen zu erweitern. Dafür haben die IFT-Wissenschaftler semi-standardisierte Einzelinterviews mit verschiedenen Einrichtungen jenseits der klassischen Suchtberatungsstellen

geführt, die in Kontakt mit potenziellen Risikogruppen stehen oder stehen könnten. Die regionale Eingrenzung auf den Raum München erleichterte es, Informationen aus verschiedenen Quellen einzuordnen, zu bewerten und mögliche regionale Trends zu identifizieren.

Pilotstudie und PHAR-MON:

http://ift.de/literaturverzeichnis/Phar-Mon_Newsletter_2011-12.pdf

3.4 Medikamentenmissbrauch zur Leistungssteigerung unter Studierenden

Der Leistungsdruck unter Studierenden hat in den letzten Jahren zugenommen. Medial diskutiert wird, dass Studierende mehr und mehr auf Medikamente setzen, um leistungsfähiger zu sein und Prüfungen zu bestehen. Da es bislang in Deutschland keine repräsentativen Untersuchungen zu Formen der Stresskompensation und Wegen der Leistungssteigerung unter Studierenden gab, hat das BMG 2010 eine entsprechende Studie in Auftrag gegeben. Ziel des Projektes war es, einen Überblick darüber zu gewinnen, auf welche Weise Studierende im Allgemeinen mit Stress und Anforderungsdruck im Studium umgehen und welche Rolle dabei im Besonderen die nicht medizinisch indizierte Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente und Drogen spielt.

Die vorliegenden Ergebnisse können insgesamt als beruhigend bewertet werden. Die große Mehrheit der Studierenden (88 Prozent) hat keine eigene Erfahrung mit dem sogenannten Hirndoping. Etwa 5 Prozent aller Studierenden betreiben pharmakologisches Hirndoping, d.h. sie nehmen verschreibungspflichtige Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputzmittel ein. Von dieser Gruppe nehmen mehr als ein Drittel (35 Prozent) Medikamente verschiedenster Art ein (Schmerzmittel, Schlafmittel, Antidepressiva, Antidementiva). Cannabis wird von fast jedem Vierten (23 Prozent) zur Bewältigung studienbezogener Leistungsanforderungen konsumiert, Methylphenidat von 18 Prozent. Nur 1 Prozent der befragten Studierenden nimmt diese Mittel häufig ein. Der Großteil derjenigen Studierenden mit Erfahrung mit diesen Substanzen

nimmt sie nur ganz selten ein (47 Prozent). Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem im Studium verspürten Leistungsdruck und der Einnahme von leistungssteigernden Mitteln. Der Anteil der Studierenden, die leistungssteigernde Mittel einnehmen und einen sehr starken Leistungsdruck verspüren, steigt an. Insgesamt ist das Gesundheitsverhalten der Studierenden, die solche Mittel einnehmen, stärker risikobehaftet als das der Studierenden, die keine einnehmen. Nicht nur trinken diese Studierenden häufiger Kaffee, sondern konsumieren auch häufiger missbräuchlich Alkohol und sind öfter Raucher.

3.5 Forschungsstudie KOLIBRI: Leistungsbeeinflussender Konsum von Medikamenten im Freizeit- und Breitensport

Von 2009 bis 2011 hat das Robert Koch-Institut (RKI) die Studie „Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit“ (KOLIBRI) durchgeführt. Ziel war, bundesweit repräsentative Daten vorrangig zum Dopingverhalten im Freizeit- und Breitensport zu erhalten. Die Ergebnisse lieferten darüber hinaus eine wichtige Grundlage für die Aktivitäten im Rahmen des Nationalen Dopingpräventionsplans für den Freizeit- und Breitensport. Außerdem erlaubt die Erhebung Aussagen zur Verwendung leistungsbeeinflussender Substanzen über sportliche Motivationen hinaus, denn die Studie schlüsselt die Einnahme leistungsbeeinflussender Substanzen differenziert nach den Bereichen Nahrungsergänzungsmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel, Schmerzmittel, Mittel zum Abnehmen oder Muskelaufbau sowie leistungssteigernde Mittel auf. Zudem gibt sie Auskunft, wie der Konsum dieser Substanzen mit verschiedenen Sportarten zusammenhängt.

Die Ergebnisse von KOLIBRI zeigen deutlich, dass die Konsummuster dieser Substanzen in der Bevölkerung differenziert zu betrachten sind. Allgemeine Kampagnen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, erscheinen angesichts der insgesamt wenigen Betroffenen nicht erforderlich. Abhängig von der gesundheitlichen Lage, dem Geschlecht, dem Alter, der Arbeitsbelastung, der sportlichen Aktivität sowie der generellen Einstellung der Anwender differiert der Konsum jedoch erheblich. Inso-

fern bedarf es Präventionsbotschaften oder Interventionsmaßnahmen, die passgenau auf die jeweiligen Zielgruppen zugeschnitten sind. Als Interventionsfelder kommen beispielsweise Fitnessstudios und betriebliche Settings in Betracht. Auch der Missbrauch beziehungsweise der unkritische Konsum von Arzneimitteln – besonders von Schmerzmitteln – könnte in geeigneter Form thematisiert werden. Das BMG hat die Ergebnisse der KOLIBRI-Studie mit den Akteuren des Nationalen Dopingpräventionsplans im Rahmen des Runden Tisches zur Dopingprävention Mitte 2011 im Hinblick auf geeignete Maßnahmen diskutiert. Neben den Bundesministerien des Innern (BMI) und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), der BZgA und der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) sowie einigen Fachministerkonferenzen (besonders der AK Anti-Doping der Sportministerkonferenz) engagieren sich am Runden Tisch viele Sportverbände sowie die Bundesapothekerkammer (BAK) und die Bundesärztekammer (BÄK).

www.rki.de/cln_162/nn_197444/DE/Content/GBE/Erhebungen/WeitereEpiStudien/Kolibri/Kolibri_inhalt.html?__nnn=true

4 Illegale Drogen

4.1 Situation in Deutschland

Die Konsumsituation illegaler Drogen in Deutschland ist weiterhin stabil. Jeder vierte in Deutschland lebende Erwachsene (26,5 Prozent) im Alter von 18 bis 64 Jahren hat schon einmal eine illegale Droge probiert, die Mehrheit Cannabisprodukte. 7,4 Prozent der Erwachsenen haben Erfahrung mit dem Konsum anderer illegaler Substanzen, wie Heroin, Kokain oder Amphetaminen. Deutlich seltener konsumierten Erwachsene diese Substanzen in den vergangenen 30 Tagen. Nur 0,6 Prozent gaben dies an. Jüngere Erwachsene unter 30 Jahren konsumieren häufiger illegale Substanzen als ältere Erwachsene (ESA 2009). Besorgniserregend ist der sich fortsetzende Trend zu polyvalentem Konsum, also der gleichzeitige Konsum von mehreren illegalen Drogen oder von illegalen Drogen zusammen mit Alkohol. Eine weitere Problematik stellen die neuen psychoaktiven Substanzen dar, die oft legal als Düngemittel, Badesalze oder Räucher-mischungen angepriesen werden. Nach dem Eurobarometer 2011 berichten 3,7 Prozent der 15- bis 24-Jährigen, bereits eines dieser Produkte konsumiert zu haben. Die gesundheitlichen Risiken, die durch den Konsum dieser Produkte eingegangen werden, sind nicht kalkulierbar.

1,2 Prozent der 18–64-jährigen deutschen Bevölkerung (525.000–750.000 Personen) weisen mindestens einen problematischen Cannabiskonsum, 0,4 Prozent (etwa 220.000 Personen) eine Cannabisabhängigkeit auf. Entsprechend ist die Anzahl von Personen, die sich deswegen in Behandlung begibt, weiterhin hoch. Im Jahr 2010 waren es 23.349 Personen, die wegen einer cannabis-bezogenen Störung eine ambulante oder stationäre Therapie machten (DSHS 2011). Etwa 200.000 Personen in Deutschland konsumieren risikohaft andere illegale Substanzen. 30.651 Patienten waren 2010 wegen einer opioid-bezogenen Störung in einer ambulanten oder stationären Einrichtung in Behandlung, gefolgt von etwas über 9.800 Patienten mit kokain- und stimulanzen-bezogenen Störungen. Neben der Hauptdiagnose bestehen häufig andere substanzbezogene Störungen durch legale und/oder illegale Substanzen.

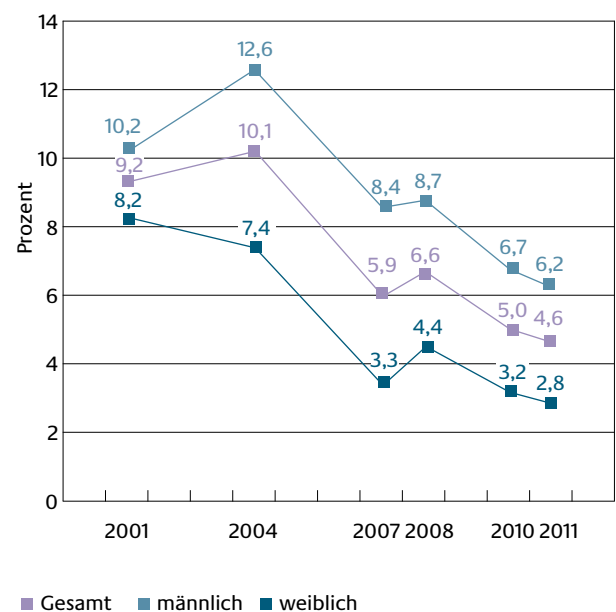
4.2 Drogenaffinitätsstudie Cannabis

Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie beobachtet die BZgA auch den Konsum illegaler Drogen bei den 12- bis 25-Jährigen. Auch bei ihnen steht Cannabis im Vergleich zu allen anderen illegalen Substanzen deutlich im Vordergrund. Der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, geht weiter zurück. Er sank vom bislang höchsten Wert mit 15,1 Prozent im Jahr 2004 auf 6,7 Prozent im Jahr 2011. Dies ist sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen zu beobachten: Im Jahr 2011 gaben 8,4 Prozent der Jungen und 4,8 Prozent der Mädchen an, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums mit aktuell 39,2 Prozent insgesamt zwar etwas geringer als im Jahr 2004 (43 Prozent). Aber so niedrig wie die Anteilswerte 2001 und 2010 (ca. 35 Prozent) liegen sie nicht. Zudem gibt es auch hier Geschlechterunterschiede. Im Jahr 2011 lag der Anteil junger Männer, die schon einmal Cannabis genommen haben, bei 45,1 Prozent und damit deutlich über dem der jungen Frauen (33,2 Prozent). Die Zahl der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist signifikant niedriger als noch vor zehn Jahren. Von den 12- bis 17-Jährigen waren es 2001 noch 9,2 Prozent. In der Befragung 2011 waren es noch 4,6 Prozent (Abbildung 7): bei den Jungen 6,2 Prozent und bei den Mädchen 2,8 Prozent.

Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren bleibt die Zwölf-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums mit 13,8 Prozent im Jahr 2001 und 13,5 Prozent im Jahr 2011 nahezu unverändert. Auch in dieser Altersgruppe ist der Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten im Jahr 2011 mit 17,2 Prozent bei jungen Männern weiter verbreitet als bei jungen Frauen mit 9,6 Prozent.

Abbildung 7:
Zwölf-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012

4.3 HBSC-Studie: Cannabis

Die Daten der HBSC-Studie zeigen, dass 9 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 13,6 Prozent der gleichaltrigen Jungen mindestens einmal Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz). Die 30-Tage-Prävalenz ist dagegen deutlich geringer: Von den Mädchen hatten 2,9 Prozent in dieser Zeit diese Produkte konsumiert, bei den Jungen waren es 4,9 Prozent. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in beiden Fällen signifikant.

Dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums mit dem familiären Wohlstand zusammenhängt, lässt sich kaum feststellen: Jungen aus Familien mit niedrigem Wohlstand stellen den kleinsten Anteil an Drogenkonsumenten (11,1 Prozent) und Jungen aus Familien der mittleren Wohlstandskategorie den höchsten (15,3 Prozent).

Bei den Mädchen sind die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten noch geringer. Der höchste Anteil an Cannabiskonsumtinnen kommt mit 9,5 Prozent allerdings aus finanziell besser gestellten Familien. Je wohlhabender die Familie, desto geringer ist ein regelmäßiger Konsum von Cannabis, Marihuana oder Haschisch (30-Tage-Prävalenz). Dieser Trend ist bei Jungen nahezu linear; bei den Mädchen unterscheidet sich der Anteil der Drogenkonsumentinnen kaum nach mittlerem und hohem familiären Wohlstand.

4.4 Neue psychoaktive Substanzen

In den letzten Jahren gilt die besondere Aufmerksamkeit der Bundesregierung auch neuen psychoaktiven und meist synthetischen Stoffen, die gelegentlich auch „Designerdrogen“, *Research Chemicals* oder fälschlicherweise *Legal Highs* genannt werden. In ihrem 2011 veröffentlichten Briefing „Drogen im Blickpunkt“ definiert die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) diese Substanzen als: „Neuer Suchtstoff oder psychotroper Stoff, in reiner Form oder als Zubereitung, der nicht nach dem Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe oder dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe kontrolliert wird, welcher aber eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen kann, vergleichbar mit den Substanzen, die in diesen Abkommen aufgelistet sind (Beschluss 2005/387/JI des Rats).“ Es handelt sich um bislang unbekannte oder bekannte und nicht in Verkehr gebrachte Stoffe, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bislang noch nicht unterstellt sind.

In den letzten Jahren sind immer wieder neue solcher Substanzen aufgetaucht: Die EBDD hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems für 2011 insgesamt 49 Substanzen ermittelt. Damit wurden von 2009–2011 zwei Drittel aller seit 2005 neu gemeldeten Suchtstoffe ermittelt. Oft ist hierbei die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Die für Missbrauchszwecke geeignete Wirkung auf die Psyche bleibt jedoch erhalten oder wird sogar verstärkt.

Die Substanzen werden nach bisheriger Erkenntnislage maßgeblich im asiatischen Raum produziert. Zahlreiche Internetseiten sowie eine Vielzahl von Sicherstellungen deuten darauf hin, dass im asiatischen Raum eine Industrie herangewachsen ist, die gezielt die westlichen Märkte mit Rauschsubstanzen beliefert. Die europäischen Händler verkaufen die erworbenen Substanzen oder Produkte in kleineren Mengen über sogenannte Head- und/oder Online-Shops an kleinere Händler oder an Konsumenten weiter. Die Verkäufer preisen die Substanzen fälschlicherweise als legale Alternative an und vermitteln so den – ebenfalls falschen – Eindruck, dass diese ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich seien. Die Drogen werden als Kräutermischungen, Badesalze, Lufterfrischer oder Pflanzendünger verpackt und verkauft, ohne die wirklichen Inhaltsstoffe anzugeben.

Tatsächlich aber zieht der Konsum teilweise schwere Folgen nach sich: Die Symptome reichen von Übelkeit, heftigem Erbrechen, Herzrasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Ohnmacht, Lähmungserscheinungen und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Vitalfunktionen. Die Betroffenen müssen womöglich künstlich beatmet oder sogar reanimiert werden. In Deutschland wurden bereits Todesfälle bekannt, bei denen nachgewiesen wurde, dass kurz zuvor eine oder mehrere dieser neuen psychoaktiven Substanzen konsumiert wurden.

Briefing „Drogen im Blickpunkt“ der EBDD:

www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/responding-to-new-psychoactive-substances
www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/responding-to-new-psychoactive-substances

Beschluss des Europäischen Rates zu neuen psychoaktiven Substanzen:

www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/responding-to-new-psychoactive-substances
www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/responding-to-new-psychoactive-substances

4.4.1 Online-Befragung von Konsumierenden

Wer die oben beschriebenen Stoffe und Mischungen konsumiert, ist bislang nicht erforscht. Erkenntnisse darüber sind aber eine wichtige Grundlage, um zielgruppengenaue Vorbeugung zu können. Deswegen hat das Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt am Main eine vom BMG geförderte, allerdings nicht repräsentative Online-Befragung durchgeführt, die wichtige Informationen zu den Konsumierenden, deren Konsummotiven und -gewohnheiten liefert. An der Studie haben 860 Personen aus Deutschland teilgenommen, die alle über Erfahrungen mit entsprechenden Substanzen verfügen. Da die Befragten überwiegend über Online-Foren gewonnen wurden, in denen man sich über Bezugsmöglichkeiten und Konsumerfahrungen austauscht, gehen die Autoren der Studie davon aus, dass in der Befragung Probierkonsumenten unter- und erfahrene Nutzer überrepräsentiert sind.

89 Prozent der Befragten sind männlich mit einem Durchschnittsalter von 24,2 Jahren. Das Bildungsniveau ist verhältnismäßig hoch: Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (38,5 Prozent) haben 60 Prozent ein (Fach-)Abitur. Als Freizeitbeschäftigung geben auffällig viele Befragte abendliche Club- oder Diskothekenbesuche an (64 Prozent); 47 Prozent besuchen Techno-/Electro-Diskotheken.

Die Studie bestätigt, dass inzwischen viele unterschiedliche Produkte erhältlich sind. Die Befragten nannten insgesamt 307 verschiedene Substanzen. Am häufigsten konsumierten die Studienteilnehmer Räuchermischungen: 86 Prozent haben diese bis zum Untersuchungszeitpunkt mindestens einmal probiert. 63 Prozent der Befragten haben diese neuen psychoaktiven Substanzen sogar mehr als zehn Mal in ihrem Leben konsumiert. Viele haben mindestens einmal akute Neben- beziehungsweise Nachwirkungen erlebt – umso öfter, je regelmäßiger der Konsum ist. Rund ein Drittel hat sich dadurch davon abhalten lassen, diese Substanzen weiterhin zu konsumieren.

Die Ergebnisse der Online-Befragung belegen, dass fast ausschließlich Personen die neuen psychoaktiven Substanzen konsumieren, die bereits Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen haben: 99 Prozent aller Befragten hatten diese mindestens einmal genommen.

Abschlussbericht:

www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_Legal_Highs.pdf

4.4.2 Effektiv gegen neue synthetische Substanzen vorgehen

Neue psychoaktive Substanzen können die öffentliche Gesundheit und die Gesundheit der Bürger ernsthaft gefährden. Derzeit ist es allerdings sehr aufwändig, diese Substanzen dem BtMG zu unterstellen. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten einer Substanz und ihrer betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Das BMG hatte deshalb ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, inwieweit durch eine neue Stoffgruppenregelung im BtMG ein wirkungsvolles strafrechtliches Verbot geschaffen werden kann (mehr unter C 3.2.4.2).

Zwar wird häufig behauptet, dass es nicht strafbar sei, mit den neuen psychoaktiven Substanzen umzugehen, bevor sie dem BtMG unterliegen. Das ist jedoch falsch und der Begriff *Legal Highs* ist daher irreführend. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat bereits vor 15 Jahren entschieden, dass Designerdrogen Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) sein können und deshalb die Straftatbestände der §§ 96 Nummer 4 und 95 Absatz 1 Nummer 1 AMG zur Anwendung kommen (Urteil Az. 2 StR 270/97 des BGH vom 3. Dezember 1997).

Das AMG hat somit eine Auffangfunktion: Neue psychoaktive Substanzen sind bedenkliche Arzneimittel. Diese unerlaubt in den Verkehr zu bringen, ist nach § 95 Absatz 1 Nummer 1 AMG strafbar. Das wurde 2011 durch mehrere Urteile gerichtlich bestätigt. Insofern steht fest: Im Einzelfall handelt es sich um gesundheitlich bedenkliche Produkte, die laut AMG nicht in Umlauf gebracht werden dürfen – auch wenn sie nicht dem BtMG unterliegen. In besonders schweren Fällen kann die Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahre betragen.

Gutachten:

[http://drogenbeauftragte.de/service/medien.html?tx_bmgmedia_pi1\[content\]=15225&tx_bmgmedia_pi1\[controller\]=Page&cHash=0e6a29511d70935e41d501af9e2b1d2c](http://drogenbeauftragte.de/service/medien.html?tx_bmgmedia_pi1[content]=15225&tx_bmgmedia_pi1[controller]=Page&cHash=0e6a29511d70935e41d501af9e2b1d2c)

4.4.3 Jahrestagung „Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co.“

Am 11. Oktober 2011 fand in Berlin die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung statt. Über 400 Gäste sowie deutsche und europäische Referenten kamen, um sich zum Thema „Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co.“ zu informieren und auszutauschen. Die Tagung beschäftigte sich mit synthetischen Drogen im Allgemeinen. Aufgrund der Aktualität lag der Schwerpunkt allerdings auf den neuen psychoaktiven Substanzen. Etwa jeder hundertste Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren hat Erfahrung mit dem Konsum von Amphetaminen. Laut einer Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2011 geben 3,7 Prozent der 15- bis 24 Jährigen an, bereits Erfahrung mit den neuen psychoaktiven Substanzen gemacht zu haben. Erste Studienergebnisse, die auf der Tagung vorgestellt wurden, zeigen, dass diese Konsumenten fast alle auch schon vorher andere illegale Substanzen konsumiert hatten. Die illegalen amphetamin-artigen Substanzen werden oft aus europäischen Nachbarstaaten oder aus asiatischen Ländern illegal nach Deutschland gebracht. Neue synthetische Substanzen werden nach aktueller Erkenntnislage vor allem im asiatischen Raum produziert. Ein Weg, auch die neuen Substanzen rechtlich zu erfassen und damit ihrer missbräuchlichen, potentiell gesundheitsgefährdenden Verwendung vorzubeugen, ist, sie dem BtMG zu unterstellen. Ansätze hierzu wurden auf der Tagung vorgestellt und diskutiert (C3.2.4.2). Bestehende Präventionsangebote im Bereich der synthetischen Drogen reichen von allgemeinen Bevölkerungskampagnen bis hin zu spezifischen Partyprojekten, die sich gezielt an die Konsumenten wenden. Es gibt zielgruppenspezifische Angebote im Internet, die über die Substanzen und ihre Wirkung aufklären. In einer abschließenden Podiumsdiskussion legten verschiedene Vertreter ihre Sicht dar, wie eine sinnvolle Prävention aussehen könnte. Während der Tagung stand zudem ein Markt der Möglichkeiten zur Verfügung, wo sich die Teilnehmer mit verschiedenen Anbietern von Präventions-, Beratungs- und Behandlungsprojekten austauschen konnten.

Informationen zur Jahrestagung:

www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/legal-highs/jahrestagung-der-drogenbeauftragten.html

Beispiele aus den Bundesländern

Sachsen:

Verbreitung von „Crystal“

Im sächsischen Grenzgebiet zu Tschechien konsumieren in den letzten Jahren immer mehr Menschen „Crystal“ – ein künstlich hergestelltes Aufputzmittel, das chemisch als Methylamphetaminhydrochlorid bezeichnet wird. Der Stoff ist weltweit verbreitet, wird regional aber unterschiedlich bezeichnet: In Sachsen sind unter anderem „C“, „Crystal“, „Meth“ oder „Ruppe“ geläufig. Da die Grundstoffe dafür vergleichsweise leicht zu beschaffen sind, wird Crystal häufig in Privatlaboratorien hergestellt. Daher ist es auf dem Markt praktisch immer verfügbar. Sachsenweit ist davon auszugehen, dass Crystal inzwischen den Hauptanteil illegal konsumierter Substanzen ausmacht. Suchtberatungsstellen in Plauen, Zwickau, Chemnitz und Dresden bestätigen dies und berichten, dass der Beratungsbedarf zu Crystal deutlich gestiegen ist. In Sachsen sind die Konsumenten etwa 16 Jahre alt, wenn sie den Stoff erstmals probieren. Kontakt mit dem Suchthilfesystem nehmen die Betroffenen aber erst mit ungefähr 20 bis 25 Jahren auf. Crystal wirkt anregend, löst oft ein Euphoriegefühl aus. Dadurch steigert sich zum Beispiel der Bewegungs- und Rededrang und der Schlaf- und Wachrhythmus wird erheblich gestört.

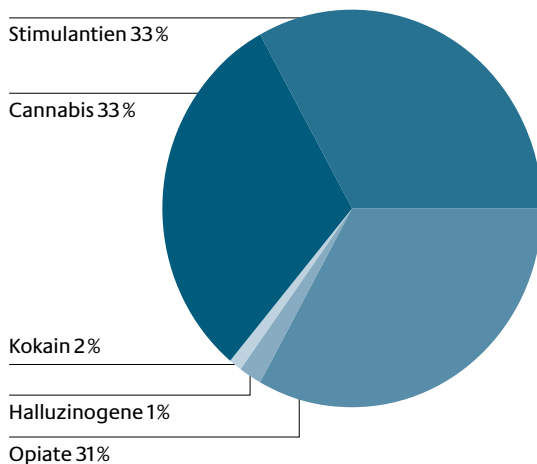
Das stellt Suchtberatungsstellen in der Beziehungsgestaltung mit Betroffenen vor große Herausforderungen. Die Betroffenen werden psychisch abhängig. Ihre Persönlichkeit kann sich verändern, es können Psychosen und Angststörungen, Hautrötungen, Haar- und Zahnausfall oder Herzrhythmusstörungen auftreten. Die Droge wird zunehmend auch intravenös gebraucht. Um hier erfolgreich zu helfen, sind kurzfristige Terminvergaben und schnelle Therapieanträge notwendig. Zudem müssen die Klienten ausreichend lange begleitet werden, nicht selten jahrelang. Die ambulante Suchtkrankenhilfe der Stadtmission Chemnitz e. V. hat 2007 zum ersten

Mal eine Broschüre zum Thema „Crystal – Bestandsaufnahme EINS“ herausgegeben. Sie richtet sich an die Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen sowie an Angehörige und bereitet das bisherige Wissen sowie die Erfahrungen zu Crystal gebündelt auf.
www.drogenberatung-chemnitz.de

Klientenentwicklung ausgewählter Problembereiche 2002–2010 – Opioid-/Cannabis/Stimulanzien

Bis 2004 waren in Sachsen Opiate die dominierenden Problemsubstanzen. Von 2005 bis 2009 zählten dagegen Suchtprobleme im Zusammenhang mit Cannabisprodukten zum häufigsten Beratungsgrund (Abbildung 8). Zudem haben seit etwa 2004 immer mehr Menschen ein Problem mit Aufputzmitteln, sodass dieses 2010 erstmals als häufigster Beratungsgrund aufgeführt wurde.

Abbildung 8:
Anteil verschiedener Drogentypen, wegen denen Betroffene Beratungsstellen aufsuchen.



Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) – Standardisierte Jahresberichte 2005–2009, Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe 2010

Mittlerweile gehören solche sogenannten Stimulanzien – darunter auch Crystal – zu den von Klienten der Beratungsstellen am häufigsten konsumierten illegalen Drogen.

4.5 Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität

4.5.1 Drogenbedingte Todesfälle

Wie schon im Vorjahr ging die Zahl der drogenbedingten Todesfälle 2011 weiter zurück: 986 Todesfälle wurden registriert (Abbildung 9). Das sind 20 Prozent weniger als noch im Vorjahr (1.237) und bedeutet den niedrigsten Stand seit 1988. Die Mehrheit starb an den Folgen einer Überdosis von Heroin (279 Menschen) (Abbildung 11). Bei weiteren 290 Personen hat eine Überdosis von Heroin in Verbindung mit sonstigen Drogen zum Tod geführt. An dritter Stelle der Todesursachen stehen erneut gesundheitliche Langzeitschäden aufgrund jahrelangen Drogenkonsums (211 Menschen). Die größte Zahl von Drogentodesfällen findet sich in der Altersgruppe der älteren Drogenabhängigen ab 30 Jahren (746 Personen) (Abbildung 10). Der Altersdurchschnitt der Drogentoten stieg um rund ein halbes Jahr auf nahezu 37 Jahre. Etwa 85 Prozent waren Männer, 15 Prozent Frauen.

Abbildung 9:
Drogentodesfälle nach Bundesländern und einigen großen Städten – Falldatei Rauschgift

Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	BLZ 2011
Deutschland Gesamt	1.513	1.477	1.385	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237	986	1,2
Bundesland											
Baden-Württemberg	200	176	174	156	159	155	192	133	168	139	1,3
Bayern	217	230	224	197	191	242	247	250	262	177	1,4
Berlin	170	165	192	195	173	158	152	155	124	114	3,3
Brandenburg	7	8	8	5	6	12	7	9	3	2	0,1
Bremen	65	70	62	42	40	38	31	28	23	17	2,6
Hamburg	77	64	60	61	55	59	58	65	53	57	3,2
Hessen	113	109	126	103	95	120	118	110	108	90	1,5
Mecklenburg-Vorpommern	5	1	3	2	5	3	9	4	8	5	0,3
Niedersachsen	113	130	100	80	75	74	94	82	65	52	0,7
Nordrhein-Westfalen	384	391	324	350	350	374	380	344	289	216	1,2
Rheinland-Pfalz	65	57	36	53	77	60	57	60	43	41	1,0
Saarland	14	15	7	12	10	13	18	19	12	12	1,2
Sachsen	19	14	11	20	15	24	18	12	24	12	0,3
Sachsen-Anhalt	4	5	9	9	8	13	6	9	6	9	0,4
Schleswig-Holstein	52	32	41	40	30	44	48	39	42	35	1,2
Thüringen	8	10	8	1	7	5	14	12	7	8	0,4
Stadt											
Frankfurt	28	21	34	25	30	44	33	34	32	26	3,8
Köln	54	44	34	57	69	58	54	41	43	34	3,4
München	59	69	61	45	40	50	50	48	47	35	2,6
Hannover	18	19	15	13	14	22	22	14	12	7	1,3
Dortmund	26	32	19	10	14	24	18	14	13	11	1,9
Essen	36	27	22	16	15	32	22	26	13	18	3,1
Stuttgart	20	17	17	14	13	12	12	9	16	7	1,2
Nürnberg	13	14	7	6	12	13	19	21	29	20	4,0
Düsseldorf	11	23	19	21	23	22	20	21	11	16	2,7
Mannheim	17	9	7	14	7	7	11	8	11	13	4,2

Quelle: Bundeskriminalamt

Abbildung 10:
Drogentote nach Geschlecht und Altersstruktur – Falldatei Rauschgift

Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamtzahl*	1.513	1.477	1.385	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237	986
männlich	1.263	1.231	1.156	1.107	1.074	1.166	1.220	1.112	1.042	837
weiblich	237	231	203	200	204	203	191	199	176	144
bis 13 Jahre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
14 bis 17 Jahre	16	15	3	4	1	6	2	4	1	4
18 bis 20 Jahre	73	51	38	32	34	27	23	16	17	15
21 bis 24 Jahre	195	187	150	120	128	107	86	88	84	60
25 bis 29 Jahre	266	260	233	226	205	229	248	212	172	156
ab 30 Jahre	950	949	935	925	910	1.000	1.052	991	944	746
unbekannt	13	15	26	19	18	25	38	20	19	5
Durchschnittsalter	32	34	34	35	35	35	36	36	36	37
als EKhd erfasst (in%)	40	52	51	40	40	40	41	38	38	34

* Die Summe der männlichen und weiblichen Rauschgifttoden entspricht in der Regel nicht der Gesamtzahl, da in einigen Fällen das Geschlecht nicht erfasst wurde.

Quelle: Bundeskriminalamt

Abbildung 12:
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhd)

2011							
Zeitraum	Gesamt*	Heroin	Kokain	Meth-/Amphetamin**	Ecstasy	Crack	Sonstige***
01.01.-31.12.11	21.315	2.742	3.343	14.402	942	438	1.032
01.01.-31.12.10	18.621	3.201	3.211	12.043	840	311	474
Veränderung	+14,5%	-14,3%	+4,1%	+19,6%	+12,1%	+40,8%	+117,7%

* Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als Erstauuffälliger Konsument harter Drogen registriert, kann aber aufgrund polytoxikomanen Konsumverhaltens in der Aufschlüsselung nach Drogenarten mehrfach Berücksichtigung finden.

** Unter den 14.402 Personen im Jahr 2011 befanden sich 1.693 erstauuffällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamin. Gegenüber dem Jahr 2010 (642 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 163,7%.

*** Unter den 1.032 Personen im Jahr 2011 befanden sich 135 erstauuffällige Konsumenten von LSD. Gegenüber dem Jahr 2010 (141 Personen) bedeutet dies einen Rückgang um 4,3%.

Quelle: Bundeskriminalamt

Abbildung 11:
Drogentote nach Todesursachen 2011 – Länderabfrage

Überdosis von	SH	HH	NI	HB	NW	HE	RP	BW	BY	SL	BE	BB	MV	SN	ST	TH	Gesamt
Heroin	5	1	19	11	78	26	12	40	73	2	4	1	--	5	--	2	279
Heroin i.V.m. sonst. Drogen	7	3	12	3	83	46	9	28	34	7	56	--	1	1	--	--	290
Kokain	--	3	3	--	6	1	--	1	1	--	5	--	1	1	--	--	22
Kokain i.V.m. sonst. Drogen	1	1	6	--	22	3	--	4	1	1	21	--	1	--	1	--	62
Amphetamin	1	1	--	--	3	--	--	1	6	2	2	--	--	--	--	1	17
Amphetamin i.V.m. sonst. Drogen	--	--	3	--	12	1	1	5	14	--	12	--	--	--	1	--	49
Ecstasy	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	2
Ecstasy i.V.m. sonst. Drogen	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	8
Substitutionsmittel	4	16	5	--	6	--	3	6	6	--	6	--	--	--	1	--	53
- davon Methadon / Polamidon	4	16	4	--	5	--	3	6	6	--	6	--	--	--	1	--	51
- davon Subutex	--	--	1	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2
Substitutionsm. i.V.m. sonst. Drogen	8	13	5	--	39	2	4	25	18	--	44	--	2	--	--	--	160
- davon Methadon / Polamidon	7	10	5	--	37	--	4	23	18	--	44	--	2	--	--	--	150
- davon Subutex	--	3	--	--	2	--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	7
Sonstige BtM / Drogenart nicht bek.	2	1	9	--	--	11	6	15	39	--	20	1	--	2	--	5	111
Suizid	1	1	2	--	10	4	4	7	9	1	14	--	--	--	2	3	58
Langzeitschäden	4	10	19	3	19	10	--	6	105	10	20	--	--	2	3	--	211
Unfall / Sonstige	2	6	1	--	--	76	2	1	2	1	5	--	--	1	1	1	99
Gesamtzahl der Todesfälle*	35	57	52	17	216	90	41	139	177	12	114	2	5	12	9	8	986
Obduktion (%-Anteil)	69	47	62	35	35	89	95	34	88	100	99	100	100	100	78	88	65

* Mehrfachzählungen in verschiedenen Rubriken oder die Erfassung unter abweichenden Kriterien können zur Über- oder Unterschreitung der Gesamtzahl führen.

Quelle: Bundeskriminalamt

4.5.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Die Zahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) stieg 2011 auf 21.315 Personen an, was einem Zuwachs von 14 Prozent entspricht. Damit erreicht die Zahl den höchsten Stand seit 2001. Wie schon im Vorjahr wurden deutliche Anstiege bei kristallinem Methamphetamin (+163,7 Prozent) sowie bei Crack (+ 40,8 Prozent) verzeichnet. Auch die Zahl der erstauffälligen Meth-/ Amphetaminkonsumenten erreichte 2011 einen neuen Höchstwert (+19,6 Prozent) (Abbildung 12).

4.5.3 Drogenanbau – Drogenproduktion

Wie in den Vorjahren wurde auch in 2011 umfangreicher Cannabisanbau auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben. Insgesamt haben die Ermittlungsbehörden 717 Cannabisplantagen sichergestellt (Abbildung 13). Es handelte sich um 98 Cannabis-Outdoorplantagen (zwei Profiplantagen, 19 Großplantagen und 77 Kleinplantagen) und 619 Cannabis-Indoorplantagen (32 Profiplantagen, 188 Großplantagen und 399 Kleinplantagen). Mit Anteilen von jeweils 17 Prozent befanden sich die meisten Außenanlagen in Bayern und die meisten Indoorplantagen in Nordrhein-Westfalen.

Im Jahr 2011 wurden 19 illegale Drogenlabore sichergestellt (Abbildung 14). In 17 Fällen handelte es sich um Kleinlabore zur Herstellung von Amphetamin und Methamphetamin, in einem Fall um ein Labor zur Produktion von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB). Alle Einrichtungen verfügten über Produktionskapazitäten, um den Eigenbedarf zu decken oder um einen begrenzten lokalen Abnehmerkreis zu versorgen. Lediglich in Nordrhein-Westfalen stellten die Behörden ein professionelles Amphetaminlabor sicher.

Abbildung 13:
Sichergestellter illegaler Anbau/Cannabisplantagen

2011		
Art*	01.01.–31.12.10	01.01.–31.12.11**
Outdoor-Plantagen***	46	98
- Kleinplantagen	36	77
- Großplantagen	9	19
- Profiplantagen	1	2
Indoor-Plantagen****	348	619
- Kleinplantagen	221	399
- Großplantagen	105	188
- Profiplantagen	22	32

* Die Klassifizierung der Cannabisplantagen auf Außenflächen und in Gebäuden erfolgt nach festgestellten Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen (Kleinplantagen), von 100 bis 999 Pflanzen (Großplantagen) und ab 1.000 Pflanzen (Profiplantagen).

** Aufgrund einer zwischenzeitlich bereinigten Unschärfe hinsichtlich der Auswertung sichergestellter Cannabisplantagen ist die Fallzahl des Jahres 2011 mit der des Vorjahrs (und auch denen der vorhergehenden Jahre) nur bedingt vergleichbar. Hätten die Auswertungen der letzten Jahre bereits auf Basis der nunmehr korrigierten Abfrage des Datenbestandes der Falldatei Rauschgift vorgenommen werden können, so dürfte die Zahl der sichergestellten Plantagen jeweils über der ausgewiesenen gelegen haben. Eine rückwirkende Abfrage der Vorjahre ist nicht möglich; bei Auswertung des Datenbestands 2011 nach dem gleichen Verfahren wie in den Vorjahren würden lediglich 91 Outdoorplantagen (1 Profi-, 18 Groß- und 72 Kleinplantagen) und 539 Indoorplantagen (31 Profi-, 169 Groß- und 339 Kleinplantagen) ausgewiesen werden. Die beschriebene Problematik betrifft lediglich die Zahl der Plantagen, nicht die darin sichergestellten Pflanzenmengen.

*** Menge der sichergestellten Pflanzen 2011: 7.661 Stk. (2010: 5.470 Stk.)

**** Menge der sichergestellten Pflanzen 2011: 114.138 Stk. (2010: 74.502 Stk.)

Quelle: Bundeskriminalamt

Abbildung 14:
Sichergestellte Labore zur Herstellung illegaler Drogen

2011		
Rauschgiftart	01.01.–31.12.10	01.01.–31.12.11
ATS*	15	18
GHB	-	1
Synthetische Cannabinoide	1	-
Gesamt	16	19

* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances. Bei den im Jahr 2011 sichergestellten ATS-Laboren handelte es sich um Produktionsstätten von Amphetamin (8) und Methamphetamin (10).

Quelle: Bundeskriminalamt

4.5.4 Drogenhandel – Drogenschmuggel

Bei einigen Drogenarten – etwa kristallinem Methamphetamin oder Khat – stellten die Behörden 2011 die bundesweit bislang größten jährlichen Gesamtmengen sicher. Viele Fälle betrafen jedoch wie üblich den Schmuggel vergleichsweise kleiner Drogenmengen, die Konsumenten oder Kleinhändler aus den Niederlanden nach Deutschland einführen wollten (Abbildung 15).

Neben dem Landweg – unter anderem fanden die Beamten in einem LKW in Bayern eine Einzelmenge von 150 Kilogramm Heroin – schmuggelten oft Flugkuriere Drogen nach Deutschland oder es wurde per Luftpostsendungen hierher verschickt. Vergleichsweise selten waren die Drogen tatsächlich für Deutschland bestimmt, meist sollten sie weiter ins Ausland transportiert werden. Der Schmuggel auf dem Seeweg wurde relativ selten festgestellt, wobei in den wenigen Fällen beträchtliche Mengen sichergestellt wurden: Die größten Einzelmengen von 310 und 243 Kilogramm Kokain beschlagnahmten Beamte im Hamburger Hafen.

Abbildung 15:
Sicherstellungen von geschmuggelten Drogen

2010–2011						
Rauschgiftart	01.01.–31.12.11		01.01.–31.12.10		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	4.361	497,816 kg	5.645	474,251 kg	-22,7%	+5,0%
Opium	46	112,240 kg	42	12,356 kg	+9,5%	+808,4%
Kokain	3.335	1.940,578 kg	3.350	3.030,829 kg	-0,4%	-36,0%
Crack	740	2,791 kg	1.013	3,169 kg	-26,9%	-11,9%
Meth-/Amphetamin	11.243	1.408,317 kg	9.229	1.203,715 kg	+21,8%	+17,0%
(davon Crystal)	(2.112)	(39,952 kg)	(799)	(26,848 kg)	(+164,3%)	(+48,8%)
Ecstasy	1.322	484.992 KE	1.209	230.367 KE	+9,3%	+110,5%
LSD	280	25.978 Tr.	216	4.279 Tr.	+29,6%	+507,1%
Haschisch	7.285	1.747,495 kg	7.427	2.143,733 kg	-1,9%	-18,5%
Marihuana	27.144	3.957,443 kg	24.710	4.874,732 kg	+9,9%	-18,8%
Pflanzen	1.804	133.650 St.	1.517	101.549 St.	+18,9%	+31,6%
Khat	247	45.913,803 kg	169	30.389,334 kg	+46,2%	+51,1%
Psilocybine Pilze	431	13,247 kg	401	15,960 kg	+7,5%	-17,0%

kg = Kilogramm; KE = Konsumeinheiten; Tr. = Trips; St. = Stück

Quelle: Bundeskriminalamt

4.6 Märkte illegaler Drogen

Wie sieht der Markt für illegale Drogen genau aus? Welche Wege nehmen Gelder in Netzwerken sozial unauffälliger Konsumenten? Und welche Rolle spielen nicht-monetäre Vorgänge? Das ist bisher wenig untersucht. Seit November 2011 läuft am *Centre for Drug Research* (CDR) ein auf zwei Jahre angelegtes Forschungsprojekt, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Das Ziel ist, Erkenntnisse über generelle Besonderheiten und informelle Regeln des Kleinhandels zu gewinnen. Das Augenmerk liegt darauf,

- welches Ausmaß die unentgeltliche Weitergabe von Drogen hat,
- was Menschen dazu bringt, in den Drogenhandel einzusteigen,
- welche Verbindungen von Kleinst- und Kleindealern zu höheren Handelsebenen und anderweitiger krimineller Aktivität bestehen,
- wie bedeutend der Straßenhandel ist und
- wie die Weitergabe in das Gesamtgeschehen des Drogenumgangs in den betreffenden Umfeldern eingebunden ist.

Dazu werden Konsumenten und Handeltreibende mithilfe kombinierter standardisierter und qualitativer Interviews befragt. Die Datenanalyse erfolgt mit Blick auf die Schattenwirtschaft, andererseits werden die Lebensläufe der Befragten mit besonderem Blick auf die kriminelle Karriere betrachtet. Bis Ende Februar 2012 – kurz vor Abschluss der Erhebungsphase – wurden 211 Personen interviewt. Die Spanne reicht von gelegentlichen Cannabiskonsumenten ohne Handelserfahrung bis zu Personen, die zeitweilig kiloweise mit Drogen gedealt haben. Überwiegend aber haben die Befragten mehr oder weniger ausgiebige Erfahrungen in der häufig nicht-profitorientierten Weitergabe von kleinen Drogenmengen im Bekanntenkreis, dem Graubereich zwischen „Freundschaftsdienst“ und „echtem“ Dealen, dem sogenannten *Social Supply*.

www.cdr-uni-frankfurt.de

5 Pathologisches Glücksspiel

5.1 Situation in Deutschland

Während die meisten Menschen das Glücksspiel mit Spaß, Stimulation und Zeitvertreib verbinden und Geld kontrolliert einsetzen, kommt es bei einer kleinen Gruppe als Folge exzessiven Spielens zu schwerwiegenden psychischen, sozialen oder finanziellen Problemen.

Die Datenlage zu problematischem und pathologischem Glücksspiel war in Deutschland bislang lückenhaft. Auch international gab es nur wenige breit angelegte und bevölkerungsbasierte Studien mit großen Stichproben, die Aussagen über Typgruppen problematischer und pathologischer Glücksspieler zulassen. Im Rahmen des Glücksspielstaatsvertrags von 2008 haben die Bundesländer Mittel zur Verfügung gestellt, die eine groß angelegte Studie hierzu ermöglicht haben. Ziel des Projekts „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ (PAGE) war, Daten zu gewinnen, die

- repräsentative Aussagen zulassen,
- auf einer sensitiven und abgesicherten Diagnostik beruhen,
- die Unterschiedlichkeiten pathologischer und problematischer Glücksspieler abbilden und
- eine hinreichende Stichprobengröße für vielfältige Analysen liefern.

5.2 Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie“ (PAGE)

Mit der PAGE-Studie liegt eine Datenbasis vor, die hohe methodische Standards erfüllt und sowohl national als auch international viele neue Erkenntnisse darüber liefert, wie problematisches und pathologisches Glücksspiel entsteht und wie Spielsucht verläuft. In der Telefonstichprobe wurden 15.023 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren befragt. Weitere 702 Personen wurden über ergän-

zende Rekrutierungswege kontaktiert oder meldeten sich selbst. 594 als problematisch oder pathologisch klassifizierte Glücksspieler wurden im Rahmen des klinischen Interviews nachuntersucht.

Die Daten zeigen, dass Glücksspiele in Deutschland weit verbreitet sind. Fast jeder Zweite in der erwachsenen Bevölkerung (45 Prozent) hat in den vergangenen zwölf Monaten eines oder mehrere der öffentlich angebotenen Glücksspiele um Geld gespielt. Am häufigsten werden die staatlichen Lotterien und Sofortlotterien/Rubbellose genutzt, gefolgt von anderen Lotterien und dem Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen oder der Gastronomie. Etwa ein Prozent der 14- bis 64-Jährigen waren im Laufe ihres Lebens von pathologischem Glücksspiel betroffen. Innerhalb der letzten zwölf Monate spielten 1,40 Prozent risikoreich, 0,30 Prozent problematisch und 0,35 Prozent pathologisch Glücksspiele.

Das Suchtpotenzial für Glücksspiele unterscheidet sich je nach Art des Spiels. Die Teilnahme an Sportwetten, dem Kleinen Spiel in der Spielbank, Poker und Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben ist mit einem erhöhten Risiko für pathologisches Glücksspielen verbunden. Am höchsten ist das Risiko für das pathologische Spielen an Geldspielautomaten.

Von den pathologischen Glücksspielern hatten knapp 80 Prozent in ihrem Leben nie Kontakt zu irgendeiner Form professioneller Hilfe einschließlich Selbsthilfegruppen. Dies trifft auch für ehemalige pathologische Glücksspieler zu. Diese sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger auch von anderen psychischen Erkrankungen betroffen. Ohne Berücksichtigung von Suchtstörungen beträgt diese Rate 71 Prozent gegenüber 16 Prozent in der Allgemeinbevölkerung. Werden zudem alkohol-, drogen- oder tabakbezogene Störungen einbezogen, haben 95 Prozent der pathologischen Glücksspieler mindestens eine weitere psychische Störung im Vergleich zu 35 Prozent in der Allgemeinbevölkerung.

5.3 BZgA-Studie zum Glücksspiel 2011

In einer bundesweiten Repräsentativbefragung hat die BZgA 2007 erstmals 10.000 Bundesbürger im Alter von 16 bis 65 Jahren zu ihrem Glücksspielverhalten befragt. Sie ist Ausgangspunkt für eine kontinuierliche Beobachtung des Glücksspielverhaltens und der Glücksspielsucht in Deutschland. Mittlerweile wurde die Studie durch zwei weitere nahezu identische Befragungen in den Jahren 2009 und 2011 ergänzt, die Trendaussagen zulassen.

Es zeigt sich, dass Glücksspiel um Geld in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet ist. Der Befragung von 2011 zufolge haben 86 Prozent der 16- bis 65-Jährigen Erfahrung damit, haben also irgendwann im Leben schon einmal an einem Glücksspiel teilgenommen (Lebenszeitprävalenz): Unter den männlichen Befragten sind es 89,2 Prozent, bei weiblichen 82,7 Prozent. Entsprechend gaben die Männer auch die meisten Glücksspielformen an: 64,9 Prozent nannten das Lottospiel „6 aus 49“, 50,7 Prozent Sofortlotterien wie Rubbel- oder Aufreißlose und jeweils etwa 23 Prozent das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen und in Gaststätten sowie privat organisiertes Glücksspiel.

Allerdings zeigt sich beim Glücksspiel je nach Spielform eine unterschiedliche Entwicklung. Beim Spiel an Geldspielautomaten und bei Sofortlotterien ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Geldspielautomaten werden besonders von der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen genutzt: Bei männlichen Befragten dieser Altersgruppe hat sich der Anteil gegenüber 2007 mit 19,5 Prozent im Jahr 2011 mehr als verdreifacht und bei weiblichen Befragten mit 5,5 Prozent mehr als verdoppelt. Zudem wurden 2011 erstmals auch Live-Wetten erfasst: Hier waren 0,9 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung beteiligt.

Die Studie zeigt deutlich, dass das Glücksspiel bei unter 16- und 17-jährigen Jugendlichen stark zugenommen hat: Nahezu ein Viertel der Befragten spielte in den vergangenen zwölf Monaten ein gewerblich angebotenes Glücksspiel – ausgenommen Fernsehquiz und riskante Börsenspekulationen. 2009 waren dies lediglich knapp 15 Prozent. Die Zunahme ist im Wesentlichen auf eine

gestiegene Teilnahme an Sofortlotterien zurückzuführen, deren Anteil von 15,6 Prozent sich gegenüber 2009 nahezu verdoppelt hat. Dagegen ist das Glücksspiel bei den meisten anderen Spielformen gegenüber den Erhebungen 2007 und 2009 leicht rückläufig. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung im Jahr 2011 hat gut die Hälfte der Befragten irgendein Glücksspiel gespielt. Dies waren für die meisten Spielformen mehr männliche als weibliche Spieler (56,5 Prozent gegenüber 44,8 Prozent). In dieser Zeit haben die Glücksspielerfahrung und die Lebenszeitprävalenz gegenüber den Erhebungen in 2007 und 2009 leicht abgenommen. Die zu 2009 höchsten Rückgänge verzeichnen dabei das Fernsehquiz, die Klassenlotterien und Keno, ein ursprünglich chinesisches Zahlentippspiel, das seit 2004 auch in Deutschland verbreitet ist. Aber auch bei Lotto „6 aus 49“ zeigt sich eine Abnahme (2007: 35,5 Prozent, 2009: 40,0 Prozent, 2011: 31,5 Prozent).

Die Untersuchung von 2011 schätzt bevölkerungsweit die Zahl der problematischen Glücksspieler während der letzten zwölf Monate der Studie auf 0,51 Prozent und der – wahrscheinlich – pathologischen Glücksspieler auf 0,49 Prozent. Hochgerechnet auf die 16- bis 65-jährige Bevölkerung sind dies in Deutschland rund 275.000 Menschen, die ein problematisches Glücksspielverhalten aufweisen und rund 264.000 Menschen, die – wahrscheinlich – pathologisch Glücksspiel betreiben. Im Vergleich zur ersten BZgA-Befragung aus 2007 sind diese Quoten aber trotz der leicht veränderten Angebote auf dem Glücksspielmarkt nahezu konstant geblieben.

Die absolut höchsten Anteile von Problemspielern mit einem problematischen oder pathologischen Glücksspiel finden sich bei den 21- bis 25-jährigen Männern (2,4 Prozent). Ein niedriger Bildungsabschluss, ein Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit erhöhen das Risiko zusätzlich. Bezogen auf einzelne Glücksspiele ergeben sich unterschiedlich hohe Problemspieleranteile: Bei Sportwetten beträgt der Anteil insgesamt 8,5 Prozent, die je nach Wettform zwischen 6,5 Prozent und 16 Prozent liegen. Beim kleinen Spiel in der Spielbank liegt dieser Anteil bei 10,5 Prozent und bei Geldspielautomaten in Gaststätten und in Spielhallen bei 8,6 Prozent. Für das Spiel von Live Wetten und an Geldspielautomaten ergibt sich damit

ein etwa fünffach erhöhtes Risiko für problematisches Glücksspielverhalten. Das Thema „Glücksspielsucht“ wird in der Bevölkerung im Verlauf der Befragungen der BZgA sehr viel stärker wahrgenommen. Über zwei Drittel der Bevölkerung bezeichneten sich selbst im Jahr 2011 als gut informiert. Immer mehr Menschen kennen Beratungsstellen oder das Angebot des Beratungstelefon zur Glücksspielsucht (19,3 Prozent beziehungsweise 8,2 Prozent). Zugleich stimmten im Jahr 2011 ähnlich viele Menschen wie 2009 den gesetzlichen Regelungen des Glücksspiels zu, wie die staatliche Kontrolle des Glücksspiels zum Spielerschutz, das Verbot von Glücksspiel für Jugendliche nach dem Jugendschutzgesetz sowie das generelle Verbot von Glücksspiel im Internet.

Beispiele aus den Bundesländern

Rheinland-Pfalz:

Befragung: Kinder und Jugendliche als Glücksspieler

§ 6 des Jugendschutzgesetzes verbietet Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an Glücksspielen. Aus der Beratungspraxis der Regionalen Fachstellen für Glücksspielsuchtberatung und der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz ist bekannt, dass viele erwachsene Spielsüchtige angeben, jünger als 18 Jahre alt gewesen zu sein, als sie erste Erfahrungen mit Glücksspiel machten. Deshalb beauftragte das rheinland-pfälzische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie die Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz damit, die Nutzung von Glücksspielen durch Kinder und Jugendliche in Rheinland-Pfalz zu untersuchen.

Befragt wurden 3.967 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren, davon 2.355 Schüler an Haupt-, Real- und Gesamtschulen und Gymnasien sowie 1.612 Schüler an berufsbildenden Schulen. Davon wurden insgesamt 2,2 Prozent als problematische und weitere 3,7 Prozent als gefährdete Glücksspielnutzer eingestuft. Auf Basis von Hochrechnungen schätzen die Mainzer Wissenschaftler die Zahl der problematischen minderjährigen Spieler in Rheinland-Pfalz auf 4.963 und die der Gefährdeten auf 9.404.

Jugendliche spielen bevorzugt in Gaststätten, Spielhallen und im Internet und umgehen damit die gesetzlichen Jugendschutzbestimmungen. Die Befragten gaben weiter an, in den letzten zwölf Monaten am häufigsten Kartenspiele (23,7 Prozent), Rubbellose (15,8 Prozent) und Geldspielautomaten (14,2 Prozent) genutzt zu haben. Internetspiele mit Geldeinsatz (5,6 Prozent) und Geldspielautomaten (1,5 Prozent) werden fast täglich genutzt, obwohl

solche Internetspiele mit wenigen Ausnahmen verboten sind. Als Motiv nannten die meisten (46,8 Prozent) – wie im Hamburger Beispiel –, sie hofften darauf, Geld zu gewinnen.

Kurzfassung der Studienergebnisse:

www.unimedizin-mainz.de/psychosomatik/patienten/behandlungsangebote/ambulanzen/ambulanz-fuer-spielsucht.html

Hamburg:

Befragung: Wie Jugendliche mit Glücks- und Computerspielen umgehen

Parallel zur stetigen Weiterentwicklung neuer Computertechnologien steigen nicht nur deren Anwendungsmöglichkeiten rasant an, sondern auch die damit verbundenen Risiken einer missbräuchlichen oder zumindest exzessiven Nutzung. Das gilt besonders für Computerspiele, aber auch für die zunehmende Verbreitung digitaler Glücksspielangebote. In einer repräsentativen Befragung unter Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 18 Jahren des Büros für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS), der sogenannten SCHULBUS Erhebung, gaben im Jahr 2009 rund 7 Prozent der Befragten an, dass sie wegen ihrer Computerspielaktivitäten unter anderem massive Probleme in der Schule haben und andererseits unruhig werden, wenn sie einmal nicht spielen könnten. Dies kommt mit gut 9 Prozent bei Jungen mehr als doppelt so häufig vor wie bei gleichaltrigen Mädchen (4 Prozent). In derselben Untersuchung berichten 10 Prozent der befragten 14- bis 18-jährigen Schüler, dass sie regelmäßig an Glücksspielen um Geld teilnehmen und dafür etwa ein Drittel ihres monatlich zur freien Verfügung stehenden Geldbudgets aufwenden würden.

Offenbar machen es das Internet und die hier verbreiteten Bezahlssysteme auch Minderjährigen sehr leicht, Glücksspielangebote zu nutzen, von denen sie nach dem Jugendschutzgesetz eigentlich ausgeschlossen sind. Anders als andere Spiele werden

Glücksspiele häufig nicht um ihrer selbst willen gespielt, sondern als Mittel zum Zweck: Die Aussicht, Geld zu gewinnen, ist eines der wichtigsten Motive für Jugendliche und junge Erwachsene, an Glücksspielen teilzunehmen. Zumindest gilt dies für mehr als 80 Prozent der regelmäßigen Spieler und für immerhin 55 Prozent der Befragten, die nur gelegentlich an Glücksspielen teilnehmen. Und obwohl der Zufall und keine irgendwie geartete Kompetenz des Spielers bestimmt, wie das Spiel ausgeht, benennen immerhin 18 Prozent der regelmäßigen Spieler als Motiv die vermeintliche Möglichkeit, einschlägig erworbene Fähigkeiten einsetzen zu können.

SCHULBUS-Erhebung:

www.sucht-hamburg.de/projekte/schulbus

„Prävalenz problematischen Glücksspiels unter den Inhaftierten im Hamburger Justizvollzug“ – Studie nach § 10 des Hamburgischen Ausführungsgesetzes zum Glücksspielstaatsvertrag

Um die Verbreitung des problematischen Glücksspiels unter jugendlichen und erwachsenen Inhaftierten in Hamburg zu erfassen, hat die Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg eine 18-monatige wissenschaftliche Studie durchgeführt. Bislang war zum problematischen Glücksspiel in dieser speziellen Gruppe international nur wenig bekannt, sodass es sich hierbei um ein innovatives Forschungsvorhaben handelt.

Die Studie basierte auf verschiedenen Methoden und war explorativ angelegt: Zum einen wurde 10,5 Monate lang eine Langzeiterhebung in der Hamburger Untersuchungshaftanstalt (UHA) durchgeführt, bei der das Auftreten problematischen Glücksspiels mithilfe des sogenannten *Lie-Bet-Screens* ermittelt wurde. Dazu kam ein kurzer Selbsttest aus zwei Fragen, um problematisches beziehungsweise pathologisches Glücksspiel zu erkennen. Insgesamt 1.051 Untersuchungsgefangene haben diesen Test durchgeführt, das entspricht 93 Prozent aller Neuzugänge der UHA. Hiernach hatten 6,6 Prozent der

Untersuchungsgefangenen ein Glücksspielproblem. Zum anderen wurde eine stichtagsbezogene Vollerhebung unter den Strafgefangenen vorgenommen. Dazu wurden die Personalakten (GPA) aller zum 8. Dezember 2009 Inhaftierten analysiert. Die Analyse von 1.288 Akten – etwa 89 Prozent aller Strafgefangenen zum Stichtag – ergab, dass 7,3 Prozent der Hamburger Gefangenen ein Glücksspielproblem haben. Diese Personen haben signifikant häufiger einen Migrationshintergrund und sind länger in Haft als Gefangene ohne Glücksspielproblem. Mit 15 inhaftierten Problemspielern wurden anschließend qualitative Interviews durchgeführt. Hieraus geht hervor, dass die Betroffenen nach jeder Haftentlassung noch exzessiver gespielt haben als vorher.

Auf den Stichtag 8. Dezember 2009 bezogen wurden die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation für die Personen analysiert, die sich zum Stichtag in Haft und in ambulanter Suchthilfe-Betreuung befanden. Bei 63 Personen fiel beides zusammen. Über die Hälfte der in Haft betreuten Glücksspieler hat einen Migrationshintergrund und 72 Prozent hatten bereits zuvor Kontakt zum Suchthilfesystem. Die Ergebnisse der Studie finden Sie in der „Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ (Band 21) des bis-Verlags unter dem Titel „Glücksspielbezogene Probleme unter den Gefangenen im Hamburger Justizvollzug“.

www.zis-hamburg.de

6 Computerspiel- und Internetsucht

6.1 Situation in Deutschland

Das Internet ist aus unserer heutigen Welt kaum mehr wegzudenken. Seit etwa zehn Jahren lässt sich aber auch eine exzessive Computer- und vor allem Internetnutzung beobachten, die mit einer Abhängigkeitsstörung vergleichbar ist. Allgemein spricht man von Online- oder Mediensucht beziehungsweise von einer pathologischen Internetnutzung. Während die Mediensucht nicht nur das Internet, sondern auch andere Medien umfasst, steht bei der Internetsucht die Nutzung des Internets im Vordergrund. Besonders breiten Raum nimmt dabei die Online-Computerspielsucht ein, das heißt die Abhängigkeit von Internetspielen. Diese basieren zum Beispiel auf bestimmten Belohnungssystemen oder binden die Teilnehmenden in soziale Spielernetzwerke ein, was ein hohes Suchtpotenzial birgt.

Die Suchtberatungsstellen verzeichnen in den letzten Jahren eine steigende Nachfrage, diese Störung zu behandeln. Dennoch ist noch nicht abschließend geklärt, wann tatsächlich von Abhängigkeit zu sprechen ist. Die Nutzungszeit allein ist kein belastbares Kriterium, um einen pathologischen Internetgebrauch festzustellen. Es müssen noch andere Faktoren hinzukommen: Es muss so exzessiv gespielt werden, dass die Betroffenen die Anforderungen des täglichen, sozialen und beruflichen Lebens völlig vernachlässigen und die Internetnutzung nicht einschränken können, obwohl sie um den schädlichen Gebrauch wissen. Anfällig dafür, auf derart inadäquate Weise in virtuelle Welten zu flüchten, sind vor allem Jugendliche im Pubertätsalter beziehungsweise in den damit verbundenen Entwicklungsprozessen. Internetsucht ist kein Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten, vielmehr kommt sie in allen sozialen Gruppen vor. Menschen mit pathologischem Internetgebrauch sind oft auch anderweitig psychisch krank, man spricht von sogenannten komorbiden Störungen. Meist sind es Depressionen, Affektivstörungen, ADHS, aber auch Substanzmissbrauch, etwa von Alkohol oder Nikotin. Über

diese Begleiterkrankungen erfolgt in der Regel auch die medizinische und psychiatrische Behandlung, denn Online-Sucht selbst ist bisher nicht als eigenständige Krankheit anerkannt.

6.2 Forschungsprojekt PINTA

Seit Ende 2010 fördert das BMG die repräsentative Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA I) der Universitäten Greifswald und Lübeck. Sie soll helfen herauszufinden, wie oft pathologische Internetnutzung in Deutschland vorkommt. Hierfür wurde auf eine große und repräsentative Stichprobe zurückgegriffen, die im Rahmen der PAGE-Studie (B 5.2) gewonnen wurde und eine verlässlichere Schätzung zur Verbreitung des exzessiven und pathologischen Internetgebrauchs ermöglicht: Die Wissenschaftler befragten 14.000 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren telefonisch auch zu ihrem Internetgebrauch. Gaben die Befragten an, dass sie an einem Wochentag oder am Wochenende mehr als eine Stunde im Internet verbringen, wurde die Befragung mit dem Fragebogen *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS) fortgesetzt. Dieser wurde speziell für den Einsatz in der Allgemeinbevölkerung entwickelt, enthält für eine pathologische Nutzung typische Fragen und ist zudem international vergleichbar.

Die hierauf basierenden Schätzungen, wie häufig pathologischer Internetgebrauch auftritt, beruhen auf zwei methodischen Ansätzen: Zum einen erfolgt die Schätzung mithilfe eines international vergleichbaren Schwellenwerts, zum anderen aufgrund einer sogenannten *Latent-Class-Analyse* (LCA). Anhand der ersten Methode ergaben sich Werte für eine mögliche Internetabhängigkeit bei etwa 1,5 Prozent aller 14- bis 64-Jährigen – bei den Frauen 1,3 Prozent und bei den Männern 1,7 Prozent. Betrachtet man die jüngeren Altersgruppen getrennt voneinander, ergeben sich höhere Häufigkeiten. So fand sich bei den 14- bis 24-Jährigen eine Häufigkeit von 3,8 Prozent (Frauen: 4,5 Prozent; Männer: 3,0 Prozent) und bei den 14- bis 16-Jährigen sogar 6,3 Prozent (Mädchen: 8,6 Prozent; Jungen: 4,1 Prozent). Mithilfe der zweiten Methode konnten die Wissenschaftler eine Gruppe Personen identifizieren, die sehr wahrscheinlich abhängig sind. Rechnet man auf dieser Grundlage hoch, ergibt

sich insgesamt eine etwas niedrigere Rate von 1,0 Prozent (Frauen: 0,8 Prozent; Männer: 1,2 Prozent). Auch hier steigt die Häufigkeit in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen auf 2,4 Prozent (Frauen: 2,5 Prozent; Männer: 2,5 Prozent) und bei den 14- bis 16-Jährigen auf 4,0 Prozent Internetabhängige (Frauen: 4,9 Prozent, Männer: 3,1 Prozent).

Mädchen und Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren nutzen vorwiegend soziale Netzwerke im Internet (77,1 Prozent der Abhängigen nach der LCA-Methode) und eher selten Online-Spiele (7,2 Prozent). Junge Männer in dieser Altersgruppe nutzen ebenfalls soziale Netzwerke, aber deutlich weniger (64,8 Prozent), dafür machen sie öfter Online-Spiele (33,6 Prozent).

Mithilfe der LCA lässt sich neben den vermutlich Abhängigen noch eine Gruppe mit einem problematischen Internetgebrauch identifizieren, die insgesamt 4,6 Prozent der Befragten betrifft (Frauen: 4,4 Prozent; Männer: 4,9 Prozent). Auch hier zeigen sich hohe Raten bei den Jüngeren und dort besonders bei weiblichen Personen. Für die 14- bis 24-Jährigen ergibt sich ein Anteil von insgesamt 13,6 Prozent (Mädchen und junge Frauen: 14,8 Prozent; Jungen und junge Männer: 12,4 Prozent). In der jüngsten Altersgruppe von 14 bis 16 Jahren lässt sich bei 15,4 Prozent ein problematischer Internetgebrauch beobachten (Mädchen: 17,2 Prozent; Jungen: 13,7 Prozent).

Diese Zahlen sind bisher nur Schätzwerte. Hiernach gelten in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 560.000 Menschen als internetabhängig und ca. 2,5 Mio. Menschen als problematische Internetnutzer. Die meisten davon sind jung: Unter den 14- bis 24-Jährigen zeigen etwa 250.000 Anzeichen einer Abhängigkeit und 1,4 Mio. ein problematisches Nutzungsverhalten. Bei den 14- bis 16-Jährigen sind es 100.000 Abhängige und 400.000 problematische Nutzer. In einer Folgeuntersuchung (PINTA-Diari) sollen ausführliche klinische Interviews geführt werden, um mehr über den pathologischen Internetgebrauch der 14 bis 64-Jährigen in Deutschland zu erfahren. Die Ergebnisse werden für Mitte 2013 erwartet.

Studie PINTA I:

www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/computerspiele-und-internetsucht.html

6.3 Studie: Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patienten in der Rehabilitation

Der pathologische Umgang mit dem neuen Medium PC/Internet könnte auf frühkindliche Frustrationen menschlicher Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Selbstwertsteigerung und/oder sozialen Benachteiligungen zurückgehen. Klinik und Forschung stehen noch am Anfang. Ein von der DRV Bund gefördertes zweijähriges Forschungsprojekt der Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG) in Düsseldorf untersucht gemeinsame und unterschiedliche Merkmale und Probleme solcher Patienten im Vergleich zu pathologischen Glücksspielern, Alkoholabhängigen und psychosomatisch Kranken. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei den pathologischen PC-/Internetnutzern um ein eigenständiges psychisches Störungsbild handelt. Von den genannten anderen Abhängigkeitserkrankungen hebt es sich dadurch ab, dass die Patienten im Alltag vermindert gewissenhaft sind, das heißt unsorgfältig und ungenau handeln.

C | Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik

Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung baut auf den vier Ebenen Prävention; Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung, gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen auf. Die folgenden Teile C 1-3 des Drogen- und Suchtberichts werden sich diesen Ebenen im Einzelnen widmen. Der vierte Abschnitt C 4 wird internationale Aktivitäten zur Drogen- und Suchtpolitik behandeln, an denen die Bundesregierung 2011 beteiligt war.

1 Prävention

1.1 Suchtstoffübergreifende Prävention

Eine moderne Suchtpolitik stellt den Menschen in den Mittelpunkt. Sie muss vom Einzelnen mit seinen spezifischen Erfahrungen und Problemen ausgehen, um passgenau geeignete Maßnahmen anbieten zu können. Dies gilt besonders bei der Prävention, um den gesundheitsschädlichen Konsum von Drogen und Suchtmitteln durch Information vorzubeugen. Die Menschen müssen gezielt passend zu ihrem jeweiligen Umfeld und ihrer Lebenssituation angesprochen werden, um sie zu erreichen und ihnen geeignete Angebote machen zu können. Ziel der Prävention ist es, Abhängigkeiten vorzubeugen und den problematischen gesundheitsgefährdenden Konsum von Suchtmitteln zu verringern.

Präventionsangebote müssen die spezifischen Ursachen für Suchtverhalten sowie dessen Verlauf in verschiedenen Gruppen und Lebenszusammenhängen gesondert betrachten. Kinder und Jugendliche sind dabei eine besonders wichtige Zielgruppe. Je früher es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es zu einem problematischen Konsumverhalten kommt. Dabei muss auch das familiäre Umfeld einbezogen werden – besonders bei Kindern aus bereits suchtblasteten Familien. Eine weitere wichtige Zielgruppe sind Schwangere. Gerade in der Schwangerschaft sind viele Frauen eher bereit, ein problematisches Konsumverhalten zu überdenken und neue Wege zu

gehen. Gleichzeitig birgt der Konsum von Alkohol, Tabak oder Medikamenten: in der Schwangerschaft erhebliche gesundheitliche Risiken für die Schwangere und ihr Kind. Deshalb werden Präventionsangebote gefördert, die gezielt diejenigen Schwangeren erreichen, bei denen ein problematischer Konsum zu befürchten ist. Darüber hinaus müssen geschlechterspezifische Angebote entwickelt werden. So gibt es spezielle Angebote für Frauen und Mädchen, die ihre besonderen Gegebenheiten und Gefährdungen in den Mittelpunkt stellen.

Suchterkrankungen stellen auch am Arbeitsplatz ein besonderes Risiko dar und beeinflussen neben den Betroffenen auch ihre Kollegen sowie den Betriebsablauf negativ. Die betriebliche Gesundheitsförderung macht bereits Angebote zur Suchtprävention, die künftig noch weiter ausgebaut werden sollen. Hier besteht eine Schnittstelle zu den gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die hier ebenfalls aktiv sind.

Zudem ist hinsichtlich des besonders bei Jugendlichen zunehmenden Mischkonsums psychoaktiver Substanzen ein suchtmittelübergreifender Ansatz geboten. Laut aktuellen Studien nehmen europaweit etwa ein Drittel der 15- bis 16-Jährigen verschiedene Suchtmittel ein. Unter Studierenden und in der Gesamtbevölkerung zeigen sich ähnliche Ergebnisse.

Besonders weit verbreitet ist der polyvalente Konsum unter Drogenabhängigen: Laut einer aktuellen Studie ist bei Abhängigen, die Drogenhilfeangebote wahrnehmen, ein Mischkonsum die Regel. Hiervon geht ein höheres, schwerer einschätzbares Risiko aus. Dieser Gefahr kann mit einem ganzheitlichen Ansatz besser begegnet werden als mit suchtmittelspezifischer Einzelintervention.

Die genannten Schwerpunkte sowie die im Folgenden vorgestellten Projekte stellen den Menschen in den Mittelpunkt. Sie sind auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sowie kontextabhängig und suchtmittelübergreifend ausgerichtet.

1.1.1 Schwangerschaft und Frühe Hilfen für Kinder

1.1.1.1 Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft

In der Schwangerschaft und der Stillzeit zu rauchen, Alkohol zu trinken und illegale Substanzen zu nehmen, beeinflusst die Gesundheit des ungeborenen beziehungsweise neugeborenen Kindes erheblich und wirkt sich negativ auf dessen weitere Entwicklung aus. Mütterliches Rauchen gehört zu den bedeutendsten vermeidbaren Risiken für das ungeborene Kind. Schätzungen gehen davon aus, dass Tabakkonsum allein für etwa 15 Prozent aller Frühgeburten sowie für 20 bis 30 Prozent aller Fälle von geringem Geburtsgewicht verantwortlich ist. In Deutschland raucht zu Beginn der Schwangerschaft ungefähr jede dritte Frau. Bei der Geburt ist es noch etwa jede Vierte. Alkohol kann das ungeborene Kind während der gesamten Schwangerschaft unheilbar schädigen. Eine unschädliche Menge in der Schwangerschaft gibt es nicht, bereits wenig Alkohol kann das Kind gesundheitlich beeinträchtigen. Daher muss während der Schwangerschaft gänzlich auf Alkohol verzichtet werden. Nach Schätzungen werden in Deutschland pro Jahr ungefähr 4.000 Kinder mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) geboren: Diese Kinder haben erhebliche Defizite in ihrer geistigen und motorischen Entwicklung. Schwangerschaften sind zugleich eine günstige Zeit für Frauen und ihre Partner, ihren Suchtmittelkonsum zu mindern und im Idealfall komplett aufzugeben. Oft sind werdende Eltern für gesundheitsrelevante Informationen und Beratungsangebote besonders aufgeschlossen und bereit, ihr Gesundheitsverhalten zu verändern.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert werdende Eltern – besonders mit dem Internetauftritt www.familienplanung.de – regelmäßig über die Gefahren von Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Dennoch fällt es vielen sehr schwer, etwa auf Tabak und Alkohol zu verzichten. Deshalb ist es wichtig, die Prävention zur Vermeidung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit durch vielseitige und vor allem zielgruppenspezifische Initiativen weiter zu stärken und auszubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert daher seit Frühjahr 2011 auch auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Modellprojekte, die neue Präventi-

onsansätze entwickeln und erproben, den Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und der Stillzeit zu reduzieren beziehungsweise zu vermeiden. Diese Projekte dienen dazu, die zielgruppenspezifische Prävention für Frauen mit besonderen Risiken zu stärken. Im Rahmen dieses Schwerpunkts werden folgende Projekte zur Alkoholprävention gefördert:

- **Caritasverband Region Schaumburg-Blies e. V., Neunkirchen/Saarland:** Die Hauptzielgruppe des Modellvorhabens sind schwangere Frauen, die riskant viel rauchen, Alkohol trinken oder illegale Suchtmittel konsumieren. Eng einbezogen sind auch ihre Partner und/oder andere Personen aus dem nahen Umfeld. Neben den Betroffenen sind die Einrichtungen des psychosozialen und medizinischen Bereichs, mit denen die Schwangeren Kontakt haben, weitere wichtige Kooperationspartner. Ziel ist es, diese Einrichtungen in einem Netzwerk zusammenzuführen, um schwangere Frauen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum zu erkennen, gezielt zu informieren, zu sensibilisieren und zu motivieren, ein Beratungs- oder Behandlungsangebot in Anspruch zu nehmen.
- **Sozialdienst Katholischer Männer e. V., Köln:** Dieses Modellvorhaben will die Information der Fachöffentlichkeit, der Multiplikatoren sowie der betroffener Frauen verbessern – auch durch neue Zugangswege wie internetbasierte Angebote oder „Kinder-Willkommens-Besuche“. Zudem werden zwischen Schwangerschafts- und Suchtberatung Netzwerkstrukturen etabliert. So sollen Frauen mit Suchtproblematiken zum einen durch Kurzinterventionen, wie das Training der motivierenden Beratung (MOVE), bereits in der Schwangerschaftsberatung und -begleitung erreicht werden, um ihren Konsum zu verringern und bestenfalls zu stoppen (modularisiertes Selbstkontrolltraining zur Konsumreflexion – SKOLL). Zum anderen soll bei Bedarf die Überleitung in die ambulante Suchtberatung vermittelt werden.
- **Integratives Beratungszentrum des Diakonischen Werks, Melle/Niedersachsen:** Das Modellvorhaben zielt darauf, dass die betreuenden Gynäkologen und

Hebammen süchtige Schwangere bereits in der Frühphase der Schwangerschaft erkennen können. Hierzu wird ein Fragebogen entwickelt. Eine erfahrene Fachkraft soll die betreffenden Frauen in der jeweiligen Praxis beraten.

- **Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation, Renchen:** Das Modellvorhaben „Alkoholfrei für junge und werdende Eltern“ setzt auf eine nachhaltige Änderung des Bewusstseins von jungen Familien hinsichtlich Drogenproblemen. Im Fokus stehen dabei besonders junge Schwangere und sozial benachteiligte Familien in sozialen Brennpunkten.
- **LVR-Klinikum Essen, Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin:** Das Modellvorhaben umfasst verschiedene Maßnahmen: betroffene Berufsgruppen und die Öffentlichkeit zu informieren, Gynäkologen zu schulen und konkrete Interventionen anzuwenden.
- **Stadt Offenburg, Baden-Württemberg:** Im Rahmen eines speziell an die Bedürfnisse von schwangeren Frauen und jungen Müttern angepassten sechswöchigen Kochkurses werden Kenntnisse zu Fragen von Sucht und Suchtmitteln vermittelt. Neben dem gemeinsamen Kochen stellen verschiedene Fachreferenten die Themen Alkohol, Ergotherapie, Nikotin, Akupunktur, Naturdrogen und Medikamente vor, die dann innerhalb der Gruppe in informeller Atmosphäre diskutiert werden.

Die Projekte laufen bis Frühsommer 2012. Das BMG plant, erfolgreiche Ansätze breiter zu implementieren oder auf andere Standorte zu übertragen.

1.1.1.2 Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen

Ziel des Projekts, das vom 1. August 2011 bis zum 31. Dezember 2012 durchgeführt wird, ist die Entwicklung einer internetbasierten Beratungsplattform, die stark individualisierte und an das Risikoprofil (Alkohol- und Tabakkonsum) angepasste Interventionen bietet. Das Projekt umfasst zudem die Überprüfung, wie praktikabel das Vor-

haben ist, wie leicht der Umgang mit der Plattform ist und wie gut sie angenommen wird. Neben Präventionsangeboten vor Ort scheint das Internet ein wichtiger Raum zu sein, in dem sich Schwangere rund um das Thema Schwangerschaft informieren. Eine Beratungsplattform soll sie darin unterstützen, in der Schwangerschaft auf Tabak und Alkohol zu verzichten und eine niedrigschwellige Möglichkeit für die Zielgruppe anbieten. Damit das Angebot bei Erfolg nachhaltig umgesetzt werden kann, soll es mit bereits bestehenden internetbasierten Beratungsangeboten der BZgA verknüpft werden.

1.1.1.3 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder

Mit der Weiterförderung des 2007 gegründeten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bis zum Jahr 2014 sichert der Bund die fachliche Begleitung für den weiteren Aus- und Aufbau von lokalen Netzwerken Früher Hilfen. Präventive Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern ab Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahrs eines Kindes sollen Risiken für dessen Entwicklung früh erkennen und die Erziehungskompetenzen der Eltern stärken. Solche Hilfen richten sich besonders an Familien in belastenden Lebenslagen und mit geringen Bewältigungsressourcen. Eine vom NZFH koordinierte Evaluation von zehn Modellprojekten unter Beteiligung aller 16 Bundesländer identifizierte unter anderem den Gebrauch legaler und illegaler Drogen als zentralen familiären Belastungsfaktor. Ein Modellprojekt aus Mecklenburg-Vorpommern zum Beispiel unterstützt Kinder psychisch kranker und/oder suchtblasteter Eltern. Die im Bundesgesundheitsblatt Nr. 11 veröffentlichte Evaluation des Netzwerks zeigt, dass Frühe Hilfen, die gut auf die Bedürfnisse dieser Familien zugeschnitten sind, die Mütter feinfühlicher machen und zu einer insgesamt höheren psychischen Stabilität und Gesundheit beitragen können. Seit 2011 werden ausgewählte Modellprojekte wissenschaftlich begleitet und positive Effekte früher Unterstützung der Eltern-Kind-Bindung über eine längere Zeit beobachtet. So sollen belastbare Daten über die Wirksamkeit Früher Hilfen gewonnen werden, auf deren Grundlage entschieden werden kann, Frühe Hilfen einem breiteren Kreis von Familien anzubieten, eventuell sogar als Regelleistung. Eine interne Kosten-Nutzen-Aufstellung zeigt, dass sich Frühe Hilfen bereits bei geringen Erfolgen wirtschaftlich lohnen.

Oft nehmen erst die Akteure der Gesundheitsdienste Belastungsfaktoren wie Suchterkrankungen in Familien wahr. Erste Ergebnisse eines laufenden Modellprojekts mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg deuten darauf hin, dass sich zum Beispiel ärztliche Qualitätszirkel eignen, die systemübergreifende Vernetzung zu verbessern. Themen sind hier unter anderem, die Erziehungsfähigkeit suchtkranker Eltern besser einzuschätzen sowie bei Bedarf Hilfsangebote zu planen. Suchtberatungsstellen sind wichtige Akteure in Netzwerken Früher Hilfen. Psychische und soziale Belastungsfaktoren zu erkennen, ist aber auch eine Handlungsanforderung an alle vertretenen Professionen. Das NZFH beschreibt solche Handlungsanforderungen für Fachkräfte Früher Hilfen in Kompetenzprofilen.

Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz verankert die Netzwerke Früher Hilfen auch gesetzlich: § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) schafft die Voraussetzung für die Bundesinitiative Familienhebammen, die von 2012 bis 2015 angelegt ist. Anschließend stellt ein Fonds das Angebot der Netzwerke Früher Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien sicher.

1.1.1.4 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit

Suchtprävention ist in umfassende, politikübergreifende Ansätze der Bundesregierung eingebettet, mit denen die Gesundheit von Heranwachsenden gefördert und Gesundheitsrisiken vermindert werden sollen. Die vom BMG koordinierte „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ hat das Ziel, Kindern zu ermöglichen, möglichst gesund aufzuwachsen. Basierend auf den Ergebnissen einer Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit des Robert Koch-Instituts (RKI) haben die Bundesministerien hierzu Initiativen gebündelt und einen fachübergreifenden Maßnahmenkatalog entwickelt.

Ein zentrales Anliegen des BMG ist es, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken. In das Maßnahmenbündel der Strategie Kindergesundheit sind auch Initiativen der Bundesregierung zur Alkohol-, Tabak- und Cannabisprävention integriert.

Informationen auf der Webseite des Ministeriums unter der Rubrik Prävention und der Unterrubrik Kindergesundheit:

www.bundesgesundheitsministerium.de

1.1.1.5 „Kinder stark machen“

Die Kampagne „Kinder stark machen“ ist Suchtprävention, die früh ansetzt und gesundheitliche Ressourcen stärken soll. Das theoretische Konzept dahinter ist zum einen, die Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zu fördern, und zum anderen, Kinder, Jugendliche und Erwachsene in ihrer Lebenswelt anzusprechen. „Kinder stark machen“ verbindet beides. Die Kooperation mit dem Breitensport ist hierbei besonders wichtig, denn neben der Schule und dem Elternhaus spielt der Sportverein in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen nach wie vor eine wichtige Rolle: Über 70 Prozent aller Kinder und Jugendlichen sind irgendwann einmal Mitglied in einem Sportverein. Über Sportvereine können besonders auch Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Schichten, etwa mit Migrationshintergrund, sowie deren Eltern und Multiplikatoren sehr gut erreicht werden. Das pädagogische Konzept der Lebenskompetenzförderung soll schrittweise in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Sportvereinen fest integriert werden.



Um suchtpräventive Botschaften vereins- und alltagsnah zu vermitteln, hat die BZgA ein Kommunikationskonzept mit unterschiedlichen Maßnahmen entwickelt:

- 1) Die Kampagne „Kinder stark machen“ stellt Arbeits-hilfen in Verbindung mit Kurzschulungsangeboten bereit, um Mitarbeiter aus Sportvereinen für das Thema Suchtprävention zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Im Jahr 2011 konnten rund 2.700 Multiplikatoren in Vereinen geschult werden.
- 2) Sportvereine werden bei eigenen Maßnahmen zur Suchtprävention in ihrer Region oder ihrem Stadtteil beraten und unterstützt. Hierzu stellt die Kam-pagne kostenlose „Unterstützerpakete“ zur Verfü-gung. Im Jahr 2011 wurden 1.400 Pakete angefordert und so rund 4.200 weitere Multiplika-toren für das Thema gewonnen.

Um Synergieeffekte zu erzielen, bekommen Sportvereine auch bei Aktionen im Bereich Tabak- und Alkoholprävention Unterstützung. Im September 2011 haben die BZgA und der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) – unterstützt vom Deutschen Fußball-Bund e. V. (DFB) – die Aktion „Alkoholfrei Sport genießen“ gestartet. Bis Dezember 2012 können Sportvereine sich mit alkoholfreien Sportwochenenden, Turnieren oder anderen Veranstaltungen an der Aktion beteiligen. Sie erhalten dazu eine kostenlose Aktionsbox mit Informations- und Kommunikationsmaterial. Ziel ist es, das Thema Alkoholprävention zu einem festen Bestandteil des Vereinslebens zu machen. Im Mittelpunkt steht die Vorbildrolle erwachsener Vereinsmitglieder. Es gilt, die Jugend-schutzbestimmungen einzuhalten, die Preise alkoholfreier Getränke verantwortungsvoll zu gestalten und Produkte so ausgewogen auszuwählen, dass am Spielfeldrand weder Alkohol getrunken noch geraucht wird.

Von Oktober bis Dezember 2011 meldeten sich mehr als 1.200 Sportvereine verbindlich für die Aktion 2012 an.

- Auf kommunaler Ebene nutzt die Kampagne „Kinder stark machen“ Sport- und Familienveranstaltungen, um über Vereinsmitarbeiter Eltern und Kinder zum Thema Suchtprävention zu erreichen.
- Gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleiten die Kampagne. Hierzu zählt neben einem Internet-auftritt auch ein regelmäßig erscheinender Infobrief.

Im Jahr 2011 wurde neben den kontinuierlichen Kampag-nenmaßnahmen im Zusammenhang mit der Frauenfuß-ballweltmeisterschaft auch der Wettbewerb „TEAM 2011“ durchgeführt. Gemeinsam mit dem DFB konnte die BZgA rund 800 Kooperationsprojekte zwischen Schulen und Fußballvereinen generieren. Auf dieser erfolgreichen Basis ist für das Schuljahr 2012/2013 bereits ein Nachfolge-wettbewerb geplant, bei dem das Thema frühe Suchtvor-beugung im Zentrum stehen wird. Die Kampagne ist beim DFB prominent eingebunden und erhält eine attraktive Plattform, um Schulen und Vereine besser anzusprechen. www.kinderstarkmachen.de

1.1.1.6 „Klasse2000“

– Stark und gesund in der Grundschule

„Klasse2000“ ist ein pädagogisches Programm für die Grundschule zur Förderung zentraler Gesundheits- und Lebenskompetenzen. Es wurde 1991 am Institut für Prä-ventive Pneumologie des Klinikums Nürnberg entwickelt und hat in den 20 Jahren seines Bestehens bereits über 800.000 Kinder erreicht. Im Schuljahr 2010/2011 beteiligten sich bundesweit 16.600 Klassen aus über 3.000 Schulen an „Klasse2000“. Das Programm begleitet die Kinder mit der Symbolfigur KLARO von der ersten bis zur vierten Klasse. Pro Jahrgangsstufe umfasst es 15 Unter-richtseinheiten, die in den regulären Unterricht integriert und von den Lehrkräften sowie geschulten Klasse2000 -Gesundheitsförderern im Wechsel durchgeführt werden. Zentrale Themen sind: gesund essen und trinken, bewegen und entspannen, sich selbst mögen und Freunde haben, Probleme und Konflikte lösen sowie kritisch denken und nein sagen, unter anderem zu Alkohol und Tabak.

Laut einer Studie des Instituts für Therapie- und Gesund-heitsforschung aus Kiel konsumieren Kinder, die an



Klasse2000 beteiligt waren, weniger Tabak und Alkohol auch noch drei Jahre nach Ende des Programms. Neu ist, dass die Schülerhefte und -arbeitsblätter des Programms das individuelle Leistungsniveau berücksichtigen. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung wurde dafür in Zusammenarbeit mit Förderschullehrkräften aus Baden-Württemberg das Material aller vier Jahrgangsstufen umgearbeitet und erprobt. Jedes Arbeitsblatt liegt jetzt in bis zu drei Versionen vor – von reinen Bildseiten bis hin zu komplexeren Texten. So lässt sich Klasse2000 besser in Förderschulen, altersgemischten oder inklusiv arbeitenden Klassen einsetzen.

www.klasse2000.de

Beispiele aus den Ländern

Hessen:

Sucht- und Gewaltprävention im Kindergarten

„Papilio“ ist in Hessen das Ergebnis einer systematisch umgesetzten Kooperation zwischen fünf verschiedenen Organisationen:

- dem Hessischen Sozialministerium, das die Struktur der hessischen Suchtprävention sicherstellt und das Projekt fördert. Schirmherr der Kampagne ist der Hessische Sozialminister;
- der AOK Die Gesundheitskasse in Hessen, die das Programm als Hauptfinanzier begleitet;
- der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS), die das Programm landesweit koordiniert;
- den lokalen Fachstellen für Suchtprävention, die für die erfolgreiche Umsetzung in den Regionen bürden und
- dem Verein Papilio e. V., der das Programm entwickelt und gemeinsam mit der Freien Universität Berlin evaluiert hat.

Papilio ist kein einmaliges Projekt, sondern ein pädagogisches Konzept, das in jeder Kindertageseinrichtung, bei pädagogischen Fachkräften, Kindern und Eltern ansetzen soll. So stärkt Papilio die Gesundheit und die Handlungskompetenz der Kinder und fördert die Vorbildfunktion der Eltern. Die Papilio-Maßnahmen lassen sich unmittelbar in den Kindergartenalltag integrieren. Durch die altersangemessene und wiederkehrende Umsetzung entstehen nachhaltige Effekte. Das Programm kommt bei allen Kindern gut an. Gerade sozial benachteiligte Kinder profitieren besonders davon. Hessen hat bereits 2006 mit der Papilio-Kampagne begonnen und führt diese seither kontinuierlich fort. Inzwischen wurden 1.200 Erzieherinnen geschult und insgesamt 23.000 Kinder erreicht.

Brandenburg:

Sucht- und Gewaltprävention im Kindergarten – Papilio

Das Projekt Papilio wird auch im Land Brandenburg in Kooperation mit der Suchtpräventionsfachstelle Tannenhof-Berlin Brandenburg e. V. angeboten. Derzeit nehmen zwölf Kindertagesstätten in Brandenburg an dem Projekt teil, einige davon sind bereits zertifizierte Papilio-Kitas. Gegenwärtig bieten fünf Papilio-Trainerinnen in Brandenburg Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher an.



Vorgestellt:

Allgemeiner Deutscher Tanzlehrer-Verband e. V. (ADTV): „Tanzrausch statt Vollrausch“

Der Allgemeine Deutsche Tanzlehrer – Verband e. V. (ADTV) ist der größte Verband seiner Art in Deutschland. Fast 2.600 Tanzlehrerinnen und Tanzlehrer sind in den etwa 800 angeschlossenen Tanzschulen tätig. Rund 2 Millionen Menschen jeden Alters werden pro Jahr in ADTV-Tanzschulen unterrichtet.

Seit 2009 engagiert sich der ADTV aktiv gegen Alkohol- und Drogenmissbrauch von Jugendlichen. Der Verband entwickelte dafür die Aktion „Tanzrausch statt Vollrausch“ für 12- bis 16-Jährige, einem Alter, in dem häufig der erste Kontakt mit Alkohol und Drogen stattfindet. Die Aktion läuft unbefristet. Sie steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Darüber hinaus beteiligt sich der ADTV mit „Tanzrausch statt Vollrausch“ an der EU-Kampagne „European Action on Drugs (EAD)“.



Das Projekt setzt auf verschiedenen Ebenen an: Auf zahlreichen Tanzturnieren im gesamten Bundesgebiet mit HipHop-, Breakdance/Electric Boogie-, Salsa- oder Discodance- Wettbewerben der (dem ADTV nahestehenden) „Actiondance Federation (TAF)“ findet die Aktion „Tanzrausch statt Voll-

rausch“ statt. Dabei werden die jüngsten Teilnehmer in der Gruppe der 12- bis 16-Jährigen unabhängig von der Platzierung mit einem Pokal dafür ausgezeichnet, dass sie in ihrer Freizeit lieber tanzen als Alkohol oder andere Drogen konsumieren. Bei den Tanzturnieren sind auch lokale/regionale Suchtpräventionsstellen vertreten, die den meist über 1.000 jugendlichen Besuchern und Teilnehmern ihre Angebote präsentieren.

Darüber hinaus informiert der ADTV seine angeschlossenen Tanzschulen durch einen Informationsflyer und eine interne Internetseite, wie sie solche suchtpreventiven Veranstaltungen (auch im kleineren Rahmen) durchführen und mit Suchtpräventionsstellen kooperieren können. Er informiert regelmäßig über die Verbandszeitung und das Internet über die oben genannten Turniere sowie über Aktionen der angeschlossenen Tanzschulen. Außerdem bietet er seinen Mitgliedern Informationen an, wie sie dem Problem in ihren eigenen Tanzschulen oder in ihrem Umfeld wirksam begegnen können.

Der ADTV hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Projekt „Tanzrausch statt Vollrausch“ bei allen angeschlossenen Tanzschulen flächendeckend zu verbreiten.

www.tanzen.de/AKTIONEN/tanzrausch.php



1.1.2 Kinder aus suchtblasteten Familien

In Deutschland haben bis zu 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche einen alkoholabhängigen Vater, eine trinkende Mutter oder beides. Etwa 30.000 Kinder haben Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Diese Kinder sind besonders gefährdet: Mehr als 30 Prozent der Kinder aus suchtblasteten Familien werden selbst suchtkrank – meistens sehr früh in ihrem Leben. Da eine Sucht noch immer eine stigmatisierte Krankheit ist, fällt es allen Betroffenen schwer, ihr Suchtproblem zu offenbaren. Da sich alle Mitglieder aus diesen Familien bemühen, nach außen den Eindruck einer „heilen Welt“ zu vermitteln, erhalten Kinder oft keine adäquate Hilfe und Unterstützung von außen.

Modellprojekt „Trampolin“

Von Oktober 2008 bis Februar 2012 haben das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf das vom BMG geförderte Projekt „Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtblasteten Familien“ durchgeführt.

Ziel der randomisiert-kontrollierten Studie war es herauszufinden, wie wirksam ein modularisiertes Präventionsprogramm für Kinder aus suchtblasteten Familien im Alter von 8 bis 12 Jahren ist. Das Programm sollte die psychische Belastung der Kinder aus suchtblasteten Familien mindern, ihre Handlungs- und Bewältigungskompetenzen stärken sowie ihre Ressourcen und Resilienzen dauerhaft erhöhen. Begleitend dazu gab es Elternarbeit und Aktivitäten zur Vernetzung der Fachkräfte.

Das Projekt wurde in insgesamt 27 Suchteinrichtungen im gesamten Bundesgebiet sowie an einem Standort in Österreich durchgeführt. Insgesamt konnten 218 Kinder aus suchtblasteten Familien erreicht werden, 130 in der Interventions- und 88 in der Kontrollgruppe. Ergänzend nahmen 211 Elternteile an der Evaluationsstudie teil.

Auf der Abschlusskonferenz im Februar 2012 in Köln wurden die Ergebnisse vorgestellt.

www.projekt-trampolin.de

1.1.3 Prävention für Jugendliche /Jugendschutz

1.1.3.1 Internetseite zum Jugendschutzgesetz

Für die Bundesregierung ist es ein wichtiges Anliegen, den Jugendschutz weiter zu verbessern. Hierzu fördert sie kontinuierlich Maßnahmen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Kinder und Jugendliche vor Gefährdungen in der Öffentlichkeit zu schützen, ist jedoch eine Querschnittsaufgabe für die gesamte Gesellschaft. Auf den verschiedenen föderalen Ebenen gibt es bereits zahlreiche Aktivitäten.

Unter dem Motto „Jugendschutz aktiv“ fördert die Bundesregierung die Vernetzung und Kooperation besonders erfolgreicher und nachahmenswerter Maßnahmen zur Stärkung des Jugendschutzgesetzes. Die Internetseite www.jugendschutzaktiv.de macht entsprechende Initiativen und Projekte auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sichtbar und bietet die Möglichkeit der unmittelbaren Vernetzung. Darüber hinaus hält die Webseite umfangreiche Informationen zu den geltenden Regelungen sowie praxisnahe Handlungsempfehlungen bereit. Eltern werden außerdem in ihrer Vorbildfunktion gegenüber ihren Kindern bestärkt. Überregionale Fachtagungen in Kooperation mit den Landesstellen für Jugendschutz sowie eine bundesweite Informationstour mit regionalen Partnern und Akteuren des Jugendschutzes informieren und sensibilisieren für das Thema.

www.jugendschutzaktiv.de



1.1.3.2 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Seit 2005 veranstaltet die BZgA die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“, um die schulische Suchtprävention zu unterstützen. Gefördert durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) macht das bundesweite Projekt jährlich an 16

Standorten Station. Die BZgA-Jugendfilmtage in örtlichen (Multiplex-)Kinos sind eng verzahnt mit den BZgA-Jugendkampagnen „rauchfrei“, „NA TOLL!“ und „Alkohol? Kenn dein Limit“. Sie richten sich an alle Schulformen und sprechen Schüler im Alter von 12 bis 19 Jahren an. Es wird eine Auswahl an für Jugendliche geeigneten Spielfilmen gezeigt, die anregen soll, sich kritisch mit Rauchen und Alkoholkonsum auseinanderzusetzen. Die Klassen sind außerdem eingeladen, sich an Mitmach-Stationen über Nikotin und Alkohol zu informieren und auszutauschen. Moderatoren sind jeweils lokale Suchtpräventionsfachkräfte. Lehrkräfte erhalten vorab in einem Workshop oder als Lehrkräfte-Service Informationen und Anregungen für die Vor- und Nachbereitung in ihrem Unterricht. Die BZgA stellt umfangreiches Begleitmaterial mit methodischen Empfehlungen, Arbeitsblättern und Informationen zu den Spielfilmen zur Verfügung. Die Jugendfilmtage fanden bereits in allen 16 Bundesländern statt. Insgesamt konnten bis Ende 2011 mehr als 123.000 Teilnehmer erreicht werden, davon rund 8.500 Lehrkräfte. Aufgrund ihrer hohen Akzeptanz sollen die Jugendfilmtage auch in den kommenden Jahren fortgesetzt werden.

www.rauch-frei.info/events/jugendfilmtage.html



1.1.3.3 „KlarSicht-MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“

Der von der BZgA entwickelte „KlarSicht-MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“ thematisiert die beiden legalen Suchtstoffe interaktiv und spielerisch. Er richtet sich an Schüler im Alter von 12 bis 18 Jahren und steht in engem konzeptionellen Zusammenhang mit den BZgA-Jugendkampagnen „rauchfrei“ (C 1.2.2.1), „NA TOLL!“ (C 1.2.1.2) und „Alkohol? Kenn dein Limit“ (C 1.2.1.1). Der Parcours ist als personalkommunikatives, dezentral und bundesweit

einzusetzendes Kampagnenelement aufgebaut, das die massenmedialen, audiovisuellen und internetbasierten Angebote beider Kampagnen ergänzt und vertieft. Die Informationen werden interaktiv vermittelt. Die Jugendlichen erhalten Entscheidungsgrundlagen und -hilfen für ein gesundheitsförderndes Konsumverhalten. Neben der Aufklärung soll der Parcours Einsichten über riskantes Konsumverhalten vermitteln und Schutzfaktoren stärken.

Dabei werden auch geschlechterspezifische Aspekte berücksichtigt. Darüber hinaus vermittelt das Projekt Multiplikatoren modellhaft die Qualitätskriterien erfolgreicher zielgruppenorientierter Kommunikation. Im Jahr 2011 fanden 52 KlarSicht-Einsätze in allen Schulformen statt. Insgesamt 16.048 Personen nahmen unmittelbar an den Einsätzen teil: 13.943 Schüler, 788 pädagogische Begleitpersonen und Lehrkräfte, 439 örtliche Ko-Moderatoren aus Schulen und Fachstellen, 447 Gäste, 279 Teilnehmer an Pressegesprächen und 152 Medienvertreter. Die BZgA bietet den Bundesländern an, den KlarSicht-Parcours anzupassen und zu übernehmen.

Seit Januar 2008 werden in Schleswig-Holstein erstmals landesweite Einsätze durchgeführt. Wegen der hohen Nachfrage hat die BZgA 2009 außerdem eine handliche Koffervariante entwickelt, die alle Stationen in kompakter Form enthält. Im Jahr 2010 wurde sie erprobt und evaluiert. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Koffervariante als Suchtpräventionsinstrument für Schulen leicht umzusetzen, wirksam und effizient ist. Im laufenden Jahr 2012 wird herausgearbeitet, wie eine breite Implementierung in den Schulen am besten gelingen kann.

www.klarsicht.bzga.de



Beispiele aus den Bundesländern

Niedersachsen:

Erprobung des KlarSicht-MitmachParcours als Kofferversion

In Niedersachsen wurde die Koffervariante des KlarSicht-MitmachParcours erfolgreich erprobt und evaluiert: Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und die BZgA haben 13 Fachkräfte für Suchtprävention für den Einsatz geschult und einen Handlungsleitfaden entwickelt. Die Ergebnisse der Evaluation sind über die gesamte Themenbreite hinweg gut bis sehr gut und bei der NLS erhältlich. Der Einsatz von Lehrkräften und Schulsozialarbeitern hat sich als ausgesprochen förderlich für die Präventionsmaßnahmen gezeigt. Auch der Einsatz von Peers als Moderatoren an den einzelnen Stationen funktioniert gut.

Im gesamten Jahr 2011 wurde die Koffervariante des Parcours in den 7. und 8. Klassen eingesetzt. Die Nachfrage ist weiterhin groß. Die BZgA überarbeitet derzeit die Kofferversion entsprechend der bisherigen Ergebnisse in Niedersachsen und wird sie allen Bundesländern – verbunden mit einem Schulungskonzept – zur Verfügung stellen.

Brandenburg:

Der Suchtpräventionsparcours ERZ 05

Nach dem Motto „Lehre mich nicht – lass mich lernen“ wurde in der Prignitz ein mobiles Lern- und Mitmachprojekt zum Thema Sucht entwickelt. Der Parcours richtet sich an Schüler der Klassen 7 bis 10, an Kinder und Jugendliche in Klubs, Einrichtungen der Jugendhilfe sowie an Lehrer, Sozialarbeiter und Eltern. Er ist Bestandteil des brandenburgischen Landesprogramms „Verantwortlicher Umgang mit Alkohol“ und ein Gemeinschaftsprojekt der Suchthilfe Prignitz e. V., des Oberstufenzentrums Prignitz und des SOS-Beratungszentrums. Im Zentrum stehen der Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Cannabis,

das PC-Spielen und die Essstörungen sowie das Hilfenetz in der Region. Der Parcours bietet jeweils eine Station an, an der sich die Kinder und Jugendlichen spielerisch und selbstständig mit dem Thema Sucht auseinandersetzen. Sie lernen das Spektrum der unterschiedlichen Süchte kennen und sollen mögliche Suchtanteile am eigenen Verhalten prüfen.

Durch den Parcours führen Fachschüler in der Erzieherausbildung. Diese werden in einem begleitenden Multiplikatorenprojekt ein Jahr lang für den Einsatz geschult. Das Projekt ist im Lehrplan zur Ausbildung zum staatlich anerkannten Erzieher in der Prignitz verankert.

www.shp.suchtpraevention-brb.de/Projekte/Parcours/parcours.html



Baden-Württemberg:

„Aktive Teens“ – Schülermentorenprogramm zur Suchtprävention für weiterführende Schulen

„Aktive Teens“ ist ein ganzheitliches Suchtpräventionsprogramm zu den Themen Rauchen und Alkohol und fördert die Persönlichkeitsentwicklung der Schüler:

Jugendliche werden zu Schülermentoren ausgebildet, die zum Beispiel eine Patenschaft für Jüngere übernehmen. Die Jugendlichen können ihr Verhalten im Zusammenhang mit Tabak und Alkohol in zahlreichen Übungen erproben, diskutieren und hinterfragen. Sie reflektieren ihre Stärken, Schwächen und Gefühle dabei bewusst als Einzelperson und als Teil der Gruppe. Zielgruppe sind in erster Linie Schüler der Klassenstufen 7 und 8 von Haupt-,

Werkreal- und Realschulen. Das Programm kann klassenweise eingesetzt werden oder als Grundlage für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schule dienen. Das Material besteht aus einem Lehrerheft und drei Themenheften für Schüler. Zur Tabakprävention wurden 2007/08 erstmals an 21 Haupt- und Realschulen in Baden-Württemberg Aktive Teens ausgebildet. Im Jahr 2009 erschien das Themenheft „Alkohol“ und im Oktober 2011 veranstaltete das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg einen Schülerkongress für Schulen, die das Programm durchführen. Auf dem Kongress wurde auch das dritte Heft „Vom Umgang miteinander“ vorgestellt.

Aktive Teens berücksichtigen die sozialen Ebenen in der Schule und im Klassenverband. Auf der individuellen Ebene bezieht das Programm alle am Schulleben Beteiligten mit ein: Schüler, Lehrkräfte und Eltern. Interessierte Lehrkräfte erhalten vorab eine kostenlose Fortbildung, bei der auch die Materialien ausgegeben werden. Der Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg sowie die IKK Baden-Württemberg und Hessen unterstützen das Programm Aktive Teens, das sich gut als Baustein im Rahmen des landesweiten Präventionskonzepts „stark.stärker.WIR.“ eignet.

www.kontaktbuero-praevention-bw.de

www.aktive-teens.de

Bayern:

ELTERN TALK bringt ins Gespräch

„ELTERN TALK“ ist ein lebensweltorientiertes, niederschwelliges Präventionsangebot von Eltern und für Eltern. Zielgruppen sind Eltern von Kindern bis 14 Jahre, Eltern mit Migrationshintergrund sowie Eltern in besonderen und/oder belasteten Lebenslagen.

ELTERN TALK will den Einfluss der Medien und des Medienkonsums auf die Bewältigung des Alltags und von Konflikten ins Bewusstsein bringen. Zugleich will es für die Themen Suchtvorbeugung

und gesundes Aufwachsen in der Familie sensibilisieren. Die Eltern treffen sich zu Fachgesprächen im privaten Rahmen, um sich über ihre Fragen und Lösungsstrategien auszutauschen. Die Gesprächsrunden finden je nach Bedarf in Türkisch, Russisch, Deutsch oder auch in anderen Sprachen statt.

Das Projekt wird derzeit in 21 Regionen Bayerns angeboten. Bis Ende 2010 gingen etwa 32.500 Eltern aus 52 Herkunftsländern zu den Gesprächsrunden. Die hohe Beteiligung unterschiedlichster Elterngruppen wird durch eine milieuspezifische und milieuübergreifende Elternarbeit gefördert. ELTERN TALK ist ein Projekt der Aktion Jugendschutz der Landesarbeitsstelle Bayern e. V. Es wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit gefördert.

www.elterntalk.net



Hamburg:

Suchtpräventiver Unterricht mit selbsterklärenden Werkstätten für die Sekundarstufe

Wie können sich Schüler der Klassenstufen 7 bis 10 in gemischten Lerngruppen mit sehr unterschiedlichen Lernausgangslagen effizient und selbstbestimmt rund um die Themen Suchtmittel, Konsumrisiken und suchtriskante Verhaltensweisen informieren? Wie können sie in der Klassengemeinschaft individuell lernen und dabei eigene – womöglich problematische – Verhaltensweisen reflektieren

und Alternativen finden? Was brauchen Lehrkräfte, um diesen Unterricht durchzuführen? Diesen Fragen begegnete das SuchtPräventionsZentrum (SPZ) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) in Hamburg, indem es Unterrichtsmaterialien entwickelte, die Lehrkräften in anderthalb- bis dreistündigen Fortbildungen vermittelt werden: Neben Übungen im Klassenverband, die die Lehrkraft steuert, können sich die Schüler selbstständig in Werkstätten über Nikotin, Alkohol und Cannabis informieren.

Das Angebot mit dem Schwerpunkt Sucht- und Gewaltprävention will Jugendliche dabei unterstützen, die Chancen neuer Medien wie etwa des Internets zu nutzen. Zugleich will das Programm auf die Risiken des Medienkonsums vorbereiten und helfen, sich vor möglichen Gefahren zu schützen. In einem anderen Modul geht es um Ernährung, Körper- und Selbstwahrnehmung sowie Essstörungen und ihre Merkmale. Eine Unterrichtswerkstatt steht im Mittelpunkt, eingebunden in Übungen, die im Klassenverband stattfinden. Die Lehrkräfte erhalten nach der jeweils individuell abgestimmten Fortbildung eine CD mit den notwendigen Materialien. Diese sind miteinander kombinierbar und beinhalten einen möglichen Unterrichtsverlauf sowie Vorschläge für interaktive Übungen für den Einstieg und Abschluss der Einheiten. Die Aufgaben sind in allen Werkstätten so gestaltet, dass auf verschiedenem Niveau handlungsorientiert gearbeitet werden kann.

www.li.hamburg.de/spz



Vorgestellt:

Lions Clubs International: Lions-Quest „Erwachsen werden“

„We serve“ („Wir dienen“) ist das Motto der Lions Clubs International. Die Lions verstehen sich als „weltweite Vereinigung freier Menschen, die in freundschaftlicher Verbundenheit bereit sind, sich den gesellschaftlichen Problemen unserer Zeit zu stellen und uneigennützig an ihrer Lösung mitzuwirken.“

Als eine der größten Nichtregierungsorganisationen weltweit fördern die Lions soziale und kulturelle Projekte. Seit den achtziger Jahren setzen sie sich auch für die Suchtprävention ein. Das in den USA für den Schulunterricht entwickelte Programm Lions-Quest läuft seit vielen Jahren erfolgreich. Sein Erfolg ist durch über 60 internationale Studien belegt. Es hat das Ziel, die Lebenskompetenz und das Selbstvertrauen von Schülerinnen und Schülern im Alter von 10 bis 14 Jahren zu stärken – eine wichtige Voraussetzung, um später nicht zu Suchtmitteln und Drogen zu greifen.

Die deutsche Adaption des Programms zielt auf die Stärkung der kommunikativen und sozialen Fähigkeiten der Jugendlichen. Sie lernen, Konflikt- und Risikosituationen im Alltag konstruktiv zu bewältigen. Die Rubrik „Ich entscheide für mich selbst“ widmet sich der Verantwortung für eigene Entscheidungen unter anderem zum Lebensstil, zum Umgang mit dem eigenen Körper und zur beruflichen Zukunft. Es werden Fragen zur aktiven Suchtprävention und zum Suchtverhalten aufgegriffen: z. B. zur Wirkung von Tabak und Alkohol, zur Rolle der Werbung und der Medien. Bis Ende 2011 haben in Deutschland über 3000 Einführungs- und Aufbaueminare zum Programm Lions-Quest „Erwachsen werden“ stattgefunden. Mehr als 76.000 Lehrerinnen und Lehrer der Sekundarstufe I und in der

Jugendarbeit Tätige haben daran teilgenommen. Seit Ende 2010 ist auch die Weiterentwicklung, das Lions-Quest-Programm „Erwachsen handeln“ für ältere Jugendliche und junge Erwachsene vielversprechend angelaufen.

„Für die Zukunft hoffen wir,“ so Volker Weyel, Geschäftsführer des Hilfswerks der Deutschen Lions, „dass Lions-Quest zum festen Bestandteil des Unterrichts an deutschen Schulen wird.“

Darüber hinaus plant Lions-Quest „Erwachsen werden“, sein Programm und seine Materialien an genderspezifische Anforderungen anzupassen. „Mädchen und Jungen zeigen bezüglich ihrer sozialen Kompetenzen große Unterschiede, auf die wir langfristig – sowohl in den Seminaren für die Lehrkräfte als auch in den Schulungsmaterialien – eingehen wollen,“ so Ingeborg Vollbrandt, Programmreferentin von Lions-Quest.

www.lions-quest.de



1.1.4 Mädchen, Frauen und Sucht „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen – MIGG“

Im Rahmen des Aktionsplans II der Bundesregierung zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen hat das BMFSFJ im Dezember 2007 das dreieinhalbjährige Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen – MIGG“ initiiert und mit ca. einer Million Euro gefördert.

Das Ziel war, ein praxistaugliches Programm einzuführen und zu erproben sowie niedergelassene Ärzte für den Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen zu sensibilisieren und darauf vorzubereiten. Im Rahmen dieses Modellprojekts der Rechtsmedizin Düsseldorf und der Projektgemeinschaft GESINE/SIGNAL wurde unter anderem auch ein Handlungsbedarf im Zusammenhang von Gewalterfahrung mit Suchterkrankungen deutlich. Deswegen hat sich eine modellhafte Kooperation zwischen drei Frauensuchtberatungsstellen, zwei Frauenzufluchts-einrichtungen und zwei Arztpraxen mit suchtmittelmedizinischem Versorgungsangebot entwickelt, um gewaltbetroffene und suchterkrankte Frauen zu unterstützen. Erste Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2012 veröffentlicht.

1.1.5 Frühintervention Modellprojekt SKOLL – Frühintervention für riskant Konsumierende von psychotropen Substanzen und Menschen mit riskanten Verhaltensweisen

Ziel des vom BMG geförderten Modellprojekts Selbstkontrolltraining (SKOLL) ist es, Jugendliche und Erwachsene mit einem riskanten Konsum oder Verhaltensweisen – sei es von Alkohol, Cannabis oder Medienkonsum – zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu motivieren. Die Teilnehmenden sollen in einem zehnwöchigen Training befähigt werden, ihren Konsum wenigstens zu stabilisieren, möglichst aber zu reduzieren und im Idealfall ganz aufzugeben. In den drei Jahren des seit November 2008 laufenden Projekts hat sich gezeigt, dass der niedrigschwellige, zieloffene Ansatz Menschen mit riskanten Konsum- und Verhaltensmustern gut anspricht und eine Veränderung bewirkt. Die Besonderheit von SKOLL liegt in der suchtmittelübergreifenden Herangehensweise. Menschen aus allen Altersgruppen und mit verschiedensten

Konsum- und Verhaltensmustern können in einer Gruppe gemeinsam aktiv werden. Damit eignet sich der Ansatz auch für Beratungsstellen in ländlichen Regionen.

Innerhalb des dreijährigen Projektzeitraums wurden insgesamt 150 Kurse an 25 Standorten durchgeführt und somit ca. 1.200 Jugendliche und Erwachsene erreicht. Der Bericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts belegt klar, dass SKOLL ein wirksames Gruppenprogramm zur Prävention und Frühintervention bei riskantem Konsum und Problemverhalten ist. So zeigt das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden nach erfolgtem Training eine signifikante Verbesserung zur Ausgangssituation um 15 bis 20 Prozent. Das Risikoverhalten wird um 10 Prozent bei Nikotin- und riskantem Medienkonsum, bei riskantem Alkoholkonsum sogar um 50 Prozent reduziert. Diese Wirksamkeit gilt für alle Teilnehmenden, unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung, dem Profil des Risikoverhaltens, der Eingangsbelastung, Motivation und Zusatzversorgung. Feststellbar ist ebenfalls, dass sich SKOLL für sehr unterschiedliche Umsetzungsbedingungen als geeignet erweist.

1.1.6 Suchtprävention im Internet Internetplattform www.drugcom.de

Die BZgA bietet vor allem suchtmittelkonsumierenden jungen Menschen seit 2001 auf der Internetplattform www.drugcom.de qualitätsgesicherte Informationen und Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln an. Das Gesamtangebot umfasst neben vielen Informationen und verschiedenen Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten auch Module zur Wissensvermittlung, beispielsweise das Drogenlexikon. Um die eigenen Einstellungen und das eigene Konsumverhalten zu prüfen, stehen die Selbsttests *Check your Drinking* und *Cannabis Check* für die Substanzen Alkohol und Cannabis zur Verfügung. Insgesamt 880.000 Menschen haben in den letzten Jahren mithilfe der Selbsttests ihr Konsumverhalten überprüft und – wenn erforderlich – Informationen bekommen, wie sie ihr Verhalten ändern können. Mit dem Online-Verhaltensänderungsprogramm *Quit the Shit* bietet die BZgA auf www.drugcom.de außerdem das einzige nach strengen wissenschaftlichen Kriterien überprüfte Cannabisausstiegsprogramm an. Es unterstützt Betroffene, ihren Cannabiskonsum zu mindern oder ganz

einzustellen. Seit Sommer 2004 haben bereits rund 5.000 Menschen dieses spezielle Angebot genutzt. Im Jahr 2011 wurde anlässlich des zehnjährigen Jubiläums des Portals eine erfolgreiche Einzelaktion durchgeführt, bei der User auf dem Portal Kommentare, Meinungen und Anregungen in Form von Texten, Bildern, Audiodateien oder Videos veröffentlichen konnten. Die Akzeptanz des Internetportals ist bei jungen Menschen und auch bei diversen Multiplikatorengruppen nach wie vor groß. Regelmäßige Onsite-Befragungen zur Qualitätssicherung und die weiter steigenden Nutzerzahlen bestätigen dies: 2011 besuchten täglich 2.700 User die Seite. Im Startjahr 2001 waren es 330.

www.drugcom.de

„Dot.sys“ und „PrevNet“: Prävention bundesweit vernetzt

Seit mehreren Jahren trägt die BZgA auch mit den computer- und internetgestützten Systemen „PrevNet“ und „Dot.sys 3.0“ wesentlich zur Kooperation und Kompetenzsteigerung in der Suchtprävention bei. Die etablierten Systeme dienen zum einen dazu, Transparenz über bundesweit eingesetzte Präventionsmaßnahmen zu schaffen. Zum anderen fördert die BZgA durch qualitätsgesicherte Informationen und die Vernetzung von Fachkräften die weitere Entwicklung der Suchtprävention in der Bundesrepublik. Beide Systeme sind Kooperationsprojekte zwischen der BZgA und den Ländern. Das Fachportal PrevNet wird seit 2004 von der BZgA und den Landeskoordinierungsstellen für Suchtprävention in aktuell 13 Bundesländern durchgeführt. Als koordiniertes Internetportal dient es der Information, Kommunikation und Vernetzung von Suchtpräventions-Fachkräften. Darüber hinaus richtet es sich an Multiplikatoren aus dem Gesundheitswesen, der Schule, der Jugendhilfe/-arbeit oder der Polizei. Zurzeit sind ca. 1.300 Fachkräfte als Mitglied registriert.

Im Jahr 2011 wurde mit der Weiterentwicklung, Aktualisierung und grundlegenden Modernisierung des Webauftritts begonnen. Das überarbeitete Portal wird noch 2012 online gehen. Mehr Nutzerfreundlichkeit und bessere Interaktionsmöglichkeiten sollen die Attraktivität des Portals weiter steigern. Hierdurch soll der Mehrwert für Mitglieder und Besucher erhöht und weitere Vernetzungspotenziale ausgeschöpft werden. Das computer-

gestützte Dokumentationssystem Dot.sys dient dazu, die Versorgungssituation suchtpreventiver Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu beobachten. Die gewonnenen Ergebnisse werden seit 2006 für die Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene herangezogen und verbessern damit Qualität und Transparenz der suchtpreventiven Praxis.

Für die Erhebung von Dot.sys dokumentieren die hauptamtlich in der Suchtprevention tätigen Fachkräfte die Maßnahmen, die sie durchgeführt haben, und senden sie jährlich an die verantwortlichen Länderkoordinierungsstellen. Diese werden dann von dort anonymisiert an die BZgA zur Auswertung und als Berichtsgrundlage weitergeleitet. Im Jahr 2010 wurden 34.002 Maßnahmen aus 340 Einrichtungen in Dot.sys eingespeist. Die bundesweite Beteiligung der Mitarbeiter aus Fachstellen, Beratungsstellen, Ämtern, Vereinen, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen an Dot.sys bleibt damit auf hohem Niveau: 48 Prozent der dokumentierten Maßnahmen im Jahr 2010 richteten sich an Endadressaten, 45 Prozent an Multiplikatoren. Weitere 7 Prozent sind der Öffentlichkeitsarbeit zugeordnet. Die meisten Projekte werden nach wie vor in der Schule umgesetzt. Seit 2011 wird Dot.sys erstmals als Online-Datenbank zur Verfügung gestellt und bietet den Nutzern neue umfangreiche Auswertungsmöglichkeiten, zum Beispiel automatisierte Auswertungen in Excel und den Export der Daten in SPSS.

Alle Ergebnisse der Erhebung 2010 sind in dem Bericht „Dot.sys – Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland 2010“ zusammengefasst:

www.bzga.de

www.prevnet.de

www.dotsys-online.de



1.1.7 Betriebliche Suchtprevention

Suchtprobleme durch den Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen spielen in der Arbeitswelt eine größere Rolle als oft angenommen. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 10 Prozent aller Beschäftigten Suchtmittel in missbräuchlicher Weise konsumieren – vor allem Alkohol oder Medikamente. Die Konsequenzen, etwa Fehlzeiten oder ein steigendes Sicherheitsrisiko, sind für die Betriebe zum Teil gravierend. Die größte Bedeutung kommt in der betrieblichen Suchtprevention Alkohol und Nikotin wegen ihrer großen Verbreitung zu. Es ist zum Beispiel davon auszugehen, dass bis zu jeder dritte Arbeitsunfall alkoholbedingt ist.

Betriebe setzen vermehrt Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung um. Die Suchtprevention in diesem Rahmen aufzugreifen, zu intervenieren und betroffene Personen zu beraten und zu integrieren, hat sich bewährt. Während mittlere und große Unternehmen dafür erheblich investieren und umfangreiche Maßnahmen umsetzen, fehlen kleinen Unternehmen oft die Möglichkeiten. Daher hat das BMG 2011 ein Forschungsprojekt ausgeschrieben, um hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von betrieblicher Suchtprevention in kleinen und kleinsten Unternehmen zu erheben. Das Projekt startete im März 2012.

1.1.7.1 Studie Frauen in Führungspositionen und Alkoholkonsum

Welche Rolle spielt riskanter Alkoholkonsum im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften? Ziel dieser Studie war es, Ansätze für Maßnahmen in der betrieblichen Suchtprevention herauszuarbeiten, die die Gesundheitskompetenz der Zielgruppe stärken und eingreifen, bevor Süchte entstehen. Der Abschlussbericht beleuchtet, wie sich Frauen in Fach- und Führungspositionen im Spannungsfeld zwischen Anforderungen, Belastungen sowie Stress und Herausforderungen bewegen, wie sie Ressourcen und Kompetenzen einsetzen, um dies zu bewältigen, und welche Rolle dabei der – riskante – Alkoholkonsum spielt.

Grundlage dafür sind die erneute Analyse vorhandener Daten sowie qualitative Interviews mit weiblichen Fach- und Führungskräften sowie betrieblichen Beratern.

Abschlussbericht:

www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/_Sachbericht_WARTMANN_Alkoholkonsum_weiblicher_Fuehrungskraefte_Abschlussbericht_final.pdf

1.1.7.2 „Prev@work“

Obwohl der Suchtmittelkonsum in der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen am höchsten ist, wird er in der Ausbildung bisher kaum beachtet. Daher fördert das BMG seit März 2011 die bundesweite Verbreitung des Projekts „Prev@WORK“, das durch die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin entwickelt wurde. Das seit vier Jahren erprobte Programm hat das Ziel, suchtmittelbedingte Arbeitsbeeinträchtigungen und -ausfälle zu vermeiden und die Suchtprävention in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung zu etablieren. Bereits in den ersten Monaten stieß das Projekt auf großes Interesse bei Präventionsfachkräften sowie ausbildenden Betrieben und Behörden in anderen Bundesländern. Neben Berlin sind Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt beteiligt. Mehrere große Betriebe und Behörden lassen ihre Ausbilder durch Prev@WORK schulen. Prev@WORK ist ganzheitlich konzipiert und basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Fachkräfte der Suchtprävention, Ausbilder aus Bundesbehörden und Wirtschaftsunternehmen, berufsbildenden Schulen sowie Einrichtungen der Berufsorientierung und -vorbereitung werden in Trainerschulungen qualifiziert, suchtpreventive Handlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die Teilnehmenden



erhalten alle notwendigen Arbeitsmaterialien. So erhöht Prev@WORK zum einen das Wissen zu Sucht und Suchtmittelkonsum. Zum anderen erwerben Auszubildende mehr Risikokompetenz im Umgang mit dem eigenen Konsumverhalten.

www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/betriebliche-suchtpraevention/prevwork.html

1.1.8 Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Suchtprävention in der Bundeswehr zielt nachhaltig darauf, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, Abstinenz zu wahren und zu fördern sowie Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Durch eine strukturelle Verankerung wird dies als dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet. Er umfasst die Aufklärung sowie die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Vorgesetzten.

Hierbei arbeiten die Streitkräfte mit dem psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr sowie zivilen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen zusammen. In diesem Netzwerk werden medizinische, psychologische, soziale, administrative und seelsorgerische Hilfen dezentral auf Ebene der Standorte angeboten. Angehörige des Sanitätsdienstes, des Psychologischen Dienstes, des Sozialdienstes und der Militärseelsorge arbeiten hier eng zusammen und bieten Soldaten, zivilen Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten professionelle Beratung und Unterstützung an.

Die Soldaten werden bereits in der Grundausbildung offensiv über diese Thematik aufgeklärt und informiert, dass Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet, sondern konsequent sanktioniert wird. Die militärischen Vorgesetzten nehmen ihre Verantwortung als Vorbild wahr. Solche präventiven Maßnahmen werden auch nach der Grundausbildung fortgesetzt und vertieft. Meldungen, Aktionen, Broschüren, Plakate und digitale Medien verdeutlichen die Risiken und Gefahren von Sucht und stärken das Abwehrverhalten. Suchtleitfäden sowie konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienst-/Arbeitszeit enthalten, ergänzen dieses Angebot. Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert das im Jahr 2000 am „Zentrum Innere Führung“ eingerichtete „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“.

Lehrgänge vermitteln dem Führungspersonal Handlungssicherheit im Umgang mit Suchtkranken. Dabei werden auch neue Tendenzen wie etwa pathologischer Internetgebrauch, Designerdrogen und *Legal Highs* behandelt. Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr aller Statusgruppen flächendeckend in Deutschland und an bestimmten Auslandsstandorten Beratung und Betreuung in persönlichen Angelegenheiten an. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes und des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, sodass bei der besonders sensiblen Problematik der Abhängigkeitserkrankungen die Privatsphäre der Ratsuchenden geschützt ist. Neben den persönlichen Beratungsgesprächen bieten die Sozialarbeiter auch Veranstaltungen zu spezifischen Abhängigkeitsthemen an. Die Truppenpsychologen der Bundeswehr sind in den Heimatstandorten und im Auslandseinsatz im Sinne der Suchtprävention aktiv. Sie beraten Vorgesetzte, richten Weiterbildungsveranstaltungen zur Suchtprophylaxe aus und bieten Beratungsgespräche an, um Rückfällen vorzubeugen. Das Gesetz zur Einführung eines Rauchverbots in Einrichtungen des Bundes und in öffentlichen Verkehrsmitteln (2007) setzt die Bundeswehr umfassend um.

In den Auslandseinsätzen der Bundeswehr wird der Drogen- und Suchtprävention ebenfalls besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dies wird bereits in der einsatzvorbereitenden Ausbildung deutlich thematisiert. Die Erlaubnis zum begrenzten Alkoholkonsum wird in allen Einsatzkontingenten sehr sorgsam gehandhabt und der Konsum entsprechend kontrolliert.

www.suchtpraevention.bundeswehr.de

1.1.9 „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“: Fünfter Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Die Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen war 2010/2011 Thema im fünften Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien zur kommunalen Suchtprävention“. Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) führt ihn im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der BZgA alle zwei Jahre durch. In

vielen Kommunen wachsen immer mehr Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen auf, in denen es ihnen an materiellen, sozialen und individuellen Ressourcen mangelt. Am fünften Bundeswettbewerb haben insgesamt 63 Städte, Gemeinden und Kreise aus dem gesamten Bundesgebiet teilgenommen. Vor allem suchtblastete Familiensituationen, Bildungsnachteile und schwierige Integrationsbedingungen – so zeigen die Beiträge – sind Anlässe für ein Engagement in der kommunalen Suchtprävention.

Auffällig gegenüber den Vorgängerwettbewerben war, dass deutlich mehr Beiträge auf Kindergarten- und Grundschulkinder zielten. Zudem nahmen Frühe Hilfen eine besondere Rolle in der Suchtprävention in diesem Handlungsfeld ein. Überdurchschnittlich viele Beiträge bezogen wegen der besonderen Bedeutung des familiären Umfelds bei der Suchtprävention die Eltern mit ein.

Weitere Schwerpunkte waren Hauptschulen, die Zielgruppe junger Migranten sowie Ansätze von *Empowerment* (Befähigung und Qualifizierung). Um Jugendliche, die für herkömmliche Beratungsangebote wenig zugänglich sind, erfolgreich zu erreichen, spielten besonders Peer-Ansätze eine Rolle, bei denen Jugendliche selbst suchtpreventive Tipps und Ratschläge an Gleichaltrige und Gleichgesinnte weitergeben.

Die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung berufene Jury wählte insgesamt elf Preisträger aus:

Preisträger: Kreisfreie Städte

Der Berliner Bezirk Tempelhof-Schöneberg wurde für das Projekt „PeaS – Peer Eltern an Schule“ ausgezeichnet. Das Projekt richtet sich primär an Eltern von Schülern der 5. bis 6. Klasse. Sie werden kultursensibel geschult, um dieses Wissen an andere Eltern weiterzugeben – besonders an sogenannte „Problemfamilien“. Die Freie und Hansestadt Hamburg erhielt einen Preis für das Gesamtkonzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend – selektive und indizierte Prävention für Zielgruppen in besonderen Lebenslagen“. Hierzu zählen unter anderem Angebote für Kinder suchtkranker und -gefährdeter Eltern, suchtkranke oder -gefährdete Schwangere, Straßenkinder sowie Angebote in sozial benachteiligten Stadtteilen.

Die Stadt Frankfurt am Main wurde für das Projekt „CaBS – Case Management und Beratung für Cannabis konsumierende Schülerinnen und Schüler“ prämiert. Damit gelang es, Jugendliche mit psychischen Problemen, Migranten und junge Menschen mit Schwierigkeiten im Elternhaus und in der Schule anzusprechen.

Preisträger: Kreisangehörige Städte und Gemeinden

Die Samtgemeinde Amelinghausen wurde für ihren Beitrag „Gemeinsam mehr erreichen – wir achten auf den Alkoholkonsum Jugendlicher“ ausgezeichnet. Das Präventionskonzept konzentriert sich hier nicht nur auf Kinder, Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte, sondern nimmt auch Wirte, Festveranstalter, Gewerbe und Tankstellen in den Blick. Die Angebote richten sich explizit auch an jugendliche Migranten und Bewohner von Jugendhilfeeinrichtungen.

Die Städte Quickborn, Tornesch und Uetersen erhielten einen Preis für die „Fachstellen kleine Riesen“. Diese stellen gezielt Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien in den Mittelpunkt.

Die Kreisstadt Erbach wurde für das Konzept „Kommunale Alkoholprävention im Netzwerk“ prämiert, ein breit angelegtes Kooperationsprojekt zur Gewalt- und Suchtprävention für Kinder und Jugendliche. Durch die verbindliche Kooperation mit der örtlichen Hauptschule werden die besonderen Lebenslagen von bildungsbenachteiligten Jugendlichen berücksichtigt.

Preisträger: Landkreise

Der Landkreis Traunstein wurde für den Beitrag „Familienbande“ ausgezeichnet, dessen zwei Teilprojekte „Eltern-Tisch“ und „MultiplikatorInnenschulung“ Eltern und Erziehungsverantwortliche stärken und qualifizieren sollen. Im Vordergrund stehen suchtbelastete Familien, Migrantenfamilien, Alleinerziehende sowie bildungsferne Bevölkerungsschichten.

Der Landkreis Parchim erhielt einen Preis für sein suchtpräventives Konzept „Vorsicht Absturzgefahr!“. Dieses ist suchstoffübergreifend angelegt und richtet sich an Kinder und Jugendliche. Es reagiert mit einer Reihe von Einzelmodulen für Schulen und Ausbildungsbetriebe auf

Defizite der bisherigen Arbeitsausrichtung – speziell in Bezug auf die Vorbeugung bei Kindern und Jugendlichen in besonderen Lebenslagen.

Der Landkreis Konstanz gewann mit dem Projekt „b.free special“. Aufbauend auf dem erfolgreichen alkoholpräventiven Netzwerk „b.free“ des Landkreises umfasst das Projekt spezifische Angebote für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen.

Preisträger: Sonderpreis des GKV-Spitzenverbands

Zum Thema „Verknüpfung von Jugendsozialarbeit und Gesundheitsförderung bei der Betreuung von Kindern suchtbelasteter Eltern“ hatte der GKV-Spitzenverband einen Sonderpreis ausgelobt: Ausgezeichnet wurde unter anderem die Stadt Karlsruhe für das bereits seit 17 Jahren gemeinsam mit der Drogenhilfe der Arbeiterwohlfahrt durchgeführte Projekt „KiD – Hilfe für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder“. Neben dem ausdrücklichen Fokus auf suchtbelastete Familien rücken hier besondere Lebenslagen wie Armut, schlechte Wohnverhältnisse und soziale Isolation ins Zentrum.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf erhielt den Sonderpreis für seinen Beitrag „Hand in Hand – für den Kinder- und Jugendschutz“ mit den beiden Angeboten „Menschenskind“ und „Drachenherz“. „Menschenskind“ richtet sich an Familien in belasteten Lebenssituationen mit Kindern bis drei Jahren. „Drachenherz“ schließt hieran an und nimmt Kinder aus suchtbelasteten Elternhäusern ab vier Jahren in den Blick.

Um die eingereichten und prämierten Beiträge breiter bekannt zu machen und zur Nachahmung anzuregen, hat das Difu die Ergebnisse in einer Dokumentation veröffentlicht.

<http://kommunale-suchtpraevention.de>

Vorgestellt:

Rotary Clubs „b.free“

Rotary International ist eine weltweite Vereinigung von Männern und Frauen, die sich unter dem Motto „Service above Self“ – Selbstlos dienen – in Clubs zusammengefunden haben. Hauptziele sind die Förderung von Frieden, Völkerverständigung und die Schaffung menschenwürdiger Lebensbedingungen auf der Welt.

„It needs a village to educate children.“ Dieser Leitspruch prägt das Projekt „b.free“ gegen das jugendliche Rauschtrinken. Gegründet wurde es im März 2005 im Landkreis Konstanz. Die Rotary-Mitglieder reagierten damit auf persönliche Erfahrungen in ihrem eigenen Umfeld und auf Erfahrungsberichte aus den Gemeinden und Beratungsstellen. Inzwischen ist „b.free“ zum Markenzeichen für die Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen in den 25 Städten und Gemeinden im Landkreis Konstanz geworden. Dafür sorgen jährlich wechselnde Kinowerbespots, groß angelegte Großflächenplakatkampagnen, Projektaktionen in Schulen und Vereinen sowie öffentliche Veranstaltungen. Mit den mobil einsetzbaren Saftläden mit alkoholfreien Cocktails unterstützt „b.free“ Vereine und Schulen. Es berät Vereine und Festveranstalter bei der Umsetzung einer Neuen Festkultur. Neben der schulischen Projektarbeit gewinnt die Öffentlichkeitsarbeit und die Arbeit mit Vereinen mehr und mehr an Gewicht. „b.free“ ist es erfolgreich gelungen, viele gesellschaftliche Kräfte – Handel, Politik, Verwaltung, Vereine, Schulen und Bürger – für dieses Thema zu mobilisieren und an einen Tisch zu bringen. Inzwischen wurde „b.free“ in die Rotary b.free UG umgewandelt. Die Geschäftsführung obliegt dem Suchtbeauftragten des Landkreises Konstanz und dem Kreisjugendpfleger. Das Projekt hat mehrere bundes- und landesweite Auszeichnungen erhalten, wie den Bundespreis beim Wettbewerb „Vorbildliche

Strategien kommunaler Suchtprävention“. Schwierigkeiten bereitet den Projektverantwortlichen noch der erschwerte Zugang zu Familien und Jugendlichen in besonderen Lebenslagen.



Die Projektverantwortlichen wünschen sich für die Zukunft, dass es „b.free“ gelingt, weitere Ideen zu verwirklichen, neue Wege zu beschreiten, zusätzliche Sponsoren und politische Unterstützung für „b.free“ zu erhalten. „Unser Beispiel könnte Modell für eine neue Form der vernetzten Präventionsarbeit stehen,“ so Stefan Gebauer von der Kreisjugendpflege Konstanz.

www.b-free-rotary.de



1.1.10 Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migranten

Das Bundesministerium des Innern (BMI) und das BMFSFJ fördern lokale Maßnahmen mit einer Laufzeit von bis zu drei Jahren, um Zuwanderer gesellschaftlich und sozial zu

integrieren. Während das BMI auf altersunabhängige Integrationsmaßnahmen zielt, unterstützt das BMFSFJ Integrationsprojekte für junge Menschen bis 27 Jahre – auf der Grundlage von Förderrichtlinien jeweils umgesetzt vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Die Projekte konzentrieren sich darauf, Zuwanderer in ihren Kompetenzen zu stärken, eine gleichberechtigte Teilhabe Zugewanderter am gesellschaftlichen und politischen Leben zu gewährleisten, die wechselseitige Akzeptanz von Zuwanderer- und Aufnahmegesellschaft zu verbessern, Migrantenorganisationen in die Integrationsarbeit vor Ort einzubeziehen sowie die Kriminalitäts-, Gewalt- und Suchtprävention zu stärken. Zum Beispiel strebt das BMI-geförderte Programm „Integration durch Sport“ des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) an, in den Vereinen nicht nur das Sporttreiben, sondern auch Kompetenzen und Werte zu vermitteln. Ein erlerntes und akzeptiertes festes Regel- und Normensystem vermittelt Halt und Orientierung und wirkt suchtvorbeugend.

Von den 2011 durch den Bund geförderten altersunabhängigen Projekten verfolgen zwei Projekte mit einer Zuwendung von fast 92.000 Euro neben der sozialen Integration auch die Sucht- und Drogenprävention. Mit BMFSFJ-Mitteln wurden im Jahr 2011 insgesamt 47 Projekte für junge Zugewanderte mit einem Mitteleinsatz von mehr als 1,9 Millionen Euro gefördert. Zugewanderte, die durch die Regelangebote häufig nicht erreicht werden, werden motiviert, Beratungsstellen aufzusuchen und Beratungsangebote zu nutzen. Zudem haben sich die Ansprache und Schulung von Eltern und Familienangehörigen sowie von anderen Multiplikatoren und Schlüsselpersonen ebenso wie erlebnispädagogische Freizeitaktivitäten und soziale Trainingskurse bewährt. So können Einstellungen beeinflusst und das Problemlösungsverhalten gestärkt werden.

Zu kooperieren und sich mit dem Suchthilfesystem vor Ort zu vernetzen, ist für alle diese Projekte selbstverständlich. Gegenüber dem Vorjahr geht die Zahl der Projekte mit diesem Schwerpunkt zurück. Das ist darauf zurückzuführen, dass zunehmend die zuständigen Gesundheitsressorts die Durchführung reiner Sucht- und Drogenpräventionsprojekte wahrnehmen.

Beispiel aus den Bundesländern

Hamburg:

„Herkunft Ankunft Zukunft“ – mit Migranten für Migranten

Knapp 30 Prozent der Hamburger Bevölkerung, etwa 515.000 Menschen, haben einen Migrationshintergrund. Bei den unter 18-Jährigen sind es sogar über 45 Prozent. Sprachliche und kulturelle Hürden verhindern oft einen intensiveren Kontakt zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten: Die Familien sind gegenüber öffentlichen Angeboten oft skeptisch. Oft versuchen sie, suchtbetogene Probleme selbst zu lösen, statt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Angebote müssen daher gezielt erweitert und verändert werden, um Migranten den Zugang zu erleichtern.

Genau hier setzt das Projekt „Herkunft Ankunft Zukunft“ an. Das Projekt arbeitet gezielt mit ehrenamtlich tätigen Schlüsselpersonen, die selbst einen Migrationshintergrund haben und die persönlichen oder sprachlichen Schwierigkeiten einschätzen und überwinden können.

Die 40-stündige Schulung umfasst suchtspezifische und methodisch-didaktische Elemente. Für die Ausbildung stehen Akteure aus Politik, Verwaltung, dem Suchthilfesystem, den juristischen und polizeilichen Bereichen und der Suchtprävention zur Verfügung. Gesprächsführung und Moderationstechniken runden das Programm ab. Wenn die Teilnehmenden eine erste Informationsveranstaltung in der jeweiligen Muttersprache konzipiert und organisiert haben, erhalten sie ein Zertifikat. Auf diesen Veranstaltungen geben die Schlüsselpersonen ihr Wissen innerhalb ihrer Gemeinschaften weiter, zum Beispiel an soziale Einrichtungen, Beratungsstellen, Migrationsdienste und Kulturvereine. Jede Veranstaltung wird mithilfe eines anonymen Fragebogens evaluiert. Die *Keypersons* schreiben jeweils ein Kurzprotokoll, das unter anderem die Zahl und Zusam-

mensetzung der Teilnehmenden, die Sprache, den inhaltlichen Schwerpunkt der Veranstaltung sowie gegebenenfalls auch auftretende Besonderheiten festhält.

Im Jahr 2011 haben etwa 30 *Keyperson*-Veranstaltungen stattgefunden. Das Büro für Suchtprävention organisiert zudem regelmäßige Treffen, damit sich die *Keypersons* untereinander austauschen können.



1.1.11 Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich in der Primärprävention die Aufgabe gestellt, in allen Altersgruppen das Nichtrauchen sowie den gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol zu fördern. Der GKV-Spitzenverband hat in seinem „Leitfaden Prävention“ nach § 20 SGB V Zielgruppen, Inhalte und Qualitätskriterien hierfür definiert. Für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche kommt es vorrangig darauf an, den Einstieg in den Suchtmittel- und Drogenkonsum zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen geeignet, die direkt in deren Lebenswelten stattfinden, beispielsweise in der Schule. Der Präventionsbericht 2011 des GKV-Spitzenverbands, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) sowie von Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der zugehörige Tabellenband weisen aus, dass die Krankenkassen mittels gesundheitsfördernder Aktivitäten in Kitas, allgemeinbildenden Schulen, Sonderschulen und Berufsschulen 1,8 Millionen Kinder, Jugendli-

che, pädagogisches Personal und Eltern erreicht haben. Meist werden in den Projekten Aktivitäten aus unterschiedlichen Handlungsfeldern kombiniert. Besonders in Gesamt- und Förderschulen widmen sich etwa die Hälfte der Projekte (auch) der Suchtprävention. In Haupt-, Real- und Berufsschulen variiert dieser Wert zwischen einem Viertel und einem Drittel. Dabei werden neben substanzspezifischen Angeboten überwiegend für jüngere Kinder auch substanzunspezifische Maßnahmen durchgeführt, um allgemein deren Resilienz zu stärken und sozial-emotionale Kompetenzen zu fördern.

Für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum können die Krankenkassen evaluierte verhaltenspräventive Maßnahmen zur Suchtvorbeugung fördern. Diese müssen in ein Gesamtkonzept auf kommunaler Ebene eingebettet sein, das zugleich auch verhältnispräventiv ausgerichtet ist und alle relevanten Akteure in den Gemeinden einbezieht. Versicherten, die mit dem Rauchen aufhören möchten, bieten die Krankenkassen Tabakentwöhnungsmaßnahmen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis an. Zudem gibt es Maßnahmen für erwachsene Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum. Insgesamt nahmen im Jahr 2010 knapp 13.000 Versicherte Kurse und Seminare hierzu in Anspruch: Davon bezogen sich 97 Prozent der Maßnahmen auf Tabak und 3 Prozent auf Alkohol. 57 Prozent der Teilnehmer waren Frauen.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beraten die Krankenkassen betriebliche Gruppen – Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Fachkräfte für den Arbeitsschutz und die Beschäftigten selbst – zu allen Fragen, die mit der Tabak- und Alkoholprävention in Zusammenhang stehen. Das Leistungsspektrum reicht von der Aufklärung und Information über die Schulung von Führungskräften zu Suchtthemen. Weiterhin bieten die Krankenkassen Unterstützung bei der Vorbereitung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz, bei der betrieblichen Alkoholpolitik sowie bei Tabakentwöhnungsmaßnahmen und der Vermittlung von Hilfsangeboten für Mitarbeiter in Krisensituationen. Laut Präventionsbericht erreichte die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung 2010 über 664.000 Beschäftigte und Führungskräfte. 14 Prozent der Aktivitäten waren auf den Suchtmittelkonsum ausgerichtet.

1.1.12 Präventionsforschung

Im Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) eine randomisiert-kontrollierte klinische Studie, die die deutsche Adaptation des US-amerikanischen „Strengthening Families Program 10–14“ zur familienbasierten Prävention von Suchtstörungen evaluiert. Wissenschaftler des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf untersuchen dabei, inwieweit die Befunde aus den USA mit denen in Deutschland übereinstimmen.

1.2 Suchtstoffspezifische Prävention

1.2.1 Alkohol

1.2.1.1 Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“

Für Jugendliche und junge Erwachsene

Um über die Risiken des Rauschtrinkens zu informieren und zu motivieren, mit Alkohol verantwortungsvoll umzugehen, hat die BZgA im Jahr 2009 zusammen mit der PKV die Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ gestartet. Durch die Unterstützung der PKV wird es ermöglicht, eine bundesweite Mehrebenenkampagne mit starken massenmedialen und personalkommunikativen Anteilen zu realisieren. Ziel ist es, riskante Alkoholkonsummuster besonders unter den 16- bis 20-Jährigen zu vermindern und zu einem risikoarmen Umgang mit Alkohol zu motivieren. Die Kampagne wird regelmäßig evaluiert.



Massenmediale und direkte Ansprache

In den Jahren 2009 bis 2011 wurde die Kampagne durch Plakate, Anzeigen in jugendaffinen Zeitschriften und Kinospots bekannt. So ist es gelungen, die Zielgruppe für



das Thema zu sensibilisieren und die wichtigen Kampagnenbotschaften zu verbreiten. Schon 2010 kannten bundesweit etwa 90 Prozent der jugendlichen Zielgruppe die Kampagne.

Im Jahr 2011 wurde der erste Kampagnenspot „Disco“ von 2009 um den Spot „Hausparty“ ergänzt. Beide haben in Kino, Fernsehen und Internet ein Millionenpublikum erreicht und kamen sowohl bei der jugendlichen Zielgruppe als auch bei Multiplikatoren sehr gut an. Auch die Filmfachöffentlichkeit hat die Spots mit wichtigen Preisen ausgezeichnet. Mit den Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und dem Mitmach-Parcours KlarSicht (C.1.1.3.2 und C.1.1.3.3) erreicht die Kampagne in der Personalkommunikation bundesweit jährlich knapp 30.000 Schüler und rund 2.000 Multiplikatoren, wie Lehrkräfte und Suchtpräventionsfachkräfte. Neben den Angeboten für die Schulen ist besonders der Peer

Education-Ansatz zentraler Bestandteil von „Alkohol? Kenn dein Limit.“. Hierzu werden die „Kenn dein Limit.“-Peers – junge Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren – in Gesprächsführung und Wissen rund um Alkohol geschult. So sind sie in der Lage, mit der Zielgruppe über Alkoholkonsum zu diskutieren und einen risikoarmen Konsum unter Gleichaltrigen zu fördern. Die „Kenn dein Limit.“-Peers treffen Jugendliche ausschließlich im Freizeitbereich. Die Einsätze finden in Fußgängerzonen größerer Städte statt, aber auch auf Musikfestivals, Sportveranstaltungen, Stadtfesten oder in Urlaubsregionen, da es gerade hier oft zu riskantem Alkoholkonsum kommt. Die Peer-Teams sprechen die Jugendlichen proaktiv an. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zum eigenen Trinkverhalten, zu den Erwartungen an die Wirkung von Alkohol, Fragen zu möglichem Risikoverhalten aufgrund von Alkoholkonsum – zum Beispiel Gewalt, Sexualverhalten – und auch Fragen zu Schutzfaktoren bei Alkoholkonsum, wie Trinkgrenzen und -regeln einzuhalten.

Im Anschluss an die Gespräche verteilen die Peers an die Jugendlichen die Informationsbroschüre der Kampagne. Zusätzliche Give-aways sollen die Kampagnenbekanntheit – Logo, Slogan und vor allem die Internetseite www.kenn-dein-limit.info mit weiteren Informationen über Hilfsmöglichkeiten – erhöhen. Im Jahr 2011 wurden mit der Peer-Aktion der Kampagne rund 36.000 Jugendliche in persönlichen Gesprächen erreicht. Seit 2011 ist die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ auch mit ihrem sogenannten Event-Areal auf den „Festivals des Sports“ präsent. Hier haben Jugendliche die Möglichkeit, an moderierten Mitmach-Stationen wie Kletterwand, Rauschbrillenparcours und Alkoholfrei-Cocktailbar ihr Wissen zum Thema Alkohol unter Beweis zu stellen und sportlich ihre Grenzen auszutesten. Das Event-Areal war 2011 an insgesamt 18 Veranstaltungstagen in sechs Städten bundesweit im Einsatz. In Kooperation mit dem DOSB konnten fast 40.000 Jugendliche und Multiplikatoren erreicht werden.

Ein zentrales Informationsmedium der Kampagne ist das Internetportal www.kenn-dein-limit.info. Neben Informationen zur Wirkung, zur Gesundheitsschädlichkeit und zum Suchtpotenzial von Alkohol sowie Empfehlungen für den verantwortungsvollen Umgang bietet das Portal

spielerisch-interaktive Programmelemente (Alkohol-Bodymap, Alkohol-Einheitenrechner, Alkohol-Diary und Alkohol-Kalorienzähler), Diskussionsforen und Informationen über die Peer-Aktionen. Insgesamt verzeichnet die Seite www.kenn-dein-limit.info rund 50.000 Besucher im Durchschnitt pro Monat.

Besonders intensiv genutzt wird der Online-Selbsttest Check your Drinking, mit dem die User für die häufig unterschätzten Risiken sensibilisiert werden und ein individuelles Risikoprofil ihres Alkoholkonsums erstellen. Im Jahr 2011 wurde Check your Drinking mehr als 170.000 Mal angeklickt. Wer Unterstützung benötigt, um weniger Alkohol zu trinken, dem bietet das Programm Change your Drinking eine vollautomatische interaktive Selbsthilfe. Ein Online-Trinktagebuch sowie personalisierte Tipps, wie sich „Trinksituationen“ bewältigen lassen, helfen dabei, den Alkoholkonsum innerhalb von 14 Tagen nachhaltig zu senken. Da die meisten Jugendlichen Handys nutzen, wurde auch eine handykompatible Internetseite mit ausgewählten Kampagnen-Informationen eingerichtet: <http://mobile.kenn-dein-limit.info/>

Außerdem ist die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ in den sozialen Netzwerken Facebook, schuelerVZ, studiVZ und meinVZ sowie wer-kennt-wen und lokalisten jeweils mit einer eigenen Fanseite präsent, um im direkten Austausch mit der Zielgruppe zu stehen. Auf deren tagesaktuellen Pinnwand können die Nutzer Kommentare, Diskussionsbeiträge und andere Nachrichten hinterlassen. Im Laufe von 2011 stieg die Zahl der Fans auf mehr als 65.000 an. Diese hohe Zahl ist mit einem großen Multiplikationseffekt verbunden.

Um die Wirksamkeit der Kampagnenpräsenz in den sozialen Netzwerken wissenschaftlich fundiert bewerten zu können, wird 2012 eine Effektstudie durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollen Chancen und Risiken der Präventionsarbeit in sozialen Netzwerken evaluiert werden.

www.kenn-dein-limit.info

www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit

<http://schuelervz.net/kenn-dein-limit>

<http://studivz.net/kenn-dein-limit>

<http://meinvz.net/kenn-dein-limit>

Für Erwachsene

Mit der Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ thematisiert die BZgA seit 2009 den riskanten Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung. Die Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen wird dabei besonders angesprochen, da diese Gruppe im gesellschaftlichen Kontext für Kinder und Jugendliche ein Vorbild ist. Neben Multiplikatoren wie Ärzten sind auch Eltern eine wichtige Zielgruppe.

Die Erwachsenenkampagne wird mit folgenden Teilzielen umgesetzt:

- Mehr Wissen, wie gesundheitsschädigend übermäßiger Alkoholkonsum wirkt,
- Information über Trinkmengengrenzen und Kommunikation von Trinkregeln, um riskante Trinkmuster zu reduzieren und gesundheitsschädigenden Folgen vorzubeugen,
- Positives Vorbildverhalten von Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen,
- Punktnüchternheit im Straßenverkehr, bei der Arbeit, bei Medikamenteneinnahme und in der Schwangerschaft.

Zu den wichtigen Kampagnenmaßnahmen zählt ein interaktiver Internetauftritt www.kenn-dein-limit.de, der neben umfassenden Informationen auch spezielle Themenseiten für Eltern, Schwangere und ihre Partner bietet. Über ein spezielles Testangebot kann der persönliche Alkoholkonsum reflektiert werden. Im Jahr 2011 griffen jeden Monat rund 42.000 Personen auf das Portal zu mit einer Verweildauer von durchschnittlich fast fünf Minuten. Dies lässt darauf schließen, dass die Nutzer sich intensiv mit den Inhalten auseinandersetzen.

Ergänzend bietet die Kampagne ein umfassendes Angebot an Themenbroschüren für die Allgemeinbevölkerung und Leitfäden zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen für Allgemeinmediziner und Fachärzte an. Im Jahr 2011 wurde der Elternratgeber „Alkohol – reden wir drüber!“ aktualisiert, der insgesamt rund 95.000 Mal versendet wurde. Ebenso wurde ein neues Faltblatt entwi-

ckelt, das gezielt Schwangere und ihre Partner anspricht. Seit Juli 2011 wurde es bereits rund 19.000 Mal abgerufen. Besonders intensiv genutzt wird der kurze Alkohol-Selbsttest im Faltformat. Im Jahr 2011 wurden 210.000 Exemplare verteilt. Zusätzlich zu Internet und Printmedien werden Telefonaktionen mit regionalen Tages- und Wochenzeitungen durchgeführt. Bei diesen Aktionen erhielten Leser auch in 2011 wieder Gelegenheit, ihre Fragen vom BZgA-Beratungsteam persönlich beantworten zu lassen. Zusammen mit den Berichten zu den Telefonaktionen in den kooperierenden Zeitungen wurde mit einer Gesamtauflagenhöhe von über sechs Millionen eine breite Leserschaft erreicht.

Ein wichtiger neuer Baustein der BZgA-Kampagne ist die Infotour „Alkohol? Kenn dein Limit.“, die 2011 bundesweit startete: Sie umfasst eine Info-Ausstellung mit zahlreichen interaktiven Angeboten und soll Menschen direkt und unkompliziert im Alltag erreichen. Sie ist vorwiegend in Einkaufszentren, Bahnhöfen oder auf Messen im Einsatz. Multimediale Touchscreen-Module regen die Besucher an, sich spielerisch zum Thema Alkohol zu informieren und den eigenen Konsum kritisch zu hinterfragen. An Touch-Screen-Infosäulen kann ein Alkohol-Selbsttest durchgeführt werden. Der Test gibt Auskunft darüber, ob der eigene Alkoholkonsum risikoarm, riskant oder bereits missbräuchlich ist. Mit einer „Rauschbrille“, die 0,8 bis 1,5 Promille Alkoholgehalt im Blut simuliert, können die Besucher hautnah erleben, wie Alkohol auf die Wahrnehmung und Koordination wirkt. Multimedia-Tische bieten interaktive Animationen und zeigen, wie sich hoher Alkoholkonsum auf die einzelnen Organe auswirkt. Außerdem stehen kompetente Ansprechpartner für Gespräche zur Verfügung. Lokale Anbieter von Präventionsangeboten sind jeweils eng eingebunden, um die Vernetzung vor Ort und die Information über lokale Angebote der Suchtprävention zu fördern.

Im Jahr 2011 war die Ausstellung für jeweils drei Tage in sieben Städten bundesweit präsent.

www.kenn-dein-limit.de

1.2.1.2 „Na Toll!“/„Bist Du stärker als Alkohol?“ und „Null Alkohol – Voll Power“

Seit 2006 führt die BZgA die Alkoholpräventionskampagne „NA TOLL!“ für 12- bis 16-jährige Jugendliche durch. Die wichtigsten Ziele der Kampagne sind, Jugendliche besser über Alkohol zu informieren und eine kritische Einstellung zu riskantem Konsum zu fördern. Hierzu setzt die Kampagne auf drei Maßnahmenbereiche:

- Broschüren, Plakate und Anzeigen für die massenmediale Verbreitung,
- die Internetplattform www.bist-du-staerker-als-alkohol.de für Informations- und Mitmachangebote sowie
- den Einsatz gleichaltriger Peers für den Dialog mit Jugendlichen im Freizeitbereich.

Darüber hinaus ist die Kampagne über die BZgA-Jugendfilmtage und den BZgA-MitmachParcours „KlarSicht“ in den Schulen präsent. Die Auflage der Infobroschüre der Kampagne „NA TOLL!“ lag 2011 bei über 285.000 Exemplaren, die der Plakate bei mehr als 17.000. Die Internetseite www.bist-du-staerker-als-alkohol.de verzeichnete 2011 rund 150.000 Zugriffe. Besonders häufig werden die Test-Features zum Mitmachen, aber auch Infotexte genutzt.

Die Peer-Einsätze von „NA TOLL!“ erreichen bundesweit jährlich ca. 20.000 Jugendliche in persönlichen Gesprächen. Im Jahr 2011 wurde eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluation der Peer-Aktionen abgeschlossen, die im Rahmen der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ durchgeführt wurde. Die Ergebnisse werden 2012 veröffentlicht.

Im Jahr 2012 setzt die BZgA die Jugendkampagne „NA TOLL!“ aktualisiert mit der neuen Jugendkampagne „Null Alkohol – Voll Power“ fort. Wie auch die Vorgängerkampagne zielt „Null Alkohol – Voll Power“ auf Aufklärung und die Förderung eines eigenverantwortlichen, alkoholkritischen und situationsangemessenen Verhaltens.

www.null-alkohol-voll-power.de
(bis 2012: www.bist-du-staerker-als-alkohol.de)



1.2.1.3 „Hart am Limit“ (HaLT)

„Hart am Limit“ – HaLT – ist inzwischen in ganz Deutschland zum Markenzeichen eines erfolgreichen und qualitätsgesicherten Präventionsprojekts zur Verhinderung von junglichem Alkoholmissbrauch geworden. Strukturelle Maßnahmen und breite Netzwerke sorgen dafür, dass der Jugendschutz in der Kommune verbessert und präventive Aktivitäten verstärkt werden. Zeitgleich erhalten Jugendliche, die wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden, noch vor Ort ein niedrigschwelliges Beratungsangebot im Rahmen eines sogenannten Brückengesprächs. In zehn Bundesländern gibt es mittlerweile eigene Landeskoordinationsstellen, die helfen, HaLT in weiteren Gemeinden zu implementieren. In vielen Ländern bestehen Rahmenvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, die eine Teilfinanzie-

rung dieser Frühintervention sichern. Mit dem Brückengespräch werden Jugendliche mit besonderen Problemen erreicht. Um die maximale Beratungswirkung nutzen zu können, wird derzeit in einem vom BMG geförderten Projekt der Universität Bamberg erprobt, wie die Motive der Jugendlichen zum Rauschtrinken stärker eingebunden werden können – zum Beispiel mehr Spaß und Kontaktfreude versus Vergessen von Problemen. Hierzu erfolgt unmittelbar auf das Brückengespräch eine kurze computergestützte, motivbasierte Befragung.



Die Studie erfasst zudem vier Wochen nach dem Gespräch, ob die Teilnehmer ihr Verhalten geändert haben. Die Ergebnisse werden mit einer Kontrollgruppe verglichen, in der die Jugendlichen nur das Erstgespräch am Krankenbett erhielten. Ausgangshypothese ist, dass die motivbezogene Intervention von den Jugendlichen positiver eingeschätzt wird und effektiver ist als das Brückengespräch alleine.

Beispiele aus den Bundesländern

Bayern:

„Starker Wille statt Promille“

Initiiert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) und koordiniert durch die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG) wurde ein interaktives Videoprojekt zur Prävention des Alkoholmissbrauchs für Schulen und die Jugendarbeit entwickelt. Die Zielgruppe sind Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Genderaspekt: Interaktive Videoclips stellen den Verlauf eines Nachmittags und Abends aus Sicht weiblicher und männlicher Jugendlicher dar. Die Geschichten zeigen Entscheidungssituationen auf, die jeweils zu einem unterschiedlichen Umgang mit Alkohol führen. Suchtpräventionsfachkräfte machen das Projekt in Schulen bekannt und unterstützen die Pädagogen in ihrer Arbeit. Die Anbindung an soziale Netzwerke und Internet-Plattformen stellt die Kommunikation in der Zielgruppe sicher.

www.lzg-bayern.de

Brandenburg:

„Lieber schlau als blau“

Das Programm „Lieber schlau als blau“ gehört zum brandenburgischen Landesprogramm „Verantwortlicher Umgang mit Alkohol“. Derzeit wird es als Pilotprojekt wissenschaftlich evaluiert. Das Ziel ist, Jugendliche darin zu unterstützen, einen risikoarmen Alkoholkonsum zu erlernen. In Peer-Gruppen sollen unter Berücksichtigung geschlechterspezifischer Unterschiede verbindliche Normen für einen zukünftigen Umgang mit Alkohol entwickelt werden. Im Mittelpunkt steht ein kontrolliertes Trinkexperiment, in dem Jugendliche unter sicheren Rahmenbedingungen die Möglichkeit haben, ihre Erwartungen zu überprüfen, wie Alkohol auf sie wirkt. In drei Trainingseinheiten werden diese Erfah-

rungen in der Gruppe ausgewertet, Wirkungserwartungen und Gruppendruck hinterfragt und zukünftige Verhaltensweisen erarbeitet. Jeder Teilnehmer erhält auf die ausgefüllten Fragebögen – zum derzeitigen Umgang mit Alkohol und zu den Erfahrungen aus dem Trinkexperiment – eine persönliche schriftliche Rückmeldung mit Empfehlungen.

Ein weiterer Bestandteil von „Lieber schlau als blau“ ist eine Evaluation nach drei und sechs Monaten. Die Salus Klinik Lindow berät und unterstützt die ausgebildeten Trainer. Das begleitende Multiplikatorenkonzept sorgt dafür, dass die durchführenden Einrichtungen – Schulen, Berufsschulen, und Einrichtungen der Jugendhilfe – das Projekt nachhaltig implementieren können.

www.salus-kliniken.de/lindow-lsab



Nordrhein-Westfalen: „GigA – Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“

Um die kommunalen Maßnahmen zur Verhinderung von Alkoholmissbrauch zu unterstützen, hat die Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW „ginko“ das Projekt „GigA – Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ entwickelt. Ziel ist es, alle Präventionsmaßnahmen in einem Gesamtkonzept zusammenzufassen, das die verschiedenen Arbeitsfelder der Suchtprävention, des Jugendschutzes, des Bildungsbereichs, der Ordnungsbehörden und der Polizei einbezieht und vor Ort umsetzt.

Von 2011 bis 2013 wird das Projekt zunächst an sechs Modellstandorten in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Es soll unter anderem die Vernetzung aller suchtpreventiven Maßnahmen auf kommunaler Ebene qualitativ verbessern. Auf der Grundlage des vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) entwickelten Konzepts wird die vor Ort vorhandene Zusammenarbeit zunächst qualitativ ausgewertet, es werden Verbesserungspotenziale aufgezeigt, entsprechende Projektstrukturen aufgebaut sowie die Durchführung des Arbeitsprogramms gefördert und begleitet. Ein von „ginko“ entwickeltes GigA-Handbuch beschreibt die notwendigen Standards und enthält zahlreiche Projektbeispiele.

Ein Beirat aus Vertretern der nordrhein-westfälischen Jugendschutzverbände, des Landeskriminalamts NRW, des Städte- und Gemeindebundes NRW, des Landschaftsverbands Rheinland und der Suchthilfe begleitet das Projekt. Nach der Erprobungsphase soll dieses landes- und bundesweit angeboten werden.

Vorgestellt:

Sieglinde Nothacker-Stiftung



Sieglinde Nothacker war es ein großes Anliegen, dass ihr Vermögen nach ihrem Tod Menschen zugute kommt, die ihr besonders am Herzen lagen. Deshalb verfügte die erfolgreiche Fuhrunternehmerin aus der Oberpfalz in ihrem Testament die Gründung einer

gemeinnützigen Stiftung. Zweck der 2007 nach ihrem Tod entstandenen Stiftung ist die Unterstützung der Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen und die Förderung von Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung. Die Stiftungsmittel zur Suchtprävention sollen vom bestehenden System der Prävention und Suchthilfe genutzt werden, ohne in die fachliche Auswahl und Durchführung der Projekte einzugreifen. Vorgegeben wurde nur die Zielgruppe (Schülerinnen und Schüler etwa der 9. Jahrgangsstufe), die Umsetzung durch Präventionsprojekte, die Anwendung erprobter Methoden und die Evaluierung der Maßnahmen.

Die Stiftung konnte bei der Umsetzung der Ziele die Struktur der sog. Suchtarbeitskreise (SAK) im Regierungsbezirk Oberpfalz aus Fachstellen, Behörden und engagierten Laien nutzen. Die Geschäftsführung der SAK, d.h. die Projektplanung und Evaluierung, wird von den Gesundheitsämtern der sieben Landkreise wahrgenommen. Die Regierung der Oberpfalz vernetzt die Ebenen des Regierungsbezirks, der Staatsregierung und der Gremien, die auf Landesebene im Rahmen der Suchtprävention aktiv sind. Durch die Sieglinde Nothacker Stiftung konnten im Jahr 2011 zahlreiche Suchtpräventionsprojekte in den sieben Landkreisen finanziell unter-

stützt und ausgebaut werden, darunter bewährte Projekte wie „Klasse 2000“, „FreD“ und „HaLT“. Es konnten alle Schultypen erreicht werden; von Grundschulen über Sonderpädagogische Förderzentren, Haupt- und Mittelschulen, Realschulen und Wirtschaftsschulen, Gymnasien bis zu den Berufsschulen und Berufsfachschulen. Diese Maßnahmen hätten ohne die Zuwendung der Stiftung nicht durchgeführt werden können.



1.2.1.4 Mittel- und langfristige Entwicklungsgefährdung nach jugendlichen Alkoholvergiftung

In vielen EU-Ländern nehmen Krankenhausbehandlungen von Kindern und Jugendlichen infolge des Rauschtrinkens seit etwa zehn Jahren zu. Seit 2000 mussten allein in Deutschland etwa 200.000 junge Menschen wegen einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden. Zwar existiert mit HaLT (C 1.2.1.3) ein spezifisches Präventionsprojekt in Deutschland. Jedoch reichen die Erkenntnisse hieraus nicht, um die langfristige Gefährdung von Jugendlichen durch Alkoholvergiftungen ausreichend bewerten zu können. Das BMG fördert daher seit September 2011 ein auf zwei Jahre angelegtes Projekt, um belastbare Aussagen über spätere Suchterkrankungen und andere Entwicklungsgefährdungen (zum Beispiel: Schulschwänzen, delinquentes oder gewalttätiges Verhalten, Obdachlosigkeit oder akut gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen) treffen zu können. Außerdem sollen mit dem Projekt Kriterien für eine Unterscheidung erarbeitet werden, ob im Einzelfall eine alkoholspezifische Kurzintervention genügt, wie zum Beispiel im Rahmen des HaLT-Projekts, oder ob weitergehende Maßnahmen notwendig sind, um die Chancen zu erhöhen, dass sich die Betroffenen gesund weiterentwickeln.

Das Projekt besteht aus drei Teilen. In einem ersten Schritt soll ein Instrument entwickelt werden, zur Beurteilung des Risikos mittelfristiger Entwicklungsgefährdungen von alkoholintoxikierten Kindern und Jugendlichen (RISCA). Es dient im Wesentlichen dazu, die HaLT-Brückengespräche am Klinikbett zu optimieren (C 1.2.1.3). Danach folgen eine empirische Prüfung, wie belastbar die RISCA-Ergebnisse sind, sowie eine Beobachtung des Langzeitverlaufs nach einer Alkoholvergiftung, um RISCA weiter zu verbessern.

Beispielprojekte der Krankenversicherungen und der Verbände:

Gesetzliche Krankenversicherung:

DAK: „bunt statt blau“

„bunt statt blau“ setzt auf Kunst und Kreativität gegen das „Komasaufen“. Beim bundesweiten Wettbewerb der Krankenkasse DAK-Gesundheit werden 12- bis 17-jährige Schüler mit ihren Plakaten zu glaubwürdigen Botschaftern gegen Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen. Begleitet wird die Aktion durch gezielte Pressearbeit: Regionale Zahlen über Krankenhausbehandlungen jugendlicher „Komasäufer“ verdeutlichen den Sinn von Präventionsprojekten. 2012 findet die Kampagne „bunt statt blau“ zum dritten Mal in Folge statt. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kooperationspartner sind das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung sowie die Band „Luxuslärm“.

Das Projekt wird in den Bundesländern von Ministerpräsidenten, Ministern, Landräten, Bürgermeistern und Suchtberatungsstellen unterstützt. Im Jahr 2011 reichten 12.500 Schüler einzeln oder als Team ihre Kunstwerke ein. Aus den 16 Landessiegern wählte eine Jury drei Bundessieger. Erstmals gab es auch Sonderpreise für „jüngere Künstler“. Zu gewinnen gibt es Geld- und Sachpreise. Die 32 besten Plakate werden als Wanderausstellung in Schulen oder Rathäusern gezeigt. Zur Vorbereitung auf den Wettbewerb bestellten fast 900 Schulen zusätzliches



Unterrichtsmaterial der „Aktion Glasklar“. Diese Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol ist die Basis für „bunt statt blau“. Der Wettbewerb sorgte 2011 mit rund 2.000 Presseveröffentlichungen für ein breites Medienecho. „bunt statt blau“ wurde für den Politikaward nominiert und zählte damit zu den besten Kampagnen öffentlicher Institutionen.

www.dak-buntstattblau.de

AOK Rheinland/Hamburg: „Power statt Promille“

Das von der AOK Rheinland/Hamburg entwickelte Angebot zur Alkoholprävention in den Klassen 7 bis 10 hat zwei Komponenten: Es gibt

- einen Tanz-Wettbewerb für Schüler sowie
- ein Unterstützungsangebot mit einem Medien-Paket und Fortbildungen für Lehrkräfte.

Um Schüler zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und Alternativen zum Alkoholkonsum aufzuzeigen, schreibt die AOK Rheinland/Hamburg einen Schultanz-Wettbewerb aus. Das verlangt eine kreative und sportliche Leistung. Als Teil einer Tanzgruppe finden die Schüler Anerkennung – mehr als durch exzessives Trinken. Die Tänzer bewerben sich per Video mit einer Choreografie. Eine Fachjury wählt die besten Teams aus. Beim Abschlussevent, dem *School Dance Battle* „Power statt Promille“ im Tanzhaus NRW, tanzen die Teams dann live auf großer Bühne vor einer internationalen Jury und Publikum um den Sieg. Als Preis ist ein individuelles Tanz-Coaching ausgeschrieben.

Die teilnehmenden Schulen erhalten zur Unterstützung einen Medien-Koffer mit Unterrichtsmaterialien, Eltern-Informationen sowie Praxismaterial für die Projektarbeit. In Kooperation mit den Fachstellen für Suchtprävention werden Lehrkräftefortbildungen zur Methodenkompetenz durchgeführt. Die Verlaufs-

dokumentationen der teilnehmenden Schulen zeigen, dass für die nächsten Schuljahre weiterer Unterstützungsbedarf an den Schulen besteht.

www.vigozone.de

Begleitmaterial:

www.aok.de/powerstattpromille

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV): HipHop gegen Komasaufen

Zusätzlich zur Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche der BZgA, die der PKV seit 2009 mit jährlich zehn Millionen Euro unterstützt, ermöglichte der PKV im Schuljahr 2010/2011 an seinen Standorten Köln und Berlin das Projekt „HipHop gegen Komasaufen“. In den beteiligten Schulen wurden Musik und Tanz-Unterrichtseinheiten angeboten, die den Schülern Alternativen zum Alkoholkonsum aufzeigten. Für die Präventionsarbeit ist es unerlässlich, mit den Jugendlichen auf Augenhöhe zu kommunizieren. Das Medium HipHop erreicht Schüler auf zeitgemäße, jugendgerechte Art und begeistert für den Lehrstoff. Beim Texten eigener Rap-Songs zum Thema „Komasaufen“ werden die Teilnehmer mit den gesundheitlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs konfrontiert. Indem die Jugendlichen ihre persönlichen Erfahrungen in den Rap-Texten verarbeiten, sind in den HipHop-Kursen Diskussionen über das Thema Alkoholmissbrauch möglich, die im herkömmlichen Unterricht sonst weniger stattfinden. Eines hatte das Projekt den Jugendlichen bereits zu Anfang deutlich gezeigt: Eine Performance als Rap-Sängerin oder als Tänzer auf der Bühne bringt eine deutlich höhere soziale Anerkennung als etwa ein gewonnenes Kampftrinken.



Präventionskampagne „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI hat im Oktober 2007 die Präventionskampagne „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“ entwickelt. Das Ziel ist, das Jugendschutzgesetz in Handel, Gastronomie und an Tankstellen konsequent umzusetzen. Aktuell unterstützen 15 Kooperationspartner die Initiative. Mit dabei ist auch die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, die ergänzende Trainingsmodule zum Thema Jugendschutz und Alkoholabgabe anbietet.

Im Rahmen der Zusammenarbeit werden die Kampagnenmaterialien – ca. 100.000 Broschüren und Barkarten – über die Polizei von Bayern, Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen breit gestreut. SchuJu wendet sich zum einen an Auszubildende und Mitarbeiter in Gastronomie, Hotellerie, Handel und Tankstellen und zum anderen an Lehrkräfte in Berufsschulen und anderen betrieblichen Ausbildungsstätten. Das Thema Jugendschutz wird in die Ausbildung eingebunden, sodass die konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes bei der täglichen Arbeit selbstverständlich ist. Neuer Bestandteil der Kampagne ist die SchuJu-Alterskontrollscheibe. Mithilfe der Drehscheibe lässt sich ohne kompliziertes Rechnen leicht prüfen, ob der Kunde die gesetzliche Altersgrenze für den Kauf von Bier, Wein und Sekt (16 Jahre) oder Spirituosen (18 Jahre) bereits erreicht hat.

Daneben umfasst die Kampagne Schulungsunterlagen für Berufsschullehrer und andere Lehrkräfte, drei Broschüren, eine Info-Karte für den Barbereich sowie einen begleitenden Internet-Auftritt www.schu-ju.de mit einem Web Based Training (WBT). Der 10- bis 15-minütige Online-Kurs behandelt die wichtigsten Inhalte des Jugendschutzgesetzes in Bezug auf alkoholhaltige Getränke. Bei erfolgreichem Abschluss eines anschließenden Wissenstests können die Teilnehmer ein persönliches Zertifikat erlangen. Dieses Training gehört außerdem zum

„Aktionsplan Jugendschutz der Tankstellen“, den die Branchenvertreter bis Ende 2011 verlängert haben. Im Jahr 2009 wurden die gesteckten Ziele mit 25.000 SchuJu-Zertifikaten für den Tankstellenbereich deutlich erreicht.

Seit Jahresbeginn 2011 wurden bisher 280.000 Broschüren sowie über 10.000 Alterskontrollscheiben in Gastronomie, Handel und Tankstellen verteilt. Fast 100.000 Mitarbeitende aus Gastronomie, Handel und Tankstellen wurden geschult und haben ein Zertifikat erworben.

www.schu-ju.de

www.alkoholabgabe-trainer.de

1.2.1.5 Evaluation evidenzbasierter Handlungsempfehlungen für Eltern

Das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) hat in Kooperation mit der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS) und der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V. (LSSH) von August 2010 bis Februar 2011 das BMG-geförderte Forschungsprojekt „Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern zum Umgang ihrer Kinder mit alkoholischen Getränken“ durchgeführt. Das Ziel ist, den positiven elterlichen Einfluss auf das Trinkverhalten ihrer Kinder zu stärken und dafür evidenzbasierte und wissenschaftlich gestützte Regeln zu entwickeln. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Verhinderung von kurzfristigen negativen Folgen wie Alkoholvergiftungen, Unfälle im Straßenverkehr oder Gewaltausübung unter Alkoholeinfluss. Außerdem wurden 16 Regeln generiert, die auf lange Sicht einen eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol fördern. Auf Elternabenden an allgemeinbildenden Schulen werden in den Klassenstufen 8 bis 10 Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Die Empfehlungen wurden gesondert für Suchtfachkräfte aufbereitet und vom BMG als Broschüre veröffentlicht. Seit Juli 2011 fördert das BMG auch die Evaluierung des Projekts. Hierdurch sollen die Reichweite und Akzeptanz des Elternabends und Infoblatts sowie die Anwendung der vermittelten Regeln in der Praxis untersucht werden. Das Pilotprojekt soll mit insgesamt 96 Schulklassen in folgenden vier Bundesländern durchgeführt werden: Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Beispiel aus den Verbänden:

„Klartext reden!“ – Alkoholprävention in Familien

Wie kann ich mit meinem Kind über Alkohol sprechen, ohne dass es abblockt? Wie kann ich ein glaubwürdiges Vorbild sein? Wie kann ich Grenzen setzen? Eltern leben den Umgang mit Alkohol vor und beeinflussen so, wie ihre Kinder als Erwachsene mit Alkohol umgehen. Daher ist es wichtig, die Erziehungskompetenzen der Eltern präventiv zu verbessern und zu stärken. Deswegen hat der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ der Interessensvertretung der in Deutschland ansässigen Spirituosenhersteller und -importeure (BSI) in Kooperation mit dem BundesElternRat 2005 die Kampagne „Klartext reden!“ ins Leben gerufen. Hierzu gehören eine Broschüre mit einem Gesprächsleitfaden für Eltern, der Internetauftritt www.klartextreden.de sowie ein bundesweites Workshop-Angebot für Eltern und Erziehungsberechtigte. Die Workshops werden von unabhängigen Sucht- und Präventionsexperten durchgeführt. Seit März 2010 wird auch ein Online-Training angeboten. In vier unterschiedlichen Kursen – je nach Alter des Kindes – erhalten Eltern individuelle Tipps. Am Ende eines abschließenden Multiple Choice-Tests können sich Eltern einen Leitfaden mit individualisierten Empfehlungen herunterladen. Das Klartext-Elterntraining wurde erfolgreich auf dem Deutschen Bildungsserver implementiert – ein auf Bildung spezialisierter Web-Server, der für Lehrer, Ausbilder und Eltern Informationsmaterial und Weiterbildungsmöglichkeiten bietet. Die Evaluation von „Klartext reden!“ im Jahr 2006 belegte, dass die Kampagne alle wesentlichen Ziele erreicht. So fühlten sich 85 Prozent der Eltern nach dem Besuch des Workshops besser informiert und vorbereitet. 63 Prozent sahen sich eher in der Lage, ihren Kindern angemessene Grenzen zu setzen.

www.klartext-reden.de

www.klartextelterntraining.de

www.bildungsserver.de

1.2.1.6 Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien

Das Projekt „Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien“ von der AG Drogen in Pforzheim wurde von August 2008 bis Juli 2011 erfolgreich erprobt. Ziel war, das Angebot der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe um einen aufsuchenden Ansatz zu erweitern, um besonders gefährdete Zielgruppen auch in ländlichen Regionen zu erreichen. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten konnte dieses Ziel erreicht werden.

Bei rund 93 Prozent der Jugendlichen wurde zu Beginn der Behandlung ein problematischer beziehungsweise riskanter Suchtmittelkonsum festgestellt, oft Alkohol und/oder Cannabis. Das Durchschnittsalter der Jugendlichen lag bei 17,9 Jahren, etwa die Hälfte war älter als 18 Jahre. Die Evaluationsergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung verdeutlichen, dass bei den betreuten Klienten problemrelevante Veränderungen im Zusammenhang mit den Interventionen im Rahmen der Aufsuchenden Familientherapie (AFT) festgestellt werden können: Einige Jugendliche nahmen deutlich weniger Suchtmittel zu sich oder hörten sogar ganz damit auf. Mit dem Therapieprozess besserten sich auch die Kommunikation innerhalb der Familie und die elterliche Kompetenz im Umgang mit Konflikt- und Krisensituationen. Einige Jugendliche berichteten, dass sie mit Problemsituationen besser umgehen könnten. Die Mehrheit der Befragten war während der Begleitung durch die AFT zunehmend bereit, sich auf die Therapie einzulassen.

Wesentliche Aspekte sind der aufsuchende Ansatz sowie die Förderung der Ressourcen der Jugendlichen und deren Familien. So ist es gelungen, riskant konsumierenden Jugendlichen in prekären Lebenssituationen, die bereits teilweise ins Suchthilfesystem aufgenommen sind, ein adäquates suchtspezifisches Angebot zu machen. Die Projekterfahrungen zeigen, dass gute Vernetzung und eine Kooperationskultur die entscheidenden Erfolgsfaktoren sind. Ein weiterer wesentlicher Erfolg des Projekts ist, dass es dessen Träger gelungen ist, die AFT auch nach Ablauf der Modelllaufzeit durch eine Leistungsvereinbarung mit dem örtlichen Träger der Jugendhilfe aufrechtzuerhalten.

1.2.1.7 Aktionswoche Alkohol 2011: „Alkohol? Weniger ist besser!“

Vom 21. bis 29. Mai 2011 fand unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und unter großer Beteiligung der Bevölkerung die Aktionswoche Alkohol 2011 statt. Wie schon 2007 und 2009 sollte die Aktionswoche die Bevölkerung für einen maßvollen Alkoholkonsum sensibilisieren. Unter dem Motto „Alkohol? Weniger ist besser!“ engagierten sich Betroffene, sowie ehren- und hauptamtliche Experten öffentlichkeitswirksam dafür, gesundheitsbewusst mit Alkohol umzugehen. Weit über 1.500 Veranstaltungen und Aktionen in ganz Deutschland lenkten unter großer Medienpräsenz den Fokus auf die Folgen riskanten Alkoholkonsums und regten dazu an, das eigene Trinkverhalten zu überprüfen.

Das besondere Markenzeichen der Aktionswoche Alkohol ist die direkte Ansprache von Mensch zu Mensch. Die Aktionswoche ist damit ein außergewöhnliches Zeichen von Freiwilligkeit und Ehrenamt, Bürgerbeteiligung und Selbsthilfe. Sie wird durch den großen personellen, organisatorischen und finanziellen Einsatz der Suchthilfeverbände, der Landesstellen für Suchtfragen, der Suchtpräventionsfachstellen, der Kommunen und Landesministerien, der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), der Krankenkassen sowie vieler weiterer Unterstützer ermöglicht. Das Konzept der Aktionswoche Alkohol 2011 entwickelte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). In ihrer Hand lagen auch Materialerstellung, Druck und Versand sowie die Öffentlichkeitsarbeit einschließlich der Internetseite. Ein besonders positives Echo erhielt der Präventionspreis des DHS-Fördervereins. Der Preis thematisiert die Einhaltung des Jugendschutzes im Umgang mit Alkohol in Vereinen und zeichnete hierzu das außerordentliche Engagement zweier Vereine aus.



Das erfolgreiche Konzept der Aktionswoche Alkohol hat inzwischen auch die Schweiz und Liechtenstein bewogen, zeitgleich ähnliche Kampagnen durchzuführen.

Beispiel aus den Bundesländern

Sachsen:

„Wandelhalle Sucht“

In der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Regenbogen des Zentrums für Drogenhilfe am Städtischen Klinikum St. Georg in Leipzig arbeiten professionelle Hilfe und Suchtselbsthilfe Hand in Hand. Hieraus entstand 2007 das Alkohol-Präventionsprojekt „Wandelhalle Sucht“ für Jugendliche und Erwachsene. Die Besonderheit der zwei- bis dreistündigen Veranstaltung liegt darin, dass „trockene“ Suchtkranke sie begleiten. Das Modell setzt auf überzeugende Kommunikation auf der Basis des „Lernens durch Emotionen“.

Die Veranstaltung steigt mit einer Gesprächsrunde und den Berichten über die eigene Suchterfahrung der Veranstaltungsbegleiter in das Thema authentisch ein. Anhand von derzeit 28 Plakaten sowie eines Fragebogens erarbeiten sich die Teilnehmer Wissen rund um Alkohol. Hinzu kommen zielgruppengerechte aktuelle Filmbeiträge sowie die Selbsterfahrung mittels Rauschbrillen. Eine abschließende Gesprächsrunde soll den schleichenden Entwicklungsprozess einer Suchterkrankung verdeutlichen und die Erkenntnis fördern, dass viele in unserer Gesellschaft bereits die erste Stufe dieses Weges betreten haben.

In einer anonymen Befragung unmittelbar nach der Veranstaltung fühlen sich 51 Prozent der Teilnehmer „ziemlich stark“ und 23 Prozent „sehr stark“ aufgeklärt. Eine Bachelorarbeit befasste sich 2011 mit der Wirksamkeit des Präventionsprojekts. Sie kam zu dem Ergebnis, dass auch ein Jahr nach Besuch der

Veranstaltung das Aufklärungsempfinden zum Thema Alkohol nur wenig nachgelassen hat und die 185 befragten Jugendlichen keinen exzessiven Alkoholkonsum betrieben haben. Seit der Eröffnung des Präventionsprojekts im Juli 2007 fanden 349 Präventionsveranstaltungen mit 4.522 Teilnehmenden statt. Während der Aktionswoche Alkohol im Mai 2011 (C1.2.1.7) informierten sich etwa 800 Menschen in der mobilen Wandelhalle auf dem Leipziger Hauptbahnhof.

Im Jahr 2011 erhielt die Projektgruppe „Wandelhalle Sucht“ den Anerkennungspreis für ehrenamtliches Engagement in der Suchthilfe, verliehen durch die Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren.

www.fzd-leipzig.de/Förderprojekte

www.sanktgeorg.de



Aktionswoche Alkohol in der mobilen Wandelhalle auf dem Leipziger Hauptbahnhof.

Quelle: Zentrum für Drogenhilfe, Leipzig

Vorgestellt:

Carlo Thränhardt –Botschafter der Aktionswoche Alkohol 2011



Viele Menschen in Deutschland kennen Carlo Thränhardt als Sportler: 1988 stellte er in Berlin mit 2,42 m einen Hochsprung-Weltrekord auf. Heute ist er immer noch amtierender Europarekordhalter und hat sich dafür entschieden, Botschafter der „Aktionswoche Alkohol 2011 – Alko-

hol? Weniger ist besser!“ zu werden. „Bei einem Alkoholiker kann man nicht einfach sagen, 'jetzt hör auf – Du musst es nur wollen',“ sagt der 16-fache Deutsche Hochsprungmeister Thränhardt. „Wenn eine gewisse Schranke im Gehirn gefallen ist, dann ist dies nicht reparabel. Diese Gefahr verkennen die meisten.“ Er weiß aus eigener leidvoller Erfahrung als Angehöriger eines Alkoholikers sehr genau, wovon er spricht: Sein Bruder Bernd ist seit zehn Jahren trockener Alkoholiker. Deshalb zögerte er auch keinen Moment, sich für die Aktionswoche Alkohol 2011 zu engagieren.

Als Hochleistungssportler kam für ihn selbst ein ausschweifender Alkoholkonsum nicht in Betracht. Der Sport gab seinem Leben Sinn und Identität. Dass man eigene Ziele im Leben braucht, vermittelt er nicht nur seinem eigenen zwölfjährigen Sohn, sondern auch anderen Jugendlichen. Alle zwei Wochen erklärt er Schülern der siebten und achten Klasse die Technik des Hochsprungs, macht mit ihnen Koordinationsübungen. Er spricht mit Ihnen über sein Leben und wie viel Freude und Anerkennung es bringen kann, wenn man etwas richtig gut gemacht hat, sei es eine Lateinarbeit

oder im Sport. „Eine Anerkennung zu bekommen für etwas, was ich aus eigener Kraft und durch Lernen hinbekommen habe, verschafft mir Respekt und Selbstbewusstsein, mir selbst und anderen gegenüber. Dazu brauche ich keinen Alkohol,“ so Thränhardt.

Auch er selbst hat im Alter von 16 Jahren Erfahrungen mit einer Alkoholvergiftung gemacht: „Damals hatte ich gerade mit Sport angefangen und merkte, dass ich drei Tage weder vernünftig gehen noch denken konnte. Es war grauenvoll. Seitdem war ich nie mehr betrunken. Ich hätte mir diese Erfahrung gerne erspart. Denn du kommst nicht aus jeder Erfahrung glücklich heraus.“

www.aktionswoche-alkohol.de

www.carlo-thraenhardt.de

1.2.1.8 Alkohol im Straßenverkehr

Beispiel aus den Verbänden:

„Don't Drink and Drive“

Die Kampagne Don't Drink and Drive besteht seit 1993. Sie wird von den Spitzenverbänden der Branchen Bier, Wein, Sekt und Spirituosen unterstützt. Ziel ist es, alkoholbedingte Unfälle weiter zu reduzieren.

Die Initiative richtet sich vor allem an junge Männer im Alter von 18 bis 24 Jahren, die laut Unfallstatistik überproportional häufig an Alkoholunfällen beteiligt sind. Sie umfasst einen Internetauftritt, Mitmach-Pakete für Gastronomie-Betriebe aus Plakaten, Barschürzen, Aufklebern und Bierdeckeln und als Event-Komponente die „Don't Drink and Drive Party Patrol“. 2011 gab es in Hessen acht Einsätze der Party Patrol in Großraumdiskotheken. Junge Fahrer

konnten in einem Promille-Fahrsimulator den negativen Einfluss von Alkohol auf die Fahrtüchtigkeit testen, ohne sich oder andere im Straßenverkehr zu gefährden. Ergebnisse einer Evaluierung der *Party Patrol 2010* auf Basis einer Online-Nachbefragung sind im Internet veröffentlicht.

www.ddad.de

1.2.1.9 Alkohol in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für kindliche Fehlbildungen, die keine genetische Ursache haben, sogenannte Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD). Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Zellgift. Er hemmt das Zellwachstum und führt zu Missbildungen. Vor allem aber schädigt Alkohol die Nervenzellen und das Gehirn. Die schwerwiegendste Form von FASD ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), dessen Krankheitsbild sich in Wachstumsstörungen, körperlichen Missbildungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen äußert. Nach Schätzungen sind etwa 2.000 bis 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. Insgesamt leiden aber noch deutlich mehr Kinder in Deutschland an FASD, die sich in emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule äußern.

Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS)

Unabhängig von notwendigen Präventivmaßnahmen (C 1.1.1) gegen Alkohol in der Schwangerschaft ist es notwendig, mögliche Schädigungen schon früh in der Schwangerschaft und in der frühen Entwicklung des Kindes zu erkennen. Nur so können weitere negative Einflüsse durch Alkohol während der Schwangerschaft und sehr häufig damit zusammenhängende psychosoziale Probleme der Mutter beziehungsweise der gesamten Familie gezielt behandelt werden. Daher fördert das BMG ein Projekt zur Standardisierung der Diagnostik des FAS. Zunächst werden durch eine Literaturrecherche die bisher vorhandenen dia-

gnostischen Methoden erfasst. Auf dieser Basis sollen Leitlinien für die Früherkennung und Betreuung von alkoholgeschädigten Kindern erstellt werden.

In Verbindung mit entsprechender Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit sollen vor allem die niedergelassenen Gynäkologen und die in der Praxis tätigen Kinder- und Jugendärzte über FAS und FASD aufgeklärt werden. Mithilfe einheitlicher Methoden zur neuropsychologischen Diagnostik in speziellen Einrichtungen sozialpädiatrischer Zentren und kinderneurologischer Abteilungen können spezifische therapeutische Methoden und eine ausführliche Sozialberatung eingeleitet werden.

Beispiel aus den Bundesländern

Nordrhein-Westfalen:

FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster – Kinder-Gesundheitszentrum „Haus Walstedde“

Seit August 2011 befindet sich die erste deutsche Ambulanz für FAS-Patienten und deren Familien in Walstedde in der Nähe von Münster. Die FAS-Forschung verbleibt in der Universitätskinderklinik Münster. Die Ambulanz für FAS-Patienten und für Kinder opioidabhängiger Mütter betreut betroffene Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien aus Deutschland und den Nachbarländern. Die Versorgung umfasst Diagnostik, familiäre, schulische und sozialrechtliche Beratung sowie die Begleitung der Patienten und ihrer Familien bis ins Erwachsenenalter. In Zusammenarbeit mit einer großen kirchlichen Einrichtung der Behindertenhilfe konnten spezielle Formen des betreuten Wohnens und Arbeitens auf die Belange und Probleme junger Erwachsener mit FAS ausgerichtet werden. Nach Münsteraner Vorbild und durch intensive Mitarbeiterschulung niederländischer Kollegen in Münster entstanden auch in den Niederlanden FAS-Beratungszentren.

Darüber hinaus wird in Münster die breite Problematik des FAS und seine Auswirkungen auf die betroffenen Kinder in wissenschaftlichen Studien untersucht. Dies gilt ebenso für die Kinder opiatabhängiger Mütter, deren Entwicklung bislang unbeobachtet blieb: Es wurden Unterrichtseinheiten zum Thema Alkohol und Schwangerschaft für Schulen entwickelt und evaluiert sowie innovative Diagnoseinstrumente für das FAS-Spektrum. Eine Studie zur Prävalenz des FAS ist in der Auswertungsphase. Zudem laufen Studien zu den ökonomischen Kosten des FAS in Deutschland sowie zur familiären Belastung durch FAS. Konsequenzen der pränatalen Alkoholexposition werden in Kooperation mit der Universität Bielefeld erforscht. Im Jahr 2012 werden die den Alkoholkonsum begleitenden Folgen des Tabakkonsums in der Schwangerschaft auf das Kind sowie die bei FAS häufige Frühgeburtlichkeit in den Blick genommen. Die Folgen der frühkindlichen Traumatisierung – Vernachlässigung oder Gewalt in Herkunftsfamilien – werden von den Folgen des FAS differentialdiagnostisch getrennt und detailliert erfasst. Fortgeführt wird auch die Präventionsarbeit zu Alkohol und Schwangerschaft (Aufklärung für Schwangere, Aufklärung in Schulen).

www.fetales-alkoholsyndrom.de

www.fasq.eu

Präventionsprojekte zu Alkohol in der Schwangerschaft

Beispiele aus den Bundesländern und den Verbänden

Berlin: „Wigwam Zero“

Das Projekt „Wigwam Zero“ der vista gGmbH ist ein Modellprojekt zur Prävention fetaler Alkoholschädigungen. Es wird durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucher-

schutz gefördert. Seit 2010 betreibt Wigwam Zero dazu Öffentlichkeitsarbeit, erstellt zielgruppenspezifische Präventionsmaterialien, führt Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter aus den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales durch und bietet persönliche Beratung und Unterstützung für werdende Mütter und Eltern. Kernstück ist die aktuelle Kampagne „Null Alkohol – Null Risiko“. Das Informationsmaterial klärt über Risiken und Folgen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf und stellt werdenden Müttern und deren Angehörigen das Beratungsangebot von Wigwam Zero vor. Das Material ist in mehreren Sprachen erhältlich und in allen gynäkologischen Praxen Berlins zur Verfügung gestellt worden. Darüber hinaus wurde ein Informationsportal im Internet ins Leben gerufen. Es bietet ausführliche Informationen und ein umfangreiches Verzeichnis passender Hilfsangebote in Berlin.



Speziell für die Zielgruppe junger Mädchen und Frauen hat Wigwam Zero einen fünfminütigen animierten Aufklärungs- und Informationsfilm produziert, der für Informationsveranstaltungen genutzt wird.

Im Juli 2011 wurde Wigwam Zero als Projekt des Monats auf der Seite der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgestellt. Durch die enge Vernetzung mit den bereits vorhandenen vielfältigen Angeboten im Bereich der Sucht- und Familienhilfe der vista gGmbH kann Wigwam Zero auch künftig innovative Konzepte und Strategien zur Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft entwickeln und umsetzen.

www.wigwamzero.de

www.vistaberlin.de

Rheinland-Pfalz:

„Mach Dir nix vor!“

Seit 2009 wird in Rheinland-Pfalz die Kampagne „Mach Dir nix vor!“ vom Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. umgesetzt, die für Punktnüchternheit in bestimmten Lebenssituationen wirbt. Ein weiterer wichtiger Baustein ist „alkoholfrei schwanger“. Dessen Ziel ist, die Motivation schwangerer und stillender Frauen zu stärken, auf Alkohol zu verzichten. Daher richtet sich „alkoholfrei schwanger“ direkt an Schwangere und Stillende und deren Umfeld, aber auch an alle Fachkräfte, die beruflichen Kontakt mit ihnen haben.

Gemeinsam mit dem Landeshebammenverband Rheinland-Pfalz sowie der FAS-Ambulanz der Kinderklinik des Universitätsklinikums in Münster wurden zielgruppenspezifische Fortbildungen für Hebammen und Gynäkologen entwickelt und an unterschiedlichen Standorten in Rheinland-Pfalz umgesetzt. Darüber hinaus werden Themen und Aspekte der motivierenden Gesprächsführung und „alkohol-

frei schwanger“ verknüpft: In einer Region wurde beispielsweise das Angebot „Move für Ärztinnen und Ärzte“ umgesetzt.

Zudem wurde eine Online-Fortbildung für alle Fachkräfte entwickelt, die im beruflichen Alltag mit schwangeren oder stillenden Frauen Kontakt haben. Sie vermittelt Informationen zum Alkoholkonsum während Schwangerschaft und Stillzeit, zum FAS sowie zur Kampagne „alkoholfrei schwanger“. Daneben wurden weitere Materialien entwickelt: die Elterninfo „alkoholfrei schwanger“ sowie die Handzettel „alkoholfrei schwanger“ und „alkoholfrei stillen“, die auch in barrierefreier Sprache erhältlich sind. Werbeträger mit der Aufschrift „alkoholfrei schwanger“ wie T-Shirts und Babytücher runden das Angebot ab.

www.mach-dir-nix-vor.de



Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung:

„Verantwortung von Anfang an“

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI hat Anfang 2009 mit wissenschaftlicher Unterstützung der FAS-Ambulanz des Universitätsklinikums Münster die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“ herausgegeben.

Ziel der Broschüre ist es, über FAS zu informieren und praktische Tipps zu geben, wie Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit konsequent auf alkoholhaltige Getränke verzichten können. Über einen begleitenden Internetauftritt erhalten werdende Eltern online praxisnahe Expertentipps zum Thema

Alkohol in der Schwangerschaft. Im zweiten Jahr nach Kampagnenstart wird die Broschüre seit März 2010 in einer Neuauflage von ca. 390.000 Stück über die gynäkologischen Praxen zusammen mit dem Mutterpass abgegeben: In der „Babilu-Tasche“ erreicht die Broschüre die Zielgruppe zusammen mit anderen relevanten Informationen und Produkten für schwangere Frauen. Zusätzlich werden die Praxen mit insgesamt 7.000 Informations-Paketen aus Plakaten und Broschüren ausgestattet.
www.verantwortung-von-anfang-an.de

1.2.1.10 Lokale Politik zur Alkoholprävention

Beispiele aus den Bundesländern

Nordrhein-Westfalen:

„Lokale Alkoholpolitik – Von den Besten lernen“

Der zunehmende Alkoholkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen stellt die Städte und Gemeinden vor erhebliche Herausforderungen. Sie müssen sich mit den Folgen auseinandersetzen und sind über die Ordnungsbehörden, Polizei, Gesundheitsdienste und Suchtprävention aufgefordert zu reagieren. Hierzu braucht es einen Ansatz, der die Akteure vor Ort einbezieht und eine Strategie der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die einen sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmen für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol verfolgt. Die Planung und Umsetzung dieser lokalen Alkoholpolitik erfolgt schrittweise, angelehnt an den Policy-Zirkel von Brewer und De Leon: Nach einem politischen Beschluss wird ein Steuerungsgremium gebildet, das zunächst die lokale Situation analysiert. Auf dieser Grundlage werden Maßnahmen erstellt, umgesetzt und nachhaltig verankert. Dieses Vorgehen soll langfristig zu verbindli-

chem Handeln bei allen Beteiligten führen. An diesem westfälisch-lippischen Projekt, das bis Ende 2012 läuft, sind sechs kreisfreie Städte, vier Landkreise und acht kreisangehörige Städte und Gemeinden beteiligt. Die Ergebnisse werden zum Ende des Projekts in einem Leitfaden festgehalten.

www.lwl.org/ks-download/downloads/lokale_Alkoholpolitik/Projektbeschreibung.pdf

Baden-Württemberg:

Leitfaden „Lokale Alkoholpolitik“

Mit dem Leitfaden „Lokale Alkoholpolitik“ stellen rund 150 Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg ihre Maßnahmen gegen Rauschtrinken, Vandalismus und Gewalt vor. In einem ersten Schritt beschließt der Gemeinderat, an dem Projekt „Lokale Alkoholpolitik“ teilzunehmen. Dann wird ein Runder Tisch „Lokale Alkoholpolitik“ mit allen relevanten Schlüsselpersonen aus Verwaltung, Polizei, Gaststätten, Einzelhandel und Schulen gebildet. Eine Situations- und Bedarfsanalyse ermittelt die Problemstellungen in der Kommune. Der Runde Tisch diskutiert die Ergebnisse und initiiert konkrete Maßnahmen. Diese reichen von „Blauen Briefen“ für auffällige Jugendliche, der Einrichtung von Jugendtreffpunkten bis zu jugendschutzgerechten Vereinszertifizierungen. Eine von der DAK finanzierte Evaluation soll zeigen, dass Städte und Gemeinden in der Alkoholprävention effektiv und effizient handeln können. Viele Rahmenbedingungen, die dem Alkoholmissbrauch vor allem bei Jugendlichen entgegenwirken, können Gemeinden direkt steuern.

Gemeinsame Empfehlungen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs

Die Arbeitsgruppe Suchtprävention in Baden-Württemberg hat im November 2011 gemeinsame Empfehlungen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs

verabschiedet. An der Arbeitsgruppe unter der Leitung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren sind verschiedene Körperschaften, Verbände und Ressorts beteiligt, die mit der Suchtprävention zu tun haben. Dies bezieht sich vor allem auf die Ebene der Kommunen. Die Maßnahmen müssen vor Ort überprüft und auf die jeweiligen Bedürfnisse der Stadt- und Landkreise abgestimmt werden. Da die Zielgruppe mobil ist, ist es wünschenswert, dass sich die Kommunen auch über Stadt- und Landkreisgrenzen hinweg abstimmen und einigen.

Die Empfehlungen sehen vor, zunächst die jeweilige Ist-Situation vor Ort zu erheben: Wie viele Jugendliche werden zum Beispiel jedes Jahr mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert? Eventuelle Projekte sollen verbindlich in bestehende Abläufe und Strukturen eingebunden, die Prävention als dauerhafte pädagogische, soziale und gesellschaftliche Aufgabe in den bestehenden Strukturen verankert und diese zu Netzwerken ausgebaut werden. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollen kombiniert und Multiplikatoren wie Peers ausgebildet werden. Bewährt haben sich danach Vereinbarungen mit Festveranstaltern, die als Vorlage genutzt und weiterentwickelt werden können. Hilfreich können auch Leitfäden und Checklisten sein. Die Empfehlungen enthalten eine eigene Checkliste für die Durchführung von Projekten und geben gezielte Hinweise für besondere Zielgruppen wie Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Netzwerk Neue Festkultur und Fachtag „Unser Fest soll schöner werden“

Damit Dorf- und Stadtfeste für alle angenehm verlaufen, unternehmen viele baden-württembergische Landkreise unterschiedlichste Maßnahmen, um Alkoholmissbrauch vorzubeugen – unter anderem durch Selbstverpflichtungen und einheitliche

Genehmigungsverfahren. Bisher bezog sich dies auf den einzelnen Landkreis. Die Besucher kommen jedoch auch aus Nachbarkreisen zu den Festen. Deswegen ist es wichtig, dass sich die Kreise über ihre Grenzen hinaus vernetzen. Hierzu wurde in der Region Bodensee-Oberschwaben 2008 das „Netzwerk Neue Festkultur“ gegründet: ein interdisziplinäres Netzwerk mit Vertretern aus Kommunen und Landkreisverwaltungen, der Polizei, der Suchtberatung und der Sozialarbeit aus derzeit 14 Landkreisen sowie dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.

Ein Ergebnis der Treffen war die Fachtagung „Unser Fest soll schöner werden – Projekte, Konzepte und Ideen für eine neue Festkultur“ am 10. November 2010 in Bad Saulgau: Bisherige Erfahrungen wurden transparent gemacht, neue Impulse gegeben und die Vernetzung gestärkt, um künftiges Handeln über Landkreisgrenzen hinweg zu fördern. Zudem ist eine Leitlinie zur Festkultur entstanden, die die Landräte der beteiligten Kreise inzwischen unterschrieben haben. Zwei weitere Landkreise haben signalisiert, 2012 ebenfalls beitreten zu wollen. Ebenfalls 2012 soll eine Homepage mit Informationen zum Thema Festkultur für Interessierte, Festveranstalter, Behörden und weitere Akteure online gehen.

www.netzwerk-neue-festkultur.de

1.2.1.11 Alkohol und Gewalt

Alkoholmissbrauch schadet nicht allein den trinkenden Personen. Vielfach nehmen auch dritte Personen Schaden, zudem sind damit öffentliche Kosten verbunden. Dabei ist neben Unfällen vor allem die in Zusammenhang mit Alkohol stehende Gewalt gegen Personen oder Gegenstände von Bedeutung. Alkohol und andere Suchtmittel sind zwar nicht die alleinige Ursache für Gewalt,

wirken aber wie Katalysatoren: Sie steigern Aggressionen und mindern die Selbstkontrolle.

Auch wenn Gewalt komplexe Mechanismen zugrunde liegen, zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse einen linearen Zusammenhang zwischen dem Durchschnittskonsum von Alkohol und dem Risiko, in Gewaltauseinandersetzungen verwickelt zu werden. Laut Polizeilicher Kriminalstatistik wird bei rund 14 Prozent aller Tatverdächtigen ein Einfluss von Alkohol beim Tathergang festgestellt – mit steigender Tendenz. Einzelne Studien gehen sogar davon aus, dass bei rund 40 Prozent aller Gewalthandlungen, die der Polizei bekannt sind, Alkohol im Spiel ist. Zwischen Sucht- und Gewaltopferhilfe fehlen derzeit effektive Kooperationsstrukturen, um möglichen Sucht-, Missbrauchs- und Gewaltproblemen wirksam entgegenzutreten zu können. Vor diesem Hintergrund hat das BMG 2011 das Projekt „Gewaltreduktion durch Prävention“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gefördert, das einen Überblick über bereits existierende Ansätze gewalt- und alkoholpräventiver Arbeit in Deutschland zusammenstellt. Ziel ist es, bundesweit Erfolgskonzepte, Projekte und Maßnahmen zu recherchieren, die auf unterschiedlichen regionalen und sozialstrukturellen Ebenen Gewalttaten unter Alkoholeinfluss – besonders in der Öffentlichkeit – entgegenzutreten und entsprechend präventive Arbeit leisten. Ferner soll recherchiert werden, welche Maßnahmen die Polizei und andere Ordnungsbehörden im Hinblick auf die Gewaltproblematik ergreifen. Die Schwerpunkte liegen auf Gewalt unter Jugendlichen und Gewalt in der Öffentlichkeit. Im Rahmen des Projekts hat das BMG im Oktober 2011 ein Expertengespräch zu Fragen der Prävention durchgeführt. Fachleute aus der Suchthilfe, Suchtprävention, Kriminalprävention und Jugendhilfe haben ausgewählte Projekte vorgestellt und Bewertungskriterien guter Projekte erörtert. Die so identifizierten Projekte werden in einer Datenbank zusammengefasst und auf den Seiten der DHS veröffentlicht.

www.dhs.de/nc/alkohol-und-gewalt.html

Beispiel aus den Bundesländern

Brandenburg:

„Frauen, Sucht und häusliche Gewalt in Brandenburg“

Viele Frauen sind sowohl von Sucht als auch von Gewalt betroffen. Frauenschutzeinrichtungen und Suchthilfe arbeiten in der Praxis bisher aber weitgehend getrennt, Kooperationspotenziale bleiben ungenutzt. Zudem zeigte das Symposium eine eklatante Lücke in der Versorgung und Hilfestellung für suchtmittelabhängige Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind. Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr) hat diesen Ansatz aufgegriffen und bietet mit Unterstützung des Brandenburgischen Ministeriums für Arbeit, Soziales und Frauen seitdem ganztägige Workshops zum Thema „Frauen, Sucht und häusliche Gewalt in Brandenburg“ an. Mitarbeiter sollen für die Überschneidung von Sucht und Gewalt stärker sensibilisiert werden, die unterschiedlichen Herangehensweisen, Grenzen und Erwartungen beider Arbeitsfelder kennenzulernen, Bedarfe zu erkennen und ein künftiges gemeinsames Vorgehen abzustimmen. Es wurden Kontakte hergestellt sowie Kooperationen und Netzwerke angestoßen. Dieses Workshopprojekt läuft 2012 weiter.

www.fdr-online.info

1.2.1.12 Präventionsforschung

Genetik der Alkoholsucht

Bei der Entwicklung von Alkoholismus ist die genaue Rolle von genetischen Ursachen bisher nur unzureichend geklärt. Die komplexe Wechselwirkung zwischen Alkohol, Genen und Umwelt führt dazu, dass sich die Symptome sehr unterschiedlich ausprägen. Im BMBF-geförderten Nationalen Genomforschungsnetz NGFN-Plus wird unter anderem untersucht, welche genetischen Faktoren wie zur Alkoholsucht beitragen, um Behandlungen und Diagnosemöglichkeiten zu verbessern.

Suchtprävention im Jugendalter

Das Forschungsprojekt „Gesundheitsnetz Alkohol im Jugendalter“ ist Teil des Forschernetzwerks „psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit“, welches das BMBF von 2011 bis 2014 fördert. Die Wissenschaftler beschäftigen sich mit Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie untersuchen dabei, wie wirksam eine Kombination aus Motivationsmaßnahmen und Elternintervention ist.

1.2.2 Tabak

1.2.2.1 „rauchfrei“- Kampagne der BZgA

Die „rauchfrei“-Kampagnen der BZgA sind Teil einer umfassenden Strategie aus bevölkerungs- und personenbezogenen Maßnahmen zur Tabakprävention in Deutschland. Die Dachkampagne untergliedert sich in zwei Teilkampagnen: Die rauchfrei-Jugendkampagne richtet sich an 12- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche, die rauchfrei-Erwachsenenkampagne an die erwachsene Allgemeinbevölkerung. Beide sind multimethodisch konzipiert und beinhalten massen- und personalkommunikative Elemente. Die Jugendkampagne hat das Ziel, dass Jugendliche überhaupt nicht erst anfangen zu rauchen, beziehungsweise Jugendliche dabei zu unterstützen, möglichst früh wieder aufzuhören. Zugleich soll der Schutz vor Passivrauchen gestärkt werden. Zentrales Element der Kampagne ist die Internetplattform www.rauch-frei.info. Sie wurde 2011 inhaltlich überarbeitet und in einem modernisierten Design online gestellt. Um das Portal noch attraktiver zu machen, wurde beim Relaunch besonders auf eine jugendaffine Gestaltung geachtet, übersichtliche Navigationsstrukturen, aktuelle und zielgruppenorientierte Informationen sowie neue interaktive Programmelemente. Insgesamt erreichte die aktualisierte Internetplattform für Jugendliche bereits mehr als 43.000 Besucher, beziehungsweise 330.000 Sei-

tenaufrufe. Beim „rauchfrei“-Beach Club der Kampagne werden Informationen zum Nichtrauchen in lockerer Strandatmosphäre verbreitet und mit sportlichen Mitmachangeboten verbunden. Das Event-Modul der Kampagne besteht aus einer Bühne, einer Mini-Sport-Arena, dem rauchfrei-Mobil mit Infostand sowie mehreren Spieltischen. Im Juni 2011 war das Modul beim großen Jugendevent der Deutschen Sportjugend in Burghausen im Einsatz. Mehr als 1.000 Jugendliche nutzten die Möglichkeit, sich dort persönlich zum Thema Nichtrauchen zu informieren. Auch die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne bietet als zentrales Element eine umfangreiche Internetplattform www.rauchfrei-info.de an. Im Jahr 2011 verzeichnete sie mehr als 300.000 Besuche. Damit gehört sie zu den am meisten besuchten Internetplattformen der BZgA-Suchtprävention. Die Plattform klärt über die negativen Folgen des Rauchens auf, fördert die Bereitschaft zum Rauchverzicht und regt dazu an, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Zudem wird kostenloses Informationsmaterial rund um die Themen (Nicht-)Rauchen und Rauchstopp im Rahmen der Kampagne angeboten. Das „rauchfrei“-Startpaket für aufhörwillige Raucher enthält die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“, den „Kalender für die ersten 100 Tage“, einen „Relax-Ball“, Pfefferminzpastillen und weitere nützliche Materialien, die den Rauchstopp unterstützen können. Im Jahr 2011 wurde das Paket mehr als 35.000 Mal bestellt. Die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ wurde mehr als 130.000 Mal versendet. Auch andere Informationsmaterialien der Kampagne waren 2011 stark nachgefragt. Am Welt Nichtrauchertag am 31. Mai 2011 wurde die aktuelle Anzeigenserie „Wir sind rauchfrei“ vorgestellt. Drei neue Motive richten sich an die erwachsene Allgemeinbevölkerung und vermitteln die Vorteile des Nichtrauchens auf emotionaler Ebene mit positiven Bilderbotschaften: „Ich hab´s geschafft. Und du?“ Von Mai bis Juli 2011 wurden die Motive in ausgewählten Publikumszeitschriften geschaltet. In Kooperation mit rauchfrei PLUS, dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK-C 1.2.2.4) wurde 2011 mit *Fax to Quit* ein Angebot geschaffen, rauchende Patienten während eines Krankenhausaufenthalts zur Telefonberatung der BZgA anzumelden. Ein Evaluationsbericht dieses Projekts liegt im Laufe des Jahres 2012 vor.

Für Jugendliche: www.rauch-frei.info

Für Erwachsene: www.rauchfrei-info.de



Förderung des Nichtrauchens in der Schule

Im Rahmen der Jugendkampagne „rauchfrei“ stellt die BZgA Medien zur Verfügung, um das Nichtrauchen in Schulen zu fördern. Da die Raucherquoten in Haupt- und Realschulen höher sind (Sek 1: 12,3 Prozent beziehungsweise 17,8 Prozent im Vergleich zu Gymnasien mit 4,8 Prozent), richten sie sich besonders an diese Schulformen. Dazu gehören Unterrichtsmaterialien („Rauchen – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5–10“), eine Anleitung für Lehrkräfte (Curriculum Anti-Rauchkurs) sowie der Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“. Für Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen steht ab 2012 der Leitfaden „Förderung des Nichtrauchens in berufsbildenden Schulen“ zur Verfügung. Er berücksichtigt das höhere Durchschnittsalter dieser Schüler, dass die Konsummuster bereits stabiler sind und sich die Schüler weniger stark mit der Schule identifizieren.

Weiterhin wurde 2011 im Rahmen eines Modellprojekts der neue Leitfaden „Schülermentoren zur Förderung der rauchfreien Schule“ erprobt, der nach den Prinzipien der Peer-Erziehung arbeitet. Er soll gleichaltrige, nichtrauchende Schüler in die schulische Tabakprävention einbinden, die im Schulalltag für das Nichtrauchen werben und als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Wenn die Testphase abgeschlossen ist, wird der neue Leitfaden 2012 für alle Schulen verfügbar sein. Die BZgA fördert das Nichtrauchen in Schulen außerdem durch die Jugendfilmreihe „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“, den KlarSicht-MitmachParcours und durch die Unterstützung des Wettbewerbs *Be Smart – Don´t Start*.

Des Weiteren stellt die BZgA zielgruppenspezifische Informationsbroschüren für Jugendliche im Schulalter und für ihre Eltern zur Verfügung, die stark nachgefragt werden. Die Jugendbroschüre *Let´s Talk about Smoking* wurde in 2011 knapp 68.000 Mal bestellt, die Broschüren *Stop Smoking Boys* und *Stop Smoking Girls* zusammen mehr als 105.000 Mal. Vom Elternratgeber „Raucht mein Kind?“ wurden mehr als 17.000 Exemplare verteilt.

1.2.2.2 „Be Smart – Don´t Start“

Be Smart – Don´t Start ist ein Nichtraucher-Wettbewerb für Schulklassen aller Schulformen mit Schwerpunkt auf den Klassenstufen 6 bis 8. Im Schuljahr 2011/2012 melde-



ten sich rund 10.000 Klassen mit rund 250.000 Schülern an. Teilnehmende Klassen bestätigen in einem Vertrag, dass sie für den Wettbewerbszeitraum von einem halben Jahr rauchfrei bleiben. Schaffen sie dies, können sie zahlreiche Preise gewinnen – als Hauptpreis eine Klassenreise. Viele Klassen führen Begleitaktionen zum Thema Nicht- rauchen und Gesundheit durch, die gesondert ausgezeichnet werden. Der Wettbewerb wird seit dem Schuljahr 1997/1998 angeboten. Seit dem Start haben über 120.000 Schulklassen mit mehr als drei Millionen Schülern teilgenommen. Allein im Schuljahr 2010/2011 haben 10.600 Schulklassen mitgemacht, 180.000 Schüler waren danach erfolgreich rauchfrei. Etwa ein Drittel der Klassen nimmt wiederholt am Wettbewerb teil. Be Smart – Don´t Start bietet Lehrkräften und Schulen ein bewährtes, wenig aufwändiges und umfassend wissenschaftlich untersuchtes Programm, dem Rauchen vorzubeugen. Es wird von der BZgA, der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Herzstiftung sowie von weiteren öffentlichen und privaten Institutionen gefördert.

www.besmart.info

1.2.2.3 Von „rauchfrei“ zu „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) wurde als Modellprojekt des BMG von 2005 bis 2008 aufgebaut und mit „rauchfrei PLUS“ die Implementierung von Beratung und Tabakentwöhnung bis 2010 gefördert. Seit 2011 setzt das DNRfK als unabhängig finanziertes Netzwerk diese Modellprojekte fort und entwickelt sie weiter. Der DNRfK-Beirat berät die Koordinierungsstelle des DNRfK. Die DNRfK-Mitglieder verpflichten sich nach dem Kodex des *ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services* zu rauchfreien Gesundheitseinrichtungen sowie zur Beratung und Taba-

kentwöhnung. Auf nationaler Ebene können Zertifikate in Bronze und Silber erworben werden, international werden Anerkennungen auf dem Gold Level vergeben. Die Ergebnisse einer Mitgliederbefragung ergaben, dass die Qualität des Programms sowohl bei der Rauchfreiheit als auch bei Beratung und Tabakentwöhnung größer ist, je länger die Mitgliedschaft dauert und je höher das Zertifizierungslevel ist. Im Jahr 2011 erhielten 15 Mitglieder eine Zertifizierung in Bronze und zehn Mitglieder in Silber. Die Vergabe erfolgte im Rahmen eines Peer-Reviews bei einem Vor-Ort-Besuch. Silberzertifizierte Kliniken stellen mittlerweile selbst 23 geschulte Auditoren für den Zertifizierungsprozess. In einem Projekt mit der BZgA wird seit 2011 im DNRfK auch das Angebot Fax to Quit implementiert (C1.2.2.1). Diese Kurzintervention zum Rauchstopp wird dabei mit dem Angebot des proaktiven Anrufs durch die BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung kombiniert. Zusätzlich bietet das DNRfK Workshops zum Erfahrungsaustausch an.

International ist das DNRfK im Vorstand des ENSH vertreten. Der nationale Zertifizierungsprozess ist international im *ENSH GOLD Process* als Verfahren übernommen worden und wird bereits zum dritten Mal vom DNRfK Büro koordiniert.

www.rauchfrei-plus.de

1.2.2.4 Tabakprävention in Gefängnissen

Der Tabakkonsum ist in deutschen Gefängnissen bislang wenig erforscht. Deshalb fördert das BMG eine Studie, um erstmals einen bundesweiten Überblick zu erhalten, wie verbreitet das Rauchen im Strafvollzug ist und wie sich die rechtliche Situation darstellt. Dafür wird das Rauchen bei Gefangenen und beim Personal dokumentiert, die Belastung durch Passivrauchen gemessen und eine Strategie zum Nichtraucherschutz im Vollzug entwickelt. Die Datenerhebung ist bereits abgeschlossen. Anfang 2012 wurden die Ergebnisse der Literaturstudie veröffentlicht.

Die Befragung aller Haftanstalten ergab bei einer Rücklaufquote von 28 Prozent (N= 81) folgende zentrale Ergebnisse:

- Es bestehen Raucherzonen in 30 Prozent der Gebäude für Bedienstete, und 40 Prozent der Gefangenen haben rauchfreie Zellen.

- Es gibt Rauchausstiegshilfen in 61 Prozent der Einrichtungen für Gefangene und in 43 Prozent für Bedienstete. Die Gefangenen müssen die Kosten in 71 Prozent der Fälle selbst übernehmen, gegenüber 40 Prozent bei den Bediensteten.

Auf Basis der Ergebnisse wird ein Leitfaden für die Anstaltsleitungen und ein Aufklärungsdokument entwickelt.

www.fh-frankfurt.de/de/forschung_transfer/institute/isff.html

1.2.3 Medikamente

1.2.3.1 Prävention der Medikamentenabhängigkeit

Anders als bei Abhängigkeitsproblemen mit Nikotin, Alkohol oder illegalen Drogen ist die Anwendung von Arzneimitteln von Experten mitbestimmt: Ärzte verordnen, Apotheker empfehlen. Dieser Aspekt hat bei beiden Berufsgruppen bereits zur Entwicklung von Leitfäden geführt, die auch von der Drogenbeauftragten und dem BMG unterstützt wurden. Sie dienen dazu, in Behandlung und Beratung einer Medikamentenabhängigkeit vorzubeugen. Die Prävention des Arzneimittelmissbrauchs und der Arzneimittelabhängigkeit gehört zu den Berufspflichten eines Arztes und Apothekers.

Trotz dieser Aktivitäten wird das Problem der Medikamentenabhängigkeit und des -missbrauchs nicht erkennbar geringer. Wichtig ist neben der größeren Sensibilität von Personen im Gesundheitswesen auch ein kritischer Umgang der Bevölkerung mit Medikamenten. Egal ob die eingenommenen Medikamente der Schlafförderung, Beruhigung oder der Steigerung der körperlichen Fitness dienen sollen: Oftmals wird vergessen, dass Medikamente Nebenwirkungen haben und große Risiken bergen. Daher hat das BMG bereits Ende 2010 ein Merkblatt für Patienten mit Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie entwickelt. Speziell über das Suchtrisiko von Medikamenten informiert auch die DHS die Bevölkerung mit Broschüren.

1.2.3.2 Nationaler Dopingpräventionsplan

Im Rahmen des im August 2009 von Bund, Ländern, der Nationalen Anti-Doping Agentur (NADA) des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Deutschen Sportjugend (dsj) vereinbarten Nationalen Dopingprä-

ventionsplans (NDPP) wurden im Jahr 2011 Dopingpräventionsprojekte für Athleten und deren Umfeld durchgeführt. Das mehrjährige Projekt „Sport ohne Doping“ wurde erfolgreich fortgesetzt, indem der Referentenpool weiter ausgebaut und Juniorbotschafter zur Dopingprävention qualifiziert wurden. Mit dieser *Top-Down-Strategie* soll eine nachhaltige Implementierung der Dopingprävention in den Strukturen und Programmen des Aus- und Fortbildungssystems des organisierten Sports erzielt werden. Die bereits entwickelten Medienangebote, wie der Internetauftritt www.nada-bonn.de, die Medikamentendatenbank „NADAMed“ oder die „E-Learning-Plattform“ wurden gut von den Zielgruppen angenommen.

Im August 2011 wurde ein Runder Tisch zur Dopingprävention durchgeführt, an dem ca. 40 Experten aus Sport, Wissenschaft, Bildung und Gesundheit teilnahmen. In drei Workshops wurden Pläne für das weitere Vorgehen erarbeitet. Im Frühjahr 2012 ist die technische Umsetzung einer Datenbank und eines Internetauftritts für Dopingpräventionsprojekte vorgesehen. Mittels *Best-Practice*-Beispielen sollen unter anderem Anreize für Projekte geschaffen und Informationen über erfolgreiche Projekte gegeben werden. Um die Dopingprävention weiter verbessern zu können, wird eine stärkere Zusammenarbeit der im NDPP kooperierenden Partner und eine verlässliche Finanzierung angestrebt.

1.2.4 Illegale Drogen

Illegale Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain oder Amphetamine bedeuten eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit. Sie beeinträchtigen darüber hinaus auch das Leben der Angehörigen von Drogenkonsumierenden. Der tragischste Beleg für die Gefährlichkeit dieser Substanzen sind die Drogentodesfälle. Eine Bedrohung für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar. Deshalb zielt die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung darauf, den Drogenkonsum zu verringern, die sozialen und gesundheitlichen Schäden aufgrund des Gebrauchs illegaler Drogen zu reduzieren und die Verfügbarkeit durch eine konsequente Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken. Vor allem seit 2003 sind mit Förderung des Bundes zahlreiche Initiativen und Projekte entstanden, die sich insbe-

sondere an jugendliche Cannabiskonsumierende wenden. Diese Angebote reichen von niedrigschwelligen Angeboten bis zu psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Darüber hinaus sind mögliche Risiken und langfristige Folgen des intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen und unter Experten verstärkt diskutiert worden.

Neben den zahlreichen Maßnahmen der Drogenprävention auf unterschiedlichen Ebenen zählt die Aufklärung der Drogenabhängigen über Infektionsrisiken und Infektionsvermeidung sowie die Minimierung des intravenösen Gebrauchs von Drogen zur Prävention. Insbesondere der intravenöse Drogenkonsum, vorwiegend von Heroin, ist eine der häufigsten Ursachen für schwerwiegende Gesundheitsprobleme unter Drogenkonsumenten, darunter Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS sowie Hepatitis-B und -C. Infektionsrisiken gibt es beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, bei der gemeinsamen Nutzung anderer Spritz- und Drogenzubereitungsutensilien (Filter und ähnliches) sowie von Haushaltsgegenständen (zum Beispiel Rasierern, Zahnbürsten, Nagelscheren und ähnliches). Auch die Übertragung von HIV durch sexuelle Kontakte spielt eine Rolle für die Weiterverbreitung unter Drogenkonsumenten und ihren Partnern.

1.2.4.1 Präventionsprojekte für Jugendliche und junge Erwachsene

Beispiele aus den Bundesländern

Bayern:

„mindzone“

Im Jahr 1996 haben der Landes-Caritasverband Bayern und das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) in München *mindzone* initiiert. Es will Partygänger für Drogenrisiken sensibilisieren und eine konsumkritische Haltung fördern. Unter dem Motto „sauber drauf!“ agiert das Projekt bayernweit direkt in der Partyszene und bietet an mobilen Infoständen mit speziell geschulten Peers Informationen zu Partydrogen und Suchtrisiken an.

Das Themenspektrum ist dabei sehr vielseitig und reicht von aktuellen Substanzwarnungen bis zu Beratungsangeboten. Das Spektrum wurde laufend erweitert und neue Schwerpunktthemen aufgegriffen, wie etwa Risiken des Drogenmischkonsums. Aktuell befasst sich *mindzone* auch mit neuen Designersubstanzen, sogenannten *Legal Highs*, die zunehmend in die Partyszene drängen. Seit Jahren nutzt *mindzone* moderne, jugendaffine Kommunikationsmedien. Auf der Homepage wird zum Beispiel eine anonyme und vertrauliche Online-Beratung angeboten. Für ratsuchende Jugendliche ist sie oft eine erste wichtige Anlaufstelle. Darüber hinaus ist *mindzone* in sozialen Online-Netzwerken, wie, zum Beispiel Facebook, präsent.

Das niedrigschwellige, aufsuchende Konzept geht auf: Das bestätigen Gesprächskontakte am Infostand, wie auch die konstant hohen Zugriffszahlen auf der Webseite von ca. 1.000 Aufrufen pro Tag. Auf den überwiegend nächtlichen Aktionen in der Partyszene erreicht das Projekt über momentan mehr als 80 ehrenamtliche Peers bayernweit ca. 80.000 Jugendliche im Jahr. Anlässlich des 15-jährigen Jubi-

läums veranstaltete *mindzone* im Juni 2011 in München eine Fachtagung unter dem Titel „Abenteuer Partyleben: Partydrogen – neue Aspekte und Entwicklungen“.

www.mindzone.info

Fachtagung: www.fachtagung.mindzone.info

Sachsen:

„Drug Scouts“

Die *Drug Scouts* sind seit 15 Jahren unter anderem mit Angeboten der selektiven Prävention in der Partyszene in Leipzig aktiv. Das Projekt stellt Informationen, Materialien sowie Beratungsangebote zur Verfügung. Crystal (Methamphetamin) ist in der Region um Leipzig schon jahrelang in der (Party-)Szene verbreitet. Im Jahr 2011 stieg dort die Nachfrage nach Informationen hierzu stark an, vermutlich weil Heroinkonsumenten auf den (intravenösen) Konsum von Crystal umgestiegen sind. Zudem thematisieren Konsumenten wie auch Sozialarbeiter den problematischen Konsum häufiger. (Vgl. zu Crystal auch B. 4.4.3 „Beispiele aus den Bundesländern“). Auch das Interesse an Informationen zu Ketamin ist gestiegen. Zudem wurden vermehrt Informationen zu *Drug-Checking*(-Ergebnissen) nachgefragt. Das spiegelt sich auch in den Zugriffszahlen auf die Homepage des Projekts wieder: Zu verschiedenen Research Chemicals und Räuchermischungen gab es 2011 über 24.000 Besuche, zu Pillenwarnungen über 20.000. Weitere Anfragen drehten sich um den rechtlichen Status synthetischer Cannabinoide. Viele Nutzer waren hinsichtlich der Inhaltsstoffe der „neuen“ Drogen unsicher. Damit verbunden traten Notfälle aufgrund von Überdosierungen, Mischkonsum oder unerwarteten Wirkungen auf. Entsprechend wurden die Inhalte auf der Internetseite erweitert sowie eine Broschüre zu Research Chemicals entwickelt. Anknüpfend an die Online-Befragung des *Centre for Drug Research* (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt und nach projektinternen Beobachtungen sind Konsumierende von *Research Chemicals* keine neue Nutzer-

gruppe, sondern häufig bereits konsumerfahrene, riskant konsumierende Menschen. Daher sollten die bewährten Präventionsstrategien weitergeführt werden, über die sich die beteiligten Akteure noch besser austauschen müssen.

www.drugscouts.de

Nordrhein-Westfalen:

„partypack.de“

„partypack.de“ ist ein Internetangebot der Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln zur Prävention des Partydrogenkonsums. Das seit 2001 bestehende Angebot wendet sich vor allem an jugendliche und junge erwachsene Konsumenten und bietet neben einem umfangreichen Informationsspektrum professionelle Online-Beratung über ein datensicheres Online-System. Seit 2003 ist partypack.de unter dem Namen „ansprechbar by partypack.de“ auch als personalkommunikatives Beratungs- und Informationsangebot auf Musikfestivals aktiv. Hierfür wurde das Informations-Set *Drugs – Just Say Know* entwickelt. Es klärt über Wirkungen, Risiken und Safer Use von mehr als dreißig psychoaktiven Substanzen sowie den risikoreichen Mischkonsum auf. Zudem entwickelte partypack.de zusammen mit Kooperationspartnern aus Köln spezifische Informationsmaterialien zu den Substanzen GHB/GBL, eine Informationskampagne mit Flyern, Plakaten und eine Webseite zur Problematik der K.o.-Tropfen. Alle Materialien können online bezogen werden. Im schulischen Bereich führen die Mitarbeiter von partypack.de Fortbildungen für Lehrer zur Prävention des Partydrogenmissbrauchs durch.

Das Jahr 2011 war inhaltlich vor allem durch die stark wachsende Verfügbarkeit von Legal Highs geprägt. Sowohl die Gespräche bei Musikveranstaltungen als auch die eingehenden E-Mail-Anfragen zeigten deutlich, dass Konsumenten neugierig sind, aber gleichzeitig wenig darüber wissen.

www.drogisto.de

www.ko-tropfen-koeln.de

Baden-Württemberg:

„Chillout“

Im Jahr 2011 feierte die aufsuchende Jugend- und Drogenberatung *Chillout* zehnjähriges Jubiläum. Sie wird gemeinsam von der Caritas und der Diakonie in enger Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeplanung und der kommunalen Suchtbeauftragten des Landkreises Ludwigsburg getragen.

Chillout hat das Ziel, suchtfgefährdete und suchtkranke junge Menschen möglichst frühzeitig in ihrem Lebensumfeld zu erreichen, um ihnen dort Beratung und Begleitung anzubieten und sie an andere Einrichtungen weiterzuvermitteln. Kooperationspartner sind Berufsschulen, allgemeinbildende Schulen, Träger von Ausbildungsmaßnahmen und die mobile Jugendarbeit. Gleichzeitig werden die Fachkräfte aus diesen Arbeitsfeldern in Suchtfragen unterstützt und dabei begleitet, präventive und einzelfallorientierte Handlungskonzepte in ihren Einrichtungen zu verankern. Die Zahl der beratenen Personen wuchs von 105 (2002) auf 560 (2011).

Als besondere Arbeitsfelder entwickelten sich die Kooperationen mit den Kliniken und der Polizei im Rahmen des reaktiven Bausteins des bundesweiten HaLT-Programms (C 1.2.1.3). In diesem Rahmen wurden 2011 insgesamt 57 Jugendliche betreut. Zu den Maßnahmen zählen Einzel- und Gruppenangebote für Klienten der Jugendgerichtshilfe, die Arbeit mit jugendlichen Migranten mit sportpädagogischen (Kickboxen) und erlebnispädagogischen Angeboten, die Elternarbeit im Rahmen des Programms „Eltern aktiv“ sowie die Einzelarbeit mit Cannabiskonsumenten im Rahmen des Programms *Realize it!*.

www.projekt-chillout.de



Thüringen:**Musikszeneprojekt „Drogerie“**

Das Musikszeneprojekt „Drogerie“ ist ein niedrigschwelliges Drogenpräventionsprojekt. Mit einem Wohnmobil werden auf Musikveranstaltungen Jugendliche und junge Erwachsene, Drogenkonsumenten wie Interessierte direkt angesprochen. Das Projekt bietet Informationen zu illegalen und legalen Drogen, Drogenrecht, Safer Use und Safer Sex. Das Wohnmobil bietet eine entspannte Atmosphäre, um den Kontakt zu interessierten Jugendlichen aufzubauen, vertraute Gespräche zu führen oder einfach nur für ein paar Minuten für Ruhe zu sorgen. Der Träger von Drogerie, die SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH, ist gut vernetzt und kann bei Bedarf auch auf andere Beratungsstellen zurückgreifen. Auf der Projekt-Homepage können sich alle Interessierten rund um das Thema Drogen informieren, Fragen stellen, Bilder von Partys anschauen, neue Termine des Wohnmobils erfahren sowie Infomaterial bestellen.

www.drogerie-projekt.de

1.2.4.2 Cannabis**„FreD Goes Net“ – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten in Europa**

Das deutsche Bundesmodellprojekt „FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ wurde unter dem Titel *FreD Goes Net* inzwischen in 17 EU-Länder transferiert. Wissenschaftlich begleitet wurde es von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) in Köln und gefördert von der Europäischen Kommission sowie über Eigenleistungen der Partner und Zuwendungen des BMG. Die klassische FreD-Zielgruppe sind 14- bis 21-Jährige, die mit illegalen Drogen erstmals auffällig wurden. Der Ansatz wurde für *FreD Goes Net* weiter entwickelt und bezieht nun risikanten Alkoholkonsum mit ein. In elf der zwölf Pilotländer wurde FreD erfolgreich bei Polizei und Justiz, Schule, Jugendhilfe, Arbeit, Familie und/oder Krankenhaus imple-

mentiert. Die Intervention umfasst ein Einzel-Vorgespräch plus Gruppenangebot von insgesamt acht Gesprächsstunden. Die Grundhaltung zum Konsum und das Konsumverhalten veränderten sich dadurch positiv und die Kompetenz zur Problemlösung stieg. Über das Ende der Projektlaufzeit hinaus verbreitet sich das FreD-Programm in Deutschland und Europa weiter. Eine Zertifikatsausbildung zum FreD-Trainer, die die LWL-Koordinationsstelle Sucht regelmäßig anbietet, sichert die Qualität der praktischen Umsetzung: In Deutschland gibt es derzeit 124 zertifizierte FreD-Trainer, in Polen 54 und in Rumänien 64. Auch neue Ideen fließen in das FreD-Konzept ein: Bei Auffälligkeit mit Nikotin in der Schule wird FreD in Zypern durchgeführt, als ein „flankierendes Elternangebot“ in Belgien oder als ergänzende Reaktion auf Gewaltdelikte im Zusammenhang mit Alkohol in Deutschland angeboten.

www.fred-goes-net.org

www.lwl-fred.de

„CAN Stop“

Im Auftrag des BMG hat das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) von Februar 2008 bis August 2011 ein Gruppenbehandlungsprogramm zur therapeutischen Patientenschulung und Rückfallprävention für junge Menschen im Alter von 14 bis 21 Jahren mit problematischem Cannabiskonsum entwickelt: *CAN Stop* beinhaltet Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum im Rahmen eines Gruppenbehandlungsprogramms. Es wurde in der ambulanten Jugendhilfe, der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung sowie im Jugendvollzug durchgeführt und evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm jungen Cannabiskonsumenten hilft, den eigenen Konsum zu überdenken und zu verändern.

Mit der Zielgruppe der 14- bis 21-Jährigen wurde der Schwerpunkt auf ein jüngeres Klientel gelegt, um möglichst früh in eine absehbare Konsumkarriere einzugreifen. Zudem war diese junge Zielgruppe hinsichtlich Cannabis bisher nur unzureichend abgedeckt. Neben dem multidimensionalen Familientherapie-Ansatz, der in der INCANT-Studie (C 2.2.4.1) erprobt wurde, liegt damit nun ein weiteres evaluiertes Programm für diese Zielgruppe

vor. Die Studie bezieht in den unterschiedlichen Settings Kontrollgruppen ein und orientiert sich an der Praxis der Versorgungslandschaft von jungen Cannabiskonsumenten. Das Programm erfüllt methodisch hohe Standards. Insgesamt 306 Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 18,6 Jahren wurden in die Studie einbezogen, davon nahmen 159 Personen an insgesamt 23 *CAN Stop*-Trainingsgruppen teil.

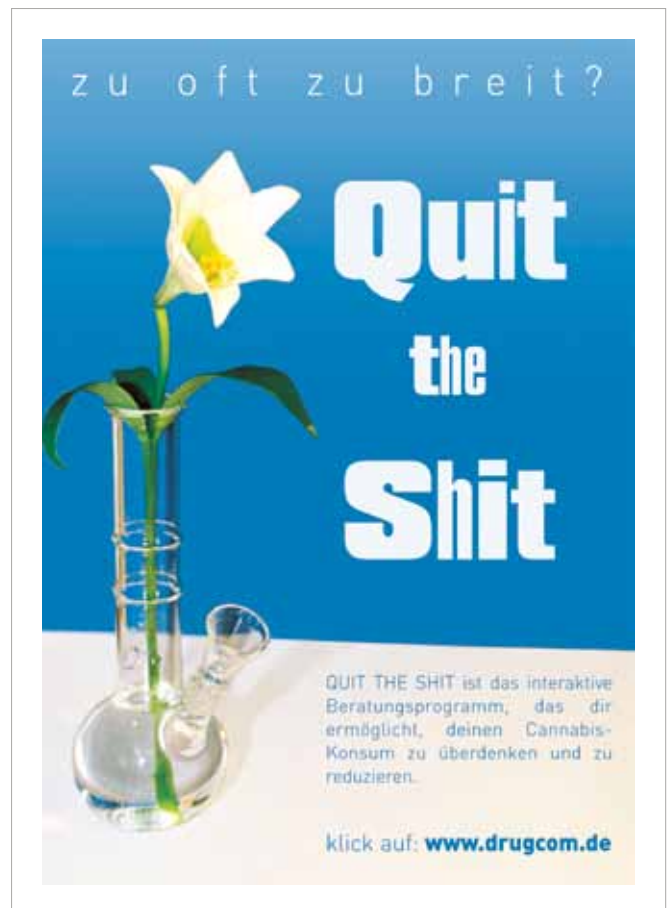
Hauptsächliches Ziel war die Reduzierung des Cannabiskonsums in den vergangenen 30 Tagen. Probanden, die zusätzlich zu den üblichen Standardinterventionen einer Einrichtung am *CAN Stop*-Training teilgenommen hatten, sollten nach Trainingsende und im Sechsmonats-Follow-up weniger Cannabis zu sich nehmen als solche, die nur ein Treatment as Usual der jeweiligen Institution durchliefen. Dieser Effekt konnte nachgewiesen werden: Die Zahl der Cannabiskonsumtage innerhalb der letzten 30 Tage sank statistisch signifikant bei den Probanden, die an *CAN Stop* teilgenommen hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Besonders deutlich zeigte sich der positive Effekt von *CAN Stop* in Jugendvollzugsanstalten und in der ambulanten Jugend- und Suchthilfe.

Sowohl die teilnehmenden Cannabiskonsumenten als auch die durchführenden Laientrainer haben das Training gut angenommen. Gerade der Laientraineransatz hat sich bewährt. Bereits jetzt gibt es in zehn Bundesländern 36 Einrichtungen mit ausgebildeten *CAN Stop*-Trainern. Das Projekt wurde im Rahmen des Wettbewerbs „Deutschland – Land der Ideen“ als „Ausgewählter Ort 2011“ ausgezeichnet.

www.canstop.med.uni-rostock.de

Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ der BZgA

Die Erfahrungen mit dem Suchtpräventionsprojekt *drugcom.de* der BZgA haben gezeigt, dass ein großer Bedarf an Beratung zum Thema Cannabis besteht. Die BZgA hat das Internetportal www.drugcom.de daher im Jahr 2004 durch das internetbasierte Ausstiegsprogramm *Quit the Shit* ergänzt. Das Programm bietet Cannabiskonsumierenden einen unkomplizierten und anonymen Zugang zu professioneller Beratung. Ziel ist es,



den individuellen Konsum von Cannabis innerhalb eines Zeitfensters von 50 Tagen signifikant zu reduzieren. Ein Online-Tagebuch und spezielle Übungen helfen den Teilnehmern, ihren Konsum zu reflektieren, zu senken oder ganz einzustellen. Ein Team professioneller Berater begleitet das Selbstmonitoring und gibt den Teilnehmern wöchentlich individuelle Rückmeldungen. Seit 2009 wird das Programm kontinuierlich durch spezielle interaktive Angebote ergänzt, die es ermöglichen, sich stärker persönlich mit dem Konsum und allen damit zusammenhängenden Aspekten auseinanderzusetzen. Mittlerweile ist *Quit the Shit* bundesweit als fester Bestandteil in ausgewählten Beratungsstellen installiert. Die Akzeptanz und Wirksamkeit des Programms ist wissenschaftlich geprüft.

www.quit-the-shit.net

1.2.4.3 Heroin und weitere illegale Drogen „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“

Von Oktober 2008 bis Juni 2011 förderte das BMG das Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention bei intravenös Drogenkonsumierenden das der Berliner Träger Fixpunkt e. V. durchgeführt hat. Das Land Berlin hat die wissenschaftliche Begleitung durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg gefördert. Das Projekt sollte vor allem junge Nutzer von Drogenkonsumräumen erreichen, die erst kurzzeitig intravenös konsumieren und nicht mit Hepatitis-C infiziert waren.

Es wurden unterschiedliche Kurzinterventionen erprobt, um Wissen zu vermitteln, wie sich der Hepatitis-C-Virus (HCV) überträgt, die Teilnehmer zu einem gesundheitsbewussteren Konsumverhalten anzuregen und Neuinfektionen zu vermeiden. Der Projektverlauf hat gezeigt, dass die entwickelten vielfältigen Interventionen unterschiedlich gut funktionieren. Es zeigte sich darüber hinaus, dass dieselben Maßnahmen an verschiedenen Standorten der niedrigschwelligen Drogenhilfe (Berlin, Essen, Frankfurt) unterschiedlich gut angenommen werden.

Auf Basis dieser und anderer Ergebnisse erarbeitete das ZIS eine Reihe von Empfehlungen für Forschung und Praxis. Das HCV-Quiz etwa war bei den Teilnehmern sehr beliebt. Deshalb rät das ZIS, Richtlinien für dessen Einsatz zu formulieren und diese anderen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Das Angebot zum HCV-Antikörpertest sollte weiter ausgebaut werden. Zudem empfehlen die ZIS-Wissenschaftler, HCV-spezifische Interventionen auch auf jüngere Konsumenten etwa in der Partyszene auszudehnen. Die einzelnen Maßnahmen und Instrumente wurden mit Anleitungen und umfangreichen Hinweisen versehen, unter welchen Bedingungen eine Intervention wirksam funktioniert. Mit diesem Projekt wurde Neuland betreten. Es stößt auf großes Interesse aus anderen europäischen Ländern, die an einem Transfer der Maßnahmen im Rahmen von Correlation, einem europäischen Netzwerk für soziale Integration und Gesundheit, interessiert sind.

www.fixpunkt.org

Abschlussbericht:

www.berlin.de/lb/drogen-sucht/bilanz

Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten

Die vorliegenden Daten zu HIV- und Hepatitis-Infektionen bei Drogenkonsumierenden machen deutlich, dass es großen Handlungsbedarf für die Prävention gibt. Das 2011 abgeschlossene, vom BMG geförderte Forschungsprojekt des IFT „Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland: Spritzentauschprogramme und andere Maßnahmen“ versuchte hier eine Bestandsaufnahme. Die Studie zeigte, dass in Deutschland weder auf Ebene des Bundes noch der Bundesländer ein Gesamtüberblick verfügbar ist. Eine regelmäßige und systematische Erfassung der Angebote zu Safer Use auf Landesebene oder zusammenfassende Statistiken existieren nur in Ausnahmefällen. Zudem bestehen erhebliche regionale, kommunale und trägerbezogene Unterschiede, wie entsprechende Angebote umgesetzt werden. Zwar dokumentieren die einzelnen Einrichtungen, wie viele Safer Use-Utensilien abgegeben oder verkauft werden. Aber es gibt keine systematischen Daten, inwieweit die Safer Use-Maßnahmen funktionieren und wirklich genutzt werden. Übergreifende Standards, wie Safer Use- oder Safer Sex-Maßnahmen umgesetzt werden können, bestehen nicht. Die Studie beurteilt das Informationsmaterial zum Safer Use und dessen Verfügbarkeit als grundsätzlich positiv; Trainingsangebote dazu bleiben dagegen eine absolute Ausnahme.

Neben der Suchthilfe bieten auch andere Institutionen wie die AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter, die Jugendhilfe, Ärzte und in Einzelfällen auch Justizvollzugsanstalten (JVA) Safer Use- und Safer Sex-Angebote an. Es liegen aber keine Hinweise darauf vor, inwieweit sich die unterschiedlichen Anbieter – besonders auf Landesebene – hierzu systematisch austauschen.

HIV- und Hepatitis-Prävention in Arztpraxen

In den Jahren 2008 und 2009 hat die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) zusammen mit dem JES-Netzwerk (Junkies, Ehemalige, Substituierte) sowie Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe bundesweit 534 aktuell substituierte Patienten befragt. Die Substitutionsbehandlung nutzt danach ihre vorhandenen Potenziale, Infektionen zu erkennen, zu behandeln und vorzubeugen, nur unzureichend.

Ziel ist, dass sich mehr Drogenkonsumenten und Substituierte gegen Hepatitis-A und -B impfen und auf HIV und Hepatitis testen lassen, um möglichst früh behandelt werden zu können. Hierzu muss das Thema mehr in den Fokus von Arzt und Patient rücken. Deshalb hat die DAH gemeinsam mit substituierenden Ärzten Poster und Flyer entwickelt, die in Wartezimmern und Behandlungsräumen ausliegen sollen. Die zentrale Textbotschaft lautet: „HIV und Hepatitis – Gut zu wissen, gut zu behandeln – Hier kostenlos testen lassen“. Sie soll bei der anvisierten Zielgruppe Impulse auslösen, diese Angebote verstärkt wahrzunehmen.

Zum Jahreswechsel 2011/2012 wurden in einem ersten Schritt ca. 1.000 Arztpraxen über die neue Medienserie informiert. Ihnen wurde eine kostenlose Bestellmöglichkeit angeboten.

1.3 Prävention stoffungebundener Süchte

1.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock

Seit 2007 gibt es die nationale Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ zur Prävention von Glücksspielsucht. Finanziert wird sie gemeinsam von der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB). Das Ziel ist die Prävention problematischen Glücksspielverhaltens. Hierzu ergänzen die bundesweiten Kampagnenmaßnahmen die bestehenden Sozialkonzepte auf Länderebene: Regelmäßige bundesweite Repräsentativbefragungen im Rahmen der Kampagne machen es möglich, die Entwicklung von Glücksspielsuchtgefährdung und Glücksspielsucht innerhalb der Bevölkerung abzubilden. Bisher wurden insgesamt drei Repräsentativbefragungen zum Glücksspielverhalten in Deutschland durchgeführt (B 5). Es zeigt sich, dass die Gesellschaft das Problem Glücksspielsucht über verschiedene Aufklärungsmedien stärker wahrnimmt. Die Bevölkerung fühlt sich nach den Befragungsergebnissen zunehmend besser über die Gefahren informiert. Darüber hinaus kennen immer mehr Personen Beratungseinrichtungen für glücksspielassoziierte Suchtprobleme. Auch in ihrer Einstellung zum Glücksspiel werden die Menschen zunehmend problembewusster. Das

Internetportal www.spielen-mit-verantwortung.de bietet als universelle Präventionsmaßnahme grundlegende Informationen zum Thema Glücksspiel. Seit Anfang 2009 haben mehr als 600.000 Interessierte die Seite besucht. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum rund 1,2 Millionen Aufrufe registriert.

Das Interaktionsportal www.check-dein-spiel.de ist mit dem Basisangebot auf www.spielen-mit-verantwortung.de engmaschig verlinkt. Neben einer Adressübersicht von Hilfeangeboten in Wohnortnähe mit Beratungsstellen, Klinken oder Selbsthilfegruppen wird ein Selbsttest zur Früherkennung und frühen Intervention bei Glücksspielsucht und problematischem Glücksspielverhalten angeboten. Der Selbsttest ist das meistgenutzte Angebot der Webseite: Dies ist ein anonymer Online-Fragebogen, auf den die Nutzer direkt im Anschluss eine schriftliche Rückmeldung bekommen. Bis zum Stichtag 31. Dezember 2011 wurde er seit Installation im September 2007 insgesamt 51.125 Mal bearbeitet. 80,9 Prozent der Nutzer füllten ihn vollständig aus und erhielten eine Rückmeldung über ihr eigenes Glücksspielverhalten.

Ein weiterer Schwerpunkt des Internetportals ist das interaktive Online-Beratungsprogramm zum Ausstieg aus der Glücksspielsucht. Die webbasierte Beratung als selektives Präventionsangebot umfasst über eine Laufzeit von vier bis sieben Wochen Funktionen wie ein wöchentliches Berater-Feedback sowie Maßnahmen, um den Beratungserfolg zu stabilisieren.

Seit der Inbetriebnahme im November 2007 bis Dezember 2011 haben 597 Personen am Ausstiegsprogramm teilgenommen; 191 Personen (34,7 Prozent) haben an einer Nachbefragung direkt nach Abschluss des Programms teilgenommen, 114 (21 Prozent) an einer weiteren Nachbefragung drei Monate später und 68 (12,6 Prozent) an einer dritten Nachbefragung nach sechs Monaten. Sechs Monate nach Abschluss des Programms liegt die Abstinenzquote unter den Teilnehmern bei 33,3 Prozent. 42,9 Prozent konnten in dieser Zeit ihr Glücksspielverhalten deutlich verringern. So berichten 41,2 Prozent der Befragten, nach sechs Monaten keine glücksspielassoziierten Probleme mehr zu haben. Die Hälfte der Befragten (58,8 Prozent) hatte auch sechs Monate nach Programm-

abschluss noch Kontakt zum Hilfesystem. Die bundesweite kostenlose telefonische Beratungs-Hotline zum Thema Glücksspielsucht steht an 362 Tagen im Jahr zur Verfügung. Unverbindlichkeit und Anonymität machen das Angebot niederschwellig, sodass viele Betroffene und Angehörige hier erstmals eine Beratung zur Glücksspielsucht in Anspruch nehmen. Je nachdem, wie die persönlichen Probleme der Anrufer aussehen, werden sie motiviert, weiterführende Hilfen vor Ort in Anspruch zu nehmen.

Zwischen Januar und Dezember 2011 gingen rund 9.500 Anrufe ein, zu denen mehrheitlich Nutzer von Glücksspielen und Angehörige, aber auch Experten, Lehrkräfte und Journalisten zählten. Im Rahmen der Gesamtkampagne wurden zielgruppengerechte schriftliche Informationsmedien entwickelt. Diese richten sich an Menschen, die bereits Probleme mit dem Glücksspiel wahrnehmen, sowie Angehörige und Jugendliche. So können deren unterschiedliche Bedarfe an Information, Aufklärung und Hilfemöglichkeiten differenziert abgedeckt werden.

Die Kampagnenbotschaften werden zum Beispiel über Druckanzeigen in Massenmedien kommuniziert. Aus der Perspektive der Suchtprävention braucht es zudem frühe, strukturell verankerte, effektive und umfassende Maßnahmen, um zu verhindern, dass Glücksspielsucht entsteht. Voraussetzung für eine wirksame Vorbeugung ist, diese Maßnahmen auf Länder- und Bundesebene langfristig und verbindlich abzusichern.

www.spiel-mit-verantwortung.de
www.check-dein-spiel.de

Beispiel aus den Bundesländern

Nordrhein-Westfalen:

Infoline Glücksspielsucht – 0800 0776611

In Nordrhein-Westfalen gibt es bereits seit Februar 2002 die Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW als Koordinierungsstelle im Bereich der Glücksspielsucht. Zu ihren Aufgaben gehört ein telefonisches Beratungsangebot, das sich an Glücksspieler sowie ihre Angehörigen richtet. Die Infoline, die im April 2004 ihre Arbeit aufnahm, ist werktags von 10 bis 18 Uhr mit Suchttherapeuten besetzt, die in Beratungsstellen und Fachkliniken tätig und auf die Beratung und Behandlung dieses Störungsbildes spezialisiert sind.

Seit Bestehen der Infoline steigt die Zahl der Anrufe kontinuierlich an: von 519 im Jahr 2004 auf 2.822 im Jahr 2011. Die Gründe hierfür sind vielfältig und auf den Aufdruck der Telefonnummer auf Spielscheine von WestLotto, die Schaltung von Werbebannern im Internet, die Einführung einer kostenfreien Telefonnummer und die zunehmende Bekanntheit der Infoline zurückzuführen. Im ersten Jahr nach Aufdruck der Telefonnummer auf die WestLotto Spielscheine wurde die Hotline zu über 70 Prozent von Menschen angerufen, die mehr Fragen rund um das Lottospiel hatten. Dieser Anteil ist in 2011 auf knapp 30 Prozent gesunken. Diese Anrufe werden jedoch nicht als „Störer“ verbucht, sondern als Gespräche mit Normalkonsumenten gedeutet. Die Anrufer werden über Sinn und Zweck der Infoline aufgeklärt, bevor sie für weitere Fragen an die Hotline der Lottogesellschaft vermittelt werden. Nicht selten ergeben sich auch Ansätze für ein echtes Beratungsgespräch.

Die Mitarbeiter treffen sich zweimal jährlich zu Supervisionssitzungen und nehmen an einer Fortbildung der Landesfachstelle teil. Für 75,5 Prozent der selbst von Glücksspielproblemen betroffenen Anrufer war 2011 die Infoline der erste Kontakt zum Suchthilfesystem. Bei den Angehörigen lag die Quote mit

78,6 Prozent sogar noch etwas höher. Anrufer, die schon vorher Kontakt zum Hilfesystem hatten, hatten dies am ehesten zu Beratungsstellen (Spieler 16 Prozent, Angehörige 13,4 Prozent), gefolgt von Selbsthilfegruppen (Spieler 4,2 Prozent, Angehörige 3,7 Prozent) und Fachkliniken (Spieler 3,8 Prozent, Angehörige 1,5 Prozent). Einige Anrufer fragen gezielt nach der Adresse einer Beratungsstelle, ob man sich in Spielhallen sperren lassen kann oder Rückbuchungen in Online-Casinos getätigt werden können. Und nicht wenige befinden sich in einer aktuellen, manchmal auch suizidalen Krise. Je nach Anlass dauern die Gespräche zwischen einer Minute und über eine Stunde, der Durchschnitt liegt bei 15 Minuten. Am häufigsten nannten 78,8 Prozent der Glücksspieler den Geldspielautomaten als Problem. Dies ist eine deutliche Steigerung zu 2009 (2010: 78,4 Prozent, 2009: 68,5 Prozent). Es folgen Casinospiele (Großes Spiel 5,9 Prozent) und Online-Glücksspiele (2,8 Prozent). Vor allem der Anteil des Großen Spiels ist deutlich gesunken: 2005 lag er noch bei 15,9 Prozent. Der 2008 in Kraft getretene Glücksspielstaatsvertrag, der schärfere Zugangskontrollen bei den Casinos vorsieht, zeigt offenbar Wirkung.

1.3.2 Computerspiel- und Internetsucht

1.3.2.1 Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal der BZgA

Mit der neuen Elternbroschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ greift die BZgA das Thema Prävention der pathologischen Computer- und Internetnutzung auf. Die Broschüre richtet sich vor allem an Eltern von Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, da die Computer- und Internetnutzung in diesem Alter stark verbreitet ist. Die Broschüre informiert zur Computerkompetenz bei Jugendlichen, sie zeigt, warum digitale Welten für junge Menschen eine große Faszination entfalten können, und unterstützt dabei, mit Jugendlichen über das richtige Maß der Computer- und Internetnutzung zu sprechen. Zudem verweist das Heft auf Hilfs- und Beratungsangebote vor Ort. Die Angebote der BZgA zur Vorbeugung der pathologischen Internet- und Computerspielnutzung wurden 2012 um ein Internetportal für die jugendliche Zielgruppe erweitert.

www.ins-netz-gehen.de

1.3.2.2 Programme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Beauftragten für Kultur und Medien zur Förderung der Medienkompetenz

Die Bundesregierung sieht es als Aufgabe der Medien-, Jugend-, Familien- und Bildungspolitik, die Medienkompetenz zu fördern und mit entsprechenden Projekten zu unterstützen.

„Ein Netz für Kinder“

Damit Kinder medienkompetent werden und lernen, mit dem Internet umzugehen, braucht es altersgerechte, interessante, qualitativ hochwertige, für Kinder ansprechende und verständliche Angebote. Im November 2007 startete die Bundesregierung die Initiative „Ein Netz für Kinder“. Dies wird laut Koalitionsvertrag weiterentwickelt und gefördert. Seit 2008 wird mit einem von dem Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien (BKM) und dem BMFSFJ finanzierten Förderprogramm die Zahl, Qualität und Auffindbarkeit guter Angebote für Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren erhöht. Statt Kinder lange an den Computer zu binden, sollen sie vielmehr lernen, selbstbestimmt mit diesem chancenreichen Medium umzugehen. Um dem Suchtpotenzial durch übermäßige

Internetnutzung bewusst zu begegnen, werden gezielt Beschäftigungsanregungen in der Offline-Welt geboten. Alle Angebote vermitteln spielerisch, den Computer zur Wissensaneignung zu nutzen. Gemäß dem häufigen Wunsch von Kindern, sich im Netz mit anderen auszutauschen, werden Seiten mit einer moderierten Chatmöglichkeit gefördert. Medienpädagogen moderieren die Chats und Kinder können in einem geschützten Umfeld lernen, wie sie sich in sozialen Netzwerken umsichtig verhalten. Zudem ist es wichtig, dass Eltern die Internetnutzung ihrer Kinder zeitlich und inhaltlich begrenzen können. Dazu finanziert ein Multimediaunternehmen innerhalb der Initiative „Ein Netz für Kinder“ den Surfraum „fragFINN.de“, in dem Kinder gefahrlos surfen können und lernen, Suchmaschinen sinnvoll einzusetzen. Ein Team redaktionell unabhängiger Medienpädagogen überprüft kontinuierlich Domains und stellt eine Positivliste für Angebote zusammen, die für Kinder interessant sind. Mithilfe verschiedener technischer Lösungen können Eltern und Lehrer den Surfraum der Kinder auf die geprüften Seiten begrenzen. Die Liste steht allen Schulen in Deutschland kostenfrei für die Schulcomputer zur Verfügung.

www.ein-netz-fuer-kinder.de

„SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“

Die Initiative „SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“ wendet sich besonders an Eltern und Erziehende von Kindern im Alter von 3 bis 13 Jahren, um mit Informationen und praxisnahen Tipps die erzieherischen Kompetenzen zu stärken. Im Jahr 2011 veröffentlichte die Initiative Themenschwerpunkte zur exzessiven Mediennutzung, vor allem Computerspiele und das Internet betreffend. Gegenstand waren die Ergebnisse des BMG-geförderten Forschungsprojekts PINTA, ein Interview mit Jannis Wlachojiannis, Leiter des Beratungsangebots für Betroffene exzessiver Internet- und Computerspielnutzung „Lost in Space“, sowie häufig gestellte Elternfragen.

www.schau-hin.info

„Jugend Online“

„Jugend Online“ ist ein Projekt der Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland (IJAB). Ziel ist es, jungen Menschen die Möglichkeiten und Chancen des Internets und der neuen Medien näher zu

bringen, ihren verantwortungsvollen Umgang damit zu fördern sowie ihr kreatives Potenzial zu stärken. Mit dem Jugendportal www.netzcheckers.de stellt das Projekt einen Online-Lernraum bereit, der Jugendlichen unabhängig von ihrem Bildungshintergrund vielfältig Gelegenheiten bietet, sich multimedial auszuprobieren. Die Projektwebseite richtet sich an Fachkräfte in der Jugendhilfe.

www.jugendonline.eu

„Blinde Kuh“

„Blinde Kuh“ ist eine deutschsprachige, nicht-kommerzielle Suchmaschine speziell für Kinder, die sich als Startseite für das Internet eignet. Sie gewährleistet, dass Kinder nicht auf problematische Seiten im Internet stoßen, sondern kindgerechte Materialien zu eingegebenen Suchbegriffen finden. Viele Schulen nutzen sie als Zugangsportal.

www.blinde-kuh.de

„MB21 – Mediale Bildwelten“

Der Deutsche Multimediapreis „MB21 – Mediale Bildwelten“ ist ein bundesweiter Multimediawettbewerb für Kinder und Jugendliche. Er setzt sich für den kreativen Umgang mit den neuen Medien ein und bietet eine Plattform, auf der junge Einsteiger und Experten Raum finden, über ihre kreativen Ideen, Projekte oder Produkte zu kommunizieren. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche zu ermutigen, sich kritisch zu äußern, neue Ideen einzubringen und Medien kreativ und gestaltend zu erleben. Die Beiträge können als Einzelarbeiten, außerschulische und schulische Projekte in den Altersgruppen Vorschule, 7 bis 11, 12 bis 15 und 16 bis 21 Jahren eingereicht werden.

www.mb21.de

„Dialog Internet“

Im Herbst 2010 hat das BMFSFJ den „Dialog Internet“ gestartet. In diesem Rahmen wurden weiterführende Handlungsempfehlungen für eine zeitgemäßen Kinder- und Jugendnetzpolitik erarbeitet, die nun geprüft und schrittweise umgesetzt werden. Es ist beabsichtigt, im Bereich der exzessiven Mediennutzung eine Initiative zu ergreifen und dabei vor allem Jugendliche selbst als Akteure der Medienkompetenzbildung in ihrer Altersgruppe zu stärken.

www.dialog-internet.de

„surfen-ohne-risiko.net“ (SoR)

Mit der Website „surfen-ohne-risiko.net“ (SoR) und dem Modul „Meine Startseite“ wird innerhalb der bestehenden Vernetzungsstrategie der Kinderseitenlandschaft und zukunftsweisender Kooperationen ein integriertes Konzept erarbeitet und angeboten. Ziel ist es, zu einem sicheren, nachhaltigen und attraktiven Surfraum für Kinder beizutragen und Aufgaben für eine tragfähige Medienkompetenzausrichtung zu übernehmen. Im Mittelpunkt stehen dabei auch die Weiterentwicklung des Angebots für mobile Plattformen und die technische Sicherung.

www.surfen-ohne-risiko.net

„Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielwelten“

Ziel ist es, junge Menschen mit großer Affinität zu virtuellen Spielwelten für einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Online-Spielen zu sensibilisieren. So soll präventiv problematischen, exzessiven Spielgewohnheiten entgegengewirkt werden.

Dazu werden zunächst neue Formen der Medienkompetenz in virtuellen Spielgemeinschaften erprobt und ausgewertet, um Ansätze möglicher Selbstregulierungsmechanismen bei jugendlichen Online-Spielenden herauszufiltern. Um zielgenaue Kommunikationsmaßnahmen zu entwickeln, wird die Zielgruppe in das Projekt einbezogen. Dieses nutzt dabei die Netzwerkbildung beteiligter Akteure und arbeitet mit Interessenverbänden aus dem Bereich Games sowie den Jugendschutzbeauftragten zusammen.

www.dialog-internet.de/web//initiativen_praevention-in-virtuellen-spielwelten

Peer-to-Peer-Ansätze in der medienpädagogischen Jugendarbeit

Die Veränderungen, wie Heranwachsende mit Medien umgehen, und die Zunahme mediatisierter Interaktions- und Kommunikationsformen in den Angeboten des Social Web stellen pädagogische Fachkräfte in Jugendhilfe und Schule vor große Herausforderungen. *Peer-to-Peer*-Arbeit rund um die Kommunikationsmedien bietet Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, selbstbestimmt und kreativ mit Medien umzugehen und sich gegenseitig zu unterstützen. Zugleich können die beteiligten Experten prob-

lematischem Medienverhalten früh vorbeugen. Um gute Praxisbeispiele transparent zu machen, soll das Projekt zunächst zentrale Anforderungen und konkrete Zielfaktoren für eine innovative und nachhaltige medienpädagogische Arbeit erarbeiten. Hinzu kommen Kriterien für modellhafte *Peer-to-Peer*-Projekte im erzieherischen Jugendschutz als *Best-Practice*-Modelle. Das Projekt greift maßgebliche Handlungsempfehlungen des Dialog Internet auf.

www.dialog-internet.de/web/de/initiativen

„Medien für Toleranz und Verständigung“

Das Projekt erprobt und entwickelt medienpädagogische Konzepte, über die Kinder und Jugendliche zu den Themen Toleranz und Verständigung erreicht werden sollen. Über kreative und gestalterische Medienarbeit sollen sie an den Umgang mit Medien herangeführt und für eine eigenverantwortliche Mediennutzung sensibilisiert werden. Dazu gehört, sie darin zu stärken, Medien kompetent zu nutzen. So haben sie die Chance, mögliche Gefährdungen selbst zu erkennen und damit umgehen zu lernen. Im Rahmen des Projekts lernen Fachkräfte der Kinder- und Jugendarbeit, Maßnahmen in diesem Arbeitsbereich zu konzipieren und umzusetzen.

www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=131814.html

„Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien-)erzieherischen Handeln in den Familien“

Diese Studie zielt darauf, den Verlauf der computerspielbezogenen Mediensozialisation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen am Beispiel der Computerspielenutzung nachzuzeichnen. Dabei geht es einerseits um „unauffällige“ Spieler und andererseits um exzessive Spieler.

www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=184996.html

1.3.2.3 „ESCapade“

Vor allem von Jugendlichen ist bekannt, dass sie Schwierigkeiten haben, mit Maß und Spaß online zu sein. Dennoch mangelt es bislang an spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten für exzessive Computernutzer und ihre Angehörigen. Vor allem Eltern wenden sich häufig mit der Frage an Sucht- oder Erziehungsberatungsstellen, ob bei ihren Kindern eventuell ein problematisches Verhalten vorliegt. Seit Oktober 2010 fördert das BMG deshalb das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt „ESCapade“, das eine kurzzeitige familienorientierte Intervention bei Jugendlichen mit problematischer Internetnutzung erprobt. Das Projekt wird von der Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH durchgeführt und findet bundesweit an fünf Standorten statt: in Berlin, Köln, Lörrach, München/Freising und Schwerin. Zielgruppe sind Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, die nicht kontrollieren können, wie oft und wie lange sie das Internet nutzen sowie deren Eltern und Geschwister. Mögliche pathologische Nutzungsmuster hemmen Kinder und Jugendliche, Problemlösungskompetenzen zu entwickeln. Dies gilt als Risiko dafür, dass im Erwachsenenalter womöglich Abhängigkeitskrankheiten entstehen. Die Wirksamkeit des Programms wird wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse sollen Ende 2012 vorliegen.

www.escapade-projekt.de

1.3.2.4 Drittes Symposium des Fachverbands Medienabhängigkeit

Am 9. September 2011 fand das dritte Symposium des Fachverbands Medienabhängigkeit in Köln statt. Ziel der vom BMG geförderten Tagung mit dem Titel „Was macht süchtig? – Vom Medienkonsumenten zum Suchtpatienten“ war, den aktuellen Forschungsstand zu suchtfördernden Faktoren auf der individuellen, sozialen und medialen Ebene zu erörtern. Daraus wurden mögliche Konsequenzen für die Prävention, Beratung und Behandlung der Medienabhängigkeit erarbeitet. Die Konferenz richtete sich an Fachkräfte aus Praxis und Forschung, die in ihrem beruflichen Kontext mit dem Phänomen Medienabhängigkeit konfrontiert sind, wie Fachkräfte der Suchtprävention, Suchtberatung, Behandlung, Medizin, Psychologie und Pädagogik. Die Konferenzbesucher setzten sich mit spieltypischen, personengebundenen und familiären Risiko- und Schutzfaktoren sowie der

Frage auseinander, wie sich Glücksspielsucht und Computerspielabhängigkeit unterscheiden und was sie gemeinsam haben. Insgesamt nahmen 120 Fachkräfte an dem Symposium teil.

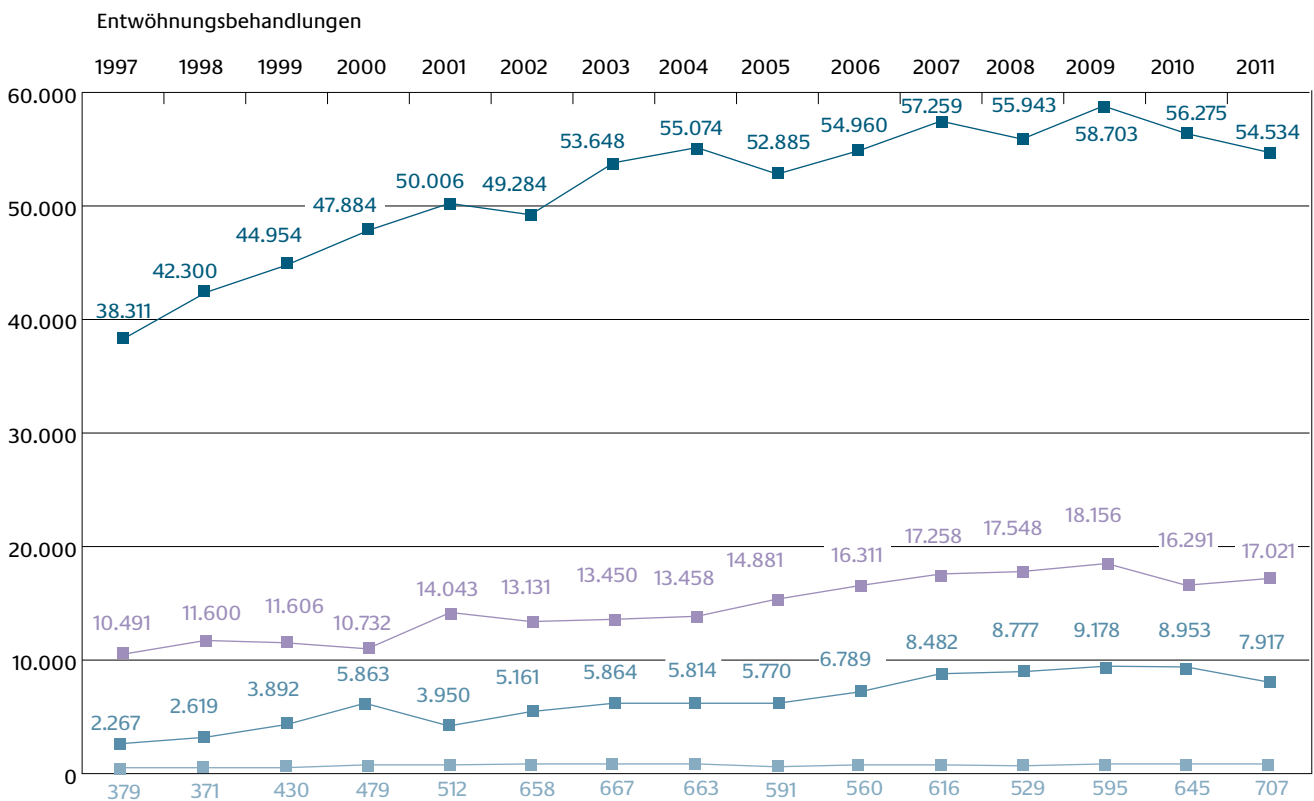
2 Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung

2.1 Suchtstoffübergreifend

2.1.1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

Abbildung 28:
Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Arten der Abhängigkeitserkrankungen.

Bewilligung nach Suchtmitteln



ohne Leistungen zur Eingliederung nach § 31 Abs.1 Nr.1 SGB VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnung

■ Alkoholabhängigkeit ■ Drogenabhängigkeit ■ Mehrfachabhängigkeit ■ Medikamentenabhängigkeit

Quelle: DRV Bund

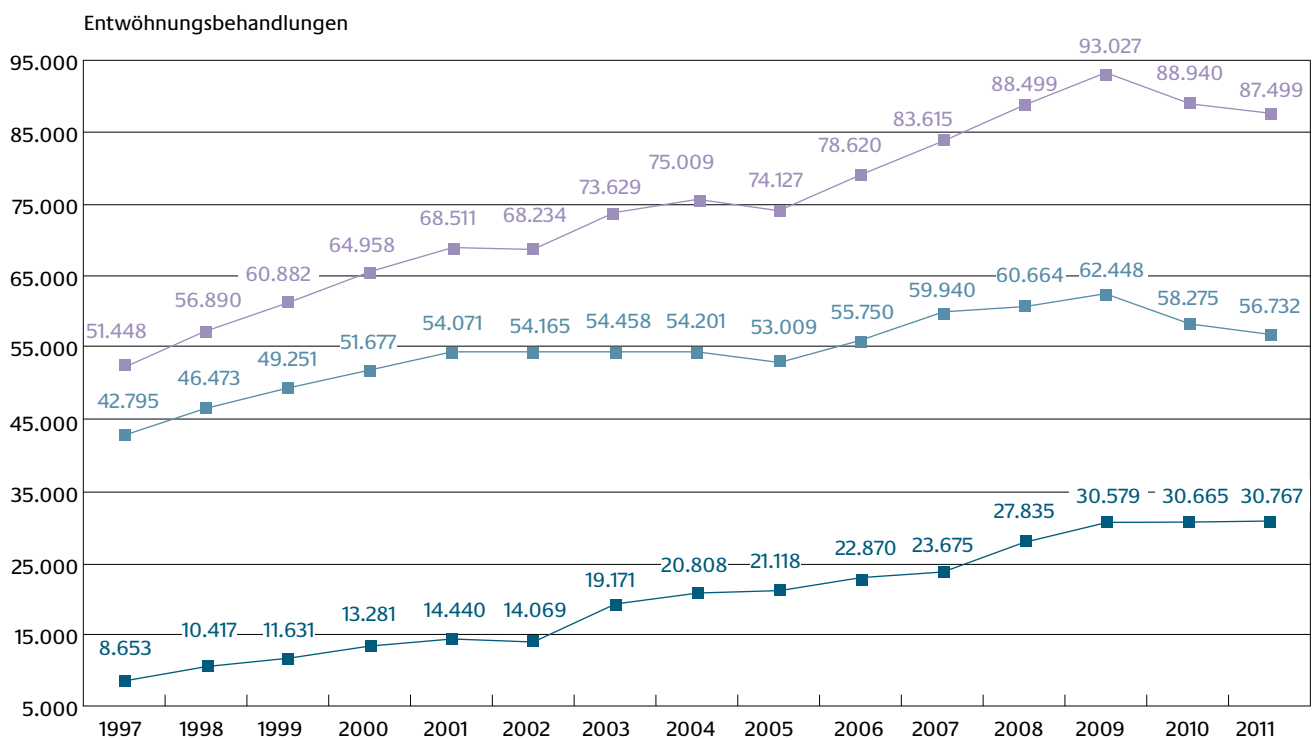
Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2011

Grundsätzlich ist eine kontinuierliche Steigerung der Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung zu

verzeichnen, die sich bei allen Arten der Abhängigkeitserkrankungen seit 1997 zeigt. Der allgemeine Antragsrückgang im Jahr 2005 und ab 2010 spiegelt sich hauptsächlich bei den damit einhergehenden zurückgehenden Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit wider.

Abbildung 29:
Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011

Bewilligungen stationär/ambulant



* einschl. Leistungen zur Eingliederung nach §31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnung

■ stationär ■ ambulant *) ■ gesamt

Quelle DRV Bund

2.1.1.1 Qualitätssicherung

Um qualitativ hochwertige Leistungen zur Rehabilitation sicherzustellen, setzt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm ein. Aktuell stützt sich die Bewertung von Reha-Einrichtungen auf vier Qualitätsindikatoren – darauf, wie zufrieden die Patienten waren und wie sie den Behandlungserfolg sehen, auf Peer-Review-Ergebnisse sowie die Bewertung der therapeutischen Leistungen (KTL). Mittelfristig werden weitere Qualitätsindikatoren folgen. In die Bewertung gehen jeweils die aktuell vorliegenden, rentenversicherungsweit einheitlich erhobenen Daten ein. Berechnet werden die Kennzahlen nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums (= 100 Qualitätspunkte). Dabei werden die Einzelergebnisse in Qualitätspunkte umgerechnet. Es werden kontinuierlich möglichst viele Rehabilitanden und Einrichtungen befragt.

Im Jahr 2011 bewerteten durchschnittlich 76 Prozent aller Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen die durchgeführte Reha-Maßnahme als erfolgreich, was ihnen 76 von 100 Qualitätspunkten einbrachte. Die rehabilitandenseitige Zufriedenheit lag mit 74 Qualitätspunkten bei einer Durchschnittsnote von „2“ auf einer Skala von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht). Bei der Begutachtung von individuellen Rehabilitationsverläufen im Peer-Review-Verfahren konnten Suchteinrichtungen im Jahr 2011 ihr im Vorverfahren erreichtes Qualitätsniveau von 74 von 100 möglichen Qualitätspunkten erhalten. Zudem wird die routinemäßige Dokumentation der durchgeführten Behandlungen in den Entlassungsberichten regelmäßig ausgewertet. Diese Daten geben Auskunft darüber, welche Behandlungen, wie oft und über welchen Zeitraum hinweg durchgeführt wurden. So lässt sich das therapeutische Leistungsspektrum inhaltlich gut bewerten und vergleichen. Betrachtet man die 2011 erbrachten Leistungen von 66 Suchteinrichtungen, so erreichen diese durchschnittlich 74 von 100 möglichen Qualitätspunkten: Die beste Einrichtung lag bei 82, das Schlusslicht immerhin bei 68 Qualitätspunkten. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung fördern das interne Qualitätsmanagement. Erst das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Die Qualitätsentwicklung in den Rehabili-

tationseinrichtungen wird auch in Zukunft ein wichtiges Aufgabenfeld der Rentenversicherung darstellen.

Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung:
www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/de/Navigation/Service/Zielgruppen/Sozialmedizin/Forschung/reha_qualitaetssicherung_node.html

2.1.1.2 Projekte der Deutschen Rentenversicherung Erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform

Die DRV Bund ermöglicht es Rehabilitanden ab 2012 generell, von einer stationären in eine wohnortnahe ganztägig ambulante Einrichtung zu wechseln – als sogenannte „erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform“. Bislang war das nur in Einzelfällen möglich. Die ganztägig ambulante Behandlung konnte bisher nur gewählt werden, wenn der Versicherte zufällig nahe der jeweiligen stationären Rehabilitationseinrichtung wohnte.

Das hat folgende Vorteile:

- Die DRV Bund kann auf das bundesweite Netz ganztägig ambulanter Rehabilitationseinrichtungen zurückgreifen und so die ganztägig ambulante Entlassungsform für mehr Versicherte öffnen.
- Flexibilisierung und Individualisierung werden erhöht, weil sich die Rehabilitation an dem Bedarf des Rehabilitanden ausrichtet.
- Die erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform in Wohnortnähe bietet den Rehabilitanden die Möglichkeit, sich nach einer stabilisierenden stationären Phase Schritt für Schritt wieder in ihr soziales Umfeld einzugliedern.
- Bei Bedarf wird die Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber ermöglicht, was die berufliche Wiedereingliederung erleichtert.

Web-basierte Tele-Nachsorge

Es ist wichtig, dass sich effiziente Nachsorgeprogramme etablieren, um den Transfer zu fördern und den langfristigen Rehabilitationserfolg zu sichern. Um dies zu prüfen, fördert die DRV Bund in den AHG Kliniken Daun und der Salus Klinik Friedrichsdorf ein Forschungsprojekt zur Tele-Nachsorge für die medizinische Rehabilitation Alkoholabhängiger. Die Studie mit insgesamt 400 Patienten vergleicht die poststationäre Nachsorge auf Basis einer wöchentlichen, therapeutisch geleiteten Chatgruppe im Internet von 26 Sitzungen mit einer telefonischen Nachsorge, die einen kurzen monatlichen Telefonkontakt zu einem Therapeuten über sechs Monate umfasst. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die gruppentherapeutische, chatbasierte Nachsorge im Internet die Patienten in der Verfolgung ihrer Therapieziele wirksamer unterstützt. Diese Ergebnisse lassen sich auch auf andere Bereiche der medizinischen Rehabilitation übertragen.

Beispiele der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung

Niedersachsen:

Arbeitsbezogene Maßnahmen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die DRV Braunschweig-Hannover will den Erwerbsbezug im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen stärken. Dieses Ziel wird auch durch die Möglichkeit, arbeitsbezogene Interventionen abrechnen zu können, unterstützt.

Sogenannte „abrechenbare arbeitsbezogene Interventionen“ sind Leistungen nicht nur für arbeitslose Versicherte, sondern auch für Erwerbstätige. Zugleich sollen eventuelle Probleme an den Schnittstellen zwischen Jobcentern, Arbeitgebern, Anbietern arbeitsbezogener Leistungen, Fallmanagern und der Rentenversicherung verringert werden. Diese Leistungen sollen in die Konzepte der ambulanten Einrichtungen aufgenommen und den Rehabilitanden angeboten werden. Einige der über 40 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen im Bereich der DRV Braunschweig-Hannover setzen das Konzept der arbeitsbezogenen Interventionen bereits um.

Dies war 2011 auch Thema auf einer Fachtagung. Zudem wird die DRV Braunschweig-Hannover 2012 ein Seminar dazu anbieten.

Niedersachsen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Bremen: Neuerungen im Kombi-Nord-Verfahren

Die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Oldenburg-Bremen und die DRV Nord führen gemeinsam „Kombi-Nord“, eine Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke, in Norddeutschland durch. Eine Neuerung im Jahr 2012 wird sein, dass die Übergabegespräche zwischen den beteiligten Einrich-

tungen auch als Videokonferenz stattfinden können. Darüber hinaus soll es künftig einen einheitlichen Entlassungsbericht geben.

Saarland:

Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen – Modell Kombi Saar

Die SHG Fachklinik Tiefental für Abhängigkeitserkrankungen und die IANUA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH haben ein Modell für eine kombinierte stationär-ambulante Rehabilitation entwickelt. Die enge Verzahnung soll einerseits einen stabilen Rehabilitationsbeginn sicherstellen und andererseits eine Integration in Alltag und Berufsleben ermöglichen und damit die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme verbessern. Das Modell wendet sich an Versicherte mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit – ausgenommen Heroinabhängige und Personen, die an Substitutionsprogrammen teilnehmen.

Am Anfang steht ein ambulantes Vorgespräch bei IANUA, um zu prüfen, ob in einem vorangegangenen Entzug Abstinenz erreicht wurde. Falls nicht, sind zunächst qualifizierte Entzugsmaßnahmen durchzuführen, bevor ein Therapievertrag geschlossen wird. Die Kombibehandlung wird als Gesamtleistung mit festgelegten stationären und ambulanten Phasen bewilligt. In der Regel soll sie ein Jahr nicht überschreiten. Die stationäre Behandlung findet in der Fachklinik Tiefental statt und dauert acht Wochen. In der ambulanten Phase probiert der Rehabilitand erste Veränderungsschritte und vertieft sie. Dies umfasst in der Regel 80 Therapiegespräche (TG) sowie acht TG für Angehörige.

Bayern:

Kombinationstherapie bei Cannabisabhängigkeit im Therapiezentrum Grafrath

Die DRV Bayern Süd hat bei Cannabisabhängigkeit

als ergänzendes Angebot eine Kombinationstherapie anerkannt. Die Rehabilitation beginnt stationär, was in der Regel zwölf Wochen dauert. Es folgen 40 ambulante Therapieeinheiten in den kooperierenden ambulanten Behandlungsstellen. Das Therapiezentrum Grafrath kooperiert mit dem Beratungs- und Therapiezentrum Tal 19 in München, der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke in Fürstenfeldbruck sowie mit den Condrops Suchtberatungsstellen München Konradstraße, München-Pasing, München-Ost, Starnberg und Garmisch-Partenkirchen.

Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen:

Effizient und rentabel: Moderne Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung

Die DRV Mitteldeutschland hat ab Oktober 2003 schrittweise die Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung vereinfacht, damit diese möglichst früh beginnen kann. Insgesamt gibt es sechs effiziente und unbürokratische Wege. Seit November 2011 braucht es grundsätzlich für keinen dieser Zugangswege mehr einen Sozialbericht. Die Entscheidung über die Rehabilitationsmaßnahme erfolgt auf der Grundlage anderweitiger ärztlicher Befunde.

Bei ca. 80 Prozent der suchtmittelabhängigen Menschen ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Die modifizierten Regelungen sollen besonders Hausärzte, aber auch Betriebs- und Werksärzte unterstützen, frühzeitig eine Entwöhnungsbehandlung anzuregen, ohne zusätzlich eine Suchtberatungsstelle einschalten zu müssen.

Rheinland-Pfalz:

Reha-Fallbegleitung

Das Modellprojekt „Reha-Fallbegleitung“ richtet sich an Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit erwerbsbezogenen Problemen. Seit 2007 beteiligt die DRV Rheinland-Pfalz daran 16 Fachkliniken in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Abhängigkeitskranke, die lange arbeitslos sind oder deren

beruflicher Lebenslauf gravierend gestört ist und die eine Entwöhnungsbehandlung ohne anhaltenden Erfolg hinter sich oder eine bewilligte Entwöhnungsbehandlung nicht angetreten haben, bekommen bereits vor Beginn der Rehabilitationsleistung einen Reha-Fallbegleiter zur Seite gestellt.

Gemeinsam wird ein persönlicher Integrationsplan erarbeitet. Dieser wird dann, begleitet durch ein kontinuierliches Monitoring, Schritt für Schritt umgesetzt. Die Betreuung umfasst gezielte Interventionen, um die Betroffenen zu stärken und zu motivieren, alle Hilfen bis zur beruflichen Wiedereingliederung zu nutzen. Das soll nicht nur mehr Rehabilitanden bewegen, die Entwöhnungsbehandlung anzutreten, sondern auch zu einer Sicherung des Rehabilitationserfolgs beitragen. Für die Mehrzahl der Versicherten stellt dieses Angebot eine gute Unterstützung dar.

Die Universitäten Freiburg und Koblenz-Landau führen die wissenschaftliche Begleitung durch. Zwischenergebnisse sind bereits beim Heidelberger Kongress des Fachverbands Sucht e. V. veröffentlicht worden. Anfang 2012 ist der Abschlussbericht erschienen.

**Rheinland-Pfalz:
Berufsorientierungscenter für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker (BORIS)**

Die DRV Rheinland-Pfalz bietet gemeinsam mit Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in der Südpfalz ein spezifisches Assessment an. Es wendet sich an alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden, deren Erwerbsbiografie gravierend gestört ist. Sofern sie sich mindestens acht Wochen in der Entwöhnungsbehandlung befinden und ausreichend motiviert sind, wird ein eintägiger Aufenthalt in einem Berufsorientierungscenter ermöglicht. Ergänzend zur Routine- und Standarddiagnostik in den Fachkliniken werden arbeitsbezogene Assessmentverfahren und Rollenspiele mit Videomit-

schnitt durchgeführt. Standardisiert durchgeführte Verhaltensproben zum Sozial- und Kommunikationsverhalten zeigen, wie sich die Person in beruflichen Alltagssituationen verhält.

Die Ergebnisse werden in einem Abschlussbericht dokumentiert. Jährlich nehmen an dem Projekt ca. 150 Rehabilitanden teil. Die Akzeptanz des Projekts wird durch eine Befragung evaluiert. Fast alle Teilnehmer (96 Prozent) bewerten das Angebot als hilfreich und würden BORIS weiterempfehlen.

**Rheinland-Pfalz:
Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken (MAARS)**

Das Modellprojekt „Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken“ (MAARS) richtet sich an alle alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen Rehabilitanden, die sich in einer ambulanten Rehabilitation befinden und Hilfe benötigen, wieder im Beruf Fuß zu fassen.

MAARS kann während der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation, der poststationären ambulanten Weiterbehandlung sowie der Kombibehandlung erfolgen. Wann MAARS hilfreich sein kann und eingesetzt werden soll, entscheidet die Rehabilitationseinrichtung und begründet dies gegenüber der DRV Rheinland-Pfalz. Über 12 bis 18 Monate hinweg können dafür maximal 20 von insgesamt 120 möglichen Therapieeinheiten berücksichtigt werden.

Inzwischen führt bereits die Hälfte der anerkannten ambulanten Rehabilitationsstellen in Rheinland-Pfalz das Modellprojekt durch.

2.1.1.3 Gemeinsame Projekte von Deutscher Rentenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung

Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die DRV und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben sich auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verständigt. Es baut auf der zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001 auf. Das Konzept beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ganztägig ambulanten Entwöhnungseinrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Dabei geht es detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Häufigkeit, auf die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtungen sowie auf deren Vernetzung und Qualitätssicherung ein. Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden. Bei einer gemeinsamen Erörterung wurden deren Anregungen aufgegriffen, um das Konzept sinnvoll zu ergänzen. Das Gemeinsame Rahmenkonzept ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Gemeinsames Rahmenkonzept:

http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/rahmenkonzept_abhaengigkeitskranke_2012/rk_ganztaegig_amb_reha_20120101.pdf

Leitfaden für Konzepte ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Mit dem gemeinsamen Leitfaden legen DRV und GKV unter Berücksichtigung der geltenden Vereinbarungen, Empfehlungen und Rahmenkonzepte Vorgaben vor, wie Rehabilitationskonzepte erstellt und geprüft werden. Grundlage ist eine frühere Arbeitshilfe zur Beurteilung von Konzepten. Der Leitfaden soll in der Praxis helfen, strukturierte Rehabilitationskonzepte zu erstellen. Er erleichtert es, eingereichte Konzepte zu prüfen, und stärkt so auch auf Landesebene die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationssträgern und den sozialmedizinischen Diensten.

Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen einbezogen. Der Leitfaden ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Gruppen- und Einzeltherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker brauchen eine theoretische und praktische Weiterbildung auf der Grundlage eines wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapieverfahrens. Ziel ist, die Qualität der Weiterbildung wissenschaftlich fundiert weiter zu verbessern. DRV und GKV haben dafür die seit 1992 veröffentlichten Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen gemeinsam überarbeitet. Wichtige Weiterbildungsinhalte werden beschrieben sowie Vorgaben zu den Prüfungsrichtlinien und Angaben zur Qualifikation der Dozenten, Lehrtherapeuten und Supervisoren aufgenommen. Angemessene Übergangsregelungen ermöglichen den auszubildenden Instituten und den sich in der Weiterbildung befindlichen Teilnehmern den Übergang ohne Nachteile. Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen und einer gemeinsamen Erörterung einbezogen. Die Anregungen der Verbände wurden aufgegriffen und besonders bei den Übergangsregelungen berücksichtigt. Die Auswahlkriterien sind am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

2.1.1.4 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen

Versorgungsangebot

Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sind neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland. Diese Einrichtungen bieten niedrigschwellige qualifizierte Entzugsbehandlungen. Es werden unter anderem Notfälle behandelt und Kriseninterventionen sowie Komplexbehandlungen im Fall von Komorbidität vorgenommen. Auch eine vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanungen werden durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team behandelt alle Arten

von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant. Das gewährleistet eine medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Rundumversorgung. Wichtige Aufgabenbereiche sind zudem die Durchführung von Konsilen sowie die Gestaltung der Schnittstellen zum Suchthilfesystem. Weitere Informationen hierzu sind im Tagungsband „Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund“ (2009) zu finden.

Kostenloser Download (APK-Band 36):

www.apk-ev.de/public/publikationen.asp?id=0

Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“

Informationen über die in den psychiatrischen Einrichtungen versorgten Suchtpatienten liefert eine im Jahr 2011 vom Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz initiierte Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“ an psychiatrischen Fachkrankenhäusern, Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die suchtpsychiatrischen Einrichtun-

gen eine zentrale ambulante und stationäre Versorgungsstruktur für Suchtkranke darstellen. Insgesamt 75 Kliniken beteiligten sich an der Umfrage, das entspricht rund 19 Prozent der Kliniken mit psychiatrischen Planbetten. Die teilnehmenden Kliniken halten 28 Prozent der psychiatrischen Planbetten in Deutschland vor. Abbildung 30 zeigt, wie sich die teilnehmenden Kliniken regional verteilen.

Hochrechnungen zeigen, dass im Jahr 2010 ca. 300.000 stationäre Suchtbehandlungen in psychiatrischen Kliniken stattfanden. Dazu kommen rund 300.000 Quartalsbehandlungen, die in den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken durchgeführt wurden. Hieraus ergibt sich, dass es sich bei 31 Prozent der stationären und 14 Prozent der ambulanten psychiatrischen Fälle um Suchtpatienten handelt. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur ca. 150.000 Behandlungen wegen Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Patienten waren primär alkoholsüchtig

Abbildung 30:

Verteilung der teilnehmenden Kliniken an der Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“

	Fachkrankenhaus	Uniklinik	Abteilungspsychiatrie	Summe
Baden-Württemberg	7	2	2	11
Bayern	3	2	0	5
Berlin	1	1	1	3
Brandenburg	4	0	2	6
Hamburg	0	0	2	2
Hessen	4	0	3	7
Niedersachsen	4	0	0	4
Nordrhein-Westfalen	11	2	4	17
Rheinland-Pfalz	2	0	1	3
Sachsen	2	2	1	5
Sachsen-Anhalt	3	1	2	6
Schleswig-Holstein	2	1	1	4
Thüringen	2	0	0	2
Summe	45	11	19	75

(ca. 70 Prozent). Bei jeweils ca. 10 bis 13 Prozent waren Störungen durch Opioidkonsum oder einen multiplen Substanzgebrauch Anlass für eine stationäre Behandlung. In der ambulanten Therapie wurde ebenfalls bei ca. 10 Prozent der Patienten der Konsum anderer Substanzen zu einem behandlungsrelevanten Problem.

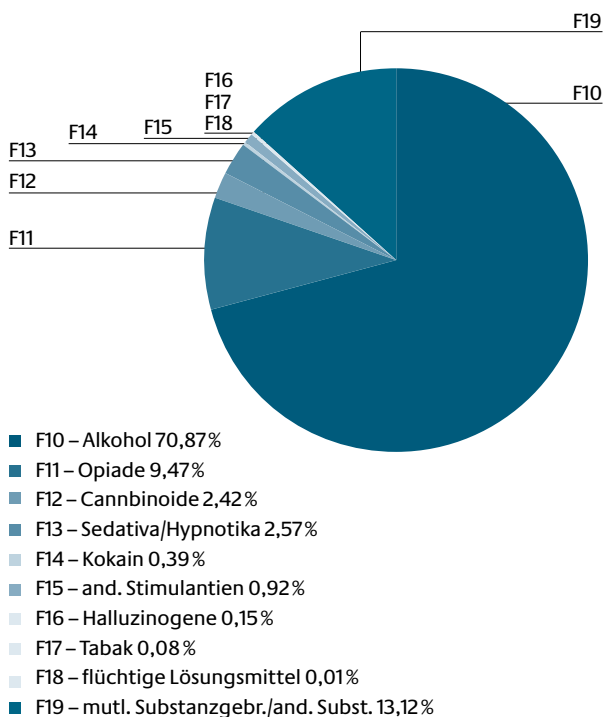
Die Verteilung im stationären Bereich ist exemplarisch in Abbildung 31 dargestellt. Im stationären Bereich wurden bei etwa 40 Prozent der Patienten zusätzlich weitere psychiatrische Störungen diagnostiziert, im ambulanten Bereich bei ungefähr 60 Prozent. Eine affektive Störung war die häufigste Nebendiagnose (Internationale Klassifi-

kation der Krankheiten (ICD) 10 F3; 20–25 Prozent). Darauf folgten neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4). Sie fanden sich bei etwa 10 Prozent der Patienten. Im selben Ausmaß lagen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vor (ICD-10 F6). Ambulant behandelte Patienten wiesen zudem – ebenfalls zu ca. 10 Prozent – auch schizophrene Störungen auf (ICD-10 F2). Abbildung 32 zeigt die Verteilung exemplarisch für den stationären Bereich.

Nennenswerte Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniktypen in Bezug auf die behandelten Patienten oder regionale Unterschiede wurden nicht festgestellt.

Abbildung 31:
Aufteilung der stationären Fälle mit F1-Hauptdiagnose auf die verschiedenen Substanzen

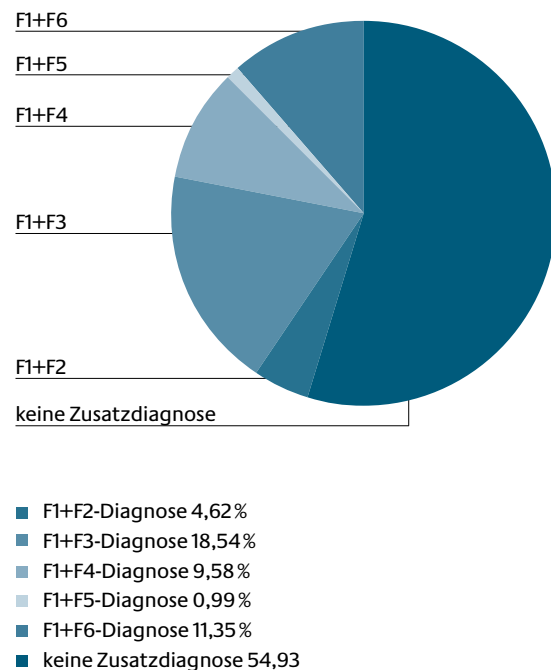
F1: Verursachende Substanzen im stationären Bereich



Quelle: DGPPN/Bundessuchtausschuss der psychiatrischen Krankenhäuser, 2011

Abbildung 32:
Zusätzliche Diagnosen bei stationär behandelten Patienten

Zusätzliche Diagnosen bei stationär behandelten Patienten



Quelle: DGPPN/Bundessuchtausschuss der psychiatrischen Krankenhäuser, 2011.

2.1.2 Hilfen für suchtblastete Familien

Beispiele aus den Bundesländern

Sachsen:

„Netzwerk *pregnant*“

Das „Netzwerk *pregnant*“ hat sich im Jahr 2003 gegründet und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Vertreter von Schwangerenkonfliktberatungsstellen, Kliniksozialdiensten, Suchtberatungsstellen, das Amt für Jugend, Familie und Bildung (AfJFB), Mutter-Kind-WGs, Familienberatungsstellen, Hebammenverbände, substituierende Ärzte und Frauenärzte sind daran beteiligt.

Alle Beteiligten verfolgen das Ziel, ein dauerhaft gemeinsames Leben von Eltern und Kindern anzustreben. Dazu gehört zum einen, die Kinder vor Gefahren zu schützen beziehungsweise eine gesunde Geburt und Entwicklung zu sichern. Zum anderen werden Betroffene dabei unterstützt, ihre Suchterkrankung zu überwinden. Als Minimalbedarf für das Aufwachsen eines Kindes gelten im „Netzwerk *pregnant*“ gemeinsam erarbeitete Basiskriterien. Diese orientieren sich an den in den 1980er Jahren vom Büro „Kinder drogenabhängiger Eltern (KDO)“ in Amsterdam entwickelten Leitlinien.

Bei den ersten Kontakten werden diese Kriterien den werdenden Eltern erläutert, Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt und eingefordert, dass die Eltern mitwirken. Dies wird regelmäßig kontrolliert und dokumentiert. Zweimal jährlich finden Netzwerktreffen statt. Zudem werden kurzfristige Fallbesprechungen einberufen, wenn im Hilfesystem eine Betroffene/Schwangere bekannt oder betreut wird. Damit möglichst früh gehandelt werden kann, sind auch anonyme Besprechungen möglich.

www.leipzig.de/suchthilfe

Hessen:

Kinder aus suchtblasteten Familien

In Hessen leben etwa 220.000 Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr in Familien, in denen mindestens ein Elternteil Suchtprobleme hat. Diese Kinder und Jugendlichen gehören seit vielen Jahren zu einer wichtigen Zielgruppe der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e. V.

Bereits 2006 hat die HLS hierzu in Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium eine vielbeachtete Tagung durchgeführt. Nachdem der Gesetzgeber im § 8a SGB VIII einen Schutzauftrag verankert hat, wenn das Kindeswohl gefährdet ist, erstellte die HLS 2009 ein Eckpunktepapier mit entsprechenden Empfehlungen für Suchthilfeeinrichtungen.

Im gleichen Jahr hat die HLS in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Sozialministerium eine Broschüre für Multiplikatoren veröffentlicht. Im Rahmen des Projekts „*Children of Alcoholics (Coa)* – Kinder aus suchtblasteten Familien“ wurden Mitarbeiter der Fachstellen für Suchtprävention qualifiziert, um regionale Netzwerke zur Früherkennung und Frühintervention für Kinder in suchtblasteten Lebensgemeinschaften zu entwickeln.



„Fotostory“

Im Jahr 2011 entwickelte die HLS gemeinsam mit Kooperationspartnern Informationsbroschüren für 11- bis 15-jährige Kinder suchtkranker Eltern. Um sie altersgerecht anzusprechen, wurden charakteristische Situationen aus ihrer Erlebniswelt in drei unterschiedlichen Fotostories umgesetzt.

Diese gehen den Fragen nach, warum Marie sich um ihre kleine Schwester kümmern muss, Nils so schlecht in Mathe ist und Paul nicht mehr zum Skaten kommt. Die Hefte erfreuen sich einer regen Nachfrage, vor allem bei Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen, Schulen sowie Erziehungs- und Familienberatungsstellen in ganz Deutschland.

2012 greift die HLS dies wieder auf: Mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse soll das Thema auf einer landesweiten Fachtagung vertieft werden.



Thüringen:

„Jonathan – Ein Projekt zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien“

Auch für das Bundesland Thüringen ist von mehr als 41.000 zeitweise und 24.000 dauerhaft betroffenen Kindern und Jugendlichen auszugehen. Deswegen unterstützt das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit seit 2006 das Projekt „Jonathan – Ein Projekt zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien“ des Sozialen Arbeitnehmer-Bildungswerks in Thüringen e. V. (sabit) in Erfurt.

Dieses präventiv-freizeitpädagogische und für die Teilnehmenden kostenfreie Betreuungsangebot soll vor allem soziale Kompetenzen stabilisieren und stärken. Das Erleben von Regelmäßigkeit und Kontinuität vermittelt Halt und Orientierung. Zudem bietet es Gelegenheit zum Austausch mit Gleichaltrigen mit ähnlichen Problemen. Das Angebot reicht von Tagesaktivitäten über wöchentliche Arbeitsgemeinschaften bis hin zu mehrtägigen Ferienfreizeiten. Die Kinder und Jugendlichen erhalten die Möglichkeit, sich zu entfalten, einzubringen und mit allen Sinnen zu experimentieren. Sie werden zugleich über Suchtprobleme, psychische Erkrankungen und Gesundheitsförderung aufgeklärt. Um die Sucht in der Familie als Tabuthema aufzulösen, werden auch betroffene Angehörige einbezogen.

An „Jonathan“ haben bisher 136 Mädchen und Jungen teilgenommen. Damit steht das Projekt anderen neuen Thüringer Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien als erfahrener Ansprechpartner zur Seite: etwa dem Projekt „mamamia“ des Wendepunkt e. V. in Eisenberg oder „Kunterbunt“ der Christlichen Wohnstätten GmbH in Schmalkalden. Diese werden ebenfalls vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gefördert und vom Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr) koordiniert und begleitet.

www.projekt-jonathan.de

Berlin:**Personenbezogene Hilfe für suchtgefährdete Jugendliche**

„Direkte und passgenaue Hilfe für drogenkonsumierende Jugendliche in Berlin: informieren motivieren klären begleiten vermitteln“. Damit richtet sich die Einrichtung „Personenbezogene Hilfe für suchtgefährdete Jugendliche und betroffene Familien“ des KARUNA Zukunft für Kinder und Jugendliche in Not e. V. an Drogen konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 21 Jahren, an Mitarbeiter der Berliner Jugendämter sowie an Eltern betroffener Jugendlicher.

Die Hilfe orientiert sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Jugendlichen und umfasst die Beratung, Planung und Durchführung der notwendigen Schritte vom Erstgespräch bis zur Therapievermittlung. Die an das Fallmanagement angelehnte Arbeitsmethode hat den Vorteil, die meist minderjährigen Drogenkonsumenten zu erreichen und im Prozess zu halten. Denn diese reklamieren oft für sich, dass nicht sie ein Problem haben, sondern die Eltern oder die Mitarbeiter der Jugendämter.

Alle beteiligten Institutionen sind eng verzahnt und alle Informationen laufen bei einem Helfer zusammen. Das gibt dem Prozess die notwendige Transparenz und den Jugendlichen Halt und Sicherheit.

Genauso wichtig wie die enge Beziehungsarbeit ist die verlässliche Kooperation mit allen beteiligten Hilfesystemen. Um eine Betreuungskultur zu etablieren, in der man sich gegenseitig anregt und beeinflusst, arbeiten die Fallmanager auch auf der Entgiftungsstation, führen Gespräche in eigenen Räumen, treffen die Eltern, begleiten die Jugendlichen zu Terminen bei einem versierten Suchtmediziner und halten stetig Kontakt zum Jugendamt.

www.karunaberlin.de

2.1.2.1 „Eltern.aktiv – Proaktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe“

Um die Eltern junger Rauschmittelkonsumenten zu erreichen, ist es unerlässlich, dass die verschiedenen Hilfeinrichtungen eng kooperieren. Das war das Ziel des Modellprojekts „Eltern.aktiv – Proaktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL-KS), das das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von November 2009 bis November 2011 gefördert hat. Acht Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe und vier LWL-Jugendämter führten zahlreiche elternbezogene Aktivitäten durch und erarbeiteten abgestufte Konzepte für die suchtpreventive Arbeit mit Eltern junger Rauschmittelkonsumenten.

Die Projekteinrichtungen berichteten übereinstimmend, dass ein großer Bedarf an Hilfsangeboten seitens der Eltern besteht. Eltern wollen mehr darüber erfahren, wie Sucht entsteht, wie bestimmte Rauschmittel wirken und welche Handlungsmöglichkeiten es gibt. Zu Projektbeginn belegte eine Befragung, dass Eltern nach wie vor Hemmungen haben, professionelle Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig sind die Suchthilfe und die beteiligten Jugendämter hoch engagiert, Eltern mit geeigneten Hilfsangeboten anzusprechen. Die dringendsten Fragen beantwortet der Flyer „Rauschmittelkonsum im Jugendalter – Tipps für Eltern“, der im Rahmen des Projekts entstand. Bundesweit wurde dieser Flyer mehr als 50.000 Mal angefordert und verteilt. Außerdem wurden ein Leitfaden zum Kooperationsaufbau sowie zur Durchführung eines Elternerstgesprächs, eine Handlungsanleitung für einen Elterninformationsabend, das Drehbuch „Homeparty“ und das Konzept „Hilfe, mein Kind pubertiert!“ erstellt. Eltern bewerteten die Maßnahmen als hilfreich und positiv.

Innerhalb des Projektzeitraums nahmen insgesamt sieben von zehn Einrichtungen vermehrt Kontakt zu Eltern und/oder zu Jugendlichen auf. Zwar war Elternarbeit für die beteiligten Einrichtungen nicht neu, sodass sie das Projekt ohne zusätzliche Personalmittel bewältigen konnten. Allerdings sind sich die Projektpartner einig, dass das Potenzial des Projektansatzes aufgrund hoher

Arbeitsbelastung, Zeit- und Personalmangels in den Beratungsstellen nicht vollständig ausgeschöpft werden kann.

Materialien und der Evaluationsbericht:

www.dhs.de/nc/projekte/aktuelle-projekte/elternarbeit.html

www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Praxis-Projekte/Eltern_aktiv_Start/

2.1.2.2 Eltern helfen Eltern – Handlungsempfehlungen für die Arbeit der Elternkreise

Bereits 1969 haben sich in Deutschland erste Selbsthilfegruppen von Eltern drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher gebildet. Sie sind im Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. (BVEK) organisiert. In den vergangenen Jahren liefen hier zahlreiche neue Entwicklungen und Problemlagen auf, die besonders neue ratsuchende Eltern ansprachen. Vor diesem Hintergrund fand das Projekt „Eltern helfen Eltern“ statt. Dessen Hauptziel war es, Handlungsempfehlungen für die Elternkreisarbeit des BVEK in den nächsten Jahren zu formulieren.

Dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um aktuelle Forschungsergebnisse zu den projektbezogenen Fragen zu sondieren, vor allem zum Freiwilligenengagement und zu neuen Ansätzen der Angehörigenarbeit in Suchtfamilien. Außerdem wurden Experten aus verschiedenen Bereichen der Suchthilfe interviewt: zum Beispiel Vertreter von Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie Vertreter aus der verbandlichen Suchthilfe auf Landes- und Bundesebene. Zudem wurden betroffene Eltern schriftlich und standardisiert befragt. Zu den Adressaten des Fragebogens gehörten neben 83 Elternkreisen des BVEK weitere 81 Elternkreise, die nicht dem Bundesverband angehören, sowie Elternkreise des „Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit“. Insgesamt konnten 335 vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden.

Es wurden folgende Herausforderungen für die Elternkreisarbeit identifiziert: der laufende Generationenwechsel, die Klärung der Nachfolge in Leitungsfunktionen, die

Frage, wie man neue Eltern gewinnen und halten kann, die Belegung und Neugründung von Elternkreisen insgesamt, die Kunst, die Bedürfnisse der Eltern zwischen Erfahrungs- und Betroffenenkompetenzen zu balancieren, die Einbeziehung neuer Themen wie Doppeldiagnosen und sogenannte neue Süchte, wie die Online-Sucht, sowie eine gelungene Öffentlichkeitsarbeit. Vorrangig sollen nun Lösungen gefunden werden, mit Doppeldiagnosen umzugehen, denn mittlerweile sind 58 Prozent der Eltern damit konfrontiert. Wichtig ist auch, dass die Elternkreisarbeit die veränderten Bedürfnisse und Erwartungen neuer Eltern berücksichtigt.

2.1.3 Expertise „Jugend Sucht Vernetzung“

Das Thema „Jugend und Sucht“ bleibt aktuell. Regional haben sich zwar wirksame Hilfeverbände entwickelt, die betroffenen Arbeitsfelder kooperieren, sind aber noch immer zu wenig strukturiert. Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr) hat Ende 2011 eine Arbeitshilfe entwickelt, die die Zusammenarbeit der Suchthilfe mit allen anderen relevanten Arbeitsfeldern unterstützen soll. Oft sind die Betroffenen schon seit früher Kindheit speziellen Risikofaktoren ausgesetzt. Zudem schafft der problematische Konsum selbst Probleme. Die Schul- und berufliche Ausbildung sowie das gesellschaftliche Leben sind beeinträchtigt. Weitere Folgen sind gesundheitliche Schäden und Straffälligkeit.

Die Kinder und Jugendlichen – oft auch die gesamte Familie – werden von unterschiedlichen Hilfesystemen erfasst und betreut. Doch Ärzte, Rechtsanwälte oder Sozialarbeiter können jeweils nur anteilig helfen. Die Aufgaben und Ziele der verschiedenen Systeme stehen einem notwendigen gemeinsamen Handeln entgegen. Man akzeptiert sich gegenseitig wenig und oft fällt auch die Verständigung schwer. Diese Versorgungslücke gilt es zu schließen. Hierzu müssen sich die Hilfesysteme absprechen. Geeignete Strukturen dafür sind regionale Netzwerke, die präventiv, akut und rehabilitativ arbeitende Institutionen einbeziehen. Die Expertise „Jugend Sucht Vernetzung“ des fdr hilft dabei, geeignete Kooperationen aufzubauen.

http://fdr-online.info/media/Texte/Expertise_JUGEND-SUCHT-VERNETZUNG.pdf

2.1.4 Forschung

2.1.4.1 Sucht und Gewalt

Substanzmissbrauch und Vernachlässigung hängen eng zusammen – wie genau, das untersucht der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Forschungsverbund CANSAS. Er ist in das Forschungsnetz „Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt“ eingebettet, das aus der Arbeit des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ hervorgegangen ist. Kinder und Jugendliche von Eltern, die Suchtmittel konsumieren, sind häufiger Opfer von Vernachlässigung oder Gewalt. Gleichzeitig geraten solche Kinder und Jugendliche im Erwachsenenalter überdurchschnittlich häufig selbst in Probleme des Substanzmissbrauchs. Die an CANSAS beteiligten Wissenschaftler forschen nach Ursachen und möglichen Interventionen.

2.1.4.2 Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn

Wie Drogen auf das menschliche Gehirn wirken, wird mit finanzieller Unterstützung des BMBF im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung untersucht. Wissenschaftler der Technischen Universität Dresden erforschen zum Beispiel mit bildgebenden Verfahren, wie Drogen auf die Reifung des jugendlichen Gehirns wirken. Die gleichen Methoden nutzt das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI-Mannheim) im Rahmen des Network of European Funding for Neuroscience Research (NEURON). Die Mannheimer Forscher beschäftigen sich damit, über welche Mechanismen Alkoholismus das Nervensystem beeinflusst, um beurteilen zu können, wie medikamentöse Behandlungsansätze wirken.

2.1.5 Sucht im Alter

2.1.5.1 Modellprojekte

Auch im höheren Lebensalter sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit keine Seltenheit. Bei Menschen über 60 Jahren betrifft dies vor allem den Missbrauch von Medikamenten, aber auch Alkohol. Gemäß einer Studie im Auftrag des BMG schätzen Pflegekräfte, dass derzeit etwa 14 Prozent der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben.

Schätzungen gehen von bis zu 400.000 älteren Menschen aus, die ein Alkoholproblem haben. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, in den nächsten Jahren voraussichtlich zunehmen. Auslöser kann ein einschneidendes persönliches Ereignis sein, zum Beispiel wenn der Übergang von der Arbeit in den Ruhestand zu bewältigen ist oder auch der Verlust des Lebenspartners. Oft bestanden die Gewohnheit des Substanzmissbrauchs und die Abhängigkeit aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase.

Internationale Studien belegen, dass therapeutische Interventionen bei älteren Menschen sehr erfolgreich sind. Dennoch ist das Thema „Sucht im Alter“ im Hilfesystem nach wie vor randständig. Mit 1,2 Millionen Euro fördert das BMG deshalb von Oktober 2010 bis September 2012 acht Modellprojekte, um Fachkräfte in der Sucht- und Altenhilfe entsprechend zu sensibilisieren und qualifizieren. Zentraler Baustein ist jeweils eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut. Im Rahmen der Projekte werden zum Beispiel bedarfsgerechte gemeinsame Fortbildungen für Fachkräfte der Alten- und Suchthilfe und Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt. Für die tägliche Arbeit ist vorgesehen, Strukturen zur gegenseitigen Beratung zu schaffen und gemeinsame Fallbesprechungen durchzuführen. www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/alter-und-sucht.html

2.1.5.2 Hausärztliche Versorgung und Sucht im Alter

Die deutschen Allgemeinarztpraxen werden in den letzten Jahren zunehmend mit älteren Patienten mit Suchterkrankungen konfrontiert. Außerdem haben niedergelassene Allgemeinmediziner zahlenmäßig die meisten Kontakte zu Suchtkranken oder Suchtgefährdeten jeden Alters. Sie spielen damit eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, diese Menschen frühzeitig und gezielt anzusprechen. Daher fördert das BMG seit Oktober 2010 das zweijährige Projekt „Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen zu Sucht im Alter“. Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung stärker in das Suchthilfesystem zu integrieren.

ren. Konkret sollen Schulungsmaßnahmen für die dem Suchthilfesystem zuweisenden Ärzte und ihre medizinischen Fachangestellten durchgeführt werden. Dabei werden die flächendeckend etablierten Qualitätszirkel für niedergelassene Hausärzte genutzt, um regelmäßig suchtpsychiatrisch zu informieren. So soll im Großraum Reutlingen ein niedrighschwelliger, wohnortnaher Zugang und die rasche Einleitung von Hilfemaßnahmen unter Nutzung des kommunalen Suchthilfe- und des gerontopsychiatrischen Netzwerks auch für alte suchtkranke Patienten gewährleistet werden. Die hausärztlichen Praxen sollen deshalb Suchterkrankungen älterer Patienten nicht nur früher erkennen. Auch die Kompetenzen im Umgang mit älteren Suchtkranken in der Hausarztpraxis sollen verbessert werden.

2.1.6 Migration und Sucht

Von 2009 bis Ende 2012 fördert das BMG den Modellschwerpunkt „transVer“. Das Ziel ist, kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, um den Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem zu verbessern. „transVer“ umfasst sechs regionale Modellprojekte, in denen beispielhaft zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert werden. Wissenschaftlich begleitet wird die Förderinitiative von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) in Zusammenarbeit mit der Initiative FTK (Fortbildung transkulturell) in Freudenstadt. Darüber hinaus wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der das Modellvorhaben unterstützt.

Die geförderten Projekte in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein, die jeweils evaluiert werden, setzen in sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen um.

Das Berliner Projekt wird vom Jugendhilfeträger „Gangway – Straßensozialarbeit in Berlin“ durchgeführt und richtet sich an Multiplikatoren der Jugend- und Suchthilfe. Dazu gehören interkulturelle Schulungen, der Aufbau eines Peer-Helper-Systems und verstärkte Vernetzung zwischen Sucht- und Jugendhilfe sowie Migran-

tenverbände. So sollen Zugangsbarrieren von jugendlichen Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund, die sich überwiegend „auf der Straße“ aufhalten, zum Suchthilfesystem abgebaut werden. In Cloppenburg ist das Projekt bei der Drogenberatungsstelle des Trägers Parlos gemeinnützige GmbH angesiedelt. Mit Informationsveranstaltungen, russischsprachiger Beratung und aufsuchender Arbeit will das Projekt zwei unterversorgte Gruppen aus dem russischen Sprachraum ansprechen: bisher nicht erreichte suchtgefährdete Frauen und männliche Drogenkonsumenten, die von früheren Hilfeversuchen nicht profitieren konnten und Behandlungen abgebrochen haben.

Der Sozialdienst Katholischer Männer (SKM) in Köln will im Rahmen des Modellvorhabens Zugangsbarrieren für erstmals auffällige junge türkische Drogenkonsumenten und für deren Familien senken, die noch im Familienverbund leben. Hierzu verstärkt der SKM seine Netzwerkarbeit in der türkischen Gemeinschaft, er arbeitet mit anderen Hilfeinrichtungen zusammen und betreibt eine Beratungsstelle vor Ort. Hinzu kommen Informationsveranstaltungen für Angehörige und Angebote für Jugendliche. In Leipzig liegt das Projekt in der Trägerschaft des Gesundheitsamts. In zwei Beratungsstellen werden multikulturelle Teams aufgebaut und ehrenamtliche Multiplikatoren geschult. Zielgruppe sind Alkohol- und Drogenabhängige unter anderem aus dem arabischen, persischen und russischen Sprachraum.

Der Träger mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e. V. – in Nürnberg richtet sich in einem Modellprojekt an gesellschaftlich und wirtschaftlich integrierte Migranten aus dem italienischen, türkischen und russischen Sprachraum. Die Maßnahmen teilen sich auf drei verschiedene Module auf: Telefon-Hotlines in den Herkunftssprachen, elektronische „Straßenarbeit“ in türkisch- und russischsprachigen Internetforen sowie Gruppenangebote für türkisch- und russischsprachige Angehörige. Als einziges stationäres Angebot im Rahmen des Modellprogramms wird die Abteilung Suchtmedizin der LWL-Klinik Warstein gefördert. Das Projekt richtet sich an Abhängige von illegalen Drogen aus dem russischen Sprachraum. Mit russischsprachigen Therapiegruppen, individueller Entlassungsvorbereitung und Angehörigengruppen sollen

Betroffene motiviert werden, die Behandlung fortzuführen und zu beenden. Zugleich soll die Anbindung an nachbetreuende ambulante Angebote verbessert werden. Der bisherige Verlauf des Förderschwerpunkts zeigt, dass ein verbesserter Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund in der Sucht- und Drogenhilfe nicht einfach zu erreichen und zu stabilisieren ist.

www.transVer-sucht.de

Beispiel aus den Verbänden:

„Klar im Kopf“

„Klar im Kopf“ (KiK) ist ein dreijähriges Projekt der Caritas Suchthilfe in den Städten Mettmann und Wülfrath. Das Bundesamt für Migranten und Flüchtlinge (BAMF) fördert es von 2011 bis 2013. KiK richtet sich an junge Migranten im Alter von 14 bis 25 Jahren und deren Angehörige mit vorwiegend türkischer oder russischer Herkunft. Fast ein Viertel der Bevölkerung im Kreis Mettmann hat eine Zuwanderungsgeschichte. Diese Bevölkerungsgruppe soll leichter Zugang zur Suchthilfe bekommen. Umgekehrt soll sich das System interkulturell öffnen. Hierzu vernetzt sich die Suchthilfe mit Migranteneinrichtungen, Vereinen und Organisationen verschiedener Kulturkreise. Gemeinsam entwickelt man geeignete Kommunikationsformen und suchtvorbeugende Maßnahmen, um die Betroffenen anzusprechen. Durch die Zusammenarbeit vor allem mit Bildungsstätten, sozialpsychologischen Diensten oder Jugendhäusern und die dortige Präsenz werden bereits viele Jugendliche erreicht – und durch eine gute Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen auch zahlreiche erwachsene Multiplikatoren. KiK beteiligt sich auch an bundesweiten Präventionsaktionen, wie beispielsweise der „DHS Aktionswoche Alkohol“, oder an regionalen öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen, wie dem „Girls Day“.

http://caritas.erzbistum-koeln.de/mettmann_cv/krisen/suchthilfe/Klarimkopf.html

Vorgestellt:

Michail Dubrovskij – Beratung und Selbsthilfe für russischsprachige Eltern und Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen



„Ich arbeite nach einem sehr einfachen Grundsatz: Niemandem darf Hilfe aufgedrängt werden, aber jeder, der sie benötigt, muss die Möglichkeit haben, sie zu bekommen – der Umsetzung dieses Grundsatzes widme ich auch weiterhin all meine Kraft und Zeit,“ sagt

Michail Dubrovskij über sein Engagement. Und er weiß, wovon er spricht: Er ist den weiten Weg vom betroffenen Vater, zum ehrenamtlichen Engagement und Mitarbeiter der Suchthilfe gegangen. Seit über zehn Jahren betreut er in Berlin und bundesweit russischsprachige Eltern und Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen. Sein Ziel ist, russischsprachigen Menschen zu helfen, nicht die gleichen schmerzlichen Erfahrungen machen zu müssen wie er und seine Familie. Seit 2001 hat er verschiedene teilweise öffentlich geförderte Projekte angestoßen und in Kooperation mit sozialen Trägern begleitet. Er hält regelmäßige Sprechstunden ab und gründete zwei Selbsthilfegruppen. Fachlich begleitet und praktisch unterstützt wird er seit Beginn seiner Tätigkeit von der vista gGmbH. Diese engagiert sich schon lange im Bereich Migration und Sucht und bietet in mehreren ihrer Einrichtungen russischsprachige Beratung und Betreuung an. Die gute Vernetzung der Angebote bildet mittlerweile ein komplexes und dennoch übersichtliches und verständliches Hilfesystem insbesondere für russischsprachige Berlinerinnen und Berliner. Darüber hinaus hat er zielgruppenspezifische Informations- und Aufklärungsmaterialien in russischer

Sprache zusammengestellt und als Informationsbroschüre „Illegale Drogen und Probleme des Drogenkonsums“ veröffentlicht. Diese in Zusammenarbeit mit der vista gGmbH erstellte Broschüre findet großen Anklang und ist bereits in der 2. Auflage erschienen. Durch sein Engagement mit vista hat Michail Dubrovskij einen wichtigen Beitrag geleistet, russischsprachigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern das Suchthilfesystem in Deutschland näher zu bringen, Informationslücken zu schließen und bestehende Vorurteile abzubauen. Die Hemmschwelle, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen und die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung ist jedoch immer noch sehr hoch. Hinzu kommen negative Einflussfaktoren, wie dubiose und medizinisch nicht fundierte Heilversprechen der kommerziellen Werbung in russischsprachigen Zeitungen und Zeitschriften. Hierzu möchte er eine zielgerichtete Informationskampagne durchführen.

www.vistaberlin.de



Beispiel aus den Verbänden

Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Der Fachverband Sucht e. V. publiziert seit 1996 klinikübergreifende Berichte über die Verläufe von Suchtbehandlungen (Katamnesen). Der 2011 veröffentlichte Bericht für den Entlassungsjahrgang 2008 mit 10.461 Patienten beleuchtet unter anderem, wie Behandlungserfolg und Erwerbstätigkeit zusammenhängen. Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbslos waren, weisen nach DGSS-Berechnungsform 3 (Katamneseantworter) eine katamnestiche Erfolgsquote von 79,0 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 58,6 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, wiesen eine katamnestiche Erfolgsquote von 80,7 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 62,7 Prozent. Das unterstreicht, dass Erwerbstätigkeit die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker positiv unterstützt. Leistungsträger und -erbringer sollten ihr Engagement für die medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation fortsetzen und gegebenenfalls intensivieren.

2.17 Selbsthilfeverbände und Netzwerke

2.17.1 Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS

Die Strukturen der Suchtselbsthilfe sind vielfältig: Betroffene organisieren sich in bestehenden Verbänden der Selbsthilfe, in Selbsthilfegruppen der Wohlfahrtsverbände und in verbandlich nicht organisierten Gruppen. Die DHS vereinigt als Dachorganisation die bundesweiten Suchtselbsthilfeverbände: Blaues Kreuz in Deutschland (BKD), Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE), den

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (BVEK), den Deutschen Frauenbund für alkoholfreie Kultur, die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, die Guttempler in Deutschland (IOGT), den Kreuzbund und die Wohlfahrtsverbände mit ihren Suchtarbeitsbereichen. Die DHS übernimmt Koordinierungs- und Vertretungsaufgaben, um die Belange der Suchtselbsthilfe zu fördern und Handlungsräume zu sichern.

Die Arbeit der Selbsthilfeverbände und -gruppen und ihr Engagement sind im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe unverzichtbar. Die Verbände sind unterschiedlich aufgebaut, ebenso verschieden sind die Angebote. Sie richten sich an die Suchtkranken vor, während und nach der Therapie und auch an deren Angehörige. Darüber hinaus sind sie Ansprechpartner für professionelle Dienstleister wie Betriebe, Ärzte und Beratungsdienste. Sie motivieren und unterstützen die Betroffenen, sie begleiten und stärken die Angehörigen und sie leisten allgemeine Aufklärung über Suchterkrankungen in der Öffentlichkeit.

Der Erfolg der Selbsthilfe ist für die Alkoholabhängigkeit sehr gut dokumentiert. Hier schafft es mehr als ein Viertel der Erkrankten, allein durch die aktive Mitarbeit in der Gruppe abstinent zu werden. Die Statistik 2010 der fünf Sucht- und Abstinenzverbände – BKE, BKD, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler und Kreuzbund – belegt, dass von über 6.000 rückfälligen Menschen in den Gruppen 76 Prozent durch die Gruppen stabilisiert werden konnten.

Beispiele aus den Bundesländern und Verbänden

Stiftung Synanon:

„Unterstützende Maßnahmen für Bewohner des Jugendhauses Karow“

Seit 2007 bietet Synanon nach § 27 in Verbindung mit den §§ 34 und 41 SGB VIII ein Angebot für junge Menschen ab 15 Jahren im Jugendhaus Karow (Berlin) an – in begründeten Ausnahmefällen auch ab 14 Jahren. Es zeigt sich, dass die meisten Jugendlichen, die das Programm bei Synanon erfolgreich durchlaufen haben, beim Übergang zur „realen Lebenswelt“ scheitern. Mögliche Gründe gibt es viele. Es scheint jedoch, dass sich der Erfolg beim Übergang deutlich steigern ließe, wenn die Lebensweltorientierung noch mehr in den Vordergrund rückt.

Dies will das Jugendhaus mit der Hilfe und Unterstützung von entsprechendem Personal an den Schnittstellen zwischen Jugend-, Sucht- und Berufshilfe erreichen. Therapeut und Klient erarbeiten einen individuellen Plan, der dem Jugendlichen dabei hilft, wieder in ein normales Leben in der Gesellschaft zurückzukehren oder gänzlich neu zu beginnen. Wie erfolgreich sich dies umsetzen lässt, hängt entscheidend davon ab, inwieweit die betroffenen jungen Menschen das Hilfesystem als sozial zuverlässig erleben. Dafür müssen die Institutionen so unterschiedlicher Bereiche wie Beratung, Wohngruppe, Schule, Ausbildung usw. gemeinsam und zielgerichtet vorgehen. Zudem haben ehemalige Abhängige weitaus größeren Vorbildcharakter als Menschen, die zwar fachlich gleich qualifiziert sind, aber keine persönlichen Erfahrungen mit Sucht mitbringen. Kommt es im ersten Ansatz nicht zur Aufnahme, wird der Fallmanager versuchen, den Kontakt aufrecht zu erhalten, um im weiteren Verlauf bei gegenseitiger Wertschätzung und offener Kommunikation den Jugendlichen zu überzeugen, dass eine bestimmte Maßnahme sinnvoll ist. Falls die

Jugendhilfe nicht bereit ist, den Teilnehmer weiter zu unterstützen, sollte mithilfe des Fallmanagers eine Überleitung in die Selbsthilfe erörtert und ermöglicht werden. Es ist das Ziel von Synanon, die Prinzipien einer ganzheitlichen Förderung – ähnlich wie in der Suchtselbsthilfe – konsequent auf den Jugendhilfebereich für Suchtmittelabhängige zu übertragen. Eine ganzheitliche Förderung hat sowohl die Persönlichkeitsentwicklung für ein Leben ohne Suchtmittel, die Gesundheitsförderung, die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen als auch die fachpraktische und fachtheoretische Ausbildung gleichermaßen im Blick.

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e. V.

Der Bundesverband befasste sich 2011 vor allem mit dem Thema „Sucht und Familie“. Hierzu erschien die neue Arbeitshilfe „Sucht und Familie – Gemeinsam Lösungen finden“ in einer Auflage von 6.000 Exemplaren. Sie bietet Freundeskreis-Selbsthilfegruppen Anregungen, den Blick bewusster auf die Sucht im Familiensystem zu lenken. Themenschwerpunkte der Arbeitshilfe sind unter anderem, die Rollen im Suchtsystem und wie sich Co-Abhängigkeit ausdrückt. Zudem werden Arbeitsmaterialien zum direkten Einsatz in Suchtselbsthilfegruppen angeboten.

Basierend auf der Arbeitshilfe erhielten ehrenamtlich Mitarbeitende eine Schulung. Sie haben gelernt, als Multiplikatoren das Thema in von ihnen selbst organisierten Ausbildungsveranstaltungen auf Orts- und Landesebene weiterzugeben und so Nachhaltigkeit sicherzustellen. Die Informationsbroschüre „Kindern von Suchtkranken Halt geben“ wurde aufgrund der großen Nachfrage nachgedruckt und um das Thema „Kinder von psychisch kranken Eltern“ erweitert. Denn die Situation der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ähnelt derjenigen Kinder von Suchtkranken. Sie ist jedoch weniger im Blick der Öffentlichkeit. Gemeinsam mit dem örtli-

chen Freundeskreis ist der Bundesverband im Arbeitskreis „Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern“ vertreten. Dieser ist beim Gesundheitsamt der Region Kassel angesiedelt und vereint Fachkräfte, die Hilfen für betroffene Familien anbieten. 2011 hat der Arbeitskreis erstmals Informationsstunden in den großen Psychatrieeinrichtungen der Region durchgeführt und das Hilfeangebot interessierten Patienten vorgestellt. Hier waren auch Bundesverband und Freundeskreis eingebunden.

www.freundeskreise-sucht.de

Thüringen:

„Selbsthilfe aktiv – Das Lotsennetzwerk“

Seit 2008 unterstützen in Thüringen suchterfahrene Menschen als Lotsen andere Abhängigkeitskranke, die bisher keine Orientierung gefunden haben, aufzusteigen. Die Idee stammt aus Brandenburg. Dank zahlreicher Förderer wie der Aktion Mensch, der AOK Plus, dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit und des engen Netzwerks zwischen ehrenamtlich tätigen Lotsen, Selbsthilfegruppen, Krankenhäusern und Fachkliniken, Suchtberatungsstellen und anderen Hilfeeinrichtungen ließ sich das Konzept auch in Thüringen umsetzen. Lotsen begleiten andere Suchtkranke oder deren Angehörige für eine bestimmte Zeit auf dem Weg aus der Sucht und helfen ihnen, das „rettende Ufer“ zu erreichen. Sie arbeiten freiwillig und ehrenamtlich im Lotsennetzwerk und kooperieren mit den professionellen Fachkräften der Kliniken und Suchtberatungsstellen. Sie beraten Hilfe suchende Patienten vor allem in der kritischen Anfangsphase unmittelbar nach einer Entgiftungsbehandlung. Gerade dann kommen Alkoholrückfälle besonders oft vor.

Damit auch die Lotsen an ihrer Aufgabe wachsen, bekommen sie Schulungen und Praxisberatungen. Träger des Lotsennetzwerks Thüringen ist der fdr. Ein Projektleiter koordiniert alle Abläufe zwischen den Netzwerkpartnern und den Lotsen. Das Ziel ist, durch persönliche Ansprache einen Zugang zu

Suchtkranken zu erhalten, um sie in eines der Angebote des Hilfesystems zu vermitteln. So lassen sich Folgekrankheiten, Unfälle und Arbeitsausfälle vermeiden, die für die Betroffenen und deren Angehörigen viel Leid und für die Gesellschaft hohe Kosten verursachen. Zwei Drittel der Menschen, die von einem Lotsen in Thüringen begleitet wurden, konnten in das Hilfesystem beziehungsweise in die Selbsthilfe vermittelt und wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden.

www.lotsennetzwerk.de



2.1.7.2 „Chancen nahtlos nutzen“

Am 1. Juli 2011 startete das vom BMG geförderte Projekt „Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk“ (CNN). Die fünf großen Suchtselbsthilfeverbände – Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund – wollen die Suchtselbsthilfe und die berufliche Suchthilfe stärker verzahnen und Vernetzungsstrukturen aufbauen beziehungsweise verbessern. Unter dem Leitgedanken der „Nahtlosigkeit“ soll diese Chance genutzt werden, um Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen optimal zu erreichen und umfangreiche Hilfen anzubieten. CNN ist das dritte gemeinsame Projekt über die Verbandsgrenzen hinweg. Dass berufliche Suchthilfe und Suchtselbsthilfe zusammenarbeiten, ist in Deutschland ein tragendes Element im Suchthilfesystem. Beide „Seiten“ kennen und respektieren die Kompetenzen und Leistungen des

jeweils anderen aber oft zu wenig. Entsprechend tauschen sie sich nur eingeschränkt aus. Hier setzt CNN an: Wissenschaftler der Universität Hildesheim untersuchen in der einjährigen Explorationsphase grundlegende Strukturen der Zusammenarbeit in verschiedenen Regionen Deutschlands. Was fördert eine regelhafte Zusammenarbeit, was hemmt sie? Wie lässt sich die Suchtselbsthilfe in (regionale) Netzwerke erfolgreich einbinden? Welche Modelle „guter Praxis“ bestehen bereits? Inwieweit lassen sich diese Ansätze für die Selbsthilfearbeit vor Ort übernehmen?

Diese Fragen sollen bis zu 30 Vertreter der Suchtselbsthilfe und der ambulanten sowie stationären Suchthilfe in leitfadengestützten Interviews beantworten. Die Ergebnisse sollen praktische Kriterien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe liefern. Diese sind besonders als Hilfestellung für die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Selbsthilfe gedacht: Sie sollen praktische Werkzeuge an die Hand bekommen, um neue Kooperationen einzuleiten, aufzubauen oder bestehende Kooperationen zu festigen.

Die Ergebnisse sollen eine anschließende Praxisphase anstoßen, die Ende 2012 beginnen könnte und in der die Vorbildbeispiele flächendeckend umgesetzt werden. Im Dezember 2011 traf sich erstmals ein begleitender Fachbeirat aus Vertretern des Suchthilfesystems und der Leistungsträger. Er unterstützt die Projektpartner fortwährend mit seiner Expertise.

2.1.7.3 Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr

Die „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V.“ (SSHS) steht allen Soldaten und Zivilbeschäftigten und deren Angehörigen bei Abhängigkeitserkrankungen unter dem Motto „Beraten, Begleiten und Betreuen“ zur Seite. Die SSHS hat bundesweit über 200 Mitglieder: aktive und ehemalige Soldaten wie Zivilpersonen. Der Verein arbeitet mit dem sozialen Netzwerk der Bundeswehr zusammen. Die Mitglieder verfügen über Erfahrung mit ihrer eigenen Abhängigkeitserkrankung oder Expertise durch eine fachkundige Ausbildung zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer. Sie sind vertraulich agierende Ansprechpartner, die den Betroffenen und Hilfesuchenden „auf Augenhöhe“ den

Weg in ein abstinentes Leben erleichtern können. Die Mitglieder bilden sich halbjährlich weiter – einschließlich Besichtigungen von Therapieeinrichtungen zu verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen. 2011 wurden zum Beispiel auch die Online- und Glückspielsucht behandelt. Die SSHS gehört zu den Teilnehmern des Runden Tisches „Solidarität mit Soldaten“ in Berlin.

www.soldatenselbsthilfe-sucht-bundeswehr.de

2.1.7.4 Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung

Die DRV Bund unterstützte auch 2011 gemäß § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB VI sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit der Nachsorgereferenten von Suchtverbänden, die in der DHS organisiert sind. Neben der DRV Bund fördern auch die regionalen Rentenversicherungsträger die Suchtselbsthilfe nach § 31 SGB VI. Die GKV fördert die Suchtselbsthilfe nach § 20c SGB V. Grundlage hierfür ist der „Leitfaden Selbsthilfeförderung“ des GKV-Spitzenverbands, den die Krankenkassen zusammen mit Vertretern der Selbsthilfe in 2011 weiterentwickelt haben.

Ziel der Förderung ist es, suchtkranke Menschen durch lebensnahe und praxisorientierte Unterstützung langfristig zu stabilisieren, Rückfälle zu vermeiden und sie wieder ins Berufsleben einzugliedern. Die Mittel für die regionale Selbsthilfe kommen vor allem den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten zum Beispiel Pauschalen von bis zu 200 Euro, um Ausgaben wie Fahrgeld, Porto, Literatur usw. zu decken. Ebenso wurden Zuwendungsmittel für Gruppenleiterschulungen oder die Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt.

Die DRV Bund stellte 2011 dafür ca. 840.000 Euro zur Verfügung (Stand: 10. Dezember 2011). Die Arbeit der Suchtreferenten wurde mit etwa 1,4 Millionen Euro gefördert (Stand: 10. Dezember 2011). Die Suchtreferenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort. Dazu gehört, die Netzwerke der Selbsthilfe zu koordinieren und zu erweitern, den Austausch zwischen verschiedenen Selbsthilfegruppen zu fördern, Initiativen und Projekte anzustoßen und Bildungsarbeit und Beratung für die Gruppen und freiwilligen Helfer zu leisten. Das regelmäßige Fortbildungstreffen der Suchtreferenten fand 2011 zum Thema

„Gesundheitsförderung – Neues Denken in der Suchtselbsthilfe“ statt.

2.1.8 Deutscher Suchtkongress

Den Deutschen Suchtkongress 2011 in Frankfurt besuchten mehr als 600 Teilnehmer. Bereits zum vierten Mal diskutierten Experten aus Suchttherapie, -prävention und -forschung gemeinsam über Modelle „guter Praxis“ und Innovationen im Bereich der Suchtkrankenhilfe.

Das Themenspektrum war vielfältig: Es ging um neurobiologische Verständniszugänge zur Sucht, um differenziertere diagnostische Optionen und infolge dessen auch um eine Verfeinerung individualisierter Therapieindikationen, um die Epidemiologie unterschiedlichster Suchtformen, um neue Ansätze in der niedrigschwelligen Drogenhilfe sowie um die Evaluation von Maßnahmen und um gesundheitsökonomische Aspekte.

Weitere Themen waren: Alkoholkonsum bei Jugendlichen, Psychotherapie und medikamentengestützte Ansätze in der medizinischen Rehabilitation, traumatherapeutische Ansätze in der Suchtbehandlung, Verhaltenssüchte, wie zum Beispiel pathologisches Glücksspielen oder pathologischer Internet- und Computerspielgebrauch sowie gestörtes Essverhalten. Weitere Themen waren die Problematik Gewalt und Sucht sowie aktuelle Aspekte der Versorgungsentwicklung (Werte, Behandlungsleitlinien usw.). Pharmakologische und psychosoziale Aspekte wurden, soweit möglich, immer zusammen betrachtet.

Vor allem wurde deutlich, dass sich das Thema Sucht nur unter Beteiligung unterschiedlichster Disziplinen und Professionen angemessen bearbeiten lässt. Sucht ist als lebenslanger Prozess zu verstehen, der unter besonderen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel im Gefängnis, in bestimmten Lebensabschnitten, wie Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen oder im Alter, in bestimmten Lebensformen, wie der Familie, sowie bei Personen mit Einschränkungen, wie geistiger Behinderung, differenziert betrachtet werden muss. Die Kongresspräsidenten wiesen zudem auf die gelungene kommunale Zusammenarbeit beim Umgang mit der Drogenproblematik in Frankfurt am Main hin.

Im Verlauf des Kongresses ist es gelungen, das Ziel des Deutschen Suchtkongresses zu realisieren, eine umfassende Übersicht zu neuen Erkenntnissen aus der Grundlagen-, Anwendungs- und Versorgungsforschung zu präsentieren.

www.deutscher-suchtkongress.de

2.2 Suchtstoffspezifische Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung

2.2.1 Alkohol

Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

Seit rund zehn Jahren arbeiten Experten der Berliner Charité am Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK). Die DRV sowie die Unternehmen Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (AHG) und AKG Dr. S. Zwick GmbH & Co. KG, der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss), die Haus Saaletal GmbH, die Klinik Eschenburg KG, die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH und die Salus Klinik Lindow fördern das Vorhaben. Zunächst wurde ein RMK-Assessment für den Klinikeinsatz entwickelt, das anhand der Messung der substanzbezogenen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung vier Bedarfsgruppen Alkoholabhängiger differenziert. Für diese wurden zuletzt im Expertenkonsens und unter Berücksichtigung empirischer Ergebnisse zur derzeitigen Versorgungspraxis auch Therapieorientierungswerte (TOW) definiert. Dabei werden für die Bedarfsgruppen, teilweise unter Rückgriff auf die individuellen Ergebnisse aus dem RMK-Assessment, Quantitäten therapeutischer Leistungen empfohlen, die inhaltlich kompatibel zu den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) des DRV-Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ sind und dessen Anforderungen im Mittel über alle Patienten einer Klinik (über)erfüllen. Praktikabilität und Nutzen der TOW werden derzeit in einer Implementationsstudie geprüft.

Zur Unterstützung einer passgenauen Zugangssteuerung wurde ein kurzes RMK-Screening zur Vorabschätzung der Bedarfsgruppe im Antragsverfahren der DRV Bund entwickelt und nunmehr erstmals praktisch getestet. Für einen möglichen Routineeinsatz sind weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich.

www.reha-vqs.charite.de

2.2.2 Tabak

2.2.2.1 Tabakentwöhnung

Viele Raucher sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören. Im Jahr 2009 haben 25 Prozent der Raucher versucht aufzuhören. Damit liegt Deutschland etwas unter dem europäischen Durchschnitt von 28 Prozent. (Spezial-Eurobarometer 332, 2010). Die Bereitschaft, einen Aufhörversuch zu unternehmen, wird insbesondere durch die Sorge um die eigene Gesundheit (75 Prozent), durch die Familie oder den Partner (57 Prozent) und den Preis der Tabakprodukte (55 Prozent) beeinflusst. Nur bei 17 Prozent war der ärztliche Ratschlag, bei 7 Prozent Medienkampagnen der Auslöser. Hilfestellungen nahmen nur 11 Prozent der Raucher bei den Aufhörversuchen in Anspruch. Auch wenn letztlich die meisten Raucher (87 Prozent) ohne die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen langfristig aufhören, sind die Erfolge, die mit Hilfestellung unternommen werden, deutlich höher. Die langfristige Abstinenzquote bei nicht unterstützten Aufhörversuchen liegt lediglich bei 3 bis 5 Prozent. Diese kann durch die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen vervielfacht werden. So liegt die Abstinenzquote von Gruppeninterventionen bei über 30 Prozent.

In Deutschland stehen verschiedene Möglichkeiten der Hilfen für die Tabakentwöhnung zur Verfügung, deren Wirksamkeit belegt ist. Hierzu gehören Selbsthilfematerialien, Kurzinterventionen, Telefonberatung, Verhaltenstherapie und die Pharmakotherapie.

Laut Präventionsbericht 2010 nahmen allein im Bereich der GKV im Jahr 2009 insgesamt 15.764 Personen an Kursen zum „Suchtmittelkonsum“ teil (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V., 2010). Dabei handelt es sich in 96 Prozent der Fälle um die Teilnahme an Kursen und Seminaren zur Förderung des Nichtrauchens.

2.2.2.2 „rauchfrei“: Angebote zur Tabakentwöhnung der BZgA Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Seit 2005 bietet die BZgA unter www.rauch-frei.info ein kostenloses, interaktives Online-Ausstiegsprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene an. Das Programm ist Teil der „rauchfrei“-Jugendkampagne und begleitet die Teilnehmer vier Wochen lang bei der Tabakentwöhnung. Zunächst werden Nikotinabhängigkeit und Rauchverhalten analysiert, anschließend motivieren individuell zugeschnittene Rückmeldungen zum Rauchstopp. In einer Vorbereitungsphase entwickelt der Teilnehmer mithilfe des Programms für persönliche Risikosituationen Handlungsalternativen zum Rauchen. Ab dem selbst festgelegten Ausstiegsdatum erhalten die Teilnehmenden Tipps, gezielte Informationen und ein individuelles Feedback zu den bereits erreichten Erfolgen. Die Teilnehmer protokollieren täglich die Zahl der (nicht) gerauchten Zigaretten.

Unter anderem lässt sich eine individuelle Erfolgskurve abbilden und mit einem „Ersparnisrechner“ das durch den Verzicht eingesparte Geld anzeigen.

Im Jahr 2011 wurden Videos integriert, in denen ein fiktiver Programmteilnehmer beispielhaft erläutert, wie das Programm funktioniert. Das unterstützt die Akzeptanz und macht das Programm noch attraktiver. Insgesamt meldeten sich bis November 2011 rund 11.000 junge Ausstiegswillige an. Das Durchschnittsalter lag bei 24 Jahren. Die Geschlechteraufteilung war ausgeglichen. Inhaltlich und gestalterisch wird das Programm im Jahr 2012 weiter ausgebaut und aktualisiert.

www.rauch-frei.info/programm

Online-Rauchstopp für Erwachsene

Unter www.rauchfrei-info.de stellt die BZgA ein „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm für erwachsene Raucher bereit. Das Online-Programm begleitet Ausstiegswillige drei Wochen lang per E-Mail mit täglichen individualisierten Tipps und Empfehlungen sowie Informationen zum Rauchstopp. Für die Vorbereitung auf den persönlichen Rauchstopp bietet das Programm ein Zeitintervall zwischen drei und zehn Tagen an, in dem durch Übungen die

Grundlage für einen dauerhaften Rauchstopp gelegt wird. Dabei werden die persönlichen Voraussetzungen der Teilnehmenden berücksichtigt, zum Beispiel, wie stark sie vom Rauchen abhängig sind und wie lange sie rauchen. Um die Motivation zu steigern, zeigt ein Erfolgsdiagramm die (nicht) gerauchten Zigaretten an, der „Eurozähler“ addiert die eingesparten Ausgaben. In einem Forum sowie einem wöchentlich stattfindenden Live-Chat können die Nutzer Erfahrungen und Tipps zum Rauchstopp austauschen und sich gegenseitig unterstützen. Ehemalige Raucher berichten in der Rubrik „Erfolgsgeschichten“ darüber, warum sie aufgehört haben und wie es ihnen gelungen ist.

Im Jahr 2011 haben sich mehr als 6.000 Teilnehmer für das Programm angemeldet. Eine Untersuchung von 2009 zeigte, dass 14 Prozent der Teilnehmer sechs Monate nach Programmende weiterhin rauchfrei waren.

www.rauchfrei-info.de

„losgelöst“: Rauchstopp in der Gruppe für Jugendliche

Das Gruppenprogramm „losgelöst“ ist für 14- bis 17-jährige Raucher konzipiert. Vor dem Hintergrund der vergleichsweise hohen Raucherquote in dieser Altersgruppe richtet es sich besonders an Haupt- und Realschulen. Grundlage ist der gut evaluierte, motivationsbasierte kognitiv-behaviorale Ansatz zum Rauchstopp. Es finden insgesamt sechs Kurstreffen statt, an die sich eine Nachbetreuung über vier Wochen per Telefon und SMS anschließt, um Rückfälle zu verhindern. Eine im Jahr 2011 abgeschlossene Machbarkeitsstudie hat in 24 Kursen 139 jugendliche Raucher begleitet. Während des Kurses gelang es 30,2 Prozent der Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören. Zum Ende der Nachbetreuungsphase nach vier Wochen, waren noch 24,4 Prozent rauchfrei. 2011/2012 wird zusätzlich eine kontrollierte Wirksamkeitsstudie durchgeführt. Nach ersten Ergebnissen scheint es zu gelingen, besonders stark rauchende Jugendliche, deren Peer-Gruppe ebenfalls überwiegend raucht, zu motivieren, am Programm „losgelöst“ teilzunehmen. Da diese Gruppe sonst eher Schwierigkeiten hat, alleine mit dem Rauchen aufzuhören, geben die Ergebnisse Anlass, „losgelöst“ positiv zu bewerten.

„rauchfrei“-Programm:**Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene**

Das „rauchfrei“-Programm ist ein 2007 vom Institut für Therapieforschung München (IFT) mit Unterstützung der BZgA entwickeltes Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung. Es basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz: Zugleich berücksichtigt das Programm, inwieweit eine medikamentöse Begleittherapie mit Nikotinersatz weitere Unterstützung bietet. Das Kursprogramm wird in einer „Basisversion“ mit sieben 90-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen sowie in einer „Kompaktversion“ mit drei 180-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen angeboten. Um Aufhörwilligen die Suche nach Kursen vor Ort zu erleichtern, ist auf www.rauchfrei-info.de eine laufend aktualisierte bundesweite Datenbank mit Kursangeboten des „rauchfrei“-Programms verfügbar.

Die Spitzenverbände der deutschen Krankenkassen erkennen das „rauchfrei“-Programm als erstattungsfähiges Präventionsprogramm an. Im Jahr 2010 nahmen bundesweit 3.338 aufhörwillige Raucher daran teil. Zum Ende des Kurses sind 60,9 Prozent der Teilnehmer rauchfrei, nach einem Jahr beträgt die Erfolgsquote noch immer 31,8 Prozent.

www.rauchfrei-programm.de

Telefonische Beratung zum Nichtrauchen

Mit der Telefonberatung der BZgA zur Rauchentwöhnung steht unter der Rufnummer 01805/31 3131 von Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr ein leicht zugängliches Ausstiegsangebot mit einer Vielzahl von Serviceleistungen zur Verfügung. Dazu gehören Antworten auf allgemeine Fragen zu den Themen Rauchen und Ausstieg, Informationsmaterialien, Adressen von Beratungsstellen oder qualifizierten Anbietern von Gruppenprogrammen und nicht zuletzt eine persönliche Ausstiegsberatung. Anrufer haben auch die Möglichkeit zu einer proaktiven Beratung: Sie können sich bis zu fünf Mal pro Monat von der Telefonberatung anrufen lassen, die den Rauchstopp unterstützen und stabilisieren soll. Im Mittelpunkt der Beratung stehen Fragen nach Risikosituationen und das gemeinsame Erarbeiten möglicher Bewältigungsstrategien. Die Beratung soll dazu ermutigen, soziale Unterstützung anzunehmen, die

Aufklärung über die häufigsten Ausstiegsprobleme erhöhen und Verhaltensalternativen bei Entzugsschwierigkeiten entwickeln. Gespräche zur Rückfallprophylaxe bei bereits abstinenten Anrufern zielen darauf ab, positive Abstinenzenerlebnisse zu verstärken und kritische Situationen durchzusprechen, um gemeinsam zu erarbeiten, wie man diese umgehen kann.

Zur Qualitätssicherung werden zwei Nachbefragungen jeweils nach drei und zwölf Monaten durchgeführt. Die Beratung ist kostenlos; die Telefongebühren für Gespräche betragen bundesweit einheitlich 14 Cent pro Minute aus dem Festnetz und maximal 42 Cent aus dem Mobilfunknetz. Im Jahr 2011 wurden mehr als 4.500 Gespräche entgegengenommen: 34 Prozent der Anrufer gaben an, dass sie die Broschüren der BZgA zur Teilnahme animiert haben, 27 Prozent haben die Hinweise auf den Zigarettenschachteln dazu angeregt. Der Anteil derjenigen, die im Rahmen von Aktionen – etwa anlässlich des Welt Nichtrauchertags – auf das Angebot aufmerksam geworden waren, lag 2011 bei 17 Prozent. Die Nutzerbefragung zeigt, dass die Telefonberatung auch jüngere Zielgruppen erreicht. Etwa 36 Prozent der Anrufer sind zwischen 16 und 39 Jahren alt. Der Altersdurchschnitt liegt bei 43,5 Jahren. Die Anrufer sind überwiegend starke Raucher.

Eine Drei-Monats-Nachbefragung im Jahr 2011 belegt, dass die Teilnehmer mit der Beratung durchweg zufrieden sind. 90,1 Prozent sind „sehr“ oder „eher zufrieden“. 26,8 Prozent der Befragten gaben nach drei Monaten an, nicht mehr zu rauchen (Punktprävalenz-Abstinenz), und 11,8 Prozent sagten, dass sie nur noch an manchen Tagen rauchen. Nach zwölf Monaten gaben noch 26,4 Prozent an, nicht mehr zu rauchen und 4,5 Prozent nicht täglich zu konsumieren.

Die „proaktive Beratung“ mit mindestens drei zusätzlichen Beratungsgesprächen zeigte nach einem Jahr eine höhere Wirksamkeit als eine einmalige oder weniger intensive proaktive Beratung (Punktprävalenz: 34,4 Prozent gegenüber 21,3 Prozent). Die proaktive Beratung führte bei etwa jedem dritten Anrufer mit mindestens drei Folgeanrufen zu längerfristiger Abstinenz.

www.rauchfrei-info.de

2.2.2.3 Weitere Tabakentwöhnungsangebote Rauchertelefon für Krebspatienten

Rund die Hälfte der Lungenkrebspatienten hat Interesse an einem Tabakentwöhnungsprogramm. Daher hat das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe bereits 2003 ein spezielles Rauchertelefon für Krebspatienten und ihre Familien eingerichtet. Hier geht es gezielt darum, aufgrund der Erkrankung mit dem Rauchen aufzuhören.

Im Jahr 2011 wurde die Koordination am Deutschen Krebsforschungszentrum zwischen dem Rauchtelefon und einer durchgeführten Studie zur Früherkennung von Lungenkrebs sowie die Vernetzung mit umliegenden Krankenhäusern verbessert. Deswegen stieg 2011 die Zahl der Anrufe beim Rauchertelefon für Krebspatienten gegenüber dem Vorjahr um rund ein Drittel.

www.dkfz.de

Anbieterdatenbank

Das DKFZ hat gemeinsam mit der BZgA eine Datenbank erstellt, in der man Anbieter von Raucherberatungen und Tabakentwöhnung gezielt nach Postleitzahlbezirk ermitteln kann. Aktuell enthält die bundesweite Datenbank über 3.000 Einträge und wird ständig aktualisiert. Kurzbeschreibungen der häufigsten Programme und Methoden, Hinweise auf die jeweiligen Kosten und die Erstattung durch die Krankenkassen ergänzen das Angebot.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Anbieterdatenbank

Tabakentwöhnung in Kliniken

Im klinischen Alltag sind Raucher allgegenwärtig, denn Rauchen ist die Hauptursache für Lungenkrebs, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie Herz-Kreislaufstörungen und weitere schwere Erkrankungen. Rund ein Viertel der Patienten raucht bis zu einer Operation oder beginnt danach wieder mit dem Rauchen.

Da es nicht selbstverständlich ist, dass Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken den Rauchstatus abfragen, zum Rauchstopp raten und bei Anamnese, Operationsvorbereitung und Nachsorge auf Unterstützungsangebote verweisen, veröffentlichte das DKFZ 2011 Materialien zum Thema Tabakentwöhnung in Kliniken. Diese richtet sich in erster Linie an Mediziner und Pflegepersonal. Sie sollen anre-

gen, die Tabakentwöhnung als festen Bestandteil in Anamnese und Behandlung zu integrieren.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/index.html

Tabakentwöhnung beim Zahnarzt

Tabakrauch steht in unmittelbarem Kontakt mit dem Mund- und Nasenraum. Die Schadstoffe verursachen im Mund schwere gesundheitliche Schäden wie Krebs, Parodontalerkrankungen und Karies. Darüber hinaus verschlechtert Rauchen den Erfolg zahnärztlicher Behandlungen. Insofern sollen Zahnärzte zum Rauchstopp motivieren: Sie sehen ihre Patienten regelmäßig und die Patienten können rauchbedingte Schäden im Mundraum besser nachvollziehen. Allerdings erfassen nur rund 35 bis 47 Prozent der Zahnärzte in Deutschland regelmäßig den Rauchstatus ihrer Patienten und weniger als ein Drittel erfragt diesen routinemäßig bei jedem neuen Patienten. Das DKFZ hat in Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ein umfassendes Handbuch mit Informationen und praktischer Unterstützung für Zahnärzte erstellt. Es soll motivieren, die Raucherberatung zu einem festen Bestandteil der zahnärztlichen Behandlung zu machen. Ein neues, leicht verständliches Falblatt für Patienten ergänzt das Material. Beides hat in die Praxen Eingang gefunden.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/index.html

2.2.2.4 Qualität online beworbener Angebote zur Tabakentwöhnung

Immer mehr Menschen in Deutschland nutzen das Internet, am häufigsten beschaffen sie sich Informationen über Suchmaschinen. Rund 37 Prozent der Bundesbürger sehen das Internet inzwischen als bedeutendstes Medium zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen. Insofern ist das Internet ein kosten- und zeiteffektiver Zugangsweg, um entwöhnungswillige Raucher zu erreichen. Verwenden diese kommerzielle Suchmaschinen, um Angebote zur Tabakentwöhnung zu finden, eröffnet sich ihnen ein breit gefächertes, für Laien häufig schwer überschaubares Feld: Die angezeigten Ergebnisse reichen von seriösen, evidenzbasierten Angeboten zur Tabakentwöhnung bis hin zu wissenschaftlich fragwürdigen Methoden.

Im Rahmen einer BMG-geförderten Studie haben Forscher von der Psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen

gen (UKPP) untersucht, wie qualifiziert die Therapieangebote zur Tabakentwöhnung im Internet sind, auf welcher wissenschaftlichen Grundlage sie beruhen und ob ihre Wirksamkeit belegt ist. Es zeigte sich, dass der Großteil der Angebote – über 70 Prozent – Therapieelemente enthält, die nicht leitlinienkonform sind und deren Wirksamkeit wissenschaftlich nicht ausreichend belegt ist.

Durch Literaturrecherchen sowie Befragungen von Betroffenen und Experten wurden sieben gängige Suchbegriffe ausgewählt und über Google und Yahoo danach gesucht. Ausgewertet wurden jeweils die ersten drei Seiten mit 21 Suchergebnissen. Unter den insgesamt 882 Suchergebnissen wurden 126 Therapieangebote identifiziert und nach der Klassifikation des jeweiligen Verfahrens, der Struktur des Angebots, der Qualifikation der Anbieter, der Evidenzbasierung, Kosten und Positionierung im Web bewertet.

Leitlinienkonforme Therapiemethoden finden sich bei einer webbasierten Suche wenig. Etwa die Hälfte aller Seminarangebote beschränkt sich lediglich auf einen einmaligen Kontakt zum Klienten oder Anbieter werben mit unrealistischen Abstinenzwahrscheinlichkeiten. In diesen Fällen fehlen Studien, die methodisch aussagekräftig genug sind, um die berichteten Abstinenzzahlen zu belegen. Außerdem ist oft nicht ersichtlich, welche berufliche Qualifikation der Anbieter mitbringt. Nur wenige weisen auf ihrer Webseite eine anerkannte qualifizierende Fortbildung im Bereich der Tabakentwöhnung aus. Nicht-evidenzbasierte Seminare sind signifikant häufiger im Internet vertreten, bei der Suche stoßen Laien häufiger auf diese Angebote.

Neben Medienangeboten wie Büchern, CDs, DVDs und zugelassenen Medikamenten finden sich ebenfalls zahlreiche dubiose Angebote: etwa pflanzliche Mittel, energetische Metalle bis hin zu Geräten zur Laserstimulation. Alle entbehren einer ausreichenden wissenschaftlichen Fundierung. Laien können die Qualität dieser Angebote häufig nicht einschätzen. Zudem erscheinen Angebote mit keiner oder nur geringer Evidenz im Internet häufig attraktiver, da sie entweder mit hohen Abstinenzwahrscheinlichkeiten werben, eine spektakuläre Therapievariante anbieten oder wenig zeitlichen Aufwand fordern.

Überprüfbare Qualitätsstandards für im Internet beworbene Angebote zur Tabakentwöhnung fehlen und sollten daher in Anlehnung an bereits etablierte Qualitätsstandards für die Tabakentwöhnung generiert und verfügbar gemacht werden.

2.2.3 Medikamente Ambulanter Entzug benzodiazepinabhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt

Die meisten Arzneimittelabhängigen sind von Benzodiazepinen abhängig. Die etablierten suchtmmedizinischen Angebote erreichen die meisten Betroffenen jedoch nicht, weil diese nicht wahrnehmen, dass sie abhängig sind. Es braucht daher niedrigschwellige, dezentrale und kostengünstige Angebote speziell für diese Patientengruppe.

Durch das Modellprojekt „Ambulanter Entzug benzodiazepinabhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ wird erstmals eine berufsgruppenübergreifende Intervention erprobt, die zur Sicherheit von Medikamentenbehandlungen beitragen soll. Das Projekt soll zeigen, dass Abhängige von Benzodiazepinen beziehungsweise Z-Drugs erfolgreich ambulant entzogen werden können, wenn Ärzte und Apotheker kooperieren. Neu ist, dass Apotheker die Patienten auf den problematischen Medikamentenkonsum ansprechen. Parallel dazu wird in einer wissenschaftlichen Studie erhoben, wie wirksam Therapie und Beratung durch Arzt und Apotheker sind.

Im Jahr 2011 wurde das Vorgehen in zahlreichen Informationsveranstaltungen vorgestellt und stieß bei Ärzten, Apothekern, aber auch Patienten auf positive Resonanz. Ende 2011 war bereits Personal aus 80 Apotheken geschult. Es nahmen rund 40 Apotheker und Patienten teil.

Beispiele aus den Verbänden

Neuaufgabe des Leitfadens „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“

Apotheker leisten einen wichtigen Beitrag zur Vorbeugung von Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit. Im Jahr 2008 veröffentlichte die Bundesapothekerkammer (BAK) erstmals einen Leitfaden für die Apothekerpraxis mit dem Titel „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“. Dieser wurde anlässlich des Symposiums „Medikamentenmissbrauch in Deutschland: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“ (C 2.2.3.3) im Oktober 2011 aktualisiert. Der Leitfaden soll Apotheker und pharmazeutisches Personal bei der Wahrnehmung ihrer Funktion als Patienten- und Verbraucherschützer unterstützen. Er bietet praktische Hilfen, Arzneimittelfehlgebrauch beziehungsweise Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit früh zu erkennen und zu vermeiden. Der Leitfaden stellt die wichtigsten Gruppen von Arzneimitteln mit bekanntem und relevantem Missbrauchs- beziehungsweise Abhängigkeitspotenzial vor. Außerdem geht er auf die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und berufsrechtlichen Pflichten von Apothekern ein, die im Hinblick auf die Abhängigkeitsproblematik zu beachten sind. Darüber hinaus sind darin Kontaktadressen sowie weiterführende Informationsquellen und Empfehlungen für den Umgang mit Suchtkranken oder Patienten mit einer Abhängigkeitsgefährdung zusammengestellt.

Aktualisierter Leitfaden:

www.abda.de/medikamentenmissbrauch.html

Symposium „Medikamentenmissbrauch in Deutschland: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), der Allgemeine Deutsche Automobil-Club e. V. (ADAC) und der Deutsche Olympische

Sportbund (DOSB) engagieren sich gemeinsam für einen verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten. Im November 2011 haben sie hierzu in Berlin ein gemeinsames Symposium veranstaltet: „Medikamentenmissbrauch in Deutschland: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“. Die Intention war, auf die Probleme des Medikamentenmissbrauchs hinzuweisen und Wege für einen sorgsameren Umgang mit Medikamenten aufzuzeigen. Es wurde diskutiert, welche gesamtgesellschaftliche Bedeutung Medikamentenmissbrauch hat und wie dem begegnet werden kann. Fachvorträge beleuchteten unter anderem Aspekte des Medikamentenmissbrauchs in verschiedenen Lebensbereichen, die Abhängigkeit von rezeptpflichtigen Arzneimitteln sowie das Missbrauchspotenzial rezeptfreier Medikamente. Ebenfalls angesprochen wurde ein Modellprojekt zum ambulanten Entzug von benzodiazepinabhängigen Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt (C 2.2.3.1). Verkehrsmediziner und Juristen stellten dar, welche Risiken die unsachgemäße und unkontrollierte Arzneimittelanwendung im Straßenverkehr birgt. Auch im Breitensport spielt der Medikamentenmissbrauch eine Rolle, denn zuweilen versuchen auch Freizeitsportler, ihre Leistung medikamentös zu erhöhen. Ein weiterer Vortrag thematisierte den Medikamentenmissbrauch in der Berufs- und Arbeitswelt.

Vorträge des Symposiums:

www.abda.de/medikamentenmissbrauch.html

2.2.4 Illegale Drogen

2.2.4.1 Cannabis

Cannabinoidhaltige Arzneimittel

Mit der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (25. BtMÄndV) wurde die Position „Cannabis“ in den Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) geändert. Diese Regelung erlaubt, dass erstmals in Deutschland cannabis-haltige Fertigarzneimittel hergestellt und nach entsprechender klinischer Prüfung und Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) von Ärzten verschrieben werden dürfen. Hiervon profitieren vor allem schwerkranke Patienten. Betreffende Arzneimittel können zum Beispiel spastische Schmerzen bei Multipler Sklerose lindern. Unmittelbar nach Inkrafttreten der Verordnung hat das BfArM das cannabinoidhaltige Mundspray Sativex für diese Anwendung in Deutschland zugelassen. Mehr zu betäubungsmittelrechtlichen Änderungen unter C 3.2.4.

Fünf-Länder-Projekt INCANT

Die International Cannabis Need of Treatment Behandlungsstudie (INCANT) ist eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie, die von 2006 bis 2010 in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland durchgeführt wurde. Studienstandort in Deutschland war der THERAPIELADEN in Berlin, eine ambulante Therapieeinrichtung, die seit 25 Jahren Erfahrung in der Behandlung von Cannabisabhängigen aufweist. Die wissenschaftliche Begleitung am Projektstandort in Berlin wurde von der *delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH* in Kooperation mit der Erasmus Universität (Rotterdam) geleistet.

Multidimensionale Familientherapie (MDFT) ist ein zielgruppenspezifischer systemischer Familientherapieansatz, der sich in seinen Grundlagen an empirischen Erkenntnissen über Schutz- und Risikofaktoren bei jugendlichem Substanzmissbrauch orientiert und auf der Grundlage einer sozial-ökologischen Perspektive verschiedene Interventionsebenen im Behandlungsmodell integriert. MDFT ist manualorientiert und folgt spezifischen Strukturprinzipien. Therapiesitzungen werden in verschiedenen Settings durchgeführt und umfassen telefonische Kontakte, Sitzungen in den Therapieeinrichtun-

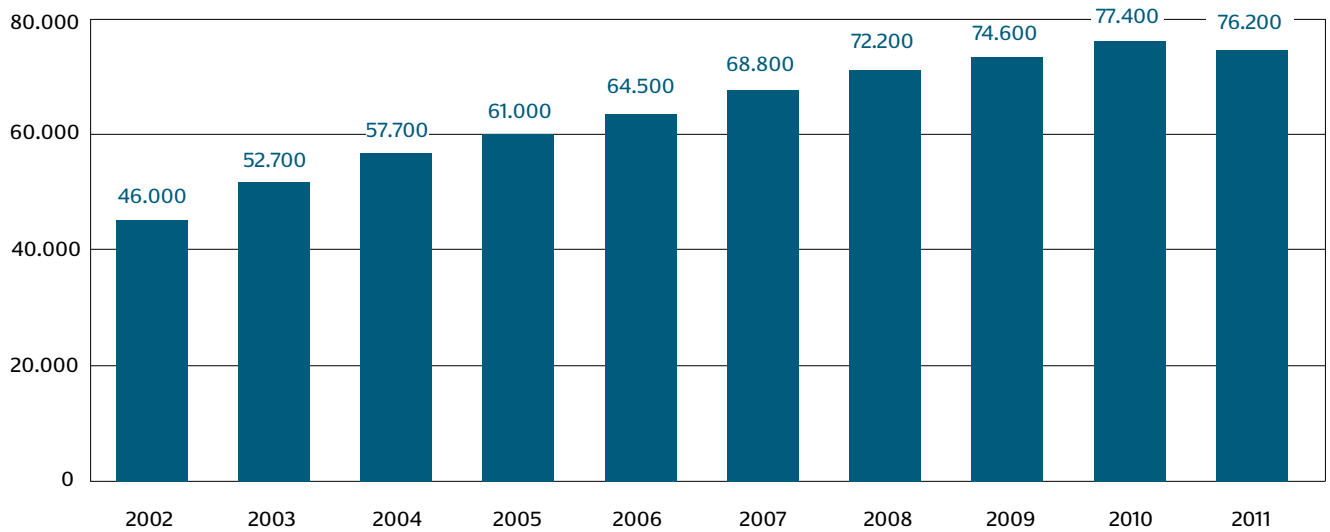
gen und Zuhause in den Familien sowie in kommunalen Institutionen (Schule, Jugendgericht, Freizeitbereich). Eine Sitzung hat keine prinzipiell festgelegte Dauer, sondern ist den Anforderungen, beispielsweise dem geplanten Ziel der Sitzung, anzupassen. Im Rahmen der Studie wurde die in den USA entwickelte MDFT mit einem Therapieverfahren verglichen, das in seinen Grundzügen seit mehreren Jahren im THERAPIELADEN im Rahmen eines ambulanten jugendsuchtspezifischen Therapieangebots angewandt wird (*Treatment as usual*: Jugendpsychotherapie).

Bei den behandelten Jugendlichen/Familien im Berliner THERAPIELADEN wurde die hohe Wirksamkeit der MDFT bei Kindern und Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum belegt. Im Vergleich zu herkömmlichen psychotherapeutischen Verfahren führt der Ansatz der multidimensionalen Familientherapie zu einer deutlicheren und nachhaltigeren Senkung des Substanzkonsums. Gleichzeitig werden psychosoziale Probleme der Jugendlichen abgebaut und der Zusammenhalt in der Familie wieder gestärkt.

Soziodemografische Klientenmerkmale zeigen, dass in der INCANT-Studie eine sehr junge und psychisch hoch belastete Klientengruppe erreicht wurde (Durchschnittsalter 16,2 Jahre), wobei Jugendliche und Familien aus sozial schwachen und bildungsarmen Milieus in der Berliner Stichprobe die Hauptgruppe bilden. Die vielversprechenden bisherigen Trends zeigen, dass mit dem intensiven systemischen MDFT-Ansatz eine sehr junge, schwach motivierte und psychosozial hochbelastete Klientengruppe erfolgreich ambulant behandelt werden kann. Für die Verhinderung von „Drogenkarrieren“ ist es deshalb wünschenswert, die MDFT bundesweit bekanntzumachen. Als Grundlage dafür hat das BMG die Erstellung eines umfangreichen Manuals zur Fortbildung zu MDFT-Therapeuten gefördert. Im Juni 2011 erschien der Abschlussbericht zum Gesamtprojekt.

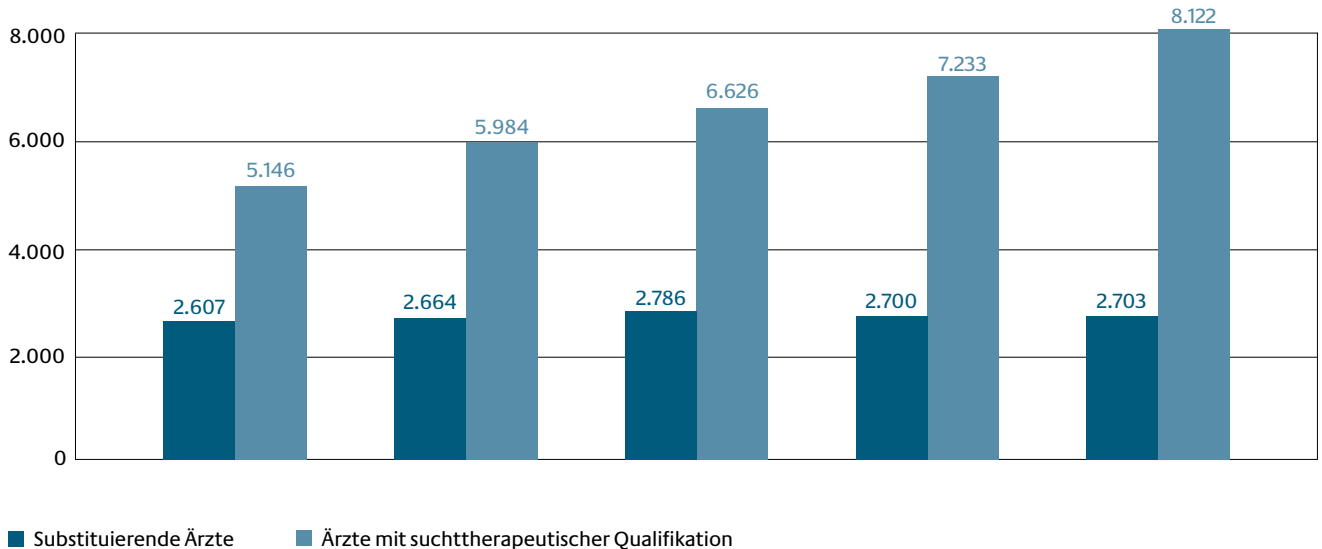
www.incant.eu

Abbildung 35:
Zahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2011 (jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Abbildung 36:
Zahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2003 bis 2011



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

2.2.4.2 Heroin und andere Drogen Substitutionsbehandlung

Substitutionsregister

Nach § 13 Absatz 3 des BtMG in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das BfArM für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 muss jeder Arzt, der Substitutionsmittel für opiatabhängige Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben melden: den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verordnete Mittel, das Datum der letzten Verschreibung, Name und Adresse des Arztes sowie gegebenenfalls auch Name und Anschrift eines beratend hinzugezogenen Arztes. Ferner müssen die Ärztekammern jedes Jahr zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle mitteilen, welche Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen.

Das Substitutionsregister soll vor allem Mehrfachverschreibungen durch verschiedene Ärzte verhindern.

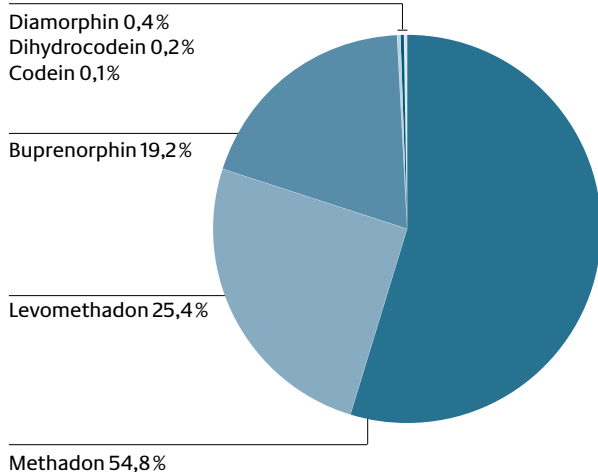
Außerdem soll es helfen, die Strukturqualität der Substitutionsbehandlung zu sichern sowie Informationen und Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden liefern. Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich gestiegen, zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. 2011 ist die Zahl erstmals gesunken – zum 1. Juli 2011 auf 76.200 Patienten (Abbildung 35). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass 2011 überdurchschnittlich viele Ärzte ihre Daten mittels „Inventurmeldungen“ aktualisiert haben, sodass zum Beispiel versäumte Abmeldungen nachträglich registriert wurden.

Im Jahr 2011 wurden rund 90.000 An-, Ab- und Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte: Womöglich haben die Patienten den Arzt gewechselt, wurden in Kliniken behandelt oder es gab ärztlicherseits Änderungen, etwa einen Personalwechsel.

2011 haben insgesamt 2.703 Substitutionsärzte Patienten gemeldet. Die Ärztekammern melden ca. 8.100 Ärzte, die suchttherapeutisch qualifiziert sind – weit mehr als tatsächlich substituierend behandeln (Abbildung 36). Etwa 19 Prozent, also 513 substituierende Ärzte, haben 2011 die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können auch Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen entsprechend qualifizierten Arzt einbeziehen.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel sind in Abbildung 37 dargestellt. Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon (Abbildung 38).

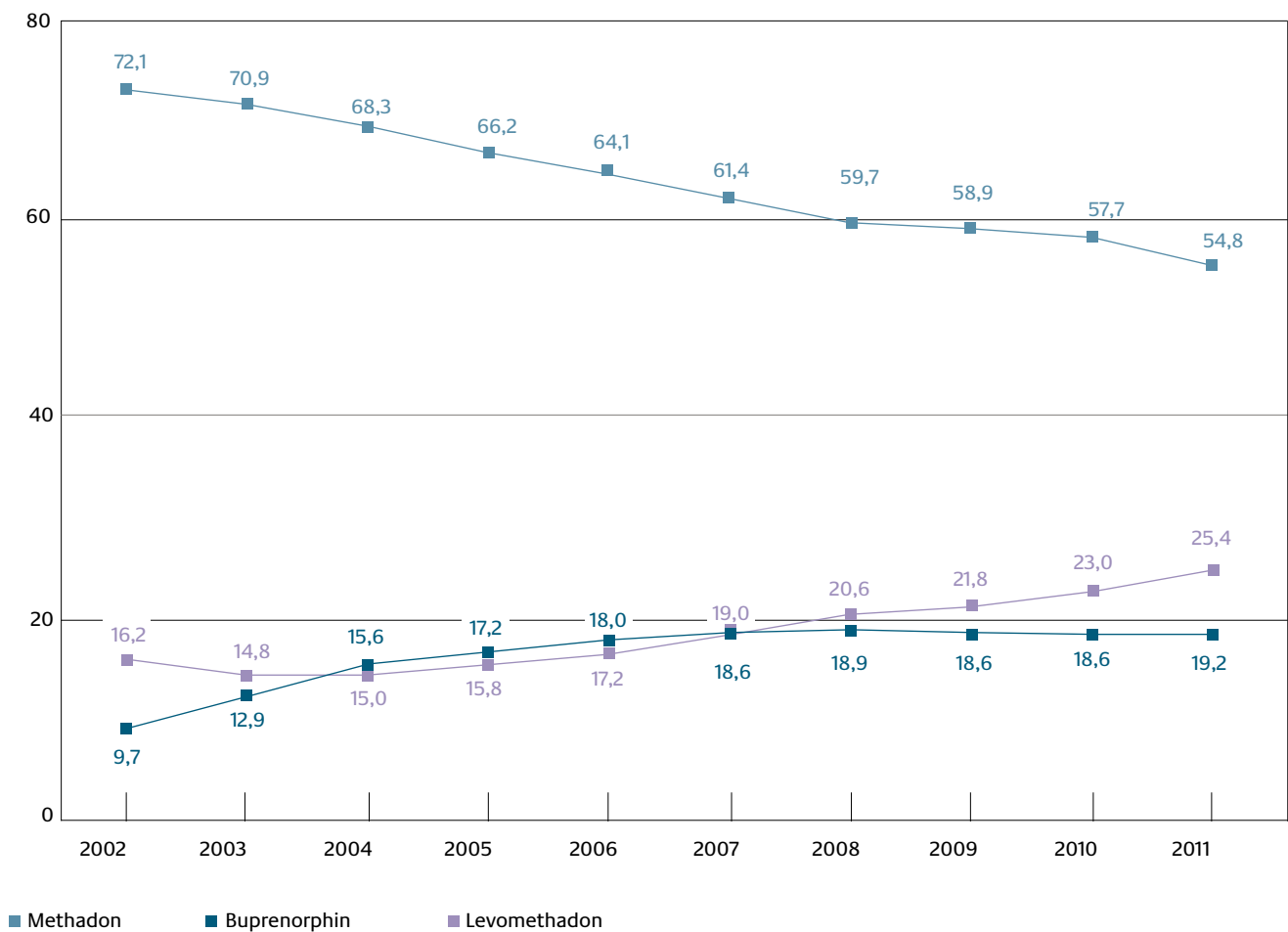
Abbildung 37:
Art und Anteil der gemeldeten
Substitutionsmittel



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Abbildung 38:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2011

Angaben in Prozent



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Das Substitutionsregister hat 2011 bundesweit ca. 150 Doppelbehandlungen von Patienten bestätigt, die die betroffenen Ärzte aufgrund dieser Mitteilung beendet haben. Im Vorjahr waren es noch 190 Doppelbehandlungen. Das Substitutionsregister stellt den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder regelmäßig und auf Einzelanforderung arztbezogene Daten für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung: zum Beispiel Namen und Adressen der Ärzte oder wie

viele Substitutionspatienten sie betreuen. Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Diese enge Zusammenarbeit hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden.

Auch die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister (Abbildung 39).

Abbildung 39:
Zahl gemeldeter Substitutionspatienten und
substituierender Ärzte nach Bundesländern zum
3. Januar 2012

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2011	substituierende Ärzte in 2011
Baden-Württemberg	10.055	441
Bayern	8.043	316
Berlin	4.859	151
Brandenburg	95	13
Bremen	1.877	69
Hamburg	4.528	98
Hessen	7.059	219
Mecklenburg-Vorpommern	265	27
Niedersachsen	7.527	277
Nordrhein-Westfalen	24.255	765
Rheinland-Pfalz	2.160	81
Saarland	817	19
Sachsen	708	34
Sachsen-Anhalt	751	36
Schleswig-Holstein	3.250	125
Thüringen	447	32

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt stark; bundesweit beträgt sie 28 (Abbildung 40). Bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner gibt es besonders in Bremen und Hamburg viele Patienten. Allerdings spielen bei diesen Stadtstaaten möglicherweise Umlandeffekte eine Rolle (Abbildung 41).

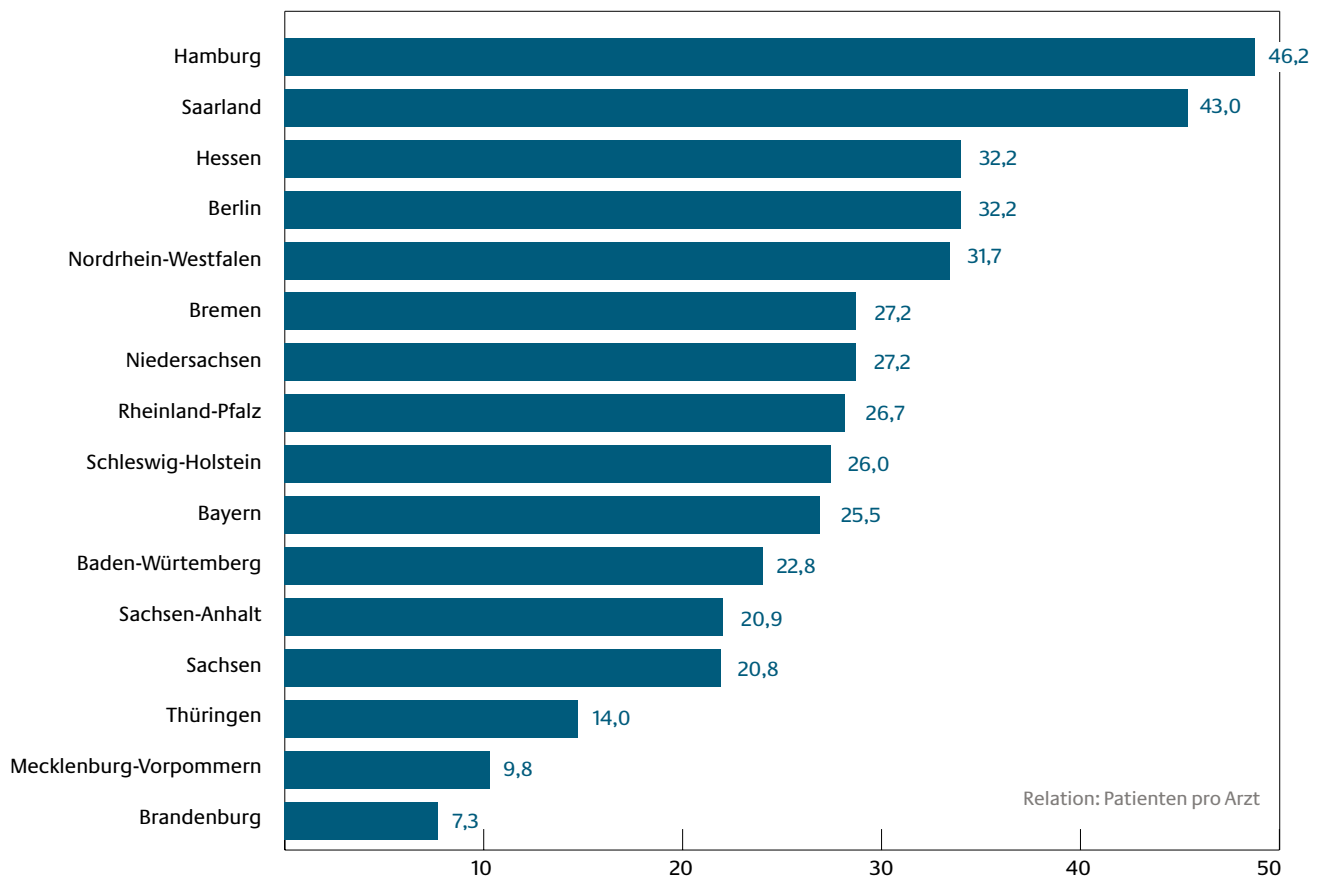
Verordnungen und Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger/Diamorphingestützte Behandlung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte mit Beschluss vom 18. März 2010 die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Behandlung aufgenommen. Im Rahmen seiner Rechtsaufsicht hat das BMG diesen Beschluss nicht beanstandet. Gleichwohl hat das BMG den G-BA gebeten, zu dem Beschluss einen Bericht vorzulegen, um rechtzeitig vor Ablauf der Übergangsfrist von 36 Monaten dessen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger beurteilen zu können.

Vor diesem Hintergrund hatte der G-BA schon zum 1. Juli 2010 und erneut zum 1. Juni 2011 Auskünfte von Einrichtungen erbeten, die bereits vor besagtem Beschluss an der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung teilgenommen hatten. Seit März 2011 wandten sich dann die Kommunen an den G-BA, bei denen die Überlegungen zur Umsetzung der diamorphingestützten Substitution nach § 5 BtMVV Probleme aufgeworfen hatten. Auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung befragte der G-BA die Akteure, deren Bemühungen, eine diamorphingestützte Substitution umzusetzen, bislang nicht erfolgreich waren. Die Gremien des G-BA werten diese Informationen aus und erörtern sie. Abschließende Ergebnisse bleiben abzuwarten.

PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger
 Substitutionsbehandlungen sind kurz- und mittelfristig wirksam und sicher. Das ist wissenschaftlich erwiesen. Der Langzeitverlauf über mehrere Jahre hinweg ist dagegen bisher nur unzureichend untersucht. Um Aussagen darüber treffen zu können, hat das BMG 2007 den Forschungsauftrag PREMOS erteilt: *Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment*. Die bundesweite repräsentative Studie untersuchte über sechs Jahre hinweg insgesamt 1.624 Patienten persönlich und umfassend. Sie charakterisierte weitere 470 Patienten danach, wie die Behandlung verlief.

Abbildung 40:
Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt in 2011

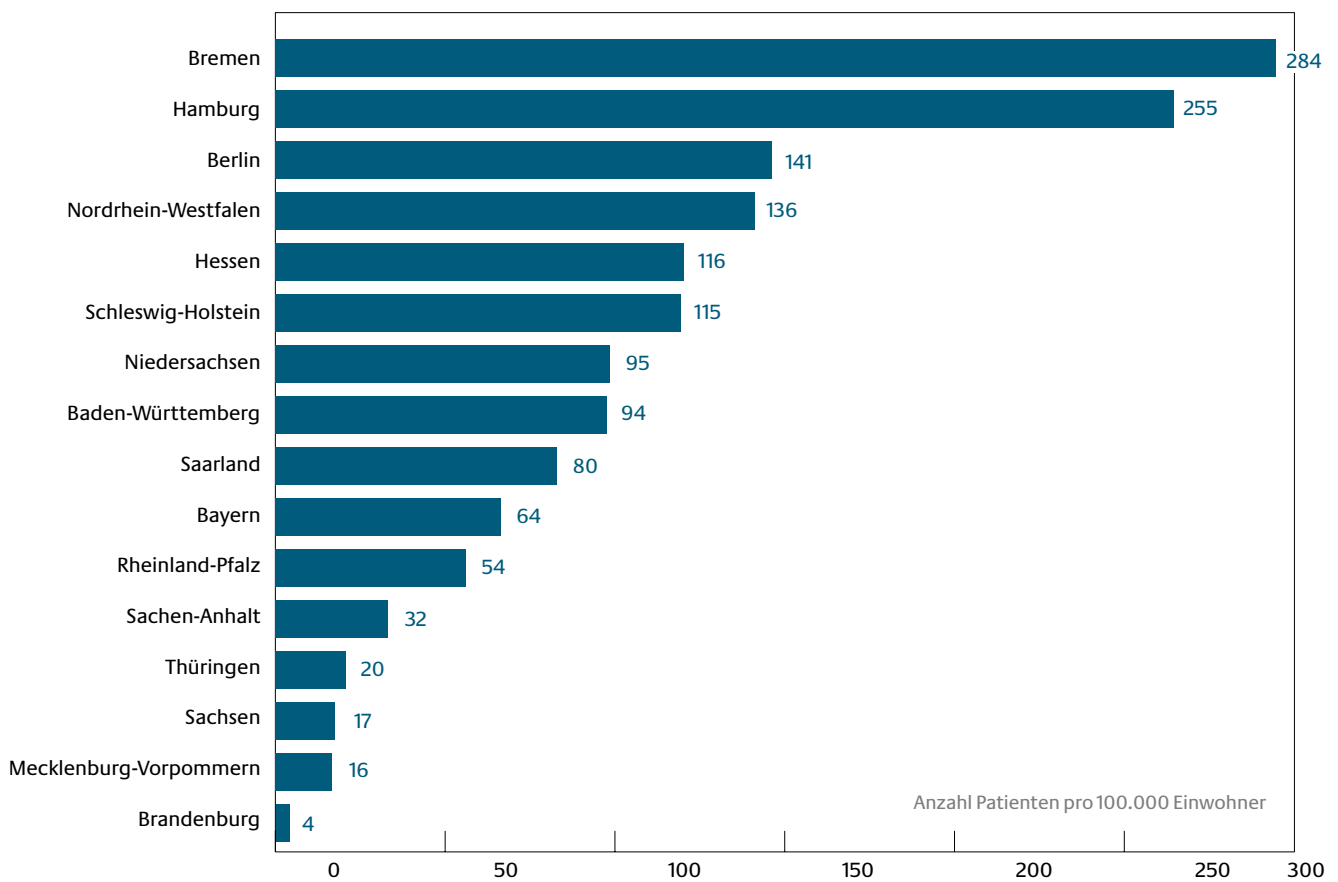


Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Nach sechs Jahren waren 8 Prozent aller Patienten verstorben – was einem im internationalen Vergleich geringen jährlichen Mortalitätsrisiko von 1,15 Prozent entspricht. Weitere 8 Prozent waren nach beendeter Therapie abstinent oder befanden sich in abstinenzorientierter Therapie. Als gesichert stabil abstinent gelten ca. 4 Prozent. Etwa 70 Prozent der Patienten haben die Substitution dauerhaft fortgesetzt, 46 Prozent sogar ohne Unterbrechungen oder Abbrüche. Bei etwa 13 Prozent der Patienten verlief die Behandlung dagegen instabil

und 3 Prozent waren meist lange inhaftiert oder in stationärer medizinischer Behandlung. Insgesamt lassen sich maximal 30 Prozent der Verläufe als ungünstig einstufen. Wenige Patienten haben neben dem Substitutionsmittel noch Opiode (unter 12 Prozent) oder andere illegale Drogen (20 bis 30 Prozent) konsumiert. Insgesamt litten die Patienten weiterhin oft unter psychischen, aber etwas seltener unter körperlichen Krankheiten. Rund 73 Prozent lebten selbstständig in eigener Wohnung, 23 Prozent waren berufstätig, 53 Prozent arbeitslos.

Abbildung 41:
Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner zum 1. Oktober 2011



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

PREMOS belegt, dass sich die positiven kurzfristigen Behandlungsergebnisse einer umfassenden Substitutionstherapie weitgehend auch auf den langfristigen Verlauf übertragen lassen. Die meisten Patienten überleben und setzen die Behandlung dauerhaft fort, sie verringern ihren Drogenkonsum, erkranken seltener körperlich und nehmen an der Gesellschaft teil – trotz der schlechten psychosozialen Ausgangslage und oft chronischer gesundheitlicher Probleme wie Hepatitis- oder HIV-Infektionen.

Dennoch gibt es Optimierungsbedarf. Es gilt, die Therapieziele hin zu einer mittel- bis langfristigen therapeutischen Begleitung anzupassen. Das Behandlungsziel Abstinenz kann mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) für den Patienten, aber auch mit geringerem Beigebruch und weniger mit dem Drogenkonsum einhergehenden Problemen verbunden sein. Die Richtlinien für den Umgang mit gleichzeitigem Drogenkonsum und die Regelungen zur psychosozialen Betreuung (PSB) müssen praxisorientierter und näher am Patienten gestaltet sein.

Zudem werden schwere chronische psychische Störungen bei Substitutionspatienten offenbar unzureichend behandelt. Abgesehen von der Versorgung Schwangerer beziehungsweise ungeborener Kinder ist auch die Situation von Frauen mit Kindern problematisch. Abgestimmte Hilfen und Unterstützung weisen Mängel auf.

Insgesamt ist die langfristige Substitutionsbehandlung – ähnlich wie die Behandlung anderer schwerwiegender chronischer Erkrankungen, etwa Diabetes oder Schizophrenie – ein vielschichtiger Prozess: Relativ günstige Symptom- und Beschwerdelagen wechseln sich immer wieder mit kurz- und mittelfristigen krisenhaften Zuspitzungen ab.

www.premos-studie.de

Expertengespräch zur PREMOS-Studie

Im November 2011 hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung verschiedene relevante Akteure zu einem Expertengespräch zur PREMOS-Studie eingeladen. Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen von der Technischen Universität Dresden, der Leiter der Studie, stellte dabei den Teilnehmern die zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Studienteams vor.

Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung

Nach Ende der Heroinmodellstudie haben alle sieben beteiligten Einrichtungen die Diamorphinbehandlung fortgesetzt. Deswegen wurde ein neues System notwendig, um die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte zu kontrollieren, weil die vorherige Begleitevaluation nicht mehr zur Verfügung stand. Das Zentrum für Suchtforschung Hamburg (ZIS) hat gemeinsam mit den Behandlungszentren ein systematisches Dokumentationsinventar für die Langzeitbeobachtung entwickelt, die seit 2007 hierüber erfolgt. Das vom BMG finanzierte Monitoring endete 2011. Der abschließende Bericht liefert einen Überblick über vier Jahre strukturierte Verlaufsbeobachtung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Deutschland, aus dem sich praxisrelevante und gegebenenfalls gesundheitspolitische Konsequenzen ableiten lassen. Für das Jahr 2010 liegen von insgesamt 261 Diamorphinpatienten Dokumentationsbögen zum Behandlungsverlauf vor. Davon wurden 113 Patienten nach dem Ende des Modellprojekts neu in die Behand-

lung aufgenommen (43,3 Prozent), 148 Substituierte nahmen bereits an der klinischen Studie teil (56,7 Prozent), sie begannen mit der Diamorphinbehandlung somit schon in den Jahren 2002 bis 2004. Bei weiteren 48 Patienten liegt bisher nur eine Aufnahmedokumentation vor. Auf Grundlage der Dokumentation befanden sich 2010 somit insgesamt 309 Patienten in der Diamorphinbehandlung.

Von den neu aufgenommenen Patienten sind genau vier Fünftel männlich. Das Durchschnittsalter zu Behandlungsbeginn beträgt gut 40 Jahre und ist damit im Vergleich zu den 2009 aufgenommenen Patienten wieder deutlich gestiegen – besonders bei den Frauen: Die jüngste Patientin ist 26, der älteste 55 Jahre alt. Die im Jahre 2010 aufgenommenen Frauen sind durchschnittlich fast drei Jahre jünger als die männlichen Patienten. Die Mehrheit ist deutscher Nationalität (92,2 Prozent).

Seit dem Ende der Heroinmodellstudie sind 203 Patienten neu in die Diamorphinbehandlung aufgenommen und dokumentiert worden. Bezogen auf diese Zahl liegt der Anteil der Neuaufnahmen im Jahr 2010 bei 31,5 Prozent und ist damit im Vergleich zu 2009 (24,6 Prozent) und 2008 (29,1 Prozent) angestiegen. Die 2010 neu aufgenommenen Patienten befinden sich seit durchschnittlich 292 Tagen, also etwa neuneinhalb Monaten, in Behandlung. Die Mehrheit, 78,5 Prozent, begann erst im zweiten Halbjahr mit der Behandlung. Das dürfte vor allem auf die seit Oktober 2010 geltende Übernahme dieser Behandlungsform in die GKV als Regelversorgungsleistung zurückzuführen sein.

Beispiel aus den Bundesländern

Baden-Württemberg:

„Substitutionsgestützte Rehabilitation“ (SURE) – stationär und tagesklinisch

Das Modellprojekt „Substitutionsgestützte Rehabilitation“ (SURE) soll den substituierten Drogenabhängigen einen Weg hin zur Rehabilitation und Drogenfreiheit ebnen. Die Initiatoren – die DRV Baden-Württemberg, der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation, die Drogenberatungsstelle Release sowie der Caritasverband für Stuttgart e. V. – streben an, dass sich diese Menschen beruflich wieder eingliedern und wieder mehr am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnehmen. Dafür wird das Substitutionsmittel unter Aufsicht zugelassener Substitutionsärzte schrittweise reduziert und später ganz abgesetzt. SURE wird in der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen stationär und in der Reha-Einrichtung „Tagwerk“ in Stuttgart ganztags ambulant durchgeführt. Die Rehabilitanden sind in das übliche Therapieprogramm beider Einrichtungen integriert. Das Projekt hat am 1. Januar 2011 begonnen und endet am 31. Dezember 2013.

www.tagwerk-stuttgart.de/ueber-uns/sure.html

Forschungsprojekt:

„Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“

Das auf 14 Monate angelegte Forschungsprojekt „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“ untersucht rückblickend, wie sich eine gerichtliche Strafaussetzung nach § 35 BtMG zugunsten einer Drogenentwöhnungsbehandlung auswirkt. Im Mittelpunkt der vom BMG geförderten Studie steht die Frage, ob eventuell seltener das Prinzip „Therapie statt Strafe“ angewandt wird, und falls ja, warum. Des Weiteren beleuchtet das Projekt, ob es sich auswirkt, wenn eine Reha-Maßnahme gerichtlich angeordnet oder auf freiwilliger Basis erfolgt.

Die Daten hierfür stammen unter anderem aus der Deutschen Suchthilfestatistik und der Suchtkrankenhilfe der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein. Zudem werden Statistiken der Strafverfolgung und staatsanwaltlichen Ermittlung einbezogen. Um ein genaueres Bild zur Situation in Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten, werden mindestens zehn Einrichtungen aus den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW ausgewählt. Deren Mitarbeiter werden in einem persönlichen Gespräch zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen interviewt. Um die Anwendung des § 35 BtMG aus der Perspektive der Justiz zu untersuchen, werden auch voraussichtlich sechs Richter und Staatsanwälte aus drei Bundesländern befragt. Weiterhin sollen in der Stadt Hamburg fünf Gerichtsverfahren mit Blick auf die Anwendung des § 35 BtMG beobachtet und protokolliert werden.

www.zis-hamburg.de

Drogenkonsumräume in Deutschland

– Eine Bestandsaufnahme

Im Jahr 2000 initiierte die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) erstmals einen bundesweiten Arbeitskreis Drogenkonsumräume, der sich jährlich trifft und an dem alle Betreiber von Drogenkonsumräumen und drogentherapeutischen Ambulanzen teilnehmen.

So entstand eine Arbeitsplattform zur Qualitätsentwicklung, zum fachlichen Austausch, zur inhaltlichen Fortbildung – zum Beispiel zu Infektionskrankheiten, Maß-

nahmen im Drogennotfall, Hygiene, Deeskalation, Umfeldmanagement oder zur Ordnungspolitik – und zur Weiterentwicklung der Angebote. Die Praxis hat viele erfolgreiche konzeptionelle Ansätze hervorgebracht, die in unterschiedlichen kommunalen, drogenpolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gewachsen sind. Hierzu hat die DAH gemeinsam mit akzept e. V. und dem Arbeitskreis Konsumraum eine Broschüre entwickelt, die einen umfassenden Einblick in die Ziele und Herausforderungen von Drogenkonsumräumen als ein zentrales Angebot im Bereich schadensminimierender Hilfen bietet.

Die Potenziale und Wirkungen von Drogenkonsumräumen rücken auch international vermehrt in den Fokus. Die englische Übersetzung der Broschüre trägt dazu bei, die Erfahrungen aus Deutschland zu nutzen und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in weiteren Ländern Europas zu unterstützen.

Suchtselbsthilfe „Junkies, Ex-User und Substituierte (JES)“

Die DAH unterstützt seit mehr als 20 Jahren das JES-Netzwerk, den Suchtselbsthilfeverband „Junkies, Ex-User und Substituierte“, in dem verschiedene regionale Gruppen, landesweite Zusammenschlüsse und Einzelaktivisten sowie Drogenkonsumenten und Substituierte zusammengeschlossen sind. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Mitarbeit bei JES die Abstinenzmotivation stärken und die Entstehung sozialer Netzwerke fördern kann. Über JES werden bestimmte Zielgruppen wesentlich besser erreicht als über sonstige Zugangswege. Vor allem im Sinne der HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention sowie zur Schadensminimierung leistet der Verband wertvolle Dienste.

Mit Förderung des BMG konnten 2010 der Internetauftritt des JES-Netzwerks verbessert und Teile der Internetseite ins Englische übersetzt werden – die Grundlage, um fachliche und konzeptionelle Informationen auf europäischer Ebene auszutauschen. Im Rahmen eines Treffens europäischer Drogenselbsthilfegruppen aus zehn Ländern im Oktober 2010 in Marseille wurde mit EuroNPUD (European Network of People Who Use Drugs) der erste europaweite Zusammenschluss von Selbsthilfeorganisationen im Drogenbereich vollzogen. Das JES-Netzwerk aus

Deutschland ist darin Mitglied und wird sich maßgeblich daran beteiligen, europäische Selbsthilfestrukturen zu entwickeln.

www.jes-bundesverband.de

2.3 Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten

2.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Im Behandlungssystem des pathologischen Glücksspiels sind die wichtigsten ersten Anlaufpunkte meist die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Das therapeutische Angebot reicht vom Einzel- und Gruppensetting in der ambulanten Behandlung über die Vorbereitung, Vermittlung und Nachsorge stationärer Aufenthalte in einer Fachklinik bis hin zur Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Schwerpunkte der Aktivitäten der Länder im Bereich der Hilfen sind Maßnahmen zur glücksspielsuchtspezifischen weiteren Differenzierung, Qualifizierung und bedarfsgerechten Fortentwicklung des bestehenden ambulanten und stationären Hilfeangebots für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sowie die Etablierung und Stärkung der für den Bereich der Glücksspielsucht entstandenen Suchtselbsthilfestrukturen.

Die Bundesländer haben im Rahmen des seit 2008 geltenden Glücksspielstaatsvertrags das Hilfeangebot für Menschen mit Glücksspielsucht ausgebaut. Zur Weiterentwicklung des Hilfesystems und zur Verbesserung der Koordination der Maßnahmen auf Landesebene wurden in mehreren Ländern eigene Landesfachstellen für den Bereich Glücksspielsucht eingerichtet. Daneben wurde die glücksspielsuchtspezifische Qualifizierung von Fachkräften in Suchtberatungsstellen intensiviert und die bereits bestehenden Hilfeangebote um spezielle Hilfen für Glücksspielsüchtige und deren Angehörige erweitert. Unabhängig von den Maßnahmen, die unmittelbares Ergebnis des Glücksspielstaatsvertrags sind, wurden die ambulanten und stationären Behandlungsangebote für Glücksspielsüchtige weiterentwickelt. Die deutsche Suchthilfestatistik zeigt, dass mit 8.265 Hauptdiagnosen

pathologisches Glücksspielen in ambulanten und stationären Einrichtungen diese nicht stoffgebundene Sucht im Jahr 2009 hinsichtlich der Fallzahlen erstmalig die der Substanzen Kokain und Stimulanzien überschritten hat. Pathologisches Glücksspielen rangiert nunmehr erstmalig hinter Alkohol, Opioiden und Cannabis auf Platz vier der problematischsten Süchte in Deutschland, wenn man die Fallzahl der betreuten Patienten als Kriterium heranzieht. Mit einem Verhältnis von 1:7,8 sind wesentlich mehr Männer von der Störung betroffen, wobei der Männeranteil noch höher als bei allen substanzbezogenen Störungen ist und sogar jenen bei Cannabis überschreitet (in ambulanten und stationären Einrichtungen). Pathologische Spieler gehören zu den älteren von Sucht betroffenen Patienten und sind im Schnitt zwischen 35 und 38 Jahren alt. Störungen im Zusammenhang mit dem pathologischen Glücksspielen gehen im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen seltener mit Erwerbslosigkeit einher. In der ambulanten Behandlung sind 26 Prozent der Patienten erwerbslos, in stationärer Behandlung 47 Prozent.

Pathologisches Glücksspielen weist im Vergleich zu den substanzgebundenen Störungsbildern stringent die kürzeste Behandlungsdauer auf: Sowohl im ambulanten (178 Tage) als auch im stationären Bereich (78 Tage) sind die Therapien des pathologischen Spielens im Mittel am kürzesten. Störungen bezogen auf pathologisches Glücksspielen weisen je nach Einrichtungstyp unterschiedlich hohe Therapieerfolgsraten auf: Während im ambulanten Bereich die Planmäßigkeit der Beendigung der Therapie relativ niedrig bei 57 Prozent liegt (Spitzenwert: Alkohol mit 65 Prozent), weist pathologisches Glücksspielen im stationären Bereich die höchste Planmäßigkeitsrate mit 87 Prozent auf.

2.3.2 Computerspiel- und Internetsucht

Beispiele aus den Verbänden

4. Berliner Mediensucht-Konferenz „Hinschauen und Handeln – Hilfe für Mediensüchtige“

Auch die 4. Berliner Mediensucht-Konferenz war ein großer Erfolg. Rund 150 Personen kamen am im September 2011 in Berlin zusammen, um an der vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS), der Techniker Krankenkasse (TK) Berlin-Brandenburg und der Rheinischen Fachhochschule Köln ausgerichteten Veranstaltung unter dem Motto „Hinschauen und Handeln – Hilfe für Mediensüchtige“ teilzunehmen. Im Mittelpunkt stand die Frage nach geeigneten Strukturen einer optimalen Hilfe für alle von Mediensucht Betroffenen. In seinem Einführungsvortrag stellte der GVS-Geschäftsführer Dr. Theo Wessel neben einem aktuellen Überblick zur Thematik auch die Ergebnisse der jüngsten GVS-Befragung der diakonischen Suchtberatungsstellen zum Thema Mediensucht vor. Daran hatten 128 Beratungsstellen teilgenommen.

Die Befragung ergab vier Trends. Erstens: Die Anfragen nehmen zu. Zweitens: Die Betroffenen kommen häufiger selbst. Vor drei Jahren suchten noch überwiegend die Angehörigen Rat. Drittens: Ein Drittel der Anfragen kommt von Frauen und Mädchen. Bei der letzten Befragung ging es noch zu über 90 Prozent um Jungen beziehungsweise Männer. Und Viertens: Mehr als 80 Prozent der süchtigen Computerspieler hat zugleich psychische und soziale Probleme. Zwar ist die Befragung nicht repräsentativ. Dennoch weist sie darauf hin, dass der weitaus größere Teil der Betroffenen noch nicht im Hilfesystem ankommt. Auch wenn sich Internetnutzer der Gefahren stärker bewusst sind, verharren die meisten sozial isoliert vor ihrem PC. Die GVS leitet aus den Ergebnissen folgende Zielsetzungen ab: Eine der wichtigsten Aufgaben ist, alle gesellschaftlichen

Bereiche, in denen das Problem Mediensucht auftauchen könnte, in die Prävention einzubeziehen, etwa die Jugendhilfe, Schulen, berufliche Ausbildungsstätten oder Universitäten. Die Fachstellen für Sucht müssen in diesem Bereich weiter qualifiziert werden. Ferner müssen für eine flächendeckendere Versorgung weitere spezialisierte Behandlungszentren, Spezialabteilungen in Kliniken und spezialisierte ambulante Psychotherapien entstehen. All diese Fragen wurden in zehn Workshops diskutiert. Ein weiterer Höhepunkt war die Podiumsdiskussion „Zwischen den Stühlen – Die Medienindustrie als Geldgeber für Prävention, Beratung und Behandlung der Mediensucht?“ mit Vertretern unterschiedlicher Professionen und Arbeitsbereiche sowie der Medienindustrie. Hier wurde deutlich, dass die Forderung nach der Anerkennung des „Störungsbilds Mediensucht“ in den Internationalen Klassifikationen der Krankheiten (zum Beispiel ICD) wohl auch der Schlüssel zur Übernahme einer nicht nur interessegeleiteten Verantwortung der Medienindustrie ist. Zum Abschluss der Konferenz gab es noch eine spannende Debatte zwischen dem Medienphilosophen Professor Dr. Mike Sandbothe von der Fachhochschule Jena und dem Blogger und Medienjournalist Marcus Bösch: „Die Mediengesellschaft von Morgen: User oder Loser?“ Hier wurde deutlich, dass die Grenzen zwischen „User“ und „Loser“ oft fließend und bei beginnenden Problemen häufig nicht sichtbar oder vorhersehbar sind.

Insgesamt braucht eine ausgewogene, „gesunde“ und bewusste Nutzung von Medien mehr Aufmerksamkeit. Individuelle und gesamtgesellschaftliche Probleme durch exzessive Nutzung gehören in eine gemeinsame Verantwortung und müssen zu entsprechenden Angeboten im Rahmen von Prävention, Beratung und Behandlung führen.

Konferenzbeiträge:

www.mediensucht-konferenz.de

3 Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

3.1 Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen

3.1.1 Kinder aus suchtblasteten Familien / Kinderschutzgesetz

Am 1. Januar 2012 ist das neue Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten, das den Kinderschutz in Deutschland deutlich verbessert. Es bringt Prävention und Intervention gleichermaßen voran und stärkt alle Akteure, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren – angefangen bei den Eltern über den Kinderarzt oder die Hebamme bis hin zum Jugendamt oder Familiengericht. Auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung berücksichtigt das Gesetz auch die besondere Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien.

In Deutschland betrifft das 2,6 Millionen Kinder. In vielen dieser Familien kommt es immer wieder zu problematischen Situationen bis hin zu Kindeswohlgefährdungen. Die Kinder sind vermehrt psychisch belastet und zeigen häufig Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität. Kinder alkoholabhängiger Eltern haben auch ein im Durchschnitt zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter selbst alkoholkrank zu werden. Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil opiatabhängig ist, zeigen sogar noch stärkere Beeinträchtigungen der Entwicklung. Studien zeigen, dass 50 bis 60 Prozent der untersuchten Kinder psychiatrische Störungen aufweisen, obwohl sich die betroffenen Eltern überwiegend in Behandlung befanden und teils mehrjährig substituiert wurden.

Das neue Gesetz verpflichtet die öffentliche Jugendhilfe, bei einer von Sucht betroffenen Familie mit den örtlichen Suchtberatungsstellen zusammenzuarbeiten. Potenzielle Kindeswohlgefährdungen können so frühzeitig erkannt und präventiv verhindert werden.

3.1.2 Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen

Suchtprobleme sind unter Arbeitslosen weit verbreitet. Oft sind sie so gravierend, dass es nicht gelingt, die Betroffenen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern. Deswegen können seit 2005 erwerbsfähige leistungsberechtigte Suchtkranke eine Suchtberatung nach § 16a Nummer 4 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) als kommunale Eingliederungsleistung erhalten. Mit dieser Regelung ist die Erwartung verbunden, für den betroffenen Personenkreis eine verbesserte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in den letzten Jahren hierzu verschiedene Modellprojekte gefördert, um eine verbesserte Zusammenarbeit von Suchthilfe und den Grundsicherungsstellen (Jobcentern) zu gewährleisten.

Zum 1. April 2012 ist das „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“ in Kraft getreten. Am 16. Januar 2012 haben der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr) in Berlin den vom BMG geförderten Fachtag „Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung für abhängigkeitskranke Menschen“ veranstaltet. Die Referenten beschäftigten sich damit, welche Chancen die neuen gesetzlich festgelegten Arbeitsmarktinstrumente für die Betroffenen bieten und wie sich die neuen Regeln finanziell in der Praxis auswirken. Die Beiträge ermöglichten den Austausch von Ideen und Wegen, wie suchtkranke Arbeitslose auch auf der Basis der neuen Regelungen Zugang zu Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeit finden können. Die abschließende Diskussion der gut besuchten Fachtagung machte noch einmal deutlich, wie groß das Interesse an dem Thema ist und wie stark sich die Suchthilfe dort engagiert.

Dokumentation des Fachtags:

<http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/tagungen-seminare-fortbildungen/fachtage/fachtag-beschaeftigung.php>

3.1.3 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V i.V.m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V das Nähere zu psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie Art, Umfang und Durchführung der Behandlung. Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA gab bisher vor, dass eine ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeit von Drogen, Alkohol und Medikamenten nur erbracht werden kann, wenn die Betroffenen bereits entgiftet wurden, das heißt wenn sie in der Entwöhnung unter Abstinenz erbracht werden kann. Auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung prüfte der G-BA, ob dies noch dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis entspricht. Im Ergebnis beschloss der G-BA am 14. April 2011 folgende Neuregelung, die am 8. Juli 2011 in Kraft trat: Bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit ist künftig ausnahmsweise auch dann eine ambulante Psychotherapie möglich, wenn die Patienten noch nicht suchtmittelfrei sind. Allerdings greift die Ausnahmeregelung nur, wenn die Patienten bereits Schritte zu einer baldigen Abstinenz unternommen haben. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt die Behandlung nur, wenn die Patienten bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden suchtmittelfrei sein können. Bei einem Rückfall darf die Therapie nur fortgesetzt werden, wenn Maßnahmen eingeleitet werden, um die Abstinenz wieder herzustellen.

Für opiatabhängige Patienten, die sich in einer substituti- onsgestützten Behandlung befinden, ist eine ambulante Psychotherapie zulässig, wenn der substituierende Arzt und die für die psychologische Betreuung zuständigen Stellen bezüglich der Behandlungsziele und Beigebrauchsfreiheit zusammenarbeiten.

Begründung des Beschlusses:

www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/42/#1310/

3.2 Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen

3.2.1 Alkohol

3.2.1.1 Alkoholverbote im öffentlichen Nahverkehr

Leere Bierdosen, ausgelaufene Schnapsflaschen und verschmutzte Abteile: kein seltener Anblick in Nahverkehrszügen und Bussen. Gerade am Wochenende, wenn größere Gruppen die Verkehrsmittel auf dem Weg zu einer Veranstaltung nutzen, kennt die bierselige Feierlaune oft keine Grenzen. Mehrere Nahverkehrsgesellschaften haben daher ein Alkoholverbot in ihren Zügen und im Haltestellenbereich ausgesprochen. Dazu gehören der Hamburger Verkehrsverbund (HVV) und die metronom Eisenbahngesellschaft – beide mit deutlich positiver Bilanz.

Beispiel aus den Bundesländern

Hamburg:

HVV: Positive Bilanz nach einem halben Jahr

Am 1. September 2011 hat der Hamburger Verkehrsverbund (HVV) ein Alkoholkonsumverbot in Fahrzeugen und an Haltestellen eingeführt, das durchweg gut angenommen wird. Das zeigt eine repräsentative Befragung, die der HVV Ende Januar bis Anfang Februar 2012 in seinem Gebiet durchgeführt hat. Fast alle Fahrgäste (93 Prozent) kennen das Verbot und die meisten (85 Prozent) stimmen ihm zu und wollen, dass es bleibt. Nur zwölf Prozent sind für die Abschaffung.

43 Prozent der Fahrgäste sind zufrieden damit, wie das Verbot durchgesetzt wird. Nur fünf Prozent der Befragten äußerten sich unzufrieden darüber, dass trotz des Verbots noch Alkoholkonsum stattfindet. Etwa 34 Prozent der HVV-Nutzer gaben an, seit Einführung des Verbots eine positive Veränderung wahrgenommen zu haben. Sie führen vor allem weniger trinkende und betrunkene Fahrgäste, mehr Sauberkeit sowie eine verbesserte Atmosphäre und subjektive Sicherheit an. Da auch vor der Einführung

tagsüber kaum Probleme mit Alkoholkonsum auftreten, ist vor allem ein Blick auf Fahrgäste interessant, die regelmäßig abends und nachts fahren. Von diesen Kunden stellen 52 Prozent eine positive Veränderung fest. Auch die Unternehmen machen gute Erfahrungen. Sicherheitskräfte berichten von deutlich weniger Alkoholkonsumenten, saubereren Zügen und weniger leeren Flaschen und Flüssigkeitsresten auf dem Fußboden. Sogar im Fußballverkehr und bei Großveranstaltungen macht sich das bemerkbar. Gleichwohl gibt es noch Fahrgäste, die gegen das Verbot verstoßen. Seit Einführung der Strafe in Höhe von 40 Euro am 1. Oktober 2011 wurde diese bis Ende Januar in 2.200 Fällen verhängt, in 2.950 Fällen wurden mündliche Verwarnungen ohne Strafe ausgesprochen.

Die Sicherheitskräfte in den Zügen handeln nach Ermessen und gehen situationsabhängig und maßvoll vor. Zu ernsthaften Auseinandersetzungen mit Alkoholkonsumenten ist es bisher nicht gekommen. Auch Bundespolizei und Hamburger Polizei mussten aufgrund des Alkoholkonsumverbots keine zusätzlichen Einsätze fahren. Das alles bestärkt den HVV und die Verkehrsunternehmen darin, am Alkoholkonsumverbot festzuhalten.

www.hvv.de

Bremen, Niedersachsen:

metronom: Drei Jahre alkoholfrei unterwegs

Auch bei der metronom Eisenbahngesellschaft gehören Probleme aufgrund von Alkoholkonsum mittlerweile der Vergangenheit an. Die Privatbahn führte schon im November 2009 ein generelles Alkoholkonsumverbot in ihren Zügen ein. Sie ahndet Alkoholkonsum oder die Bereitstellung alkoholischer Getränke durch einen Fahrgast seither mit einer Strafe von 40 Euro. Die Maßnahme hat sich bewährt: Seit Einführung des Verbots sind die Züge sauberer und die Sicherheit hat sich stark verbessert. Bereits im zweiten Monat nach dem Start fielen in den Zügen rund sieben Tonnen weniger Müll

an. Die Zahl der durch die Bundespolizei registrierten Straftaten sank um mehr als 25 Prozent. Grundlage für die Durchsetzung der Maßnahme war deren konsequente Umsetzung und eine weitreichende Informationskampagne im Vorfeld. Plakate, Flyer und Aufkleber in den Zügen haben die Fahrgäste bereits vorab umfangreich informiert. Alle Türen der Doppelstockwagen wurden mit dem auffälligen Logo der Kampagne „metronom Alkoholfrei“ beklebt. Nach Beginn des Verbots wurde jeder Verstoß freundlich, aber bestimmt geahndet. Bei den meisten Fahrgästen wuchs dadurch schrittweise ein Bewusstsein für die Vorteile alkoholfreien Reisens im Nahverkehr. Heute, im Jahr 2012, ist das Alkoholkonsumverbot in den metronom-Zügen zwischen Cuxhaven, Hamburg, Bremen und Göttingen gelebte und allgemein akzeptierte Realität.

käufe Jugendlicher durchführen oder davon absehen möchten. Im Mai 2011 – etwa ein Jahr nach Bekanntgabe der Voraussetzungen – wurden die Kommunen nach den Erfahrungen befragt.

Einige Kommunen haben jugendliche Testkäufer eingesetzt, um zu prüfen, inwieweit der Handel das JuSchG in der Praxis umsetzt. Hierzu sollten Jugendliche unter Aufsicht vorwiegend Alkohol einkaufen, in Einzelfällen auch Tabakwaren und Medien. Nahezu alle Testkäufe haben Verstöße aufgedeckt. Die Beanstandungsquoten liegen zwischen 20 und 100 Prozent. Bei wiederholten Testkäufen wurden die Bestimmungen häufiger eingehalten. Das zeigt, dass das Instrument Testkauf erfolgreich ist. In der Regel sind keine Probleme bei den Aktionen aufgetreten. Fast alle Kommunen, die die Einhaltung des JuSchG so geprüft haben, planen, die Testkäufe fortzusetzen.

3.2.1.2 Erfahrungen mit Alkoholtstkäufen

Beispiel aus den Bundesländern

Baden-Württemberg:

Jugendliche als Testkäufer (JuSchG)

In Baden-Württemberg können Testkäufe unter engen Voraussetzungen durchgeführt werden. Hierbei steht der Schutz der jugendlichen Testkäufer stets im Vordergrund.

Aus ordnungsrechtlicher Sicht sind Testkäufe sinnvoll und gut geeignet, Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz (JuSchG) aufzudecken. Aus pädagogischer Sicht gab es Bedenken, die aber angesichts der positiven Erfahrungen immer mehr zerstreut werden konnten. Mittlerweile akzeptieren zunehmend auch die Jugendschutzfachkräfte in den Jugendämtern dieses Vorgehen. Den Kommunen in Baden-Württemberg ist es freigestellt, ob sie Test-

3.2.2 Tabak

3.2.2.1 Tabaksteuererhöhung

Mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember 2010 (BGBl I S. 2221) ist das sogenannte Tabaksteuermodell gesetzlich verankert worden. Von 2011 bis 2015 sind jährliche Anhebungen der Tabaksteuer vorgesehen. Die ersten beiden Stufen sind bereits zum 1. Mai 2011 und zum 1. Januar 2012 erfolgt. Weitere Stufen folgen jeweils zum 1. Januar in den Jahren 2013 bis 2015.

Abhängig von der jeweiligen Preisklasse erfordert jede Steuererhöhung bei Zigaretten eine steuerinduzierte Preisanpassung von 4 bis 8 Cent bezogen auf eine Packung mit 19 Stück Zigaretten und bei Feinschnitttabak von 12 bis 14 Cent bezogen auf eine Packung mit 40 Gramm. Darüber hinaus hat eine Umstellung der Mindeststeuer bei Feinschnitt zum 1. Mai 2011 eine einmalige steuerinduzierte Preisanpassung von 45 Cent je Packung erforderlich gemacht.

Im Bereich der Zigarren und Zigarillos ist zum 1. Mai 2011 eine Mindeststeuer eingeführt worden, die zum 1. Januar 2012 erhöht wurde. Dadurch ist eine steuerinduzierte Preisanpassung von bis zu 40 Cent im ersten Schritt und weiteren bis zu 15 Cent im zweiten Schritt bezogen auf eine Packung mit 17 Stück Zigarillos erforderlich gewesen. Der vom Statistischen Bundesamt (Destatis) veröffentlichten Statistik zum Absatz von Tabakwaren (Fachserie 14 Reihe 9.1.1) kann entnommen werden, dass von der Tabakindustrie größtenteils mindestens steuerinduzierte Preisanpassungen vorgenommen worden sind.

3.2.2.2 Kampf dem Zigarettschmuggel

Der Zollfahndungsdienst tritt der illegalen Herstellung von Tabakwaren und deren Schmuggel mit konstantem Ermittlungsdruck entgegen.

Nach wie vor werden auf dem Schwarzmarkt die etablierten Zigarettenmarken angeboten. Der Anteil der gefälschten Zigaretten liegt bei rund 35 Prozent. Gerade die Herstellung gefälschter Zigaretten unterliegt keinerlei (behördlichen) Qualitäts- und Hygienekontrollen. Zum Beispiel werden die gesetzlich erlaubten Höchstmengen

an Nikotin und/oder Kondensat und die zugelassenen Inhaltsstoffe nicht geprüft.

Außerdem werden immer mehr unversteuerte unbekannt Marken, sogenannte Uncommon Brands oder White Cheaps, gekauft. Sie werden in legalen Herstellungsbetrieben hergestellt – überwiegend außerhalb der Europäischen Union –, haben aber keinen offiziellen Absatzmarkt in Deutschland. Diese Zigaretten scheinen ausschließlich zum illegalen Verkauf hergestellt zu werden. Schmuggelzigaretten gelangen auf allen Beförderungswegen nach Deutschland. Um dem Problem entschieden zu begegnen, werden fortlaufend Risikoparameter erstellt, die unter anderem auch bei gezielten Kontrollaktionen berücksichtigt werden.

3.2.2.3 Werbung, Promotion und Sponsorship

Tabakwerbung soll neue Raucher gewinnen und aktive Raucher an einzelne Marken binden. Die Werbung macht das Rauchen besonders auch für Kinder und Jugendliche attraktiv. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie vor dem 18. Lebensjahr damit anfangen. Das durchschnittli-

Abbildung 42:
Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring in Euro

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamte Werbeausgaben	182.328.434,51	79.898.676,22	128.941.300,46	192.768.607,67	222.263.153,07	199.090.128,07
Direkte Werbung	93.646.243,41	34.280.418,43	53.088.195,85	86.295.878,05	81.345.793,24	69.214.759,90
Werbung in Printmedien	21.660.896,67	8.611.582,77	435.595,34	503.810,31	1.535.929,84	719.187,36
Außenwerbung	51.995.340,25	20.019.962,35	49.189.851,39	78.009.936,09	70.982.824,91	66.798.009,44
Werbung im Kino	9.693.583,31	2.149.724,00	2.064.600,00	1.511.909,60	2.300,00	1.216.306,23
Werbung im Internet	2.890.817,75	2.756.122,51	295.319,36	188.000,18	277.480,38	1.428,00
Sonstige Werbung	4.979.828,91	712.238,78	1.102.829,76	6.005.485,44	8.494.371,67	479.828,87
Keine Zuordnung	2.425.776,52	30.788,02	435.595,34	76.736,43	52.886,44	0,00
Promotion	85.995.773,54	41.929.534,63	72.646.065,24	102.792.093,99	137.495.498,78	127.105.282,43
Sponsorship	2.686.417,56	3.688.723,16	3.207.039,37	3.680.635,63	3.421.861,05	2.770.085,74

che Alter bei der ersten Zigarette lag nach der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (B 2.2) im Jahr 2011 bei etwa 14,3 Jahren.

Nach Art. 13 der Tabakrahenkonvention, der *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen. In Deutschland vereinbarten die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung und der damalige Verband der Cigarettenindustrie (VdC) im Jahr 2005 die Aufwendungen nach Werbeträgern zu gliedern und notariell beglaubigt jährlich mitzuteilen. Der neu gegründete Deutsche Zigarettenverband (DZV) sowie die Tabakhersteller, die dem Verband nicht angeschlossenen sind, haben die Vereinbarung ab dem Berichtsjahr 2008 übernommen. Die Angaben werden im Drogen- und Suchtbericht veröffentlicht.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbotes mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland nach der Tabakwerberichtlinie der Europäischen Union (2003/33/EG) zum 29.12.2006 haben sich ab 2007 die Werbeausgaben der Tabakindustrie im Vergleich zum Vorjahr durch das Werbeverbot in Printmedien und im Internet in die bislang nicht regulierten Marketingbereiche wie Außenwerbung und Promotion verlagert und sind insgesamt angestiegen.

In den Angaben für das Jahr 2007 fehlen die Angaben eines großen Tabakherstellers, damit waren im Jahr 2007 die Gesamtausgaben der Tabakindustrie in Deutschland höher als angegeben. Ab dem Jahr 2008 sind entsprechend dem Jahr 2006 wieder alle Tabakfirmen in der Zusammenstellung enthalten. Im Kino ab 18 Uhr spielt Tabakwerbung keine bedeutende Rolle mehr.

Die von der deutschen Tabakindustrie mitgeteilten Zahlen (Abbildung 42) beinhalten die Ausgaben für direkte Marketingmaßnahmen und nur zu Teilen die Ausgaben für indirekte Marketingmaßnahmen und Konsumentenansprachen. Darüber hinausgehende Marketingmaßnahmen sind in den Angaben nicht erhalten.

3.2.2.4 „gesundheitsziele.de“

– Tabakkonsum reduzieren

Im Jahr 2000 haben das BMG und die Bundesländer das Forum „gesundheitsziele.de“ initiiert, das bis 2006 aus Bundesmitteln und von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) finanziert wurde. Die bislang festgelegten sechs Gesundheitsziele wurden als prioritäre Anliegen einvernehmlich entwickelt und bauen auf breiter fachlicher Expertise auf. Mit „gesund älter werden“ wurde am 29. März 2012 ein neues nationales Gesundheitsziel vorgestellt. Zu jedem Gesundheitsziel gibt es Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung. Die an gesundheitsziele.de beteiligten Institutionen setzen die Maßnahmen eigenverantwortlich um. Zu den sieben vorrangigen Gesundheitszielen zählt auch das 2003 beschlossene Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Es wird seit Juni 2010 überarbeitet und umfasst folgende Teilziele:

- Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert.
- Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert.
- Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf.
- Mehr Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren bleiben Nichtraucher.

Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt.

Noch 2012 soll das Gesundheitsziel in überarbeiteter Form veröffentlicht werden.

www.gesundheitsziele.de

3.2.2.5 Mehr Schutz für Nichtraucher

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Nichtraucherschutz in der Gastronomie vom 30. Juli 2008 haben die Bundesländer ihre Nichtraucherschutzgesetze überarbeitet. In verschiedenen Ländern gab es auch 2011 weitere Veränderungen.

Im Saarland gilt nach dem Urteil des saarländischen Landesverfassungsgerichts vom 28. März 2011 ein lückenloses Rauchverbot in der Gastronomie. Damit ist Rauchen in allen saarländischen Gaststätten ausnahmslos untersagt. Die Übergangsfrist für Gastronomen, die nachweislich in Raucherräume investiert haben, endete zum 1. Dezember 2011. Das Verbot gilt unter anderem auch für Beherbergungsbetriebe, Diskotheken, Spielhallen und Spielcasinos, wenn diese auch gastronomische Räume betreiben. In den Jahren 2007, 2009 und 2011 führte das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) repräsentative Befragungen durch, um in der rauchenden und nicht rauchenden Erwachsenenbevölkerung zu untersuchen, wie sich die Nichtraucherchutzgesetze auswirken (C 3.2.2.6). Die erste Befragung fand 2007 vor deren Einführung statt, die Wiederholungsbefragungen wurden zwei beziehungsweise vier Jahre später durchgeführt. Das BMG hat das Projekt finanziell unterstützt. Die Ergebnisse der Befragungen vor und nach Einführung der Nichtraucherchutzgesetze von 2007 und 2009 zeigen, dass die Rauchverbote den Nichtraucherchutz deutlich verbessert haben und so die Tabakrauchexposition in der Gastronomie verringert wurde. Allerdings besteht dort auch weiterhin kein umfassender Nichtraucherchutz, da es zum Teil weitreichende Ausnahmeregelungen gibt und somit Teile der Bevölkerung in Gaststätten noch immer passiv mitrauchen. Die Ergebnisse der Befragung von 2011 liegen noch nicht vor. Interessant wird sein, wie sich der Nichtraucherchutz in Bayern und im Saarland entwickelt, wo mittlerweile umfassende Rauchverbote gelten.

Die Studie hat zudem ergeben, dass sich das Rauchen infolge der Nichtraucherchutzgesetze in der Gastronomie nicht in den privaten Bereich verlagert hat. Vielmehr ist zwischen 2007 bis 2009 auch bei Rauchern die Zahl der Haushalte, in denen das Rauchen in der Wohnung vollständig unterbleibt, deutlich gestiegen. Das gilt besonders für Haushalte, in denen kleine Kinder leben.

3.2.2.6 Evaluation der Nichtraucherchutzgesetze der Bundesländer

Im Februar und März 2011 führte das DKFZ zwei Studien zur Evaluation der Wirksamkeit der deutschen Nichtraucherchutzgesetze durch. Die Studien überprüften 2.000 Gaststätten in 15 Städten Nordrhein-Westfalens, dem

Bundesland mit den meisten Ausnahmeregelungen, und die Hauptstädte von zehn deutschen Bundesländern. Die Studie in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass viele Gesetzeslücken und Probleme bei der Umsetzung des Nichtraucherchutzes bestehen. Die Landesregierung schränkte daraufhin die Ausnahmen für Raucherclubs ein und kündigte eine Novellierung des Nichtraucherchutzgesetzes an.

Für die Bestandsaufnahme des Nichtraucherchutzes in zehn Landeshauptstädten wurden insgesamt fast 3.000 Gaststätten untersucht. Während Nordrhein-Westfalen im Nichtraucherchutz tatsächlich Schlusslicht war, zeigt sich das vollständige Rauchverbot in Bayern bundesweit am wirksamsten. In Ländern mit Ausnahmeregelungen, etwa für die getränkegeprägte Gastronomie, sind lediglich 19 Prozent der Kneipen und Bars vollständig rauchfrei. www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Nordrhein_Westfalen.pdf
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Bundeslaendern_2011.pdf

3.2.2.7 Rauchfreie Spielplätze

In Zigarettenkippen sammeln sich giftige und krebserzeugende Substanzen. Weggeworfene Kippen auf Spielplätzen gefährden damit die Gesundheit von Kleinkindern. Die Landesnichtraucherschutzgesetze in Bayern, Brandenburg und dem Saarland verbieten daher, auf Spielplätzen zu rauchen. In verschiedenen Städten in anderen Bundesländern gibt es kommunale Rauchverbote auf Spielplätzen, andere Städte und Gemeinden untersagen es, Kippen auf Spielplätzen wegzuworfen. In einer Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums wurden 2009/2010 in Heidelberg, Mannheim und Würzburg Zigarettenkippen auf Spielplätzen gezählt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei gut kommunizierten Rauchverboten die Kippenzahl deutlich sinkt. Als Reaktion darauf hat Mannheim 2011 das Rauchen auf Spielplätzen ebenfalls untersagt. In einigen anderen Städten wird ein solches Verbot gefordert.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Elektrische_Zigaretten.pdf

3.2.3 Medikamente

Evaluierung des Gesetzes zur Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport

Doping zu bekämpfen, ist ein Kernelement der deutschen Sportpolitik. Sie fördert und unterstützt Anti-Doping-Maßnahmen international und national. Im Jahr 2007 trat das „Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport“ (DBVG) in Kraft (BGBl I S. 2510). Es hat zum Ziel, kriminellen Strukturen entgegenzutreten, die oft international vernetzt über die Grenzen hinweg operieren. Das Gesetz verstärkt unter anderem die staatlichen Ermittlungsbefugnisse bei Fällen des organisierten ungesetzlichen Handels mit Arzneimitteln. Daneben ist schon der Besitz von bestimmten Dopingmitteln ab einer bestimmten Menge strafbar. Die Liste der vom Besitzverbot betroffenen Stoffe und der zugehörigen Grenzwerte im Arzneimittelgesetz und der Dopingmittel-Mengen-Verordnung wird unter Beteiligung von Sachverständigen mit Blick auf neue Entwicklungen in der Dopingszene regelmäßig geprüft und angepasst. Nach Art. 3 des DBVG muss die Anwendung der entsprechend geänderten Regelungen bis zum 31. Oktober 2012 evaluiert werden. Im Einvernehmen mit dem Deutschen Bundestag wurde ein wissenschaftlicher Sachverständiger bestellt, der in die laufende Evaluierung einbezogen ist.

3.2.4 Illegale Drogen

3.2.4.1 Änderungen des Betäubungsmittelrechts Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung:

Um den Betäubungsmittelverkehr zu überwachen und zu kontrollieren, übermitteln diejenigen, die Betäubungsmittel abgeben – besonders Hersteller und Großhändler – jährlich rund sieben Millionen Abgabemeldungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Dies geschieht inzwischen auch über das Internet: Das ermöglicht die „1. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung“ (BtM-BinHV) vom 17. August 2011, die am 2. September 2011 in Kraft getreten ist (BGBl I S. 1754). Die Verordnung erlaubt auch, Lieferscheine, Empfangsbestätigungen oder Lieferscheindoppel elektronisch zu übermitteln. Das baut Bürokratie ab und spart jährlich Kosten von ca. 120 Millionen Euro ein.

Neue Vorschriften unter anderem für die Palliativmedizin

Die „25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften“ (25. BtMÄndV) liefert neue betäubungsmittelrechtliche Regeln für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und die Versorgung in stationären Hospizen. Die bisherigen Vorschriften für die Verwendung von Betäubungsmitteln in Alten- und Pflegeheimen sowie in Hospizen gelten nun auch für die SAPV. Außerdem ist jetzt rechtlich geregelt, wie stationäre Hospize und SAPV-Einrichtungen einen Notfallvorrat an Betäubungsmitteln einrichten und führen können. Um in Deutschland cannabishaltige Fertigarzneimittel herstellen zu lassen und verschreiben zu können, wurde die Position „Cannabis“ in den Anlagen I bis III des BtMG geändert (C 2.2.4.1).

Zudem legt die 25. BtMÄndV für das 2010 neu zugelassene verkehrs- und verschreibungsfähige, betäubungsmittelhaltige Schmerzmittel Tapentadol eine Höchstverschreibungsmenge von 18.000 Milligramm in 30 Tagen fest. Das Bundeskabinett beschloss die 25. BtMÄndV am 2. März 2011. Nach Zustimmung des Bundesrats trat die Verordnung in ihren zentralen Teilen am 12. Mai 2011 in Kraft (BGBl I S. 821).

3.2.4.2 Stoffgruppenregelungen im Betäubungsmittelgesetz

Das BMG hat ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das Wege aufzeigt, wie neuen psychoaktiven Substanzen effektiver entgegengetreten werden könnte. Das Gutachten schlägt eine Unterstellung von Stoffgruppen unter das BtMG vor. Außerdem ist darin die Schaffung eines neuen Straftatbestandes vorgesehen, um die erforderliche strafrechtliche Kontrolle zu gewährleisten. Um mit dem Verbot ganzer Stoffgruppen Forschung und Therapie nicht zu beeinträchtigen, wird die Einführung eines einschränkenden subjektiven Tatbestandsmerkmals „zu Missbrauchszwecken“ vorgeschlagen. Das Gutachten wurde am 11. Oktober 2011 auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgestellt. Die Bundesregierung prüft zurzeit die darin getroffenen Annahmen und Vorschläge. Im Hinblick auf die Komplexität des Themas wird dies einige Zeit in Anspruch nehmen.

3.2.4.3 Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Droгенаusgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die meist legal gehandelt werden. Sie werden aber auch benötigt, um illegale Drogen herzustellen. Hierfür werden sie missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt. Diese Stoffe weltweit zu überwachen, ist daher unverzichtbar, um gegen den Drogenhandel vorzugehen. Hierzu gibt es internationale, europäische und nationale Vorschriften. Der Verkehr mit diesen Grundstoffen ist Teil des „Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das EU-Recht regelt den europäischen Binnen- und Außenhandel der EU mit Grundstoffen. Die betreffenden Chemikalien unterliegen danach jeweils unterschiedlich strengen Kontrollen, um den normalen Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 regelt ergänzend die behördliche Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

Eine Evaluierung der EU-Vorschriften in den vergangenen Jahren hat ergeben, dass es im europäischen Grundstoffrecht Schwachstellen gibt. Die Mitgliedstaaten haben Vorschläge gemacht, die Verordnungen (EG) Nr. 273/2004 und (EG) Nr. 111/2005 zu ändern. Die EU-Kommission hat auf dieser Grundlage mögliche Änderungen vorgelegt. Hierzu laufen derzeit Folgeabschätzungen. Im Vordergrund steht dabei zu verhindern, dass besonders Essigsäureanhydrid – notwendig, um Heroin herzustellen – aus dem EU-Binnenhandel abgezweigt wird. Außerdem soll der Drittlandshandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Zubereitungen und Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden. Diese Evaluierung dauert noch an. In ihrer Mitteilung an das Europäische Parlament und den Rat kündigt die Kommission „Eine entschlossener europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ (KOM(2011) 689endg) an. Hierzu will sie außerdem die internationale Zusammenarbeit intensivieren. Zum Beispiel soll in den nächsten Monaten ein Abkommen mit Russland über Droгенаusgangsstoffe unterzeichnet werden (Stand April 2012). Auch mit den

lateinamerikanischen Ländern und China will man intensiver kooperieren.

In dem am 27. Oktober 2011 angenommenen „Europäischen Pakt gegen synthetische Drogen“ befasst sich auch der Rat „Justiz und Inneres“ auf europäischer Ebene mit dem Thema. Er betont, wie bedeutend die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten, europäischen Behörden und Drittstaaten sind. Zudem gelte es, dem Trend entgegenzuwirken, dass Hersteller illegaler Drogen auf Vorstoffe von Droгенаusgangsstoffen zurückgreifen, um die Vorschriften und Kontrollen zu umgehen.

3.2.4.4 Schnelltest: Drogennachweis im Speichel

Seit mehreren Jahren steht der deutschen Polizei ein biotechnologischer Schnelltest zur Verfügung, mit dem sich zehn verschiedene Rauschmittel nachweisen lassen. Dieser wurde nun im Rahmen einer Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) weiterentwickelt: Statt einer aufwändigen Blutuntersuchung genügt ein Speichelabstrich, um die Konzentration der Rauschmittel im Körper zu bestimmen. Nach Abschluss des Forschungsprojekts funktioniert die quantitative Bestimmung schon für Kokain, THC und einige Opiate. Bis Herbst 2012 will das geförderte baden-württembergische Unternehmen die Entwicklung fortsetzen und den kompletten Test für bis zu zehn Rauschmittel auf den Markt bringen.

3.2.5 Pathologisches Glücksspiel

3.2.5.1 Neuer Glücksspielstaatsvertrag zum Glücksspielwesen

Seit der Föderalismusreform sind für das Glücksspiel im Wesentlichen die Länder zuständig. Ein Hauptanliegen des am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Staatsvertrags zum Glücksspielwesen in Deutschland (GlüStV) ist, die Glücksspielsucht einzudämmen und zu vermeiden. Der erste Glücksspieländerungsstaatsvertrag soll zum 1. Juli 2012 in Kraft treten. Er soll die Glücksspielangebote zum Schutz der Spieler und der Allgemeinheit strikt regulieren. Um dies zu erreichen, braucht es differenzierte Maßnahmen für die einzelnen Glücksspielformen, die deren spezifischen Sucht-, Betrugs-, Manipulations- und Kriminalitätspotenzialen Rechnung tragen.

Der Glücksspielstaatsvertrag regelt vor allem die Sportwetten neu. Künftig brauchen auch private Sportwettanbieter eine Konzession. In diesem Sektor hatte sich in den letzten Jahren das Glücksspiel überwiegend auf das Spiel bei illegalen Online-Anbietern verlagert. Dies soll hin zu einem legalen Sportwettangebot kanalisiert werden: Die Nachfrage spielaffiner Personen soll in Richtung legaler Angebote gelenkt werden. Diese sollen vermehrt Spielformen vorhalten, die aus suchtpräventiver Sicht weniger gefahrenträchtig sind. Strenge Konzessionsregeln sollen zudem einen ausreichenden Spielerschutz sicherstellen. Zwar bleibt auch zukünftig das Glücksspiel im Internet grundsätzlich verboten, für Lotterien und Sportwetten werden allerdings Ausnahmen zugelassen. Zudem nimmt der Glücksspielstaatsvertrag erstmals auch Regeln zum gewerblichen Spiel in Spielhallen auf. Mehrfachkonzessionen, also mehrere Spielhallen an einem Standort, werden verboten. Stattdessen müssen Spielhallen um einen bestimmten Mindestabstand voneinander entfernt liegen. Außerdem setzen die Bundesländer Sperrzeiten für Spielhallen fest, die drei Stunden nicht unterschreiten dürfen. Gerätebezogene Regeln bezüglich der Geldspielgeräte in Spielhallen und Gaststätten umfasst der Vertrag nicht. Dies regelt die sogenannte Spielverordnung (SpielV), die ebenfalls überarbeitet wird (C 3.2.5.2).

3.2.5.2 Novellierung der Spielverordnung

Das Suchtpotenzial des gewerblichen Automatenspiels ist hoch. Deshalb ist es notwendig, den Spielerschutz im gewerblichen Automatenspiel demjenigen im staatlichen Automatenspiel in Spielbanken anzugleichen. Wichtig ist, dass die Maßnahmen personenbezogen sind und sich nicht auf rein technische Fragen beschränken. Gesetzliche Neuregelungen müssen Unklarheiten und sich daraus ergebende Umgehungsmöglichkeiten ausschließen.

Die Nationale Strategie der Bundesregierung zur Drogen- und Suchtpolitik setzt hier mit gezielten Maßnahmen an. Hierzu zählt zum Beispiel, mittelfristig eine manipulationsichere und personengebundene Spielerkarte einzuführen. Außerdem gilt es, die Sachkenntnis von Spielhallen- und Gaststättenbetreibern über problematisches und pathologisches Spielverhalten zu verbessern, damit problematische Spieler frühzeitig erkannt und angespro-

chen werden können. Zugleich sollen die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen gegen gesetzliche Vorgaben verschärft werden. Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Reduzierung der Anzahl der in Gaststätten zulässigen Spielautomaten, da die Jugendschutzbestimmungen dort häufig nicht ausreichend eingehalten werden.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) hat im Dezember 2011 den Entwurf der „6. Verordnung zur Änderung der Spielverordnung“ vorgelegt. Dieser greift Vorschläge auf, den Spieler- und Jugendschutz zu verbessern, die im Evaluierungsbericht des BMWi zur Novelle der Spielverordnung enthalten sind. Der Entwurf ist noch in der Abstimmung.

4 Internationales

4.1 Europäische und internationale Alkoholpolitik

4.1.1 Situation in Europa

Europa ist der Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum sowie der höchsten Mortalität und Morbidität infolge von Alkoholmissbrauch. Bei rund einem Fünftel der erwachsenen Bevölkerung ist ein starkes episodisches Trinken verbreitet. Unter drei von zehn Personen gibt es eine Person im nahen Lebensumfeld, die stark trinkt. 40 Prozent aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle können auf drei vermeidbare Risikofaktoren zurückgeführt werden: Rauchen, Alkoholmissbrauch und (häufig alkoholbedingte) Verkehrsunfälle. Das wirkt sich insgesamt negativ auf Beschäftigung und Produktivität aus: Nach Schätzungen belaufen sich die direkten und indirekten Kosten von alkoholbezogenen Schäden in der EU auf rund 1,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

4.1.2 EU-Alkoholstrategie

Seit 2006 bildet die „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ den Rahmen für Aktivitäten und Maßnahmen der Kommission gegen Alkoholmissbrauch. An den dort festgelegten Schwerpunkten wird bis Ende 2012 gearbeitet. Die Umsetzung betrifft folgende vier Bereiche:

- Zusammenarbeit mit den Mitgliedsländern im Komitee für nationale Alkoholpolitik mit Vertretern der Ministerien
- Zusammenarbeit mit Interessenvertretern im „Europäischen Forum Alkohol und Gesundheit“ (EAHF) (nicht-staatliche Interessenvertreter: Fachverbände aus den Bereichen Medizin und Soziales sowie Industrie und gewerbliche Fachverbände)
- EU-Sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Generaldirektionen Verkehr, Bildung/ Jugend, Forschung, Agrarwirtschaft, Steuern
- Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Das EAHF soll bestehende Maßnahmen vergleichen und bewährte, erfolgreiche Verfahren herausfiltern. Zugleich sollen Bereiche identifiziert werden, in denen weitere Fortschritte erzielt werden können. Zudem sollen die EU-Mitgliedsstaaten darin unterstützt werden, ihre Potenziale im Hinblick auf effektive alkoholpolitische Maßnahmen auszuschöpfen.

Im Jahr 2011 beschäftigte sich das Forum hauptsächlich mit dem Thema „Reduzierung alkoholbedingter Schäden am Arbeitsplatz“. Die wissenschaftliche Gruppe des Forums hat 2011 einen Bericht zu Produktivitätsverlusten durch Alkoholmissbrauch vorgelegt: Die alkoholbedingten Schäden am Arbeitsplatz sind erheblich: Die betroffenen Mitarbeiter fehlen, es passieren Fehler und die Produktivität sinkt. Die Forscher raten daher zu einer verstärkten Integration von Suchtprävention in die betriebliche Gesundheitsförderung. Weitere Diskussions- und Aktionsfelder waren „Alkohol und Krebs“, „Einflussfaktoren der Trinkumgebung auf den Konsum“, „Alkoholprobleme und Familie“ sowie „Reduzierung des jugendlichen Alkoholkonsums“. Für das Jahr 2012 ist eine Evaluierung der Aktivitäten des Forums und der Selbstverpflichtungen der Mitglieder geplant.

In den Rahmen der EU-Strategie gehört auch der Ausschuss „Nationale Alkoholpolitik“, in dem Fachvertreter aller Mitgliedstaaten vertreten sind. Sie sammeln nationale Erfahrungen der Alkoholpolitik und diskutieren sie. Im Jahr 2011 präsentierte dort unter anderem die BZgA ihre Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“. Sie stieß auf großes Interesse und gilt als international herausragendes Beispiel.

Obwohl Fortschritte erreicht wurden, sehen viele Mitgliedstaaten den Bedarf, an den Schwerpunkten der bisherigen EU-Strategie weiterzuarbeiten. Die Kommission wird eine unabhängige Institution beauftragen, dies zu bewerten. Anschließend diskutieren die Mitgliedstaaten, wie die Kommission nach 2012 die Mitgliedstaaten unterstützen könnte. Zahlreiche Staaten setzen sich für eine neue umfassende EU-Strategie ab 2013 ein.

http://ec.europa.eu/health/alcohol/forum/forum_details/index_en.htm

4.1.3 Alkoholprävention: EU-Aktionsprogramm Gesundheit

Über das EU-Aktionsprogramm Gesundheit werden seit 2003 unter anderem Projekte und Maßnahmen gefördert, die Suchtmittelabhängigkeit vorbeugen sollen. Zuständig ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO). Die Prioritätsbereiche und Kriterien für die Finanzierung werden jedes Jahr in einem Arbeitsplan festgelegt und über die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) veröffentlicht. Im Jahr 2011 wurden zum Beispiel 340.000 Euro für ein Alkoholpräventionsprojekt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bewilligt. Es deckt Kurzinterventionen in der Primärgesundheitsversorgung, bei Gesundheitsdiensten am Arbeitsplatz, in der Notfallversorgung sowie in sozialen Diensten ab. Weiterhin erhält das europäische Netzwerk European Alcohol Policy Alliance–Eurocare knapp 100.000 Euro für die Betriebskosten. Deutsche Mitgliedsorganisationen sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Deutsche Guttempler-Orden e. V. (IOGT). Zudem strebt die EU-Kommission eine Bewertung darüber an, wie erfolgreich die EU-Strategie umgesetzt wird. Darüber hinaus werden Zusammenstellungen, Rezensionen und Analysen der vorhandenen Wissensbasis als Grundlage für weitere Maßnahmen und politische Konzepte erstellt. Für 2012 wurden folgende Projekte und Maßnahmen ausgeschrieben:

- Bewertung der Kennzeichnung alkoholischer Produkte im Hinblick auf Sichtbarkeit und Wirksamkeit gesundheitsbezogener Informationen;
- Entwicklung geeigneter Verfahren und Arbeitsmethoden zur Unterstützung gesundheitsfördernder Entscheidungen und zur Stärkung einer Lebensweise, die alkoholbedingte Schäden verhütet, als Teil regulärer Jugendarbeit oder Unterstützung durch Gleichaltrige;
- Unabhängige Analyse der Fortschritte und Informationen über das EAHF
- Datenbank für das EAHF Alcohol Clearing House (ACH).

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm

4.1.4 DRUID: Alkohol, Medikamente und Drogen im Straßenverkehr

Die Hauptursache für viele Verkehrsunfälle ist die Beeinträchtigung durch psychoaktive Substanzen wie Alkohol, Drogen und bestimmte Medikamente. Hier setzt das inzwischen abgeschlossene EU-Projekt Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (DRUID) an. Ziel war es, wissenschaftliche Grundlagen für verkehrspolitische Entscheidungen innerhalb der EU zu schaffen sowie effiziente Maßnahmen zur Bekämpfung von psychoaktiven Substanzen im Straßenverkehr vorzuschlagen. Durch DRUID wurde zum Beispiel die Genauigkeit von Drogenschnelltestverfahren überprüft. Für junge Fahrer wurden zielgruppenadäquate Konzepte erarbeitet, um besonders unfallgefährdete Fahrer zu erreichen. Es wurde ein Konzept für ein europaweit einheitliches, vierstufiges Kennzeichnungssystem für Medikamente erarbeitet, die die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen können, und Formulierungen für verständliche Warnhinweise auf den Verpackungen vorgeschlagen.



Darüber hinaus wird die durch DRUID entstandene Vernetzung der Partner aus den verschiedenen Ländern auch zukünftig eine erfolgreiche europaweite Zusammenarbeit für mehr Verkehrssicherheit ermöglichen.

www.druid-project.eu

4.1.5 Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs

Weltweit sterben schätzungsweise jedes Jahr 2,5 Millionen Menschen infolge von Alkoholmissbrauch, darunter 320.000 junge Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Die meisten Todesfälle durch Alkohol werden durch Unfallverletzungen, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Leberzirrhose verursacht. Alkoholmissbrauch trägt wesentlich zur weltweiten Krankheitslast bei und gilt als

drittwichtigster Risikofaktor für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen – in den entwickelten Ländern und zunehmend auch in Ländern mit mittlerem Bruttoinlandsprodukt.

Daher hat die WHO im Mai 2010 die „Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ verabschiedet. Das Ziel ist, ein globales Bewusstsein für den Alkoholismus zu schaffen, die Handlungsbereitschaft für Veränderungen zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zu verbessern, mit denen sich alkoholbedingte Schäden verringern oder vermeiden lassen. Besonders Länder mit geringem und mittlerem Bruttoinlandsprodukt sollen technische Unterstützung bekommen. Interessenvertreter sollen stärker zusammenarbeiten und die Behandlung und Prävention verbessert werden. Außerdem gilt es, das jeweilige Monitoring zum Alkoholkonsum sowie zu alkoholbedingter Morbidität und Mortalität zu verbessern.

Aufbauend auf der Strategie wurde im Herbst 2011 der Europäische Aktionsplan der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) verabschiedet. Da in Europa viele alkoholbezogene Probleme grenzüberschreitend auftreten, zielt die Strategie auch darauf, dass die Länder ihr Vorgehen abstimmen. Zu den zehn Bereichen der globalen Strategie – darunter Maßnahmen des Gesundheitswesens und am Arbeitsplatz, Promillegrenzen im Verkehr und der Verfügbarkeit von Alkohol – werden spezifische Indikatoren festgelegt, an denen der Fortschritt der Mitgliedsländer und damit in der Region insgesamt gemessen werden kann.

Europäischer Aktionsplan der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020):

www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2011/eurrc61r4-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020

4.2 Europäische und internationale Tabakpolitik

4.2.1 Tabakprävention in der EU

Tabakkontrollpolitik ist nicht nur innerhalb der einzelnen Mitgliedsstaaten der EU ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema. Auch auf europäischer Ebene werden wichtige Entscheidungen getroffen und verbindliche Richtlinien verabschiedet, die die einzelnen Mitgliedstaaten übernehmen. So führte die Tabakproduktrichtlinie der EU zu Warnhinweisen auf Verpackungen und die Tabakwerberichtlinie zu umfassenden Werbeverbotsregelungen. Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik wichtige Impulse für die Mitgliedstaaten in Europa. Deshalb beteiligt sich Deutschland auch auf europäischer Ebene aktiv daran, die Tabakpolitik weiterzuentwickeln.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) ist in das Projekt Public Information for Tobacco Control (PITOC) eingebunden, das neue Informationen zur Toxikologie von Tabakzusatzstoffen erarbeiten soll.

4.2.2 Tabakproduktrichtlinie der EU

In der Richtlinie 221/37/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (sogenannte Tabakprodukt-Richtlinie) ist die Aufmachung und Kennzeichnung der Tabakerzeugnisse auf europäischer Ebene geregelt. Von der europäischen Kommission ist eine Revision der oben genannte Richtlinie vorgesehen. Ziel der Revision ist es, die Erfahrungen bei der Anwendung dieser Richtlinie aus 2001 sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu sichern. Ein wichtiges Anliegen ist dabei die Tabakprävention. Die vorgesehene Revision ist deshalb aus Sicht der Bundesregierung im Sinne des Verbraucherschutzes grundsätzlich zu begrüßen. Ein Vorschlag der Kommission zur Revision der Richtlinie liegt noch nicht vor. Das DKFZ veröffentlichte dazu eine Publikation „Verbesserung des Jugend- und Verbraucherschutzes durch die Überarbeitung der europäischen Tabakprodukt-Richtlinie 2001/37/EG“.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_16_Tabakprodukt_Richtlinie_de.pdf

4.2.3 Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit

Im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit (C 4.1.3) wurde 2011 besonders die europaweite Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ mit neun Millionen Euro unterstützt. Sie soll die Bürger motivieren, über das Rauchen nachzudenken, es aufzugeben, und informieren, welche Unterstützung sie dabei bekommen können. Die Kampagne konzentriert sich auf junge Erwachsene zwischen 25 und 34 Jahren. Besondere Aufmerksamkeit erhalten dabei benachteiligte Gruppen mit einem hohen Anteil an Rauchern. Das Aktionsprogramm Gesundheit beteiligt sich mit ca. 200.000 Euro am *European Network for Smoking Cessation*. Zudem hat die EU-Kommission eine Studie zu neuen Vermarktungs-, Verkaufs- und Produktstrategien der Tabakindustrie in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wurde eine Verwaltungsvereinbarung mit der Gemeinsamen Forschungsstelle der EU-Kommission (GFS) getroffen, damit diese die Kommission bei der Umsetzung der Tabakrichtlinie und des Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums wissenschaftlich unterstützt.

Die Vereinbarung beinhaltet:

- Unterstützung der Kommission in ihrer Rolle bei der Ausarbeitung des Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums;
- Entwicklung von Leitlinien zur Prüfung und Analyse von Tabakerzeugnissen;
- Unterstützung der ordnungsgemäßen Arbeit des Europäischen Netzes für staatliche Tabaklabors;
- Unterstützung der Untersuchung und Analyse von Inhaltsstoffen und Emissionen von Tabakerzeugnissen; Analyse der Daten über Inhaltsstoffe.

Für 2012 wurden folgende Projekte und Maßnahmen ausgeschrieben:

- Identifizierung bewährter Verfahren, den Tabakkonsum einzudämmen und gesundheitliche Ungleichheit zu verringern;

- Fortführung der Kommunikationskampagne zur Raucherentwöhnung;
- Ausarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterial zur *Tobacco Products Initiative* (Initiative Tabakerzeugnisse);
- Register von Prüfinstituten für Tabakerzeugnisse und Warnhinweisen (Text und Bild) für Tabakerzeugnisse, die für die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zugänglich sind;
- Eurobarometer-Erhebung zu Rauchverhalten, Passivrauchen Verhaltensweisen von Rauchern und Nichtrauchern und Indikatoren für die Eindämmung des Tabakkonsums.

www.exsmokers.eu

4.2.4 Weiterentwicklung der Tabakrahmenkonvention (FCTC)

Die WHO verabschiedete 2003 einstimmig die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), ein internationales Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle. Es trat 2005 in Kraft. Es ist das erste weltweit gültige Gesundheitsabkommen, das bis Mai 2011 von weltweit 172 Vertragsstaaten ratifiziert wurde, darunter Deutschland im Jahr 2005.

Das zentrale Element der FCTC ist ein Katalog von Maßnahmen, durch die der Tabakkonsum verringert werden soll und die von allen Vertragsstaaten verbindlich umzusetzen sind. Zu einigen Artikeln wurden in den Folgejahren zusätzliche Leitlinien für die Umsetzung der FCTC als Empfehlungen für die Vertragsstaaten erarbeitet. Das DKFZ hat in seiner Funktion als WHO-Kollaborationszentrum die Aufgabe, die Politik und die Öffentlichkeit in Deutschland über die FCTC und deren Umsetzung zu informieren. Dazu veröffentlichte das DKFZ 2011 das Buch „Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

Good-Practice-Datenbank für Tabakpräventionsprojekte

Deutschland hat bei der Entwicklung der Leitlinien zur Umsetzung von Art. 12 der Tabakrahenkonvention (Prävention) federführend mitgewirkt. Auch bei der Ausarbeitung der Leitlinien zur Umsetzung von Art. 14 (Tabakentwöhnung) war Deutschland aktiv beteiligt.

Deshalb wird international mit Interesse beobachtet, wie Deutschland beide Leitlinien umsetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 2011 ein Projekt des DKFZ zur Implementierung der Leitlinien gefördert. Das Ziel ist, Good-Practice-Kriterien für effiziente und nachhaltige Maßnahmen zu sammeln, die Öffentlichkeit aufzuklären, Tabakabhängigkeit zu behandeln und vorzubeugen. Auf dieser Basis soll eine Datenbank von effizienten und nachhaltigen Projekte in ausgewählten Ländern der WHO-EURO Region entstehen.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/projekt-datenbank.html

4.3 Europäische und internationale Drogenpolitik

4.3.1 Situation bei illegalen Drogen in Europa

Laut Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist der Drogenkonsum in Europa vergleichsweise stabil. Positive Entwicklungen zeigen sich beim Kokainkonsum, der möglicherweise seinen Höhepunkt erreicht hat. Etwa 14,5 Millionen Europäer zwischen 15 und 64 Jahren haben irgendwann in ihrem Leben Kokain ausprobiert; darunter sind etwa vier Millionen Menschen, die Kokain in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben. Etwa 17 Prozent der Drogenkonsumenten, die eine Behandlung beginnen, geben Kokain als Hauptdroge an. Jährlich stehen in Europa rund 1.000 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain. Kokainkonsum geht oft mit Alkoholkonsum einher. Aus aktuellen Studien geht hervor, dass mehr als die Hälfte der kokainabhängigen Patienten in Behandlung auch alkoholabhängig sind.

Die neuesten Daten bestätigen zudem eine stabile oder abnehmende Tendenz beim Cannabiskonsum unter jun-

gen Erwachsenen. Etwa 78 Millionen Europäer – das heißt ein Fünftel der Erwachsenen zwischen 15 und 64 Jahren – haben irgendwann in ihrem Leben Cannabis ausprobiert; darunter sind ca. 22,5 Millionen Menschen, die Cannabis in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben. Cannabis ist somit weiterhin die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Europa.

Des Weiteren gibt es zwischen 1,3 und 1,4 Millionen Menschen, die Opiode konsumieren. Damit gehören Opiode in Europa weiterhin zu den wichtigsten Drogen. Mehr als die Hälfte aller Anfragen nach Behandlung beziehen sich auf Opiode. Im Jahr 2009 haben etwa 700.000 Patienten eine Substitutionsbehandlung erhalten. Im gleichen Jahr starben 7.630 Personen an den Folgen der Drogenabhängigkeit. Das weist im Vergleich zum Vorjahr (2008: 7.730) darauf hin, dass sich die Rate der Todesfälle stabilisiert hat. In etwa drei Viertel der Fälle konnten Opiode nachgewiesen werden.

Es gibt aber auch neue besorgniserregende Entwicklungen. Aktuelle Analysen deuten darauf hin, dass das Risiko für neue örtlich begrenzte HIV-Epidemien unter Drogenkonsumenten zunehmen könnte. Der Konjunkturrückgang in vielen europäischen Staaten könnte den sozialen Verfall in manchen Wohnvierteln verstärken und gleichzeitig die Fähigkeiten der Länder einschränken, angemessen dagegen anzugehen. Außerdem konnten viele EU-Nachbarstaaten nicht an die Erfolge der EU anknüpfen, drogenbedingte HIV-Infektionen zu verringern. In diesen Ländern ist die Übertragung des Virus nach wie vor ein großes gesundheitspolitisches Problem – sei es über Injektionen oder über ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Eine ebenfalls wachsende Herausforderung ist, dass immer mehr neue, nicht kontrollierte psychoaktive Substanzen auftauchen. Nachdem die EBDD und das Europäische Polizeiamt (Europol) 2010 einen Höchstwert von 41 neuen Drogensubstanzen meldeten, waren es im Jahr 2011 sogar 49 neue Substanzen. Neue Substanzen zu identifizieren, wird zunehmend proaktiv gestaltet: Über 150 Substanzen werden nun mithilfe des europäischen Frühwarnsystems überwacht. Die rasche Ausbreitung neuer Drogen zwang die Länder zum Umdenken und zur

Überprüfung einiger Standardmaßnahmen: 2010 haben zum Beispiel Irland und Polen in kurzer Zeit Rechtsvorschriften verabschiedet, die den freien Verkauf psychoaktiver Substanzen begrenzen, die durch die Drogengesetzgebung bisher nicht erfasst wurden. Andere Länder haben ihre bestehenden Gesetze zum Gesundheitsschutz oder zu Arzneimitteln angepasst.

EBDD-Jahresbericht:

www.emcdda.europa.eu

Deutscher Bericht zur Drogensituation:

www.dbdd.de

4.3.1.1 EU-Gremien

Die EU-Kommission

Die EU-Kommission arbeitet zurzeit an neuen Rechtsvorschriften, um die Kontrolle neuer psychoaktiver Substanzen in der gesamten EU zu verbessern. Sie hat in einem Bericht die Wirksamkeit des Beschlusses 2005/387/JI Rates vom 10. Mai 2005 zu neuen psychoaktiven Substanzen bewertet (siehe oben, KOM(2011) 430 endg).

In ihrer Mitteilung an das Europäische Parlament und den Rat „Eine entschlossenerere europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ (KOM(2011) 689 endg) kündigt die EU-Kommission unter anderem Gesetzesvorschläge zum Drogenhandel, zu neuen psychoaktiven Substanzen und zu Drogenausgangsstoffen an. Die EU-Kommission beabsichtigt, neue Bestimmungen vorzulegen, um EU-weit eine wirksamere Annäherung von Drogenstrafatbeständen und diesbezüglichen Strafen zu gewährleisten. Überwachung und Risikobewertung von Substanzen sollen durch kriminaltechnische Analysen sowie toxikologische, pharmazeutische und epidemiologische Studien unterstützt werden. Die EU-Kommission will außerdem Indikatoren zur Überwachung des Drogenangebots und drogenbedingter Straftaten sowie Mindestqualitätsstandards für die Verbesserung der Drogenprävention und der Behandlung Drogenabhängiger vorlegen.

Der Rat der Europäischen Union

Im Oktober 2011 hat der Rat einen Europäischen Pakt gegen synthetische Drogen angenommen, in dem auch die EU-Mitgliedstaaten erklären, die Herstellung von synthetischen Drogen und deren Handel stärker bekämpfen

zu wollen. Der Pakt sieht vor, dass sich alle Staaten gemeinsam dieser Herausforderung stellen. Er betont, dass Informationen intensiver ausgetauscht und die Zusammenarbeit zwischen den EU-Mitgliedstaaten und den europäischen Behörden – besonders Europol und Eurojust – sowie Drittstaaten verbessert werden müssen. Die EU-Länder sollen darin bestärkt werden, gemeinsame Ermittlungsteams zu bilden und die Strafverfolgungsdienste zu schulen.

Die Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rats der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedsstaaten beteiligt sind. Sie koordiniert Themen aus den verschiedensten Politikbereichen, wie Gesundheit, Strafrecht, Inneres und Justiz, Zoll oder Außenpolitik, und fasst diese unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Drogenpolitik der EU-Mitgliedstaaten zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammen.

Unter dem Ratsvorsitz Ungarns im ersten Halbjahr sowie dem Ratsvorsitz Polens im zweiten Halbjahr hat die HDG 2011 die Umsetzung und Evaluierung der Maßnahmen des EU-Drogenaktionsplans 2009–2012 weiter begleitet.

Ein Schwerpunkt im Jahr 2011 waren die neuen psychoaktiven Substanzen, die alle EU-Mitgliedstaaten vor große Herausforderungen stellen. Die HDG erwies sich als wichtige Informations- und Austauschplattform. Ende 2011 hat die HDG einen Entwurf für Ratschlussfolgerungen zu neuen psychoaktiven Substanzen verabschiedet (17730/11 CORDROGUE 90/SAN 259). Zugleich war die HDG am Europäischen Pakt gegen synthetische Drogen beteiligt, den der Rat am 27. Oktober 2011 angenommen hat (15544/11).

Im Rahmen der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU-Mitgliedstaaten zur 54. Sitzung der VN-Suchtstoffkommission (CND). Die EU hat drei von der HDG vorbereitete Resolutionsentwürfe eingebracht, die von den VN mit breiter Unterstützung angenommen wurden. Drogen sind ein weltweites Problem. Deswegen hat die HDG den politischen Dialog durch Treffen mit Drittstaaten unter anderem aus Zentralasien, Lateinamerika und dem Westlichen Balkan sowie mit der Türkei, der Russischen Föderation, den USA, Moldavien, Armenien und Georgien

fortgesetzt. In diesem Zusammenhang hat die HDG einen Entwurf für Schlussfolgerungen des Rats über die Zusammenarbeit zwischen der EU und Osteuropa bei der Drogenbekämpfung erarbeitet und dem Rat zur Beschlussfassung vorgelegt.

4.3.1.2 Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2011

Beim Treffen der nationalen Drogenkoordinatoren der EU-Länder in Budapest im Mai 2011 lag der Themenschwerpunkt auf Drogenkonsum in Haftanstalten sowie auf der Einbindung von Nichtregierungsorganisationen in Prävention, Beratung und Behandlung. Hauptthema beim zweiten Treffen 2011 in Posen war das Problem der neuen psychoaktiven Substanzen und Reaktionsmöglichkeiten auf nationaler und europäischer Ebene. Darüber hinaus diskutierten die Teilnehmer, wie die Drogensituation in der EU in den kommenden Jahren aussehen könnte. Dabei wurden die Themen Epidemiologie, Prävention, Forschung und Strafverfolgung aufgegriffen. Hintergrund ist die im Jahr 2012 auslaufende EU-Drogenstrategie.

4.3.1.3 Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Im Jahr 1993 wurde die EBDD ins Leben gerufen und 1995 in Lissabon eröffnet. Sie soll der EU und den Mitgliedsstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und einen gemeinsamen Informationsrahmen schaffen. Heute versorgt die EBDD politische Entscheidungsträger mit wissenschaftlichen Fakten, die diese benötigen, um Drogengesetze und Strategien gegen Drogen und Sucht auszuarbeiten. Zudem hilft die EBDD Fachleuten und Forschern, neue analysebedürftige Bereiche sowie die optimalen Verfahren hierfür zu bestimmen. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen (Focal Points) wirken dabei als Schnittstellen zu den Mitgliedsstaaten der EU. Sie sammeln die nötigen Informationen für die EBDD und tragen im Gegenzug deren Ergebnisse in das eigene Land zurück. In Deutschland sind damit gemeinsam die BZgA, die DHS und das Institut für Therapieforchung (IFT) betraut. Sie führen seit 1999 unter dem Namen Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) unter Koordination des IFT die damit verbundenen Aktivitäten durch.

Im Jahr 2011 lag ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit der DBDD darin, Übersichten zur „Drogenbezogenen Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft“ sowie zu „Drogenkonsumenten mit Kindern (abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)“ zu erstellen. Die vertiefenden Themen des Jahres 2010 – „Entwicklung zu Methoden und zur Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien“ sowie „Kosten drogenbezogener Behandlung“ – wurden auch von der EBDD ländervergleichend untersucht und im Rahmen von Sonderpublikationen (Selected Issues) veröffentlicht.

Zudem hat die DBDD 2011 eine vom BMG finanzierte Bestandsaufnahme zur Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten, etwa durch Spritzentauschprogramme, in Deutschland vorgelegt.

www.emcdda.europa.eu

www.dbdd.de

4.3.1.4 Drogenprävention: Information und Aufklärung

Im Rahmen des Förderprogramms „Drogenprävention und Information“ (DPIP) werden seit 2007 jährlich etwa drei Millionen Euro für Modellprojekte und europaweit agierende Organisationen zur Verfügung gestellt. Bei der Ausschreibung 2009 kamen zwei der sechs erfolgreichen Anträge aus Deutschland. Auch bei den vier weiteren Projekten waren deutsche Einrichtungen als Partner beteiligt. Drei von zehn bewilligten Modellprojekten liegen seit 2011 in der Hand deutscher Einrichtungen.

Im Jahr 2011 erfolgte keine zusätzliche Ausschreibung für drogenbezogene Modellprojekte in der EU. Die Mittel für 2011 und 2012 wurden zusammengelegt und Anfang 2012 ausgeschrieben.

Programm „Drogenprävention und Aufklärung“:

http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/drug/index_de.htm

EU-geförderte Projekte von 2007 bis 2010:

[http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/crime/docs/11-6- HYPERSLINK „http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/crime/docs/11-6-29%20Projects%20brochure%20PDF%20Final.pdf“ \t „_parent“ 29%20Projects%20brochure%20PDF%20Final.pdf](http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/crime/docs/11-6-HYPERLINK_„http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/crime/docs/11-6-29%20Projects%20brochure%20PDF%20Final.pdf“\t_„parent“_29%20Projects%20brochure%20PDF%20Final.pdf)

4.3.1.5 Projekte im Bereich Suchthilfe im EU-Health-Programm

Das Gesundheits-Aktionsprogramm der EU läuft von 2008 bis 2013 und beinhaltet eine Gesamtfördersumme von 321,5 Millionen Euro (jährlich ca. 53 Millionen Euro). Gefördert werden Projekte, Betriebskostenzuschüsse, Konferenzen, gemeinsame Aktionen und Ausschreibungen. Ein Teil davon ist für Projekte rund um Abhängigkeitserkrankungen vorgesehen. In den letzten beiden Jahren wurden beispielsweise Qualitätsstandards der Sucht- und Drogenprävention gesammelt und Vorschläge für europaweite Qualitätsstandards formuliert.

Das Projekt *Club Health – Healthy and Safer Nightlife of Youth* umfasst 20 assoziierte und 15 Partner aus 15 EU-Mitgliedsstaaten. Es unterstützt die EU-Kommission in ihren Bemühungen, die sozialen Kosten und Schäden von riskantem Verhalten von Jugendlichen im Nachtleben zu verringern.

Das Projekt *Access Strategies for Teen Smoking Cessation in Europe (ACCESS)* versucht, die Motivation von Heranwachsenden zu nutzen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, dabei aber nicht erfolgreich sind. ACCESS will bewährte Interventionsmaßnahmen für Jugendliche in Familien, Schulen, Gemeinwesen, Sportvereinen sowie im Internet bekannter machen. Dafür arbeitet ACCESS mit elf Partnern in der EU zusammen; die Koordination liegt beim IFT in München.

Das Präventionsprojekt *Take Care – „Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa“* umfasst zehn europäische Partnereinrichtungen. Hauptzielgruppe sind junge Menschen im Alter von 12 bis 21 Jahren, die durch riskanten Alkoholkonsum auffällig geworden sind. Zusätzlich werden weitere Zielgruppen angesprochen, die einen wichtigen Einfluss auf das Konsumverhalten von Jugendlichen haben: Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal. Einerseits sollen Jugendschutzbestimmungen zur Abgabe von alkoholischen Getränken besser eingehalten werden; andererseits werden Jugendliche und junge Erwachsene unterstützt, verantwortungsbewusst mit Alkohol umzugehen. Dahinter steht, dass Interventionen wirksamer sind und sich gegenseitig verstärken, wenn sie bei ver-

schiedenen Zielgruppen gleichzeitig ansetzen. Das Projekt wird durch die Pädagogische Hochschule Zürich wissenschaftlich begleitet.

<http://ec.europa.eu/eahc/health/index.html>

4.3.1.6 Twinning-Projekte

Von 2009 bis 2011 fand das EU-Partnerschaftsprojekt *Strengthening the Turkish National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* zwischen Deutschland und der Türkei statt (Projektleitung mit Griechenland als Juniorpartner). Das BMG unterstützte das IFT bei der Bewerbung und in der Projektdurchführung, das Land Berlin entsandte eine Expertin. Zu den Aufgaben gehörte, die Türkei darin zu unterstützen, eine nationale Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht aufzubauen, die rechtlichen Grundlagen an EU-Normen anzupassen und entsprechende Verwaltungsstrukturen aufzubauen. Darüber hinaus wurden Mitarbeiter zentraler Institutionen in Drogenpolitik, -prävention und -hilfe qualifiziert.

Im April 2012 startete ein weiteres zweijähriges Twinning-Projekt mit Serbien. Die deutsche Projektleitung hat das Zentrum für Suchtforschung Hamburg (ZIS) übernommen, als Projektpartner konnte Tschechien gewonnen werden. Die Projektbetreuung liegt bei der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ). Die Besonderheit dieses Projekts ist, dass die zuständigen serbischen Akteure und Institutionen parallel mit der Polizeiarbeit und Drogenprävention nach europäischen Standards vertraut gemacht werden sollen. Das BMG hat auch dieses Projekt bereits in der Bewerbungsphase begleitet.

4.3.2 Delegationsreise der Drogenbeauftragten in die USA

Auf Einladung des amerikanischen Leiters des Office of National Drug Control Policy (ONDCP), Gil Kerlikowske, besuchte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung vom 10. bis 18. September 2011 mit einer Delegation die USA. Mit Gil Kerlikowske, dem Drogenkoordinator der USA und Berater des Präsidenten Barack Obama sprach sie über die amerikanische und deutsche Drogenpolitik. Beide Seiten sahen einen großen Vorteil in einer guten Zusammenarbeit beider Staaten. Ein Unterschied der deutschen Drogen- und Suchtpolitik gegenüber der US-



Drug Enforcement Administration (DEA), Washington

amerikanischen liegt im zusätzlichen Ansatz der Schadensminimierung, die neben der Prävention, Therapie und Repression eine eigene Säule darstellt. Die USA haben solche Ansätze bislang nicht für geeignet gehalten, um den Drogenkonsum zu verringern. Im Gespräch zeigte sich, dass seit der Präsidentschaft von Barack Obama mehr präventive Elemente die amerikanische Drogenpolitik ergänzen und zunehmend auch Maßnahmen zur Schadensminimierung diskutiert werden.

In San Francisco informierte sich die Drogenbeauftragte über die Erfahrungen in Kalifornien, Cannabisprodukte zu medizinischen Zwecken zuzulassen. Auf der Grundlage einer ärztlichen Empfehlung sind dort der Erwerb und der Besitz von Cannabisprodukten zur medizinischen Anwendung möglich. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Cannabisprodukte dort sehr leicht und in großen Mengen erworben werden können, ohne dass eine ärztliche oder medizinische Begleitung der Behandlung stattfindet. Die Drogenbeauftragte stellte den neuen Ansatz der deutschen Regierung für die Nutzung von Cannabis in der Medizin vor. Sie zeigte sich überzeugt, dass der kalifornische Weg in der Cannabispolitik für Deutschland kein Vorbild sein könne.

Bei Gesprächen mit der zum Justizministerium gehörenden Strafverfolgungsbehörde *Drug Enforcement Administration* (DEA) in San Francisco und Washington wurde

erörtert, wie verbreitet neue synthetische Substanzen sind und wie damit umgegangen werden kann. Dabei wurde deutlich, dass die USA vor ähnlichen Herausforderungen stehen wie Deutschland. Die Drogenbeauftragte interessierte das Konzept der *Drug Courts*: Suchtkranke müssen sich in den USA auf gerichtliche Anordnung in medizinische Behandlung, Rehabilitation, Familientherapie, Weiterbildung oder psychologische Beratung begeben. Dazu arbeiten die behördlichen Stellen intensiv zusammen. An einem solchen Programm teilzunehmen, bewahrt die Angeklagten vor einer Gefängnisstrafe.

Darüber hinaus führte die Drogenbeauftragte Gespräche mit Einrichtungen und Institutionen zur Suchtbehandlung in Haftanstalten, zur Tabakpolitik in Kalifornien, der Forschungseinrichtung National Institute on *Drug Abuse* (NIDA) und dem Phoenix House, einer Behandlungseinrichtung für alkohol- und drogenabhängige Jugendliche. Im Mittelpunkt eines Gesprächs mit der Sonderstaatsanwältin für Betäubungsmittelkriminalität in New York stand das in den USA wachsende Problem der Medikamenten- und Heroinabhängigkeit.

Ähnlichkeiten mit deutschen Ansätzen in der Suchtprävention zeigten sich beim Besuch der *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), einer Einrichtung des Gesundheitsministeriums zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen. Im *Lower East Side Harm Reduction Center* in New York informierte sich die Drogenbeauftragte über niedrigschwellige Maßnahmen, wie Angebote zum Spritzenaustausch und die Vergabe von Naloxon zur Verhinderung von Todesfällen durch eine Heroinüberdosierung.

4.3.3 Vereinte Nationen (VN)

Auf der Ebene der VN erfolgt die Zusammenarbeit im Drogenbereich auf der Grundlage von drei Drogenkonventionen. Die Konventionsstaaten haben sich verpflichtet, die Produktion und den Vertrieb von Suchtstoffen sowie psychotropen Substanzen zu kontrollieren, den Drogenmissbrauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen, die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen hierfür zu schaffen und den internationalen Organen darüber zu berichten.

VN-Drogenkonventionen:

www.incb.org

www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html?ref=menuseide

4.3.3.1 Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC)

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der finanziellen Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der VN (UNDCP), das vom UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) durchgeführt wird. Laut Welt-Drogenbericht 2011 des UNODC sind die weltweiten Märkte für Heroin, Kokain und Cannabis entweder geschrumpft oder stabil geblieben. Die Produktion und der Missbrauch von Medikamenten und synthetischen Drogen sind dagegen gestiegen:

- Im Berichtsjahr haben rund 210 Millionen Menschen (4,8 Prozent der Bevölkerung von 15 bis 64 Jahren) mindestens einmal illegale Substanzen konsumiert. Damit ist der Drogenkonsum insgesamt, einschließlich des problematischen Konsums, mit 0,6 Prozent der Bevölkerung von 15 bis 64 Jahren stabil geblieben.
- Neue psychoaktive Substanzen, fälschlicherweise auch „Legal Highs“ genannt, werden dagegen zunehmend nachgefragt. Sie sind international nicht kontrolliert und werden deshalb oft als Ersatz für illegale Drogen angeboten.
- Der Schlafmohnanbau sank 2010 weltweit etwas mehr als 2009 auf 195.700 Hektar. Damit nahm die Opiumproduktion um 38 Prozent auf 4.860 Tonnen ab, auch bedingt durch Ernteaufschläge aufgrund von Schädlingsbefall. Obwohl die Anbauflächen in Afghanistan zurückgegangen sind, bleibt das Land mit 3.600 Tonnen und 74 Prozent der Weltproduktion größter Opiumlieferant.
- Auch der Koka-Anbau sank 2010 weltweit auf 149.100 Hektar weiter ab. Seit 2007 beträgt der Rückgang etwa 18 Prozent. Die potenzielle Kokainproduktion ist in dieser Zeit als Folge des geringeren Koka-Anbaus in Kolumbien um ca. ein Sechstel

gesunken. Europa – besonders West- und Mitteleuropa – bleibt jedoch zweitgrößter Kokainmarkt. Der Verbrauch hat sich in Europa in den letzten zehn Jahren verdoppelt und liegt derzeit bei geschätzten 123 Tonnen.

- Cannabis ist die weltweit am meisten konsumierte illegale Droge. Im Jahr 2009 haben 125 bis 203 Millionen Menschen mindestens einmal im Leben Cannabis probiert, das sind etwa 2,8 bis 4,5 Prozent der weltweiten Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren. Im Jahr 2010 erwies sich der Anbau von Cannabis(harz) für afghanische Anbauer profitabler als der Opiumanbau.

Drogenkontrollprogramm der VN:

www.unodc.org/unodc/index.html?ref=menutop

Welt-Drogenbericht des UNODC:

www.unodc.org/wdr

4.3.3.2 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)

Als Mitglied der CND hat Deutschland unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an der 54. CND-Sitzung vom 21. bis 25. März 2011 in Wien teilgenommen. Die Mitglieder der deutschen Delegation – darunter auch der Botschafter und Ständige Vertreter der Bundesrepublik Deutschland beim VN-Büro und anderen internationalen Organisationen in Wien – nahmen aktiv an der CND teil.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung unterstrich bei der Eröffnungsveranstaltung die deutsche Drogenpolitik, die auf Prävention, Beratung, Behandlung, Reintegration sowie Maßnahmen zur Schadens- und Angebotsreduzierung baut. Sie betonte auch, dass viele Länder der Prävention, Behandlung und Schadensreduzierung immer noch zu wenig Aufmerksamkeit schenken würden. Besonders beachtet wurden die Ausführungen zum Antrag Boliviens, das Kokablatt-Kauen über eine Änderung des Einheits-Übereinkommens von 1961 zu legalisieren. Die Bundesregierung lehnte dies ab, bekräftigte aber gleichzeitig ihre Bereitschaft, im Hinblick auf die traditionellen Interessen von Bolivien den drogenpolitischen Dialog mit diesem Land verstärkt fortsetzen zu wollen.

Die 54. CND verabschiedete insgesamt 16 Resolutionen, unter anderem zu den Themen Schmerzmittelversorgung, HIV/AIDS und Zivilgesellschaft. Die deutsche Delegation betonte die Rolle der Zivilgesellschaft und der Nicht-Regierungsorganisationen in der Drogenpolitik. Dies sprach auch der seit September 2010 neue UNODC-Exekutivdirektor Yuri Fedotov an. Er forderte, Nicht-Regierungsorganisationen besser am Meinungsbildungsprozess beim Vorgehen gegen das weltweite Drogenproblem zu beteiligen.

Auch die Strategie *Getting to Zero* (2011–2015) des Gemeinsamen Programms der VN zu HIV/AIDS (UNAIDS) wurde angesprochen. Die Zusammenarbeit zwischen Regierungen und Zivilgesellschaften waren hier ein zentrales Thema. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung betonte zudem das Problem der Unterversorgung mit wichtigen Schmerzmitteln in vielen Regionen der Welt und bezog sich dabei auf den Sonderbericht *Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes* des Suchtstoffkontrollrats (INCB). Die deutsche Delegation appellierte an alle Staaten, die Versorgung schwerkranker Menschen mit Schmerzmitteln schnell und nachhaltig sicherzustellen.

In einem weiteren Statement ging die Drogenbeauftragte der Bundesregierung auf die stärkere Betonung von Prävention und Frühintervention ein. Sie hob in diesem Zusammenhang das erfolgreiche deutsche Internetprojekt *Quit the Shit* zur Reduzierung des Cannabiskonsums hervor.

Liste der VN-Resolutionen im Abschlussbericht zur 54. CND:

www.unodc.org/documents/commissions/CND-session54/E2011_28_AdvanceVersion_distr2104.pdf

Strategie *Getting to Zero*:

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf

INCB-Sonderbericht *Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes*:

www.incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf

4.3.3 Internationales Suchtstoffkontrollamt der Vereinten Nationen (INCB)

Das INCB überwacht als unabhängiges Kontrollgremium die Einhaltung der drei Suchtstoffübereinkommen der VN. Das Gremium besteht aus 13 unabhängigen Mitgliedern, darunter bis April 2012 als Deutsche Vertreterin Dr. Carola Lander, die ehemalige Leiterin der Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Von Mai 2012 bis 2017 wird mit Werner Sipp, dem ehemaligen Leiter des Referats Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr und internationale Suchtstofffragen im BMG weiterhin ein Deutscher im INCB vertreten sein.

Das INCB gibt jährliche Berichte heraus, die auch eine Analyse der weltweiten Situation zur Drogenkontrolle sowie Vorschläge für Verbesserungen auf nationaler und internationaler Ebene enthalten. Thematische Schwerpunkte des 2011 vorgelegten Berichts für 2010 sind:

- die Notwendigkeit, drogenbedingte Korruption stärker zu bekämpfen,
- die besorgniserregend rasche Entwicklung neuer Designerdrogen (Beispiel: Mephedron),
- der ungleiche und in vielen Regionen fehlende Zugang von Schmerzpatienten zu opiathaltigen Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen zu medizinischen Zwecken.

Der Bericht stellte weiterhin fest, dass erfolgreiche kriminelle Organisationen Gewalt und Bestechung systematisch einsetzen, um einen ungehinderten Handel illegaler Drogen zu gewährleisten: Wo Bestechung nicht hilft, werden Gewalt und Einschüchterung eingesetzt – besonders in Regionen, in denen der Drogenhandel stark verbreitet ist. Um die Drogenprofite zu maximieren, würden enge Komplizenschaften mit wichtigen Amtspersonen ausgebaut. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung begrüßte die ausführliche Darstellung des INCB zur drogenbedingten Korruption ebenso wie den deutlichen Hinweis auf das Problem, dass sich neue Designerdrogen sehr rasch ausbreiten. Sie betonte auch die Feststellung des INCB, dass Menschen in vielen Regionen der Welt nicht ausreichend

mit Schmerzmitteln versorgt werden. Nach Angaben des INCB haben mehr als 80 Prozent der Weltbevölkerung keinen oder nur ungenügenden Zugang zu Schmerzmitteln, was unnötiges Leid zur Folge hat. Dagegen konsumieren zehn Prozent der Weltbevölkerung in den Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland und einigen europäischen Ländern 90 Prozent der legalen Arzneien.

INCB-Jahresbericht 2011:

www.incb.org/incb/en/annual-report-2011.html

4.3.4 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

4.3.4.1 Drogen und Entwicklung

Der Anbau von Koka und Schlafmohn – die Vorläuferpflanzen für Kokain und Heroin – konzentriert sich auf einige wenige Staaten in Lateinamerika und Asien. Zwar weisen auch viele andere Länder die geografischen und klimatischen Bedingungen auf, die diese Pflanzen benötigen. Dennoch sind derzeit nur ein halbes Dutzend Staaten für mehr als 90 Prozent der Kokain- und Heroinproduktion verantwortlich: Laut Weltrogenbericht des UNODC von 2011 sind dies Bolivien, Kolumbien und Peru im Fall von Koka/Kokain und Afghanistan, Mexiko und Myanmar im Fall von Schlafmohn/Heroin. Drogenanbau und -handel florieren also nicht überall, wo dies potenziell möglich wäre, sondern dort, wo neben den geeigneten klimatischen Bedingungen auch begünstigende Faktoren wie fragile oder fehlende Staatlichkeit, politische und kriminelle Gewalt, eine defizitäre ländliche Entwicklung und eine schwache Infrastruktur, Armut und Marginalisierung zu finden sind.

Zudem verschärft die Drogenproblematik bestehende Entwicklungsdefizite: Marginalisierte Kleinbauernfamilien arbeiten oft nicht freiwillig für die illegale Drogenwirtschaft. Zudem verlieren sie damit den Zugang zu legalen Entwicklungschancen, Rechtssystemen und Schutzfunktionen des Staates. Wo in ländlichen Gebieten bewaffnete Konflikte herrschen und Schlafmohn und Koka angebaut werden, gelangt besonders die Zivilbevölkerung zwischen die Fronten der Konfliktparteien. Stigmatisierung und Menschenrechtsverletzungen gegenüber Kleinbauern sind in Lateinamerika und Asien an der Tagesordnung. Die Drogenwirtschaft hemmt nicht nur die Anbauländer in ihrer Entwicklung, sondern auch die Drogentransitstaaten,

wie der Weltentwicklungsbericht der Weltbank 2011 zeigt. Gemeinsam mit dem Drogenanbau und -handel verlagern sich Drogenkonsum, eskalierende Gewalt, Korruption, Geldwäsche und Waffenhandel: Transitstaaten in Zentralamerika, Zentralasien und Westafrika sowie Länder wie Mexiko und Iran sind davon unmittelbar betroffen und werden in ihrer sozioökonomischen Entwicklung, Sicherheit und Stabilität nachhaltig beeinträchtigt. Diese Defizite führen wiederum dazu, dass sich die Drogenwirtschaft weiter ausbreitet. Dieser Teufelskreis stellt die internationale Gemeinschaft vor große Herausforderungen.

4.3.4.2 Entwicklungsorientierte Drogenpolitik

Der Zusammenhang von Entwicklungsdefiziten und Drogenwirtschaft ist ein wichtiger Ansatz für die Entwicklungszusammenarbeit. Die Erfahrung der vergangenen drei Jahrzehnte zeigt, dass einseitig angewandte Instrumente der Drogenangebotskontrolle häufig dazu führen, dass sich Anbau und Handel nur verlagern statt nachhaltig abzunehmen. Entwicklungspolitische Maßnahmen hingegen können einen zentralen Beitrag zu langfristigen Veränderungen leisten, da sie nicht nur bei den Symptomen des Problems ansetzen, sondern auch an dessen Ursachen. Staaten, in denen illegale Drogen konsumiert werden, sind wie die Anbaustaaten daran interessiert, die Drogenproduktion zu verringern. Gleichzeitig ist es von großer Bedeutung, die Verbreitung von Gewalt, Korruption und Geldwäsche in Anbau- und Transitstaaten zu begrenzen. Daher haben sich im Rahmen der VN Anbau-, Transit- und Konsumentenstaaten dazu verpflichtet, die Verantwortung im Umgang mit dem Drogenproblem gemeinsam zu tragen und Maßnahmen der Angebots- wie der Nachfragereduzierung ausgewogen umzusetzen.

Entsprechend verfolgt die Bundesrepublik Deutschland eine entwicklungsorientierte Drogenpolitik (EOD), die auch den Schutz der Menschenrechte berücksichtigt: Es wird nicht allein der Drogenkonsum im Inland kontrolliert, Deutschland unterstützt auch die Ursprungsländer darin, das Ausmaß der Drogenökonomie zu verringern. Damit konnte die Bundesregierung 2009 bei einer Bestandsaufnahme zur weltweiten Drogenpolitik und der Aushandlung einer politischen Erklärung zum Weltrogenproblem auf EU- und VN-Ebene einen wichtigen Akzent setzen.

4.3.4.3 Alternativen zum Drogenanbau

Bisher werden in einigen Anbaustaaten Koka und Schlafmohn in Monokultur angebaut. Das hat nicht nur erhebliche drogen- und umweltpolitische Folgen, sondern macht auch die betroffenen Bauern wirtschaftlich abhängig. Die zentrale Säule entwicklungsorientierter Drogenpolitik ist es daher, in ländlichen Anbauregionen Alternativen zum Drogenanbau zu entwickeln. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) unterstützt hierzu derzeit Projekte in Bolivien, Laos, Myanmar und Peru, die von deutschen Durchführungsorganisationen für Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt oder in Zusammenarbeit mit dem UNODC als Treuhandvorhaben realisiert werden. Im Zentrum stehen alternative Anbaukulturen, um neben der Reduktion des Drogenanbaus auch die häufig unzureichende Ernährungssicherung der Bauern zu verbessern, die ländlichen Anbausysteme zu diversifizieren und lokale Institutionen zu stärken.

Zur internationalen Umsetzung entwicklungsorientierter Drogenpolitik und alternativer Entwicklung wird das BMZ durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ) beraten. Die GIZ entwickelt Instrumente und prüft im Auftrag des BMZ Projekte im Bereich ländliche Entwicklung in Drogenanbauregionen. Hierzu gehört die enge Zusammenarbeit mit Partnern wie UNODC oder den Drogenbehörden in den Partnerländern, wie im Falle des COPOLAD-Vorhabens (*Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies*): Die GIZ führt im Auftrag des BMZ gemeinsam mit europäischen und lateinamerikanischen Drogenbehörden dieses von der EU-Kommission finanzierte Vorhaben durch. Im Jahr 2011 beinhaltete dies unter anderem die gemeinsame Durchführung einer umfangreichen Studie, die die Ursachen für den verbreiteten Koka-Anbau in der peruanischen Provinz Ayacucho erfasst. Die Ergebnisse der gemeinsam mit der peruanischen Drogenbehörde DEVIDA durchgeführten Studie dienen der peruanischen Regierung als Grundlage für künftige Entwicklungsmaßnahmen in der Region.

4.3.4.4 Central Asia Drug Action Programme (CADAP)

Zentralasien hat sich in den letzten Jahren zunehmend zu einem Drogentransitmarkt für Opiate entwickelt. Opiate

aus Afghanistan gelangen über Tadschikistan, Usbekistan, Turkmenistan, Kirgisistan und Kasachstan in die Region, wo die Zahl der Heroinkonsumenten stetig wächst. Derzeit werden für Zentralasien über 380.000 Abhängige geschätzt. Das Injizieren ist die Hauptkonsummethode. Entsprechend verbreiten sich unter den Konsumenten HIV und Hepatitis: 60 bis 70 Prozent der HIV-Infektionen gehen auf das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken zurück. Zudem nimmt in diesen Ländern der Cannabiskonsum bei Jugendlichen zu.

Das Ziel in allen zentralasiatischen Staaten besteht darin, die Drogensituation zu stabilisieren und die Gesundheit, insbesondere von Kindern, zu schützen. In allen Ländern gibt es Programme zur Prävention von HIV unter Drogenabhängigen, die durch internationale Geldgeber kofinanziert werden. Drogenabhängige können sich in nar-kologischen Fachkliniken behandeln lassen, zum Teil mit modernen psychotherapeutischen Methoden. Die Hauptbehandlungsform ist aber weiterhin der körperliche Entzug mit einer kurzen Anschlussbehandlung (14 Tage). Nur ein kleiner Teil der Abhängigen wird dadurch erreicht.

Angebote zur Substitution sind in Zentralasien noch nicht selbstverständlich. Sie sind nur in einigen der Länder und dort auch nicht flächendeckend verfügbar. In Kirgisistan ist die Substitutionsbehandlung mit Methadon fester Bestandteil der Behandlungsangebote, aber dennoch hat nur ein kleiner Teil der betroffenen Heroinabhängigen Zugang zu dieser Behandlungsform. In Tadschikistan und Kasachstan gibt es Pilotprojekte mit wenigen Klienten, in Kasachstan wurde die Pilotphase an zwei Standorten erfolgreich abgeschlossen. In Usbekistan gibt es keine Substitutionsbehandlung, ein Modellprojekt wurde nicht fortgesetzt. Turkmenistan überlegt, ein entsprechendes Projekt einzuführen.

In den Gefängnissen Zentralasiens gibt es nur wenige Behandlungsangebote für Drogenabhängige. Schätzungsweise 30 Prozent der Gefangenen nehmen in Haft Drogen. Das Risiko, sich mit HIV oder Hepatitis zu infizieren, ist hier groß, auch Tuberkulose ist verbreitet. In Kirgisistan zum Beispiel bieten drei Gefängnisse eine Substitutionsbehandlung an. Laut einer Evaluation der WHO verläuft dies sehr erfolgreich.

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	BSI	Interessenvertretung der in Deutschland ansässigen Spirituosenhersteller und Spirituosenimporteure
Abs.	Absatz	BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
ACCESS	Access Strategies for Teen Smoking Cessation in Europe (europäisches Anti-Rauchen-Projekt)	BtMBinHV	Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung
ACH	Alcohol Clearing House (Datenbank für das EAHF)	BtMG	Betäubungsmittelgesetz
ADAC	Allgemeiner Deutsche Automobil-Club e. V.	BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibverordnung
AfJFB	Amt für Jugend, Familie und Bildung	buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
AFT	Aufsuchende Familientherapie	BVEK	Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V.
AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft AG	BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
AIDS	Erworbenes Immundefektsyndrom (Acquired Immune Deficiency Syndrome)	bzw.	beziehungsweise
AMG	Arzneimittelgesetz		
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse		
Art.	Artikel		
		CaBS	Case Management und Beratung für Cannabis konsumierende Schülerinnen und Schüler (Präventionsprojekt)
BAK	Bundesapothekerkammer	CDR	Centre for Drug Research der Goethe-Universität Frankfurt am Main
BÄK	Bundesärztekammer	CIUS	Compulsive Internet Use Scale (Fragebogen)
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge	CND	Commission on Narcotic Drugs (Suchtstoffkommission der VN)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	CNN	Chancen nahtlos nutzen (Suchtselbsthilfeprojekt)
BGBI	Bundesgesetzblatt	Coa	Children of Alcoholics
BGH	Bundesgerichtshof	COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
BKD	Blaues Kreuz in Deutschland e. V.	COPOLAD	Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies
BKE	Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V.		
BKM	Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien	DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
BLZ	Belastungszahl	DAK	DAK-Gesundheit (ehemals Deutsche Angestellten-Krankenkasse)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
BMI	Bundesministerium des Innern		
BMG	Bundesministerium für Gesundheit		
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend		
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie		
BMZ	www.bmz.de/de/index.html Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung		

DBVG	Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport	EuroNPUD	European Network of People Who Use Drugs (europaweiter Zusammenschluss von Selbsthilfeorganisationen)
DDD	Definierte Tagesdosis	Europol e. V.	Europäisches Polizeiamt eingetragener Verein
DEA	Drug Enforcement Administration	FAS	Fetales Alkoholsyndrom
Destatis	Statistisches Bundesamt	FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
DFB	Deutscher Fußball-Bund e. V.	FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft	fdr	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	FOGS	Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.	FRed	Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten (Bundesmodellprojekt)
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	FTK	Initiative Fortbildung transkulturell
Difu	Deutsches Institut für Urbanistik	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung	GD SANCO	EU-Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher
DLTB	Deutscher Lotto- und Totoblock	GFS	Gemeinsame Forschungsstelle der EU-Kommission
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen	GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum	GiGA	Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen (Präventionsprojekt)
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund	GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
DRUID	Driving under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (EU-Projekt)	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung	GlüStV	Glücksspielstaatsvertrag
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund	GPA	Gefangenen-Personalakten
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik	GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
dsj	Deutsche Sportjugend	GVS	Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters	HaLT	Hart am Limit (Präventionsprojekt)
DZV	Deutscher Zigarettenverband e. V.	HBSC	Health Behavior in School-aged Children (internationale Studie)
EAHC	Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher	HCV	Hepatitis-C-Virus
EAHF	Europäisches Forum Alkohol und Gesundheit	HDG	Horizontale Gruppe Drogen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
EKhD	erstauffällige Konsumenten harter Drogen		
ENSH	Global Network for Tobacco Free Health Care Services		
EOD	Entwicklungsorientierte Drogenpolitik		
ERSC	European Road Safety Charter		
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey		

HLS	Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. und Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.	LCA	Latent-Class-Analyse
HVV	Hamburger Verkehrsverbund	LI	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung in Hamburg
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten	LSSH	Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.
IFT	Institut für Therapieforchung München	LVR	Landschaftsverband Rheinland
IJAB	Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland	LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe e. V.
INCANT	International Cannabis Need of Treatment (internationale klinische Studie)	LWL-KS	Koordinationsstelle Sucht des LWL
INCB	International Narcotics Control Board	LZG	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.
IOGT	Guttempler in Deutschland als Teil der International Organization of Good Templars	MAARS	Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken (Modellprojekt)
ISD	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung	MDFT	Multidimensionale Familientherapie
i. V. m.	in Verbindung mit	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen
JES	Netzwerk „Junkies, Ehemalige, Substituierte“	MIGG	Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (Modellprojekt)
JuSchG	Jugendschutzgesetz	MoSyD	Monitoring-System Drogentrends
JVA	Jugendvollzugsanstalt	MOVE	Training der motivierenden Beratung
KDO	Büro „Kinder drogenabhängiger Eltern“ (Amsterdam)	NADA	Nationale Anti Doping Agentur
KiD	Hilfe für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder	NARZ	Norddeutsches Apotheken-Rechenzentrum e. V.
KiK	Klar im Kopf (Suchthilfeprojekt)	NDPP	Nationaler Dopingpräventionsplan
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz	NEURON	Network of European Funding for Neuroscience Research
KOLIBRI	Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit (Studie zum Dopingverhalten im breiten- und Freizeitsport)	NGFN	Nationales Genomforschungsnetz
KOSS	Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbereitung	NIDA	National Institute on Drug Abuse
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen	NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
		NRW	Nordrhein-Westfalen
		NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
		o. ä.	oder ähnliches
		ONDCP	Office of National Drug Control Policy
		PAGE	Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie (Studie)
		PeaS	Peer Eltern an Schule (Präventionsprojekt)

PINTA	Prävalenz der Internetabhängigkeit (Studie)	TG	Therapiegespräch(e)
PITOC	Public Information for Tobacco Control (europäische Studie)	TK	Techniker Krankenkasse
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	TOW	Therapieorientierungswert(e)
PREMOS	Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment (Studie zum Langzeitverlauf der Opiatsubstitution)	u. a.	unter anderem
PSB	Psychosoziale Betreuung	u. ä.	und ähnliches
RISCA	Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (Präventionsprojekt)	UHA	Hamburger Untersuchungshaftanstalt
RKI	Robert Koch-Institut	UKPP	Universitätsklinik für Psychiatrie Tübingen
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien	UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
sabit	Soziales Arbeitnehmer-Bildungswerk in Thüringen e. V.	UNDCP	United Nations International Drug Control Program
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	VdC	Verband der Cigarettenindustrie e. V.
SchuJu	Schulungsinitiative Jugendschutz des BSI	Verordnung (EG)	Verordnung der Europäischen Union Gemeinschaft
SGB	Sozialgesetzbuch	VN	Vereinte Nationen
StT	Suchthilfe in Thüringen gGmbH	WHO	Weltgesundheitsorganisation
SKOLL	Modularisiertes Selbstkontrolltraining zur Konsumreflexion	WBT	Web Based Training
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren	ZI-Mannheim	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
s. o.	siehe oben	ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
SoR	surfen-ohne-risiko.net		
SpielV	Spielverordnung		
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Statistiksoftware)		
SPZ	SuchtPräventionsZentrum		
SSHs	Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V.		
StMUG	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit		
StR	Strafrecht		
SURE	Substitutionsgestützte Rehabilitation (Modellprojekt)		

Abbildungsverzeichnis

1	Titelbild: panthermedia	
2	Vorwort (www.drogenbeauftragte.de)	S. 3
3	Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011 (BZgA)	S. 18
4	30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2004–2011 (BZgA)	S. 19
5	Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen von 2001 bis 2011 (BZgA)	S. 19
6	Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011 (BZgA)	S. 22
7	Zwölf-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011 (BZgA)	S. 27
8	Anteil verschiedener Drogentypen, wegen denen Betroffene Beratungsstellen aufsuchen (SLS)	S. 31
9	Drogentodesfälle nach Bundesländern und einigen großen Städten (BKA)	S. 32
10	Drogentote nach Geschlecht und Altersstruktur (BKA)	S. 33
11	Drogentote nach Todesursachen 2011 (BKA)	S. 34
12	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) (BKA)	S. 33
13	Sichergestellter illegaler Anbau/Cannabisplantagen (BKA)	S. 35
14	Sichergestellte Labore zur Herstellung illegaler Drogen (BKA)	S. 35
15	Sicherstellungen von geschmuggelten Drogen (BKA)	S. 36
16	Kinder stark machen (BZgA)	S. 47
17	Vorgestellt: Tanzrausch statt Vollrausch: (Allgemeiner Deutschen Tanzlehrer-Verbandes e. V. (ADTV))	S. 50
18	Klarsicht-MitmachParcours zu Tabak (BZgA)	S. 52
19	Vorgestellt b.free Rotary (Rotary b.free gemeinnützige UG)	S. 62
20	Plakatmotiv „Alkohol? Kenn dein Limit“ (BZgA)	S. 65
21	Plakatmotiv „Na Toll!“ (BZgA)	S. 68
22	Titelbild „Lieber schlau als blau“ (Julius Beltz GmbH & Co.KG)	S. 70
23	Sieglinde Nothacker Stiftung (Portrait: Sieglinde Nothacker Stiftung; Klassenfoto Grundschule Konnersreuth: Der Neue Tag / Redaktion Tirschenreuth, Fotograf Josef Rosner)	S. 71
24	Aktionswoche Alkohol in der mobilen Wandelhalle Leipzig (Zentrum für Drogenhilfe, Leipzig)	S. 77
25	Vorgestellt: Carlo Thränhardt – Schirmherr der Aktionswoche Alkohol (Thränhardt privat)	S. 78
26	Plakatmotiv „WIGWAM ZERO“ (vista)	S. 80
27	Postermotiv „Quit the shit“ (BZgA)	S. 92
28	Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Arten der Abhängigkeits-erkrankungen (DRV Bund)	S. 100
29	Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 (DRV Bund)	S. 101
30	Verteilung der teilnehmenden Kliniken an der Erhebung „Basisdatensatz Suchtpsychiatrie“ (DGPPN u. a.)	S. 107
31	Aufteilung der stationären Fälle mit F1-Hauptdiagnose auf die verschiedenen Substanzen (DGPPN u. a.)	S. 108
32	Zusätzliche Diagnosen bei stationär behandelten Patienten (DGPPN u. a.)	S. 108
33	Motive zu Kindern aus suchtbelasteten Familien und „Fotostory“ (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS))	S. 109/110
34	Vorgestellt: Michail Dubrovskij – Beratung und Selbsthilfe für russischsprachige Eltern und Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen (Portrait: Michail Dubrovskij privat; Titelblatt Broschüre: vista)	S. 115/116
35	Zahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2011 (BfArM)	S. 128
36	Zahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2003 bis 2011 (BfArM)	S. 128
37	Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (BfArM)	S. 129
38	Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2011 (BfArM)	S. 130
39	Zahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (BfArM)	S. 131
40	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt in 2011 (BfArM)	S. 132
41	Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (BfArM)	S. 133
42	Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring in Euro (BMG)	S. 142
43	Delegationsreise der Drogenbeauftragten in die USA (www.drogenbeauftragte.de)	S. 156

Danksagung

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert die Arbeit der Bundesministerien im Suchtbereich und vertritt sie gegenüber der Öffentlichkeit. Gemeinsam mit Initiativen und Projekten in den Ländern, Kommunen, Krankenkassen, und Verbänden setzt sie sich für die Weiterentwicklung des Hilfesystems ein. Stellvertretend für das breite Spektrum an Aktivitäten stellt dieser Bericht Vereine und Beispiele aus der Praxis der Drogen- und Suchthilfe vor.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden und Organisationen für die umfangreichen Beiträge und Darstellungen der Sucht- und Drogenpolitik. Ausführliche Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik, Berichte zu Modellprojekten und Studien sowie weitere Beispiele aus der Praxis werden im Internet unter www.drogenbeauftragte.de veröffentlicht.

Vorgestellt

- C 1.1.1.6 Allgemeiner Deutscher Tanzlehrerverband e. V., Hamburg: „Tanzrausch statt Vollrausch“
- C 1.1.3.3 Hilfswerk der Deutschen Lions e. V., Wiesbaden: Lions-Quest „Erwachsen werden“
- C 1.1.9 Rotary b.free gemeinnützige UG, Konstanz: „b.free Rotary“
- C 1.2.1.3 Sieglinde Nothacker Stiftung, Regensburg
- C 1.2.1.7 Carlo Thränhardt: Schirmherr der Aktionswoche Alkohol 2011
- C 2.1.6 Michail Dubrovskij: Beratung und Selbsthilfe für russischsprachige Eltern und Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen

Beispiele aus den Bundesländern und Organisationen sowie von den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, Krankenkassen und Verbänden

- B 4.4.3 Sachsen: Verbreitung von „Crystal“ / Broschüre „Crystal – Bestandsaufnahme EINS“

- B 4.4.3 Sachsen: Studie zur Klientenentwicklung ausgewählter Problembereiche 2002–2010 – Opioide/Cannabis/Stimulanzien
- B 5.3 Rheinland-Pfalz: Befragung zur Glücksspielsucht bei Kindern und Jugendlichen
- B 5.3 Hamburg: Befragung „Wie Jugendliche mit Glücks- und Computerspielen umgehen“
- B 5.3 Hamburg: Studie „Prävalenz problematischer Glücksspiels unter den Inhaftierten im Hamburger Justizvollzug“
- C 1.1.1.6 Hessen: Sucht- und Gewaltprävention im Kindergarten – Papilio
- C 1.1.1.6 Brandenburg: Sucht- und Gewaltprävention im Kindergarten – Papilio
- C 1.1.3.3 Niedersachsen: Erprobung des KlarSicht-MitmachParcours als Kofferversion
- C 1.1.3.3 Brandenburg: Der Suchtpräventionsparcours ERZ 05
- C 1.1.3.3 Baden-Württemberg: „Aktive Teens“ – Schülermentorenprogramm zur Suchtprävention für weiterführende Schulen
- C 1.1.3.3 Bayern: ELTERN TALK
- C 1.1.3.3 Hamburg: Suchtpräventiver Unterricht mit selbsterklärenden Werkstätten für die Sekundarstufe
- C 1.1.10 Hamburg: „Herkunft Ankunft Zukunft“ – Suchthilfe und Suchtprävention mit Migranten für Migranten
- C 1.2.1.3 Bayern: „Starker Wille statt Promille“
- C 1.2.1.3 Brandenburg: „Lieber schlau als blau“
- C 1.2.1.3 Nordrhein-Westfalen: „GiGA – Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“
- C 1.2.1.4 Bundesweit: Plakatwettbewerb DAK „bunt statt blau“
- C 1.2.1.4 Rheinland/Hamburg: Tanzwettbewerb „Power statt Promille“
- C 1.2.1.4 Verband der privaten Krankenversicherung (PKV): „HipHop gegen Komasaufen“
- C 1.2.1.4 Bundesweit: „Schulungsinitiative Jugendschutz“
- C 1.2.1.5 Bundesweit: „Klartext reden!“ – Alkoholprävention in Familien
- C 1.2.1.7 Sachsen: „Wandelhalle Sucht“

C1.2.1.8	Bundesweit: „Don't Drink and Drive“	C2.1.1.	Rheinland-Pfalz: Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken
C1.2.1.9	Nordrhein-Westfalen: FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster	C2.1.2	Sachsen: „Netzwerk pregnant“
C1.2.1.9	Berlin: „Wigwam Zero“	C2.1.2	Hessen: „Children of Alcoholics (Coa) – Kinder aus suchtbelasteten Familien“
C1.2.1.9	Rheinland-Pfalz: „Mach dir nix vor!“	C2.1.2	Hessen: „Fotostory“
C1.2.1.9	Bundesweit: „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“	C2.1.2	Thüringen: „Jonathan – Ein Projekt zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien“
C1.2.1.10	Nordrhein-Westfalen: „Lokale Alkoholpolitik – Von den Besten lernen“	C2.1.2	Berlin: Personenbezogene Hilfe für suchgefährdete Jugendliche
C1.2.1.10	Baden-Württemberg: Leitfaden „Lokale Alkoholpolitik“	C2.1.6	Nordrhein-Westfalen: „KiK – Klar im Kopf“
C1.2.1.10	Baden-Württemberg: Gemeinsame Empfehlungen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs	C2.1.6	Verbände: Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit
C1.2.1.10	Baden-Württemberg: „Unser Fest soll schöner werden“	C2.1.8.1	Berlin: Unterstützende Maßnahmen für Bewohner des Jugendhauses Karow (Synanon)
C1.2.1.11	Brandenburg: „Frauen, Sucht und häusliche Gewalt in Brandenburg“	C2.1.8.1	Bundesweit: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
C1.2.4.1	Bayern: „mindzone“	C2.1.8.1	Thüringen: Selbsthilfe aktiv – Das Lotsennetzwerk
C1.2.4.1	Sachsen: „Drug Scouts“	C2.2.3.	Verbände: Leitfaden „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“ und Symposium „Medikamentenmissbrauch in Deutschland – Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“.)
C1.2.4.1	Nordrhein-Westfalen: „partypack.de“	C2.2.4.2	Baden-Württemberg: „Substitutionsgestützte Rehabilitation“ – stationär und tagesklinisch
C1.2.4.1	Baden-Württemberg: „Chillout“	C2.3.2	Verband: 4. Berliner Mediensucht-Konferenz 2011
C1.2.4.1	Thüringen: Musikszeneprojekt „Drogerie“	C3.2.1.1	Hamburg: Alkoholverbot im öffentlichen Nahverkehr – HVV: Positive Bilanz nach einem halben Jahr
C1.3.1	Nordrhein-Westfalen: Infoline Glücksspielsucht – 08 00 077 6611	C3.2.1.1	Bremen/Niedersachsen: Alkoholverbot öffentlichen Nahverkehr – metronom: Drei Jahre alkoholfrei unterwegs
C2.1.1.2	Niedersachsen: Arbeitsbezogene Maßnahmen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker	C3.2.1.2	Baden-Württemberg: Jugendliche als Testkäufer
C2.1.1.2	Niedersachsen/Hamburg/Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein/Bremen: „Kombi-Nord“ – Kombibehandlung für Abhängigkeitskranke		
C2.1.1.2	Saarland: Kombi Saar – Kombibehandlung für Abhängigkeitskranke		
C2.1.1.2	Bayern: Kombinationstherapie bei Cannabisabhängigkeit		
C2.1.1.2	Sachsen/Sachsen-Anhalt/Thüringen: Moderne Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung		
C2.1.1.2	Rheinland-Pfalz: Reha-Fallbegleitung		
C2.1.1.2	Rheinland-Pfalz: Berufsorientierungscenter für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker (BORIS)		

Hinweise / Impressum

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Gender-Hinweis:

In dieser Publikation werden, aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Platzmangels, nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.drogenbeauftragte.de

Stand: April 2012

Gestaltung: A&B ONE Kommunikationsagentur GmbH,
Frankfurt am Main

Druck: Druckerei Conrad GmbH, Berlin

Satz: Schleuse01, Berlin

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier.

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11002

Telefon: 01805/77 80 90 *
Schreibtelefon für
Gehörlose und
Hörgeschädigte: 01805/99 66 07 *

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefax: 01805/77 80 94 *

*) Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

