

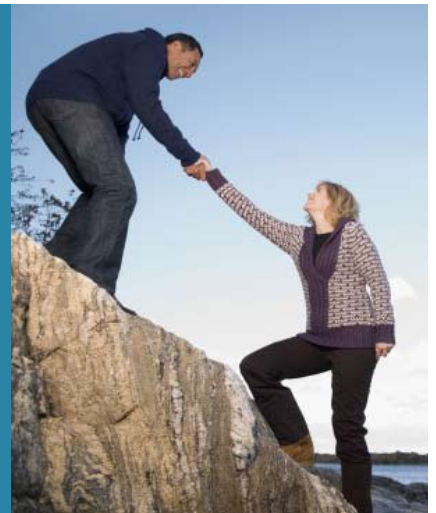


Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht

Mai 2011

www.drogenbeauftragte.de



Drogen- und Suchtbericht

Mai 2011

www.drogenbeauftragte.de



Vorwort



Eine moderne und zeitgemäße Drogen- und Suchtpolitik muss sich an den Menschen orientieren und auf sie mit zielgenauen Angeboten ausgerichtet sein. Eine moderne Drogen- und Suchtpolitik stellt deshalb den Menschen als Individuum mit seinen spezifischen, meist suchstoffübergreifenden Problemen in den Mittelpunkt.

Suchterkrankungen haben Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Eine große Zahl von Menschen in Deutschland ist davon betroffen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können. Sie verursachen in Deutschland erhebliche soziale und volkswirtschaftliche Probleme.

Oft sind mit der Sucht dramatische persönliche Schicksale verbunden. Nicht nur Suchtkranke leiden unter ihrer Abhängigkeitserkrankung, sondern auch ihre Familienangehörigen, Freunde oder Kollegen. Es ist deshalb das oberste Ziel der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung, die Entstehung von Sucht zu verhindern. Prävention und Gesundheitsförderung stehen daher ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda der Bundesregierung. Der Entstehung von Sucht liegt meist ein komplexes Geflecht aus individuellen Erfahrungen mit anderen Menschen, sozialen Lebensbedingungen, Störungen im emotionalen Gleichgewicht oder Misshandlungen zugrunde. Deshalb ist es wichtig, alles zu tun, damit Kinder und Jugendliche zu starken Persönlichkeiten heranwachsen. Nur dann kön-

nen sie sich später selbstbewusst gegen Suchtmittel- und Drogenkonsum entscheiden. Eltern und andere Erwachsene haben hier eine große Verantwortung und Vorbildfunktion für Kinder und Jugendliche.

Suchtkranke Menschen müssen darin unterstützt werden, aus dem Kreislauf der Sucht aussteigen zu können. Der Weg aus der Sucht heraus ist häufig ein langer steiniger Weg, der mit Rückschlägen verbunden ist. Betroffene dabei bestmöglich zu unterstützen, diesen Weg erfolgreich zu gehen, ist eine wichtige Aufgabe unseres Suchthilfesystems. Hierfür besteht ein breites Spektrum von Akteuren im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe, mit vielfältigen und erfolgreichen Angeboten ambulanter und stationärer Hilfen. Es reicht von den Kommunen über die Länder bis zum Bund und den Sozialversicherungen. Hinzu kommen wichtige Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialbereich, wie Ärzte, Apotheker, Suchthilfeeinrichtungen und Sozialverbände, Selbsthilfeverbände und nicht zuletzt eine Vielzahl von Menschen in der Jugendhilfe, Altenhilfe, Psychiatrie, den Schulen und Betrieben.

Damit alle im Sinne einer gut aufgestellten Drogen- und Suchtpolitik Hand in Hand zusammenarbeiten können, ist eine umfassende Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen Akteure erforderlich. Um zu zeigen, dass dies schon an vielen Stellen vorbildlich gelingt und um andere zur Nachahmung zu motivieren, werden in diesem Drogen- und Suchtbericht einige Einrichtungen der Suchthilfe beispielhaft vorgestellt, die sich vorbildlich gerade an den Schnittstellen des Suchthilfesystems engagieren.

Mein besonderer Dank und meine Anerkennung gilt den vielen Menschen, die sich Tag für Tag im Suchthilfesystem sowie in der Suchtprävention gegen Drogen und Sucht engagieren, den Betroffenen zur Seite stehen und hier vorbildliche Arbeit leisten.

Mechthild Dyckmans

Hinweise/Impressum

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europawahl, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und 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 Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.drogenbeauftragte.de

Stand: März 2011

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11001

Telefon: 01805/77 80 90 *

Schreibtelefon für
Gehörlose und

Hörgeschädigte: 01805/99 66 07 *

*) Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09

18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 01805/77 80 94 *

Gestaltung: A&B ONE Kommunikationsagentur GmbH,
Frankfurt/Main

Druck: enka-druck GmbH, Berlin

Satz: da vinci design GmbH, Berlin

Fotonachweis: Titel: panthermedia,
S. 3: www.dyckmans.de,
S. 30: Sonnenhof e.V.,
S. 37: IES,
S. 78: ZJS-HTK,
S. 113: TBW,
S. 116: vista

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier

Inhaltsverzeichnis

A Moderne Drogen- und Suchtpolitik im Jahr 2010 – Der Mensch im Mittelpunkt	10	1.4.3 Versorgungsnaher Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“	33
B Suchtstoffe und Suchtformen	21	2 Tabak	34
1 Alkohol	21	2.1 Situation in Deutschland	34
1.1 Situation in Deutschland	21	2.2 Prävention	34
1.2 Prävention	22	2.2.1 Änderung der Nichtrauchererschutzgesetze der Bundesländer	34
1.2.1 Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“	22	2.2.2 Evaluation der Nichtrauchererschutzgesetze	35
1.2.1.1 Alkoholprävention für Erwachsene	22	2.2.3 „rauchfrei“-Kampagne	35
1.2.1.2 Alkoholprävention für Jugendliche	22	2.2.4 Wettbewerb für Schulklassen „Be Smart – Don’t Start“	36
1.2.2 Kampagne „Na Toll!“/ „Bist Du stärker als Alkohol?“	23	2.2.5 Modellprojekt „SMS-basierte Tabakintervention bei Berufsschülern“	38
1.2.3 Bundesweiter Transfer des Modellprojekts HaLT	24	2.3 Beratung und Behandlung	39
1.2.4 Freiwillige Selbstverpflichtung der Tankstellenverbände und des Einzelhandels	25	2.3.1 Tabakentwöhnung	39
1.2.5 Tagung der Drogenbeauftragten „Alkoholverbote und Prävention in Kommunen – Ist kein Alkohol auch keine Lösung?“	25	2.3.2 Tabakentwöhnung innerhalb der „rauchfrei“-Kampagne	39
1.2.6 Projekt „KAfKA – Kein Alkohol für Kinder Aktion“	26	2.3.2.1 Internetprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene	39
1.3 Beratung und Behandlung	29	2.3.2.2 Kursprogramm zum Rauchverzicht für Jugendliche	39
1.3.1 Rehabilitanden-Management-Kategorien: Konzept zur bedarfs- und leistungs- bezogenen Patientenklassifikation in der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger	29	2.3.2.3 Gruppenprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene	40
1.3.2 Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung „Frauen und Alkohol“	29	2.3.2.4 Internetprogramm zum Rauchstopp für Erwachsene	41
1.3.3 Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom	29	2.3.2.5 Telefonische Beratung zum Nichtrauchen	41
1.3.3.1 Entwicklung von Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms	31	2.3.3 Projekt „Rauchfrei PLUS – Gesundheits- einrichtungen für Beratung und Tabak- entwöhnung“	41
1.3.3.2 Informations-Flyer für Schwangere	31	2.3.4 Empirische Untersuchung zur Qualität im Internet beworbener Angebote zur Tabakentwöhnung	42
1.4 Forschung	33	2.4 Angebotsreduzierung	43
1.4.1 Genetik der Alkoholsucht	33	2.4.1 Tabaksteuererhöhung	43
1.4.2 Präventionsforschung	33	2.4.2 Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel	43
		2.4.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship von 2005 bis 2009	44
		2.4.4 Studie Zigarettenwerbung und jugendliches Rauchen	44

3	Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	45	5	Heroin und andere Drogen	55
3.1	Situation in Deutschland	45	5.1	Situation in Deutschland	55
3.2	Modellprojekt PHAR-MON	45	5.1.1	Rauschgifttodesfälle	56
3.3	Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“	46	5.1.2	Daten zur Rauschgiftkriminalität	58
3.4	Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“	46	5.1.3	Sicherstellungen	58
3.5	Dopingbekämpfung im Sport	47	5.1.4	Labore	61
3.5.1	Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport	47	5.2	Prävention	61
3.5.2	Nationaler Dopingpräventionsplan	47	5.2.1	Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“	62
3.6	Forschungsstudie KOLIBRI	47	5.2.2	Befragung „HIV/HCV-Tests und Hepatitis-A/-B-Impfung bei Substituierten“	62
4	Cannabis	48	5.2.3	Projekt „Spritzenautomaten jetzt“	63
4.1	Konsumsituation in Deutschland	48	5.2.4	Projekt „test it“	63
4.2	Daten der Ermittlungsbehörden	49	5.3	Beratung und Behandlung	64
4.2.1	Sicherstellungen von Cannabisprodukten	49	5.3.1	Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung	64
4.2.2	Illegaler Anbau/Cannabisplantagen	49	5.3.1.1	Diamorphingestützte Behandlung – Stand der Umsetzung	64
4.3	Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes	50	5.3.1.2	Verordnungen und Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	66
4.3.1	Cannabis als Medizin	50	5.3.1.3	Expertengespräch und -treffen zur Substitutionsbehandlung	66
4.3.2	Neue psychoaktive Stoffe	51	5.3.1.4	Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft	67
4.4	Modellprojekte	52	5.3.2	PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger	67
4.4.1	Verbreitung und Gefährdung von cannabinoidhaltigen Räuchermischungen	52	5.3.3	Substitutionsregister	68
4.4.2	Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs	52	5.4	Betäubungsmittel und Grundstoffverkehr	74
4.4.3	FreD goes net – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten in Europa	53	5.4.1	Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften – Palliativmedizin	74
4.4.4	Fünf-Länder-Projekt INCANT	53	5.4.2	Grundstoffüberwachung	74
4.4.5	Realize it!	54	6	Pathologisches Glücksspiel	75
4.4.6	CANDIS	54	6.1	Situation in Deutschland	75
4.4.7	CAN Stop	54	6.2	Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim pathologischen Glücksspielen“	76
			6.3	Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes zum Glücksspielwesen in Deutschland	78

6.4	Kooperation der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock.....	80	6	Kampagne „Kinder stark machen“	93
6.5	Evaluation der Spielverordnung.....	81	7	Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“	94
6.6	Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“.....	82	8	Klasse2000 – Stark und gesund in der Grundschule.....	94
6.7	Jugendliche und ihr Umgang mit Glücks- und Computerspielen.....	82	9	Expertengespräch der Bundesdrogenbeauftragten zur betrieblichen Suchtprävention.....	95
6.8	Forschung	83	10	Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol.....	95
6.8.1	Prävalenz, Ursache und Komorbidität weiblicher Glücksspielerinnen	83	11	Internetplattform www.drugcom.de	96
6.8.2	Katamnese pathologisches Glücksspielen.....	83	12	Suchtprävention im Internet – bundesweit vernetzt	96
7	Computerspiele- und Internetsucht.....	84	13	Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“.....	97
7.1	Situation in Deutschland	84	14	Nationaler Aktionsplan Jugendschutz.....	97
7.2	Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“.....	84	15	Suchtprävention in der Bundeswehr.....	97
7.3	Forschungsprojekt „Exzessive Mediennutzung von Patienten in der Rehabilitation Suchtkranker“.....	85	16	Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten	98
7.4	Modellprojekt ESCapade.....	86	17	Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung	100
7.5	Forschungsprojekt PINTA	88	18	Präventionsforschung.....	101
7.6	Förderung der Medienkompetenz.....	88			
7.6.1	Programme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Beauftragten für Kultur und Medien (BKM).....	88	D Versorgungssystem.....	102	
7.6.2	Studie „Medien und Gewalt; Befunde der Forschung 2004–2009“.....	89	1	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung.....	102
7.7	Zweites Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit	90	1.1	Qualitätssicherung.....	102
			1.2	Projekte der Deutschen Rentenversicherung Bund.....	103
C Suchtstoffübergreifende Prävention.....	91		1.2.1	Kombinierte Therapie Sucht und Orthopädie.....	103
1	Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	91	1.2.2	Web-basierte Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger	103
2	Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.....	91	1.2.3	Wirksamkeit eines PC-gestützten Rückfallpräventionstrainings für Alkoholabhängige.....	104
3	Modellprojekt Trampolin	91	1.2.4	Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker	104
4	Modellprojekt Eltern.aktiv – Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe	92			
5	Modellprojekt SKOLL.....	92			

2	Ärztliche Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum.....	107	E Selbsthilfe	120	
3	Schnittstellen in der Sucht- und Drogenpolitik.....	108	1	Modellprojekt „S.o.G. – Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung.....	120
3.1	Sucht im Alter.....	108	2	Verbände und Netzwerke.....	120
3.1.1	Modellprojekte zu Sucht im Alter.....	108	2.1	Sucht-Selbsthilfeverbände bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.....	120
3.1.2	Modellprojekt Ältere Drogenabhängige in Deutschland.....	110	2.2	Sucht-Selbsthilfe Junkies, Ex-User und Substituierte (JES).....	120
3.2	Migration und Sucht.....	111	2.3	Sucht-Selbsthilfe in der Bundeswehr.....	121
3.3	Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen (Suchtberatung als Leistung nach § 16 SGB II).....	111	3	Förderung durch Versicherungsträger.....	121
3.3.1	Projekt „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“.....	111	F Forschung	122	
3.3.2	Modellprojekte zur Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker.....	113	1	Deutsches Suchtforschungsnetz.....	122
3.4	Projekte mit Schnittstellen in andere Bereiche.....	115	1.1	Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg (BW-Verbund).....	122
3.4.1	Beispiel Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe: Personenbezogene Hilfe für suchtgefährdete Jugendliche.....	115	1.2	Sächsisch-bayerischer Forschungsverbund ASAT.....	122
3.4.2	Beispiel Familien- und Suchthilfe: Komplexe Notlagen brauchen ganzheitliche Antworten.....	116	1.3	Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen.....	124
4	Genderspezifische Beispiele in der Versorgung Suchtkranker.....	117	1.4	Suchtforschungsverbund EARLINT (Nord-Ost).....	124
4.1	Mädchen, Frauen und Sucht: Implementierung der ersten deutschsprachigen Wissens- und Vernetzungsplattform.....	117	2	Deutscher Suchtkongress.....	125
4.2	Fachtagung „Ein schwieriges Erbe – die Weitergabe von Trauma, Bindungsstörungen und Sucht von Generation zu Generation“.....	117	G Europäische und internationale Zusammenarbeit	126	
5	Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen.....	117	1	Europäische und internationale Alkoholpolitik.....	126
6	Workshop „Drogen in Haft“.....	119	1.1	Situation in Europa.....	126
			1.1.1	EU-Alkoholstrategie.....	126
			1.1.2	Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms.....	127
			1.2	Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs.....	128
			2	Europäische und internationale Tabakpolitik.....	129
			2.1	Tabakprävention in der EU.....	129
			2.2	Umsetzung der tabakspezifischen Regelungen der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste.....	129

2.3	Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms	129	4.4.3	Alternative Entwicklung zum Drogenanbau	140
2.4	Umsetzung der Tabakrahmenkonvention	130	4.4.4	Harm Reduction	141
3	Glücksspiel in Europa	131	4.4.5	Central Asia Drug Action Programme	141
3.1	Beispiel Schweiz: Spielerschutz in Spielbanken	131		Abkürzungsverzeichnis	143
3.2	Beispiel Österreich: Novellierung des Glücksspielgesetzes	131		Abbildungsverzeichnis	146
4	Europäische und internationale Drogenpolitik	132		Danksagung	147
4.1	Situation illegaler Drogen in Europa	132			
4.1.1	EU-Drogenstrategie und Drogenaktionspläne	133			
4.1.2	Horizontale Gruppe Drogen	133			
4.1.3	Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2010	134			
4.1.4	Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	134			
4.1.5	EU-Twinning Projekt Deutschland/ Griechenland/Türkei	135			
4.1.6	Projekte im EU-Förderprogramm Drogenprävention und Information	135			
4.1.7	Projekte der Drogenprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms	135			
4.2	Bekämpfung der internationalen Rauschgiftkriminalität	135			
4.2.1	Europäischer Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels	135			
4.2.2	Grundstoffsymposium in Peru	136			
4.3	Vereinte Nationen	137			
4.3.1	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen	137			
4.3.2	Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen	138			
4.3.3	Internationales Suchtstoff-Kontrollamt der Vereinten Nationen	138			
4.4	Internationale Entwicklungs-zusammenarbeit	138			
4.4.1	Die internationale Drogenproblematik	138			
4.4.2	Entwicklungsorientierte Drogenpolitik	139			

A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik im Jahr 2010 – Der Mensch im Mittelpunkt

Suchtmittel verursachen in Deutschland gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme. Nach repräsentativen Studien rauchen 16 Mio. Menschen, 1,3 Mio. Menschen sind alkoholabhängig und 1,4 Mio. Menschen sind von Medikamenten abhängig. 600.000 Menschen weisen einen problematischen Cannabiskonsum auf, 200.000 Menschen konsumieren sonstige illegale Drogen und bis zu 600.000 Menschen gelten als Glücksspielsüchtig. Aktuelle internationale Studien gehen von 1,6 % bis 8,2 % abhängigen Internetnutzern aus.

Die Bundesregierung setzt auf eine moderne und zeitgemäße Drogen- und Suchtpolitik, die sich nicht ausschließlich an einzelnen Suchtstoffen, sondern an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen orientiert und damit den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Im Fokus der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung stehen weiterhin die legalen wie die illegalen Suchtstoffe. Dabei hält die Bundesregierung an den bewährten Grundlagen der Sucht- und Drogenpolitik fest, wie sie im Koalitionsvertrag von 2009 beschrieben sind. Dazu gehören die Suchtprävention, die Therapie, die Hilfe zum Ausstieg sowie die Bekämpfung der Drogenkriminalität. Vorrangiges Ziel ist die Verhinderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen durch umfassende Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- und Drogenkonsums. Besonders wichtig ist frühzeitige Sucht- und Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Diese erhöht die Chancen, dass ein problematisches Konsumverhalten gar nicht erst entsteht. Gleichzeitig ist es notwendig, suchtkranken Menschen jede mögliche Hilfe zu geben, damit sie aus dem Kreislauf der Sucht aussteigen können. Das in Deutschland bestehende vielfältige Angebot ambulanter und stationärer Hilfen muss deshalb erhalten bleiben und gestärkt werden. Soweit freiwillige Maßnahmen im Einzelfall nicht erfolversprechend sind, sind gesetzliche Regelungen zur Angebotsreduzierung oder allgemeine Verbote ein weiteres geeignetes Mittel, um gesundheitsförderndes Verhalten zu erreichen. Dazu zählen zum Beispiel die Betäubungsmittel-, die Jugendschutzgesetzgebung sowie die Nichtraucherschutzgesetze. Ebenfalls unverzichtbar sind Maßnahmen zur Schadensreduzierung, um Suchtkranke

als notwendigen Schritt vor dem Ausstieg aus der Sucht gesundheitlich zu stabilisieren.

Suchterkrankungen sind ein gesamtgesellschaftliches Problem. Deshalb können sie auch nur durch die gesamte Gesellschaft gelöst werden. Dazu gehören nicht nur alle Akteure im Suchthilfesystem, sondern auch jeder Einzelne, Wirtschaft, Politik, Eltern, Familie und Schule.

Nationale Strategie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik

Die Drogen- und Suchtpolitik steht heute vor neuen Herausforderungen und muss den Entwicklungen der letzten Jahre Rechnung tragen. Es ist das Ziel der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, die Grundsätze und Zielsetzungen dieser zeitgemäßen Politik in einer „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ zusammenzufassen. Diese Strategie soll den bis 2009 geltenden Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ablösen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat im Jahr 2010 eine moderne und zeitgemäße Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik entwickelt, die derzeit mit den Ressorts der Bundesregierung abgestimmt wird. Sie beschreibt die Grundlagen und Herausforderungen verantwortungsbewusster Drogen- und Suchtpolitik und schlägt konkrete politische Maßnahmen und Ziele für die nächsten Jahre vor. Es werden aktuelle Entwicklungen und Aktivitäten der Bundesregierung einbezogen, ebenso wie neue Konsummuster und neue Suchtformen wie die Medien- und Onlinesucht. Die Strategie bezieht internationale Initiativen und Aktivitäten auf europäischer und internationaler Ebene mit ein.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung reagiert damit auf die großen Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel, gesellschaftliche Veränderungen aber auch durch neue Suchtformen und Konsumtrends auf unsere Gesellschaft zukommen.

- Veränderungen im sozialen und zwischenmenschlichen Gefüge und gestiegene Anforderungen an das

Leben in unserer modernen Gesellschaft führen dazu, dass sich manche Menschen überfordert fühlen und versuchen, ihre Probleme durch Suchtmittelkonsum zu bewältigen. Auf diese Situation muss sich das Suchthilfesystem einstellen.

- Die **demografische Entwicklung** bewirkt, dass die Menschen immer älter werden und die Suchterkrankungen im Alter insbesondere in Bezug auf Alkohol und Medikamente zunehmen. Es wird in Zukunft notwendig sein, spezielle Hilfsangebote für ältere Menschen zu schaffen und auszubauen.
- Es treten **neue stoffungebundene Suchtformen** wie die Medien- oder Onlinesucht auf. Für die betroffenen Menschen müssen geeignete Hilfsangebote geschaffen werden.
- Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass es **neue Konsummuster** gibt, auf die reagiert werden muss. In zunehmendem Maße missbrauchen Menschen aus verschiedensten Teilen der Gesellschaft und Altersgruppen exzessiv legale aber auch illegale Suchtmittel.
- Darüber hinaus ist die Politik gefordert, auf die immer wieder auftauchenden neuen psychoaktiven Substanzen, die sog. „**Legal Highs**“ zu reagieren.

Eckpunkte zur Ausgestaltung der Drogen- und Suchtpolitik

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, muss die Drogen- und Suchtpolitik den suchtkranken oder suchtgefährdeten Menschen und seine gesamten Lebensumstände in den Blick nehmen. Nur so kann ihm nach seinem Bedarf geholfen werden.

Zielgruppenspezifische Präventionsansätze

Die Sucht- und Gesundheitsprävention muss zielgenauer werden und sich mehr auf Zielgruppen aber auch auf die geschlechterspezifischen Bedürfnisse ausrichten, um bei

den Menschen anzukommen, bei denen sie wirken sollen. Kinder und Jugendliche müssen frühzeitig unterstützt werden, damit sie zu selbstbewussten und starken Persönlichkeiten heranwachsen und selbstbewusst „Nein“ zu Suchtmittelkonsum sagen können. Wegen der erheblichen gesundheitlichen Risiken für die Mutter und das ungeborene Kind, muss besonders der Suchtmittelkonsum schwangerer Frauen in den Blick genommen werden. Besondere Zielgruppen, die wegen des erhöhten Suchtrisikos besonderer Beachtung bedürfen, sind Menschen mit Belastungen wie negativen Kindheitserfahrungen, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt, aber auch Arbeitslosigkeit.

Weiterentwicklung der Suchthilfeangebote und Frühintervention

Auch wenn die Angebote unseres Suchthilfesystems sehr vielfältig und gut sind, gibt es Verbesserungsbedarf. Es ist notwendig, dass die Angebote und Leistungen der Suchthilfe kontinuierlich verbessert und an neue Bedarfe angepasst werden. Handlungsbedarf besteht vor allem im Bereich der frühzeitigen Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten (Frühintervention). Es ist wissenschaftlich belegt, dass die frühzeitige Ansprache des suchtgefährdeten oder suchtkranken Patienten durch den behandelnden Arzt wirkungsvoll ist. Deshalb müssen Ärzte gestärkt werden, bei ersten Anzeichen für eine Suchterkrankung noch frühzeitiger das Gespräch mit ihren Patienten zu suchen.

Betriebliche Suchtprävention

Suchtprobleme bedeuten nicht nur für die Betroffenen und deren Angehörige individuelle Tragödien, sondern sie verursachen auch hohe Kosten für Wirtschaft und Gesellschaft. 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 ca. 10 % aller Beschäftigten Alkohol in missbräuchlicher Weise konsumieren. Weitere 5 % aller Beschäftigten gelten als alkoholabhängig. 1 % bis 2 % der Beschäftigten können als medikamentenabhängig angesehen werden. Suchtmittelkonsum beeinträchtigt durch

Fehlzeiten, mangelndes berufliches Engagement, Leistungseinbußen und bei Auszubildenden durch Prüfungsversagen die Leistungsfähigkeit der Betriebe. Zusätzlich ist in vielen Betrieben die Arbeitssicherheit gefährdet, weil das Unfallrisiko steigt. 15 % bis 30 % aller Arbeitsunfälle gelten als alkoholbedingt. Suchterkrankungen wirken sich zudem negativ auf das Betriebsklima aus. Deshalb ist es wichtig, dass Mitarbeitern am Arbeitsplatz Ausstiegshilfen angeboten werden. Gesetzliche und private Krankenversicherungen engagieren sich gemeinsam mit vielen Arbeitgebern im Bereich der betrieblichen Suchtprävention und bieten gute Programme für Beschäftigte an. Die Rahmenbedingungen für die betriebliche Suchtprävention müssen weiter verbessert werden, damit sie flächendeckender angeboten werden können. Insbesondere kleinere und mittlere Betriebe müssen dabei unterstützt werden, ihre betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung auszubauen.

Schnittstellen

Das Drogen- und Suchthilfesystem ist in Deutschland auf unterschiedliche Zuständigkeiten verteilt. An den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Hilfe- und Beratungsangeboten in der Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, Sozialverwaltung und dem Gesundheitssystem führt dies oft zu Reibungsverlusten. Suchtkranke Menschen dürfen nicht zwischen den verschiedenen Zuständigkeiten hin und her geschoben werden. Es ist notwendig, dass eine bessere Vernetzung der verschiedenen Angebote stattfindet. Eine bewährte Form des Schnittstellenmanagements ist die Bildung von Netzwerken, die bereits in unterschiedlicher Form in Deutschland existieren und erfolgreich arbeiten. Damit solche Netzwerke flächendeckend wirken, muss Bildung und Ausbau solcher Netzwerke unterstützt werden.

Forschung

In Deutschland existiert ein breites Spektrum an Suchtforschung, von der Grundlagen- bis zur Versorgungsforschung, die sich auch im internationalen Vergleich sehen lassen kann. Verbesserungsbedarf gibt es im Bereich der praxisbezogenen Forschung, um die Wirksamkeit drogen- und suchtpolitischer Konzepte und Initiativen durch

evidenzbasierte und evaluierte Maßnahmen zu erhöhen. Denn nur, wenn die Wirksamkeit eines Konzeptes zur Verringerung des Drogen- und Suchtmittelkonsums wissenschaftlich belegt ist, ist es sinnvoll es flächendeckend in der Praxis umzusetzen.

Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe ist ein unverzichtbares Element im System der Suchthilfe und muss auch weiterhin gestärkt und unterstützt werden. Sie bietet Suchtkranken und ihren Angehörigen unverzichtbare Motivationshilfe und Unterstützung beim Ausstieg aus der Sucht.

Erstes Jahr im Amt – Schwerpunkte der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Der Beginn der Amtszeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, stand ganz im Zeichen der Schwerpunktthemen Alkoholmissbrauch/Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen. Getreu dem Auftrag des Koalitionsvertrags vom November 2009 hat die Drogenbeauftragte sich 2010 besonders dafür eingesetzt, dass Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich geschaffen, ausgebaut oder verbessert werden, aber auch der Jugendschutz beim Alkoholverkauf konsequenter eingehalten wird. Ein weiterer Schwerpunkt lag im Bereich des Alkoholkonsums von Frauen.

Alkohol

Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz in Deutschland, auch unter Jugendlichen. Der regelmäßige Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland ist weiter rückläufig und hat im Jahr 2010 den niedrigsten Stand seit den 1970er Jahren erreicht. Während 2004 noch etwa jeder Fünfte (21 %) der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen angab, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken, lag dieser Anteil 2010 bei rund 13 %. Noch immer verbreitet ist das Rauschtrinken – der Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit: Zwar sind auch hier leichte Rückgänge zu verzeichnen, eine generelle Trendwende lässt sich jedoch nicht ableiten. 16,7 % der minderjährigen Jugendlichen praktizierten im letzten Monat das Rauschtrinken. Im Jahr 2004 waren

es noch 22,6% (siehe B 1.1). Ein Anstieg ist auch bei den aktuellen Zahlen der alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen. Im Jahr 2009 wurden rund 26.400 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund akuter Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt. Dies ist ein Anstieg von 2,8% gegenüber 2008. Bei den 15- bis 19-jährigen Jugendlichen waren überwiegend Jungen (65%) betroffen, bei den 10- bis 15-jährigen Kindern stellten die Mädchen den größeren Anteil (52%). In der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen sind die Zahlen rückläufig: Wurden 2008 bundesweit 4.500 Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren stationär behandelt, so waren es 2009 noch 4.300. Dies entspricht einem Rückgang von 4% (siehe B 1.1). Die aktuellen Konsumzahlen zeigen, dass der Ansatz der Bundesregierung, in der Drogen- und Suchtpolitik den Schwerpunkt auf die Alkoholprävention im Jugendalter zu legen, richtig ist. Der hohe Alkoholkonsum bei einem Teil der jungen Menschen ist ein gesellschaftliches Problem, dem weiterhin mit Aufklärung, Information und gezielten Präventionsmaßnahmen begegnet werden muss.

Alkoholprävention

Die Drogenbeauftragte hat sich besonders für die weitere Umsetzung und eine sichere Finanzierung des Projektes HaLT – Hart am Limit stark gemacht. Das HaLT-Projekt wendet sich nicht nur an Jugendliche und Eltern, nach einem Alkoholexzess. Es beinhaltet auch eine kommunal verankerte Präventionsstrategie mit dem Ziel, Alkoholexzesse und schädlichen Alkoholkonsum im Vorfeld zu verhindern. Mit einer gemeinsamen Erklärung haben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Drogenbeauftragte deshalb im Oktober 2010 klargestellt, dass HaLT die Voraussetzungen für eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfüllt.

Präventionsmaßnahmen sind erfolgreich, wenn sie sich an den Bedürfnissen und Kommunikationsformen der Menschen ausrichten, an die sie sich richten. Ein Beispiel aus dem vergangenen Jahr ist das Projekt „Hip Hop gegen Komasaufen“ des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unter der Schirmherrschaft der Drogen-

beauftragten der Bundesregierung, das im Schuljahr 2010/2011 durchgeführt wurde. Schülerinnen und Schüler aus einer Kölner und einer Berliner Schule schrieben Hip Hop-Texte zum Thema und studierten eine eigene Tanzchoreographie ein. Dieses erste Projekt endete im Februar 2011 mit einem „Schoolbattle“ zwischen den beteiligten Klassen. Mit diesem Projekt ist es gelungen, Jugendlichen Angebote zu machen, die sie ansprechen und sie in ihrer Lebenswelt abholen. Die Schülerinnen und Schüler konnten sich in einer ihnen vertrauten Sprache und Ausdrucksform mit dem Thema Alkoholmissbrauch und mit dessen Folgen auseinandersetzen. Sie haben gelernt, Respekt und Toleranz gegenüber anderen zu zeigen und ihre Konflikte ohne Alkohol zu lösen. Es hat ihnen gezeigt, dass es andere, bessere Freizeitbeschäftigungen gibt, als sich zu betrinken.

Jugendschutz

Zur konsequenteren Durchsetzung des Jugendschutzes beim Alkoholverkauf vereinbarte die Drogenbeauftragte mit dem Handelsverband Deutschland den „Aktionsleitfaden zur Sicherung des Jugendschutzes“ und legte den „Aktionsplan Jugendschutz“ zusammen mit der Tankstellen-Branche neu auf. Die Vereinbarungen sehen konsequente Ausweiskontrollen beim Kauf von Alkohol durch jugendlich aussehende Käufer, die flächendeckende Ausstattung von Verkaufsstellen mit Hinweisschildern sowie die Schulung des Verkaufspersonals vor. Die Drogenbeauftragte verfolgt die konsequente Umsetzung dieser Vereinbarungen kritisch. Sie hat ein halbes Jahr nach Abschluss der Vereinbarungen mehrere Supermärkte verschiedener Handelsketten und Tankstellen besucht und sich vor Ort von der Umsetzung der Maßnahmen überzeugt. Sie hat deutlich gemacht, dass sie vom Einzelhandel und den Tankstellen erwartet, dass die vereinbarten Maßnahmen flächendeckend in Deutschland umgesetzt werden.

Frauen und Alkohol

Jahrestagung der Drogenbeauftragten

Durch ihre Jahrestagung „Alkohol – für Frauen (k)ein Problem?“ hat die Drogenbeauftragte erfolgreich auf das Thema Frauen und Alkohol aufmerksam gemacht. Die Tagung gab einen Überblick über die Situation des Alko-

halkonsums von Frauen und hatte zum Ziel, dieser Thematik in der Präventionsarbeit eine stärkere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

370.000 Frauen in Deutschland sind alkoholabhängig, besonders im Alter von 10 bis 20 Jahren und von 40 bis 59 Jahren wird Alkohol missbräuchlich konsumiert. Jede Fünfte der 45- bis 54-jährigen Frauen konsumiert Alkohol gesundheitsgefährdend (> 12 g Alkohol/Tag).

Die besonderen gesundheitlichen Risiken, Ursachen, Auswirkungen und Präventionsmöglichkeiten für diesen übermäßigen Alkoholkonsum müssen in Zukunft genauer beleuchtet und Hilfsangebote auf die speziellen Bedürfnisse von Frauen der jeweiligen Altersgruppe ausgerichtet werden (siehe B 1.3.2).

Modellprojekt riskanter Alkoholkonsum von weiblichen Fach- und Führungskräften

Es ist das Ziel, weibliches Suchtverhalten im Rahmen der Prävention besonders zu berücksichtigen. Deshalb startete im September 2010 auf Initiative der Drogenbeauftragten das Bundesmodellprojekt zur „Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften“. In der betrieblichen Suchtprävention hat bislang die Gruppe der qualifizierten berufstätigen Frauen nur wenig Beachtung gefunden. Der Alkoholkonsum von Frauen nimmt mit steigender sozialer Schicht und mit höherem Alter zu. Das Projekt beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle riskanter Alkoholkonsum im Risiko- und Stressbewältigungsverhalten von Frauen in Fach- und Führungspositionen am Beispiel der öffentlichen Verwaltungen in Deutschland spielt. Es soll geklärt werden, welcher Zusammenhang zwischen den spezifischen Belastungen durch die berufliche Position als weibliche Fach- und Führungskraft und einem riskanten Alkoholkonsum besteht.

Tabak-, Alkohol-, Medikamentenkonsum in der Schwangerschaft

Ein weiteres Thema, dem sich die Drogenbeauftragte besonders gewidmet hat, ist der Schutz des ungeborenen Lebens vor den Gefahren des Tabak-, Alkoholkonsums und

dem Medikamentenmissbrauch in der Schwangerschaft. Damit ein Kind gesund zur Welt kommt, muss in der Schwangerschaft gelten: Kein Alkohol, kein Tabakrauch und Medikamente nur nach Rücksprache mit dem Arzt oder Apotheker.

Schwangerschaften sind zugleich ein günstiger Zeitraum für Frauen und ihre Partner, ihren Suchtmittelkonsum zu verändern. In dieser Zeit sind werdende Eltern für gesundheitsrelevante Informationen und Beratungsangebote besonders aufgeschlossen. Viele von ihnen sind dann auch in hohem Maße bereit, Änderungen in ihrem Gesundheitsverhalten umzusetzen. Eine direkte Ansprache durch den behandelnden Arzt ist deshalb besonders erfolgversprechend.

Aber auch in der Apotheke gibt es gute Ansatzpunkte, um über dieses Thema zu informieren. Frauen, die vermuten, schwanger zu sein oder es bereits wissen, kaufen sich in der Apotheke Schwangerschaftstests bzw. andere Schwangerschaftspräparate wie Folsäure. Deshalb haben die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände im August 2010 einen Informations-Flyer für Schwangere herausgegeben. Der Flyer informiert Schwangere in knapper und plakativer Form über die Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums für das ungeborene Kind. Die Resonanz war sehr groß: Weit über 300.000 Flyer wurden an die Apotheken und Apothekenverbände ausgeliefert und seit September 2010 verteilt.

Förderschwerpunkt „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“

Damit schwangere Frauen und Mütter noch besser mit präventiven Maßnahmen erreicht werden, hat die Drogenbeauftragte einen neuen Förderschwerpunkt zu innovativen Präventionskonzepten in der Schwangerschaft „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ initiiert. Die insgesamt sieben Projekte starteten am 1. März 2011 mit einjähriger Laufzeit.

Gegenstand der Projekte sind neue und zielgruppenspezifische Ansätze zur Prävention vor allem von Tabak- und Alkoholkonsum, im Einzelfall auch von Drogenkonsum in der Schwangerschaft und der Stillzeit. Zielgruppe der Projekte sind Frauen, bei denen der Konsum von Tabak, Alkohol oder Drogen bereits bekannt ist oder von einem hohen Risiko ausgegangen werden kann.

Entwicklung von Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms

Die Drogenbeauftragte hat Ende 2010 einen Leitlinienprozess zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms angestoßen. Bisher existieren in Deutschland keine Standards für die Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms. In der Ärzteschaft ist das Wissen um die Krankheit, ihre Symptome und Auffälligkeiten, nicht weit genug verbreitet. Um diesen Kindern frühzeitig und gezielt helfen zu können, ist es notwendig, mögliche Schädigungen durch Alkoholkonsum bereits früh in der Schwangerschaft und in der frühen Entwicklung des Kindes zu erkennen. Deshalb hat die Drogenbeauftragte die medizinischen Fachgesellschaften gebeten, Diagnose-Standards für Deutschland auf der Grundlage des neuesten Forschungsstands zu erarbeiten.

Zunächst werden im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche die bisher vorhandenen diagnostischen Methoden erfasst. Auf dieser Basis sollen dann Leitlinien für die Früherkennung und Betreuung von Kindern, deren Entwicklung durch Alkoholeinfluss geschädigt ist, erstellt werden.

Tagung „Alkoholverbote und Prävention in Kommunen – Ist kein Alkohol auch keine Lösung?“

Städte und Gemeinden haben im föderalen System der Bundesrepublik eine zentrale Bedeutung, um Menschen durch Suchtprävention vor Ort zu erreichen. Im Februar 2011 lud die Drogenbeauftragte zu einer Tagung zur kommunalen Alkoholprävention ein, um Maßnahmen gelungener kommunaler Präventionsarbeit einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und anderen Städten und Gemeinden bekannt zu machen. Vertreter aus Städten und Gemeinden konnten bewährte Konzepte zur kommunalen Alkoholprä-

vention kennenlernen und sich über ihre Erfahrungen austauschen. Auch die Wirkung von Alkoholverboten auf öffentlichen Plätzen und im öffentlichen Personennahverkehr wurde vorgestellt. Diskutiert wurden auch die aktuelle Situation und Rechtslage von Testkäufen zur Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes.

Expertengespräch der Drogenbeauftragten zur betrieblichen Suchtprävention

Betriebliche Suchtprävention ist ein wichtiges Mittel, um Menschen verschiedener Altersgruppen und gesellschaftlicher Schichten für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu gewinnen. Am 28. Juni 2010 lud die Drogenbeauftragte Fachleute aus Betrieben und Suchthilfe zu einem Expertengespräch über betriebliche Suchtprävention ein, um sich aus erster Hand über die bestehenden Konzepte und den Verbesserungsbedarf bei der betrieblichen Suchtprävention zu informieren. Das Expertengespräch hat gezeigt, dass die betriebliche Gesundheitsförderung für viele Unternehmen angesichts wachsender Arbeitsbelastungen, gesundheitlicher Einschränkungen sowie des Anstiegs psychischer Erkrankungen der Beschäftigten bereits ein wichtiges Thema ist. Zu den vorgestellten Konzepten zählten Betriebsvereinbarungen, Informationsveranstaltungen sowie Seminare zur Früherkennung und Gesprächsführung für Führungskräfte. Betriebliche Suchtprävention kann klare Spielregeln zum Umgang mit Suchtmitteln und Süchtigen vorgeben und ist besonders geeignet, suchtgefährdete und -kranke Beschäftigte frühzeitig zu einer Therapie zu bewegen.

Tabak

Rund 110.000 Menschen (13 % aller Todesfälle) sterben jedes Jahr in Deutschland an den direkten Folgen des Rauchens, etwa 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Der volkswirtschaftliche Schaden wird auf jährlich 21 Milliarden Euro geschätzt. Zirka 40 % der Krankheitskosten sind auf tabakbedingte Krebserkrankungen zurückzuführen.

Der Tabakkonsum der Erwachsenen sank in den vergangenen Jahren auf einen Anteil von 30,1 %. Dagegen ist der

Konsum bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren rückläufig. Eine aktuelle Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt, dass noch 13% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren zur Zigarette greifen. Damit ist der niedrigste Stand seit dreißig Jahren erreicht. Auch der Anteil der Nieraucher in den vergangenen Jahren ist kontinuierlich gestiegen. 68% der minderjährigen Jugendlichen gaben an, noch nie in ihrem Leben geraucht zu haben, 2001 waren es nur 41% (siehe B 2.1).

Der Rückgang des Rauchens bei Jugendlichen zeigt aus der Sicht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, dass es langfristig gelungen ist, Kinder und Jugendliche mit den Maßnahmen der Tabakprävention zu erreichen. Er bestätigt zudem einen Bewusstseinswandel in der Gesellschaft zum Nichtrauchen. Damit immer weniger Menschen in Deutschland rauchen, müssen die präventiven Maßnahmen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen weiter fortgesetzt und ausgebaut werden.

Dazu gehört auch, Raucherinnen und Rauchern Angebote zur Tabakentwöhnung zu machen. Denn die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher will aufhören zu rauchen. Etwa 30% unternehmen innerhalb eines Jahres mindestens einen ernsthaften Ausstiegsversuch. Die Vielfalt der Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung ist groß: Medikation, Hypnose, Akupunktur, Selbsthilfeprogramme in Form von Broschüren und Büchern, Internetausstiegsprogramme, Telefonberatung, ein- oder mehrtägige Einzelberatung oder Gruppentherapie. Raucherinnen und Rauchern stehen etwa 3.500 Angebote zur Tabakentwöhnung mit etwa 250.000 Plätzen zur Verfügung.

Beim Ausstieg aus dem Rauchen kommt der Beratung durch den Arzt eine wichtige Funktion zu. Die Drogenbeauftragte setzt sich dafür ein, dass die Finanzierung ärztlicher Behandlung zur Tabakentwöhnung schwerkranker Raucherinnen und Raucher verbessert wird.

Nichtraucherschutzgesetz

Der Bewusstseinswandel bestätigt sich bei der breiten Akzeptanz der Gesetze zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Bevölkerung. 2010 befürworteten 74,4% der Bevölkerung die Nichtraucherschutzgesetze, 2005 waren es nur 52,9%. Auch bei Rauchern ist die Zustimmung gestiegen: Während 2007 63% der Gelegenheitsraucher und 26,4% der regelmäßigen Raucher rauchfreie Gaststätten begrüßten, ist der Anteil bei den Gelegenheitsrauchern auf 69% und bei den regelmäßigen Rauchern auf 40,5% gestiegen. Entgegen der Befürchtung von Kritikern der Rauchverbote zeigte sich, dass infolge der öffentlichen Rauchverbote die Zufriedenheit der Gäste gestiegen ist und auch keine Verlagerung des Rauchens ins Private erfolgt ist. Insbesondere in Familien mit Kindern ist eine Entwicklung zum Nichtrauchen in der Wohnung zu verzeichnen. Die Drogenbeauftragte setzt sich im Sinne eines effektiven Nichtraucherschutzes dafür ein, dass in allen Bundesländern vergleichbare Regelungen mit möglichst wenig Ausnahmen gelten.

Tabaksteuern

Ab 2011 gelten in einem Zeitraum von fünf Jahren moderate, regelmäßige Tabaksteuererhöhungen. Die Erhöhungsstufen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung des Feinschnitts stärker ansteigt als die der Zigaretten. Dadurch soll verhindert werden, dass die Konsumenten aus Kostengründen verstärkt auf Feinschnitt zurückgreifen (siehe B 2.4.1). Tabaksteuererhöhungen sind aus sucht- und gesundheitspolitischer Sicht ein Instrument zur Verringerung der Attraktivität des Rauchens und des Tabakkonsums insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Das führt dazu, dass weniger geraucht wird und junge Menschen nicht mit dem Rauchen beginnen. Gleichzeitig muss jedoch die Einfuhr von billigen illegalen Zigaretten unterbunden werden.

Medikamentenabhängigkeit

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, die auf die Psyche wirken, sind in Deutschland weit verbreitet und werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und behandelt. Nach Schät-

zungen sind in Deutschland zwischen 1,4 und 1,9 Mio. Erwachsene medikamentenabhängig. Es sind mehr ältere Menschen und mehr Frauen betroffen.

4 % bis 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Der Übergang zwischen Gebrauch und Missbrauch ist oft fließend und deshalb besonders schwer zu erkennen. Ärztinnen und Ärzte tragen daher eine besondere Verantwortung bei der indikations- und dauergerechten Medikamentenverordnung. Großes Engagement ist ebenfalls von Apothekerinnen und Apothekern bei der Beratung zur Medikamenteneinnahme notwendig.

Sucht im Alter

Eine besondere Zielgruppe der Präventionsarbeit sind ältere Menschen. Bei Menschen über 60 Jahren ist der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten, aber auch von Alkohol keine Seltenheit. Ca. 14 % der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, haben Alkohol- oder Medikamentenprobleme. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass die Sucht im Alter mehr in den Fokus der Öffentlichkeit und des Hilfesystems gelangt. Schädlicher Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit im Alter werden bisher zu wenig beachtet und oft nicht erkannt. Oftmals ist auch das Pflegepersonal nicht ausreichend auf den Umgang mit Suchtproblemen vorbereitet. In der Praxis gibt es häufig keine Abstimmung zwischen Alten- und Suchthilfe. Damit werden vorhandene Expertisen für dieses spezifische Problemfeld nicht ausreichend genutzt. Das BMG fördert in den nächsten zwei Jahren acht Modellprojekte zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe mit 2,4 Mio. Euro. Dadurch werden zugleich zwei Bereiche verzahnt, die bislang zu wenig zusammenarbeiten (siehe D 3.1.1). Durch die Modellprojekte werden wichtige Impulse erwartet, wie bereits vorhandene Versorgungsstrukturen an die Lebenswelt von älteren Menschen mit Suchtproblemen angepasst werden können.

„Legal Highs“

Eine große Herausforderung der Drogen- und Suchtpolitik ist das Auftreten neuer psychoaktiver, zumeist synthetischer Stoffe, die gelegentlich auch als „Designerdrogen“ oder „Legal Highs“ bezeichnet werden. Die „Legal Highs“ werden z. B. als „Badesalze“, „Lufterfrischer“ oder „Kräutermischungen“ deklariert und als angeblich legale Alternative zu herkömmlichen illegalen Drogen angeboten. Die harmlos wirkenden Produkte enthalten jedoch meist Betäubungsmittel oder ähnlich wirkende chemische Wirkstoffe in unterschiedlicher Konzentration, die auf den bunten Verpackungen nicht ausgewiesen werden. Konsumenten rauchen, schlucken oder schniefen die Produkte zu Rauschzwecken. Dem Bundeskriminalamt wurden Fälle aus ganz Deutschland bekannt, in denen es nach dem Konsum von „Legal High“-Produkten zu teilweise schweren, mitunter lebensgefährlichen Intoxikationen kam. Die meist jugendlichen Konsumenten mussten mit Kreislaufversagen, Ohnmacht, Psychosen, Wahnvorstellungen, Muskelzerfall bis hin zu drohendem Nierenversagen in Krankenhäusern notfallmedizinisch behandelt werden.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit in Kooperation mit dem Bundeskriminalamt wiederholt vor den unkalkulierbaren Risiken des Konsums und der möglichen Strafbarkeit des Umgangs mit solchen Produkten gewarnt. Die konsequente Unterstellung der in diesen Kräutermischungen enthaltenen synthetischen Cannabinoide zeigt Wirkung. Nach einer repräsentativen Befragung 15- bis 18-jähriger Schülerinnen und Schüler ist der Konsum (30-Tage-Prävalenz) cannabinoidhaltiger Substanzen nach dem Verbot 2009 von 3 % auf 1 % zurückgegangen. In Zukunft müssen Wege gefunden werden, wie in der Praxis den ständig wechselnden chemischen Zusammensetzungen dieser Produkte noch effektiver begegnet werden kann.

Verstorbene Drogenabhängige

Auch im Jahr 2010 sank die Zahl der Drogentoten um 7 % auf 1.237 (2009: 1.331 Todesfälle). Das ist der niedrigste Stand der letzten zehn Jahre. Haupttodesursachen sind Überdosen von Heroin (529 Menschen) bzw. von Heroin in

Verbindung mit sonstigen Drogen (326 Menschen), gefolgt von gesundheitlichen Langzeitschäden aufgrund jahrelangen Drogenkonsums (214 Menschen). Die meisten Verstorbenen sind männlich und gehören zur Gruppe der älteren Drogenabhängigen ab 30 Jahren (944 Personen). Das zeigt aus der Sicht der Drogenbeauftragten, dass es durch die Angebote zur Überlebenshilfe gelungen ist, immer mehr Drogenabhängige gesundheitlich zu stabilisieren, ihr Überleben zu sichern und ihnen einen Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen. Deshalb ist es notwendig, an diesen erfolgreichen Hilfs- und Behandlungsangeboten festzuhalten. Zu diesen Angeboten zählen die qualitätsgestützte Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin, Drogenkonsumräume mit Spritzentausch, Kontaktläden, Beratung sowie medizinische und soziale Hilfsangebote. Die Angebote wurden mit der Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung für die Gruppe von schwerstabhängigen Opiatkonsumenten ergänzt. Trotz dieser gesundheitlichen Fortschritte ist die soziale und gesundheitliche Situation Drogenabhängiger weiterhin jedoch sehr problematisch und bedarf dieser gezielten Hilfsangebote, um den Betroffenen einen Weg aus der Drogensucht heraus zu ermöglichen.

Diamorphingestützte Behandlung

Die diamorphingestützte Behandlung ist 2010 in weiten Teilen in die Regelversorgung überführt worden. Für eine schnelle, praktikable und bedarfsgerechte Umsetzung des Diamorphinggesetzes setzt sich die Drogenbeauftragte seit ihrem Amtseintritt ein. Alle sieben mit Diamorphin substituierenden Ambulanzen, die bereits am Bundesmodellprojekt teilnahmen, erhielten nach Inkrafttreten des Diamorphinggesetzes von den zuständigen Landesbehörden eine Erlaubnis, einen kontinuierlichen und rechtssicheren Weiterbetrieb dieser Einrichtungen zu gewährleisten. In der Folge sind die notwendigen rechtlichen und praktischen Umsetzungsmaßnahmen ergriffen worden. So erteilte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Oktober 2009 eine arzneimittelrechtliche Zulassung für das Fertigarzneimittel Diaphin®. Der Gemeinsame Bundesausschuss schaffte die Grundlage für eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung auf Kosten der gesetz-

lichen Krankenversicherung. Von der Anwendung der Richtlinie in der Praxis erwartet die Drogenbeauftragte, dass die diamorphingestützte Behandlung überall dort angeboten werden kann, wo ein Bedarf für diese Behandlungsform besteht.

Verbesserungen im Bereich betäubungsmittelhaltiger Schmerzmittel – Palliativmedizin

Mit der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) verbessert die Bundesregierung die Versorgung schwerstkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten. Durch die Verordnung werden u. a. die Vorschriften für das Verwenden von Betäubungsmitteln in Alten- und Pflegeheimen und in Hospizen auf Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausgedehnt.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung steht im Austausch mit den Palliativverbänden und hat die Neuregelung für eine bessere Versorgung schwerstkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln unterstützt. Die Schwerstkranken müssen in der letzten Phase ihres Lebens auch im Hospiz und im Rahmen der spezialisierten ambulanten Betreuung eine optimale medizinische Versorgung erhalten. Dazu gehört auch und vor allem zu jeder Zeit die Linderung unerträglicher Schmerzen mit Hilfe betäubungsmittelhaltiger Schmerzmittel. Betroffene Patientinnen und Patienten können sich nur dann frei und selbstbestimmt zwischen einer in der gewohnten häuslichen Umgebung stattfindenden spezialisierten ambulanten, einer im stationären Hospiz erfolgenden oder einer vollstationären Versorgung in Krankenhäusern entscheiden, wenn sie sicher sein können, in Notfällen gleichermaßen gut mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln versorgt zu sein.

Glücksspielsucht

Die Drogenbeauftragte engagiert sich für eine bessere Prävention der Glücksspielsucht. Besondere Beachtung findet dabei das Automatenspiel, der Glücksspielart mit dem größten Suchtpotential. Bei mehr als 85 % der glücksspielabhängigen Klientinnen und Klienten in Suchthilfe-

einrichtungen wurde eine Abhängigkeit von Geldspielautomaten diagnostiziert. Ihr Anteil in der ambulanten Suchthilfe hat sich seit 2006 stetig erhöht.

Die Spielverordnung, die das Automatenpiel regelt, wird derzeit von der Bundesregierung überarbeitet. Eine Evaluation der bestehenden Spielverordnung hat gezeigt, dass zwar die Vorgaben der Spielverordnung weitgehend beachtet werden, es aber hinsichtlich des Spielerschutzes deutliche Lücken gibt. So findet z. B. bei den Spielautomaten im Gaststättenbereich ein Jugend- bzw. Spielerschutz kaum statt.

Deshalb sieht die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in diesem Bereich den größten Handlungsbedarf. Sie setzt sich dafür ein, dass bei der Überarbeitung der Spielverordnung bis Ende 2011 der Spieler- und Jugendschutz verbessert wird. Sie hat deshalb stärkere Restriktionen für Spielautomaten im Gaststättenbereich gefordert. Gerade bei Jugendlichen wird über frei zugängliche Automaten das Interesse für das Glücksspiel geweckt und damit ein Grundstein für eine spätere Sucht gelegt.

Die Neuregelungen müssen auf den – möglicherweise problematischen – Spieler bezogen werden. Es reicht nicht aus, technische Maßnahmen an Automaten vorzunehmen. Vielmehr muss der einzelne Spieler direkt geschützt werden. Eine Maßnahme in diesem Sinne kann beispielsweise die zügige Einführung einer so genannten Spielerkarte sein, auf der Höchstverlustgrenzen für jeden Spieler gespeichert sind und die jeder Spieler erwerben muss, bevor er zu spielen beginnt und die er nur an einem einzigen Automaten nutzen kann. Darüber hinaus müssten insbesondere auch Spielhallenbetreiber nachweisen, dass sie in der Lage sind, problematische und pathologische Spieler zu erkennen und ihnen Hilfsmöglichkeiten zu eröffnen. Ein verpflichtender Sachkundenachweis für die Aufsteller wäre sinnvoll, mit dem diese ihre Kenntnisse nachweisen müssen.

Computerspiele- und Internetsucht

Als eine neuere Herausforderung gilt die Computerspiele- und Internetsucht. Wer das Internet oder Computerspiele derart exzessiv nutzt, dass andere Anforderungen des täglichen, sozialen und beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden, wird als süchtig oder als pathologischer Computernutzer bezeichnet. Die Verbreitung ist in Deutschland noch nicht durch umfassende, längerfristig angelegte Studien belegt. Aktuelle internationale Studien, die vorwiegend Jugendliche befragten, klassifizieren zwischen 1,6% bis 8,2% der Internetnutzer als „abhängig“. Im Suchthilfesystem sind Betroffene bereits angekommen, es mangelt bislang im ambulanten Bereich noch an spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten für pathologische Computernutzer und ihre Angehörigen.

Aus Sicht der Drogenbeauftragten besteht hier noch umfassender Handlungs- und Forschungsbedarf. Die Verbreitung und die Hintergründe müssen analysiert werden, um zielgruppenspezifische Präventions- und Behandlungsangebote zu entwickeln bzw. ausbauen zu können. Ein erster Ansatz in diese Richtung ist das seit Oktober 2010 geförderte Bundesmodellprojekt ESCapade (siehe B 7.4). Das Bundesmodellprojekt erprobt eine kurzzeitige, familienorientierte Intervention bei Jugendlichen mit problematischer Internetnutzung.

Schnittstellen der Hilfesysteme

Es ist das Ziel der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung, dass die unterschiedlichen Hilfe- und Beratungsträger optimal miteinander vernetzt werden. Die Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Drogen- und Suchthilfesysteme zu stärken und die Bildung von Netzwerken zu unterstützen, ist deshalb das erklärte Ziel der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und deshalb auch Teil ihres Vorschlags für eine Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Um dieser Problematik mehr Aufmerksamkeit zu verleihen, stellt die Drogenbeauftragte in diesem Drogen- und Suchtbericht Einrichtungen der Suchthilfe vor, die sich besonders durch ihr vorbildliches Engagement an den Schnittstellen der Hilfesysteme verdient gemacht haben.

Internationale Zusammenarbeit

Drogen und Sucht sind grenzüberschreitende Phänomene und können auch nur unter Einbeziehung internationaler und europäischer Zusammenhänge bewältigt werden. Die Drogenbeauftragte vertritt die Bundesregierung in internationalen Gremien, wie der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (Commission on Narcotic Drugs, CND), dem Treffen der nationalen Drogenkoordinatoren auf europäischer Ebene sowie dem Verwaltungsrat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Die CND, das zentrale Gremium für die Drogenpolitik der Vereinten Nationen beschäftigte sich im März 2010 mit der Verbesserung der Datensammlung, Datenanalyse und Berichterstattung sowie einer umfassenden thematischen Debatte zu den weltweiten Drogenproblemen.

Das Treffen der nationalen Drogenkoordinatoren der EU (NDC) dient dem Austausch der Mitgliedstaaten über Herausforderungen und Ansätze in der Drogen- und Suchtpolitik. Die Treffen der NDC fanden im Mai 2010 in Madrid und im November 2010 in Brüssel statt, an denen auch die Drogenbeauftragte teilnahm. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist außerdem Mitglied im Verwaltungsrat der EBDD. Die EBDD soll der EU und ihren Mitgliedstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und solide faktengezielte Grundlagen zur Drogendebatte liefern. Sie versorgt politische Entscheidungsträger mit dem Datenmaterial, das diese zur Ausarbeitung fundierter Rechtsvorschriften und Strategien im Drogenbereich benötigen, und unterstützt Fachleute und Praktiker dabei, Projekte mit Modellcharakter und neue Forschungsgebiete aufzuzeigen.

Es ist aus Sicht der Drogenbeauftragten wichtig für Europa, dass die Mitgliedstaaten gegenseitig voneinander lernen und Modelle guter Praxis übernehmen. Wichtig ist die Notwendigkeit eines umfassenden Ansatzes in der Drogen- und Suchtpolitik, der sowohl legale als auch illegale Suchstoffe sowie verschiedene Formen des Konsums umfasst.

Drogen- und Suchtrat

Der Drogen- und Suchtrat der 17. Wahlperiode hat in seiner konstituierenden Sitzung am 10. November 2010 seine Arbeit aufgenommen. Der Drogen- und Suchtrat ist ein beratendes Gremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Er setzt sich zusammen aus Experten und Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Vorsitzende des Drogen- und Suchtrats ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. In seiner ersten Sitzung hat der Drogen- und Suchtrat ausführlich über seine Aufgaben, Zielsetzungen und zu behandelnden Themenbereiche beraten. Außerdem setzte der Drogen- und Suchtrat die Arbeitsgruppen „Suchtprävention“ und „Schnittstellen in der Versorgung Suchtkranker“ ein.

Die Mitglieder und die Geschäftsordnung des Drogen- und Suchtrats sind auf der Internetseite www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

Drogen- und Suchtbericht 2011

Der Drogen- und Suchtbericht 2011 informiert über die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung der Jahre 2009 und 2010, die in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt werden. Zudem stellt er Maßnahmen, Projekte und Initiativen der beteiligten Ressorts, Länder, Institutionen und Verbände vor.

B | Suchtstoffe und Suchtformen

1 Alkohol

1.1 Situation in Deutschland

9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. In der Gesellschaft herrscht eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zum Alkohol vor. Durchschnittlich werden pro Kopf der Bevölkerung jährlich zehn Liter reinen Alkohols konsumiert. Gegenüber den Vorjahren ist eine leicht rückläufige Tendenz im Alkoholkonsum zu registrieren. Dennoch liegt Deutschland im internationalen Vergleich unverändert im oberen Zehntel.

Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen

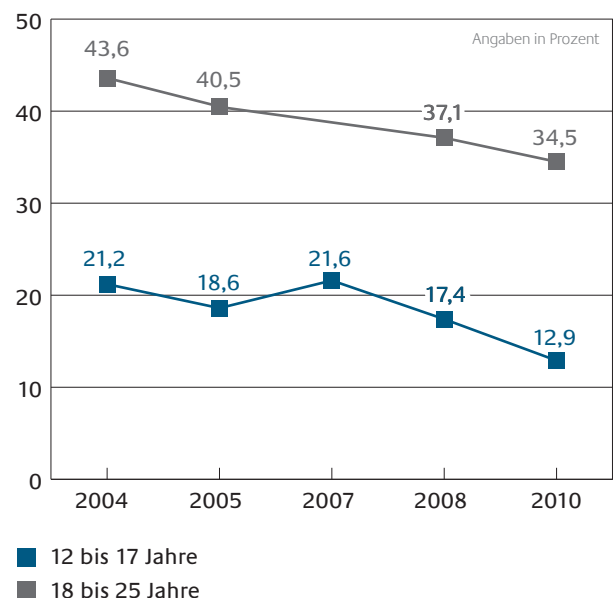
Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz: Der regelmäßige Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland ist weiter rückläufig und hat im Jahr 2010 den niedrigsten Stand seit den 1970er Jahren erreicht. Noch immer verbreitet ist allerdings das Rauschtrinken (Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit): Zwar sind auch hier leichte Rückgänge zu verzeichnen, eine generelle Trendwende lässt sich jedoch nicht ableiten.

7.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu ihren Trinkgewohnheiten befragt. Vor allem in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen griffen im Jahr 2010 deutlich weniger Jugendliche regelmäßig zu alkoholischen Getränken. Während 2004 noch etwa jeder Fünfte (21,2%) dieser Altersgruppe angab, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken, lag dieser Anteil 2010 bei 12,9% (Abb. 1). Auch die Zahl derer, die das Rauschtrinken praktizieren, ist über alle Altersgruppen hinweg leicht gesunken. Doch noch immer geben 16,7% der minderjährigen Jugendlichen an, im letzten Monat Rauschtrinken betrieben zu haben. Im Jahr 2004 waren es 22,6%. Vor allem bei Jungen und jungen Männern ist dieses riskante Trinkverhalten weiterhin verbreitet.

So praktizierte im vergangenen Jahr jeder Fünfte 12- bis 17-Jährige mindestens einmal im Monat Rauschtrinken, bei den 18- bis 25-Jährigen war es sogar jeder Zweite.

Vor allem soziale Faktoren beeinflussen den Alkoholkonsum von Jugendlichen. Sie trinken, um Spaß zu haben, Hemmungen zu überwinden und weniger schüchtern zu sein. Außerdem entscheidend ist das direkte Umfeld junger Menschen. Je mehr und je häufiger Alkohol etwa im Freundeskreis getrunken wird, desto höher ist der eigene Alkoholkonsum.

Abbildung 1:
Entwicklung des regelmäßigen Alkoholkonsums –
12- bis 25-Jährige nach Altersgruppen 2004–2010



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011

Im Jahr 2009 wurden rund 26.400 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus

behandelt. Dies ist ein Anstieg von 2,8 % gegenüber 2008. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Zahl um 178 % gestiegen; damals wurden rund 9.500 junge Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ stationär behandelt. Wegen Alkoholmissbrauchs wurden mehr männliche Jugendliche und junge Männer im Alter von 15 bis 19 Jahren (65 %) behandelt. Bei Kindern im Alter von 10 bis 15 Jahren stellten die Mädchen den größeren Anteil (52 %), obwohl ihr entsprechender Anteil an der Bevölkerung nur 49 % beträgt. Die Zahl der Kinder, die aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt werden mussten, ist rückläufig: Wurden 2008 bundesweit noch 4.500 Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren stationär behandelt, so waren es 2009 noch 4.300. Dies entspricht einem Rückgang um 4 %. Dagegen ist die Zahl der Jugendlichen im Alter von 15 bis 20 Jahren um 4,3 % angestiegen (von 21.200 auf 22.100).

1.2 Prävention

1.2.1 Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“

1.2.1.1 Alkoholprävention für Erwachsene

Die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will den riskanten Umgang mit Alkohol thematisieren, um langfristig das Konsumniveau von Alkohol in Deutschland zu reduzieren. Hauptsächlich werden Erwachsene im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, werdende Eltern und Erziehende angesprochen.

Ziele sind:

- das Wissen über die gesundheitsschädigenden Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zu erhöhen,
- der Bagatellisierung der Folgen des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkoholkonsums entgegenzuwirken,
- über Trinkmengengrenzen und Regeln zur Verhinderung riskanter Trinkmuster zu informieren,

- das positive Vorbildverhalten von Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen zu fördern,
- die Punktnüchternheit im Straßenverkehr, bei der Arbeit, bei Medikamenteneinnahme und in der Schwangerschaft sowie im Umgang mit Kindern zu fördern und
- die Beratungskompetenz in der Ärzteschaft im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit kritischem Alkoholkonsum und in der Schwangerenversorgung zu erhöhen.

Da das Internet einen Schwerpunkt der Kampagne darstellt, wurden die Seiten dort im Jahr 2009 zielgruppengerecht überarbeitet. Die Internetseiten informieren über einen maßvollen Alkoholkonsum und bieten Strategien und Hilfen zur Reduzierung des übermäßigen Alkoholkonsums an. Beispielsweise kann beim Online-Selbsttest der eigene Alkoholkonsum bewertet werden. Das Testergebnis beinhaltet konkrete Empfehlungen für Verhaltensänderungen. Außerdem wurden im Jahr 2010 weitere Themen wie „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ und „Elterntipps“ ergänzt.

Darüber hinaus wurden 2010 insgesamt 30 Telefonaktionen mit regionalen Tages- und Wochenzeitungen zum Thema Alkohol durchgeführt, wobei die Leserinnen und Leser ihre Fragen an das BZgA-Beratungsteam stellen konnten. Aufgrund der zum Teil umfangreichen Vor- und Nachberichte zu diesen Aktionen wurde ein hoher Informationsgrad erreicht.

Neben Broschüren zur allgemeinen Information stehen differenzierte Beratungsleitfäden für Allgemeinmediziner, Gynäkologen und Hebammen zur Verfügung, um angemessene Kurzinterventionen durchzuführen.

www.kenn-dein-limit.de

1.2.1.2 Alkoholprävention für Jugendliche

Aufgrund der Entwicklung des Rauschtrinkens wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

2009 mit finanzieller Unterstützung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in Höhe von jährlich 10 Mio. Euro die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zur Alkoholprävention im Jugendalter für 16- bis 20-Jährige gestartet. Ziel ist es, 4,8 Mio. junge Menschen über Alkohol, seine Wirkungen, seine Gesundheitsschädlichkeit und sein Suchtpotential zu informieren. Mit der Motivation zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sollen bis Ende 2013 das Rauschtrinken, der regelmäßige und der riskante Alkoholkonsum reduziert werden. Auch die Anzahl der Alkoholvergiftungen mit stationärem Krankenhausaufenthalt soll sinken.

2009/2010 wurde die Kampagne zunächst in der Öffentlichkeit und in der Zielgruppe bekannt gemacht. Dafür wurden bundesweit mehr als 66.000 Plakate in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern geschaltet – insbesondere rund um Schulen, an Bahnhöfen und in Innenstädten. Rund 73 % der Zielgruppe erfuhr durch Printanzeigen in Jugendzeitschriften von der Kampagne. Ein mit mehreren nationalen und internationalen Filmpreisen ausgezeichnete Kinospot wurde bis Ende 2010 auf mehr als 4.300 Leinwänden gezeigt.

Eine zentrale Rolle spielt das Internet als Informationsmedium der Kampagne. Dort gibt es neben umfassenden Informationen auch den Online-Selbsttest „Check your drinking“. Dessen Wirksamkeit wurde mit einer Studie von 2007 bis 2009 nachgewiesen. Nach dem Test besteht die Möglichkeit, sich beim Online-Programm „Change your drinking“ anzumelden, um bei Bedarf virtuell begleitet sein persönliches Trinkverhalten zu ändern. 2010 wurde das Programm „Change your drinking“ umfangreich überarbeitet und dessen Dauer von zehn auf 14 Tage verlängert. 2011 überprüft eine randomisierte Kontrollgruppenstudie, ob und in welchem Maße die Veränderungen die Effektivität des Programms erhöhen.

Ergänzend zum Kampagnenportal wurden 2010 auch Fan- bzw. Profiseiten für soziale Netzwerke im Internet entwickelt. Darüber hinaus gibt es seit 2010 eine handykompatible Fassung, die unter [http://mobile.kenn-dein-](http://mobile.kenn-dein-limit.info)

[limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info) ausgewählte Kampagnen-Informationen bereitstellt.

In Schulen wird auf die Kampagne z. B. über den Mitmach-Parcours „KlarSicht“ (siehe C 10) oder die Jugendfilmtage (siehe C 7) hingewiesen. Im Freizeitbereich sind „Kenn dein Limit-Peers“, zum Thema Alkoholprävention geschulte junge Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren, bundesweit z. B. auf Musikfestivals, großen Sportevents, in Innenstädten und Ferienregionen im Einsatz. Ihre Aufgabe ist es, Jugendliche im Gespräch zu informieren. Jährlich werden rund 32.000 Jugendliche mit der Peer-Aktion persönlich erreicht.

Um den Einfluss der Kampagne auf das Konsumverhalten, aber auch auf die Einstellungen zum Alkohol zu überprüfen, werden im zweijährigen Intervall bundesweite Repräsentativbefragungen unter den Jugendlichen durchgeführt. 2010 wurde die erste Befragung abgeschlossen, wobei rund 7.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren Auskunft gaben (siehe B 1.1). Demnach ist die Häufigkeit des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Jahr 2010 weiter gesunken, dennoch liegt der Alkoholkonsum in der befragten Altersgruppe auf einem hohen Niveau. Bei den riskanten Alkoholkonsumformen wie dem Rauschtrinken ist keine einheitliche Trendwende auszumachen.

www.kenn-dein-limit.info

1.2.2 Kampagne „Na Toll!“/„Bist Du stärker als Alkohol?“

Mit der „Na toll!“-Kampagne richtet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2000 gezielt an 12- bis 16-Jährige, um sie zu einem kritisch distanzierteren Alkoholkonsum anzuregen. Jugendliche sollen vor der Entwicklung und Stabilisierung kritischer Konsummuster erreicht werden. Die Verzögerung des Einstiegsalters in den Alkoholkonsum und die Reduzierung exzessiven Alkoholkonsums stehen im Fokus, alkoholbedingte Probleme bei Jugendlichen zu vermeiden. Neben Internetportal, Jugendinformationsbroschüre, Anzeigen-, Plakat- und Postkartenserien richtet sich die Kampagne mit Peer-Ein-

sätzen direkt an Jugendliche. Die Peer-Einsätze basieren auf dem Ansatz der „Peer Education“, wonach ungefähr Gleichaltrige (Peers) günstige Voraussetzungen zur Initiierung von Lernprozessen schaffen können. 2010 wurden so zirka 20.000 Jugendliche in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht.

www.bist-du-staerker-als-alkohol.de

1.2.3 Bundesweiter Transfer des Modellprojekts HaLT

Die Zahl der alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen (siehe B 1.1). Das Bundesministerium für Gesundheit förderte deshalb bereits von 2004 bis 2006 das wissenschaftlich begleitete Bundesmodellprojekt HaLT – Hart am Limit – an elf Standorten in neun Bundesländern. Anschließend finanzierte es von 2007 bis 2009 den bundesweiten Transfer. Heute ist Deutschland fast flächendeckend mit HaLT-Standorten versorgt. In zehn Ländern gibt es eigene Landeskoordinationsstellen, die beim Aufbau von HaLT in weiteren Gemeinden helfen. Lange Zeit war die Finanzierung von HaLT-Standorten sehr schwierig. Mit einer gemeinsamen Erklärung haben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Oktober 2010 klargestellt, dass HaLT die Voraussetzungen für eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfüllt. HaLT verbindet Verhaltens- und Verhältnisprävention und spricht gleichzeitig Jugendliche und Erwachsene an. Es vermeidet dadurch eine Individualisierung jugendlichen Alkoholmissbrauchs und ein Zuschieben der Verantwortung allein auf Jugendliche und deren Eltern. Das Projekt bezieht den Kontext mit ein, in dem jugendlicher Alkoholmissbrauch entsteht.

www.halt-projekt.de

Beispiele aus den Bundesländern

Hessen:

Landeskoordinator bestellt

Der Landeskoordinator wurde 2010 bestellt und soll in den kommenden drei Jahren HaLT-Standorte flächendeckend in allen 27 Gebietskörperschaften einführen.

Bayern:

Studie zur Wirksamkeit der Interventionen

Initiiert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (STMUG) und koordiniert durch die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen arbeiten Ende 2010 41 HaLT-Projekte in 56 Landkreisen und kreisfreien Städten in allen sieben bayerischen Regierungsbezirken. 2010 begann die Otto-Friedrich-Universität Bamberg eine vom STMUG geförderte Studie zur Wirksamkeit der Interventionen. An der Finanzierung des HaLT-Projekts sind neben dem STMUG freie und kommunale Träger sowie von Beginn an die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern (nach § 43 Abs. 1 SGB V) und seit Ende 2010 die Ersatzkassen in Bayern (nach § 20 SGB V) beteiligt.

Sachsen:

Stabile Netzwerke

Mit Unterstützung der AOK Plus wurden in Dresden und Leipzig seit 2008 bzw. 2010 kommunale Netzwerke zur Prävention riskanten Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen konzipiert und aufgebaut. Von Anfang an wurde darauf geachtet, eine stabile, auch am Wochenende sowie an den Feiertagen funktionierende Bereitschaft für die Gespräche in Akutsituationen vorzuhalten und parallel viele kommunale Ämter in die proaktive Arbeit einzubinden. Um diese Arbeit erfolgreich fortzusetzen, gilt es, die proaktiven und reaktiven HaLT-Elemente in gemeinsamer Ver-

antwortung der kommunalen Institutionen und aller Krankenkassen zu finanzieren.

**Niedersachsen:
Rahmenvereinbarung mit den gesetzlichen
Krankenkassen**

Seit 2008 wird der Transfer des HaLT-Projekts in die Regionen Niedersachsens vom Land gefördert, 2010 mit einer zusätzlichen Teilzeitstelle für die HaLT-Landeskoordination in der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS). Mittlerweile erfüllen 17 Standorte alle erforderlichen HaLT-Standards, damit sie ihre Leistungen im Rahmen der Beratung von alkoholvergifteten Jugendlichen und deren Eltern mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abrechnen können. Dazu wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen NLS und GKV abgeschlossen. Acht weitere Standorte befinden sich im Aufbau. Die regelmäßigen HaLT-Landesnetzwerktreffen sichern den Informationstransfer von Beispielen guter Praxis. Künftig soll die proaktive Präventionsarbeit auf die Zielgruppe der Jugendlichen ausgeweitet werden, damit diese möglichst vor einer Alkoholvergiftung erreicht werden.

**1.2.4 Freiwillige Selbstverpflichtung der
Tankstellenverbände und des Einzelhandels**

Der „Aktionsplan Jugendschutz der Tankstellen“ wurde gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bis Ende 2011 fortgeschrieben. Damit setzen sich die Branchenvertreter erneut verbindliche, quantifizierte Ziele, um den Jugendschutz beim Alkoholverkauf an Tankstellen konsequent einzuhalten. 2009 nahmen 25.000 Tankstellenmitarbeiter und -mitarbeiterinnen an einer Jugendschutzschulung teil. 2010 und 2011 sollen 50.000 weitere Tankstellenmitarbeiter Schulungszertifikate erwerben. Darüber hinaus sollen mehr als 80% der Tankstellen mit unterstützenden Hinweisschildern ausgestattet sein sowie 40% der Kassensysteme die Jugendschutzfunktion aufwei-

sen. Das Kassenpersonal wird angehalten, auch den Ausweis junger Erwachsener bis zu einem geschätzten Alter von 25 Jahren zu kontrollieren. In lokalen Netzwerken sollen Tankstellen, die sich im Umfeld sozialer Brennpunkte befinden, in Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden sowie Mitbewerbern aus dem Einzelhandel vor Ort Lösungen zum Jugendschutz finden, um Kinder und Jugendliche besser zu schützen.

Mit dem Handelsverband Deutschland wurde im Mai 2010 der „Aktionsleitfaden des Handels zur Sicherung des Jugendschutzes“ vereinbart. Neue zentrale Maßnahmen sind die im Zweifelsfall generelle Ausweiskontrolle bei jugendlich aussehenden Alkoholkäufern sowie die Überprüfung durch interne Testkäufe mit Volljährigen. Darüber hinaus werden z. B. das Verkaufspersonal geschult sowie die Kundeninformation verbessert. Kassenswarnsysteme sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den 90.000 Lebensmittelgeschäften mit einem Signal auf Artikel, die dem Jugendschutz unterliegen, hinweisen.

**1.2.5 Tagung der Drogenbeauftragten
„Alkoholverbote und Prävention in Kommunen –
Ist kein Alkohol auch keine Lösung?“**

Städte und Gemeinden sind im föderalen System der Bundesrepublik wichtig, um Menschen durch Suchtprävention vor Ort zu erreichen. Der Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit, insbesondere auf öffentlichen Plätzen und im öffentlichen Personennahverkehr, stellt die Städte und Kommunen vor große Probleme. Häufig kommt es zu Lärm, Gewalt und Vandalismus, mit entsprechend hohen Folgekosten. Viele Städte und Gemeinden haben Konzepte entwickelt, um dem entgegen zu wirken. Im Februar 2011 lud die Drogenbeauftragte der Bundesregierung zu einer Tagung zur kommunalen Alkoholprävention ein, um Maßnahmen gelungener kommunaler Präventionsarbeit einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und anderen Städten und Gemeinden bekannt zu machen. Vertreter aus Städten und Gemeinden konnten bewährte Konzepte zur kommunalen Alkoholprävention kennenlernen und sich über ihre Erfahrungen austauschen. Auch die Wirkung von Alkoholverboten auf öffentlichen Plätzen und im öffentlichen

Personennahverkehr wurde vorgestellt. Diskutiert wurden auch die aktuelle Situation und Rechtslage von Testkäufen zur Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes.

1.2.6 Projekt „KAfKA – Kein Alkohol für Kinder Aktion“

Um die Einhaltung der Abgabebestimmungen für Alkohol des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) im Einzelhandel, an Kiosken, Tankstellen und in Gaststätten zu verbessern und der Unwissenheit der Verkäuferinnen und Verkäufer über diese Regelungen entgegen zu wirken, initiierte 2008 das Bezirksamt Berlin-Neukölln in Kooperation mit dem Job-Center Neukölln und des Beschäftigungsträgers BEQUIT das Projekt „KAfKA – Kein Alkohol für Kinder Aktion“. Das Verkaufspersonal wird dabei auf die Gefahren von Alkohol für Kinder und Jugendliche und auf das JuSchG hingewiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert von Oktober 2010 bis Dezember 2012 die bundesweite Ausweitung des Projektes. Es soll an mindestens fünf Standorten verschiedener Siedlungskategorien (Groß-, Mittel- und Kleinstadt, ländlicher Raum) umgesetzt und von der Universität Greifswald evaluiert werden.

Beispiele aus den Bundesländern sowie von Krankenkassen und Verbänden

Bundesweit:

Plakatwettbewerb „bunt statt blau“

Bei „bunt statt blau“ setzen Jungen und Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren mit Kunst und Kreativität ein Zeichen gegen das „Komasaufen“. Der bundesweite Plakatwettbewerb wurde von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) initiiert. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kooperationspartner sind das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung sowie die Bands „Monrose“ und „Luxuslärm“. In den Bundesländern unterstützen

Minister, Bürgermeister und Suchtberatungsstellen das Projekt, das im Rahmen der Europäischen Aktion Drogen zertifiziert ist. Pro Bundesland wird ein Sieger ermittelt. Aus den Landessiegern wählt eine Jury drei Bundessieger aus. Die Teilnehmer können Geld- und Sachpreise gewinnen. 2010 haben 8.000 Schüler einzeln oder als Team 3.500 Kunstwerke eingereicht. Die Plakate der 16 Landessieger werden als Wanderausstellung in Schulen gezeigt. Der Wettbewerb „bunt statt blau“ ist eingebunden in die „Aktion Glasklar“, mit der die DAK seit 2004 Schüler, Lehrkräfte und Eltern über das Thema Alkohol aufklärt.

www.dak-buntstattblau.de

Nordrhein-Westfalen/Berlin:

„Hip Hop gegen Komasaufen“

Zusätzlich zur Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ (siehe B 1.2.1.2) ermöglicht der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Schuljahr 2010/2011 in Köln und Berlin das Pilotprojekt „Hip Hop gegen Komasaufen“, das unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung steht. Musik- und Tanz-Unterrichtseinheiten sollen Schülerinnen und Schülern Alternativen zum Alkoholkonsum aufzeigen. Beim Texten eigener Rap-Songs zum Thema „Komasaufen“ werden die Teilnehmer mit den gesundheitlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs konfrontiert und können dabei ihre persönlichen Erfahrungen verarbeiten. In den Kursen bleibt Raum für Diskussionen über problematischen Alkoholkonsum. Durch das Erlernen verschiedener HipHop-Techniken erleben die Jugendlichen, dass sie auch ohne Alkohol oder Drogen Respekt durch Gleichaltrige erfahren.

www.pkv.de/praevention/alkohol_praevention

Baden-Württemberg:

„6 Wochen ohne Alkohol“

Die Kampagne „6 Wochen ohne Alkohol“ findet in Ostwürttemberg jeweils in der Fastenzeit von Ascher-

mittwoch bis Gründonnerstag statt. Viele Prominente aus Wirtschaft, Sport und Politik sowie Bürger aus der Region verpflichten sich, sechs Wochen keinen Alkohol zu trinken. Die Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden in einem Pressegespräch veröffentlicht. Zu den Gefahren einer Alkoholsucht sowie zum maßvollen Konsum finden in der Aktionszeit Seminare und Vorträge statt. Die Aktion gibt es bereits seit 15 Jahren im Ostalbkreis und seit drei Jahren im Landkreis Heidenheim. Kooperationspartner sind die Polizeidirektion Aalen, die Suchtbeauftragten der Landkreise, die Psychosoziale Beratungsstelle der Caritas Aalen und die IKK classic in Ostwürttemberg.

Bundesweit:

„Alkohol am Arbeitsplatz“ – Praxishilfe für Führungskräfte

Am Arbeitsplatz führen Alkoholprobleme eines Menschen in der Regel zu Fehlzeiten und Minderleistung – das bedeutet Mehrarbeit für die Kolleginnen und Kollegen und stellt eine große Belastung für das Betriebsklima dar. Für Personalverantwortliche in Unternehmen haben die BARMER GEK und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. eine Informationsbroschüre zum Thema aufgelegt. Beschrieben wird, welche konkreten Aufgaben eine Führungskraft bei Verhaltensauffälligkeiten hat und wie sie sich angemessen und verantwortungsvoll gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rauschzustand verhält bzw. woran sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit riskantem Alkoholkonsum erkennen kann.

Bundesweit:

„Hackedicht – Schultour der Knappschaft“

Mit der „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“, initiiert von der Knappschaft und dem Deutschen Kinderschutzbund, werden Kinder und Jugendliche nachhaltig auf die Gefahren des Alkoholmissbrauchs aufmerksam gemacht. Mit einem unterhaltsamen

Bühnenprogramm werden bundesweit 36 Schulen in zwölf Städten besucht. Schülerinnen und Schüler ab der siebenten Klasse werden so zum kritischen Nachdenken über die Risiken des Alkoholkonsums angeregt und stark gemacht zum Alkoholmissbrauch „Nein“ zu sagen. Eine nachhaltige Wirkung des Programms wird durch Präventionsfachkräfte von Condrops e.V. sichergestellt. Alle Schülerinnen und Schüler, die Lehrkräfte, die Eltern und die Schulleitung werden geschult, zum Mitmachen und zur Diskussion eingeladen. Abschließend wird ausgewertet, welches Präventionsergebnis an den Schulen erzielt werden konnte.

www.hackedicht-tour.de

Nordrhein-Westfalen:

„Blau ist nur als Farbe schön“

Zusammen mit dem Suchthilfezentrum Nikolausburg führt die Novitas BKK seit 2003 das Projekt „Blau ist nur als Farbe schön“ in Duisburg zur Suchtprävention in den Schulklassen 7 und 8 durch. Nach moderierten Rollenspielen zum Thema Alkoholabhängigkeit werden die Themen Sucht, suchtkranke Familienmitglieder, Auswirkungen auf die übrigen Familienmitglieder, mögliche Hilfeformen und Prävention mit den Schülerinnen und Schülern in mittlerweile 15 Schulen diskutiert. Aus der Diskussion im Unterricht entstand die Idee eine anonyme Sprechstunde anzubieten, in der eine Suchtberaterin individuelle Probleme zum Thema Alkohol unter vier Augen vertraulich bespricht.

Berlin:

Landeskampagne „Na klar ...!“

Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin organisiert seit 2009 die Gemeinschaftskampagne „Na klar ...!“ zur Alkoholprävention, die von den Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie für Bildung, Wissenschaft und Forschung und allen zwölf Berliner Bezirken unterstützt wird. Ziel ist es, möglichst viele Menschen für das

Thema Alkohol zu sensibilisieren, riskanten Konsummustern entgegen zu wirken und das öffentliche Bewusstsein für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol und den Jugendschutz zu schärfen. Jährlich finden mehr als 100 Aktivitäten Berlin weit statt, darunter Stände auf der Internationalen Grünen Woche und der Jugendmesse You sowie ein Benefizkonzert zum Tag des alkoholgeschädigten Kindes.

www.praevention-na-klar.de

Baden-Württemberg:

„Unser Fest soll schöner werden“

Für den angenehmen Verlauf von Dorf- und Stadtfesten sind Maßnahmen zur Alkoholmissbrauchsprävention unabdingbar. 2008 wurde das „Netzwerk Neue Festkultur“ in der Region Bodensee-Oberschwaben gegründet, um einheitliche Strukturen bei Genehmigungsverfahren, Selbstverpflichtungen etc. über Landkreisgrenzen hinaus zu schaffen. Vertreter aus Kommunen und Landkreisverwaltungen, der Polizei, der Suchtberatung und der Sozialarbeit aus mittlerweile 14 Landkreisen sowie dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg stimmen sich ab. 2010 fand eine Fachtagung „Unser Fest soll schöner werden – Projekte, Konzepte und Ideen für eine neue Festkultur“ statt, um Erfahrungen und neue Impulse auszutauschen. Es entstanden Leitlinien zur Festkultur, die inzwischen 14 Landräte der beteiligten Kreise unterschrieben haben.

www.fair-fest.de

Baden-Württemberg:

„Mädchen.Machen.Medien“

Das Projekt „Mädchen.Machen.Medien.“ von LAGAYA e.V. in Stuttgart verbindet Suchtprävention und Berufsorientierung. Schulische und berufliche Perspektiven bieten Mädchen einen hohen Anreiz, das eigene riskante Trinkverhalten zu überdenken und positiv zu verändern. Gemeinsam mit Medienprofis entwickeln Mädchen und junge Frauen im Alter von 14 bis 19 Jahren

eine Plakatkampagne gegen den Alkoholmissbrauch von Mädchen. Damit sind die Macherinnen zugleich die Zielgruppe der Präventionskampagne, die durch das Landesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren gefördert wurde. Neben handwerklichen und suchtspezifischen Themenworkshops sind Blicke hinter die Kulissen im Theater oder im Fernsehstudio vorgesehen.

www.lagaya.de → Jugendhilfe, Projekte, Mädchen.Machen.Medien

Bundesweit:

„Schulungsinitiative Jugendschutz“

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. initiierte im Oktober 2007 die Präventionskampagne „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“. Ziel ist es, konsequent die Regelungen des Jugendschutzes für die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken umzusetzen. Aktuell unterstützen 14 Kooperationspartner aus dem Bereich Handel, Gastronomie und Tankstellen die Initiative. Sie wird außerdem von der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes begleitet. Angesprochen werden Auszubildende und Mitarbeiter in Gastronomie, Hotel, Handel und an Tankstellen sowie Lehrkräfte in Berufsschulen und anderen betrieblichen Ausbildungsinstitutionen, um das Ziel praxisnah zu vermitteln. Mittlerweile wurden neben 201.000 Broschüren und 50.000 Barkarten auch 4.000 Alterskontrollscheiben für das Kassenpersonal verteilt. Mit Hilfe der Drehscheibe kann ohne kompliziertes Rechnen leicht überprüft werden, ob der Kunde die gesetzliche Altersgrenze für den Kauf von Bier, Wein, Sekt (16 Jahre) oder Spirituosen (18 Jahre) erreicht hat. Im Internet vermittelt ein 15-minütiger Trainingskurs die wichtigsten Inhalte des Jugendschutzgesetzes zur Alkoholabgabe. In einem anschließenden Wissenstest können die Teilnehmer bei erfolgreichem Abschluss ein persönliches Zertifikat erlangen. Im „Aktionsleitfaden des Handels zur

Sicherung des Jugendschutzes“ des Handelsverbandes Deutschland, der 2010 zur Sicherung des Jugendschutzes mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vereinbart wurde, ist die „SchuJu“ wichtiger Bestandteil (siehe B 1.2.4).

www.schu-ju.de

www.alkohol-abgabe-trainer.de

1.3 Beratung und Behandlung

1.3.1 Rehabilitanden-Management-Kategorien: Konzept zur bedarfs- und leistungsbezogenen Patientenklassifikation in der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger

Seit der Einführung Diagnosebezogener Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) wird auch in der medizinischen Rehabilitation an der Entwicklung von Fallgruppierungssystemen gearbeitet. An der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurde hierzu das indikationsübergreifende Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) entwickelt. Die Arbeiten werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), verschiedenen Kliniken und dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. gefördert. Erfolgt die Gruppierung durch die DRG vor allem nach der Kostenhomogenität, werden RMK durch den Bedarf und die damit verbundenen Leistungen definiert. Bisher liegt ein RMK-Assessment vor, das anhand der Messung des substanzbezogenen, psychischen und sozialen Behandlungsbedarfs vier Bedarfsgruppen Alkoholabhängiger unterscheidet. Ein RMK-Screening wurde zur Vorabschätzung der Bedarfsgruppe im Antragsverfahren der DRV Bund entwickelt. Perspektivisch kann die RMK-Diagnostik relevante Informationen für die bedarfsgerechte Zuteilung von Leistungen in der Zugangs- und Therapiesteuerung liefern. Ab 2011 werden therapeutische Anforderungen für die RMK-Bedarfsgruppen definiert und getestet.

www.reha-vqs.charite.de → Forschung, Aktuelle Projekte

1.3.2 Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung „Frauen und Alkohol“

Wesentliches Ziel der Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2010 war es, den Alkoholkonsum bei Frauen zu thematisieren und ihm in der Präventionsarbeit eine stärkere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. 370.000 Frauen in Deutschland sind alkoholabhängig, besonders im Alter von 10 bis 20 Jahren und von 40 bis 59 Jahren wird Alkohol missbräuchlich konsumiert. So wurden 2.400 Mädchen im Alter von 10 bis 15 Jahren im Jahr 2008 aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär behandelt. Die Zahl der gleichaltrigen Jungen (2.100) wurde damit deutlich übertroffen. Dieser Altersgruppe ist laut dem Jugendschutzgesetz der Konsum von Alkohol noch nicht erlaubt.

Ein weiteres Thema waren Kinder in Familien mit alkoholabhängigen Eltern. Kinder in suchtblasteten Familien sind einem stark erhöhten Risiko für Suchterkrankungen und für andere psychische Störungen ausgesetzt. Sie sind besonders gefährdet, wenn die Mutter ein dauerhaftes Suchtproblem aufweist. Zudem zeigen Töchter ein anderes Bewältigungsverhalten als Söhne, so dass sie oft noch stärker gefährdet sind. Daher ist es notwendig, Töchtern suchtkranker Mütter frühzeitig und umfassend zu helfen.

Jede Fünfte der 45- bis 54-jährigen Frauen konsumiert Alkohol gesundheitsgefährdend (>12g Alkohol/Tag). Auf der Jahrestagung wurden zum Alkoholgebrauch und zur Alkoholabhängigkeit bei Frauen im Alter neue Erkenntnisse zu Ursachen, Auswirkungen und Präventionsmöglichkeiten vorgestellt.

1.3.3 Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für kindliche Fehlbildungen, die keine genetische Ursache haben. Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Zellgift. Er hemmt das Zellwachstum und wirkt missbildend. Vor allem aber schädigt Alkohol die Nervenzellen und das Gehirn. Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der

Schwangerschaft, welche in der Wissenschaft als Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bezeichnet werden. Am schwerwiegendsten ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS). Nach vorsichtigen Schätzungen sind zirka 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. FAS tritt damit doppelt so häufig auf wie das Down-Syndrom. Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms äußert sich in Wachstumsstörungen, körperlichen Deformierungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen. Gravierend sind zugleich die emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule.

Vorgestellt:

Sonnenhof e. V., Berlin

„Wir versetzen keine Berge, wir ebnen gemeinsam Wege, suchen kreative Lösungen und haben das Ziel, das, was an Geborgenheit und Glück für jeden Einzelnen möglich ist, zu fördern.“ Dieser Leitspruch kennzeichnet bis heute die auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtete Arbeit des Sonnenhof e.V. in seinem Einsatz für Kinder mit Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD).

Ursprünglich 1894 als Evangelisches Kinderheim Sonnenhof e.V. ins Leben gerufen, eröffnete 1906 der „Sonnenhof Kaiser Wilhelms II. zum Zwecke der Kinderbetreuung“ in Berlin-Spandau. 1999 begann sich der Sonnenhof e.V. erstmals auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit FASD einzustellen, da etwa 30 % der dort untergebrachten Kinder davon betroffen waren. Diese Kinder konnten beispielsweise aus Konsequenzen ihres Handelns kaum lernen, weil sie sie nicht begreifen konnten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schafften, um den Bedürfnissen der Kinder zu entsprechen, alle Schichtdienstgruppen ab und schufen kleinere, über-

schaubare, familienanaloge Lebensgemeinschaften. Ihr Ziel war und ist es, die ihnen anvertrauten Menschen mit FASD durch integrative Arbeit und Betreuung zu fördern, dass sie soweit wie möglich am Gruppen- und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Gleichzeitig wurden familientherapeutische Zusatzangebote für ihre Eltern – meist alleinerziehende Mütter – entwickelt, um die Möglichkeiten der Rückführung sorgfältig zu prüfen und sie für Hilfen aus dem Bereich der Suchthilfe zu motivieren.

Durch Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung der Fachöffentlichkeit, staatlicher Institutionen, caritativer Einrichtungen sowie von Verbänden setzt sich Sonnenhof e.V. aktiv dafür ein, dass dieses wichtige Thema in der Breite der Gesellschaft wahrgenommen wird. Die Aufklärungsarbeit setzt z. B. bei den Erzieherinnen und Erziehern im Kindergarten an, damit sie für die besondere Problematik sensibilisiert werden, um frühzeitig Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Im Februar 2007 eröffnete Sonnenhof e.V. die bundesweit erste Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder, kurz darauf die bundesweit erste Wohngemeinschaft für erwachsene Menschen mit FASD. Seit 2010 wird diese Aufgabe der Beratungsstelle an der Charité als „Zentrum für Menschen mit angeborenen Alkoholschäden“ fortgeführt.



Sonnenhof e.V. in Berlin-Spandau

„Die besondere Problematik in der Schnittstellenarbeit bei FASD in der Entwicklung von Betreuungsangeboten besteht auch darin, dass wir in unserem Einsatz für Menschen mit dieser Behinderung ‚zwischen allen Stühlen‘ sitzen“, sagt Gela Becker, fachliche Leiterin des Sonnenhof e.V.: „Dies betrifft die Diagnostik, aber auch die bewilligten Betreuungszumessungen. Voraussetzung, um weitere Einrichtungen für die Arbeit mit Menschen mit FASD zu gewinnen, ist, dass die tatsächlich erforderlichen Betreuungsleistungen durch zusätzliche Fallpauschalen anerkannt werden. Aufgrund der noch fehlenden grundlegenden Auseinandersetzung und umfassenden Anerkennung dieser Behinderung ist dies in Deutschland noch nicht erfolgt und bislang nur einzelfallorientiert möglich.“

Einrichtungen, die sich auf FASD einlassen, sind, um den Kindern, Jugendlichen, ihren Eltern und den Erwachsenen gerecht werden zu können, auf ein hohes Maß an ehrenamtlichem Engagement ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Sie sind abhängig von Spenden, um die besonderen Trainings und Therapien zu ermöglichen. Dieses Problem betrifft in einem besonderen Maße auch Pflegefamilien, die Kinder mit FASD aufnehmen und über das Ausmaß der Beeinträchtigungen in vielen Fällen im Unklaren gelassen werden.

www.ev-sonnenhof.de

1.3.3.1 Entwicklung von Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms

Unabhängig von dringend notwendigen Präventivmaßnahmen zur völligen Vermeidung von Alkohol während der Schwangerschaft ist es notwendig, mögliche Schädigungen durch Alkoholkonsum bereits 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 bzw. der gesamten Familie gezielt behandelt werden. Daher fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt zur Standardisierung der Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. Zunächst werden im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche die bisher vorhandenen diagnostischen Methoden erfasst. Auf dieser Basis sollen dann Leitlinien für die Früherkennung und Betreuung von Kindern, deren Entwicklung durch Alkoholeinfluss geschädigt ist, erstellt werden. Mit den Leitlinien, in Verbindung mit entsprechender Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit sollen vor allem die niedergelassenen Gynäkologen und die in der Praxis tätigen Kinder- und Jugendärzte über die Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen aufgeklärt werden. Mit Hilfe einheitlicher Methoden zur neuropsychologischen Diagnostik in speziellen Einrichtungen, z. B. Sozialpädiatrischen Zentren und kinderneurologischen Abteilungen, können spezifische therapeutische Methoden und eine ausführliche Sozialberatung eingeleitet werden.

1.3.3.2 Informations-Flyer für Schwangere

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände haben im August 2010 einen Informations-Flyer für Schwangere herausgegeben. Der Flyer informiert Schwangere in knapper und plakativer Form über die Gefahren des Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsums für das ungeborene Kind. Er motiviert die Schwangeren, das Gespräch mit ihrem Arzt und Apotheker zu suchen, bevor sie ein Medikament einnehmen oder wenn sie Hilfe benötigen, um rauchfrei und ohne Alkohol durch die Schwangerschaft zu kommen. Darüber hinaus gibt er Hinweise auf Telefonhotlines der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Internetadressen mit weitergehenden Informationen. Die Resonanz war sehr groß: Weit über 300.000 Flyer wurden an die Apotheken und Apothekenverbände ausgeliefert. Seit September 2010 werden die Flyer an Schwangere und deren Partner abgegeben.

Beispiele aus den Bundesländern und den Verbänden

Nordrhein-Westfalen:

Die FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster

Die FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster versorgt als erste Universitätsambulanz in Deutschland Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) sowie ihre Angehörigen, aber auch Kinder opiatabhängiger Mütter. Die FAS-Ambulanz betreut jährlich zirka 300 Familien aus Deutschland und Nachbarländern. Die Patientenversorgung umfasst Diagnostik, familiäre und sozialrechtliche Beratung und Hilfestellung sowie die Begleitung der Patienten und ihrer Familien bis ins Erwachsenenalter. In Zusammenarbeit mit einer kirchlichen Einrichtung der Behindertenhilfe konnten spezielle Formen des betreuten Wohnens und Arbeitens auf die Belange und Probleme junger Erwachsener mit FAS ausgerichtet werden. Obwohl es im Einzelfall schwierig ist, Kostenträger zu überzeugen, werden die Plätze dort immer stärker nachgefragt. Die breite Problematik des FAS und seiner Auswirkungen auf die betroffenen Kinder wird zudem in wissenschaftlichen Studien untersucht. Dies gilt so auch für die Kinder opiatabhängiger Mütter, über deren Entwicklung bis ins Jugendalter noch zu wenig bekannt ist. Eine Studie zur Prävalenz des FAS in Deutschland ist abgeschlossen. Langzeitstudien verfolgen den Lebensweg der Patienten. Sie zeigen ihre Schwierigkeiten, sich beruflich einzugliedern und dass (vor allem weibliche) Erwachsene mit FAS leicht zu Opfern sexueller Gewalt werden. Darüber hinaus werden innovative Diagnoseinstrumente entwickelt bzw. aus Großbritannien übernommen und geprüft. Unterrichtseinheiten zum Thema Alkohol und Schwangerschaft für Schulen wurden entwickelt und evaluiert. Nach dem Vorbild der Universitätsambulanz und durch intensive Mitarbeiterschulung niederländi-

scher Kolleginnen und Kollegen in Münster entstanden FAS-Beratungszentren in dem Nachbarland.

www.fetales-alkoholsyndrom.de, www.fasq.eu

Bundesweit:

„Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. hat 2009 mit wissenschaftlicher Unterstützung der FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“ entwickelt und herausgegeben. Ziel ist es, über das Fetale Alkoholsyndrom zu informieren und praktische Tipps für Änderungen des Trinkverhaltens zu geben. Die Broschüre wird seit März 2010 über die gynäkologischen Praxen parallel zum Mutterpass an schwangere Frauen abgegeben. Zusätzlich erhalten die Praxen Plakate. Die begleitende Internetseite ist seit November 2010 online.

www.verantwortung-von-anfang-an.de

1.4 Forschung

1.4.1 Genetik der Alkoholsucht

Genetische Ursachen und Umwelteinflüsse spielen bei der Entwicklung von Alkoholismus eine entscheidende Rolle. Das Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Nationalen Genomforschungsnetzes (NGFN-plus) seit 2008 geförderten Verbundes ist, die komplexen Gen-Umwelt Interaktionen bei Alkoholsucht, aber auch bei anderen stoffgebundenen Suchterkrankungen, in einem systematischen Ansatz zu untersuchen. Koordiniert wird die bundesweit tätige Arbeitsgruppe vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Mit Hilfe von molekularbiologischen Untersuchungen wie Genexpressionsanalysen und genomweiten Assoziationsstudien sowie bildgebenden Verfahren werden Kandidatengene für Alkoholsucht identifiziert, die anschließend im Tiermodell funktionell untersucht werden.

www.ngfn-alkohol.de

1.4.2 Präventionsforschung

Im Rahmen des Förderschwerpunktes Präventionsforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung zurzeit ein transkulturelles Präventionskonzept zur Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten. Es wird am Universitätsklinikum Freiburg entwickelt und evaluiert. Hierfür werden Migrantinnen/Migranten aus der Türkei, Spanien, Italien und Aussiedlerinnen/Aussiedler in den Fachdiensten des Deutschen Caritasverbandes e. V. und der Arbeiterwohlfahrt einbezogen. Neben besserem Wissen und adäquateren Einstellungen zu Alkohol, Risiko- und Präventionsverhalten werden Verhaltensänderungen wie die Reduktion von riskantem Alkoholkonsum erwartet. Außerdem werden evidenzbasierte muttersprachliche Materialien unter transkultureller Perspektive entwickelt und verbreitet.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1225.php

1.4.3 Versorgungsnahe Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der

gesetzlichen Krankenkassen und der Verband privater Krankenversicherer wollen gemeinsam Forschung zu „Chronischen Krankheiten und Patientenorientierung“ unterstützen und den Erkenntnistransfer im Bereich der Versorgungsforschung für eine bessere Patientenversorgung nutzen. Zwei Vorhaben befassen sich mit der Suchtproblematik.

Eine auf die körperliche Entzugssymptomatik beschränkte stationäre Behandlung bei Alkoholabhängigen führt zu hohen Rückfallraten und damit zu einer hohen Belastung des Gesundheitssystems. An der Universität Regensburg wird nun im Rahmen einer prospektiven, offenen, randomisierten, kontrollierten und multizentrischen klinischen Studie geprüft, ob eine kostengünstig durchführbare manualisierte, bedarfsorientierte Psychoedukation während der Entzugsbehandlung die Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme weiterführender suchtspezifischer Hilfen (Antrittsquote) erhöhen kann. Bei positivem Ergebnis könnte die Einführung des psychoedukativen Behandlungsmanuals in die evidenzbasierte Alkoholentzugsbehandlung nicht nur die Abstinenzwahrscheinlichkeit erhöhen und die Kosten reduzieren, sondern mittel- bis langfristig zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität Alkoholabhängiger beitragen.

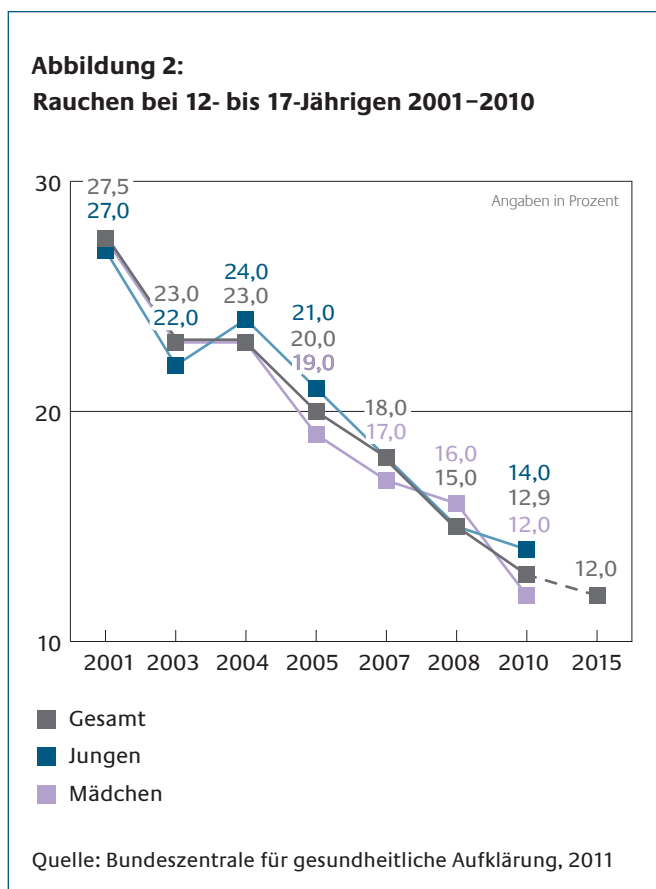
In einem Vorhaben am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wird überprüft, inwiefern durch eine angehörigenbasierte Intervention die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von unbehandelten Alkoholabhängigen verbessert werden kann. Dazu wird eine randomisierte Wartelisten-Kontrollgruppenstudie durchgeführt. Zusätzlich werden die Auswirkungen der Intervention auf die Symptombelastung der Angehörigen und auf die Änderungsmotivation der alkoholabhängigen Patienten geprüft. Ziele sind die Erhöhung der Inanspruchnahme von Hilfen durch Alkoholabhängige, die Verbesserung der Angebote des Suchthilfesystems für Angehörige und die Verbesserung des Transfers zwischen Selbsthilfe und professionellem Hilfesystem.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1984.php

2 Tabak

2.1 Situation in Deutschland

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Aufgrund der Maßnahmen in der Tabakprävention konnte erreicht werden, dass heute weniger Kinder und Jugendliche rauchen (Abb. 2): Der Anteil der Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren hat sich mehr als halbiert und ist von 27,5 % im Jahr 2001 auf 12,9 % im Jahr 2010 zurückgegangen.



Der Tabakkonsum der Erwachsenen veränderte sich in den vergangenen Jahren nur leicht und sank auf 30,1 %. Dabei rauchen mehr Männer (34,8 %) als Frauen (27,3 %). Die Zahl der Raucher und Raucherinnen mit einem sehr hohen täg-

lichen Konsum steigt mit dem Alter an. 39,2 % der 60- bis 64-jährigen Raucherinnen und Raucher rauchen täglich 20 Zigaretten und mehr (Abb. 3).

Das Ziel der Bundesregierung in der Nachhaltigkeitsstrategie ist, den Anteil der Raucher bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2015 auf unter 12 % (Abb. 2) und bei Erwachsenen auf unter 22 % nachhaltig zu senken.

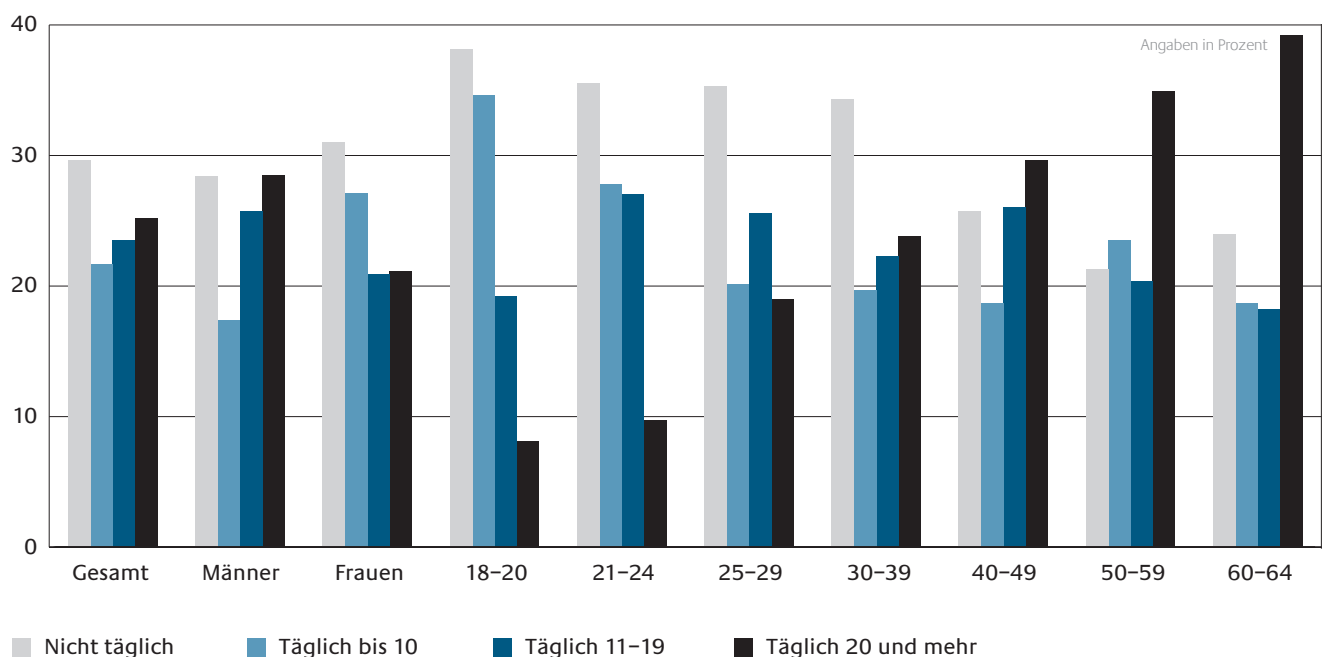
Im Jahr 2007 starben etwa 110.000 Menschen (13 % aller Todesfälle) in Deutschland an den direkten Folgen des Rauchens, etwa 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Die direkten Krankheitskosten (Behandlung und Pflege) und die indirekten Krankheitskosten (volkswirtschaftliche Schäden durch Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsausfälle und vorzeitige Todesfälle) des Rauchens werden auf jährlich 21 Milliarden Euro geschätzt. Zirka 40 % dieser Krankheitskosten sind auf tabakbedingte Krebserkrankungen, ein Drittel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie etwa ein Viertel auf Atemwegs-Erkrankungen zurückzuführen.

2.2 Prävention

2.2.1 Änderung der Nichtraucherschutzgesetze der Bundesländer

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 30. Juli 2008 zum Nichtraucherschutz in der Gastronomie haben die Bundesländer ihre Gesetze novelliert. 2010 entschieden sich zwei Bundesländer für einen weitreichenden Nichtraucherschutz. Im Saarland sollte zum 1. Juli 2010 ein umfassendes Rauchverbot eingeführt werden. Die Regelung wurde jedoch zunächst vom Landesverfassungsgericht beanstandet und vorläufig außer Kraft gesetzt. Mit Urteil vom 28. März 2011 hat der Verfassungsgerichtshof Saarbrücken entschieden, dass die Verfassungsbeschwerden unbegründet sind. Mit der Entscheidung gilt ein absolutes Rauchverbot in allen saarländischen Gaststätten. Lediglich für Gaststätten, die bereits zum 18. November 2009 Nebenräume für Raucher eingerichtet hatten, gilt eine Übergangsfrist bis zum 1. Dezember 2011. In Bayern trat am 1. August 2010 das durch den Volksentscheid beschlos-

Abbildung 3:
Menge und Häufigkeit des Rauchens nach Altersgruppen



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey, IFT, 2009

sene neue bayerische Gesetz zum Schutz der Gesundheit vom 23. Juli 2010 in Kraft. Es sieht ein striktes Rauchverbot für alle Gaststätten ohne Ausnahmeregelungen vor.

2.2.2 Evaluation der Nichtraucherchutzgesetze

Das Deutsche Krebsforschungszentrum untersuchte in einer repräsentativen Befragung der rauchenden und nicht rauchenden Bevölkerung die Auswirkungen der nationalen Tabakkontrollpolitik und insbesondere der Nichtraucherchutzgesetze. Die erste Befragung fand 2007 vor Einführung der Nichtraucherchutzgesetze in Deutschland statt. Die Wiederholungsbefragung wurde zwei Jahre später durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich infolge der Rauchverbote der Nichtraucherchutz deutlich verbessert hat. Darüber hinaus war in Deutschland bei männlichen Rauchern ein Rückgang der Zahl der täglich gerauchten

Zigaretten im Zeitraum von 2007 bis 2009 zu beobachten, der auch auf das Rauchverbot zurückzuführen ist. Entgegen der Befürchtung von Kritikern der Rauchverbote hat sich gezeigt, dass infolge der öffentlichen Rauchverbote keine Verlagerung des Rauchens in den privaten Bereich erfolgt ist. Vielmehr hat sich der Anteil der Haushalte erhöht, in denen auf das Rauchen in der Wohnung vollständig verzichtet wird. Dies gilt insbesondere für Haushalte, in denen kleine Kinder leben.

2.2.3 „rauchfrei“-Kampagne

„rauchfrei“ ist der Titel der nationalen Dachkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Nichtrauchen. Die Kampagne richtet sich in getrennten Maßnahmen und Projekten gezielt an Erwachsene und Jugendliche. Sie umfasst neben Maßnahmen zur Präven-

tion auch Aspekte zur Beratung und Ausstiegsbegleitung (siehe B 2.3.2).

www.rauch-frei.info

www.rauchfrei-info.de

Förderung des Nichtrauchens im Bereich Schule

Die Raucherquote von Jugendlichen in Haupt-, Real- und Berufsschulen liegt deutlich oberhalb der Quote unter Gleichaltrigen in Gymnasien. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) setzte in den Jahren 2009 und 2010 deshalb im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne einen tabakpräventiven Schwerpunkt in Haupt- und Realschulen sowie in berufsbildenden Schulen. Den Lehrkräften wurde mit dem „Curriculum Anti-Rauchkurs“ eine Anleitung zur Verfügung gestellt, die als Frühinterventionsprogramm die Bereitschaft zum Ausstieg fördern und ausstiegswilligen Schülerinnen und Schülern Hilfen bieten soll. Eltern und Jugendliche erhalten zielgruppenspezifische Aufklärungsbroschüren zum Nichtrauchen.

Seit 2008 besteht in allen Bundesländern im Schulbereich ein gesetzliches Rauchverbot. Nicht allen Schulen gelingt es jedoch aufgrund des Widerstands rauchender Schülerinnen und Schüler, das Rauchverbot durchzusetzen. Die BZgA hat 2009 und 2010 Schulen mit dem Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ und bundesweiten Fortbildungen unterstützt. Pädagoginnen und Pädagogen von berufsbildenden Schulen werden bald einen speziellen BZgA-Leitfaden nutzen können, der die besonderen Herausforderungen bei der Umsetzung der Rauchverbote an Schulen, das höhere Alter der Schülerinnen und Schüler an Berufsschulen sowie die Schulgrößen berücksichtigen wird. Dieser Leitfaden befindet sich noch in Entwicklung.

Im Rahmen von Pilotprojekten der BZgA zeigte sich, dass in Schulen ein „peer-to-peer“-Ansatz erfolgreich umgesetzt werden kann. Schülerinnen und Schüler, die sich als „Schülermentoren“ für die Rauchfreiheit in der Schule einsetzen, tragen nachhaltig zur „Normalisierung des Nichtrauchens“ in der eigenen Schule bei und damit zur Einhaltung der Rauchverbote. Aktuell entwickelt die BZgA einen Leitfaden zum Schülermentoren-Programm.

2.2.4 Wettbewerb für Schulklassen

„Be Smart – Don’t Start“

Der Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ richtet sich seit 1997 an Schulklassen in der Jahrgangsstufe 6 bis 8. Ziel ist es, das Thema „Nichtrauchen“ an Schulen zu verankern und den Einstieg in das Rauchen zu verzögern. Im Schuljahr 2010/2011 haben sich mehr als 10.000 Klassen aller Schulformen bundesweit für ein rauchfreies Leben entschieden. An dem Wettbewerb können Schulklassen wiederholt teilnehmen. Er wird von der Deutschen Krebshilfe, der BZgA, der Deutschen Herzstiftung, der AOK, der Deutschen Lungenstiftung sowie weiteren Institutionen gefördert. „Be Smart – Don’t Start“ wurde als Wettbewerb auf seine Wirkung mehrfach evaluiert. Die Studien belegen, dass der Wettbewerb seitens der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte gut akzeptiert wird. Er verzögert wirksam den Einstieg in das Rauchen und ist Kosten-Nutzeneffektiv.

www.besmart.info

Vorgestellt:

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin – Universitätsmedizin Greifswald, Mecklenburg- Vorpommern

Wie kann man Menschen, die Tabak rauchen oder gesundheitsschädlich Alkohol konsumieren, kostengünstig, mit geringem Aufwand und wirkungsvoll beraten? Wie kann dadurch eine große Zahl von Menschen erreicht werden? Wie kann man die Situation von ganzen Bevölkerungsgruppen mit Suchtproblemen verbessern? Diesen Leitfragen widmet sich die Forschung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin (IES) der Universitätsmedizin Greifswald. Seit 1997 wird in verschiedenen Arbeitsgruppen am IES die Verbreitung und Vermeidung chronischer Krankheiten in der Bevölkerung praxisbezogen erforscht. Dazu gehören insbesondere tabak- und alkoholbezogene Krankheiten bei Erwachsenen. Das IES ist in den Schwerpunkt gemeindebezogener medizinischer Forschung der Universitätsmedizin Greifswald und in den Forschungsverbund zur Frühintervention bei gesundheitsriskantem Verhalten (EARLINT) eingebunden. Die Forschungsarbeiten wurden u. a. durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Gesundheit, die Bundesländer, die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die Deutsche Krebshilfe und die Europäische Union finanziert.

Die wissenschaftlichen Teams des IES haben ein computergestütztes Beratungssystem entwickelt, das zum Rauchstopp motivieren soll. In einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekt in Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle und Berufsschulen erhielten Berufsschülerinnen und Berufsschüler das Angebot, an einer solchen computerbasierten Beratung teilzunehmen. Alle individuellen Angaben der Teilnehmenden wurden in ein EDV-System eingegeben und die Beratungsrückmeldungen daraus auf die Mobiltelefone der Teilnehmerinnen und

Teilnehmer per SMS gesendet. Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass eine solche Kurzintervention praktikabel ist, gut angenommen wird und nachweislich zum Rauchstopp motiviert (siehe B 2.2.5).



Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in Greifswald

Eine Herausforderung für das IES stellt die Umsetzung der Beratungsleistungen in der Praxis dar. Daher hofft man im IES, dass es in Zukunft gelingt, ein nationales Kostenübernahmemodell zur Frühintervention in Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern zu schaffen.

www.medizin.uni-greifswald.de/epidem

2.2.5 Modellprojekt „SMS-basierte Tabakintervention bei Berufsschülern“

Im Vergleich zu Studierenden und Schülern anderer Schulen ist die Rauchprävalenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Berufsschulen besonders hoch. Auszubildende an beruflichen (oder berufsbildenden) Schulen sind eine besondere Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens. Allerdings nehmen sie an Angeboten wie Rauchentwöhnungsgruppen und Nichtraucherseminaren nur selten teil. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert ein Projekt für Berufsschüler, das am intensiven Gebrauch von Mobiltelefonen und speziell SMS (Short Message Service) als bevorzugtes Kommunikationsmedium in dieser Zielgruppe ansetzt. Mit individualisierten Ansprachen über diese Kommunikationswege werden Auszubildende über Möglichkeiten informiert, ihr Rauchen einzuschränken bzw. aufzugeben (siehe Rubrik Vorgelegt S. 37).

In einer Pilotphase erhielten die teilnehmenden Auszubildenden an zwei berufsbildenden Schulen zwölf Wochen lang wöchentlich zwei SMS auf ihr Handy. Wer beabsichtigte, mit dem Rauchen aufzuhören, wurde per SMS zur Teilnahme an einem SMS-Intensivprogramm eingeladen. Dabei werden täglich mehrere SMS versandt, um den Rauchstoppwunsch zu unterstützen, beziehungsweise nach erfolgtem Rauchstopp Unterstützung in Rückfallsituationen oder bei Entzugserscheinungen zu geben.

Erste Projektergebnisse zeigen: Der SMS-basierte Interventionsansatz verknüpft eine proaktive Teilnehmergeinnung sinnvoll mit einer Minimalintervention. Er erreicht mit diesem innovativen Ansatz, verglichen mit anderen Rauchstoppangeboten, einen größeren Anteil der Raucherinnen und Raucher in Berufsschulen. Der Abschlussbericht zur Akzeptanz und Wirksamkeit des Programms wird 2011 erwartet.

Beispiel von den Krankenkassen

Hamburg:

„Nichtrauchen! Wie Eltern ihre Kinder dabei unterstützen können“

In Kooperation mit dem SuchtPräventionsZentrum des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung in Hamburg führt die AOK Rheinland/Hamburg seit dem Schuljahr 2010/2011 Elterntreffen zum Thema Nichtrauchen durch. Speziell geschulte Moderatorinnen und Moderatoren motivieren Eltern von Kindern der Klassen 6 bis 8, aktiv auf das Nichtrauchen ihrer Kinder hinzuwirken. Ziel ist es, den Raucheinstieg bei Kindern zu verzögern und ein rauchfreies Wohnumfeld der Kinder zu fördern. Dabei ist eine klare ablehnende Haltung der Eltern zum Rauchen von entscheidender Bedeutung. Die vom Hamburger Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung evaluierte Maßnahme wird aufgrund der hohen Akzeptanz und guten Erfahrungen im Jahr 2011 auf weitere Hamburger Schulen ausgeweitet.

www.li-hamburg.de/spz

2.3 Beratung und Behandlung

2.3.1 Tabakentwöhnung

Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher will mit dem Rauchen aufhören. Etwa 30 % unternehmen innerhalb eines Jahres mindestens einen ernsthaften Ausstiegsversuch. Die Vielfalt der Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung ist groß. Dazu zählen Medikation, Hypnose, Akupunktur, Selbsthilfeprogramme in Form von Broschüren und Büchern, Internetausstiegsprogramme, Telefonberatung, ein- oder mehrtägige Einzelberatung oder Gruppentherapie. Geltende Richtlinien zur Tabakentwöhnungsbehandlung (z. B. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) empfehlen eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Beratung mit unterstützender Medikation. Die meisten Raucherinnen und Raucher schaffen einen Rauchstopp ohne Hilfsmittel. Etwa 9 % der Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher nahmen ein Angebot in Anspruch. Weniger als 1 % der Ex-Raucherinnen und -raucher besuchten Tabakentwöhnungskurse. Umso bedeutender sind für die Gruppe von Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen, einen Ausstieg jedoch nicht alleine schaffen, zielgruppenspezifische und attraktive Angebote zur Tabakentwöhnung. Damit könnte die geringe Inanspruchnahme bestehender Angebote gesteigert werden.

Raucherinnen und Rauchern stehen etwa 3.500 Angebote zur Tabakentwöhnung mit etwa 250.000 Plätzen zur Verfügung. In den neuen Bundesländern gibt es weniger als zehn Angebote pro 100.000 Raucher. Im Norden ist die Angebotsdichte geringer als im Süden Deutschlands.

Am 15. Oktober 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Empfehlung zur Aktualisierung des Disease-Management-Programms für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) beschlossen. Unter anderem wurden die Empfehlungen zur Tabakentwöhnung aktualisiert. Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen demnach im Rahmen des COPD-Programms wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung (insbesondere verhaltens-

therapeutische und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) angeboten werden.

2.3.2 Tabakentwöhnung innerhalb der „rauchfrei“-Kampagne

2.3.2.1 Internetprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Das interaktive Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll seit 2005 Jugendliche zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum motivieren, während der Entwöhnung unterstützen und helfen, Rückfälle zu vermeiden. Das Ausstiegsprogramm ist Teil der „rauchfrei“-Jugendkampagne und begleitet jugendliche Raucherinnen und Raucher vor, während und nach ihrem Rauchstopp. Im Rahmen eines vierwöchigen Programms lernen sie, sich Ziele zum Rauchstopp zu setzen, persönliche Risikosituationen zu erkennen und individuelle Kontrollstrategien zu entwickeln, die für die Realisierung des eigenen Vorhabens Erfolg versprechend sind. Bis Dezember 2010 haben sich zirka 10.000 Teilnehmer angemeldet, deren Altersschnitt bei 24 Jahren liegt. Das Geschlechterverhältnis ist nahezu ausgeglichen (Anteil Männer: 54 %). Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie belegt die Wirksamkeit des Programms: Die Ausstiegsquote der Programmteilnehmer beträgt 31 %, die einer Kontrollgruppe 16 %.

www.rauch-frei.info/programm

2.3.2.2 Kursprogramm zum Rauchverzicht für Jugendliche

Das Gruppenprogramm „losgelöst“ richtet sich an 14- bis 17-jährige Raucherinnen und Raucher, insbesondere an Haupt- und Realschulen. Nach sechs Kurstreffen erfolgt eine vierwöchige Nachbetreuung per Telefon und SMS. Die BZgA hat in Zusammenarbeit mit dem Münchner Institut für Therapieforschung dieses Programm entwickelt und in einer Pilot- und Machbarkeitsstudie bundesweit getestet. Demnach wird die Zielgruppe erreicht. Aktuell wird die Wirksamkeit des jugendspezifischen, motivationsbasierten und kognitiv-behavioralen Programms untersucht.

2.3.2.3 Gruppenprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene

Das „Rauchfrei“-Kursprogramm für Erwachsene, vom Münchner Institut für Therapieforschung 2007 entwickelt, ist laut einer Umfrage des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das am häufigsten in Deutschland angebotene Tabakentwöhnungsprogramm. Es wird von den Spitzenverbänden der deutschen Krankenkassen als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt. Im Jahr 2009 nahmen 4.018 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 666 Kursen an der Evaluation der regelmäßigen durchgeführten Qualitätskontrolle teil. Die Kurse wurden etwas häufiger von Männern als von Frauen besucht. Das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 14 Jahre, der älteste 80 Jahre. Die Teilnehmenden rauchten zu Kursbeginn im Durchschnitt 20 Zigaretten am Tag, die körperliche Nikotinabhängigkeit war bei über der Hälfte der Teilnehmenden stark bis sehr stark.

Zum Ende des Kurses waren mehr als 55 % der Teilnehmenden rauchfrei, selbst wenn man davon ausgeht, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den Fragebogen nicht ausfüllten bzw. nicht erreicht wurden, wieder oder weiterhin rauchen. Unter den erreichten Teilnehmerinnen und Teilnehmern lag die Abstinenzquote bei 82 %. 34 % einer Stichprobe von 188 telefonisch Befragten gaben sechs Monate nach Kursende an, weiterhin rauchfrei zu sein. Die Erfolgsquoten des Rauchfrei-Programms zeigen sich anhaltend hoch und stabil. Etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzen neben dem Kurs eine medikamentive Unterstützung (Nikotinpräparate und/oder verschreibungspflichtige Medikamente).

Nachdem eine erste Analyse der routinemäßig erhobenen Daten keine Verbesserung der Erfolgsquote durch die zusätzliche Verwendung von Medikamenten ergab, wurden im Jahr 2010 systematisch 1.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachbefragt, um die Bedeutung der Medikation in Kombination mit dem Rauchfrei-Programm zu untersuchen. Die Ergebnisse werden im Jahr 2011 veröffentlicht.

Die Teilnahmedaten der letzten drei Jahre zeigten, dass der Frauenanteil seit 2007 von 53 % auf 48 % gesunken ist. Im Vergleich zum Anteil der Raucherinnen unter allen Rauchenden in der Bevölkerung sind Frauen damit in den Kursen noch immer stärker repräsentiert. Durchschnittsalter, Familienstand und Rauchgewohnheiten der Teilnehmenden sowie der Grad der Abhängigkeit blieben im Vergleichszeitraum weitgehend unverändert. Die Anzahl der im betrieblichen Bereich angebotenen Kurse sank 2009 auf 25 % (2008: 35 %). Zudem wurden weniger Kurse in Kooperation mit Krankenkassen und sozialen Einrichtungen angeboten. Der Anteil der Kurse, die in Arztpraxen oder Krankenhäusern durchgeführt wurden, stieg dagegen von 19 % (2008) auf 24 % (2009). Die meisten Teilnehmenden wurden durch Informationen ihrer Arbeitsstelle auf den Rauchfrei-Kurs aufmerksam. Dieser Anteil reduzierte sich jedoch von 42 % (2007) auf 26 % (2009). Im gleichen Zeitraum war die Empfehlung von Medizinern zur Teilnahme an Kursen gestiegen (2007: 8 %; 2009: 13 %).

Speziell für die stationäre Rehabilitation wurde das Programm „Rauchfrei nach Hause!“ im Jahr 2009 entwickelt, da das Angebot effektiver Hilfsmaßnahmen für rauchende Patientinnen und Patienten oft an organisatorischen Gegebenheiten nach der Rehabilitation scheitert. Das niedrigschwellige Programm umfasst sechs Sitzungen und richtet sich ebenso an Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, wie an Raucherinnen und Raucher, die dem Rauchstopp ambivalent oder kritisch gegenüber stehen. Durch die offene Programmstruktur können Patientinnen und Patienten zu jedem Zeitpunkt in das fortlaufende Programm einsteigen.

www.rauchfrei-nach-hause.de

www.rauchfrei-programm.de

2.3.2.4 Internetprogramm zum Rauchstopp für Erwachsene

Das Internet-Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) begleitet erwachsene Raucherinnen und Raucher über 21 Tage bei ihrer Entwöhnung und gibt täglich individuelle Tipps und Empfehlungen. 2010 haben sich mehr als 6.000 Teilnehmer angemeldet. Die Rauchfrei-Plattform wurde 2010 um ein Audioangebot zu „Mythen und Fakten rund um das Thema (Nicht-)Rauchen“ erweitert. Unter dem Motto „Stimmt es eigentlich, dass ...“ werden in jeweils einminütigen Audiobeiträgen häufige Fragen beantwortet. Über ein Kontaktformular können individuelle Fragen an die Expertinnen und Experten der BZgA gesandt werden, die per E-Mail beantwortet werden. E-Cards mit unterschiedlichen Motiven und der Botschaft „Aufhören lohnt sich“ lassen sich direkt über die Internetseite versenden.

www.rauchfrei-info.de

2.3.2.5 Telefonische Beratung zum Nichtrauchen

Die Telefonberatung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Rauchentwöhnung steht Raucherinnen und Rauchern an sieben Tagen in der Woche zur Verfügung. Unter der Telefonnummer 01805/31 31 31 werden zum bundesweit einheitlichen Tarif von 14 Cent pro Minute aus dem Festnetz alle Fragen rund um das Rauchen beantwortet. Von Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr können sich Anrufer beraten lassen, Informationsmaterial anfordern und Adressen von Beratungsstellen oder qualifizierten Anbietern von Gruppenprogrammen erfragen. Ausstiegswillige Anrufer und frühere Raucherinnen und Raucher mit Rückfallgefährdung können nach dem Erst-anruf bis zu fünf Anrufe innerhalb eines Monats zur Unterstützung des Rauchstopps von der Telefonberatung erhalten (proaktive Beratung).

Von Januar bis September 2010 gingen bei der Hotline 4.200 Gespräche ein. 37 % hatten die Telefonnummer aus einer der zahlreichen Broschüren der BZgA, 25 % vom Aufdruck auf der Zigarettenpackung erhalten. 82 % der rauchenden Anruferinnen und Anrufer haben bereits min-

destens einen Rauchstopp versucht, 35 % bereits mehr als drei. 31 % der Frauen und 43 % der Männer rauchen täglich mehr als 20 Zigaretten und 52 % rauchen seit mehr als 20 Jahren. Etwa 40 % der Anrufer waren jünger als 40 Jahre. Die proaktive Beratung nutzen 36 % der Raucherinnen und 25 % der Raucher. Deren Wirksamkeit wurde wissenschaftlich überprüft. Im Ergebnis waren 22,6 % bei der telefonischen Nachbefragung ein Jahr nach dem Erstanruf noch rauchfrei.

In Kooperation mit dem Landesverband Deutscher Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg wurde 2010 getestet, wie in den Arztpraxen die Motivation der Raucherinnen und Raucher zu einem Rauchstopp durch die Vernetzung mit der BZgA-Telefonberatung erleichtert werden kann. Dafür füllten rauchende Eltern bei den teilnehmenden Arztpraxen ein Faxformular „Fax-to-Quit“ aus, das an die BZgA-Telefonberatung gesandt wurde. Von dort wurde die eigentliche Ausstiegsberatung organisiert. Die zuweisenden Ärzte bewerteten das Angebot als praktikabel (7,5 von 10 Punkten): „Fax-to-Quit“ ist sofort einsetzbar, bietet konkrete Hilfe und erfordert wenig Zeitaufwand. Die Ärzte gaben an, dass sie selbst durch das Projekt motiviert wurden, aktiv in der Ansprache starker Raucher zu werden. Den im Rahmen dieses Pilotprojekts betreuten Teilnehmern gelingt ein Rauchstopp ähnlich häufig wie anderen proaktiv beratenen Raucherinnen und Raucher. Das Angebot wird 2011 ausgebaut.

2.3.3 Projekt „Rauchfrei PLUS – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung“

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) wurde zunächst als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit von 2005 bis 2008 und bis 2010 als Projekt „Rauchfrei PLUS“ gefördert. Es steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Das DNRfK basiert auf dem Kodex und den Standards des European Network for Smoke-free Healthcare Services und fördert die Umsetzung der Rauchfreiheit in Gesundheitseinrichtungen durch Workshops, Schulungen, Zertifizierungsprozesse, Raucher-

beratungen und Tabakentwöhnungskonzepte in Gesundheitseinrichtungen. Je nach Qualität der Umsetzung werden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen mit Zertifikaten auf nationaler Ebene in Bronze und Silber ausgezeichnet. International werden Anerkennungen auf dem Gold Level vergeben, was bislang zwei Mitglieder des DNRfK erreicht haben. Das Netzwerk hatte 2010 insgesamt 190 Mitglieder. Darin sind 54 psychiatrische Kliniken bzw. Abteilungen, 32 Kliniken und Abteilungen für Suchterkrankungen und zwei Jugendhilfeeinrichtungen vertreten. Das zeigt, dass auch in diesem anspruchsvollen Setting Lösungswege für spezielle Herausforderungen gefunden werden können. Erste Silberzertifikate in diesen Kliniken belegen die Umsetzbarkeit des Konzeptes.

An einer Befragung zur Intervention über bestehende Tabakentwöhnungsangebote nahmen insgesamt 122 Mitglieder teil. Von den Kliniken werden motivierende Gesprächsführung (46,7%), Kurzintervention (44,8%) und individuelle Therapiegespräche (44,8%) angeboten. In 61,5% der Kliniken wird zusätzlich mit medikamentöser Unterstützung gearbeitet. Kurzinterventionen werden überwiegend von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt (62,8%), aber auch Pflegepersonal (51,2%) sowie Psychologinnen und Psychologen (51,2%) sind beteiligt. Die Beratungs- und Tabakentwöhnungsmaßnahmen basieren in 39% der Kliniken auf den Standards der gängigen Leitlinien des DNRfK. Rauchen ist überwiegend nur noch in eingeschränkten Außenbereichen möglich. Die Rauchfrei-Regelungen werden in den Kliniken von den Patientinnen und Patienten gut bis sehr gut akzeptiert.

www.rauchfrei-plus.de

Beispiel von den Krankenkassen

Schleswig-Holstein/Westfalen-Lippe:

Rauchfrei mit dem Online-Coach

Über einen Audio-Video-Livekontakt können sich die Teilnehmer eines Internet-Nichtraucherurses untereinander hören und jederzeit miteinander sprechen. Ein Kursleiter moderiert das Angebot. Es können Folien gezeigt, Dateien übertragen, eine gemeinsame Schreibfläche genutzt sowie virtuelle Seminarräume geöffnet werden. Der Internetzugriff ermöglicht eine ortsunabhängige Teilnahme, Reisezeiten und -kosten entfallen. Der Kurs ist nach § 20 Abs. 1 SGB V zertifiziert und seit 2009 fester Gesundheitsprogrammpunkt der AOK Nordwest. Mit dieser innovativen Seminarform werden neue Zielgruppen angesprochen und Kurse speziell in Flächenregionen realisiert.

www.liveonlinecoaching.de

2.3.4 Empirische Untersuchung zur Qualität im Internet beworbener Angebote zur Tabakentwöhnung

Um entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher zu erreichen, bietet das Internet einen kosten- und zeiteffektiven Zugang zu Angeboten der Tabakentwöhnung. Werden Internetsuchmaschinen verwendet, zeigt sich bei den Ergebnissen ein breit gefächertes, für Laien jedoch häufig schwer zu durchschauendes Angebot. Das Bundesministerium für Gesundheit gab eine Untersuchung in Auftrag, um Angebote zur Tabakentwöhnung im Internet zu erfassen und deren wissenschaftliche Qualität zu bewerten.

Im Ergebnis weist ein Großteil der identifizierten Angebote (mehr als 70%) erhebliche Mängel auf: Diese verwenden Therapieelemente, für die bisher nur beschränkte oder gar keine Wirksamkeitsnachweise erbracht werden konnten. Zudem sind Angebote mit geringer oder fehlender Evi-

denzbasierung besser in Internetsuchmaschinen positioniert als evidenzbasierte Angebote. Angebote mit fehlender Evidenz erscheinen zudem häufig attraktiver, da sie der Darstellung entweder mit hohen Abstinenzwahrscheinlichkeiten werben, eine spektakuläre Therapievariante anbieten oder nur einen zeitlich geringen Aufwand erfordern. Eine anerkannte qualifizierende Fortbildung im Bereich der Tabakentwöhnung weisen nur einzelne Anbieter auf ihrer Internetseite aus.

Um diese Mängel abzustellen, sollen Qualitätsstandards für die Darstellung von Tabakentwöhnungsangeboten im Internet entwickelt werden. Dazu könnten Internetseiten zertifiziert werden. Zudem sollten sich deren Anbieter selbst verpflichten, regelmäßige Überprüfungen und Bewertungen ihrer Angebote durch unabhängige Experten und Fachstellen zuzulassen.

2.4 Angebotsreduzierung

2.4.1 Tabaksteuererhöhung

Am 21. Dezember 2010 trat das Fünfte Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen (5. VStÄndG) in Kraft. Mit dem Gesetz wurde die Richtlinie 2010/12/EU des Rates vom 16. Februar 2010 zur Änderung der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren umgesetzt. Es sieht in einem Zeitraum von fünf Jahren moderate, regelmäßige Tabaksteuererhöhungen vor. Sie beginnen mit dem 1. Mai 2011 und sind für die Jahre 2012 bis 2015 jeweils zum 1. Januar geplant. Der Preis für Zigaretten erhöht sich demnach jährlich um 4 bis 8 Cent pro Stück und für Feinschnitt um 12 bis 14 Cent pro 40 Gramm. Die Erhöhungsstufen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung des Feinschnitts stärker ansteigt als die der Zigaretten. Dadurch soll verhindert werden, dass die Konsumenten aus Kostengründen verstärkt auf Feinschnitt zurückgreifen. Tabaksteuererhöhungen sind aus gesundheitspolitischer Sicht ein Instrument zur Verringerung der Attraktivität des Rauchens, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, da sie zu einem verminderten Tabakkonsum beitragen. Auf der Ebene der Europäischen Union soll die kontinuierliche Anhebung der Mindeststeu-

ersätze zur Verminderung des Preisabstandes einzelner Mitgliedsstaaten beitragen und dem Schmuggel sowie legalen Grenzeinkäufen entgegenwirken.

2.4.2 Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel

Aufgrund der erheblichen Steuerschäden, die durch den illegalen Verkauf unverteuerter Zigaretten verursacht werden, bleibt die Bekämpfung des Schmuggels weiterhin ein Aufgabenschwerpunkt der Bundeszollverwaltung. Hohe Preise für Zigaretten können besonders bei preissensiblen Konsumenten zu Substitutionseffekten führen. Neben Ausweichreaktionen auf in Deutschland versteuerte preiswertere Tabakprodukte (z. B. Feinschnitt) wird die Nachfrage auch durch legale oder illegale Grenzeinkäufe (z. B. Polen, Tschechien) gedeckt. Hinzu kommt die weiterhin ungebremschte Nachfrage an unverteuerten Zigaretten, die auf illegalen Wegen auf den deutschen Schwarzmarkt gelangen.

Im Jahr 2009 hat sich die Sicherstellungsmenge für gefälschte Zigaretten im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt. So waren rund ein Drittel der im Jahr 2009 sichergestellten Zigaretten nicht legal produziert worden. Die illegale Herstellung dieser Zigaretten unterliegt keiner behördlichen Qualitätskontrolle, so dass z. B. der auf den Packungsschachteln vorgeschriebene anzugebende Nikotin- und/oder Kondensatgehalt nicht überprüft wird. Weiterhin sind die von legalen Herstellungsbetrieben gewohnten hygienischen Verhältnisse in den illegalen Herstellungsbetrieben nicht gegeben. Untersuchungen in anderen Mitgliedsstaaten der EU zeigten bereits vor Jahren, dass gefälschte Zigaretten hohe Anteile von Cadmium, Arsen und Blei enthalten.

Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass gefälschte Zigaretten mit gefälschten deutschen Steuerzeichen wie auch in den Vorjahren nach Deutschland gelangen und die legalen Verkaufsstellen wie Kioske oder Tankstellen erreichen. Durch die Verwendung gefälschter Steuerzeichen wird beim Käufer der Anschein erweckt, er kaufe ordnungsgemäß versteuerte Zigaretten.

2.4.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship von 2005 bis 2009

Nach Artikel 13 der Tabakrahenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, die Offenlegung der Werbeausgaben der Tabakindustrie zu gewährleisten. In Deutschland wurde 2005 zwischen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem damaligen Verband der Cigarettenindustrie (vdc) eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Aufwendungen in der Tabakwerbung – nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt – jährlich mitgeteilt werden. Die Vereinbarung wurde vom neu gegründeten Deutschen Zigarettenverband (DZV) sowie einem nicht im Verband angeschlossenen großen Tabakhersteller ab dem Berichtsjahr 2008 übernommen.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbverbotes in Printmedien und im Internet mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland zum 29. Dezember 2006 haben sich ab 2007 die Werbeausgaben der Tabakindustrie im Vergleich zum Vorjahr in die nicht regulierte Marketingbereiche wie Außenwerbung und Promotion verlagert

und sind insgesamt angestiegen. Die Umsetzung erfolgte auf der Grundlage der Tabakwerberichtlinie der Europäischen Union (2003/33/EG). 2007 fehlten die Angaben eines großen Tabakherstellers, damit waren in diesem Jahr die Gesamtausgaben der Tabakindustrie in Deutschland 2007 höher als in der Tabelle (Abb. 4) angegeben. Ab 2008 sind entsprechend dem Jahr 2006 wieder alle Tabakfirmen in der Zusammenstellung enthalten. Im Kino spielt Tabakwerbung keine bedeutende Rolle mehr, jedoch entsprechen die Angaben für 2009 den von der Tabakindustrie gemeldeten Zahlen und sind nicht vollständig. Die von der deutschen Tabakindustrie mitgeteilten Zahlen beinhalten die Ausgaben für direkte Marketingmaßnahmen und nur zu Teilen die Ausgaben für indirekte Marketingformen wie Promotion und Sponsorship. Darüber hinausgehende indirekte Marketingmaßnahmen sind in den Angaben nicht erhalten.

2.4.4 Studie Zigarettenwerbung und junges Rauchen

Je mehr Zigarettenwerbung Jugendliche sehen, desto stärker ist ihr Bedürfnis zu rauchen. Dies ist das Ergebnis einer

Abbildung 4:
Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring 2005–2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Gesamte Werbeausgaben	182.328.434,51 €	79.898.676,22 €	128.941.300,46 €	192.768.607,67 €	222.263.153,07 €
Direkte Werbung	93.646.243,41 €	34.280.418,43 €	53.088.195,85 €	86.295.878,05 €	81.345.793,24 €
Werbung in Printmedien	21.660.896,67 €	8.611.582,77 €	435.595,34 €	503.810,31 €	1.535.929,84 €
Außenwerbung	51.995.340,25 €	20.019.962,35 €	49.189.851,39 €	78.009.936,09 €	70.982.824,91 €
Werbung im Kino	9.693.583,31 €	2.149.724,00 €	2.064.600,00 €	1.511.909,60 €	2.300,00 €
Werbung im Internet	2.890.817,75 €	2.756.122,51 €	295.319,36 €	188.000,18 €	277.480,38 €
Sonstige Werbung	4.979.828,91 €	712.238,78 €	1.102.829,76 €	6.005.485,44 €	8.494.371,67 €
Keine Zuordnung	2.425.776,52 €	30.788,02 €	435.595,34 €	76.736,43 €	52.886,44 €
Promotion	85.995.773,54 €	41.929.534,63 €	72.646.065,24 €	102.792.093,99 €	137.495.498,78 €
Sponsorship	2.686.417,56 €	3.688.723,16 €	3.207.039,37 €	3.680.635,63 €	3.421.861,05 €

Quellen: Deutsche Tabakindustrie, vdc, DZV

von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse beauftragte Beobachtungsstudie, die den Zusammenhang zwischen Zigarettenwerbung und Rauchverhalten untersuchte. Sie wurde vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung 2009 durchgeführt und berücksichtigte die Aussagen von 3.415 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 17 Jahren aus den Bundesländern Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein. Ihnen wurde Werbung von sechs Zigarettenmarken und acht anderen Produkten (z. B. Süßigkeiten und Mobilfunk) ohne erkennbare Marke vorgelegt. Die Schülerinnen und Schüler berichteten, wie oft ihnen eine Werbung bereits begegnet ist und ob sie sich an den Markennamen erinnern. Je besser die Kinder und Jugendlichen Zigarettenwerbung wiedererkannten und den Markennamen nennen konnten, desto weniger waren sie dem Rauchen gegenüber abgeneigt. So hatten in der Gruppe mit hohem Werbekontakt doppelt so viele Schüler schon einmal geraucht wie in der Gruppe mit niedrigem Werbekontakt.

3 Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

3.1 Situation in Deutschland

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, die auf die Psyche wirken (psychotrop), sind in Deutschland weit verbreitet und werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und behandelt. Nach Schätzungen sind zwischen 1,4 Mio. und 1,9 Mio. Erwachsene medikamentenabhängig. Es sind mehr ältere Menschen und mehr Frauen als Männer betroffen.

4% bis 5% aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. So sollte die Anwendung und Empfehlung von psychotropen Medikamenten der 4K-Regel folgen: Klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendung und kein abruptes Absetzen. Studien zeigen jedoch, dass dies oft nicht geschieht. Der Übergang zwischen Gebrauch und Missbrauch ist oft fließend und deshalb besonders schwer zu erkennen. Alle psychotropen Arzneimittel wie Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien sind rezeptpflichtig. Die Prävention von Missbrauch und Abhängigkeit muss bereits bei der indikations- und dauergerechten Verordnung des Präparates beginnen. Ärztinnen und Ärzte tragen daher eine besondere Verantwortung. Großes Engagement ist ebenfalls von Apothekerinnen und Apothekern bei der Beratung zur Medikamenteneinnahme notwendig.

3.2 Modellprojekt PHAR-MON

Seit 1988 untersucht das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt PHAR-MON den Arzneimittelmissbrauch unter Klienten einer Stichprobe von ambulanten Suchtberatungsstellen. Ziel ist es, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von

Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten. Die Auswertungen aus dem Jahr 2009 zeigen, dass überwiegend Klientinnen und Klienten mit einer primären Opioidproblematik Medikamente missbrauchen (59% der Stichprobe). Bei 21% liegt eine primäre Alkoholproblematik vor und bei 7% eine Diagnose im Bereich Sedativa oder Hypnotika. Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe „Opioide“ wurde seit 2002 der Trend eines ansteigenden Substitutionsmittelmissbrauchs beobachtet. Dieser ist seit 2009 wieder rückläufig. Gegenwärtig wird das Projekt vom IFT Institut für Therapieforschung in München in Zusammenarbeit mit 34 Suchtberatungsstellen und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte durchgeführt. Um den „Frühwarncharakter“ von PHAR-MON auszubauen, sollen von 2011 an weitere Informationsquellen wie Fachkräfte aus niedrighschwelligen Einrichtungen für Drogenkonsumenten, Substitutionsärzte, Apotheker, Betreiber von Headshops sowie aus Polizeikreisen miteinbezogen werden.

www.ift.de -> Epidemiologische Studien „Monitoring Arzneimittelgebrauch PHAR-MON“

3.3 Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“

Mit dem Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ soll gezeigt werden, dass durch diese Kooperation Patientinnen und Patienten, die von Benzodiazepinen bzw. Z-drugs niedrigdosig abhängig sind, erfolgreich ambulant entzogen werden können. Die Mehrzahl der Benzodiazepin abhängigen Patienten wird durch die etablierten suchtmedizinischen Angebote nicht erreicht, denn häufig nehmen sie ihre Abhängigkeit nicht als solche wahr. Die meisten Arzneimittelabhängigen sind von Benzodiazepinen abhängig. Es besteht somit ein Bedarf an niedrighschwelligen, dezentralen und kostengünstigen Angeboten speziell für diese Patientengruppe. Das Modellprojekt der berufsgruppenübergreifenden Intervention erfüllt diese Kriterien und trägt zur Verbesse-

rung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei. Es wurde in zahlreichen Informationsveranstaltungen vorgestellt und stößt bei Ärzten, Apothekern, aber auch Patienten und Patientinnen auf große Resonanz. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert das Modellprojekt von November 2009 bis November 2012.

3.4 Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“

Zur Prävention und Therapie von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit kommt Ärztinnen und Ärzten eine besondere Bedeutung zu. Im Auftrag der Bundesärztekammer wurde 2007 von Fachexperten ein Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ entwickelt. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts wurde der Leitfaden hinsichtlich seiner Akzeptanz und Relevanz im ärztlichen Arbeitsalltag von September 2008 bis August 2009 evaluiert. Die befragten Ärzte halten den Leitfaden in der vorliegenden Form im Praxisalltag für gut verwendbar. Besonders positiv wird die laminierte Kurzform aufgenommen. Aus einer Gruppe von Ärzten und Ärztinnen, die an einer Zusatzqualifikation teilgenommen haben, verwenden nach eigenen Angaben 78% den Leitfaden und bei 31% hat sich das Verschreibungsverhalten verändert. Von den Medizinern, die den Leitfaden lediglich zugesandt bekommen hatten, bejahten 65% seine Nutzung, davon gaben 24% an, ihn häufig zu verwenden. Vorher – ohne die Versendung – war der Leitfaden nur 30% der Hausärzte bekannt und nur 14% waren in seinem Besitz. 75% hatten aber ihr Interesse bekundet. Der Leitfaden stellt ein einfaches und kostengünstiges Hilfsmittel dar, um Ärzte für die Thematik zu sensibilisieren und beim Erkennen der Problematik sowie der Behandlung betroffener Patienten zu unterstützen.

www.bundesaerztekammer.de -> Ärzte, Prävention, Legale und illegale Drogen, Medikamentenabhängigkeit

3.5 Dopingbekämpfung im Sport

3.5.1 Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport

In Deutschland sind 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport – DBVG (BGBl I S. 2510) sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnung (BGBl I S. 2607) in Kraft getreten. Schwerpunkt des Gesetzes ist die Bekämpfung international vernetzter krimineller Strukturen. Zudem wurde eine beschränkte Besitzstrafbarkeit für bestimmte Dopingmittel eingeführt. Die Liste der betroffenen Stoffe und der zugehörigen Grenzwerte im Arzneimittelgesetz und der Dopingmittel-Mengen-Verordnung wird laufend unter Anhörung von Sachverständigen an neue Entwicklungen in der Dopingzene angepasst. 2010 wurden erstmalig Stoffe für Gendoping erfasst (BGBl 2010 I S.1754). Die Bundesregierung wird im Jahr 2012 einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorlegen.

3.5.2 Nationaler Dopingpräventionsplan

Im September 2009 wurde von Bund, Ländern, der Nationalen Anti Doping Agentur und der Deutschen Sportjugend (beauftragt durch den Deutschen Olympischen Sportbund) der „Nationale Dopingpräventionsplan“ verabschiedet. Dopingprävention soll so in enger Kooperation möglichst flächendeckend und nachhaltig organisiert werden, um die vorhandenen knappen Ressourcen optimal zu nutzen. Bei Runden Tischen zur Dopingprävention im Oktober 2009 und September 2010 wurden die Grundlagen für die Umsetzung des Plans abgestimmt. Die Umsetzung konkreter Präventionsmaßnahmen im Rahmen des Plans begann Anfang 2010. Ziel ist es, Sportlerinnen und Sportler sowie deren Umfeld über die Gefahren des Dopings aufzuklären und deren Doping ablehnende Haltung zu stärken. Dazu ist es notwendig, auch Multiplikatoren wie Trainer und Übungsleiter einzubeziehen. So wird 2011 ein Referentenpool eingerichtet. Zudem hat sich das Internet für die Präventionsarbeit bewährt. Daher sind darüber Projekte mit persönlichem Kontakt zu Athleten wie eine E-learning-Plattform geplant.

www.nada-bonn.de -> Prävention, Nationaler Dopingpräventionsplan

3.6 Forschungsstudie KOLIBRI

Ziel der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Konsum aller leistungsbeeinflussenden Mittel in Alltag und Freizeit“ (KOLIBRI) ist es, bundesweit repräsentative Daten vorrangig zum Dopingverhalten im Freizeit- und Breitensport zu erhalten. Anlass dafür ist u. a. der Missbrauch von Anabolika in Fitnessstudios und von Schmerzmitteln im Ausdauersport. Die Ergebnisse der Studie sollen die Aktivitäten im Rahmen des Nationalen Dopingpräventionsplans im Bereich Freizeit- und Breitensport beeinflussen. Zudem werden ein Vergleich des Dopingverhaltens von Sport- und Nichtsporttreibenden sowie Aussagen zur Verwendung leistungsbeeinflussender Substanzen über sportbedingte Motivationen hinaus möglich sein. Schwerpunkt ist es, zu ermitteln, in welchem Zusammenhang die Einnahme von Nahrungsergänzungs-, Beruhigungs-/Schlaf- und Schmerzmitteln, Präparaten zum Abnehmen oder Muskelaufbau, leistungssteigernden Mitteln mit der Ausübung verschiedener Sportarten steht. Die Ergebnisse der Studie werden zum Frühsommer 2011 vorliegen.

Bisherige KOLIBRI-Daten zeigen, dass eine Leistungsbeeinflussung durch die regelmäßige Einnahme mancher frei verkäuflicher Mittel häufig vorkommt. Der Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungsbeeinflussung ohne medizinische Indikation fällt in der Bevölkerung ab 18 Jahren und bezogen auf den Konsum in den letzten zwölf Monaten sehr gering aus. Für eine gezielte Prävention stellt die Studie sportarten- und mittelbezogene Nutzerprofile dar.

www.rki.de -> Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie, Datenerhebungen, Weitere Studien, KOLIBRI

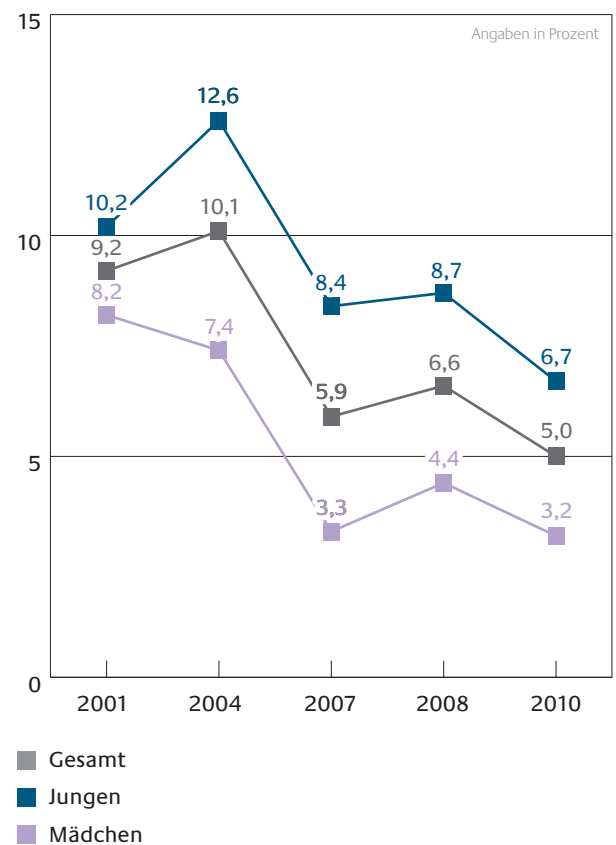
4 Cannabis

4.1 Konsumsituation in Deutschland

Der Anteil Jugendlicher im Alter von 12 bis 17 Jahren, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, ist weiter rückläufig. Nach einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat er sich vom bislang höchsten Wert von 15,1 % (2004) auf 7,4 % im Jahr 2010 reduziert. Der Rückgang wird sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen beobachtet. Nach wie vor ist der Anteil männlicher Jugendlicher (9,6 %), die schon einmal Cannabis konsumiert haben, größer als der Anteil weiblicher Jugendlicher (4,9 %). Der Anteil der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, sank 2010 auf 35,0 % (2004: 43,0 %), bei den jungen Männern auf 41,0 %, bei den jungen Frauen auf 28,8 %.

Sowohl bei Jugendlichen (Abb. 5) als auch jungen Erwachsenen sind die Anteile derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, in der aktuellen Studie niedriger als sechs Jahre zuvor (Abb. 5). Von den 12- bis 17-Jährigen gaben 2010 5,0 % einen Konsum in diesem Zeitraum an (2004: 10,1 %). Bei jungen Erwachsenen sind die entsprechenden Anteile von 15,2 % (2004) auf 12,7 % (2010) zurückgegangen. Dabei finden sich sowohl bei Jugendlichen als auch jungen Erwachsenen Geschlechtsunterschiede. Von den männlichen 12- bis 17-Jährigen haben 2010 in den letzten zwölf Monaten 6,7 % und von den weiblichen Jugendlichen 3,2 % Cannabis konsumiert (2004: 12,6 % bzw. 7,4 %), im Alter von 18 bis 25 Jahren 16,8 % der jungen Männer und 8,4 % der jungen Frauen.

Abbildung 5:
12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums
bei 12- bis 17-Jährigen 2001–2010



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011

4.2 Daten der Ermittlungsbehörden

4.2.1 Sicherstellungen von Cannabisprodukten

Bei Haschisch sank die Zahl der Sicherstellungsfälle deutlich auf 7.427 (-20 %), die beschlagnahmte Menge mit insgesamt 2.144 kg (-3 %) hingegen moderat. Bei Marihuana stieg sowohl die Zahl der Sicherstellungen auf 24.710 Fälle (+2 %) als auch die beschlagnahmte Gesamtmenge auf 4.875 kg (+13 %). Abgesehen von den Niederlanden wurde die Einfuhr von Haschisch nach Deutschland vor allem aus Marokko über Spanien und Portugal sowie in einer jeweils größeren Fallzahl aus Belgien, Frankreich und Österreich betrieben. Zudem wurden an einigen deutschen Flughäfen, vor allem in Frankfurt/Main, Luftpostsendungen aus Indien sichergestellt, die meist zum innereuropäischen Weitertransport, u. a. nach Österreich, Portugal, Spanien oder Skandinavien, bestimmt waren. Marihuana wurde in hoher Frequenz aus Belgien, Österreich und der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelt. Die mit 232 kg größte beschlagnahmte Einzelmengung war in einem Sattelzug versteckt, der sich auf dem Weg von Albanien über Italien, Österreich und Deutschland in die Niederlande befand. In mehreren Fällen wurden an deutschen Flughäfen, weit überwiegend in Frankfurt/Main, Marihuanamengen im niedrigen bis mittleren einstelligen Kilogramm Bereich sichergestellt, die sich in Paketsendungen aus Afrika befanden und meist an Empfänger in China adressiert waren. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Cannabisprodukten (insbesondere Marihuana) festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige. Italienische Staatsangehörige dominierten als Tatverdächtige bei Sicherstellungen von Haschisch.

4.2.2 Illegaler Anbau/Cannabisplantagen

Im Jahr 2010 wurde erneut ein umfangreicher Anbau von Cannabis auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben (Abb. 6), wobei die Zahl der sichergestellten Outdoor-Plantagen von 67 auf 46 (-31 %) sank und jene der Indoor-Plantagen geringfügig von 342 auf 348 (+2 %) anstieg. Bei den 46 Outdoor-Plantagen handelte es sich um eine Profiplantage (Anbaukapazität ab 1.000 Pflanzen), neun Groß-

plantagen (100–999 Pflanzen) und 36 Kleinplantagen (20–99 Pflanzen) mit insgesamt 5.470 (+3 %) sichergestellten Cannabispflanzen. Die 348 Indoor-Plantagen setzen sich aus 22 Profiplantagen, 105 Großplantagen und 221 Kleinplantagen mit insgesamt 74.502 (-18 %) beschlagnahmten Cannabispflanzen zusammen.

Die meisten Outdoor-Plantagen wurden in Bayern (19 %) registriert, die meisten Indoor-Plantagen in Baden-Württemberg und Niedersachsen (jeweils 13 %). Während der Fokus hinsichtlich der sichergestellten Indoor-Profi- und Indoor-Großplantagen in den Vorjahren auf Nordrhein-Westfalen lag, verzeichneten im Jahr 2010 gleich mehrere Bundesländer eine höhere Fallzahl, allen voran Niedersachsen (+18 %). Erstmals wurde auch ein Labor zur Produktion synthetischer Cannabinoide sichergestellt.

Abbildung 6:
Illegaler Anbau und Cannabisplantagen 2009–2010

Art*	2009	2010
Outdoor-Plantagen	67	46
Kleinplantagen	56	36
Großplantagen	9	9
Profiplantagen	2	1
Indoor-Plantagen	342	348
Kleinplantagen	218	221
Großplantagen	98	105
Profiplantagen	26	22

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

4.3 Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes

4.3.1 Cannabis als Medizin

Cannabis ist eine berauschende Substanz, deren Konsum grundsätzlich gesundheitsgefährdend ist. Es ist deshalb ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung, den Missbrauch von Cannabis zu verhindern. Die von mehr als 180 Staaten unterzeichneten Suchtstoffkonventionen der Vereinten Nationen verpflichten die Bundesrepublik Deutschland, die Verwendung von Cannabis und anderen Suchtstoffen auf ausschließlich medizinische oder wissenschaftliche Zwecke zu beschränken sowie den Besitz, den Kauf und den Anbau für den persönlichen Verbrauch mit Strafe zu bewehren. Deshalb sind in Deutschland wie auch in anderen europäischen Staaten, die allesamt Vertragsstaaten der Suchtstoffkonventionen sind, insbesondere Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Abgabe, Veräußerung, Erwerb und Besitz von Pflanzen oder Pflanzenteilen von Cannabis nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) strafbar. Hiervon umfasst ist auch der (Eigen-)Anbau von Cannabis, insbesondere von Tetrahydrocannabinol (THC)-reichen Sorten zur Gewinnung von Pflanzenmaterial zur medizinischen Anwendung.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits früh in seiner bekannten „Cannabis-Entscheidung“ vom 9. März 1994 (BVerfG, 2 BvL 43/92) die Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Cannabisverbote anerkannt. Mit seinen Beschlüssen vom 29. Juni 2004 (BVerfG, 2 BvL 8/02) und 30. Juni 2005 (BVerfG, 2 BvR 1772/02) hat das Bundesverfassungsgericht seine früheren Entscheidungen zur Strafbarkeit bestätigt und die Haltung der Bundesregierung ausdrücklich gestärkt.

Vor diesem Hintergrund sind gegenwärtig in Deutschland nur die Cannabisinhaltsstoffe Dronabinol und Nabilon nach Anlage III des BtMG verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel. Die Fertigarzneimittel Marinol® und Nabilon® können im Wege des Einzelimportes unter den Voraussetzungen des § 73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von einer Apotheke auf vorliegende Bestellung einzelner Personen und gegen Vorlage einer entsprechenden ärzt-

lichen Verschreibung in geringen Mengen nach Deutschland verbracht, abgegeben und zu medizinischen Zwecken angewendet werden. Daneben sind im Rahmen der Erteilung von Ausnahmeerlaubnissen nach § 3 Abs. 2 BtMG Anwendungen von Cannabisextrakten und Cannabisblüten möglich. Hierzu können in Einzelfällen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Anträge auf Erteilung von Ausnahmeerlaubnissen zur Anwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken bei schwerkranken Patientinnen und Patienten oder zu wissenschaftlichen Zwecken gestellt werden.

Mit der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) schafft die Bundesregierung, neben wichtigen anderen Regelungen zur Verbesserung der betäubungsmittelrechtlichen Rahmenbedingungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (siehe B 5.4.1), auch die betäubungsmittelrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassungs- und Verschreibungsfähigkeit cannabishaltiger Fertigarzneimittel. Hierzu ist eine differenzierte Umstufung der Position Cannabis in den Anlagen des BtMG erfolgt. Im Hinblick auf die weiterentwickelten Erkenntnisse zur Wirksamkeit cannabishaltiger Arzneimittel ist es der Bundesregierung im Rahmen der internationalen Verpflichtungen ein Anliegen, schwerkranken Patientinnen und Patienten Zugang zu cannabishaltigen Fertigarzneimitteln zu ermöglichen. Fertigarzneimittel haben gegenüber anderen Anwendungsformen von Cannabis insoweit Vorteile, als die Antragsteller im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach den strengen Vorschriften des Arzneimittelrechts eine standardisierte Arzneimittelqualität, die Wirksamkeit über entsprechende klinische Studien und eine relative Unbedenklichkeit nachweisen müssen. Durch die differenzierte Umstufung der Position Cannabis in den Anlagen des BtMG wird – neben den auf Rezepturbasis und im Wege des Einzelimportes nach dem Arzneimittelgesetz sowie im Rahmen von Ausnahmeerlaubnissen nach dem BtMG rechtlich zulässigen Anwendungen – eine weitere Therapieoption eröffnet.

4.3.2 Neue psychoaktive Stoffe

Neue Stoffe und Zubereitungen werden durch betäubungsmittelrechtliche Rechtsverordnungen der Bundesregierung in die Anlagen I–III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen. Diese Verordnungen bedürfen grundsätzlich der Zustimmung des Bundesrates. Eine Änderung vorhandener Positionen erfolgt entsprechend. Vor einer Änderung wird der Sachverständigenausschuss der Bundesregierung für Betäubungsmittel angehört (§ 1 Abs. 2 BtMG).

Betäubungsmittel im Rechtssinne sind deshalb nur die in den Anlagen I–III des BtMG aufgeführten Stoffe und Zubereitungen. Insoweit wirken sich Änderungen der Anlagen I–III des BtMG unmittelbar auf die Art und den Umfang des legalen und illegalen Betäubungsmittelverkehrs aus, denn sie geben vor, inwieweit der Umgang mit einem bestimmten Stoff illegal und damit nach dem BtMG strafbar ist.

In den letzten Jahren gilt die besondere Aufmerksamkeit der Bundesregierung dem Auftreten neuer psychoaktiver, zumeist synthetischer, Stoffe die gelegentlich auch als „Designerdrogen“ oder „Legal Highs“ bezeichnet werden. Seit 2008 sind etliche dieser psychoaktiven Stoffe als relativ neues Phänomen in Kräutermischungen wie „Spice“ aufgetreten. Dabei handelt es sich um völlig neue oder um bekannte, allerdings bislang so noch nicht in Verkehr gebrachte Stoffe, die dem BtMG noch nicht unterliegen. Hierzu wird die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel häufig und gezielt so verändert, dass der im Ergebnis entstehende neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Gleichzeitig bleibt die für Missbrauchszwecke geeignete psychotrope Wirkung des neuen Stoffes erhalten oder wird sogar verstärkt. Auf diese Weise werden die gesetzlichen Verbote und Kontrollen des BtMG für hochwirksame psychoaktive Stoffe von den Akteuren des Drogenhandels gezielt umgangen.

Mit der am 22. Januar 2010 in Kraft getretenen 24. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften vom 18. Dezember 2009 (BGBl I S. 3944) wur-

den die in Kräutermischungen wie „Spice“ und vergleichbaren Produkten festgestellten synthetischen Cannabinoide „CP-47,497-Homologe“ und „JWH-018“ dauerhaft dem BtMG unterstellt. Damit ist auch künftig jede Form von unerlaubter Herstellung, Handel und Besitz nach dem BtMG untersagt. Diese Cannabinoide waren zuvor, aufgrund ihrer psychotropen Wirkung, des Ausmaßes ihrer missbräuchlichen Verwendung und der unmittelbaren und mittelbaren Gefährdung der Gesundheit, für ein Jahr befristet durch die am 22. Januar 2009 in Kraft getretene Eilverordnung (22. BtMÄndV vom 19. Januar 2009, BGBl I S. 49) in Anlage II des BtMG (verkehrs- aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel) aufgenommen worden.

Außerdem wurden drei weitere Stoffe wegen ihres Suchtpotentials und der von diesen Stoffen ausgehenden Gesundheitsgefährdung unterstellt: Zwei weitere synthetische Cannabinoide („JWH-019“ und „JWH-073“), die inzwischen als Zusätze in neu auf dem Markt befindlichen Kräutermischungen festgestellt oder bereits in Rauschgiftforen im Internet diskutiert wurden, und Mephedron (4-Methylmethcathinon), das eine ähnliche Wirkung wie Ecstasy und Kokain aufweist.

In enger Zusammenarbeit mit dem Bundeskriminalamt und anderen Stellen, wie der Europäischen Beobachtungstelle für Drogen- und Drogensucht, verfolgt die Bundesregierung die gegenwärtige Entwicklung neuer psychoaktiver Stoffe weiterhin kritisch und warnt vor deren Konsum (siehe gemeinsame Pressemitteilung des Bundeskriminalamtes und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 20. Dezember 2010).

Im Rahmen dieser Anstrengungen hat sich der Sachverständigenausschuss der Bundesregierung für Betäubungsmittel am 6. Dezember 2010 für die Aufnahme von zehn weiteren neuen Stoffen in die Anlage II des BtMG ausgesprochen:

- Synthetische Cannabinoide – Aminoalkylindole: JWH-015, JWH-081, JWH-122;

- Piperazin-Derivate:
3-Trifluormethylphenylpiperazin (TFMPP),
para-Fluorphenylpiperazin (p-FPP), Methylbenzyl-
piperazin (MBZP);
- Phenylethylamine (Cathinon-Derivate):
Butylon, 3,4-Methylenedioxypropylvaleron (MDPV),
Ethylcathinon, Naphyron).

Das Bundesministerium für Gesundheit wird hierzu eine Rechtsverordnung zur Änderung der Anlagen des BtMG vorlegen.

4.4 Modellprojekte

4.4.1 Verbreitung und Gefährdung von cannabinoidhaltigen Räuchermischungen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte von Juni 2009 bis Mai 2010 das Modellprojekt „Spice, Smoke, Sence & Co. – Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung“. Es untersuchte die quantitativen und qualitativen Veränderungen des Konsums von „Spice“ und vergleichbarer cannabinoidhaltiger Räuchermischungen vor und nach der BtMG-Unterstellung (siehe B 4.3.2).

Die Studie umfasst drei Module: Eine repräsentative Stichprobe von 15- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schülern in einer deutschen Großstadt vor und nach dem Verbot, Experteninterviews mit Mitarbeitern von Headshops bzw. Geschäften, in denen „Spice“ oder andere Räuchermischungen verkauft werden bzw. wurden, sowie qualitative Interviews mit Konsumierenden. Die Studie führte zu Erkenntnissen über die Kundenstruktur, das Ausmaß des Handels mit unterschiedlichen Produkten sowie die Konsummotivationen: 3 % der Schülerinnen und Schüler wiesen vor der Unterstellung (2008) einen aktuellen Konsum (30-Tage-Prävalenz) von cannabinoidhaltigen Substanzen auf, nach der Unterstellung (2009) nur noch 1 %. Daraus kann geschlossen werden, dass das Verbot und die weit-

gehend eingestellte Medienberichterstattung zum Rückgang der Verbreitung der Räuchermischungen geführt haben. Die Studie zeigt auch, dass äußerst wenige Jugendliche ohne vorherige Erfahrungen mit illegalen Drogen „Spice“-Produkte ausprobiert haben. Die Hauptzielgruppe dafür scheinen daher weniger die Jugendlichen zu sein, sondern eher Erwachsene jungen bis mittleren Alters.

Im Rahmen eines EU-Projekts mit einer Kofinanzierung durch das BMG werden seit Anfang 2011 synthetische Cannabinoide, deren Wirkungen, eventuelle Nachweisverfahren sowie Präventionsmöglichkeiten untersucht. Das Universitätsklinikum Freiburg arbeitet dabei unter Mitwirkung des Bundeskriminalamtes mit weiteren Partnern in Deutschland sowie in Polen, Finnland, Österreich und der Schweiz zusammen. Der Abschlussbericht soll Ende 2013 vorliegen.

4.4.2 Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs

„AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs“ ist ein Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, das vom Bundesministerium für Gesundheit von 2008 bis 2010 gefördert wurde. Eine internetgestützte Arbeitsplattform für Mitarbeiter, Einrichtungen und Träger enthält Good Practice-Materialien, um die Arbeit mit und den Zugang zu jugendlichen Cannabiskonsumenten zu erleichtern. Außerdem wurden das Elternseminar „Generation E“ und der Elternkurs „Hilfe, mein Kind pubertiert“ als geeignete sekundärpräventive Angebote und Programme für die Eltern jugendlicher Cannabiskonsumenten identifiziert.

www.averca.de

4.4.3 FreD goes net – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten in Europa

„FreD goes net“ wurde als europäisches Transferprojekt von „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ im Zeitraum von 2007 bis 2010 von der EU und dem Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Das Ziel war, den klassischen Zugangsweg über die Polizei bzw. Justiz in verschiedene europäische Länder zu übertragen sowie das Projekt mit der Erprobung neuer Zugangswege, wie Schulen und Arbeitsplatz, weiter zu entwickeln. In elf von zwölf Partnerländern wurde das Projekt etabliert. Die vor Ort beteiligten Organisationen berichteten unter anderem von einem spürbar besseren Zugang zu konsumierenden Jugendlichen. Neben Deutschland, Rumänien, Luxemburg und Polen planen 2011 auch die Slowakei, Slowenien und Zypern eine landesweite Umsetzung.

www.fred-goes-net.org

4.4.4 Fünf-Länder-Projekt INCANT

INCANT (International Cannabis Need of Treatment) ist eine multizentrische Therapiestudie, mit der die Effektivität eines in den USA entwickelten Behandlungsprogramms für minderjährige Jugendliche mit Cannabisstörungen und deren Familienangehörige von 2006 bis 2010 in Deutschland, Belgien, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz evaluiert wurde. Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde die „Multidimensionale Familientherapie – MDFT“ mit einem einzeltherapeutischen Standardprogramm verglichen. Letzteres orientierte sich am etablierten integrativen jugendsuchtspezifischen Psychotherapiekonzept (JUP), das seit 2000 in der ambulanten Therapieeinrichtung „Therapieladen“ in Berlin, dem deutschen Projektstandort, angeboten wird.

Im Ergebnis ist MDFT in Bezug auf die Reduktion des Cannabiskonsums gegenüber der JUP-Kontrollgruppe signifikant überlegen. Ebenso konnte eine signifikant höhere Haltequote sowie eine höhere subjektive Zufriedenheit der beteiligten Eltern bei MDFT ermittelt werden. Hinsichtlich komorbider psychosozialer Belastungen der Jugendlichen

wurde in beiden Behandlungsgruppen gleichermaßen eine Verbesserung der Symptomatik erzielt.

Soziodemographische 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 viel versprechenden bisherigen Trends zeigen, dass mit dem intensiven systemischen MDFT-Ansatz eine sehr junge, schwach motivierte und psychosozial hochbelastete Klientengruppe erfolgreich ambulant behandelt werden kann.

Zwar sind in Deutschland mit den Programmen „FreD“, „realize it“, „Candis“ und „Quit the shit“ weitere gut evaluierte Beratungs- und Behandlungsangebote vorhanden, aber keines davon erreicht die Zielgruppe der unter 18-Jährigen so gut wie der MDFT-Ansatz. Für die Verhinderung von „Drogenkarrieren“ ist es deshalb wünschenswert, die MDFT bundesweit bekanntzumachen. Als eine Grundlage dafür hat das Bundesministerium für Gesundheit die Erstellung eines umfangreichen Manuals zur Fortbildung zu MDFT-Therapeuten gefördert. Gemeinsam mit den Suchtbeauftragten der Länder wird an einer Umsetzung von MDFT in den in Frage kommenden Einrichtungen der Psychiatrie, der Jugendhilfe sowie der Sucht- und Drogenhilfe gearbeitet.

www.incant.eu

Beispiel aus den Bundesländern

Bundesweit:

Cannabisausstiegsprogramm „quit the shit“

Ziel von „quit the shit“ ist es, den individuellen Konsum von Cannabis innerhalb eines Zeitfensters von 50 Tagen deutlich zu reduzieren. Zentrales methodisches Instrument ist ein Online-Tagebuch, das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Protokollierung ihres Fortschritts bei der Reduzierung des Konsums nutzen können. Ein Team von Beraterinnen und Beratern gibt wöchentlich individuelle Rückmeldungen. 2009 und 2010 wurde das Programm durch spezielle interaktive Übungen ergänzt, welche eine stärkere persönliche Auseinandersetzung mit dem Konsum und allen damit zusammenhängenden Aspekten ermöglichen. Mittlerweile wurde „quit the shit“ bundesweit als fester Bestandteil in ausgewählten Beratungsstellen installiert.

www.drugcom.de

4.4.5 Realize it!

Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren sollen durch das Kurzinterventionsprogramm „Realize it!“ ihren Konsum einstellen oder deutlich reduzieren. Von 2004 bis 2007 wurde es als deutsch-schweizerisches Projekt erfolgreich mit Ausnahme einer adäquaten Erreichung der unter 18-Jährigen erprobt. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von 2008 bis 2009 die Schaffung eines bundesweiten Netzwerks jener Beratungsstellen, welche das Programm anwenden, sowie die Erstellung einer speziellen Programmversion für unter 18-Jährige. Ende 2009 war „Realize it!“ bundesweit in 161 Beratungsstellen etabliert. Bis Anfang 2011 wurden allein mit „Realize it“ über 2.100 junge Erwachsene erreicht. Die Version „Realize it x-tra“ für jüngere Cannabiskonsumentinnen wurde in zehn Beratungsstellen erfolgreich erprobt und steht dem Netzwerk zur Verfügung. Seit Anfang 2011 kann darüber hinaus ein Interventionsmodul für den hohen Anteil der Ratsuchen-

den, die sowohl Cannabis als auch Alkohol missbräuchlich konsumieren, genutzt werden. Neu eingeführt wurde auch eine systematisierte Hilfestellung für diejenigen Cannabis-konsumierenden, welche über das Suchtproblem hinaus weitere Belastungen aufweisen.

www.realize-it.org

4.4.6 CANDIS

CANDIS ist ein individuelles Behandlungsprogramm für Personen, die ihren Cannabiskonsum überdenken, einschränken oder beenden wollen. Das kognitiv-behaviorale Entwöhnungsprogramm besteht aus den drei Therapie-modulen: motivationale Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösetraining. Im Rahmen der in den Jahren 2007 bis 2009 von der Technischen Universität Dresden durchgeführten multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie „Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen ‚CANDIS‘ in das ambulante deutsche Suchthilfesystem“ wurde überprüft, wie wirksam das modulare Behandlungskonzept unter den realen Bedingungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist. Die Klienten zeigen demnach ein großes Interesse an der strukturierten Kurzintervention. Insgesamt 255 Personen nahmen am Projekt teil. 88% der Teilnehmer erfüllten die Kriterien für eine Cannabisabhängigkeit, 12% für Cannabissmissbrauch. Die Abstinenzrate aller Beender (n=166) lag bei knapp 64%, die nicht-abstinenten Beender reduzierten ihre monatlichen Konsumtage von durchschnittlich 18 auf sechs Tage. Eine im Studienverlauf durchgeführte Prozessevaluation zeigt, dass die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Studientherapeuten und Einrichtungsleiter das Programm als große Bereicherung und Erweiterung ihres aktuellen Angebots einschätzt.

www.candis-projekt.de

4.4.7 CAN Stop

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelte und evaluierte das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters von Februar 2008 bis April 2011 ein manualisiertes Gruppenbehandlungsprogramm zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen im Alter von 14 bis 21 Jahren mit pro-

blematischem Cannabiskonsum unter der Bezeichnung „CAN Stop“. Es wurde jeweils in unterschiedlichen Settings (ambulante Jugendhilfe, stationäre und ambulante medizinische Versorgung, Jugendstrafvollzug) evaluiert. Bisher liegen Ergebnisse zu 141 Testpersonen mit einem Altersdurchschnitt von 18,4 Jahren vor. 76 % der männlichen (n=118) und alle weiblichen Testpersonen (n=23) wurden gemäß dem von der WHO empfohlenen Fragebogen Severity of Dependence Scale (SDS) als cannabisabhängig eingestuft.

www.canstop.med.uni-rostock.de

5 Heroin und andere Drogen

5.1 Situation in Deutschland

Die Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) von 2009 zeigen, dass jeder vierte Erwachsene (26,5 %) im Alter von 18 bis 64 Jahren schon einmal eine illegale Droge probiert hat. Dabei handelt es sich überwiegend um Cannabisprodukte (siehe B 4). 7,4 % der Erwachsenen probierten bereits andere illegale Substanzen wie Heroin, Kokain oder Amphetamine, deren aktueller Konsum in den vergangenen 30 Tagen mit 0,6 % bei den Erwachsenen wesentlich geringer ausfällt. Dabei nehmen Männer deutlich öfter illegale Drogen zu sich als Frauen; gleichzeitig konsumieren jüngere Erwachsene unter 30 Jahren häufiger illegale Substanzen als ältere Erwachsene.

Laut den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie von 2008 machte jedes zehnte Kind bzw. Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren bereits Erfahrungen mit illegalen Drogen. Auch hier zeigt sich, dass diese Erfahrungen wesentlich durch Cannabis bestimmt sind. Werden illegale Drogen ohne Cannabis betrachtet, bejahen 2,7 % der Kinder und Jugendlichen den Konsum solcher Substanzen, 0,4 % konsumieren diese regelmäßig. Im Alter von 12 bis 13 Jahren haben in der Befragung 0,5 % der Kinder angegeben, Erfahrungen mit illegalen Drogen (ohne Cannabis) gemacht zu haben. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich keine signifikante Änderung. Bei Kindern und Jugendlichen gilt: Je jünger sie sind, desto seltener haben sie illegale Drogen konsumiert, Mädchen deutlich seltener als Jungen. Dabei zeigt sich unabhängig vom Geschlecht die Tendenz, dass Konsumenten legaler Suchtmittel wie Alkohol, Zigaretten oder Shisha häufiger bereits illegale Substanzen probierten oder regelmäßig konsumieren. Nach Cannabis steht der Konsum von Ecstasy, Kokain und Amphetaminen bei dieser Altersgruppe im Vordergrund, wobei die einzelnen Konsumprävalenzen dieser drei Substanzen unter einem Prozent liegen.

Schätzungen zufolge konsumieren insgesamt etwa 200.000 Personen in Deutschland illegale Substanzen

(ohne Cannabis) risikohaft, die Mehrheit davon injiziert Heroin.

5.1.1 Rauschgifttodesfälle

Im Jahr 2010 starben 1.237 Menschen an ihrem Drogenkonsum. Das sind 7 % weniger als noch im Vorjahr (1.331). Die Mehrheit der Drogentoten verstarb an den Folgen einer Überdosis von Heroin (529 Menschen) bzw. an einer Überdosis von Heroin in Verbindung mit sonstigen Drogen (326 Menschen). An dritter Stelle der Todesursachen stehen erneut gesundheitliche Langzeitschäden aufgrund jahrelangen Drogenkonsums (214 Menschen). Die größte Zahl von Drogentodesfällen findet sich in der Altersgruppe der älteren Drogenabhängigen ab 30 Jahren (944 Personen).

Abbildung 8:
Rauschgifttodesfälle im Vergleich
ausgewählter Großstädte 2009–2010

	2009	2010
Frankfurt	34	32
Köln	41	43
München	48	47
Hannover	14	12
Dortmund	14	13
Essen	26	13
Stuttgart	9	16
Nürnberg	21	29
Düsseldorf	21	11
Mannheim	8	11

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

Abbildung 7:
Rauschgifttodesfälle in Deutschland 2009–2010

Bundesland	2009	2010	Veränderung
Schleswig Holstein (SH)	39	42	+7,7 %
Hamburg (HH)	65	53	-18,5 %
Niedersachsen (NI)	82	65	-20,7 %
Bremen (HB)	28	23	-17,9 %
Nordrhein-Westfalen (NW)	344	289	-16,0 %
Hessen (HE)	110	108	-1,8 %
Rheinland-Pfalz (RP)	60	43	-28,3 %
Baden-Württemberg (BW)	133	168	+26,3 %
Bayern (BY)	250	262	+4,8 %
Saarland (SL)	19	12	-36,8 %
Berlin (BE)	155	124	-20,0 %
Brandenburg (BB)	9	3	-66,7 %
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	4	8	+100,0 %
Sachsen (SN)	12	24	+100,0 %
Sachsen-Anhalt (ST)	9	6	-33,3 %
Thüringen (TH)	12	7	-41,7 %
Insgesamt	1.331	1.237	-7,1 %

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

Abbildung 9:
Rauschgifttote nach Todesursachen 2010 – Länderabfrage

Überdosis von	SH	HH	NI	HB	NW	HE	RP	BW	BY	SL	BE	BB	MV	SN	ST	TH	Gesamt
Heroin	21	2	31	17	151	82	22	66	97	5	11	3	6	9	2	4	529
Heroin i. V. m. sonst. Drogen	3	14	19	1	56	8	9	48	82	3	75		2	6			326
Kokain		2	5	2	7	6			1		4						27
Kokain i. V. m. sonst. Drogen	1	9	5		23	4		2	7	3	35		1				90
Amphetamin			2		5	5	1	1	3	1				1		1	20
Amphetamin i. V. m. sonst. Drogen		1	1		13	4	2	5	21	2	5						54
Ecstasy					2												2
Ecstasy i. V. m. sonst. Drogen			2		4												6
Substitutionsmittel	4	3	3		9	7	2	10	10		2			1			51
– davon Methadon/ Polamidon	4	3	3		9	5	2	9	7		2			1			45
– davon Subutex								1	3								4
Substitutionsm. i. V. m. sonst. Drogen	3	18	7		15	6	1	13	14	2	35			1	1		116
– davon Methadon/ Polamidon	3	17	7		14	4	1	11	14	2	35			1	1		110
– davon Subutex		1						1									2
Sonstige BtM/ Drogenart nicht bek.	5		4		24	19	4	8	57		26			1			148
Suizid	2	3	3	1	17	3	1	2	9	1	15			2	1	1	61
Langzeitschäden	3	11	24	2	15	10		11	132		6						214
Unfall/Sonstige		3	1				1	2			4			3	2	1	17
Gesamtzahl der Todesfälle*	42	53	65	23	289	108	43	168	262	12	124	3	8	24	6	7	1237
Obduktion (%-Anteil)	83	34	48	13	28	86	93	63	92	100	98	67	100	96	n. b.	57	66

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

Die 2010 registrierten Drogentodesfälle bedeuten den niedrigsten Stand in den letzten 10 Jahren. Dabei steigt das Durchschnittsalter der Drogentoten kontinuierlich an und liegt bei 36 Jahren. Dies zeigt zum einen, dass es durch die Hilfs- und Behandlungsangebote in der Drogenpolitik gelungen ist, immer mehr Drogenabhängigen einen Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen, zum anderen aber auch, dass immer mehr Drogenabhängige gesundheitlich stabilisiert und ihr Überleben gesichert werden konnte. Zu diesen Angeboten zählen: die qualitätsgestützte Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin, die diamorphingestützte Behandlung, Drogenkonsumräume mit Spritzentausch, Kontaktläden, Beratung sowie medizinische und soziale Hilfsangebote. Das steigende Durchschnittsalter der Drogentoten verdeutlicht zudem, dass Opiatabhängigkeit unter jungen Drogenkonsumenten heute deutlich weniger verbreitet ist.

5.1.2 Daten zur Rauschgiftkriminalität

Grundlagen der folgenden Darstellung der Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Die statistischen Angaben zur Rauschgiftkriminalität spiegeln den Erfassungsstand der Falldatei Rauschgift (FDR) zum Stichtag 31. Januar 2011 wider. Der Darstellung der Rauschgiftsituation werden die Indikatoren Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD), Rauschgifttote, Sicherstellungsfälle und -mengen inklusive wichtiger Herkunfts- und Bestimmungsstaaten sowie die Nationalitäten der Tatverdächtigen zugrunde gelegt. Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität und spiegeln das in der FDR erfasste Hellfeld dieses Kriminalitätsbereiches wider. Verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie Sicherstellungen größerer Einzelmengen können die Lageentwicklung wesentlich beeinflussen.

Die Zahl der EKHD stieg im Jahr 2010 auf 18.621 Personen (+3 %). Die Zahlen der erstauffälligen Konsumenten von Heroin und Kokain sanken jeweils um 11 %. Auffällig sind die im Gegensatz zum Vorjahr zu verzeichnenden deutli-

chen Anstiege bei kristallinem Methamphetamin (+76 %) und Crack (+72 %). Hingegen setzte sich die bereits zuvor festgestellte Entwicklung bei den erstauffälligen Konsumenten von Amphetamin, deren Zahl auch im Jahr 2010 wieder anstieg (+11 %) und neuerlich einen Höchststand erreichte, fort. Auch der Rückgang bei Ecstasy (-38 %) bedeutet eine Fortsetzung der bereits im letzten Jahr festgestellten Tendenz. Bei LSD (+11 %) und den sonstigen Drogen (+4 %) wurden hingegen Anstiege registriert.

5.1.3 Sicherstellungen

Die Gesamtzahl der registrierten Sicherstellungsfälle von Rauschgift sank im Jahr 2010, wobei die Entwicklungen bei den einzelnen Drogenarten uneinheitlich verliefen. Anstiege waren vor allem bei Amphetamin/Methamphetamin und biogenen Drogen zu verzeichnen. Eine große Zahl von Fällen betraf wie üblich den Schmuggel vergleichsweise kleinerer Drogenmengen, welche durch Konsumenten oder Kleinhändler im Wege von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt wurden. Neben der Nutzung von Transportrouten auf dem Landweg wurde in hoher Frequenz Rauschgift durch Flugkuriere oder per Luftpostsendungen nach Deutschland geschmuggelt. Dabei war häufig der Transport ins europäische Ausland, nicht selten aber auch in außereuropäische Regionen beabsichtigt. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen wurden bei nahezu allen Drogenarten weit überwiegend deutsche Staatsangehörige als Tatverdächtige festgestellt. Besonders hoch lag ihr Anteil bei Sicherstellungen von synthetischen Drogen und Cannabispflanzen. Lediglich in Verbindung mit Sicherstellungen von Khat traten deutsche Tatverdächtige vergleichsweise selten in Erscheinung.

Abbildung 10:
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhd) 2009–2010

Zeitraum	Gesamt (*)	Heroin	Kokain	Crack	Meth-/Amphetamin (**)	Ecstasy	Sonstige (***)
01.01.–31.12.2009	18.139	3.592	3.591	181	10.679	1.357	448
01.01.–31.12.2010	18.621	3.201	3.211	311	12.043	840	474
Veränderung	+2,7%	-10,9%	-10,6%	+71,8%	+12,8%	-38,1%	+5,8%

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

(**) Unter den 12.043 Personen im Jahr 2010 befanden sich 642 erstauffällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamin. Gegenüber dem Jahr 2009 (364 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 76,4%.

(***) Unter den 474 Personen im Jahr 2010 befanden sich 141 erstauffällige Konsumenten von LSD. Gegenüber dem Jahr 2009 (127 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 11,0%.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

Heroin

Im Jahr 2010 wurden in 5.645 Fällen insgesamt 474 kg Heroin beschlagnahmt (Abb. 11). Dies entspricht einem Rückgang sowohl der Sicherstellungsfälle (-9%) als auch der Sicherstellungsmenge (-38%). Die gesunkene Gesamtmenge resultiert vor allem aus einem deutlichen Rückgang (-53%) beschlagnahmter Heroinmengen im zweistelligen Kilogramm Bereich. Vergleichsweise selten konnten zur Herkunft größerer, in Deutschland sichergestellter Heroinmengen Nachweise geführt werden, die bis in andere Staaten als die Niederlande reichten. Beim Schmuggel auf dem Landweg wurden in dieser Hinsicht unter anderem Belgien, Österreich, Polen, Staaten des Balkans oder in Einzelfällen die Türkei identifiziert. Daneben erfolgten an deutschen Flughäfen mehrere Sicherstellungen kleinerer Mengen in Paketsendungen aus dem asiatischen und arabischen Raum, die in der Regel zum Transport ins europäische Ausland, dabei in erster Linie nach Spanien, bestimmt waren. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen in Deutschland festgestellt wurden, dominierten türkische Staatsangehörige.

Kokain und Crack

Im Jahr 2010 wurden in 3.350 Fällen insgesamt 3.031 kg Kokain sichergestellt (Abb. 11). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang der Fallzahl (-13%) bei einer deutlich gestiegenen Gesamtmenge (+78%) auf den bislang höchsten Wert in Deutschland. Im Vergleich zum Vorjahr wurden im Jahr 2010 nochmals größere Einzelmengen beschlagnahmt. Unter anderem wurde im Hamburger Hafen mit rund 1,3 t die bislang größte Einzelmenge an Kokain in Deutschland sichergestellt. Das Rauschgift hatte sich in einem mit Holzbriketts beladenen Schiffscontainer aus Paraguay befunden. Ebenfalls aus Paraguay stammten mehrere beschlagnahmte Containerlieferungen mit Sandsteinen, in denen insgesamt rund 351 kg Kokain versteckt waren. Darüber hinaus wurden in Nordrhein-Westfalen 341 kg Kokain in einer Bananensendung, die aus Kolumbien nach Antwerpen verschifft worden war, sichergestellt. Der Modus Operandi, Kokain in Bananenlieferungen aus Südamerika zu schmuggeln, wurde in Deutschland bereits des Öfteren festgestellt. Bei dem in hoher Frequenz betriebenen Schmuggel auf dem Luftweg aus Südamerika nach

Deutschland wurden erneut vor allem Argentinien und Brasilien als bedeutende Herkunfts- bzw. Transitstaaten ermittelt. In vielen Fällen war in Deutschland sichergestelltes Kokain für den innereuropäischen Vertrieb bestimmt. Häufig war der Transport vor allem nach Spanien und Großbritannien beabsichtigt. Wie schon im Vorjahr befanden sich darüber hinaus mehrere Luftpostsendungen mit kleineren Mengen im Transit Richtung China. Bei Sicherstellungen von Kokain traten von den nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, mit deutlichem Abstand gefolgt von italienischen Staatsangehörigen in Erscheinung.

Bei Crack wurden Rückgänge der Fallzahl auf 1.013 (–9 %) und der Sicherstellungsmenge auf etwas mehr als 3 kg (–30 %) registriert. Der weitaus größte Teil der Fälle und der Menge wurde in Hamburg erfasst. Im Zusammenhang mit Crack Sicherstellungen dominierten unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen türkische Staatsangehörige.

Abbildung 11:
Sicherstellungen 2009–2010

Rauschgiftart	2009		2010		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.183	758,4 kg	5.645	474,3 kg	–8,7 %	–37,5 %
Opium	68	98,8 kg	42	12,4 kg	–38,2 %	–87,4 %
Kokain	3.858	1.707,0 kg	3.350	3.030,8 kg	–13,2 %	+77,6 %
Crack	1.111	4,6 kg	1.013	3,2 kg	–8,8 %	–30,4 %
Meth-/Amphetamin (davon Crystal)	8.081 (446)	1.382,7 kg (7,2 kg)	9.229 (799)	1.203,7 kg (26,8 kg)	+14,2 % (+79,1 %)	–12,9 % (+272,2 %)
Ecstasy	1.761	521.272 KE	1.209	230.367 KE	–31,3 %	–55,8 %
LSD	237	20.705 Tr.	216	4.279 Tr.	–8,9 %	–79,3 %
Haschisch	9.294	2.220,0 kg	7.427	2.143,7 kg	–20,1 %	–3,4 %
Marihuana	24.135	4.298,0 kg	24.710	4.874,7 kg	+2,4 %	+13,4 %
Pflanzen	1.359	127.718 St.	1.517	101.549 St.	+11,6 %	–20,5 %
Khat	121	24.004,5 kg	169	30.389,3 kg	+39,7 %	+26,6 %
Psilocybine Pilze	263	12,2 kg	401	16,0 kg	+52,5 %	+31,1 %

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

Amphetamin und Methamphetamin

In 9.229 Fällen wurden 1.204 kg Amphetamin und Methamphetamin sichergestellt (Abb. 11). Die Fallzahl stieg damit an (+14 %), während die beschlagnahmte Menge erstmals nach acht Jahren sank (–13 %). Der Rückgang der sichergestellten Gesamtmenge im Vergleich zum Jahr 2009 ist auf das Ausbleiben einer vergleichbaren Grobsicherstellung im Jahr 2010 zurückzuführen. 2009 erfolgte eine Beschlagnahme von 360 kg in Niedersachsen, der bislang größten Einzelmengung in Deutschland. In 799 Fällen (+79 %) mit insgesamt fast 27 kg (+272 %) wurde die bislang deutlich größte Gesamtmenge an kristallinem Methamphetamin („Crystal“) sichergestellt. Damit ist dies die Rauschgiftart mit den höchsten Steigerungsraten des Jahres 2010. Mehr als die Hälfte der Gesamtmenge wurde in Sachsen beschlagnahmt, rund ein Fünftel in Bayern. In Einzelfällen verzeichneten auch Nordrhein-Westfalen und Hessen nen-

nenswerte Sicherstellungsmengen dieser insbesondere aus der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelten Droge. Zahlreiche Fälle mit allerdings durchschnittlich relativ geringen Einzelmengen wurden wie im Vorjahr in Thüringen registriert. Neben dem weitaus größten Teil des nachweislich aus den Niederlanden nach Deutschland geschmuggelten Amphetamins erfolgte mehrfach die Einfuhr kleiner Mengen aus Belgien, Österreich oder der Tschechischen Republik. In Einzelfällen wurde Amphetamin und Methamphetamin aus Südamerika am Flughafen Frankfurt/Main sichergestellt. Die Drogen waren für den Weitertransport nach Japan vorgesehen. Ferner wurden einige an Empfänger in Irland gerichtete Luftpostsendungen mit dem Amphetaminderivat Mephedron am Flughafen Leipzig beschlagnahmt. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Amphetamin und Methamphetamin wurden bezüglich der nichtdeutschen Tatverdächtigen vor allem türkische, häufig auch polnische, Staatsangehörige festgestellt.

Ecstasy

Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy (Abb. 11) sank auf 1.209 Fälle (-31 %), die der beschlagnahmten Menge auf 230.367 Tabletten (-56 %). Der weit überwiegende Teil der sichergestellten Tabletten, zu denen ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammte aus den Niederlanden. Vereinzelt waren Großmengen in jeweils vier- bis fünfstelliger Stückzahl für den Transport nach Bulgarien, Rumänien, Irland, der Schweiz sowie Swasiland bestimmt. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen, die im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Ecstasy in Erscheinung traten, dominierten niederländische vor türkischen Staatsangehörigen.

5.1.4 Labore

Im Jahr 2010 wurden 16 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt, was einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr (24 Labore) bedeutet (Abb. 12). Es handelte sich wie im Vorjahr überwiegend um Kleinlabore zur Herstellung von Methamphetamin, die über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmerkreises verfügten.

Abbildung 12:
Illegale Herstellung/Labore 2009–2010

Rauschgiftart	2009	2010
ATS*	22	15
GHB	2	-
Synthetische Cannabinoide	-	1
Gesamt	24	16

* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances. Bei den im Jahr 2010 sichergestellten ATS-Laboren handelte es sich um 15 Produktionsstätten von Amphetamin (2) und Methamphetamin (13).

Quelle: Bundeskriminalamt, 2011

5.2 Prävention

Oberstes Ziel der Prävention ist es, einen Einstieg in den Drogenkonsum zu vermeiden. Darüber hinaus 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 wichtigsten Ursachen für schwerwiegende Gesundheitsprobleme unter Drogenkonsumenten, darunter Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitis B und C. Infektionsrisiken gibt es beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, bei der gemeinsamen Nutzung

anderer Spritz- und Drogenzubereitungsutensilien (Filter u. ä.) sowie von Haushaltsgegenständen (z. B. Rasierer, Zahnbürsten, Nagelscheren u. ä.). Auch die Übertragung von HIV/AIDS durch sexuelle Kontakte spielt eine Rolle für die Weiterverbreitung unter Drogenabhängigen und ihren Partnern.

Zu den präventiven und schadensminimierenden Maßnahmen für Drogenkonsumenten zählen neben der opioidgestützten Substitutionstherapie u. a. eine (regelmäßige) Testung auf Infektionskrankheiten, die aktive Informationsvermittlung zu Safer Use und Safer Sex, Nadel- und Spritzentauschprogrammen, Programmen zur Drogennotfallprophylaxe und Drogenkonsumräume. Insbesondere niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen leisten mit entsprechenden Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für die betroffenen Menschen. Gegenwärtige Erkenntnisse zur Epidemiologie von HIV und HCV beruhen in den meisten Fällen auf regionalen, nicht-repräsentativen und länger zurückliegenden Erhebungen, wodurch die Erfassung des Problems erschwert wird. Die Einschätzungen von Experten hinsichtlich der Verfügbarkeit von Angeboten wie Spritzentauschprogramme, Aufklärungsmaterialien oder Trainings zum Safer Use sind heterogen und unterscheiden sich regional erheblich. Defizite entsprechender niedrigschwelliger Angebote werden z. B. in einer mangelnden Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, im Strafvollzug sowie in fehlenden oder nicht gesicherten personellen und finanziellen Ressourcen zur Aufrechterhaltung von Safer Use-Maßnahmen gesehen.

5.2.1 Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“

Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit führt seit Oktober 2008 der Berliner Träger Fixpunkt e.V. ein auf drei Jahre angelegtes Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention durch. Das Land Berlin finanziert die wissenschaftliche Begleitung durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung in Hamburg. Ziel ist es, insbesondere junge Drogenkonsumenten, die noch nicht lange intravenös konsumieren, zu erreichen und sie über die Risiken

einer Hepatitisinfektion aufzuklären bzw. den intravenösen Konsum möglichst zu verhindern.

www.fixpunkt.org

5.2.2 Befragung „HIV/HCV-Tests und Hepatitis-A/B-Impfung bei Substituierten“

Von Oktober 2008 bis Oktober 2009 wurden von der Deutschen AIDS-Hilfe in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk der Sucht-Selbsthilfe Junkies, Ex-User und Substituierte (JES-Netzwerk) sowie Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe bundesweit Substituierte befragt. Ziel war es, Informationen zur Durchführung von HIV- und HCV-Tests im Rahmen der Substitutionsbehandlung und zum aktuellen Infektionsstatus zu erlangen. Von 534 Befragten gaben 51,3 % (n=272) an, mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert zu sein. 48,7 % (n=258) teilten einen negativen oder unbekanntem HCV-Status mit. 7,9 % (n=42) waren nach eigenen Angaben mit HIV infiziert. Von den 258 Personen mit einem negativen oder unbekanntem HCV-Status gaben 57 % (n=147) an, im Rahmen der Substitutionsbehandlung noch nie einen HCV-Test durchgeführt zu haben. Nur bei 26 % der Befragten wurde, wie empfohlen, alle sechs oder zwölf Monate ein Test zur Feststellung des HCV-Status durchgeführt. Bei 51,6 % der Befragten wurde im Rahmen der Substitutionsbehandlung noch nie ein Test zur Feststellung des HIV-Status durchgeführt. Lediglich 27,9 % (n=136) werden regelmäßig im empfohlenen Zeitabstand getestet. Da die Hepatitis-A (HAV)- und Hepatitis-B (HBV)-Impfung als eine der wichtigsten Schutzmaßnahmen bei vulnerablen Gruppen wie injizierenden Drogenkonsumenten in den ärztlichen Leitlinien empfohlen wird, wurde bei allen Befragten zusätzlich dieser Impfstatus erhoben. 71 % gaben an, über keinen HAV-Impfschutz zu verfügen, 67 % haben keinen HBV-Impfschutz.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Substitutionsbehandlung ihre vorhandenen Potentiale in der Erkennung, Prävention und Behandlung von Infektionserkrankungen nur unzureichend nutzt. Auch die Kenntnis der Substituierten über ihren aktuellen Infektionsstatus ist unzureichend. Etwa jeder sechste Befragte hat nach eigenen Angaben keine Kenntnis über seinen Status.

5.2.3 Projekt „Spritzenautomaten jetzt“

Die Weltgesundheitsorganisation hat in einem Review von mehr als 200 Studien festgestellt, dass eine verbesserte Verfügbarkeit von Spritzen die Verbreitung von HIV nachweislich reduziert und zu einer Verringerung des riskanten Konsumverhaltens beiträgt. Spritzen und Zubehör werden seit Anfang der neunziger Jahre in Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe getauscht bzw. ausgegeben. Engpässe treten jedoch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen auf, wenn Apotheken und Hilfseinrichtungen geschlossen sind. Spritzenautomaten können sicherstellen, dass sich jeder Drogenkonsument rund um die Uhr vor HIV und Hepatitiden schützen kann. Mit Spritzenautomaten an etwa 160 Standorten verfügt Deutschland weltweit über die größte Zahl dieses Präventionsangebotes. 2009 wurden etwa 380.000 Schachteln mit Spritzen, Nadeln und Zubehör abgegeben. Dennoch existiert kein flächendeckendes Angebot. In sechs Bundesländern gibt es keinen Standort. Lediglich Nordrhein-Westfalen (mit etwa 100 Automaten) und Berlin (17 Automaten) verfügen über ein gut ausgebautes Netz. Im mit Bundesmitteln geförderten Projekt „Spritzenautomaten jetzt“ hat die Deutsche AIDS-Hilfe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe und in Behörden informiert, um die Akzeptanz für Spritzenautomaten zu erhöhen und somit die personalunabhängige Verfügbarkeit von sterilen Spritzen und Zubehör zu verbessern. Seit Oktober 2009, dem Start des Projektes, haben viele Städte und Einrichtungen Interesse am Betrieb eines Spritzenautomaten signalisiert. Bislang wurden fünf neue Automaten in Köln, Essen, Kiel und Berlin (2) aufgestellt.

www.spritzenautomaten.de

5.2.4 Projekt „test it“

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „test it“ wurde im Jahr 2010 von der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Dortmund durchgeführt, um das Thema HIV/AIDS in der Drogenhilfe wieder mehr zu beachten und das Bewusstsein für Infektionsrisiken bei Drogenkonsumierenden zu erhöhen. Gleichzeitig wurde überprüft, wie Schnelltestangebote im Rahmen einer HIV-Beratung in einer ambulant niedrig-

schwelligem Drogenhilfeeinrichtung angenommen wurden. Innerhalb von acht Monaten wurden 185 Testberatungen und 179 Tests durchgeführt, davon 17 als Wiederholungstest ein halbes Jahr nach der Ersttestung. Von den 162 erstmals getesteten Personen waren sechs HIV-positiv (3,7%).

Zudem wurde relativ oft von riskantem Verhalten (Unsafe Use und Unsafe Sex) berichtet, vor allem im Zusammenhang mit Alkoholkonsum sowie in Ausnahmesituationen (One Night Stands, Drogenkonsum nachts, am Wochenende, mit Entzugserscheinungen). Gründe für das hohe Maß der Inanspruchnahme des Schnelltests waren, dass

- der Test in der Wahrnehmung der Nutzerinnen und Nutzer schnell und unkompliziert ist, weil kein Venenblut benötigt wird,
- das Ergebnis schon nach kurzer Wartezeit mitgeteilt werden kann und
- der Test mit vertrauten Menschen in einer vertrauten Umgebung stattfindet.

Die Bereitschaft der Betroffenen, sich in eine Beratungssituation zu begeben und diese auch unaufgefordert wieder aufzusuchen, zeigt die Chancen und Möglichkeiten von niedrigschwelligen Drogeneinrichtungen, neue Angebote zu entwickeln. Für Drogenkonsumierende mit einem negativen Ergebnis war der Test Anlass, nicht nur ihr Infektionsrisiko sondern auch den Kontext ihrer Lebenssituation zu reflektieren. Die Ergebnisse des Projektes zeigen, dass Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten ein großes Interesse an ihrer Gesundheit haben. Sie nehmen ein auf ihre Zielgruppe abgestimmtes Gesundheitsangebot in einem geeigneten Setting an.

Beispiel aus den Bundesländern

Thüringen:

Mobile Drogenaufklärung „... nicht um jeden Tag weinen“

Der Thüringer Verein pro drogenfreies Leben e.V. „Glashaus“ hat mit Unterstützung der AOK PLUS seit 2006 fast 150 Buchlesungen und Veranstaltungen in Thüringen durchgeführt, bei denen mehr als 4.000 Menschen persönlich angesprochen, sensibilisiert und informiert werden konnten. Im Mittelpunkt der Lesungen stand das Buch von Marion Rudolph, in dem sie tagebuchartig den Verfall ihrer heroinabhängigen Tochter in den ersten sieben Jahren der „Drogenkarriere“ dokumentiert, die im Alter von 12 Jahren begann. Die Autorin schildert das langsame Erkennen und die schmerzvolle Akzeptanz des vom Drogenkonsum bestimmten, abhängigen Lebens ihrer Tochter. Die existenziellen Belastungen für die Familie und das eigene Leben werden schonungslos offenbart. Nach mehreren erfolglosen therapeutischen und juristischen Interventionen wächst die zermürbende Einsicht in die eigene Hilflosigkeit, auch gegenüber einer „provinziellen Verschwiegenheit“ zum Thema Drogensucht. Das Buch sollte nicht nur der Mutter helfen, ihre „Sprachlosigkeit“ zu überwinden, sondern anderen betroffenen Familien und Freunden eine notwendige Öffentlichkeit bieten.

www.glashaus-thueringen.de

5.3 Beratung und Behandlung

5.3.1 Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

5.3.1.1 Diamorphingestützte Behandlung – Stand der Umsetzung

Dem Diamorphingesetz vom 15. Juli 2009 (BGBl I S. 1801) war das Bundesmodellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger vorausgegangen. Die Bundesförderung für die am Modell beteiligten Länder und Städte ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Derzeit fördert der Bund die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, was die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

Das Gesetz, dem auch der Bundesrat zugestimmt hatte, trat am 16. Juli 2009 in Kraft. Es ändert (neben dem Arzneimittelgesetz) das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) waren und sind weiterhin auf die Umsetzung dieses Gesetzes gerichtet:

- Alle sieben mit Diamorphin substituierenden Ambulanzen, die bereits an dem bundesdeutschen Modellprojekt teilgenommen hatten, erhielten nach Inkrafttreten des Diamorphingesetzes von den zuständigen Behörden der Länder eine Erlaubnis nach § 13 Absatz 3 Nummer 2a BtMG in Verbindung mit § 5 Absatz 9b BtMVV, um einen kontinuierlichen und rechtssicheren Weiterbetrieb dieser Einrichtungen zu gewährleisten.
- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erteilte für das Fertigarzneimittel Diaphin® 10.000 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung am 15. Oktober 2009 eine arzneimittelrechtliche Zulassung.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. März 2010 die Änderung seiner Richtlinie „Metho-

den vertragsärztliche Versorgung: Diamorphin-gestützte Substitution Opiatabhängiger“ beschlossen, um eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung auf Kosten der GKV zu ermöglichen. Das BMG hat den Beschluss im Rahmen seiner Rechtsaufsicht geprüft und nicht beanstandet. Die o. g. Richtlinienänderung wurde im Bundesanzeiger (Nr. 85, S. 2074 vom 11. Juni 2010) veröffentlicht und ist am 12. Juni 2010 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung (BWA) hat dem BMG einen Beschluss zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie eine Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger, jeweils mit Wirkung ab 1. Oktober 2010, zur Prüfung nach § 87 SGB V vorgelegt. Das BMG hat die rechtsaufsichtliche Prüfung abgeschlossen. Die im Deutschen Ärzteblatt (Heft 44, Jg. 107, S. A-2196 am 5. November 2010) veröffentlichten Beschlüsse wurden nicht beanstandet.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in diesem Sinne ebenfalls ihre 2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger überarbeitet. Die am 19. März 2010 in Kraft getretenen, aktualisierten Richtlinien sind für die substituierenden Ärzte berufsrechtlich bindend. Zudem hat sich der Vorstand der BÄK in seiner Sitzung am 24. September 2010 einstimmig dafür ausgesprochen, in die Kurs-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ ein Modul „Substitution mit Diamorphin“ aufzunehmen. Die Umsetzung erfolgt auf Länderebene. Erste Qualifizierungskurse für Ärzte wurden 2010 von den Ärztekammern Baden-Württemberg, Hessen und Westfalen-Lippe durchgeführt.

Im Rahmen des oben genannten, durch das BMG geförderten Qualitätssicherungsprojekts wird seit dem Ende des Bundesmodellprojekts zur heroingestützten Behandlung im ersten Halbjahr 2007 die Dokumentation von Behandlungsstandards und therapeutischen Wirkungen gewährleistet. 2009 wurde die Aufnahme bzw. der Behandlungsverlauf von 299 Diamorphinpatienten dokumentiert.

173 Substituierte nahmen bereits an der klinischen Studie teil, 104 Patienten wurden nach dem Ende des Modellprojekts, aber vor 2009 in die Behandlung aufgenommen, weitere 22 Patienten wurden 2009 neu aufgenommen. Die Auswertung der Dokumentation zeigt, dass die Neuaufnahmen dem Profil der schwerstabhängigen Heroinkonsumenten entsprechen. Gegenüber den Teilnehmern des Bundesmodellprojekts zeichnen sich nur wenige, eher geringfügige Unterschiede in den Patientencharakteristika zu Therapiebeginn ab. 31 Patienten haben die Diamorphinbehandlung zwischenzeitlich beendet (11,2%). Dabei fällt auf, dass die Mehrzahl der Beender unter den Neuaufnahmen zu finden ist (17, das entspricht 54,8%). Sie beendeten die Diamorphinbehandlung nach durchschnittlich neun Monaten. Sieben von ihnen nahmen eine Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament auf (41,2%). Fast alle Patienten werden regelmäßig psychosozial betreut, wobei es kaum Unterschiede zwischen Neuaufnahmen und vormaligen Patienten gibt. Bei nur 13,4% von allen Patienten liegt keine, für Drogenkonsumierende typische somatische Erkrankung innerhalb der letzten sechs Monate vor. Bei zwei Dritteln tritt eine somatische Störung auf (65,6%), bei 17,8% liegen zwei und bei 3,2% drei bis vier zusätzliche Störungen vor. Am stärksten verbreitet unter den Diamorphinpatienten ist die Hepatitis C-Infektion (83,8%). 7,5% sind HIV-positiv. 63,8% der Diamorphinpatienten ist arbeitslos, 8,1% beziehen (Früh-)Rente oder erhalten Krankengeld. 2009 haben insgesamt 28,1% eine (Teilzeit-)Arbeit.

5.3.1.2 Verordnungen und Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger

Mit der am 25. März 2009 in Kraft getretenen 23. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (23. BtMÄndV) wurden die Regelungen über die Substitutionsbehandlung in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) aktuellen Erfordernissen der Substitutionspraxis angepasst. Zu diesem Zweck wurde § 5 BtMVV in zwei wichtigen Aspekten verändert:

- Um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärzte besser überbrücken zu können, wurde eine modifizierte Vertreterregelung geschaffen.
- Zudem wurde die zusätzliche Möglichkeit der Verschreibung des Substitutionsmittels für bis zu zwei Tage geschaffen, um die durchgehende und flächen-deckende Versorgung der Substitutionspatienten, z.B. an Feiertagen und an Wochenenden, zu gewährleisten.

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer (BÄK) ihre 2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger an den Stand der Wissenschaft angepasst. Die Änderungen bezogen sich insbesondere auf die Indikationsgebiete für eine Substitutionstherapie und konkretisierten die Voraussetzungen für eine begleitende psychosoziale Betreuung sowie für eine Take-home-Verordnung. Des Weiteren wurde die Frequenz erforderlicher Arzt-Patienten-Kontakte und begleitender Untersuchungen geregelt und Kriterien für die Beendigung und den Abbruch einer Behandlung formuliert. Zudem wurden dem substituierenden Arzt Hinweise zur internen Qualitätssicherung gegeben und die externe Qualitätssicherung durch die Ärztekammern geregelt. Die relevanten Änderungen der 23. BtMÄndV wurden ebenso wie die Regelungen des Gesetzes zur diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung vom 15. Juli 2009 in die Richtlinien integriert. Die am 19. Februar 2010 von der BÄK beschlossene Aktualisierung der Richtlinien wurde im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 107, Heft 11 am 19. März 2010)

bekannt gemacht und ist mit dieser Veröffentlichung in Kraft getreten.

5.3.1.3 Expertengespräch und -treffen zur Substitutionsbehandlung

Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe, dem Berufsverband Deutscher Psychiater/Deutscher Nervenärzte, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, der Deutschen AIDS-Hilfe und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin veranstaltete akzept e.V., der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, im Dezember 2009 ein Expertengespräch, um Beispiele guter Praxis zu diskutieren und zu dokumentieren. Aus Sicht der Veranstalter hat sich damit ein Forum als nationale Substitutionskonferenz entwickelt, um sich über eine heterogen organisierte Behandlung für zirka 75.000 Patienten auszutauschen und abzustimmen. Im Rahmen zweier von akzept e.V. durchgeführten Treffen wurden von Expertinnen und Experten Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Deutschland diskutiert. Als Ergebnis entstand 2009 ein Katalog von Maßnahmen, die aus ihrer Sicht bevorzugt umgesetzt werden sollten, z.B. ein Leitfaden Substitution für die deutschen Justizvollzugsanstalten, Erstellung von bundesweit einheitlichen Leitlinien für die psychosoziale Betreuung Substituierter sowie Informations- und Aufklärungsmaßnahmen vor allem in den ost-deutschen Bundesländern zur Förderung der Akzeptanz der Substitutionsbehandlung. 2010 standen u.a. Schnittstellenprobleme in der Substitution und patientengerechte Zugänge zur Diamorphinvergabe im Mittelpunkt.

www.akzept.org

5.3.1.4 Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft

Akzept e.V. veranstaltete im April 2010 eine Fachtagung „Praxis, Probleme und Perspektiven“ in Berlin. Dort kam erstmals ein breit gefächertes Kreis von Behandlern und Bediensteten im Vollzug zum Austausch zusammen. Neben einer Bestandsaufnahme des Ist-Stands in deutschen und europäischen Haftanstalten wurden Modelle zur Verbesserung vorgestellt. Zudem wurde u.a. der Umgang mit Beigebrauch bei Substitution in Haft, Schnittstellenprobleme bei der Überleitung in und aus der Haft sowie deren Lösungsansätze, psychosoziale Betreuung in Haft, Suchtmedizin und Komorbidität und die Entwicklung von Leitlinien der Substitutionsbehandlung in Haft diskutiert. Im Januar 2011 fand eine vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Tagung zum Thema „Neue Wege der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug“ in Hamburg statt. Zuvor trafen sich im September 2010 europäische Teilnehmer zur „Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“.

www.akzept.org

5.3.2 PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger

Die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit und Sicherheit einer auf Dauer angelegten Substitutionsbehandlung ist erwiesen. Der mehrjährige Langzeitverlauf substituierter Opiatabhängiger ist bislang unzureichend untersucht. Um auch Aussagen über die langfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können, hat das Bundesministerium für Gesundheit 2007 einen Forschungsauftrag erteilt. Unter dem Akronym PREMOS (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) untersucht eine bundesweit repräsentative klinische Studie den klinischen, psychopathologischen, sozialen und substanzbezogenen Verlauf von Substitutionsbehandlungen. Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments) werden mehr als 2.600 Patienten aus 223 Einrichtungen über die Dauer von fünf Jahren begleitet. Der Abschlussbericht wird im Frühsommer 2011 vorliegen.

www.premos-studie.de

Beispiel aus den Bundesländern

Bayern:

Wohnheim für substituierte oder rückfallgefährdete, wohnungslose Menschen

Die Statistiken der Wohnungslosenhilfe weisen Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Suchtmittel nicht aus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen fühlen sich für den Umgang mit dieser Klientel nicht hinreichend qualifiziert. Die Angst vor durch die Illegalität entstehenden Problemen ist hoch. Zudem sind die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen schwer vereinbar. Die Lücke dieser unzureichenden Versorgung hat Condrops e.V. 2010 geschlossen. Seit Oktober gibt es erstmals in Bayern ein Wohnheim für substituierte oder rückfallgefährdete wohnungslose Menschen. Das Suprima Wohnheim bietet 20 Klientinnen und Klienten einen geschützten Wohnraum im Einzelappartement und individuelle sozialpädagogische Betreuung. Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustands. Jeweils sieben Bewohnerinnen und Bewohner teilen sich eine Küche und einen Gemeinschaftsraum. So kann jede Person selbst über Nähe oder Distanz entscheiden. Gemeinschaftsräume, Gruppentherapie und Freizeitangebote helfen tragfähige, soziale Kontakte aufzubauen. Ein Fachteam aus Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, einer Psychologin und einer Hauswirtschafterin vermittelt geregelte Tages- und Wochenstrukturen, berät in Gesundheits- und Ernährungsfragen und gibt Rückhalt bei Krisen. Zur optimalen Versorgung wird mit Entgiftungseinrichtungen, Substitutionspraxen, stationären und teilstationären Einrichtungen, Ärzten sowie Psychiatern zusammengearbeitet. Zudem wird in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit und mit Arbeitgebern die Integration auf dem zweiten Arbeitsmarkt angestrebt.

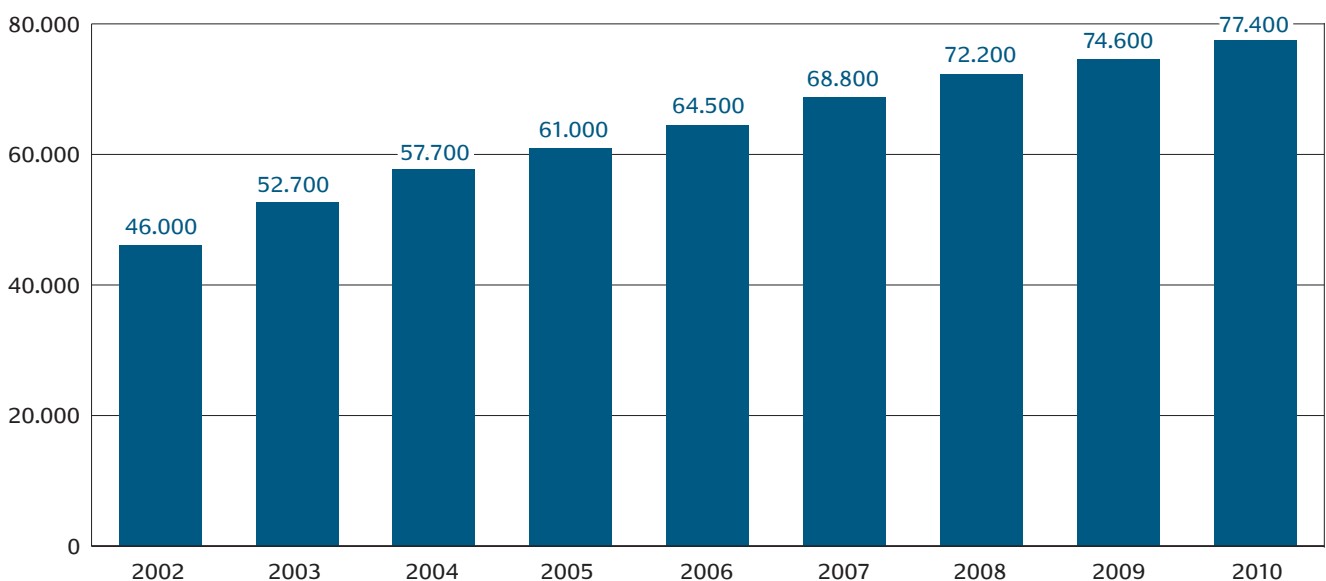
5.3.3 Substitutionsregister

Nach § 13 Abs. 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden. Ferner haben die Ärztekammern zum 31. März und 30. September eines jeden Jahres der Bundesopiumstelle diejenigen Ärzte, welche die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, mitzuteilen.

Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühzeitige Verhinderung von Mehr-

fachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten, die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation der Ärzte sowie die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. Die Meldungen erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver. Die Patienten-codes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchtttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst. Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich an – zum 1. Juli 2010 waren im Substitutionsregister 77.400 Patienten verzeichnet (Abb. 13).

Abbildung 13:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland 2002–2010 (jeweils Stichtag 01.07.)



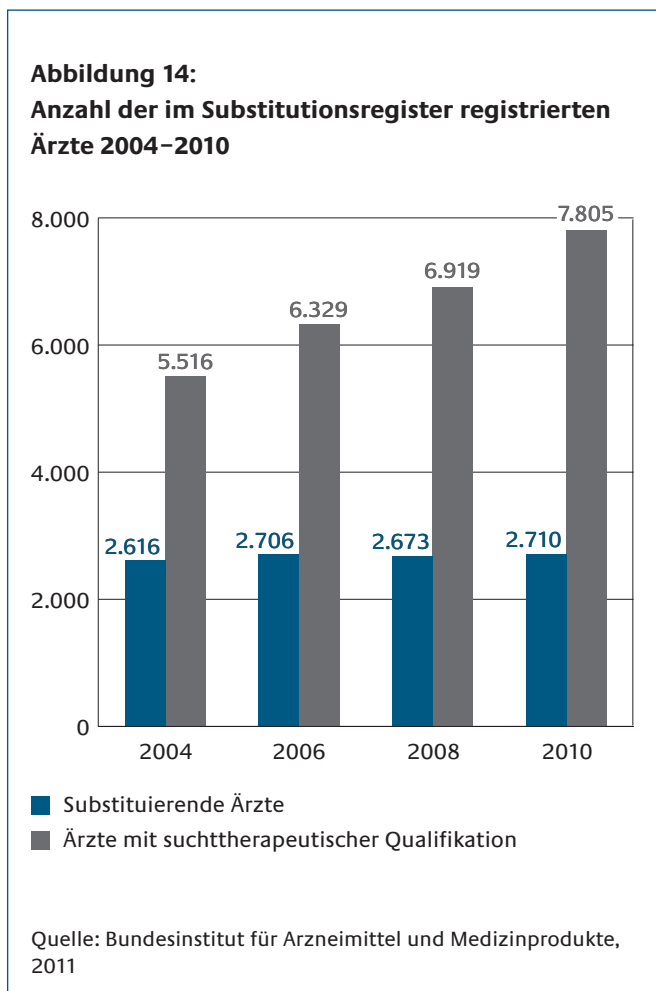
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

2010 wurden rund 100.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohen Zahlen sind u. a. die Folge davon, dass dieselben Patienten innerhalb weniger Monate entweder durch denselben Arzt oder verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet werden. Auch besteht seitens der Ärzte eine nicht zu vernachlässigende Austauschrate (z. B. in Substitutionsambulanzen), die mit Folgeummeldungen der Patienten verbunden ist. 2010 haben 2.710 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und registrierten suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte (2010: ca. 7.800) liegt deutlich höher als die Zahl der substituierenden Ärzte (Abb. 14).

2010 haben 510, das entspricht in etwa 19% der substituierenden Ärzte die Konsiliar-Regelung genutzt (2009: etwa 18% der substituierenden Ärzte), wonach die Substitution in bestimmten Fällen durch einen Vertreter erfolgen kann.

Die Verteilung der Substitutionspatienten auf die Ärzteschaft ist in Abb. 15 dargestellt. Rund 14% der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

Abbildung 15:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Ärztin/Arzt (Stichtag 01.07.2010)

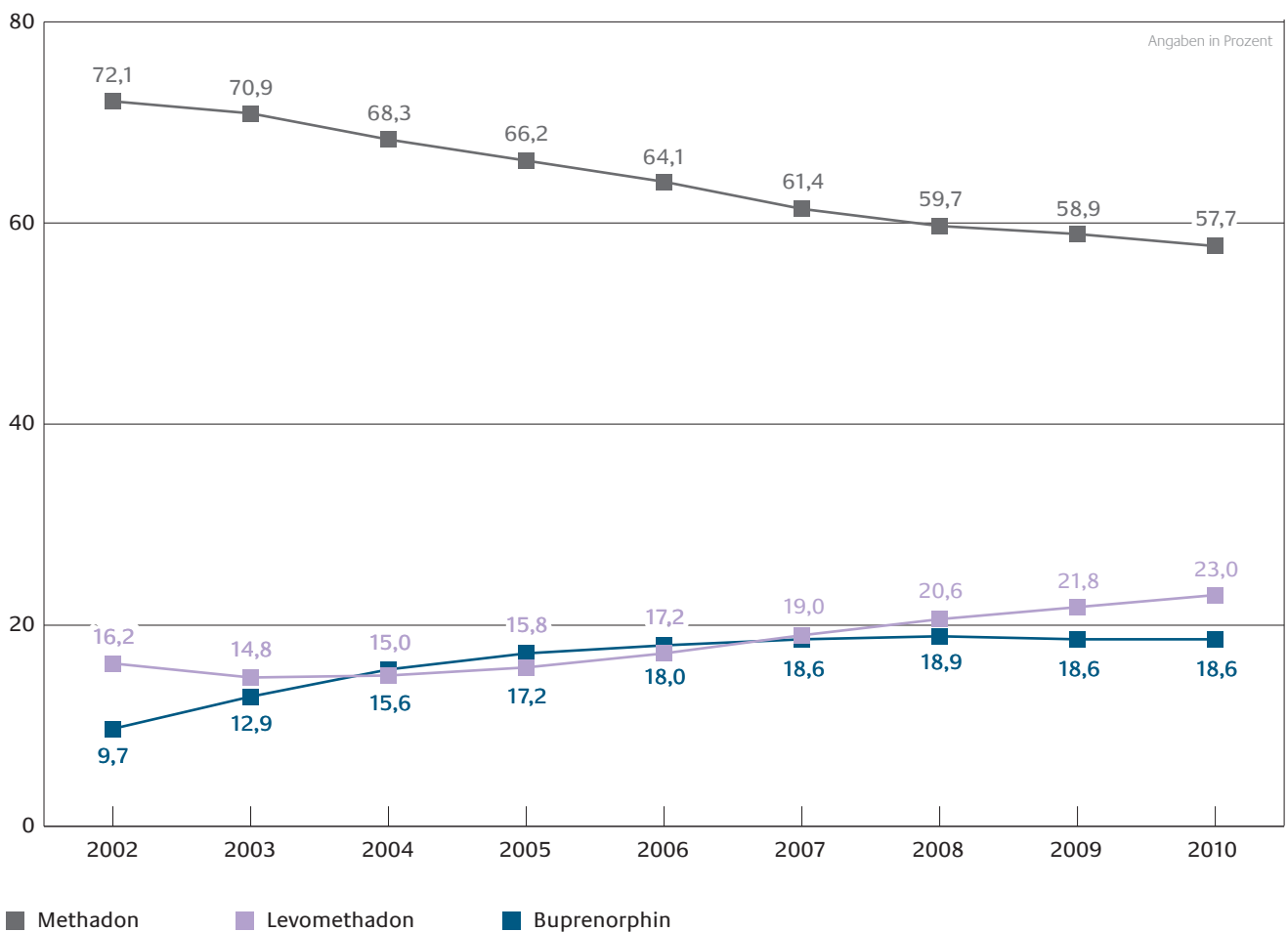


Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Ärztin/Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärztinnen/Ärzte
bis zu 3	27,2 %
4–50	52,5 %
51–150	18,2 %
über 150	2,1 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings ist seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon angestiegen (Abb. 16). Weitere gemeldete Substitutionsmittel im Jahr 2010 waren: Dihydrocodein (0,3 %), Diamorphin (0,3 %) und Codein (0,1 %).

Abbildung 16:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel 2002–2010



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

2010 wurden dem Substitutionsregister bundesweit zirka 190 Doppelbehandlungen von Patientinnen und Patienten bestätigt, die von den betroffenen Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden. Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. Dies erfolgt – in Anpassung an moderne elektronische Kommunikationswege unter Berücksichtigung strenger datenschutzrechtlicher Aspekte – über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungsbehörden half diesen bei Verstößen gegen das BtM-Recht korrigierend tätig zu werden. Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister (Abb. 17).

Abbildung 17:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

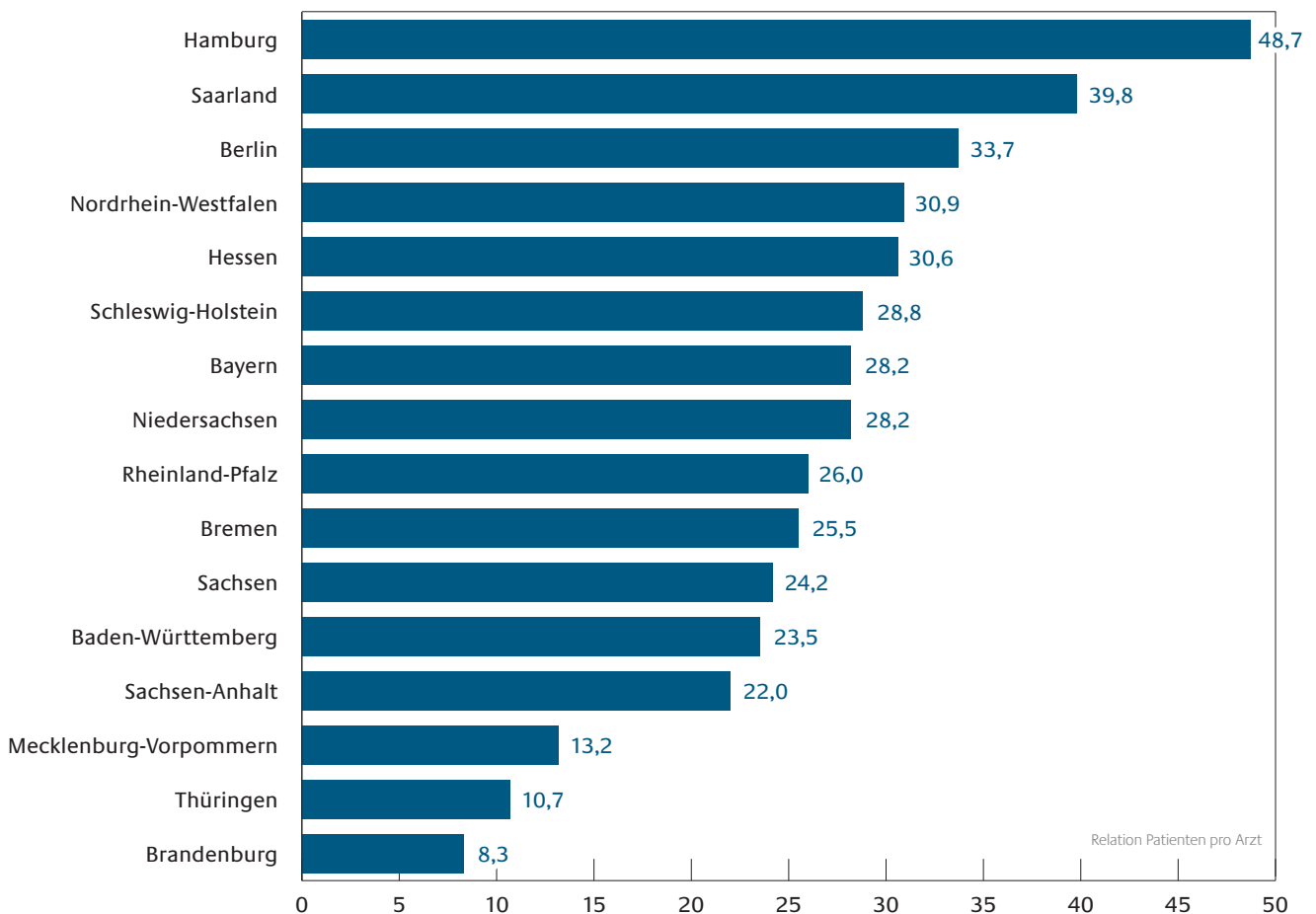
Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2010	substituierende Ärzte in 2010
Baden-Württemberg	10.461	445
Bayern	8.555	303
Berlin	5.082	151
Brandenburg	99	12
Bremen	1.814	71
Hamburg	5.060	104
Hessen	6.894	225
Mecklenburg-Vorpommern	291	22
Niedersachsen	7.697	273
Nordrhein-Westfalen	23.694	768
Rheinland-Pfalz	2.213	85
Saarland	875	22
Sachsen	749	31
Sachsen-Anhalt	770	35
Schleswig-Holstein	3.541	123
Thüringen	427	40

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Recherchedatum 06.01.2011)

Die durchschnittliche Relation der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29. Sie variiert stark zwischen den einzelnen Bundesländern (Abb. 18).

Eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, weisen Stadtstaaten wie Hamburg und Bremen auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen dürften (Abb. 19).

Abbildung 18:
Durchschnittliche Relation der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt in 2010

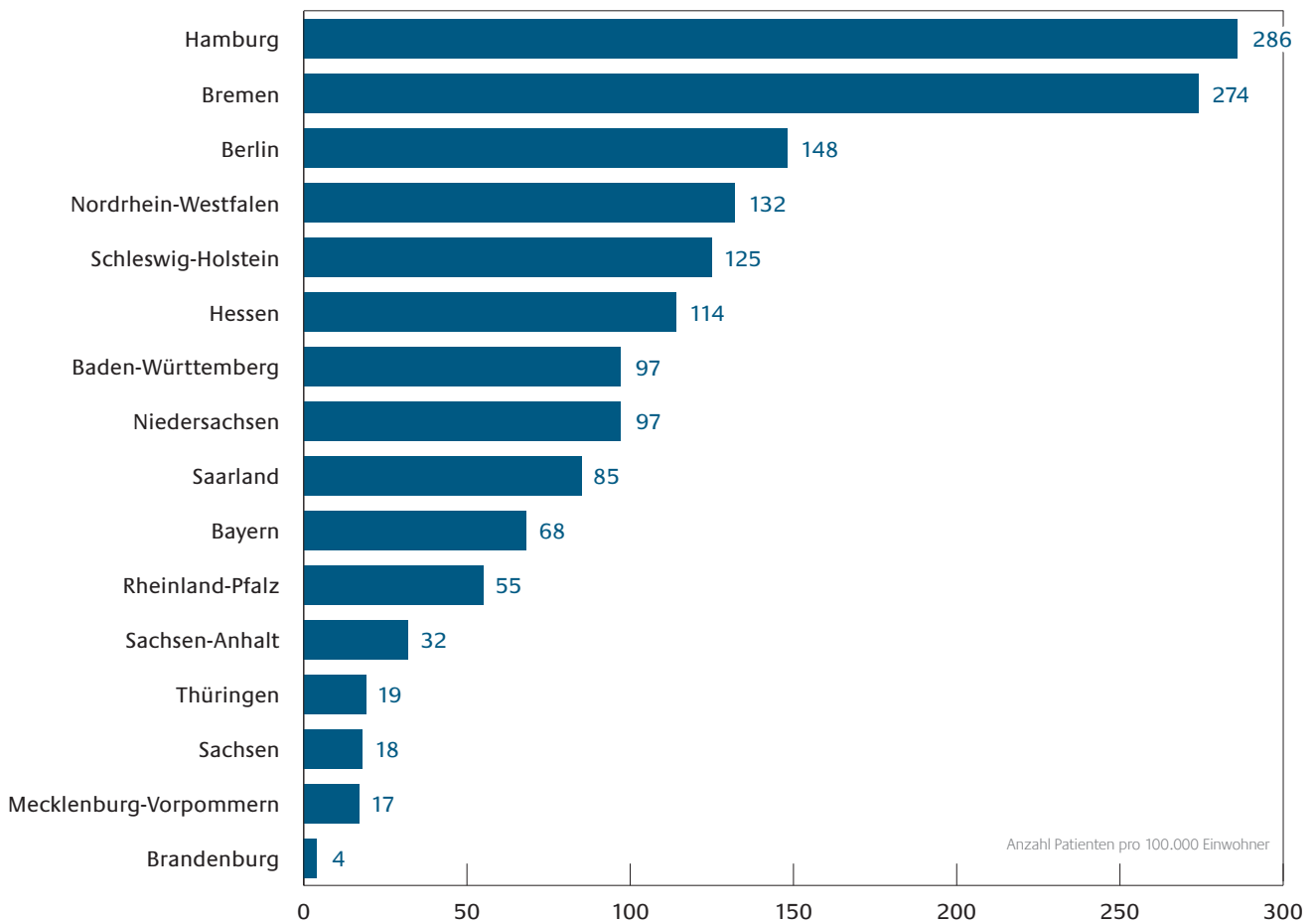


Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

Die Validität (Realitätsnähe) der statistischen Auswertungen des Substitutionsregisters ergibt sich aus den Vorgaben der BtMVV und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vollständigkeit und Qualität der Meldungen der Ärzte.

www.bfarm.de

Abbildung 19:
Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.10.2010)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

5.4 Betäubungsmittel und Grundstoffverkehr

5.4.1 Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften – Palliativmedizin

Mit der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV) verbessert die Bundesregierung die Versorgung schwerstkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten. U. a. werden die Vorschriften für das Verwenden von Betäubungsmitteln in Alten- und Pflegeheimen und in Hospizen auf Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausgedehnt.

5.4.2 Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die in großem Umfang legal gehandelt werden, aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt werden. Die weltweite Kontrolle und Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen stellt daher einen unverzichtbaren und wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar. Sie wird durch ein System internationaler, europäischer und nationaler Vorschriften geregelt. So ist der Verkehr mit Grundstoffen Teil des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das Recht der Europäischen Union regelt sowohl den europäischen Binnenhandel mit Grundstoffen als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern. Die 23 Chemikalien unterliegen hier, je nach Stoffkategorie, unterschiedlich strengen Kontrollen, um den normalen Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 ergänzt die drei unmittelbar geltenden EG-Verordnungen um erforderliche Regelungen zur behördlichen Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

Eine Evaluierung der EU-Vorschriften in den vergangenen Jahren hat ergeben, dass Schwachstellen im europäischen

Grundstoffrecht bestehen. Diese zeigten sich insbesondere in Abzweigungen großer Mengen Essigsäureanhydrids aus dem EU-Binnenhandel für die Herstellung von Heroin. Der Europäische Rat hat daher – auch auf Initiative Deutschlands – im Frühjahr 2010 in Schlussfolgerungen zum Evaluierungsbericht der Europäischen Kommission die Notwendigkeit von Rechtsänderungen betont und die Kommission aufgefordert, ein Arbeitsprogramm aufzustellen und vor Ende des Jahres 2011 Änderungen der Rechtsvorschriften vorzuschlagen. Auch der im Juni 2010 vom Europäischen Rat gebilligte „Europäische Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels – Unterbrechung der Kokain- und Heroinrouten“ betont diesen Handlungsbedarf.

6 Pathologisches Glücksspiel

6.1 Situation in Deutschland

Die verschiedenen rechtlichen Grundlagen und Zuständigkeiten für das Glücksspiel in Deutschland sind eine Herausforderung für eine einheitliche und wirksame Suchtprävention. Wegen zahlreicher Gerichtsentscheidungen und anderer Entwicklungen stehen im gesamten Glücksspielsektor zum Teil weitreichende Veränderungen an. Für das Automaten- und das Tischspiel in Spielbanken und die Veranstaltung von Lotterien und Sportwetten sind die Bundesländer zuständig. Sie haben nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2006 einen Staatsvertrag zum Glücksspielwesen verabschiedet, der am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist. Demnach sollen unter anderem das Entstehen von Glücksspielsucht verhindert, wirksame Suchtbekämpfung ermöglicht, das Glücksspielangebot begrenzt, der Jugend- und Spielerschutz gewährleistet sowie die Spieler vor Folge- und Begleitkriminalität geschützt werden. Der Staatsvertrag garantiert ein staatliches Monopol für die genannten Glücksspielformen, formuliert Beschränkungen für die Werbung und verbietet das Glücksspiel im Internet. Er gilt bis Ende 2011. Die Bundesländer diskutieren derzeit die Möglichkeiten einer Neuregelung.

Das gewerbliche Automatenenspiel an so genannten Geldspielautomaten in Spielhallen und im Gaststättenbereich ist in der Gewerbeordnung und der Spielverordnung geregelt. Im Jahr 2006 erfolgte deren Novellierung, um die Regelungen an die technische Entwicklung anzupassen. Dabei wurden auf der einen Seite missbräuchliche Entwicklungen wie die so genannten Fun Games gestoppt. Auf der anderen Seite sollte dem gewerblichen Spiel – entsprechend dem Auftrag der Wirtschaftsministerkonferenz von 2000 – eine Perspektive gegeben werden. Es wurde vereinbart, die Neuregelungen vier Jahre nach Inkrafttreten insbesondere hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das pathologische Spielverhalten zu bewerten (siehe B 6.5). Es ist geplant, die Spielverordnung bis Ende 2011 zu novellieren.

Glücksspielformen wie Lotto sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Danach folgen die Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten, an denen etwa ein Viertel der Bevölkerung schon einmal gespielt hat. In der Spielbank haben etwa 14 % am so genannten Großen Spiel teilgenommen, fast 10 % am Kleinen Spiel (Glücksspielautomaten). Die Verbreitung eines Glücksspiels in einer Gesellschaft lässt nicht ohne weiteres einen Schluss auf das Suchtpotential eines bestimmten Spiels zu. Für die Suchtentwicklung ist vielmehr ein Gefüge aus individuellen Faktoren, Umgebungsfaktoren und suchtmittelbezogenen Faktoren wie Ereignisfrequenz, Mindestspieldauer und Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten entscheidend. Das Automatenenspiel hat vor diesem Hintergrund ein besonderes Suchtpotential.

Im Suchthilfesystem stellen Spieler an Geldautomaten die größte Gruppe der Betroffenen dar. Ihr Anteil hat sich in der ambulanten Suchthilfe seit 2006 stetig erhöht. Bei mehr als 85 % der wegen Spielsucht eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchenden Klienten und Klientinnen wurde eine Abhängigkeit von Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) diagnostiziert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führte zwei Repräsentativbefragungen (2007, 2009) zum Glücksspielverhalten der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland durch (siehe B 6.4). Der Anteil der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung irgendeines der 19 insgesamt erfragten Glücksspiele gespielt hatten, ist mit 55 % (2007) bzw. 53,8 % (2009) annähernd konstant geblieben. Signifikante Zuwächse ergaben sich bei Lotto „6 aus 49“ (35,5 % vs. 40,0 %) und den Geldspielautomaten (2,2 % vs. 2,7 %), bei letzteren ist insbesondere der verhältnismäßig starke Anstieg bei den 18- bis 20-jährigen jungen Männern hervorzuheben (5,9 % vs. 15,3 %). Dagegen gab es bei einer Reihe weiterer Glücksspielformen auch deutliche Rückgänge bei den 12-Monats-Spielprävalenzen, so bei Sofort- und Klassenlotterien, Quizsendungen im Fernsehen oder Keno.

Die Repräsentativbefragung geht bevölkerungsweit in Deutschland von einer 12-Monats-Prävalenz des problematischen Glücksspielens von ca. 0,6% und des pathologischen Glücksspielens in Höhe von 0,4% aus. Die jüngst vorgelegten Ergebnisse der PAGE-Studie der Universität Greifswald (siehe B 6.6) weisen Quoten von 0,31% problematischem und 0,35% pathologischem Glücksspielverhalten aus. Die Unterschiede in den Prävalenzen können u. a. durch die Verwendung verschiedener Instrumente zur Klassifizierung von Glücksspielsucht und die Rekrutierung der Befragten erklärt werden.

Zu höheren Zahlen kommt das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in München (IFT) im Rahmen der Evaluation der Spielverordnung durch die Befragung von fast 600 Spielern in Spielhallen und Gaststätten. Ziel der Studie war, das Spielverhalten vor und nach der Novelle der Spielverordnung zu untersuchen. Die Studie geht bei Langzeitspielern von 42% (Spielhallen) bzw. 30% (Gaststätten) pathologischen Spielern aus, wobei aufgrund der Anlage der Studie der Anteil der Viel- und Langzeitspieler unter den in Spielhallen und Gaststätten angetroffenen Befragten überproportional vertreten war. Von den Befragten spielten 83% in Spielhallen und mehr als 71% in Gaststätten regelmäßig, d. h. mehr als einmal pro Woche – und dies durchschnittlich seit etwa zehn Jahren. Als Motive werden das Ziel, verlorenes Geld zurück zu gewinnen, und der Reiz, das Geldspielgerät zu überlisten, genannt (etwa 40% bzw. 32% der Nennung), aber auch Spaß und Unterhaltung (etwa 48%). Die Befragten gaben an, dass ihr höchster Tagesverlust in Spielhallen im Mittelwert bei etwa 500 Euro liegt. Etwa ein Viertel gibt einen höchsten Tagesverlust bis 50 Euro an, 11% sogar mehr als 1.000 Euro. Die Erhebung hält fest, dass illegale oder nicht zugelassene Geräte nicht mehr betrieben wurden und die in der Spielverordnung festgelegten technischen Spielmerkmale weitgehend umgesetzt wurden. Allerdings wurde auch festgestellt, dass diese teilweise durch das sog. Punkte-spiel (legal) umgangen wurden. In diesem Zusammenhang wurden zum Teil illegale Verhaltensweisen – wie das illegale Auszahlen von Punkten in Geld und das Vorladen der Geräte – festgestellt. Der Kenntnisstand der Betreiber und

der Gastwirte über die Inhalte der Spielverordnung zum Spieler- und Jugendschutz wurde vom IFT als zu gering kritisiert. In den Spielhallen wurden die Jugendschutzbestimmungen weitgehend beachtet, während in Gaststätten noch Defizite bestehen. Zusammenfassend hält die Studie fest, dass ein Teil der mit der Novelle der Spielverordnung verfolgten Ziele erreicht wurde, in Bezug auf den Spielerschutz aber noch Verbesserungsbedarf besteht, da die geltenden Regelungen der Spielverordnung zu Spiel-, Aufstellungs- und Zugangsmerkmalen den Spielerschutz in zu geringem Umfang gewährleisten und illegale Spielabläufe zu wenig verhindern.

6.2 Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim pathologischen Glücksspielen“

Das dreijährige Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“ hatte das Ziel, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten Suchtberatungsstellen im Umgang mit Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten und deren Angehörigen zu qualifizieren, um mehr von ihnen zu einem früheren Zeitpunkt der Sucht zu erreichen. An dem Modellprojekt haben 17 Suchtberatungsstellen aus 15 Bundesländern von Herbst 2007 bis Ende 2010 teilgenommen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Projekt wurde von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. koordiniert und von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH evaluiert und begleitet. Zusätzlich stand ein Fachbeirat beratend zur Seite.

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung bestätigt ein positives Fazit. Danach wurde das Ziel erreicht. Vor allem hat sich die regionale Versorgung in den Segmenten niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten, Diagnostik und Indikationsstellung, Differenzierungsgrad des Angebots, Qualifikation der Fachkräfte sowie Grad der Vernetzung im Modellverlauf deutlich verbessert. Insgesamt wurden 1.422 Klientinnen und Klienten sowie 232 Angehörige qualifiziert beraten. Für 59% von ihnen war

dies der erste Kontakt mit dem Suchthilfesystem. 86,8 % der Betroffenen spielte an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gastronomie. Als weitere Auslöser der Glücksspielsucht wurden Spielformen wie Glücksspiel im Internet oder Sportwetten genannt. Im Projektverlauf konnte die Anzahl der erreichten Betroffenen mit einem problematischen bzw. pathologischen Glücksspielverhalten überall deutlich gesteigert werden, an einigen Standorten hat sich die Anzahl verdreifacht. Zudem wurden mit der Zeit jüngere Betroffene stärker erreicht sowie Menschen mit einer geringeren Verschuldung und/oder Betroffene, die nur eine einmalige Beratung im Sinne einer Kurzintervention erhielten.

Neben dem „Curriculum für die Schulung der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter“ entstanden zahlreiche Arbeitshilfen.

www.dhs.de -> Projekte, Aktuelle Projekte, Glücksspiel

Vorgestellt:

Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis, Hessen

Das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis (ZJS) ist eine ambulante Kreisberatungsstelle innerhalb des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. (JJ). JJ bietet hilfebedürftigen, behinderten, gefährdeten oder psychisch kranken Menschen Beratung, Behandlung und Lebenshilfe an. Zum Suchthilfeverbund gehören mehr als 30 verschiedene Einrichtungen mit ambulanten und stationären Hilfen sowie Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe. Daraus ergeben sich viele Schnittstellen. Diese betreffen die ambulante und stationäre Therapie, die Jugend- und Suchthilfe, aber auch die Verbindung zu Medizin, Schule und anderen Einrichtungen wie der Schuldnerberatung. Das ZJS mit Hauptsitz in Bad Homburg ist seit 1981 für die ambulante Versorgung von Suchtkranken und ihren Familien im Hochtaunuskreis zuständig und hat die Aufgabe zu informieren, zu beraten, zu betreuen, zu behandeln sowie Suchtprävention durchzuführen. Insbesondere Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit suchtbefragten Risiken und Störungen sowie deren Angehörige gehören zu den Zielgruppen. Das Zentrum kooperiert in einem regionalen Netzwerk aus Suchthilfe, Jugendhilfe, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Selbsthilfegruppen, Beratungsdiensten, Gesundheitsamt und fachärztlichen Gemeinschaftspraxen.

An der Schnittstelle von Jugend- und Suchthilfe hat das ZJS vier mobile Beratungen sowie seit 2010 eine Streetworkerstelle eingerichtet. In den Sommerferien bietet das Café ZugVogel in einem Bauwagen mobile Beratungen, Freizeitangebote und alkoholfreie Getränke für Jugendliche an. Für Kinder aus suchtbefragten Familien hat das ZJS eine spezielle tiergestützte Förderung entwickelt.

Das ZJS engagiert sich besonders gegen Glücksspielsucht. Die Fachstelle Glücksspielsucht im ZJS führt das Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention bei Pathologischem Glücksspiel“ sowie das Landesmodellprojekt „Glücksspielprävention und -beratung“ durch. Zu ihren Aufgaben gehört der schnittstellenübergreifende Ausbau der Vernetzung mit anderen Hilfeangeboten (z. B. Schuldnerberatung, Jugendhilfe, Migrationsdienste und niedergelassenen Ärzten), die Erweiterung der Beratungsangebote am ZJS, die Förderung der Selbsthilfe, die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema sowie der Aufbau präventiver Angebote. Darüber hinaus ist es dem ZJS ein besonderes Anliegen, besondere Angebote für Migranten zu schaffen. Denn bei jungen Männern mit Migrationshintergrund ist die Glücksspielsucht besonders verbreitet. Deshalb hat das ZJS in Kooperation mit der Ausländerbeauftragten, dem Ausländerbeirat und dem Moschee-Verein der Stadt Bad Homburg eine türkische Gesundheitslotsin engagiert, die Betroffene und insbesondere Angehörige in türkischer Sprache über die Gefahren und Auswirkungen des Glücksspiels und Hilfen am ZJS informiert.

www.drogenberatung-jj.de



Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis in Bad Homburg

6.3 Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes zum Glücksspielwesen in Deutschland

Im September 2010 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) für den Spielerschutz und die Suchtprävention in allen Glücksspielbereichen bedeutsame Entscheidungen getroffen. Die Urteile zu verschiedenen Vorabentscheidungsersuchen deutscher Verwaltungsgerichte betrafen zunächst den Bereich der monopolisierten Sportwetten. Der EuGH hat darüber hinaus aber allgemeine Aussagen für die Gestaltung des Glücksspielbereichs getroffen (EuGH, verb. Rs. C-316/07, C-358/07 bis C-360/07, C-409/07 und C-410/07, Stoß u. a. Rs. C-46/08., Carmen Media).

Der EuGH bestätigt in diesen Urteilen seine Rechtsprechung, dass die Mitgliedsstaaten im Glücksspielbereich frei sind, selbst über Regelungsmodelle (z. B. Monopol oder Konzessionssystem) und deren Ausgestaltung zu entscheiden. Insbesondere sei es auch nicht schädlich, wenn ein Bereich (z. B. Lotterien und Sportwetten) im Monopol bleibt, andere Bereiche (z. B. das Automatenspiel) aber anders geregelt sind. Allerdings betont der EuGH, dass in diesen Fällen eine widerspruchsfreie und systematische Politik verfolgt werden muss. Der Mitgliedsstaat muss, wenn er in einem Bereich das Ziel der Suchtvorbeugung und des Spielerschutzes verfolgt, dieses in allen Glücksspielbereichen gleichermaßen sicherstellen. Dies bedeutet, dass sowohl die Regelungen innerhalb eines Glücksspielsegments widerspruchsfrei sein müssen (so genannte vertikale Kohärenz) als auch zwischen den verschiedenen Glücksspielsegmenten (so genannte horizontale Kohärenz). Diese Vorgaben des EuGH wurden durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bereits berücksichtigt (BVerwG, Urteil vom 24. November 2010, Az. 8 C 13.09 bis 8 C 15.09).

Beispiele aus den Bundesländern

Baden-Württemberg:

Kampagne „Spielverderber“

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren die Kampagne „Spielverderber“ zur Prävention von Glücksspielsucht initiiert. Sie wird vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit 38.000 Euro gefördert. Ziel ist es, über die Risiken des pathologischen Glücksspiels aufzuklären. Hauptzielgruppe sind Jugendliche, auch mit Migrationshintergrund. Die mehrsprachige Kampagnenseite im Internet informiert über Glücksspiele und über deren Gefahren und nennt Adressen der psychosozialen Beratungsstellen und Kommunalen Suchtbeauftragten. Mit Gratispostkarten, die landesweit verteilt werden, wird auf den Internetauftritt verwiesen. Deren Design und Slogan „Spielverderber“ entstand in einem Wettbewerb von Schülerinnen und Schülern der Johann-Friedrich-von-Cotta-Schule in Stuttgart.

www.spass-statt-sucht.de

Berlin:

„Der Automat gewinnt immer“

Das Präventionsprojekt Glücksspiel der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (pad e. V.) sensibilisiert und informiert mit vielfältigen Angeboten relevante Risikogruppen sowie Jugendliche, Eltern und medizinische, pädagogische und therapeutische Fachkräfte über die Gefahren des Glücksspiels. Im Mittelpunkt der Präventionsarbeit steht die Kampagne „Der Automat gewinnt immer“, die zielgruppenspezifisch sowie kultursensibel und mehrsprachig gestaltet ist. Dazu gehören Plakate, Infokarten, Elternbriefe, Elternabende, Fachveröffentlichungen und eine Internetseite. In zwei Werkstattgesprächen pro Jahr und mit gezielten Schulungen wird Wissen vermittelt, u. a. zu

Erfolgsfaktoren selektiver und indizierter Prävention mit dem Fokus auf frühzeitige Vermittlung in das Hilfesystem.

www.fauler-spiel.de

Niedersachsen:

Projekt „Glücksspielsucht – Prävention und Beratung“

Ein Schwerpunkt im Landesprojekt „Glücksspielsucht – Prävention und Beratung in Niedersachsen“, das vom Innenministerium des Landes gefördert wird, lag 2010 auf der Aufklärung und Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen als besonders gefährdete Zielgruppe von Glücksspielangeboten. Die bislang von 24 Fachkräften entwickelten und durchgeführten, jugendbezogenen Präventionsangebote flossen als Best Practice in den Schulungsordner „Bausteine zur Glücksspielsuchtprävention – BAGS“ ein. Der Ordner für pädagogische Fachkräfte bietet Grundwissen zur schulischen Suchtprävention sowie zum Glücksspiel mit seinen Reizen und Gefahren. Er enthält auch Informationen zu rechtlichen Grundlagen. Eine im Länderverbund mit Hessen, Brandenburg, Thüringen und Bayern erstellte Broschüre „Zu hoch gepokert“ für pädagogische Fachkräfte ergänzt das Informationsmaterial. Niedersachsenweit wurde eine Plakataktion „Heute schon verspielt? Wenn Glücksspiel Leiden schafft“ durchgeführt und dokumentiert. Ein Basis-Plakat mit entsprechend regionalen Eindrücken macht auf das Hilfesystem für Rat suchende Glücksspieler und Glücksspielerinnen aufmerksam.

Rheinland-Pfalz:

„Schieß Dein Glück nicht in den Wind“

Unter dem Motto „Sie werden gespielt?“ veranstaltete die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 27. November 2010 einen landesweiten Aktionstag

gemeinsam mit den Regionalen Fachstellen für Glücksspielsucht. Bürgerinnen und Bürger wurden über Spielsucht, ihre Folgen sowie die Möglichkeiten der Vorbeugung informiert. Um darauf hinzuweisen, dass Spielen zur Abhängigkeit führen kann und gefährdete Menschen sich einer Beratung anvertrauen sollten, bevor es zu spät ist, stiegen in vielen Städten und Kommunen in Rheinland-Pfalz zur symbolischen Uhrzeit „5 vor 12“ Ballons mit der Aufforderung „Schieß Dein Glück nicht in den Wind“ in die Luft. Die Gesprächsangebote der Fachkräfte wurden interessiert angenommen, vor allem zur Situation der Angehörigen, zum Thema Schulden und zu den Möglichkeiten der Unterstützung.

www.lzg-rlp.de -> Projekte, Referate, Suchtprävention, Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP

Thüringen:

„FairSpielt! Denn Sucht ist ein Spielverderber!“

„FairSpielt! Denn Sucht ist ein Spielverderber!“ ist das Motto der Glücksspielsuchtprävention im Freistaat Thüringen. Deren Ziele sind Glücksspielsucht zu vermeiden, Spielerschutz und Jugendschutz umzusetzen sowie Hilfen für problematisch bzw. pathologisch spielende Betroffene und deren Angehörige anzubieten. Seit 2008 unterstützt die Landesregierung den Aufbau von Maßnahmen und Projekten, den die Thüringer Fachstelle Glücksspielsucht (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.) realisiert. Zudem wurde Glücksspielsucht in das Landesprogramm gegen Sucht aufgenommen und zu einem Schwerpunkt der Sucht- und Drogenpolitik gemacht. Unter anderem ist ein Projektschwerpunkt die „Unterstützung der Selbsthilfe für pathologische Glücksspieler“ bei der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V., wobei Prozesse in der Entwicklung der Selbsthilfe gefördert und begleitet werden.

www.gluecksspielsucht-thueringen.de

Mecklenburg-Vorpommern:

Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung des pathologischen Glücksspiels

Von 2009 bis 2011 fördert das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern landesweit den Aufbau von Fachberatungsstellen. Dies bedeutet, dass in ausgewählten und anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen Fachkräfte zusätzlich eingesetzt werden, die ausschließlich spielabhängige Menschen beraten. Die Qualifizierung der zukünftigen Glücksspielberater/-beraterinnen erfolgt über eine modular aufgebaute Weiterbildung. Darüber hinaus soll ein landesweites Netzwerk entstehen, welches danach regional angepasst werden kann.

www.gluecksspielsucht-mv.de

6.4 Kooperation der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock

2007 schlossen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutsche Lotto- und Totoblock (DLTB) eine Kooperationsvereinbarung zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen zur Glücksspielsucht. Die Elemente der nationalen Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ sind u. a. Monitoring der Glücksspielsuchtgefährdung, Telefonberatung, Internetangebote, Anzeigen und Informationsmaterialien. Sie bilden eine Ergänzung zu den Sozialkonzepten auf Länderebene.

Laut den Repräsentativbefragungen der BZgA 2007 und 2009 (siehe B 6.1) hat sich die Reichweite von Informationen zu den Gefahren des Glücksspielens erhöht. Am deutlichsten sind die Effekte bei Informationen im Radio, über Anzeigen, über das Fernsehen und in Lotto-Annahmestellen. Auch die Warnhinweise auf Spielscheinen des DLTB werden 2009 von deutlich mehr Personen wahrgenommen. Zudem gibt es immer mehr Informationen im Internet und in Broschüren zur Glücksspielthematik.

Die Kampagnenseiten im Internet bieten neben Adressen von Hilfeangeboten in Wohnortnähe einen Selbsttest zur Früherkennung und frühen Intervention bei Glücksspielsucht und problematischem Glücksspielverhalten. Von September 2007 bis November 2010 füllten mehr als 39.000 Teilnehmer anonym einen ausführlichen Online-Fragebogen aus und erhielten eine Rückmeldung zu ihrem Glücksspielverhalten. Zudem berät ein interaktives Online-Programm zum Ausstieg aus der Glücksspielsucht. Die virtuelle Begleitung dauert zwischen vier bis sieben Wochen. Von November 2007 bis Dezember 2010 haben 419 Menschen das Ausstiegsprogramm durchlaufen, 57 % über die volle Länge. 156 Teilnehmer (40,2 %) nahmen an einer Nachbefragung direkt nach Abschluss des Programms teil, 92 (24,5 %) an einer weiteren Nachbefragung drei Monate später und 55 (15,2 %) an einer dritten Nachbefragung nach sechs Monaten: Zu dem Zeitpunkt liegt die Abstinenzquote derer, die geantwortet haben, bei 28 %. 48 % gaben an, ihr Glücksspiel deutlich reduziert zu haben. 41,8 % der Befragten nahmen keine glücksspielassoziierten Probleme mehr wahr. 36,4 % hatte sechs Monate nach Programmabschluss Kontakt zum Hilfesystem.

Die bundesweit kostenlose Telefonberatung zum Thema Glücksspielsucht der BZgA nutzten von Januar 2009 bis Dezember 2010 11.524 Anrufer, in der Mehrheit Glücksspielnutzende und Angehörige.

www.spielen-mit-verantwortung.de

www.check-dein-spiel.de

6.5 Evaluation der Spielverordnung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) hat die Auswirkungen der letzten Novelle der Spielverordnung von 2006 in einem Evaluationsbericht untersucht, der Anfang Dezember 2010 Bundesrat und Bundestag übermittelt wurde. Das BMWi hatte sich im Rahmen der letzten Novelle der Spielverordnung von 2006 gegenüber dem Bundesrat zu einer Evaluierung verpflichtet (BRat-Drs. 655/05, S. 11). Hierfür hat das BMWi im Jahre 2009 das Münchener Institut für Therapieforschung (IFT)

mit der Erstellung einer Studie beauftragt. Auf Grundlage der IFT-Studie und unter Einbeziehung weiterer Daten und Erkenntnisse hat das BMWi den Evaluationsbericht erstellt.

Der Bericht kommt im Wesentlichen zu dem Ergebnis, dass das Ziel, bestimmte als gefährlich eingestufte Spiele (so genannte Fun Games) vom Markt zu nehmen, weitestgehend erreicht wurde. Allerdings wurden die beabsichtigten Ziele im Bereich des Spielerschutzes nicht unter allen Aspekten hinreichend verwirklicht. Deshalb stellt das BMWi in dem Bericht eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung des Spielerschutzes vor. Es werden unter anderem folgende Vorschläge diskutiert:

- Stärkung der Instrumente zur Früherkennung von Fehlentwicklung und zum schnellen Eingreifen insbesondere durch fortlaufende Beobachtung der Umsetzung der Spielverordnung durch ein wissenschaftliches Institut,
- strengere Vorgaben an die Bauartzulassung von Geldspielgeräten, z. B. Eindämmung von dargestellten Gewinnaussichten, ggf. ergänzt durch Regelungen zu Gewinn- und Verlustgrenzen (bisher sind bereits Gewinn und Verlust pro Stunde auf 500 Euro bzw. 80 Euro begrenzt),
- Erweiterung der Ordnungswidrigkeitentatbestände (u. a. durch Einbeziehung bislang nicht bewehrter Vorschriften der Spielverordnung) und Erhöhung der Geldbußen,
- Entwicklung einer so genannten Spielkarte zur Beschränkung illegaler Spielpraktiken wie der Mehrfachbespielung sowie zur Verbesserung des Jugendschutzes – dabei handelt es sich um eine mittelfristige Maßnahme, da zunächst die technischen Voraussetzungen geschaffen werden müssen,
- Verbesserung des Jugendschutzes in Gaststätten,

- Stärkung der Qualifikation von Aufstellern/Personal, u. a. durch Sachkundeanforderungen hinsichtlich Jugend- und Spielerschutz,
- Förderung von Sozialkonzepten, u. U. durch eine Verpflichtung der Automatenaufsteller, sich einem Sozialkonzept einer öffentlich anerkannten Institution anzuschließen.

Auf der Basis des Evaluationsberichts soll im ersten Halbjahr 2011 ein Entwurf für eine Änderung der Spielverordnung erarbeitet werden.

6.6 Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“

Über die Epidemiologie des pathologischen Glücksspielens war bisher wenig bekannt. Es fehlten Erkenntnisse über Bedingungen und Aufrechterhaltung problematischen und pathologischen Glücksspielens, Komorbiditäten, das „Herauswachsen“ aus dieser psychischen Störung und die Inanspruchnahme von Hilfen durch die betroffenen Personen. Daher haben die Bundesländer die epidemiologische Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“ gefördert, die vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald durchgeführt wurde. Die Studie liefert bevölkerungsbasierte Daten zu den genannten defizitären Wissensgebieten und leistet dadurch langfristig einen Beitrag zur Verbesserung von Hilfen für Menschen mit pathologischem Glücksspielen.

Im Rahmen von PAGE wurden 15.023 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren sowohl zu Glücksspielerfahrungen und -frequenz befragt als auch die Diagnose problematisches oder pathologisches Glücksspielen erhoben. Zusätzlich wurden 588 Interviews zu psychosozialen Bedingungsfaktoren der Entwicklung und Remission problematischen oder pathologischen Glücksspielens, zur psychiatrischen Komorbidität und Inanspruchnahme von Hilfen durchgeführt.

Aufgrund der 2011 veröffentlichten Daten wird geschätzt, dass 1 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens die Kriterien für pathologisches Spielen nach DSM-IV erfüllten. Bezogen auf die letzten zwölf Monate ergibt sich eine Prävalenz von 0,35 % für pathologisches Glücksspielen, zusätzlich 0,3 % für problematisches und 1,4 % für risikoreiches Glücksspielen.

Bezogen auf die einzelnen Glücksspielarten zeigt sich in einer Gesamtanalyse unter Berücksichtigung der Nutzung mehrerer Spielformen, dass mit der Teilnahme an Sportwetten, dem Kleinen Spiel im Casino, Poker und Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben eine erhöhte Chance für die Diagnose des pathologischen Glücksspielens einhergeht. Das Risiko war am höchsten für das Spielen an Geldspielautomaten.

Von den pathologischen Glücksspielern aus der Telefonstichprobe hatten 77 % in ihrem Leben nie Kontakt zu irgendeiner Form von Hilfe einschließlich Selbsthilfegruppe wegen des Glücksspielens. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist eine deutlich erhöhte Rate von anderen psychischen Erkrankungen im Lebensverlauf zu verzeichnen.

www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/epidemiologie/page.html

6.7 Jugendliche und ihr Umgang mit Glücks- und Computerspielen

In einer repräsentativen Befragung unter Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 18 Jahren berichten 10 % der Befragten, dass sie regelmäßig an Glücksspielen um Geld teilnehmen und dafür etwa ein Drittel ihres monatlich zur freien Verfügung stehenden Geldbudgets aufwenden. Das Internet und die dort verbreiteten Bezahlssysteme machen es offenbar auch den Minderjährigen sehr leicht, Glücksspielangebote zu nutzen, von deren Teilnahme sie nach dem Jugendschutzgesetz ausgeschlossen sind.

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes des Instituts für Sucht- und Drogenforschung, des SuchtPräventionsZentrums und des Büros für Suchtprävention werden unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zur Zeit zwei Präventionsmaßnahmen für Schulen entwickelt, bei denen die Computerspielnutzung und das Glücksspielverhalten von Jugendlichen im Mittelpunkt stehen. Ein Modul lässt sich in vorhandene Präventionsprogramme für die Sekundarstufe I integrieren. Das andere Modul ist als eigenständige Interventionsmaßnahme insbesondere für den Einsatz an Berufsschulen konzipiert. Nach der Evaluationsphase werden beide Module Ende 2011 für die regelhafte und/oder anlassbezogene Anwendung im schulischen Kontext zur Verfügung stehen.

6.8 Forschung

6.8.1 Prävalenz, Ursache und Komorbidität weiblicher Glücksspielerinnen

Nach einer bundesweiten Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2008 liegt in der Allgemeinbevölkerung der weibliche Anteil an den pathologischen Glücksspielern bei 19,2%. In der AHG Klinik Münchwies, die die meisten pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler in Deutschland behandelt, liegt bezogen auf diese Diagnosegruppe der Frauenanteil bei 14%. Dort wurde ein Vergleich von 100 männlichen mit 100 soziodemografisch gleichen weiblichen pathologischen Glücksspielern durchgeführt. Bei gleicher Bevorzugung des Automatenpielens wurde bei den Frauen ein signifikant späterer Beginn des Glücksspielens bei einem dann deutlich schnelleren Fortschreiten der Erkrankung festgestellt. Zudem war die weibliche Gruppe häufiger in der Vorgeschichte schwer vernachlässigt, körperlich misshandelt und sexuell missbraucht worden. Die Komorbidität im Bereich der Angststörungen und der depressiven Störungen war deutlich erhöht. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung waren die Quoten bezüglich der aufgeführten Bereiche deutlich höher, so dass sich nicht lediglich ein allgemeiner Gendereffekt widerspiegelt. Das Spielen hatte bei den Frauen die Funk-

tion, von unerträglichen Gefühlen der Angst, Trauer und Insuffizienz abzulenken. Bei den pathologischen Glücksspielerinnen handelt es sich um eine von den Männern mit dieser Diagnose deutlich abgrenzbare Gruppe, deren Charakteristika in der ansonsten männerzentrierten Therapie der Glücksspielsucht besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

6.8.2 Katamnese pathologisches Glücksspielen

Sechs Kliniken der Allgemeinen Hospitalgesellschaft AG, in denen jährlich mehr als 700 pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler stationär behandelt werden, führen vom 1. Januar 2010 bis zunächst 30. September 2011 eine glücksspielerspezifische Katamnese durch. Die Datenerhebung erfolgt auf Basis des Deutschen Kern Datensatzes Katamnese, der um einen Zusatzfragebogen zum pathologischen Glücksspielen erweitert wurde. Katamnesestudien sind ein wichtiges Instrument, um die Wirksamkeit von Behandlungen zu überprüfen. Bisherige Studien haben nur kleine Stichproben zur Grundlage und sind methodisch sehr heterogen angelegt. Mit dem voraussichtlichen Umfang von 700 bis 800 Datensätzen liegt erstmals eine Nachuntersuchung behandelter pathologischer Glücksspieler in dieser Größenordnung vor. Erwartet werden neue fundierte Erkenntnisse hinsichtlich der Qualitätssicherung und der Evaluation glücksspielerspezifischer Therapieprogramme.

7 Computerspiele- und Internetsucht

7.1 Situation in Deutschland

Seit etwa zehn Jahren wird zunehmend eine übermäßige Computer- und Internetnutzung beobachtet, die zu einem Abhängigkeitsverhalten führen kann. Dafür werden die Begriffe Online- bzw. Mediensucht oder auch pathologische Internetnutzung verwendet. Die Mediensucht erfasst auch andere Medien. Bei der Onlinesucht steht das Internet im Vordergrund, wobei die dort stattfindenden Online-Computerspiele von besonderer Bedeutung sind. Die Suchtberatungsstellen verzeichnen in den vergangenen Jahren eine steigende Nachfrage zu diesem Thema. Noch ist nicht abschließend geklärt, wann von einem Abhängigkeitsverhalten zu sprechen ist. Belegt ist, dass die reine Nutzungszeit kein belastbares Kriterium für einen pathologischen Internetgebrauch ist. Darüber hinaus müssen eine Vielzahl anderer Faktoren betrachtet werden, die in der Regel in der Person des Betroffenen selbst liegen. Von einer Suchterkrankung wird allgemein dann gesprochen, wenn das Spielen derart exzessiv betrieben wird, dass andere Anforderungen des täglichen, sozialen und beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden. Es muss sich eine Unfähigkeit des Betroffenen zeigen, trotz Kenntnis des schädlichen Gebrauchs seine Internetnutzung zu kontrollieren. Aktuelle internationale Studien, die vorwiegend Jugendliche befragten, stufen zwischen 1,6 % und 8,2 % der Internetnutzer als „abhängig“ ein. Für Deutschland fehlt es aktuell an zuverlässigen Daten aus einer umfassenden, langfristig angelegten Studie. Menschen mit pathologischem Internetgebrauch weisen häufig andere psychische Erkrankungen auf. Dies sind in der Mehrzahl Depressionen, affektive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, aber auch Substanzmissbrauch in Form von Alkohol und Nikotin.

7.2 Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“

Von 2008 bis Ende 2010 förderte das Bundesministerium für Gesundheit die Forschungsstudie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“ mit dem Ziel, eine aktuelle Übersicht des Forschungsstandes zum pathologischen Internetgebrauch und einen Überblick über die Versorgung mit Beratungs- und Behandlungsangeboten in Deutschland zu erhalten. Für die systematische Übersicht der vorliegenden Studien wurden in einem zweistufigen, kriteriengestützten Evaluationsprozess aus über 350 deutsch- oder englischsprachigen wissenschaftlichen Publikationen insgesamt 87 relevante Studien identifiziert und analysiert. Die Übersicht lässt darauf schließen, dass sich die Auffassung des pathologischen Internetgebrauchs als Suchtstörung in Analogie zu substanzbezogener Abhängigkeit in der internationalen Forschung durchzusetzen scheint. Verschiedene diagnostische Kriterien werden vorgeschlagen und überprüft. Unter den psychologischen Fragebögen zum pathologischen Internetgebrauch werden die „Chen Internet Addiction Scale“ (CIAS) und die „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) besonders hervorgehoben. Deutlich wird durch die Übersicht aber auch, dass bevölkerungsrepräsentative Studien zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland bisher fehlen. Mangels Langzeitstudien können weder Risikofaktoren im Kindesalter hinreichend zuverlässig identifiziert noch können Aussagen über den Verlauf der Störung getroffen werden.

Den weiteren Ergebnissen der Studie zufolge verfügten 52 von 138 befragten ambulanten und stationären Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe über ein spezifisches Angebot für Menschen mit pathologischem Internetgebrauch. Allerdings gaben nur 11 % der Einrichtungen an, spezifische Fragebögen für den pathologischen Internetgebrauch einzusetzen. Anhand festgelegter Kriterien wurden aus den Einrichtungen, die an der Breitenbefragung teilgenommen hatten, 22 „good-practice“-Einrichtungen ausgewählt, die an einer Tiefenbefragung teilnahmen.

Die aktuell vorherrschenden Standards und Vorgehensweisen in der Diagnostik und Beratung/Behandlung von Menschen mit pathologischem Internetgebrauch wurden so im Detail abgebildet. Die dritte und letzte Phase der Datenerhebung des Forschungsprojektes fand in Form einer Expertentagung statt. Ausgewiesene Expertinnen und Experten in der Behandlung von Menschen mit pathologischem Internetgebrauch erörterten die Ergebnisse der Breiten- und Tiefenbefragung, differenzierten die vorliegenden Erkenntnisse und entwickelten Impulse zur Weiterentwicklung der aktuellen Versorgungssituation. Ergänzend dazu wurden in Broschürenform verfügbare Informationsmaterialien zu pathologischem Internetgebrauch identifiziert und bewertet. Insgesamt wurden 83 Broschüren identifiziert. 23 Broschüren informieren über ein spezielles Behandlungsangebot. Bei den Materialien ohne Bindung an ein Behandlungsangebot fiel auf, dass etwa ein Drittel keine Hinweise über den adäquaten Umgang mit pathologischem Internetgebrauch gibt. Der deutlich überwiegende Teil – insbesondere auch der umfangreicheren Broschüren – wendet sich an Angehörige und Kontaktpersonen von Betroffenen. Broschüren für Betroffene sind selten, darunter insbesondere solche für jugendliche Betroffene. In Kooperation mit den am Projekt beteiligten Expertinnen und Experten gestaltete das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters drei Broschüren für Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren.

www.computersuchthilfe.info

www.drogenbeauftragte.de

7.3 Forschungsprojekt „Exzessive Mediennutzung von Patienten in der Rehabilitation Suchtkranker“

Bislang wird vermutet, dass bei bis zu 10 % der in Suchthilfe-Einrichtungen aufgenommenen Patienten eine exzessive Mediennutzung vorliegt, ohne dass diese eindeutig identifiziert und adäquat behandelt wird. Das Ende 2009 bis Ende 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt des Bundesverbands stationärer Suchtkrankenhilfe e. V. zur exzessiven Mediennutzung von Patienten der stationären Suchtrehabilitation sollte einen Beitrag zum Abbau der defizitären Situation in Diagnostik und Behandlung von Menschen mit medienassoziierten Störungen leisten. In 15 Einrichtungen mit Behandlungserfahrungen nicht-stoffgebundener Suchtformen wurden 1.826 Patienten untersucht, um den quantitativen und qualitativen Umfang des Problems aktuell in der stationären Therapie bestimmen zu können. Dabei wurde ein bereits erprobtes Diagnostik-Instrument der „Sabine Grüsser-Sinopoli Ambulanz für Spielsucht“ im Kompetenzzentrum Verhaltenssucht der Universitätsmedizin Mainz eingesetzt und dessen Nutzen für die diagnostische und therapeutische Praxis in den Kliniken überprüft. Die Untersuchung ergab, dass 4,1 % der untersuchten Patienten die Kriterien einer entsprechenden Medienproblematik bzw. Internetsucht erfüllten; weitere 8,9 % wurden als riskante Nutzer klassifiziert. Die Ergebnisse legen nahe, die Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen mit Behandlungserfahrungen nicht-stoffgebundener Suchtformen grundsätzlich im Hinblick auf eine mögliche Medien- bzw. Internetsucht zu untersuchen und eine vorliegende entsprechende Störung im Therapieverlauf zu berücksichtigen. Der Abschlussbericht ist auf der Homepage der Drogenbeauftragten abrufbar.

www.drogenbeauftragte.de

7.4 Modellprojekt ESCapade

Bislang mangelt es im ambulanten Suchthilfesystem an spezialisierten Beratungs- und Hilfsangeboten für pathologische Computernutzer und ihre Angehörigen. Vor allem Eltern wenden sich inzwischen häufig an Beratungsstellen mit der Frage, ob bei ihren Kindern ein problematisches Verhalten vorliegt. Seit Oktober 2010 fördert das Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre lang das 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 vier Standorten statt. Zielgruppe sind junge Internetsutzer im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, die ihre Nutzung des Internets anscheinend nicht adäquat hinsichtlich Häufigkeit und Dauer kontrollieren können. Pathologische Nutzungsmuster behindern die Entwicklung von Problemlösungskompetenzen. Dies gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Abhängigkeitskrankheiten im Erwachsenenalter. Die Wirksamkeit des Programms wird wissenschaftlich evaluiert und die Ergebnisse sollen Ende 2012 vorliegen.

Vorgestellt:

Drogenhilfe Köln gGmbH – Fachstelle für Suchtprävention, Nordrhein-Westfalen

„Viele Wege führen in die Sucht hinein und es bedarf daher auch vieler unterschiedlicher Wege aus der Sucht hinaus.“ Dieser Leitidee hat sich die Drogenhilfe Köln verpflichtet. Ursprünglich aufgrund der Drogenbewegung der 1960er Jahre als „Arbeitskreis Drogenhilfe Köln e.V.“ 1973 gegründet, machte es sich die Drogenhilfe zur Aufgabe, der Abhängigkeit von illegalen Substanzen vorzubeugen und diese zu behandeln. Neben Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen und einer seit 1992 bestehenden Fachstelle für Suchtprävention gehören auch lebenserhaltende, niedrigschwellige Maßnahmen wie Café- und Konsumräume oder Substitutionsambulanzen zu ihrem Angebot. Heute umfasst die Drogenhilfe Köln gGmbH ein Verbundsystem aus 18 unterschiedlichen Einrichtungen der Suchtvorbeugung und Suchthilfe im Großraum Köln, im Rhein-Erft-Kreis und im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Die Präventionsarbeit der Fachstelle für Suchtprävention richtet sich vorrangig an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Betrieben, Behörden und Verbänden, aber auch an Eltern und Angehörige. Aktuelle Probleme wie der Konsum von Designerdrogen, Alkoholmissbrauch und exzessive Computernutzung bei Jugendlichen fließen in die Arbeit der Fachstelle ein. In den letzten Jahren wurden verstärkt Präventionskonzepte für diese Zielgruppe entwickelt und in der Praxis erfolgreich umgesetzt. Die Einbindung in das Verbundsystem des Trägers ist für die Konzeptentwicklung von entscheidender Bedeutung.

Durch die Zusammenarbeit wurde deutlich, dass die Ursachen vieler Suchterkrankungen in der Kindheit der Betroffenen liegen. Diese Defizite auszugleichen

und Kompetenzen der Kinder zu stärken, ist wesentlich, um eine spätere Sucht zu verhindern. Besonders den Eltern und den „miterziehenden Institutionen“ kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Deshalb hat die Fachstelle für Suchtprävention spezielle Angebote für Eltern wie das Elternseminar „Hilfe, mein Kind pubertiert“ geschaffen.

Aus der Kooperation mit Erziehungsberatungsstellen resultierte die Erfahrung, dass es eines Angebots an Informationen zu Suchtentwicklungen und lebensweltbezogenen Interventionsstrategien bedarf. Insbesondere das Experimentierverhalten und der exzessive Alkoholkonsum bei Jugendlichen, die fließend in abhängiges Verhalten übergehen können, erfordern spezifische Angebote für diese in der Regel schwer zu erreichende Zielgruppe. In den letzten Jahren wurde immer deutlicher, welcher hoher Bedarf an Unterstützung für Familien besteht, deren Kinder Spielekonsolen und Computer exzessiv nutzen. Hieraus entwickelte die Fachstelle für Suchtprävention die Konzeptidee zum Präventionsprojekt ESCapade, das derzeit als Bundesmodellprojekt gefördert wird. Es ist ein zielgruppenspezifisches, familienorientiertes Interventionsprogramm für Jugendliche mit problematischer Computernutzung (siehe B 7.4). Die Akquise der Familien erfolgt vorwiegend in Kooperation mit Schulen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendämtern und offener Jugendarbeit. Die vorhandene Netzwerkarbeit der Fachstelle für Suchtprävention bekommt so ein zusätzliches Thema und eine fachliche Ergänzung.

Für eine Überleitung von Jugendlichen mit exzessiver Computernutzung in die Suchtbehandlung fehlen zurzeit rechtlich verbindliche Vermittlungswege. Online-sucht ist noch nicht als eigenes Störungsbild in den Klassifikationssystemen der Suchtdiagnostik verankert. Eine Übernahme der Kosten für die Behandlung ist daher bisher lediglich eine freiwillige Leistung der Renten- und Krankenversicherungen. Die Erfahrungen im Netzwerk der Suchthilfe zeigen jedoch eine posi-

Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH



tive Tendenz. Bei vorliegender starker Suchtproblematik war die Kostenübernahme jeweils sichergestellt.

www.drogenhilfe-koeln.de

www.escapade-projekt.de

7.5 Forschungsprojekt PINTA

Die vom Bundesministerium für Gesundheit seit Ende 2010 geförderte Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)“ der Universität Lübeck soll die Häufigkeit der Internetabhängigkeit in Deutschland beziffern. Innerhalb der von den Universitäten Greifswald und Lübeck durchgeführten repräsentativen Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“ (siehe B 6.6) wurden 14.000 Teilnehmende im Alter von 14 bis 64 Jahren telefonisch auch zu ihrem Internetgebrauch befragt. Wer angab, an einem Wochentag oder am Wochenende mehr als eine Stunde im Internet zu verbringen, wurde zusätzlich nach dem „Compulsive Internet Use Scale“ befragt. Dieser Fragebogen wurde für die Internetnutzung in der Allgemeinbevölkerung entwickelt. Er enthält für eine Abhängigkeit typische Fragen und die Ergebnisse sind international vergleichbar. Ergebnisse werden im Laufe des Jahres 2011 vorliegen.

7.6 Förderung der Medienkompetenz

7.6.1 Programme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Beauftragten für Kultur und Medien (BKM)

Die Bundesregierung sieht in der Förderung der Medienkompetenz eine der zentralen Aufgaben der Medien-, Jugend-, Familien- und Bildungspolitik und unterstützt eine Vielzahl entsprechender Projekte.

Initiative „Ein Netz für Kinder“

Damit Kinder Medienkompetenz erwerben und einen gesunden Umgang des Internets erlernen können, ist eine hinreichende Auswahl altersgerechter, interessanter, qualitativ hochwertiger und für Kinder begreifbarer Angebote erforderlich. Im November 2007 startete die Bundesregierung die Initiative „Ein Netz für Kinder“. Fortbestand und Weiterentwicklung sind Gegenstand des aktuellen Koalitionsvertrages. Seit 2008 wird mit einem von BKM und BMFSFJ finanzierten Förderprogramm die Anzahl,

Qualität und Auffindbarkeit guter Angebote für Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren erhöht. Ziel ist es, Kinder nicht möglichst lang an den Computer zu binden, sondern ihnen einen selbstbestimmten Umgang mit diesem chancenreichen Medium zu ermöglichen. So werden Anregungen für Beschäftigungen in der Offline-Welt geboten, um dem Suchtpotential durch übermäßige Internetnutzung bewusst zu begegnen. Allen Angeboten ist gemeinsam, dass sie das Interesse der Kinder am Computer zur Wissensaneignung nutzen und dabei spielerisch Medienkompetenz vermitteln. Entsprechend 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 das richtige Verhalten in sozialen Netzwerken erlernen. 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 und den sinnvollen Einsatz von Suchmaschinen erlernen können. Ein Team redaktionell unabhängiger Medienpädagogen überprüft kontinuierlich Domains und stellt eine Positivliste (Whitelist) mit für Kinder interessanten Angeboten zusammen. Vor allem deren Anregungen werden berücksichtigt. Kinder schlugen im Jahr 2009 zirka 2.800 Seiten für die Aufnahme vor. Mit Hilfe verschiedener technischer Lösungen können Eltern und Lehrer den Surfraum ihrer Kinder auf die geprüften Seiten begrenzen. Die Positivliste steht allen Schulen in Deutschland kostenfrei für die Schulcomputer zur Verfügung.

www.ein-netz-fuer-kinder.de

Initiative „SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“

Die Initiative „SCHAU HIN! Was Deine Kinder machen.“ wendet sich insbesondere an Eltern und Erziehende von Kindern im Alter von 3 bis 13 Jahren, um mit Informationen und praxisnahen Tipps die erzieherischen Kompetenzen zu stärken.

www.schau-hin.info

Internetportal „jugendschutzaktiv“

Das Internetportal „jugendschutzaktiv“ wurde im Juni 2009 eingerichtet und informiert Gewerbetreibende, Veranstalter, Eltern, Erziehende und alle Interessierten über die gesetzlichen Bestimmungen zum Jugendschutzgesetz.

www.jugendschutzaktiv.de

Projekt „Jugend Online“

„Jugend Online“ ist ein Projekt der Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland. 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 Potential zu stärken. Mit dem Jugendportal netzcheckers.de stellt das Projekt einen Lernraum bereit, der Jugendlichen unabhängig von ihrem Bildungshintergrund vielfältig Gelegenheit bietet, sich multimedial auszuprobieren. Die Projektwebseite richtet sich an Fachkräfte in der Jugendhilfe.

www.jugendonline.eu

Kindersuchmaschine „Blinde Kuh“

Mit der Förderung der Suchmaschine „Blinde Kuh“ wurde eine deutschsprachige, nicht-kommerzielle Suchmaschine speziell für Kinder geschaffen, 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. Sie wird daher von vielen Schulen als Zugangsportal genutzt.

www.blinde-kuh.de

Wettbewerb „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 Einsteigerinnen und Einsteiger sowie Expertinnen und Experten Platz 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, 7–11, 12–15 und 16–21 Jahren eingereicht werden.

www.mb21.de

Wettbewerb „Ohrenblick mal!“

Der Handyclipwettbewerb prämiiert jährlich innovative Beiträge Jugendlicher zur multimedialen Mediennutzung. Ziel ist es, Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, ihre Welt aus der ungewöhnlichen Perspektive des Handydisplays zu zeigen und sich dabei den kreativen Potentialen ihres multimedialen Geräts zu nähern.

www.ohrenblick.de

7.6.2 Studie „Medien und Gewalt; Befunde der Forschung 2004–2009“

Mögliche schädliche Konsequenzen so genannter gewaltbeherrschter Computerspiele und von Gewaltdarstellungen in anderen Medien werden in der Öffentlichkeit insbesondere nach Amokläufen an Schulen (School Shootings) wie denen von Littleton (USA, 1999), Erfurt (2002), Emsdetten (2006) oder Winnenden (2009) kontrovers und oft sehr emotional diskutiert. Die Studie „Medien und Gewalt; Befunde der Forschung 2004–2009“ im Auftrag des BMFSFJ stellt dieser Debatte eine sachliche Betrachtung und differenzierte Beurteilung der aktuellen wissenschaftlichen Befunde gegenüber. Die Forschungsbilanz beschäftigt sich mit den Ursachen der Attraktivität gewalthaltiger Medien und den Mechanismen, durch die mögliche Wirkungen zustande kommen.

www.bmfsfj.de -> Service, Publikationen, Kinder und Jugend

7.7 Zweites Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit

Ende Oktober 2010 fand das zweite Symposium des Fachverbandes Medienabhängigkeit in Mainz statt, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde und sich den „Methoden der Beratungs- und Behandlungspraxis“ für Medienabhängige widmete. Die teilnehmenden Fachkräfte aus Forschung, Prävention, Beratung und Behandlung erhielten einen umfassenden Überblick über die derzeit vorhandenen evidenzbasierten Behandlungsansätze und Konzepte. Diskutiert wurden zudem die Perspektiven künftiger Forschung zur Medienabhängigkeit in Deutschland und Europa. Aufgrund steigender Fallzahlen in den Therapieeinrichtungen erscheint es wichtig, mit der Förderung solcher Konferenzen bestehende Netzwerke zu erweitern und Versorgungsstrukturen zu optimieren. Langfristig gilt es, u. a. diagnostische und therapeutische Standards zu etablieren.

www.fv-medienabhaengigkeit.de -> 2. Symposium

Beispiel aus den Bundesländern

Berlin:

UPDATE – Präventionskampagne gegen Computer- und Internetsucht

Pädagoginnen und Pädagogen sowie Eltern und junge Menschen sind verunsichert und suchen Rat: Wo verläuft die Grenze zwischen Medienkompetenz und Sucht? Was sind die Vorteile und was die Risiken der modernen Kommunikation? Wo bleibt die Fähigkeit, real mit Menschen in Kontakt zu treten? Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin hat mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse und dem Landesprogramm jugendnetz-berlin.de die Kampagne UPDATE entwickelt und gestartet. Sie informiert, sensibilisiert und klärt auf. So sollen Eltern, Fachkräfte und Jugendliche befähigt werden, einen problemlosen, kompetenten Umgang mit den vielfältigen Angeboten von Computer und Internet zu vermitteln bzw. zu erlernen sowie auf eine problematische Entwicklung angemessen zu reagieren.

www.berlin-update-your-life.de

C | Suchtstoffübergreifende Prävention

1 Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

2006 initiierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ mit einer Laufzeit bis Ende 2010. Präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfsangebote für Eltern ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes sollen Risiken für die kindliche Entwicklung frühzeitig erkennen und Erziehungskompetenzen stärken. Sie richten sich insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen, z. B. auch an suchtblastete Eltern und deren Kinder. Im Koalitionsvertrag 2009 wurde festgelegt, dass der Aus- und Aufbau Früher Hilfen und die Initiativen für einen aktiven Kinderschutz in Deutschland mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), das im Rahmen des Aktionsprogramms als zentrale Informationsplattform zum Thema Frühe Hilfen eingerichtet wurde, weiterhin intensiviert werden sollen. Vom NZFH wurden u. a. die Modellprojekte zur Erprobung Erfolg versprechender Ansätze Früher Hilfen in allen 16 Bundesländern koordiniert, deren Ergebnisse nun ausgewertet werden. Dabei werden der Gebrauch legaler und illegaler Drogen sowie die Suchtmittelabhängigkeit der Eltern als zentraler familiärer Belastungsfaktor gewertet. Substanzgebrauch und Suchtmittelabhängigkeit sind Kriterien, die einen hohen Unterstützungsbedarf indizieren und ein Hilfsangebot erforderlich machen. Um die bundesweiten Erfahrungen zum Auf- und Ausbau von Netzwerken Früher Hilfen auch weiterhin zentral an einem Ort zu bündeln, hat der Bund mit der Sicherstellung der Weiterförderung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen bis zum Jahr 2014 eine wichtige Basis gelegt.

www.fruehehilfen.de

2 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit

Die Suchtprävention ist eingebettet in umfassende, politikübergreifende Ansätze der Bundesregierung, mit denen die Gesundheit von Kindern gefördert und Gesundheitsrisiken vermindert werden sollen. So hat die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) koordinierte „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ das Ziel, Kindern ein Aufwachsen in möglichst guter Gesundheit zu ermöglichen. Basierend auf den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys haben die Bundesministerien hierzu Initiativen gebündelt und einen politikübergreifenden Maßnahmenkatalog entwickelt. Darin sind auch Initiativen zur Alkohol-, Tabak- und Cannabisprävention integriert. Ein zentrales Anliegen des BMG ist es, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Hierzu und zu weiteren Themen werden Forschungs- und Modellprojekte gefördert.

www.bundesgesundheitsministerium.de -> Prävention, Kindergesundheit

3 Modellprojekt Trampolin

Seit 2008 wird gemeinsam durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das Projekt „Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien“ durchgeführt, das vom Bundesministerium für Gesundheit drei Jahre gefördert wird. An mehreren Standorten wird die direkte präventive Arbeit mit Kindern aus suchtblasteten Familien zwischen 8 und 12 Jahren untersucht. Um Aussagen zur Wirksamkeit des neuen Ansatzes treffen zu können, wird das modulare Präventionskonzept in Interventionsgruppen mit den bisherigen Verfahren in Kontrollgruppen verglichen. Das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ soll die psychische Belastung der betroffenen Kinder reduzieren, ihre Handlungs- und Bewältigungskompetenzen

stärken sowie dauerhaft Ressourcen und Widerstandsfähigkeit der Kinder erhöhen. Darüber hinaus werden auch Eltern begleitet sowie Aktivitäten von Fachkräften vernetzt. „Trampolin“ wird seit November 2009 im Hamburger Verein Such(t)- und Wendepunkt e.V. und seit Februar 2010 an weiteren Beratungsstellen in Deutschland erprobt und wissenschaftlich untersucht.

www.projekt-trampolin.de

4 Modellprojekt Eltern.aktiv – Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe

Mit dem 2009 bundesweit in acht Suchthilfeeinrichtungen begonnenen zweijährigen Modellprojekt sollen die Eltern junger Suchtmittelkonsumierender besser erreicht und – insbesondere durch ein systematisiertes Erstgespräch – die Arbeit mit den Eltern qualitativ verbessert werden. Zum anderen sollen jugendliche Suchtmittelkonsumierende mittels frühinterventiver Maßnahmen besser erreicht werden. Grundvoraussetzung für einen verbesserten Zugang ist der qualitative und quantitative Ausbau tragfähiger Kooperationen zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und Vermittlerinstitutionen wie der Jugendhilfe, Erziehungsberatung oder Schulen. Zu Projektbeginn stellte eine Elternbefragung fest, dass bei vielen Eltern Hemmungen bestehen, professionelle Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Diese Barrieren sollen durch ein abgestuftes Angebot abgebaut werden.

Die dringendsten Fragen werden im Flyer „Rauschmittelkonsum im Jugendalter – Tipps für Eltern“ beantwortet. Damit wird dem wachsenden Bedürfnis vieler Eltern entsprochen, mehr zur Entstehung von Sucht, Rauschmitteln und Handlungsmöglichkeiten zu erfahren. Bundesweit können Suchthilfeeinrichtungen diesen Flyer anfordern. Zudem wird ein Leitfaden für Suchthilfeeinrichtungen erarbeitet. Dieser beinhaltet Empfehlungen für den Zugang zu Eltern junger Suchtmittelkonsumenten, zum Aufbau von Kooperationen und die Anleitung für ein systematisiertes Erstgespräch mit Eltern.

An das Bundesprojekt gliedert sich das Projekt „Pro-aktive Elternarbeit mit Eltern Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendlicher durch Jugendschutzfachkräfte/Fachkräfte der Jugendhilfe“ des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe an. Fachkräfte der Jugendämter erhalten für die proaktive Arbeit mit Eltern Unterstützung. Die im Bundesprojekt erarbeiteten Materialien und Strategien werden allen Jugendhilfefachkräften zur Verfügung gestellt. Sie sollen möglichst in Kooperation mit der örtlichen Suchtberatung praktisch erprobt werden.

www.dhs.de -> Projekte, Aktuelle Projekte, Elternarbeit
www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Eltern_aktiv_Start/

5 Modellprojekt SKOLL

Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts Selbstkontrolltraining (SKOLL) ist es, Jugendliche und Erwachsene mit einem riskanten Konsum – sei es von Alkohol, Cannabis oder anderen Suchtmitteln – 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 ersten zwei Jahren des seit November 2008 laufenden Projekts hat sich gezeigt, dass der niedrigschwellige, zieloffene Ansatz riskant konsumierende Menschen gut anspricht und eine Veränderung des Konsumverhaltens bewirkt. Die Besonderheit von SKOLL liegt in der suchtmittelübergreifenden Herangehensweise. Menschen aus allen Altersgruppen und mit verschiedensten Konsummustern können in einer Gruppe gemeinsam aktiv werden. Damit eignet sich der Ansatz auch für Beratungsstellen in ländlichen Regionen. In das Projekt wurden 45 Suchtfachstellen aus ganz Deutschland einbezogen. In mehr als 70 regionalen Trainings wurden bislang zirka 700 Jugendliche und Erwachsene erreicht. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes soll dazu beitragen, dass am Projektende im Oktober 2011 ein evidenzbasierter Ansatz vorliegt, der bundesweit in Beratungsstellen umgesetzt werden kann.

6 Kampagne „Kinder stark machen“

Da die Grundlagen für Suchtprobleme meist im Kindes- und Jugendalter gelegt werden, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Kampagne „Kinder stark machen“ zur frühen substanzübergreifenden Suchtvorbeugung an. Ziel ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu stärken, ihre Konfliktfähigkeit zu fördern und sie in der realistischen Einschätzung ihrer eigenen Stärken und Schwächen zu unterstützen.

Eine besondere Bedeutung hierbei hat die Kooperation mit dem Breitensport. Über Sportvereine werden Eltern, Kinder und die dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht und mit wichtigen psychosozialen Kompetenzen ausgestattet. Der Sportverein ist neben der Schule und dem Elternhaus ein wichtiger Teil in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, auch aus sozial benachteiligten oder zugewanderten Familien. Über 70% aller Kinder und Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum freiwillig Mitglied in einem Sportverein.

Im Rahmen einer langfristig angelegten Strategie werden das pädagogische Konzept der Lebenskompetenzförderung schrittweise in die Kinder- und Jugendarbeit der Sportverbände integriert. Für die vereins- und alltagsnahe Vermittlung suchtpreventiver Botschaften hat die BZgA ein Kommunikationskonzept mit unterschiedlichen Maßnahmen entwickelt:

- **Multiplikatorenarbeit:** 2.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sportvereinen wurden 2010 qualifiziert, die Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen zu fördern.
- **Vereinservice:** Das Unterstützerpaket zur Durchführung von Präventionsprojekten vor Ort umfasst Materialien sowie eine telefonische oder E-Mail Beratung. Mit der Anforderung von 1.650 Unterstützerpaketen wurden etwa 5.000 Multiplikatoren in Sportvereinen und in der Schule für das Thema interessiert.
- **Veranstaltungen:** Zum zweiten Mal führte der Deutsche Fußball-Bund (DFB) auf seinen 1.000 Minispielfeldern einen Aktionstag unter dem Motto „Starke Kinder. Wahre Champions“ im Mai 2010 in Kooperation zwischen Schule und Fußballverein durch. In Zusammenarbeit mit 270 Präventionsfachstellen bot die BZgA neben einem Infostand Mitmachaktionen unter dem Motto „Kinder stark machen“ begleitend an.
- **Kooperation mit dem DFB:** Im Rahmen der gemeinsamen Projektarbeit wird die Frauen-Weltmeisterschaft 2011 mit einer Schul- und Vereinskampagne unter dem Motto „TEAM 2011“ begleitet. Hintergrund ist die hohe Nachhaltigkeit aus der Kooperation während der Fußball-WM 2006 sowie die Tatsache, dass die Botschaft „Kinder stark machen“ in den Sportvereinen von Beginn an positiv aufgenommen wurde und zahlreiche Vereine das Thema „frühe Suchtvorbeugung“ in den Leitlinien ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen festgeschrieben haben. Bisher haben sich 10.400 Fußballvereine und 6.600 Schulen für diese Kampagne angemeldet.
- **Alkoholprävention im Verein:** Um frühzeitig Jugendliche zu erreichen und auf die negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums aufmerksam zu machen, spricht die BZgA gezielt Multiplikatoren in den Sportvereinen an. Unterstützt vom Deutschen Olympischen Sportbund heißt das Motto „Alkoholfrei Sport genießen“, womit auch an die Vorbildrolle der erwachsenen Vereinsmitglieder erinnert werden soll. Ziel war es, das Thema Alkoholprävention langfristig zu einem festen Bestandteil des Vereinslebens zu machen. Hierzu zählen die unbedingte Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen, eine verantwortungsvolle Preisgestaltung, eine ausgewogene Produktauswahl sowie vereinsinterne Absprachen und Regelungen (kein Alkohol, keine Zigaretten am Spielfeldrand). Das Motto wurde von über 900 Sportvereinen vereins- und praxisnah umgesetzt.

7 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Seit 2005 veranstaltet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bundesweit für Schulklassen regelmäßig Jugendfilmtage zum Thema „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“. Die Kinos werden als attraktive Freizeitorte zu außerschulischen Lernorten. Mittels jugendgerechter Spielfilme wird zur Auseinandersetzung mit dem Thema Alltagsdrogen angeregt, die im Nachhinein im Schulunterricht vertieft wird. Die Lehrer werden hierauf im Vorfeld in einem Workshop vorbereitet und erhalten umfangreiches Begleitmaterial. Bis Ende 2010 besuchten rund 1.200 Lehrerinnen und Lehrer die empfohlene Fortbildung.

Während der Kinotage bietet die BZgA Informationen und personalkommunikative Mitmachaktionen. Moderiert durch regionale Suchtpräventionsfachkräfte ermöglichen die Spielstände die individuelle Auseinandersetzung mit Nikotin und Alkohol. Gespräche klären über gesundheitliche Folgen auf und verweisen auf lokale Präventionsangebote. Die lokalen Präventionsanbieter nutzen die Standbetreuung für die eigene Öffentlichkeitsarbeit sowie für die Differenzierung von Angeboten im regionalen Netzwerk.

Das Konzept der Jugendfilmtage wurde 2009 und 2010 für ländliche Gebiete sowie Klein- und Mittelstädte angepasst, um es bundesweit flächendeckend anbieten zu können. Nachfragen kommen von Schulen aus allen Bundesländer. Bis Ende 2010 besuchten mehr als 100.000 Schülerinnen und Schüler und rund 7.000 Lehrer die Jugendfilmtage.

8 Klasse2000 – Stark und gesund in der Grundschule

Klasse2000 ist ein Grundschulprogramm zur Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen. Es begleitet die Kinder kontinuierlich von der 1. bis zur 4. Klasse. Spielerisch lernen sie die wichtigsten Grundlagen für ein gesundes Leben kennen: gesund essen und trinken, bewegen und entspannen, sich selbst mögen und Freunde haben, Probleme und Konflikte lösen, kritisch denken und „nein“ sagen können. Klassenlehrer und externe Fachleute führen als „Klasse2000-Gesundheitsförderer“ das Programm mit vielen aktivierenden Übungen und Materialien durch. Seit 1991 haben mehr als 700.000 Kinder aus allen Bundesländern teilgenommen. Im Schuljahr 2009/10 waren 15.428 Klassen aus 3.152 Schulen beteiligt.

Aktuelle Studien des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung belegen die Effekte des Programms: Teilnehmende Kinder schätzen die Möglichkeit, selbst etwas für ihre Gesundheit tun zu können, höher ein als Kinder aus Klassen, die nicht das Programm absolvieren. Sie beginnen im 4. Schuljahr seltener mit dem Konsum von Zigaretten und Alkohol und haben auch in der 6. Klasse, 16 Monate nach Programmende, zu einem geringeren Prozentsatz schon einmal geraucht oder Alkohol getrunken. Gegenüber Zigarettenangeboten von Freunden sind sie ebenfalls weniger empfänglich.

Neuerdings können die Kinder im Internet unter www.klaro-labor.de selbständig die Inhalte des Programms wiederholen, vertiefen und erweitern. www.klasse2000.de

9 Expertengespräch der Bundesdrogenbeauftragten zur betrieblichen Suchtprävention

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 zirka 10 % aller Beschäftigten Alkohol in missbräuchlicher Weise konsumieren. Weitere 5 % aller Beschäftigten gelten als alkoholabhängig. 1 % bis 2 % der Beschäftigten können als medikamentenabhängig angesehen werden.

Neben dem persönlichen Leid für die Betroffenen und deren Angehörige verursachen Suchtprobleme für die Wirtschaft und Gesellschaft hohe Kosten. Alkohol- und Drogenkonsum beeinträchtigen durch Fehlzeiten, mangelndes berufliches Engagement, Leistungseinbußen und bei Auszubildenden durch Prüfungsversagen die Leistungsfähigkeit der Betriebe. Zusätzlich ist in vielen Unternehmen die Arbeitssicherheit gefährdet, weil das Unfallrisiko steigt. Nach Schätzung gelten 15 bis 30 % aller Arbeitsunfälle als alkoholbedingt. Suchterkrankungen wirken sich zudem negativ auf das Betriebsklima aus.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung lud am 28. Juni 2010 Fachleute aus großen Unternehmen und der Suchthilfe zu einem Expertengespräch über betriebliche Suchtprävention ein, um sich über bestehende Konzepte und den Verbesserungsbedarf bei der betrieblichen Suchtprävention zu informieren. Betriebliche Suchtpräventionsprogramme gibt es vor allem in mittleren und großen Betrieben mit mehr als 1.000 Beschäftigten. Dort sind häufig hauptamtliche Sucht- oder Sozialberater tätig. Beim Expertengespräch wurden Beispiele guter Praxis vorgestellt. Das Treffen zeigte, dass die betriebliche Gesundheitsförderung für viele Unternehmen angesichts wachsender Arbeitsbelastungen, gesundheitlicher Einschränkungen sowie des Anstiegs psychischer Erkrankungen der Beschäftigten ein wichtiges Thema ist. In diesem Rahmen kann betriebliche Suchtprävention klare Regeln zum Umgang mit Suchtmitteln und Suchtkranken vor-

geben. Sie ist besonders geeignet, suchtgefährdete und -kranke Beschäftigte frühzeitig zu einer Therapie zu motivieren.

10 Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat den „KlarSicht – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol“ als interaktives und spielerisch angelegtes Aufklärungsangebot entwickelt. Er ist dezentral und bundesweit einsetzbar und steht im Zusammenhang mit der „rauchfrei“-Kampagne (siehe B 2.2.3) sowie der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ (siehe B 1.2.1.2). Der Parcours ergänzt und vertieft die massenmedialen, audiovisuellen und internetbasierten Kampagnen-Angebote auf der Ebene der persönlichen Informationsvermittlung. Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren erhalten Entscheidungshilfen für ein verantwortungsbewusstes Genuss- und Konsumverhalten. Neben der Aufklärung über das Suchtpotential von Tabak und Alkohol zielt der Parcours auf die Stärkung von Schutzfaktoren. Dabei werden geschlechtsspezifische Aspekte bei der Gestaltung der Stationen und bei der Moderation berücksichtigt. Zudem werden örtliche Präventionsstrukturen und lokale Beratungsstellen aktiv einbezogen. Multiplikatoren vor Ort werden zur späteren Adaption des Modells motiviert und qualifiziert. Das Konzept wird den Bundesländern unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen zur Anpassung und Übernahme angeboten.

Die finanzielle Unterstützung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. ermöglichte 2010 die Herstellung eines zweiten baugleichen Mitmach-Parcours. Dadurch konnten die bisherigen bundesweiten Einsätze fast verdoppelt werden:

- 2009: 28 Einsätze, 6.929 Schülerinnen und Schüler, 834 Multiplikatoren,
- 2010: 52 Einsätze, 11.244 Schülerinnen und Schüler, 997 Multiplikatoren.

Von 2009 bis 2010 entwickelte die BZgA entsprechend einzelner Parcours-Stationen eine Kofferversion, die die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen 2010 in einem landesweiten Projekt erprobt hat. An 60 Einsätzen nahmen 1.400 Schülerinnen und Schüler teil. Das Pilotprojekt wurde evaluiert. Die Kofferversion erwies sich als wirksames und effizientes Präventionsinstrument. 85 % der Schülerinnen und Schüler konnten nach der Teilnahme die Gefahren durch Alkohol besser einschätzen, 60 % von ihnen wollen ihren Alkoholkonsum überdenken. Von den Nichtraucherinnen wurden mehr als 90 % in ihrer Tabakabstinenz bestärkt. Die rauchenden Schülerinnen und Schüler konnten bis zu 20 % zum Umdenken motiviert werden. Insbesondere der Einsatz von Lehrkräften und Peers an den einzelnen Stationen war sehr förderlich. Wenn externe Fachkräfte eingesetzt werden sollen, müssen diese zuvor besonders geschult werden.

www.klarsicht.bzga.de

11 Internetplattform www.drugcom.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet Jugendlichen und jungen Erwachsenen über das Internet unter www.drugcom.de Information und Beratung zu illegalen und legalen Substanzen an. Ziel ist es, junge Menschen zu einem risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu motivieren und bei der Reduzierung oder Beendigung des Konsums zu unterstützen. Der Schwerpunkt des Angebots liegt auf der Prävention des Konsums illegaler Drogen. Seit dem Online-Start im Jahr 2001 ist die Anzahl der Besuche pro Tag von 330 auf 2.500 im Jahr 2010 gestiegen. 2010 wurde das Layout der Internetseite komplett überarbeitet. Es wird 2011 online veröffentlicht.

www.drugcom.de

12 Suchtprävention im Internet – bundesweit vernetzt

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt in Kooperation mit den Bundesländern das Dokumentationssystem dot.sys zur Verfügung. Dabei handelt es sich um ein computer- und internetgestütztes System zur Vernetzung, Kompetenzsteigerung und Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention, das auch dem Monitoring der Versorgungssituation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland dient. Dieses Angebot schafft gemeinsam mit www.prevnet.de – dem Fachportal für Suchtprävention – Transparenz über Präventionsmaßnahmen und fördert die Zusammenarbeit von Fachkräften. Die aus „Dot.sys“ gewonnenen Ergebnisse werden seit 2006 als Grundlage der Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene genutzt. Die Erhebung basiert auf der Dokumentation durchgeführter Maßnahmen durch die Fachkräfte und der jährlichen Übermittlung an die verantwortlichen Länderkoordinierungsstellen, welche die anonymisierten Daten an die BZgA weiterleiten. Im Jahr 2009 beteiligten sich 472 Fachkräfte in 338 Einrichtungen an der Datenerhebung. 34.031 Maßnahmen sind nun insgesamt dokumentiert. Die Ergebnisse sind im Bericht „Dot.sys – Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland 2009“ zusammengefasst.

www.prevnet.de -> Dot.sys

13 Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“

Zur Optimierung des Jugendschutzes ist es neben gesetzlichen Maßnahmen wichtig, dass die geltenden Regelungen in der Praxis auch entsprechend umgesetzt werden. Die Bundesregierung fördert Maßnahmen, um die gesetzlichen Bestimmungen besser zu vollziehen. Die anlässlich des Runden Tisches „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des Vollzuges“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2007 getroffenen Vereinbarungen wurden vorgebracht:

- Die Einführung von Kassensystemen mit optischen und/oder akustischen Warnfunktionen bei der Abgabe jugendschutzrelevanter Artikel im Einzelhandel dauert an.
- Im Rahmen der Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ wurde die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt, um eine stärkere Teilnahme an der Distribution der Informationsmaterialien zu erreichen.
- In Abstimmung mit den Verbänden von Einzelhandel, Gastronomie und Tankstellengewerbe hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2008 ein Schulungsvideo und einen ergänzenden Flyer für Beschäftigte herausgegeben.
- Die Informationen zu jugendschutzrechtlichen Bestimmungen hat das BMFSFJ 2009 im Internetportal www.jugendschutzaktiv.de leicht verständlich für interessierte Bürgerinnen und Bürger, Eltern und Jugendliche, aber auch für Einzelhandel, Gastronomie und Veranstaltungsgewerbe zusammengefasst (siehe B 7.6.1).

14 Nationaler Aktionsplan Jugendschutz

Zur Verbesserung des Jugendschutzes vor Ort gibt es bereits eine Vielzahl vielfältiger Maßnahmen und Projekte der Bundesregierung. Es gilt nun, diese zu verstärken sowie gemeinsam mit Ländern, Kommunen, Jugend- und Wirtschaftsverbänden zu bündeln, zu vernetzen und so weiter zu entwickeln. Mit dem Nationalen Aktionsplan Jugendschutz soll ein umfassendes und möglichst verbindliches Konzept entstehen, das die genannten Akteure, aber auch Eltern und die Schutzgruppe der Minderjährigen selbst im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Pflichten und Verantwortung berücksichtigt. Mit diesem Ziel soll die aktive Teilnahme und Medienkompetenz von Jugendlichen, Eltern und anderen Erziehungsverantwortlichen angeregt und gefördert werden. Der Nationale Aktionsplan Jugendschutz wird auf der Grundlage einer aufzubauenen Kooperationsplattform mit den beteiligten Akteuren umgesetzt.

15 Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Suchtprävention in der Bundeswehr hat zum Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Durch konkrete Maßnahmen und eine strukturelle Verankerung wird Suchtprävention in der Bundeswehr als dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet. Sie umfasst Aufklärung sowie Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Vorgesetzten. In diesem präventiven Ansatz arbeiten Streitkräfte, Sanitätsdienst, psychologischer Dienst, Sozialdienst, Militärseelsorge, zivile Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen in einem psychosozialen Netzwerk zusammen. Dieses bietet Soldatinnen und Soldaten, zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten Beratung und Unterstützung an.

Die Soldatinnen und Soldaten werden bereits in der Grundausbildung offensiv mit dem Thema Sucht und Drogen konfrontiert; sie werden belehrt, dass der Missbrauch von

Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet, sondern konsequent sanktioniert wird. Die Vorgesetzten sind sich ihrer Verantwortung bewusst und nehmen eine entsprechende Vorbildfunktion wahr. Die Aufklärung über die Gefahren von Sucht und das Stärken des Abwehrverhaltens erfolgt auch nach der Grundausbildung in Form von Belehrungen, Unterrichtungen, Aktionen, Broschüren, Plakaten und digitalen Medien. Die Weiterentwicklung einer auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Bundeswehrangehörigen ausgerichteten Gesundheitskommunikation sowie die Durchführung von besonderen Maßnahmen (z. B. Nicht-raucherseminare) und Lehrgängen stellen dabei einen Schwerpunkt dar.

www.suchtpraevention.bundeswehr.de

16 Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten

Das Bundesministerium des Innern (BMI) fördert durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) altersunabhängige Integrationsmaßnahmen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt Projekte für junge Menschen unter 27 Jahren, deren Bewirtschaftung auch dem BAMF obliegt. Die gesamte Projektförderung hat einen präventiven Charakter und ist auch auf die Stabilisierung der Persönlichkeit der Zuwanderinnen und Zuwanderer ausgerichtet. So wird z. B. im Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund durchgeführt wird, den Zuwanderern mit der Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolge und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine Halt und Orientierung gegeben, damit sie weniger suchtanfällig werden.

Von den 266 (2009) bzw. 220 (2010) geförderten altersunabhängigen Projekten verfolgen 16 Projekte mit einer Gesamtbundeszuwendung von fast 460.000 Euro neben der sozialen Integration auch den speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention. Der Ansatz dieser Projekte des BAMF ist, den Zuwanderinnen und Zuwanderern die Hilfestrukturen in Deutschland bewusst zu machen,

sie „abzuholen“ und zum Suchthilfesystem hinzuführen sowie Überzeugungsarbeit zu leisten, die Einrichtungen zu nutzen.

Von den 203 (2009) bzw. 188 (2010) mit Mitteln des BMFSFJ geförderten weiteren Maßnahmen zur gesellschaftlichen und sozialen Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern gilt dieser Ansatz für 73 Projekte, die mit mehr als 1,7 Mio. Euro gefördert wurden. Auch hier geht es insbesondere um eine Verbesserung des Zugangs zu den Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe. Junge Zuwanderinnen und Zuwanderer, die durch die Regelangebote häufig nicht erreicht werden, sollen durch sozialpädagogische Begleitung motiviert werden, Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungsangebote wahrzunehmen. Durch Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten (z. B. für Eltern); Schulung von Multiplikatoren (geeignete Jugendliche, Schlüsselpersonen, Eltern und Familienangehörige); erlebnispädagogische Freizeitaktivitäten und soziale Trainingskurse sollen u. a. Gefahren erkannt, Hilfesysteme vorgestellt, ein Austausch über belastende Faktoren ermöglicht, Haltungen beeinflusst und Problemlösungsverhalten gestärkt werden. Die Kooperation und Vernetzung mit dem Suchthilfesystem vor Ort ist für alle Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten wichtig.

Beispiele aus den Bundesländern

Nordrhein-Westfalen:

„KIK – klar im Kopf“

Ziel des dreijährigen Projekts „KIK – klar im Kopf“ ist es, jungen Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Präventions- und Suchtberatungsstellen zu eröffnen. Zusätzlich soll es so sowohl Migranten als auch Mitarbeitern der Suchthilfe möglich werden, sich von Vorurteilen gegenüber anderen Kulturen und Institutionen zu lösen. Gleichzeitig sollen Angebote der Suchtberatungs- und Suchtpräventionsstellen optimiert werden. Von 2010 bis 2013 wird das Projekt an zwei Standorten im Kreis Mettmann durch den Caritasverband und seine Facheinrichtungen mit Fördermitteln des BMFSFJ durchgeführt.

Saarland:

„FES – Familien-Empowerment und Suchtprävention: Kompetente Eltern – starke Kinder“

Mit dem dreijährigen Projekt FES sollen zugewanderte Eltern drogenabhängiger Jugendlicher in ihren Erziehungskompetenzen sowie ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden. Sie werden in die Lage versetzt, die erworbenen Kenntnisse und die mitgebrachten, durch das Projekt reaktivierten Fähigkeiten in die Erziehung ihrer Kinder einzubringen. Die Eltern werden unter anderem motiviert, am Vereinsleben vor Ort aktiv teilzunehmen. Darüber hinaus wird die Gründung von Selbsthilfegruppen für Eltern und Verwandte der Drogenabhängigen unterstützt. Bei dem bis 2013 durch das BMI geförderten Projekt arbeiten der DRK Landesverband Saarland und der Verein zur Förderung der Integration russischsprachiger Einwanderer im Saarland e. V. zusammen.

Bayern:

„ELTERNTALK zur Suchtprävention“

ELTERNTALK fördert die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern und unterstützt sie bei ihrer Alltags- und Konfliktbewältigung. Das Projekt umfasst verschiedene Module: Fernsehen, Internet, Handy, Computer- und Konsolenspiele, Konsum und Suchtvorbeugung. Das Modul Suchtprävention wurde 2009 gestartet. Im Vorfeld wurden 120 Eltern-Moderatorinnen und -Moderatoren qualifiziert. Etwa 70 % der teilnehmenden Eltern haben einen Migrationshintergrund und kommen vor allem aus türkisch und russisch sprechenden Familien.

www.elterntalk.net

Baden-Württemberg:

„Mädchen Sucht Junge“

„Mädchen Sucht Junge“ ist ein interaktives Lernprojekt zur geschlechtsbezogenen Suchtvorbeugung, das Pädagoginnen und Pädagogen bei den Suchtbeauftragten der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg für den Unterricht der Klassen 7 bis 9 ausleihen können. Die Thementafeln zu Rauchen, Alkohol, Medien (Computer u. a.) und zum Körper (BodyKult) wurden 2009 vollständig überarbeitet und werden landesweit mit Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren seit 2010 angeboten.

www.suchtprophylaxe-bw.de

Thüringen:

„Kasimir und Kasiminchen – Gemeinsam stark machen“

Seit Ende März 2010 treffen sich Jungen und Mädchen im Alter von 6 bis 10 Jahren wöchentlich in der Gruppe „Kasimir und Kasiminchen – Gemeinsam stark machen“. Dort können sie sich über ihren Alltag mit psychisch kranken/suchtkranken Eltern austauschen. Beim Angebot des Kinder- und Jugendschutzzentrums Baumhaus des Marienstifts in Arnstadt wird gemein-

sam gebastelt, gekocht und gespielt. Zudem helfen Rollenspiele, Entspannungstechniken, Gesprächsrunden etc., Erfahrungen zu verarbeiten und Lösungen bei Problemen zu finden.

www.ms-arn.de -> Jugendhilfe, Kinder- und Jugendschutzzentrum Baumhaus

Berlin:

„Peer Eltern an Schule“ (PEaS)

Die AOK Berlin-Brandenburg, die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin und das Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg führen gemeinsam das Suchtpräventionsprojekt PEaS für Eltern von Kindern der Klasse 5 bis 6 durch. Ziel ist es, Wissen zu Alkohol, Computer, Tabak, Pubertät und Beratungsstrukturen zu vermitteln, um Kinder vor süchtigem Verhalten schützen zu können. Die Eltern sollen in ihrer Erziehungskompetenz und Vorbildfunktion gestärkt und vernetzt werden (untereinander, Kontaktlehrer, Schulsozialarbeiter, Beratungseinrichtungen). Dazu werden „Bezirks-Elterntische“ veranstaltet. Daran nehmen vor allem Eltern teil, die bislang selten bis gar nicht schulisch initiierte Angebote wahrnahmen, insbesondere mit Migrationshintergrund. Im Schuljahr 2010/11 wird PEaS auf weitere Klassen und Schulen durch die Unterstützung des Landesprogramms „Gute gesunde Schule“ sowie der Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und für Bildung, Wissenschaft und Forschung ausgeweitet.

www.berlin-suchtpraevention.de

17 Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich im Bereich der Primärprävention die Förderung des Nichtrauchens sowie eines gesundheitsgerechten Umgangs mit Alkohol zur Aufgabe gemacht. Die hierzu erbrachten Leistungen dienen der Verhütung tabak- und alkoholassoziierter Erkrankungen und der Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils in allen Altersgruppen. Der GKV-Spitzenverband hat in seinem Leitfadens Prävention nach § 20 SGB V Zielgruppen, Inhalte und Qualitätskriterien für die entsprechenden Leistungen definiert.

Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen kommt es vordringlich darauf an, den Einstieg in den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen geeignet, die in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen selbst – den sogenannten Settings – durchgeführt werden, also beispielsweise in der Schule. Der Präventionsbericht 2010 weist aus, dass die Krankenkassen mittels gesundheitsfördernder Aktivitäten in Kitas, allgemeinbildenden Schulen, Sonderschulen und Berufsschulen 1,6 Mio. Kinder und Jugendliche erreichten. In diesen Settings widmen sich zwischen 13 % und 52 % der Aktivitäten der Krankenkassen spezifisch dem Suchtmittelkonsum. Dabei werden neben substanzspezifischen Angeboten, die insbesondere im Schulalter zum Einsatz kommen, überwiegend für jüngere Kinder auch substanzunspezifische Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz und Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen durchgeführt. 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 auch verhältnispräventiv ausgerichtet ist und alle relevanten Akteure in den Gemeinden einbezieht.

Die Krankenkassen bieten Versicherten, die mit dem Rauchen aufhören wollen, Tabakentwöhnungsmaßnahmen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer orientierter Basis an. An erwachsene Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum

richten sich Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol und zum Reduzieren des Alkoholkonsums. Insgesamt nahmen 2009 knapp 16.000 Versicherte Kurse und Seminare zu diesen Inhalten in Anspruch, darunter 53 % Frauen und 47 % Männer. Dabei bezogen sich 96 % der Maßnahmen auf den Tabak- und 4 % auf den Alkoholkonsum.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beraten die Krankenkassen alle betrieblichen Gruppen – Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Fachkräfte für den Arbeitsschutz und die Beschäftigten selbst – zu allen mit der Tabak- und Alkoholprävention in Zusammenhang stehenden Fragen. Das Leistungsspektrum reicht von der Aufklärung und Information über die Schulung von Führungskräften zur Suchthematik und die Unterstützung bei der Vorbereitung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz bzw. der betrieblichen Alkoholkonsumpolitik bis zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen bzw. der Vermittlung von Hilfsangeboten für Mitarbeiter in Krisensituationen. Laut Präventionsbericht erreichte die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung 2009 insgesamt über 620.000 Beschäftigte und Führungskräfte. 16 % der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten waren auf den Suchtmittelkonsum ausgerichtet.

www.gkv-spitzenverband.de

www.mds-ev.de/Praevention.htm

18 Präventionsforschung

Im Rahmen des Förderschwerpunktes Präventionsforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Rahmen einer klinischen Studie die Evaluation der deutschen Adaption eines US-amerikanischen Programms zur familienbasierten Suchtprävention (Strengthening Families Program – SFP). Die Fragestellung ist, inwieweit die Befunde aus den USA unter besonderer Berücksichtigung von Familien in schwierigen sozialen Lagen in Deutschland repliziert werden können. Die Suchtprävention in Deutschland ist bisher vorwiegend durch schul- und gemeindebasierte Programme gekennzeichnet. Lassen sich die Befunde aus den USA replizieren, kann als Vorhabensziel die Erweiterung der hiesigen Suchtprävention um die wesentliche Säule der familienbasierten Prävention benannt werden. Das Forschungsvorhaben baut auf einer laufenden Pilotstudie des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters auf, in der eine deutsche Adaption des SFP entwickelt und getestet wird. Für die Evaluation im Rahmen der Multicenter-Studie konnten etablierte Präventionsanbieter in Hamburg, Hannover, Schwerin und München als Kooperationspartner gewonnen werden. Die Studie wird frühestens Anfang 2013 abgeschlossen sein.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de -> Programm, Handlungsfelder, Gesundheitswesen, Präventionsforschung

D | Versorgungssystem

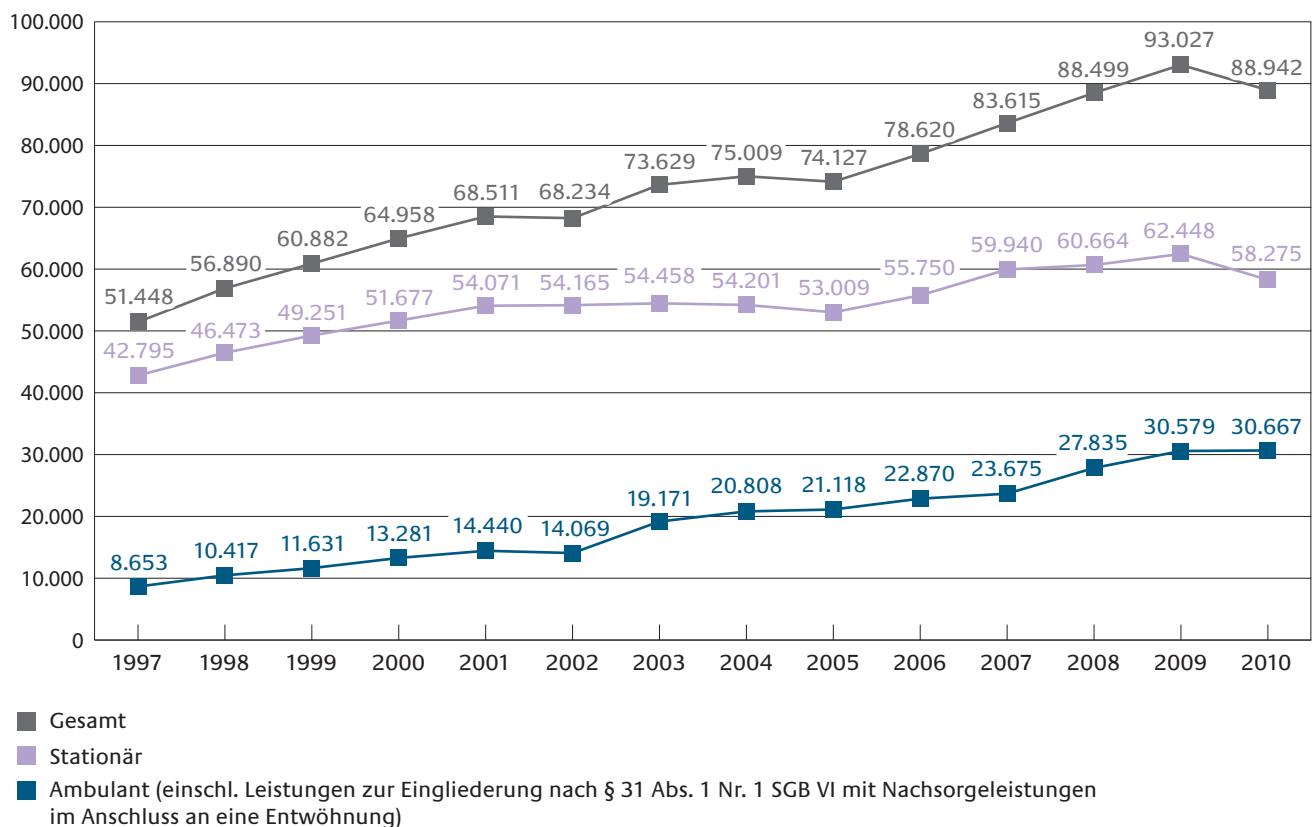
1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

Die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung sank im Vergleich zum Vorjahr. Es wurden 2010 weniger stationäre Leistungen bewilligt, die Bewilligungen der ambulanten Leistungen stieg geringfügig (Abb. 20).

1.1 Qualitätssicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung (RV) erstellt regelmäßig Berichte zur Reha-Qualitätssicherung. Hierbei handelt es sich um einrichtungsbezogene Analysen auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Rehabilitanden werden acht bis zwölf Wochen nach Abschluss der Reha-Maßnahme befragt. Die subjektive Zufriedenheit der im zweiten Halbjahr 2009 befragten Abhängigkeitskranken

Abbildung 20:
Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen (1997–2010)



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

(n=3.392) war mit 2,1 auf einer Skala von sehr gut (1) bis schlecht (5) hoch. Zu der Gesamtzufriedenheit tragen insbesondere die klassischen körperorientierten Therapieangebote (1,9) wie Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie sowie die während der Rehabilitation erhaltenen Verhaltensempfehlungen für Beruf, Haushalt und Freizeit (1,6) bei. Als wichtiger Ergebnisqualitätsparameter wird der subjektive Behandlungserfolg – d. h. der prozentuale Anteil der Befragten, die eine Besserung in verschiedenen Problembereichen aufgrund der durchgeführten Rehabilitation angeben – angesehen. Auffällig ist, dass mehr als 80% der Rehabilitanden, die wegen einer Abhängigkeitserkrankung behandelt werden und vorher entsprechende Probleme hatten, über eine Verbesserung ihrer körperlichen Gesundheit nach der Rehabilitation berichten.

Die personenbezogene Zusammenführung von Leistungs- und Versicherungsdaten ermöglicht es, die Rehabilitation ergebnisbezogen darzustellen. Über 90% der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die im Jahr 2006 eine stationäre Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit beendet haben, sind in den folgenden zwei Jahren im Erwerbsleben verblieben.

Das Peer Review-Verfahren dient der Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität. Hierbei bewerten Fachkollegen (Peers) Reha-Prozesse anhand von Reha-Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen. Aus 210 stationären und ganztägig ambulanten Sucht-Einrichtungen wurden 3.534 Fälle im Jahr 2009 von 175 Peers geprüft. Dabei zeigte sich eine deutlich bessere Bewertung als in früheren Peer Review-Verfahren.

Die Versorgungsqualität wird durch die in den Reha-Entlassungsberichten anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) erfassten Leistungsdaten analysiert. Die Auswertung dieser Dokumentation verdeutlicht das Leistungsgeschehen insgesamt durch Kennzahlen zur Häufigkeit, Dauer sowie Vielfältigkeit und Differenziertheit der Therapien. Überdies erhält die Reha-Einrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität. Ergänzend hierzu wurden

für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation Alkoholabhängigkeitskranker im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms der RV in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten Reha-Therapiestandards entwickelt und implementiert. Bereits bei Einführung dieser evidenzbasierten Therapieanforderungen konnten erste Auswertungen der KTL-Daten des Jahres 2008 hohe Erfüllungsgrade aufzeigen. Einrichtungsbezogene Analysen weisen jedoch auf eine erhebliche Einrichtungsvarianz hin.

1.2 Projekte der Deutschen Rentenversicherung Bund

1.2.1 Kombinierte Therapie Sucht und Orthopädie

Die Wiehengebirgsfachklinik für Alkohol- und Medikamentenentwöhnung führt seit 2010 eine kombinierte Therapie Sucht und Orthopädie (ISOR) durch. Anlass war die Feststellung, dass Suchtkranke erst nach Abstinenz verstärkt unter ihren orthopädischen Erkrankungen litten. Die Klinik bietet in Zusammenhang mit der Entwöhnungsbehandlung eine orthopädische Rehabilitation an. Die Ergebnisse werden wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht.

1.2.2 Web-basierte Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger

In dem Forschungsprojekt „Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger“ (AHG Kliniken Daun, Salus Klinik Friedrichsdorf) nehmen die teilnehmenden Versicherten im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit für sechs Monate an einer therapeutisch geleiteten Chatgruppe teil. Dabei wird untersucht, ob eine internetgestützte Nachsorge nach einer stationären medizinischen Rehabilitation dem Rehabilitanden hilft, die Rehabilitationsergebnisse nachhaltig zu sichern. Ziel soll es sein, die Rehabilitanden bei der Verfolgung ihrer Therapieziele im Alltag zu unterstützen, ihr Selbstmanagement im Transferprozess zu fördern und sie mittel- bis langfristig zu motivieren. Die prospektive, randomisierte Längsschnittstudie begann 2010 und ist

auf mehrere Jahre angelegt. Sie wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Zuwendungsmitteln gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI finanziell gefördert.

1.2.3 Wirksamkeit eines PC-gestützten Rückfallpräventionstrainings für Alkoholabhängige

Im Projekt „Diagnose und Re-Training automatischer Prozesse bei Alkoholabhängigkeit – Eine randomisierte Kontrollstudie zur Wirksamkeit eines PC-gestützten Rückfallpräventionstrainings für Alkoholabhängige“ (Salus Klinik Lindow, Universität Nijmegen) wird untersucht, inwieweit rückfallprädiktive Suchtgedächtniseffekte bei Alkoholabhängigen objektiviert und durch ein PC-gestütztes Training günstig beeinflusst werden können. Erste Ergebnisse zeigen, dass dies möglich ist. Das PC-Training erhöht die Abstinenzquote ein Jahr nach der Rehabilitation um 8 %. Das Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Zuwendungsmitteln gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI finanziell gefördert.

1.2.4 Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Bereits in dem „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 3. Dezember 2008 werden arbeitsbezogene Maßnahmen benannt. Um für die Rentenversicherung die Zielsetzung des Erhalts bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf auch in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu fördern und zu stärken, haben die Rentenversicherungsträger eine gemeinsame Liste der möglichen arbeitsbezogenen Interventionen auf Basis der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation 2007 erstellt. Dabei handelt es sich um therapeutische Leistungen der sozialrechtlichen Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, soziale Gruppenarbeit und arbeitsplatzbezogene Interventionen. Wie die arbeitsbezogenen Interventionen bei der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker einheitlich berücksichtigt werden, ist in den dazu ergangenen Hinweisen der Deutschen Rentenversicherung dargestellt.

Beispiele der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung

Norddeutschland:

Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Nord und Oldenburg-Bremen handeln seit 2009/2010 nach einem gemeinsamen Verständnis der Grundlagen und der Durchführung einer Kombinationstherapie für alkohol- und drogenabhängige Menschen (Kombi-Nord). Innerhalb einer Gesamtbehandlungszeit von zwölf Monaten können ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Behandlungsformen nach Maßgabe des individuellen Therapieverlaufs zielorientiert eingesetzt werden. Für jede Interventionsform ist ein eigenes Zeitbudget vorgesehen. Besondere Behandlungselemente sind Übergabegespräche, Belastungserprobung für ambulante Therapie, Qualitätszirkel und Ablaufcontrolling. Wichtige Ziele sind u.a. die Abstimmung, Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen der beteiligten Einrichtungen, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern, die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der weiteren Therapieplanung und die Unterstützung eines krisenarmen Übergangs von der stationären in die ambulante Behandlung. Der Therapieverlauf wird in einem fortzuschreibenden einheitlichen Entlassungsbericht dokumentiert, der am Ende der Gesamtbehandlung von der letztbehandelnden Einrichtung an den Leistungsträger übersandt wird.

**Niedersachsen/Bremen:
Verbesserung der Qualität der
Entlassungsberichte in der ambulanten
Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen hat gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und Braunschweig-Hannover von 2009 bis 2010 das Projekt „Ambulante Reha Sucht – Therapiezielplanung und Berichtswesen“ durchgeführt, um die Qualität der Entlassungsberichte zu verbessern. Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 30 Einrichtungen, die in Niedersachsen und Bremen Leistungen zur ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitskranke anbieten, wurden von erfahrenen und sozialmedizinisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, die z. T. über den Peer-Status verfügen, sowie von Fachkräften der stationären Rehabilitation und der Rentenversicherung in drei ganztägigen Seminaren darin geschult, diese Berichte in der geforderten inhaltlichen und formalen Qualität zu verfassen. Neben der Frage, wie der Reha-Entlassungsbericht erstellt werden soll, wurden Themen zum Sozialrecht, zur Sozialmedizin und zum Datenschutz behandelt.

**Mitteldeutschland:
Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung**

Da Abhängigkeitskranke oftmals erst nach mehr als zehn Jahren der Abhängigkeit den Weg in die Entwöhnungsbehandlung finden, hat die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland die Zugangswege hinterfragt und optimiert. Die neuen Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung wurden mit der Kooperationsvereinbarung „Erbringung von Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen“ zwischen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und den Regionaldirektionen Sachsen-Anhalt-Thüringen und Sachsen der Bundesagentur für Arbeit vom 1. September 2010 weiter gestärkt.

**Rheinland-Pfalz:
Einzelfallmanagement „Mut zum Job“**

Im Projekt „Begleitung Abhängigkeitskranker im Verlauf der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz werden Versicherte, bei denen nach einer abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommt, von einer Fallmanagerin oder einem Fallmanager unterstützt (regelmäßige Bestimmung der aktuellen Leberwerte bzw. Drogenscreenings, Aufnahme einer psychosozialen Betreuung). Die Begleitung in Kooperation mit der Fachklinik, dem Reha-Fachberater und dem Berufsförderungswerk beginnt bereits während der Entwöhnungsbehandlung und endet mit der erfolgreichen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

**Rheinland-Pfalz:
Erwerbsbezogene Reha-Fallbegleitung**

Abhängigkeitskranke mit besonderen erwerbsbezogenen Problemen können vor, während und nach der stationären Rehabilitation durch einen Fallmanager der Rehabilitationseinrichtung unterstützt werden. So soll unter anderem eine reibungslose Überleitung von der Entgiftung in die Entwöhnung erfolgen, eine frühestmögliche berufliche Wiedereingliederung bewirkt sowie durch Überwindung der Schnittstellenproblematik die Nachhaltigkeit der Rehabilitation gefördert werden. Dabei wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein individueller Integrationsplan erarbeitet, der Schritt für Schritt umgesetzt und durch ein Monitoring sichergestellt wird. Die intensive und bedarfsorientierte Betreuung mit gezielten Interventionen soll das Selbstmanagement und die Motivation, alle Hilfen bis zur beruflichen Wiedereingliederung zu nutzen, stärken. Darüber hinaus soll zu einer empirisch nachweisbaren Sicherung des Rehabilitationserfolges beigetragen werden. Die Universitäten Freiburg und Koblenz-Landau begleiten das Projekt der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz wissenschaftlich.

Rheinland-Pfalz:**Berufsorientierungscenter zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker**

Ende 2008 initiierte die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz das Berufsorientierungscenter „BORIS“ in Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige in der Südpfalz. Rehabilitanden, die sich seit mindestens acht Wochen in der Entwöhnungsbehandlung befinden, können an einem Assessmenttag teilnehmen. Ergänzend zur Standarddiagnostik in den Rehabilitationseinrichtungen werden arbeitsbezogene Assessments durchgeführt und videogestützte Verhaltensproben durch einen unabhängigen und fachkundigen Untersucher ausgewertet, um für den Einzelfall Hinweise zur Sozialkompetenz und zum Kommunikationsverhalten für weitere therapeutische und berufsintegrierende Maßnahmen zu erhalten.

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

Das Modellprojekt „Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken – MAARS“ der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz richtet sich an alle alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden, die sich in einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung befinden und Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung benötigen. Dabei soll das Ziel des gesetzlichen Auftrages der Rentenversicherung – der beruflichen Wiedereingliederung, die nachgewiesenermaßen die Abstinenz stabilisiert – in die ambulante Rehabilitation stärker einfließen. Neu ist, dass verschiedene Module von MAARS in der Klassifikation der Therapeutischen Leistungen (KTL) in der ambulanten Rehabilitation stärker berücksichtigt werden. Verschiedene arbeitsbezogene Interventionen, wie Gespräche zur Klärung der beruflichen Situation und Belastungserprobung werden von entsprechendem Fachpersonal durchgeführt, wie es

in der KTL definiert ist. Grundlage sind die Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Baden-Württemberg:**Modellprojekt „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung in Lahr“**

Ziel des Projekts „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung in Lahr“ ist die Förderung der langfristigen beruflichen Integration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemals Suchtmittelabhängigen nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung. Ehemalige Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Freiolsheim, die einen festen Arbeitsplatz gefunden haben, werden im ersten Arbeitsjahr durch Projektmitarbeiter unterstützt und begleitet, um dadurch mögliche Rückfälle einhergehend mit Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Zudem erfolgt eine Unterstützung der Arbeitgeber. Das Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg wird von Januar 2010 bis Dezember 2012 durchgeführt und von der Universität Freiburg evaluiert.

Baden-Württemberg:**Modellprojekt „Integrative ambulante Kompakttherapie“**

Mit dem Modellprojekt „Integrative Ambulante Kompakttherapie“ soll eine möglichst nahtlose Verzahnung von Entgiftung und Entwöhnung erreicht werden. Projektträger sind die Evangelische Gesellschaft Stuttgart bzw. die Psychosoziale Beratungsstelle Bietigheim-Bissingen in Kooperation mit beteiligten Hausärzten im Rahmen der Integrierten Versorgung. Als Kostenträger beteiligen sich die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg gemeinsam. Das achtwöchige ambulante Behandlungsprogramm kombiniert eine medizinisch und psychosozial begleitete Phase der Entgiftung mit

einer sich nahtlos anschließenden Suchtrehabilitation. Es besteht aus einer dreiwöchigen Behandlungsphase bei täglichem Kontakt zur ambulanten Behandlungsstelle und einer anschließenden ambulanten Entwöhnung mit bis zu zwei Behandlungen pro Woche. Das Modellprojekt wird von Mai 2009 bis Dezember 2011 mit der Möglichkeit der Verlängerung durchgeführt.

Baden-Württemberg:

Pilotstudie „Synergetisches Realtime-Monitoring in der stationären Psychotherapie bei männlichen Patienten mit Alkoholabhängigkeit“

Das zirka dreijährige Forschungsvorhaben der Deutschen Rentenversicherung Schwaben ist in der postakuten stationären Psychotherapie von Alkoholabhängigen angesiedelt und soll in der Klinik Hirtenstein durchgeführt werden. Es wird der Einsatz eines speziellen Systems zur engmaschigen Erfassung der Selbstbeobachtungsergebnisse während der Therapie erprobt. Das Synergetic Navigation System (SNS) ist ein computergestütztes Verfahren, mit dessen Hilfe die Patientinnen und Patienten täglich in zirka 15 Minuten eine Reihe von Einschätzungen über ihr Befinden, ihre Probleme, ihren Therapiefortschritt und andere therapierelevante Fragen dokumentieren. Die Selbstbeobachtungsdaten werden ausgewertet und für die psychotherapeutische Behandlung genutzt. Die Pilotstudie soll die Praktikabilität des Verfahrens überprüfen und die Akzeptanz feststellen, die die Patienten und Therapeuten dem Onlineverfahren entgegenbringen. Ein weiteres Studienziel ist die Untersuchung therapeutischer Wirkungen des SNS-Einsatzes. Zielkriterien sind die Häufigkeit von Therapieabbrüchen und Rückfällen sowie Kennwerte für die allgemeine Symptomentwicklung. Sie werden mit einer Kontrollgruppe ohne SNS-Anwendung verglichen. Zudem werden der Umgang mit Emotionen als ein möglicher Wirkfaktor des SNS sowie synergetisch definierte Charakteristika des Therapieprozesses bei der SNS-Gruppe untersucht.

2 Ärztliche Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum

Die Bundesärztekammer und der Fachverband Sucht e.V. führten am 21. September 2010 eine Tagung zum Thema „Suchtbehandlung und hausärztliche Versorgung: Erkennen, Steuern, Handeln“ durch. Gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, der Deutschen Rentenversicherung, den Krankenkassen, der Kassennäztlichen Bundesvereinigung und den Wohlfahrtsverbänden wurde eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für Früherkennung und Behandlung Betroffener diskutiert. Schwerpunkte der Tagung waren Möglichkeiten einer verbesserten Vor- und Nachsorge alkoholbedingter Störungen, eine bessere Verzahnung von niedergelassenen Ärzten mit Einrichtungen der Suchtbehandlung und Fragen der ärztlichen Verordnung und Vergütung.

Zu den zentralen Themen der Tagung wurde ein gemeinsames Positionspapier von Bundesärztekammer und Fachverband Sucht e. V. verabschiedet, das die Rolle des Hausarztes für die Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen und den Nutzen von Kurzdiagnostikverfahren betont. Zudem fordert es eine stärkere Berücksichtigung von substanzbezogenen Störungen bereits in der Ausbildung von Ärzten und eine Vertiefung in der Weiter- und Fortbildung sowie eine leichtere Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und damit einen schnelleren Zugang zu einer Entwöhnungsbehandlung. Die Bedeutung der ambulanten Nachsorge durch den Hausarzt wird unterstrichen und eine angemessene Vergütung von Leistungen der frühzeitigen und nachhaltigen Intervention bei suchtgefährdeten und abhängigen Patienten als notwendig erachtet.

Beispiel aus den Verbänden

Bundesweit: Ergebnisqualität der stationären Suchtrehabilitation

Der Fachverband Sucht e.V. führt seit 1996 regelmäßig klinikübergreifende katamnestische Erhebungen durch und publiziert diese. Die Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 umfasst 10.461 Patienten aus 18 Fachkliniken (Totalerhebung). Die katamnestische Erfolgsquote (abstinent und abstinent nach Rückfall, mindestens 30 Tage) für die planmäßig entlassenen Antworter beträgt 79,0% (abstinent: 62,5%, abstinent nach Rückfall: 16,5%). Eine Zusammenhangsanalyse von Therapieerfolg und ausgewählten Merkmalen zeigt, dass weibliche Patienten, Patienten in fester Partnerschaft, erwerbstätige Patienten, Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu zehn Jahren, planmäßig entlassene Patienten und Patienten mit einer Behandlungsdauer von über zwölf bis 16 Wochen signifikant höhere katamnestische Erfolgsquoten zeigen.

3 Schnittstellen in der Sucht- und Drogenpolitik

3.1 Sucht im Alter

3.1.1 Modellprojekte zu Sucht im Alter

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind auch im höheren Lebensalter keine Seltenheit. Vor allem der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten, aber auch von Alkohol, sind bei Menschen über 60 Jahren verbreitet. So gehen Schätzungen davon aus, dass bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind. Gemäß einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schätzen Pflegekräfte, dass derzeit zirka 14% der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, in den nächsten Jahren voraussichtlich zunehmen. Auslöser für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch bei älteren und alten Menschen kann ein einschneidendes persönliches Ereignis wie die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners sein. Nicht selten bestanden die Gewohnheit des Substanzmissbrauchs und die Abhängigkeit aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase.

Internationale Studien belegen den guten Erfolg therapeutischer Interventionen bei älteren Menschen. Dennoch ist das Thema „Sucht im Alter“ im Hilfesystem nach wie vor randständig. Mit 1,2 Mio. Euro fördert deshalb das BMG von Oktober 2010 bis September 2012 acht Modellprojekte zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe. Zentraler Baustein der Modellprojekte ist die Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut. Im Rahmen der Projekte werden z. B. 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.

Im Einzelnen werden die folgenden Projekte gefördert:

- Sucht im Alter – Träger- und Arbeitsfeld übergreifende Qualifizierung und Vernetzung in Hamburg; Alida Schmidt-Stiftung, Hamburg
- Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe; Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V., Schwerin
- Hilfe für ältere Frauen und Männer mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – Altkreis Brilon; Fachklinik Fredeburg, Schmalleben
- Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe; Fachklinik Kamillushaus GmbH, Essen
- Gemeinsam für ein gelingendes Leben im Alter: Netzwerk der Alten- und Suchthilfe im ambulanten und stationären Setting; Stiftung Nazareth, Bildung & Beratung Bethel, Bielefeld
- Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter (PNSA); Suchthilfezentrum Schleswig
- Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA); Fachambulanz Sucht Emsland, Papenburg
- WATCH – Wahrnehmen, Ansprechen, Thematisieren, Coachen, Handeln; Diakonie Löbau – Zittau gGmbH, Löbau

Beispiel aus den Bundesländern

Baden-Württemberg:

Sucht im Alter – Früherkennung und Frühintervention im Setting der ambulanten Altenhilfe, der stationären Alten- und Pflegeheime und der somatischen Kliniken

Das Projekt „Sucht im Alter – Früherkennung und Frühintervention im Setting der ambulanten Altenhilfe, der stationären Alten- und Pflegeheime und der somatischen Kliniken“ zielt darauf ab, dass mehr suchtkranke ältere Menschen von der Suchthilfe erreicht werden. Durch Früherkennungsmaßnahmen sollen weitere Schäden bei den Betroffenen und zusätzliche Probleme in der Pflege bzw. der Akutbehandlung vermieden werden. Daher werden die Fach- und Pflegekräfte in der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stationsteams in den Kliniken in suchtspezifischen Kompetenzen fortgebildet. Das Projekt wird im Rahmen des Programms „Sucht im Alter“ der Baden-Württemberg Stiftung von Juli 2010 bis Juni 2013 gefördert.

3.1.2 Modellprojekt Ältere Drogenabhängige in Deutschland

Mit dem 2009 durchgeführten Projekt „Ältere Drogenabhängige in Deutschland“ sollte geprüft werden, welche Ressourcen zur Versorgung von älteren, hilfebedürftigen Drogenabhängigen in der Drogenhilfe bzw. in der Altenhilfe, in Pflegeeinrichtungen und anderen vergleichbaren Institutionen vorhanden sind und wie sie genutzt werden können. Zum einen wurden Drogenabhängige älter als 50 Jahre zur Lebenssituation, zur Gesundheit und zu ihren Vorstellungen vom Leben im Alter befragt. Zum anderen wurden die Institutionen, an die sich dieses Klientel im Alter und im Pflegefall wenden kann, beispielhaft für die Städte Frankfurt/Main und Berlin beschrieben. Darüber hinaus kamen Experten und Expertinnen zu Wort, die in den unterschiedlichen Hilfesystemen arbeiten und die Erfahrungen mit älteren Klienten und Klientinnen mit Substanzkonsumproblemen haben. Die Schlussfolgerungen dienen als Anregungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und der Altenpflegehilfe. Das Projekt ergänzte das EU-Projekt „senior drug dependents and care structures“ (SDDCare), das federführend von der Fachhochschule Frankfurt/Main durchgeführt wurde. SDDCare vereinte Forschung und Praxis aus vier europäischen Ländern zur Lebenssituation und Gesundheit und zu Versorgungsbedürfnissen älterer drogenabhängiger Frauen und Männer sowie zur Erarbeitung von Grundlagen für deren Versorgung im Alter. Neben Grundlagenwissen entstanden praxisrelevante Konzepte und Richtlinien für ambulante und stationäre Einrichtungen. Das Projekt wurde von Januar 2008 bis Ende Juni 2010 von der Europäischen Kommission gefördert.

www.sddcare.eu

Beispiel aus den Bundesländern

Bayern:

Vernetzte Angebote für Suchtmittelkonsumierende

Der demographische Wandel erreicht auch die Drogen- und Suchthilfe. Das Bedarfsspektrum der Älteren ist groß und reicht von Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt bis zur Sterbebegleitung. Condrops e.V. beobachtet in den Münchner Kontaktläden für Suchtmittelkonsumierende seit Jahren eine Steigerung des Durchschnittsalters der Besucherinnen und Besucher. Im Kontaktladen „off“ sind mehr als 60% der Besucher älter als 40 Jahre. Nach einem Suchtmittelkonsum von durchschnittlich 25 Jahren sind viele Betroffene sozial isoliert und zeigen erhebliche psychische und körperliche Beeinträchtigungen. Hepatitis C verursacht immer mehr Todesfälle. Gestützt auf Umfragen baute Condrops e.V. im Bereich der niedrigschwelligen Hilfen einen Schwerpunktstandort mit abgestimmten Angeboten für Ältere auf. 2007 startete das betreute Einzelwohnen mit mittlerweile 30 Plätzen, zusätzlich gibt es zwölf Plätze in therapeutischen Wohngemeinschaften. Nachdem einige Bewohnerinnen und Bewohner gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Beinamputation, Leberzirrhose und Lungenemphysem haben, ist eine Wohngemeinschaft für körperlich stark Beeinträchtigte geplant. Auch der Kontaktladenbetrieb wurde um spezielle Angebote für Ältere erweitert. Zwölf der dazugehörigen Arbeitsplätze sind nun mit über 40-Jährigen besetzt. Im Herbst 2010 startete der „Spendenladen“ mit sechs Arbeitsplätzen, über den Sachspenden akquiriert, aufbereitet und über das Internet verkauft werden. Alle Angebote sind vernetzt, u. a. mit Substitutions- und Therapiepraxen sowie ambulanter Pflege.

3.2 Migration und Sucht

Seit dem Frühsommer 2009 fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Modellschwerpunkt „transVer“ mit dem Ziel, eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln und somit den Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem zu verbessern. In sechs regionalen Modellprojekten (Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg, Warstein) werden beispielhaft eine zielgruppengerechte Ansprache sowie kultursensible Maßnahmen erprobt und evaluiert. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt das Modellvorhaben, das unter sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen realisiert wird.

www.transVer-sucht.de

3.3 Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen (Suchtberatung als Leistung nach § 16 SGB II)

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dabei ist die Suchtberatung (§ 16a Nr. 4 SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II nur, soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbefugnis darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor. Gleichwohl hat das BMAS Erkenntnisse darüber, dass in den letzten Jahren eine zunehmende Professionalisierung bei der Erbringung der sozialen Eingliederungsleistungen

stattgefunden hat. Die Kapazitäten bei den Kommunen wurden zum Teil erheblich ausgebaut. Auch die für die Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen Fachkräfte wurden vielerorts hinsichtlich des Umgangs mit suchtkranken Personen geschult. Darüber hinaus haben sich alle großen Suchthilfeverbände umfassend mit der Thematik auseinandergesetzt, ihre Beschäftigten fortgebildet, Konzepte erarbeitet und Kooperationsvorschläge gemacht, um die Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen und den Integrationsfachkräften zu verbessern. Das BMAS unterstützt aktiv den Prozess zur weiteren Verbesserung bei der Qualität und Quantität der Leistungserbringung. Am 28. Oktober 2010 hat der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. mit finanzieller Unterstützung des BMAS einen Fachkongress zu den Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II durchgeführt. Im Rahmen dieser Veranstaltung haben die Fachkräfte ihre Erfahrungen bei der praktischen Erbringung von Leistungen wie der Suchtberatung ausgetauscht und diskutiert, unter welchen fachlichen, rechtlichen und politischen Voraussetzungen die Leistungserbringung weiter verbessert werden kann. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Veranstaltung wird der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. eine Arbeitsgruppe einrichten, in der die weiteren Handlungsbedarfe diskutiert und Konzepte für eine verbesserte Praxis in der Leistungserbringung entwickelt werden sollen.

3.3.1 Projekt „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“

Das Projekt „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ wurde von November 2008 bis Juli 2009 vom Konsortium Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt, Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. durchgeführt. Es erbrachte eine bundesweit repräsentative Analyse der Maßnahmen von SGB II-Grundsicherungsträgern hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung. Dabei wurden gleichzeitig Ansätze guter Praxis ermittelt. Die Ergebnisse zeigten eine große Heterogenität in Bezug auf das kon-

krete Vorgehen bei der Betreuung suchtkranker Kunden im SGB II. In jeder Phase – vom Erkennen des Suchtproblems über die Betreuung und Förderung bis zur Integration in Arbeit – gab es eine sehr unterschiedliche Praxis in den Grundsicherungsstellen. Denjenigen, die mit der örtlichen Suchthilfe eine geregelte Kooperation vereinbart haben, gelingt es tendenziell besser, die in der Fachdiskussion unumstrittenen Kriterien guter Praxis zu erfüllen.

Aus Sicht der befragten Grundsicherungsstellen sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren: eine enge Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe, ein breites Angebot flankierender und kurzfristig zur Verfügung stehender sozialer Dienste sowie gut qualifizierte Fachkräfte, die über ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen. Die Befragungsergebnisse zeigten, dass die Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen in vielen Fällen noch unzureichend geschult und zeitliche Ressourcen aufgrund hoher Betreuungsrelationen tendenziell knapp sind. Eine personelle Zuständigkeit für die Planung und Koordination der Förderung und Beratung von Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen gibt es nur in zirka der Hälfte der Grundsicherungsstellen. Die Mehrheit der Grundsicherungsstellen verfügt aber über eine ausreichende Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung. In der Praxis zeigt sich, dass erhebliche Schwierigkeiten gesehen werden, Suchtprobleme im Betreuungsgespräch sicher zu erkennen. Die Einschaltung der Suchtberatungsstellen erfolgt überwiegend dann, wenn sich die Suchtkrankheit als Vermittlungsproblem darstellt oder wenn die Kunden dies wünschen. Die Integration in Erwerbstätigkeit ist aus Sicht der Grundsicherungsstellen für viele der Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen unrealistisch. Arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen berücksichtigen nicht in allen Grundsicherungsstellen die besonderen Bedarfe dieses Personenkreises.

Vorgestellt:

Trägerverbund berufliche Weiterentwicklung GmbH, Hessen

„Wir helfen Ihnen heute auf den Arbeitsmarkt von morgen.“ Gemäß diesem Motto unterstützt die Trägerverbund berufliche Weiterentwicklung GmbH (TBW) Kunden im Rahmen des Programms des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Langzeitarbeitsloser „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“, Beschäftigungspakt Nordhessen. TBW versteht sich als Einrichtung der Sozialpartner Nordhessens, wobei die regionale Verankerung und Vernetzung im Zentrum aller Aktivitäten stehen.

Die 1993 gegründete TBW setzt sich seit 2005 im Projekt „Demographische Offensive Nordhessen (DON)“ gezielt dafür ein, langzeitarbeitslose Menschen im Alter „50plus“ erfolgreich in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Da ein überdurchschnittlich hoher Anteil der Kunden alkoholkrank ist, mussten Wege gefunden werden, damit die Betroffenen ihre Alkoholsucht konsequent und professionell betreut angehen. Denn eine offenkundige, aber auch eine verdeckte Alkoholabhängigkeit machen eine Integration unmittelbar oder mittelbar nahezu unmöglich.

An der Schnittstelle zwischen Arbeitsmarktintegration und Suchthilfe setzen die Aktivitäten der TBW – seit Anfang 2010 in enger Kooperation mit der Blaukreuz-Zentrum gGmbH – an. Um Hemmschwellen für die betroffenen Kunden abzubauen und eine engmaschige Betreuung zu ermöglichen, die zielgerichtet in die Hilfesysteme mündet, werden regelmäßige Sprechstunden in den Räumlichkeiten der TBW angeboten. Dadurch kann die Erstberatung in gewohnter und vertrauter Umgebung stattfinden und es ist zugleich eine zeitnahe Terminierung der Sprechstunden gewährleis-

tet. Darüber hinaus werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder durch Fachkräfte des Blaukreuz-Zentrums in Workshops und Seminaren geschult und sensibilisiert. Bislang ist es in vielen Fällen gelungen, die Kunden in die Angebote des Blaukreuz-Zentrums einzubinden.

Das Blaukreuz-Zentrum Kassel bietet fachliche Informationen und Hilfestellung für Alkohol-, Medikamenten- und andere Suchtmittelabhängige, Entwöhnungsbehandlung sowie ambulante Rehabilitation an. Zudem ist die Unterbringung in einem stationären Wohnheim, im betreuten Wohnen sowie in mehreren arbeitstherapeutischen Projekten möglich. Neben der betrieblichen Suchtprävention gehören auch die Paar-, Familien- und Angehörigenberatung zum Angebot des Zentrums. Das ist für den Fall wichtig, dass ein abhängiger naher Angehöriger zu einer derartigen Belastung für den Arbeitssuchenden wird, dass alles andere nebensächlich wird und eine Integration in den Arbeitsmarkt somit in den Hintergrund tritt.



Das TBW-Team (v.l.n.r.): Beate Kaftan, Jenny Bormann, Mathias Dietrich, Carsten Diegel, Wolfgang Auth, Anja Gerlach, Heidi Wagenhaus, Dirk Schöttelndreier

„Zur Verbesserung der Situation unserer Klienten erhoffen wir uns eine Zunahme von Kohärenz und Kontinuität“, so Dirk Schöttelndreier, Geschäftsführer der TBW: „Aus unserer Sicht leidet eine konsequente Hilfeplanung unter der Vielzahl der involvierten Institutionen und dem daraus resultierenden zeitaufwändigen Abstimmungsbedarf. Immer kürzer werdende Projektlaufzeiten verhindern eine kontinuierliche Arbeit mit dem Klienten, die gerade in diesem Umfeld unerlässlich für den Erfolg ist.“

www.tbw24.de

www.blaukreuzzentrum.de

3.3.2 Modellprojekte zur Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker

Von Ende 2006 bis Ende 2009 arbeitete die Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (FAIRE) als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Landes Rheinland-Pfalz (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen) mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. Von Oktober 2008 bis Ende 2009 unterstützte das BMG gemeinsam mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern (Ministerium für Soziales und Gesundheit) darüber hinaus den Transfer von FAIRE in das Bundesland. Die Angebote von FAIRE richteten sich hauptsächlich an Fachkräfte der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe sowie der SGB II-Grundsicherungsträger. Aus den Ergebnissen der Modellarbeit entstanden praxisorientierte Handlungsleitlinien in Form von Arbeitshilfen und Broschüren für Fachkräfte des Schnittstellenmanagements zwischen Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration. Erhebungen zur Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und den Trägern der Grundsicherung zeigten, dass sich die Kooperation wesentlich verbessert hat. 2005 berichteten 20 % der Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und der Agentur für Arbeit (ARGE) von einer regelmäßigen Zusam-

menarbeit mit der Suchtkrankenhilfe, 2009 waren es 73 %. Im Rahmen des „Trans-FAIREs“ wurden Fachtagungen und Expertengespräche in Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit positiver Resonanz durchgeführt.

www.fachstelle-faire.de

Beispiele aus den Bundesländern

Bundesweit:

„Mitten im Leben – Filmprojekt zum Thema Drogen und Arbeit und Beschäftigung“

Der Film „Mitten im Leben“ der Deutschen AIDS-Hilfe stellt die Erfahrungen von Ehemaligen und Substituierten bei der Jobsuche und im Arbeitsalltag anhand von drei Beispielen dar. Zwei Frauen und ein Mann berichten auf sehr persönliche Weise, was Arbeit und Beschäftigung für sie bedeuten, wie sie den Umgang mit Arbeitssuchenden – insbesondere jenen mit Suchtproblemen – wahrnehmen und wie sich der Kontakt mit Arbeitgebern und Kolleginnen und Kollegen gestaltet. Sie liefern damit wichtige Hinweise, wie der Weg (zurück) ins Erwerbsleben erleichtert und verbessert werden kann. Der Film lässt ebenso Arbeitgeber zu Wort kommen, die den Alltag mit substituierten und ehemals Drogen gebrauchenden Beschäftigten aus ihrer Sicht beleuchten. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert. Der Film ermöglicht es allen, die mit der Beratung und Vermittlung von Arbeitssuchenden betraut sind, sich über die Lebensverhältnisse, Wünsche und Erfahrungen einer speziellen Zielgruppe zu informieren. Darüber hinaus kann er Einrichtungen der Aids- und Drogenarbeit dabei unterstützen, mit Arbeitsvermittlern, Fallmanagern und potentiellen Arbeitgebern ins Gespräch zu kommen und so die (Re-)Integration von Substituierten und ehemaligen Drogenkonsumenten ins Arbeitsleben zu befördern.

Bayern:

Arbeitsprojekte für ehemals Drogenabhängige

Seit 2008 fördert das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Arbeitsprojekte des Vereins mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., dem einzigen Träger von Arbeitsprojekten im Bereich illegaler Suchtmittel in der Region Nürnberg. Angesprochen werden langzeitarbeitslose Konsumenten illegaler Drogen nach Entgiftung, Entwöhnung/Therapie oder in Substitution. In verschiedenen Projekten wie „Wald & Holz“ erhalten sie unter Berücksichtigung ihrer speziellen Situation stabilisierende Hilfen, Vermittlung von sozialen Kompetenzen und berufliche Qualifizierung für die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Je nach Eignung und Befähigung werden geringfügige Beschäftigungen, Dauerarbeitsplätze, Ausbildungsplätze angeboten.

www.mudra-online.de

3.4 Projekte mit Schnittstellen in andere Bereiche

3.4.1 Beispiel Schnittstelle Jugend- und Suchthilfe: Personenbezogene Hilfe für suchtgefährdete Jugendliche

Das Angebot des KARUNA – Zukunft für Kinder und Jugendliche in Not e.V. in Berlin richtet sich an drogenkonsumierende, suchtgefährdete oder drogenabhängige Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 21 Jahren sowie an deren Familien und an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern und anderen Hilfesystemen. Die an das Fallmanagement angelehnte Arbeitsmethode berücksichtigt, dass die Motivation der Hilfe suchenden jungen Menschen zur Veränderung ihres Konsumverhaltens oft sehr ambivalent ist. Zudem haben sie häufig Schwierigkeiten, sich beim Übergang in weiterführende Hilfen auf neue Betreuungspersonen einzulassen. Art und Dauer der Hilfe richten sich nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Klientel. Die Helfer begleiten sie während des gesamten Hilfeprozesses: vom Erstgespräch über die Klärung der Situation, die Planung und Durchführung aller weiteren notwendigen Schritte, gegebenenfalls bis zum Abschluss einer Therapie. Sie besuchen sie in ihren Familien, begleiten sie zu notwendigen Untersuchungen und in weiterführende Hilfen. Sie halten Kontakt zu den Eltern und dem Jugendamt. Diese sehr intensive Beziehungsarbeit und die enge Kooperation mit allen am Hilfeprozess beteiligten Institutionen geben den Jugendlichen und jungen Erwachsenen Halt und Sicherheit. Die Arbeit ist im Hinblick auf einen gelingenden Therapieabschluss sehr erfolgreich.

www.karunaberlin.de

Vorgestellt:

vista – Verbund für integrative und therapeutische Arbeit gGmbH – Projekt Wigwam, Berlin

Kinder sind durch eine Suchterkrankung ihrer Eltern besonders belastet und brauchen Unterstützung. Dies ist heute allgemein anerkannt und im Hilfesystem angekommen. Das war nicht immer so. Die erste Wigwam-Einrichtung wurde 1998 in Berlin-Neukölln gegründet, um eine Versorgungslücke im Bereich suchtbegleitender Hilfen zu schließen. Dort betreut Wigwam Familien mit Suchtproblemen.

Die Arbeit umfasst je nach Bedarf in der Familie ein breites Spektrum an Rat und Hilfe. Dazu gehören Erziehungsberatung, Hilfe in akuten Krisensituationen, Unterstützung bei Problemen in Kita, Hort oder Schule, mit Ämtern oder Jobcentern. Darüber hinaus gibt es Paarberatung, Familientherapie, die Weitervermittlung bei Entzug oder Therapie sowie Freizeitaktivitäten für die Familien und deren Kinder. Aufgrund der steigenden Nachfrage wurde eine zweite Einrichtung in Berlin-Mitte eröffnet. Die Arbeit bei Wigwam ist immer herausfordernd und emotional hoch aufgeladen. So können Entscheidungen wie die Herausnahme eines Kindes aus der Familie aufgrund schon eingetretener oder zu erwartender schwerwiegender Schädigungen erhebliche Folgen haben. In den meisten Fällen aber werden die Eltern durch die intensive Unterstützung in die Lage versetzt, verantwortungsvolle Entscheidungen für sich, ihr Kind und die gesamte Familie zu treffen.

Der Träger des Projektes Wigwam ist die vista – Verbund für integrative therapeutische und soziale Arbeit gGmbH, die auch das Modellprojekt Wigwam-Connect anbietet. Dabei werden in Zusammenarbeit mit Geburtskliniken speziell Schwangere angesprochen. Ziel dieser Frühintervention ist es, schon vor der Geburt

des Kindes Kontakt zum Hilfesystem herzustellen und gegebenenfalls die ersten sechs Monate nach der Entbindung für die Überleitung in betreuende Einrichtungen zu nutzen. Wigwam-Zero ist das neueste Projekt im Bereich Kinder, Jugendliche und Familie, ein Präventionsprojekt zu Alkohol in der Schwangerschaft.

Zur Betreuung von Kindern aus suchtbelasteten Familien gibt es in Berlin mittlerweile einrichtungs- und institutionsübergreifende Regelungen und Kooperationsvereinbarungen. Die Schnittstellen der Arbeit von Wigwam sind vielfältig geworden. Neben den Jugendämtern sind auch die Alkohol- und Drogenberatungen sowie insbesondere die Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung der Methadonbehandlung an der Zusammenarbeit beteiligt. „Dieser Prozess war nicht einfach, aber er ist in Berlin bislang gut gelungen und nach vielen Abstimmungen aller beteiligten Institutionen auf einem guten Weg“, berichtet Geschäftsführer Rolf Bergmann.



Kinderfreundlicher Beratungsraum bei Wigwam

Die vista gGmbH engagiert sich für soziale und therapeutische Arbeit in Berlin und bietet vielseitige und individuelle Unterstützung für Menschen mit Suchtproblemen. Suchtberatung, ambulante Suchttherapie, Jugend- und Familienhilfe, Prävention, Risiko-

minderung, Kontaktmöglichkeiten, die psychosoziale Betreuung der Methadonbehandlung gehören derzeit ebenso zum Aufgabenspektrum wie die Wohnungslosenhilfe, die Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zur gezielten Förderung der sozialen Integration sowie Selbsthilfegruppenangebote.

www.wigwamzero.de

www.vistaberlin.de

3.4.2 Beispiel Familien- und Suchthilfe: Komplexe Notlagen brauchen ganzheitliche Antworten

Seit dem 1. September 2009 gibt es am Zentrum für Drogenhilfe des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig einen neuen Fachbereich Familienhilfe, der spezifische ambulante Hilfen für Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien anbietet. Dazu gehören die sozialpädagogische Familienhilfe „Sucht“, Erziehungsbeistand, ein Mütter- und Väter-Unterstützungstraining für suchtbelastete Eltern, Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien (Bundesforschungsprojekt „Trampolin“) sowie Suchtberatung für Väter und Mütter. Die Kinder und Jugendlichen sollen so u. a. in ihren persönlichen Resilienzen gestärkt, in der eigenen Wahrnehmungs- und Gefühlswelt gefördert sowie von Schuld- und Schamgefühlen entlastet werden. Das Thema „Sucht“ wird enttabuisiert und die Betroffenen aus der „Isolation“ durch Kontakte mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen befreit. Ziel ist es insbesondere auch, Väter und Mütter für ihre Suchtproblematik und deren Auswirkungen auf die Kinder zu sensibilisieren. Es soll erreicht werden, dass die Eltern Verantwortung für die Suchterkrankung, besonders gegenüber dem Kind oder Jugendlichen, übernehmen. Darüber hinaus sollen das elterliche Selbstwertgefühl, die Elternverantwortung und Erziehungskompetenz gestärkt werden.

4 Genderspezifische Beispiele in der Versorgung Suchtkranker

4.1 Mädchen, Frauen und Sucht: Implementierung der ersten deutschsprachigen Wissens- und Vernetzungsplattform

Mit dem Ziel, einen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung einer genderreflexiven, geschlechtsbezogenen Suchthilfe für Mädchen und Frauen zu leisten, ist die erste deutschsprachige Wissens-, Informations-, Kommunikations- und Vernetzungsplattform zum Thema „Mädchen, Frauen und Sucht“ seit Februar 2010 online. Das „BELLA DONNAweb“ richtet sich an Fachleute aus der Sucht- und Drogenhilfe sowie angrenzender Arbeitsbereiche. Innerhalb der ersten zehn Monate haben sich zirka 300 Fachkolleginnen und -kollegen beim Fachportal registriert, davon 90 % aus Deutschland, 10 % aus Österreich und der Schweiz. Die Streuung der Berufserfahrung sowie der Berufsfelder entsprechen dem Ziel, eine arbeits- und berufsfeldübergreifende integrierte Vernetzung zu erlangen.

www.belladonnaweb.de

4.2 Fachtagung „Ein schwieriges Erbe – die Weitergabe von Trauma, Bindungsstörungen und Sucht von Generation zu Generation“

Die Fachstelle Frau-Sucht-Gesundheit (Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.) organisierte im Februar 2010 die Fachtagung „Ein schwieriges Erbe – die Weitergabe von Trauma, Bindungsstörungen und Sucht von Generation zu Generation“, um das Thema „Drogenkonsum und Elternschaft“ mit Vertretern verschiedener Disziplinen zu diskutieren. Neben Erkenntnissen der Sucht- und Drogenhilfe wurden auch die der Pränatalen Psychologie, der Psychotraumatologie, der Neurowissenschaft und Bindungsforschung sowie Erkenntnisse aus der geschlechtsbezogenen Forschung einbezogen. Dabei wurde sowohl die Situation drogenkonsumierender, komorbid belasteter und bindungsgestörter Frauen als

auch die Lage der davon betroffenen Kinder betrachtet. Von den Mädchen und Jungen kann angenommen werden, dass sie durch ihre Bindungsunsicherheit in ihrer Entwicklung gehemmt sind, mit dem Familiengeheimnis der Sucht umgehen müssen und individuell, aber auch geschlechtsbezogen unterschiedlich auf diese Belastungen reagieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Sucht- und Drogenhilfe, der Jugendhilfe und aus der medizinischen Versorgung zogen das Fazit, dass ein großer Bedarf an Forschung, Qualifizierung und modellhafter Erprobung von Interventionsmöglichkeiten besteht, insbesondere auch geschlechtsbezogen. Zudem sei eine kooperative, vernetzte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Berufsgruppen für alle Beteiligten gewinnbringend, wenn sie verbindlich und eindeutig verhandelt und festgeschrieben ist.

5 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen

Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken oder der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken stellen neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland dar. Neben der niedrigschwelligen qualifizierten Entzugsbehandlung werden Notfallbehandlung, Krisenintervention, die Komplexbehandlung bei Komorbidität u. a. m. durchgeführt. Vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanung sind damit eng verbunden. In den suchtpsychiatrischen Einrichtungen werden alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant durch ein multiprofessionelles Team behandelt. Auf diese Weise ist in den suchtpsychiatrischen Einrichtungen die medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung gewährleistet. Wichtige Aufgabenbereiche stellen zudem die Durchführung von Konsilien sowie die Gestaltung der Schnittstellen zum Suchthilfesystem dar. Konkrete Zahlen über die in den psychiatrischen Einrichtungen versorgten Suchtpatienten liegen aktuell nur unvollständig vor. Eine Erhebung an psychiatrischen Fach-

krankenhäusern, Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken ist im Jahr 2011 geplant. Basierend auf einer Hochrechnung aus der langjährigen freiwilligen Dokumentation der Fachkliniken (so genannte „Winnenden-Zahlen“) kann von zirka 300 stationären suchtpsychiatrischen Einrichtungen ausgegangen werden. Dort werden im Laufe eines Jahres rund 220.000 abhängigkeitskranke Patientinnen und Patienten behandelt. Hinzu kommen rund 100.000 Quartalsbehandlungen, die pro Jahr in den knapp 300 psychiatrischen Institutsambulanzen durchgeführt werden.

www.psychiatrie.de/apk/veroeffentlichungen

Beispiel aus den Bundesländern

Baden-Württemberg:

Konzept des Landes zur Versorgung Suchtkranker

Die Aufgabe der Bundesländer bei der Versorgung Suchtkranker ist die ständige Weiterentwicklung der Versorgungssysteme. So erarbeitete eine Arbeitsgruppe am Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg im Jahr 2005 Empfehlungen zu einer verbindlichen Kooperation aller Beteiligten in der Suchthilfe auf Kreisebene mit der Grundidee, die Fragmentierung der Leistungserbringung zu überwinden. Seither wurden in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg „kommunale Suchthilfenetzwerke“ eingerichtet. Sie bilden eine stabile Grundstruktur zur Umsetzung verschiedenster Behandlungsmodelle und Patientenpfade. Voraussetzung für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit ist eine klare vertraglich vereinbarte Struktur. Die Suchthilfenetzwerke umfassen in der Regel ein Gremium, in dem alle Mitglieder vertreten sind, ein kleineres Steuerungsgremium und ein Gremium zur systematisierten Einzelfallhilfe bei komplexem Hilfebedarf, z. B. die Hilfeplankonferenz. Wichtige Mitglieder des Steuerungsgremiums sind neben den Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe insbesondere die niedergelassenen Ärzte sowie die stationäre Suchtpsychiatrie, idealerweise auch

angrenzender Bereiche wie Jugendhilfe, Obdachlosenhilfe etc. Unverzichtbar ist auch die Einbindung aller Leistungsträger – also Krankenkassen, Rentenversicherung sowie die Kreise (kommunale Daseinsvorsorge). Ziel der Netzwerke ist eine möglichst gute Gesamtversorgung eines Kreises durch die Anbieter vor Ort, wobei auch kreisübergreifende Kooperationen möglich und sinnvoll sind (z. B. stationäre Suchtrehabilitation). Durch die Hilfeplankonferenzen können Versorgungslücken identifiziert werden. Für die künftige Weiterentwicklung der Suchthilfenetzwerke ist der Aufbau eines gemeinsamen Qualitätsmanagements vorgesehen.

Einige Beispiele beschreiben die Umsetzung des Landeskonzeptes: So wurde in Ulm ein niedrigschwelliges und fast nahtloses Behandlungsangebot etabliert, das unter einem Dach ambulant bzw. tagesklinisch die gesamte Behandlungskette von Beratungsgesprächen über Entzug und Entwöhnung bis zur Nachsorge und Selbsthilfegruppen abdeckt. Der modellhaft im Landkreis Konstanz entwickelte Suchthilfeverbund bietet eine solide Basis sowohl für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle als auch für die Versorgungsforschung. So wurde die Integrierte Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger und missbrauchender Patientinnen und Patienten im Landkreis Konstanz von den beteiligten Krankenkassen AOK, BKK/IKK, DAK in ihre Regelversorgung übernommen. Als ein Projekt innerhalb des Suchthilfenetzwerkes führt das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Reichenau gemeinsam mit der Universität Konstanz seit 2009 ein vom Europäischen Integrationsfond gefördertes Forschungsprojekt „Integration und Sucht“ durch. Ziel ist die Versorgung suchtkranker Menschen mit einer Nicht-EU-Staatsbürgerschaft zu verbessern.

Auf der Station clean.kids am ZfP Südwürttemberg in Ravensburg-Weissenau werden 12- bis 15-Jährige niedrigschwellig stationär behandelt, die durch mindestens schädlichen Konsum daran gehindert werden,

altersgemäße Entwicklungsschritte zu vollziehen und die von pädagogischen und therapeutischen, insbesondere suchtspezifischen Maßnahmen diesbezüglich profitieren können. Auf der dortigen Station clean. kick werden Jugendliche im Alter von 16 bis 19 Jahren behandelt, die einen schädigenden Substanzmissbrauch betreiben und von Folgeerkrankungen bedroht sind, bei denen der psychosoziale Einfluss des Drogenkonsums schon spürbar ist und die aus bestehenden Schulausbildungs-, Familien- und Jugendhilfestrukturen herauszufallen drohen.

Da akute Erkrankungen einen therapeutischen Zugang zur spezifischen Behandlung eröffnen, ist die Implantierung von Suchttageskliniken und suchtspezifischen Fachambulanzen eine Möglichkeit, die Vernetzung von Kassenärzten und Allgemeinkrankenhäusern mit den Suchthilfesystemen zu verbessern und Patienten früher in eine suchtspezifische Behandlung zu vermitteln. So entstand in Nordbaden eine solche Behandlungseinheit mit Suchttagesklinik und suchtspezifischer Fachambulanz am Krankenhaus Schwetzingen durch das Psychiatrische Zentrum Nordbaden (PZN). Weitere Einheiten sind in Planung. Für die Stadt Wiesloch, die kein Allgemeinkrankenhaus hat, ist die Ansiedlung von Kassenarzt-Praxen in leerstehenden Gebäuden des PZN geplant.

6 Workshop „Drogen in Haft“

Am 19. November 2010 führte die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) in Berlin den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Workshop „Drogen und Haft“ durch. Er wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung unterstützt. Ziel war es, einen Austausch zwischen Experten aus Theorie und Praxis zu unterstützen und eine Diskussion anzuregen. Es referierten Vertreterinnen und Vertreter aus den Justizministerien Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin ebenso wie aus der Rentenversicherung, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg. Als internationale Referenten nahmen Experten des spanischen Innenministeriums und des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz teil. Deutlich wurde, dass es immer wieder zu Friktionen zwischen lokalen Strukturen und nationalen Rahmenbedingungen kommt, die Auswirkungen auf alle am System beteiligten Partner und die Inhaftierten haben. Im Rahmen der regelmäßigen Berichterstattung an die EBDD ist das Thema „Drogen in Haft“ auch ein Schwerpunkt der DBDD im Jahr 2011.

www.dbdd.de

E | Selbsthilfe

1 Modellprojekt „S.o.G. – Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung

Die Selbsthilfe ist ein unverzichtbarer Teil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Dies gilt in besonderem Maße für den Suchtbereich (siehe E 2.1). Das Projekt „Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung (S.o.G.)“ wurde verbandsübergreifend vom Blauen Kreuz in Deutschland, dem Blauen Kreuz in der Evangelischen Kirche, den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe, dem Kreuzbund und von den Guttemplern in Deutschland konzipiert. Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde es von April 2008 bis September 2010 durchgeführt. Ziel war es, Angebote der Sucht-Selbsthilfe gezielt um Themenbereiche der Gesundheit zu erweitern, um eine suchtrisiko- und rückfallminimierende Lebensgestaltung zu fördern. Zwölf Workshops zu den Themen: „Rauchfrei leben“, „Gesunde Ernährung“ und „Bewegung und Sport“ fanden statt. Die Teilnehmer wurden als Multiplikatoren für den Transfer der Workshopinhalte in die Gruppen- und Verbandsarbeit geschult. Gesundheit wird dabei ganzheitlich betrachtet und umfasst das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden sowie einen ausgewogenen Lebensstil. Zum Abschluss des Projektes entstand ein Leitfaden „Sucht-Selbsthilfe – ein Ort für Gesundheitsförderung“. Praxisnah benennt er Beispiele für gesundheitsorientierte Aktivitäten in Sucht-Selbsthilfegruppen und steht auf den Internetseiten der durchführenden Sucht-Selbsthilfeverbände zum Download zur Verfügung.

2 Verbände und Netzwerke

2.1 Sucht-Selbsthilfeverbände bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Selbsthilfe ist in ihren Organisationsstrukturen frei. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) übernimmt als Dachorganisation Koordinierungs- und Vertretungsaufgaben für die bundesweiten Sucht-Selbsthilfeverbände, die im Gesamtsystem der Suchthilfe einen selbstständigen und unverzichtbaren Beitrag leisten. Ihre Angebote richten sich an Suchtkranke und deren Angehörige vor, während und nach der Therapie. Darüber hinaus sind Selbsthilfegruppen Ansprechpartner für Betriebe, Arztpraxen und Beratungsdienste. Als Mitgliedsorganisationen der DHS wirken die Selbsthilfeverbände an gesundheitspolitischen Willensbildungen und Entscheidungen mit. Sie vertreten ein vielfältiges Spektrum von Betroffenen, deren Angehörigen und ehrenamtlich Aktiven. Ihre Arbeitsschwerpunkte und -konzepte sind unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen die Kooperation untereinander und die Zusammenarbeit mit der professionellen Suchthilfe, um die Versorgung Suchtkranker und ihrer Angehörigen durch die Einbeziehung der Betroffenenkompetenz zu verbessern. Im Jahr 2010 thematisierte die 9. Sucht-Selbsthilfekonferenz der DHS die Gesundheitsförderung in der Sucht-Selbsthilfe. Der Titel „Von der Last zur Lust – Sucht-Selbsthilfe auf einem gesunden Weg“ spiegelte das Ziel wieder, Gesundheitsförderung in der Sucht-Selbsthilfe als Aktivität der Rückfallprophylaxe zu erfahren.

www.dhs.de -> DHS, Mitglieder

2.2 Sucht-Selbsthilfe Junkies, Ex-User und Substituierte (JES)

Die Deutsche AIDS-Hilfe unterstützt und betreut seit 20 Jahren das JES-Netzwerk, in dem verschiedene regionale Gruppen, landesweite Zusammenschlüsse und Einzelaktivisten sowie Drogenkonsumenten und Substituierte zusammengeschlossen sind. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Mitarbeit in JES die Abstinenzmotivation stärken und die Entstehung sozialer Netzwerke

fördern kann. Sie erhöhen die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen unter den Drogenabhängigen und leisten in diesem Zusammenhang wertvolle Dienste im Sinne der HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention sowie zur Schadensminimierung. Mit Förderung des BMG wurde 2010 der bisherige Internetauftritt des JES-Netzwerkes verbessert, da auch die JES-Zielgruppen, weit mehr als in früheren Jahren, Interesse am Zugang zum Internet haben. Teile der Internetseite wurden in die englische Sprache übersetzt, um das JES-Netzwerk stärker in die Organisation „International Network People who Use Drugs“ einzubinden und den internationalen Austausch zu vertiefen.

www.jes.aidshilfe.de

2.3 Sucht-Selbsthilfe in der Bundeswehr

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V. ist eine ehrenamtliche Einrichtung zur Betreuung, Beratung und Begleitung von Betroffenen sowie Angehörigen, Vorgesetzten und Kameraden in der Bundeswehr. Sie ist aufgrund ihrer Kompetenz und Akzeptanz zu einem wichtigen Teil des psychosozialen Netzwerkes geworden und ist bundesweit vertreten. Gegründet 1999 auf Initiative von Ärzten in der Bundeswehr bietet sie heute in Ergänzung der bereits bestehenden Hilfsangebote etwas Besonderes: Der Soldat oder der Zivilbeschäftigte von nebenan, der es gelernt hat mit seiner Abhängigkeitserkrankung umzugehen, bietet an, von seinen Erfahrungen zu berichten. Dadurch sinkt bei vielen Betroffenen die Hemmschwelle, sich zu ihren eigenen Problemen zu bekennen und sich helfen zu lassen. Zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterbildung führen die Mitglieder der Soldatenselbsthilfe mit Unterstützung der Militärseelsorge der Bundeswehr Arbeitstagungen sowie mit Hilfe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr eine Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer durch. Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht organisiert auch Familienrüstzeiten für Betroffene und ihre Angehörigen.

www.soldatenselbsthilfe-sucht-bundeswehr.de

3 Förderung durch Versicherungsträger

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert die Sucht-Selbsthilfe nach § 20c SGB V. Im „Arbeitskreis Selbsthilfeförderung der GKV“, in dem auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mitarbeitet, ging es 2010 vorrangig um das Ziel, die Transparenz im Förderverfahren zu erhöhen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) unterstützt die Sucht-Selbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI. Die inhaltliche und rechnerische Vorprüfung bezüglich der Förderwürdigkeit entsprechender Anträge obliegt den Landesstellen für Suchtfragen und der DHS. Ziel ist es, suchtkranke Menschen langfristig zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden. Die Zuwendungen für die regionale Selbsthilfe kommen vor allem den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten z. B. Pauschalen bis zu 200 Euro zur Deckung ihrer Ausgaben, wie Fahrgeld, Porto oder Kosten für Literatur. Ebenso wurden Gruppenleiterschulungen und die Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Die DRV Bund stellte 2009 für die regionale Selbsthilfe 774.894 Euro und 2010 insgesamt 760.210 Euro zur Verfügung. Die Arbeit der Nachsorgeferenten von Suchtverbänden, die innerhalb der DHS organisiert sind, wurde 2009 mit 1.354.945 Euro und 2010 mit 1.319.789 Euro gefördert. Die Suchtferenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie die Kontakte untereinander pflegen, die freiwilligen Helferinnen und Helfer fachlich fortbilden, neue Projekte initiieren und sich aktiv an der Weiterentwicklung der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beteiligen. Das regelmäßige Treffen der Suchtferenten fand 2010 zum Schwerpunkt „Selbsthilfe und Online-/Medienabhängigkeit“ statt.

Auch die regionalen Rentenversicherungsträger unterstützen die Sucht-Selbsthilfe nach § 31 SGB VI.

F | Forschung

Neben den hier dargestellten Aktivitäten sind weitere aktuelle Forschungsvorhaben in den Bereichen B und C dieses Berichts aufgeführt.

1 Deutsches Suchtforschungsnetz

Das Deutsche Suchtforschungsnetz wurde als Dachorganisation vier regionaler Suchtforschungsverbände gegründet. Die Verbände wurden von 2001 bis 2008 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit zirka 25 Mio. Euro finanziell gefördert. Nach planmäßigem Auslaufen der Förderung haben die Verbände entschieden, das Deutsche Suchtforschungsnetz weiter zu betreiben. Hauptaufgabe ist die verbundübergreifende Auswertung erhobener Daten und die Zusammenarbeit bei der Antragstellung zu Ausschreibungen in Deutschland und Europa.

Forschungsprojekte zur Glücksspielsucht konnten nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2006 (siehe B 6.1) sehr rasch im Rahmen des Deutschen Suchtforschungsnetzes aufgelegt werden. Zur Förderung einzelner Bundesländer sind aus allen vier Verbänden Anträge eingegangen, die weitgehend bewilligt wurden und derzeit umgesetzt werden. Im Rahmen der Ausschreibung für ein bundesweites Projekt zur Epidemiologie der Glücksspielsucht bewarben sich Forscherinnen und Forscher aus allen vier Verbänden. Die Studie (siehe B 6.6) wurde an den Nordost-Verbund vergeben, wobei eine enge Kooperation mit dem Baden-Württembergischen Verbund und der Arbeitsgruppe zur Glücksspielsucht Mainz/Berlin besteht.

1.1 Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg (BW-Verbund)

In den Jahren 2009/2010 fand eine intensive Datenanalyse und Publikation der Ergebnisse aus der Förderperiode 2001–2008 statt. Der weltweit stark beachtete Gedanke einer „Individualisierung der Therapie von Abhängigen“ stand hierbei im Vordergrund. Fortschritte wurden bei der Einbeziehung moderner Bildgebungsverfahren bei Suchtpatienten erzielt. Ähnliches gilt für die Genetik der

Abhängigkeiten. Die Durchführung und Auswertung der Studien wurde von einem eng kooperierenden interdisziplinären Team von Forscherinnen und Forschern geleistet. Zudem wurden drei neue Projekte im laufenden Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft zum Thema „Learning, Memory and Brain Plasticity: Implications for Psychopathology“ eingebracht.

Im interdisziplinären Verbund arbeiten Molekularbiologen, Pharmakologen, Systembiologen, Mathematiker, Genetiker und Kliniker zusammen. Langfristig sollen aufbauend auf den Ergebnissen die Therapie und Diagnosemöglichkeiten bei Alkoholismus und Sucht nachhaltig verbessert werden.

Auf internationaler Ebene ergaben sich Kooperationen mit EU-Projekten zur Versorgungsforschung von Alkoholabhängigen (Primary Health Care European Project on Alcohol PHEPA, Alcohol Measures for Public Health Research Alliance, AMPHORA). Im Schnittstellenbereich zwischen Grundlagenforschung und klinisch angewandter Forschung gelang die Einwerbung des Projektes „European Research Association, ERA-NET“ der Europäischen Union (Translational neuroimaging in alcoholism: Towards identification of predictors for treatment efficacy).

www.bw-suchtweb.de

1.2 Sächsisch-bayerischer Forschungsverbund ASAT

Der Forschungsverbund ASAT leistet epidemiologisch fundierte Grundlagen- und Anwendungsforschung. Dabei bearbeitet das Institut für Therapieforschung (IFT) in München primär deskriptive epidemiologische Studien zur Prävalenz, zu Trends und zur Versorgungssituation sowie anwendungsnahe Interventionsstudien zu Prävention und Therapie im Suchtbereich. Grundlagen zu Faktoren und Prozessen des Beginns und Verlaufs von Substanzstörungen, des pathologischen Glücksspielens sowie deren therapeutische Beeinflussung werden an der Technischen Universität Dresden (Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie) erforscht.

Determinanten der Suchtentwicklung

Die kausal-epidemiologischen Analysen des „Early Developmental Stages of Substance Abuse Programs“ haben Erkenntnisse über die entscheidenden Gefahren- und Risikointeraktionen sowie die kritischen Entwicklungsverläufe von Erstgebrauch sowie zu Missbrauch und Abhängigkeit erbracht. Diese haben Eingang in eine gemeinde-nahe Versorgungsplanung und die Entwicklung gezielter Interventionsansätze erlaubt. Auf dieser Grundlage wurden weiterführende Forschungsprogramme zu neuronalen Grundlagen von Suchtprozessen initiiert. Sie geben Aufschluss darüber, welche entwicklungsbezogenen neuronalen Prozesse und Mechanismen entscheidend an diesen Verläufen beteiligt sind. Die Arbeiten bieten eine Grundlage zur Einbeziehung kognitiver Kontroll- und Absichtsbildungsprozesse, die Analyse entwicklungsbezogener Schutz- und Risikofaktoren sowie der Vertiefung pathogener Prozesse bei Beginn, Verlauf und Beendigung/ Rückfall abhängigen Verhaltens.

Substanzstörungen und pathologisches Glücksspielen in Europa

Im Rahmen des EU-geförderten Projekts „Addictions and lifestyles in contemporary European societies“ werden ab 2011 Teilprojekte zur interdisziplinär ausgerichteten Konzeptionalisierung des Suchtbegriffs in Europa durchgeführt. Sie beinhalten Faktoren und Prozesse im Zusammenhang mit der Entwicklung problematischen Substanzkonsums und der Glücksspielsucht.

Ausbildung

Die Professur für Suchtforschung an der Technischen Universität Dresden hat es ermöglicht, ein innovatives curriculares Lehrkonzept zu Substanzstörungen und des pathologischen Glücksspielens in das Psychologiestudium zu integrieren. Dies soll schrittweise überfakultär ausgeweitet werden. Damit wird ein Beitrag für die national europaweit stark vernachlässigte universitäre Ausbildung in diesem Bereich geleistet. Mit finanzieller Förderung der Volkswagenstiftung wurde ab 2008 ein europaweites Graduiertenprogramm für Doktoranden der Psychologie und Medizin im Bereich der Suchtforschung aufgebaut. Der

erste zweijährige Lehrgang fand 2009/2010 mit 15 Doktoranden aus Europa statt. Nach der Evaluation der Erfahrungen und Ergebnisse sowie der geplanten Überarbeitung des Curriculums wird die Graduiertenschule ab Sommer 2011 regelmäßig angeboten.

Epidemiologie, Prävention und Versorgung

2009 wurde der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) erneut am IFT durchgeführt. Damit steht in Deutschland seit mehr als 20 Jahren ein Instrument zur Verfügung, das in regelmäßigen Abständen eine Schätzung des Konsumverhaltens der erwachsenen Bevölkerung von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen erlaubt. Seit 2006 wird auch Glücksspielen erhoben. Die Studie leistet einen Beitrag zur Analyse von relevanten Einflussfaktoren des Suchtverhaltens für Maßnahmen zur evidenzbasierten Prävention. Mit mehreren Projekten konnte die Forschung zur Prävention des Rauchens und zur Raucherentwöhnung verstärkt werden (siehe B 2). Themen waren u. a. Untersuchungen zum Nutzen emotionalisierender Maßnahmen für die Tabakprävention sowie ein europaweites Projekt (ACCESS) zur Entwicklung von Motivierungsansätzen für Rauchstoppmaßnahmen bei Jugendlichen. Drittmittelgeförderte Projekte führten zu einer starken Ausweitung der Versorgungsforschung, u. a. zur Entwicklung eines Monitoringsystems zum Arzneimittelmisbrauch in Europa.

www.asat-verbund.de

1.3 Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen

Der Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen umfasst die Standorte Bonn, Düsseldorf und Essen. An der Universität Duisburg-Essen besteht eine Professur für klinische Suchtforschung an der Medizinischen Fakultät. Traditioneller Schwerpunkt der Forschungsgruppe Sucht in Essen ist die Opiatabhängigkeit. Aktuelle Projekte sind die psychotherapeutische Behandlung von Opiatabhängigen in Substitution mit dem Ziel der Reduktion des Suchtmittelkonsums, nebenwirkungsgeleiteten Differentialindikationen von Substitutionsmitteln und der Bestimmung des genetischen Einflusses auf die Intensität des Opiatentzugssyndroms.

Zudem wurden mit der medizinischen Fakultät und dem Suchthilfesystem in Essen weitere Forschungsfelder erschlossen. Hierzu zählen die Evaluation von Drogenkonsumräumen, der Aufbau einer Forschungsgruppe „Sucht und Recht“ sowie Projekte zu Hepatitis C bei Drogenabhängigen. Die EU-geförderten Projekte PSYCHONAUT, ReDNeT und ORION (in Kooperation mit der europäischen Suchtforschungsgruppe ECCAS) haben die Präsenz von Suchtmitteln im Internet sowie Präventionsstrategien unter Nutzung elektronischer Medien zum Gegenstand. Weitere Forschungsprojekte betreffen Sucht im Jugendalter, die Abhängigkeit von opiathaltigen Schmerzmitteln und die Gefährdung von Ärzten für substanzbezogene Störungen.

Die Arbeitsgruppe an der Bonner psychiatrischen Universitätsklinik untersucht die genetischen Grundlagen der Nikotinabhängigkeit und die akute Wirkung von Nikotin in Form eines Nikotinpflasters auf kognitive Funktionen (gefördert von der DFG im Schwerpunktprogramm Nikotin – Physiologische und Molekulare Effekte im Zentralen Nervensystem). Die Forschungsgruppe Abhängigkeits-erkrankungen an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Düsseldorf (LVR-Klinikum Düsseldorf) hat das BMBF-geförderte Projekt „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ in Hinblick

auf Moderatorvariablen wie Arbeitslosigkeit ausgewertet. Ziel ist die Erforschung der Wirksamkeit von pharmakologischer Anti-Craving-Behandlung durch Teilnahme an einer Studie zu Naltrexon i.m. in der Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit.

www.suchtforschungsverbund-nrw.de

1.4 Suchtforschungsverbund EARLINT (Nord-Ost)

Der Verbund „Early intervention in health risk behavior“ (EARLINT) verfolgt das Ziel, Kurzinterventionen zu entwickeln, auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und diese zu implementieren. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die Interventionen eine hohe Bevölkerungswirksamkeit erzielen, also einen möglichst großen Anteil der Zielpopulation erreichen und die Risikoverhaltensweisen zu reduzieren. Sie soll zum Rückgang der mit dem Konsum assoziierten Krankheiten und sozialen Folgen führen. Zur Erreichung dieser Ziele werden epidemiologische Arbeiten durchgeführt, die auf Prozesse des Herauswachsendens aus formellen Hilfen fokussieren. Im Mittelpunkt stehen innovative Interventionen und Konzepte, welche den Zugang zu nicht erreichten Populationen erschließen und zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Im Rahmen neuer Studien konnten Befunde zur Wirksamkeit von computerisierter individueller Motivierung zur Beendigung des Rauchens vorgelegt werden. Eine Studie zur Reduktion der Tabakrauchexposition von Kleinkindern in Wohnungen zeigte, dass Präventionsansätze auch Zugang zu häuslichen Umgebungen erzielen können.

Erstmals gelang es, außerhalb der USA nachzuweisen, dass der Ansatz des „Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)“ eine wirksame Methode darstellt, Alkoholabhängige ohne Behandlungsbereitschaft zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu motivieren. Erreicht wurde dies durch eine Schulung der Angehörigen im Rahmen von zwölf Sitzungen, die es den Teilnehmern ermöglicht, angemessen auf den alkoholabhängigen Angehörigen einzuwirken. Eine laufende Studie zu Menschen mit gesundheitsriskantem Alkoholkonsum analysiert, ob eine

Motivierung durch Rückmeldungen vom Computer oder im persönlichen Gespräch Unterschiede im Erfolg der Intervention bewirken.

Eine große epidemiologische Studie zu problematischem und pathologischem Glücksspielen (PAGE, siehe B 6.6) rekrutierte bundesweit mehr als 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mittels eines komplexen Rekrutierungsverfahrens, zu dem u. a. ein Telefonsurvey bei 14.000 Personen gehörte. Die Studie liefert eine umfangreiche Datenbasis für Analysen zu Entstehungsbedingungen und Remissionsprozessen. Die Ergebnisse sollen auch der Verbesserung von Interventionen und Versorgungsstrukturen dienen. In einem Satellitenprojekt wird erstmals angestrebt, in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung die Prävalenz von Internetabhängigkeit zu schätzen (PINTA, siehe B 7.5). Eine weitere Teilstudie beschäftigt sich mit dem Thema Migration und Glücksspielen.

www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html

2 Deutscher Suchtkongress

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. veranstalten seit 2008 gemeinsam mit zahlreichen weiteren Fachgesellschaften jährlich den Deutschen Suchtkongress, der Wissenschaft und Praxis besser verbinden soll. Neben Plenarvorträgen, Symposien und Posterführungen werden auch Pre-Conference-Workshops für die Vermittlung praktisch-therapeutischer Fertigkeiten angeboten. 2010 wurden neben einem themenreichen wissenschaftlichen Programm – unter anderem zum problematischen Substanz- und Medienkonsum bei Jugendlichen, zur exzessiven und abhängigen Nutzung des Internets und von Computerspielen, zu biologischen Parametern der Abhängigkeitsentwicklung, zu neuen (psycho-)therapeutischen Verfahren bei Abhängigkeitsentwicklungen – erstmals ein Pflegekongress sowie ein separater Schüler- und Lehrerkongress in das Tagungsprogramm integriert. Dabei diskutierten Schülerinnen und Schüler sowie Pädagoginnen und Pädagogen mit Suchtexperten und Wissenschaftlern über Ursachen, Verlauf und Therapie von Suchterkrankungen.

www.suchtkongress2010.de

G | Europäische und internationale Zusammenarbeit

1 Europäische und internationale Alkoholpolitik

1.1 Situation in Europa

Im globalen Vergleich ist Europa der Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum und die Region mit der höchsten Mortalität und Morbidität in Folge von Alkoholmissbrauch. Unter rund einem Fünftel der erwachsenen Bevölkerung ist starkes episodisches Trinken verbreitet. Alkoholmissbrauch ist ein wesentlicher Einflussfaktor, der die Lebenserwartung in Europa verkürzt. Er ist der Grund dafür, dass Männer in Osteuropa eine um etwa ein Viertel geringere Lebenserwartung als in Westeuropa haben. Alkohol am Steuer ist häufig die Ursache für Verkehrsunfälle mit Todesfolge. Alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle haben zudem erhebliche negative Auswirkungen auf Beschäftigung und Produktivität. Nach Schätzungen belaufen sich die direkten und indirekten Kosten von alkoholbezogenen Schäden in der EU auf rund 1,3% des Bruttoinlandsproduktes. In der EU gibt es zahlreiche Projekte und Maßnahmen, um alkoholbedingte Schäden zu vermeiden oder zu reduzieren.

1.1.1 EU-Alkoholstrategie

Mit Verabschiedung von Ratsschlussfolgerungen am 1. Dezember 2009 zu „Alkohol und Gesundheit“ wurden die Themenbereiche der EU-Alkoholstrategie (Europäische Kommission Oktober 2006) erneut bekräftigt. Schwerpunktmäßig werden die Mitgliedsstaaten und die Kommission aufgefordert, den Schutz von Kindern und Jugendlichen, den schädlichen Alkoholkonsum älterer Menschen und den Einfluss von schädlichem Alkoholkonsum auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit besonders zu beachten.

2009 hat die EU einen ersten Zwischenbericht zur Umsetzung der Alkoholstrategie vorgelegt. Mittlerweile haben zehn EU-Staaten seit 2006 eine Nationale Strategie zu Alkohol aufgelegt oder überarbeitet. Insgesamt besteht ein Trend, für den Erwerb von Alkoholika ein Mindestalter von 18 Jahren einzuführen. In Bezug auf die Werbung setzen die Mitgliedsstaaten auf eine verbesserte Selbst-

kontrolle der Alkoholwirtschaft. Zusätzlich gibt es den Trend, die Zeiten für Alkoholwerbung im Fernsehen einzuschränken. Fast die Hälfte der Mitgliedsstaaten weist auf das Risiko von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft hin. Nur wenige Länder widmen sich bisher dem Thema der Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Zahlreiche Mitgliedsstaaten haben Kampagnen gegen Alkohol am Steuer umgesetzt. Oft wurde die Promillegrenze, insbesondere für Fahranfänger, gesenkt. Deutschland ist eines der wenigen Länder, das sich intensiv mit dem zunehmenden Phänomen der Sucht im Alter auseinandersetzt, und nimmt damit eine Vorreiterrolle ein.

Das 2007 eingerichtete „Europäische Forum Alkohol und Gesundheit“, das die Umsetzung der EU-Alkoholstrategie unterstützt, umfasst aktuell mehr als 60 Mitglieder aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Die Arbeitsweise des Forums ist vor allem durch Selbstverpflichtungen der Mitglieder geprägt, konkrete lokale wie europaweite Aktionen durchzuführen. Im April 2009 stammte die Mehrheit der bis dahin eingereichten 108 Aktionen aus den Bereichen „Informationen und Aufklärung über riskanten Konsum“ (23%), „Information und Aufklärung über verantwortungsbewussten Konsum“ (23%) und „Verantwortung in kommerzieller Kommunikation und Verkauf“ (22%).

http://ec.europa.eu/health/alcohol/forum/forum_details/index_en.htm

1.1.2 Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Das EU-Gesundheitsprogramm fördert von 2008 bis 2013 u. a. Projekte und Maßnahmen zur Prävention von Suchtmittelabhängigkeit. Zuständig ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GD SANCO) der EU. Die Prioritätsbereiche und die Kriterien für die Finanzierung werden jedes Jahr in einem Arbeitsplan festgelegt und über die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) mit der Aufforderung, Vorschläge einzureichen, veröffentlicht. Zur Verringerung alkoholbedingter Schäden haben aktuell folgende Projekte Vorrang:

- EU-weite Übersicht über den Markt und die Regelungen für alkoholische Getränke, die besonders attraktiv für Minderjährige sind,
- weitere Studien über die Preisgestaltung alkoholischer Getränke in der EU,
- Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro Europa, um die gemeinsame Datenerhebung und Wissensgrundlage in Bezug auf die Alkoholsituation und die Alkoholkultur in den Mitgliedsstaaten weiterzuentwickeln.

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_de.htm

<http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html>

Beispiel aus Europa

TAKE CARE – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa

Seit Oktober 2010 ist die Geschäftsstelle des „Europäischen Netzwerkes für praxisorientierte Suchtprävention – euro net“ beim deutschen Mitglied, der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster, angesiedelt. Das 1996 gegründete Netzwerk umfasst Organisationen, Institutionen und Einrichtungen aus 17 europäischen Ländern, die in der Suchtprävention tätig und an der Entwicklung und Erprobung innovativer Methoden interessiert sind. Aktuell arbeiten zehn Mitglieder im EU-Projekt „TAKE CARE – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa“ zusammen. Ziel ist es, den Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 21 Jahren zu reduzieren. Das Konzept basiert auf der Annahme, dass Interventionen wirksamer sind und sich gegenseitig verstärken, wenn mit verschiedenen Zielgruppen gleichzeitig präventiv gearbeitet wird. Neben der relevanten Altersgruppe werden daher auch Eltern und Verkaufspersonal angesprochen. TAKE CARE begann im Frühjahr 2010 mit der Analyse von Beispielen guter Praxis in den beteiligten Ländern, um die Interventionen zielgruppengerecht an die regionalen Erfordernisse anzupassen. Die Pädagogische Hochschule Zürich evaluiert das Projekt, welches im November 2012 endet.

www.euronetprev.org

www.project-take-care.eu

1.2 Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs

Nach Schätzungen starben 2004 weltweit 2,5 Mio. Menschen in Folge des Alkoholmissbrauchs, darunter 320.000 junge Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Alkoholmissbrauch trägt wesentlich zur weltweiten Krankheitslast bei und wird als drittwichtigster Risikofaktor für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen in der ganzen Welt angeführt. Daher hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2010 die Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs verabschiedet. Darin ist der Begriff des schädlichen Alkoholkonsums breit angelegt und umfasst einen Alkoholkonsum, der nachteilige gesundheitliche und soziale Auswirkungen für den Konsumenten, die Menschen im Umfeld des Alkoholkonsumenten und die Gesellschaft als Ganzes hat.

Ziele sind ein globales Bewusstsein zu schaffen, die Handlungsbereitschaft für Veränderungen zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zur Reduzierung und Vermeidung von alkoholbedingten Schäden zu verbessern. Neben einer Stärkung der technischen Unterstützung insbesondere in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen soll dort die Behandlung und Prävention leistungsfähiger werden. Interessensvertreter sollen besser zusammenarbeiten und notwendige Ressourcen für abgestimmte Maßnahmen zur Prävention missbräuchlichen Alkoholkonsums bereitgestellt werden. Das Überwachungssystem zum Alkoholkonsum und alkoholbedingter Morbidität und Mortalität soll verbessert werden.

Die Maßnahmen sollen nach Ermessen der Mitgliedsstaaten in Abhängigkeit vom jeweiligen nationalen, religiösen und kulturellen Hintergrund, der Prioritäten im Gesundheitswesen, den verfügbaren Ressourcen und im Einklang mit verfassungsrechtlichen Grundsätzen und internationalen Verpflichtungen umgesetzt werden.

Die Vorschläge für politische Interventionen lassen sich in zehn Bereiche gliedern:

- Führung, Sensibilisierung und Verpflichtung
- Gegenmaßnahmen im Gesundheitswesen
- Handeln in den Gemeinden
- Gegenmaßnahmen im Bereich Alkohol im Straßenverkehr
- Verfügbarkeit von Alkohol
- Marketing alkoholischer Getränke
- Preispolitik
- Verringerung der negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums und -rauschs
- Verringerung der Auswirkungen von illegalem Alkohol und nicht professionell hergestelltem Alkohol auf die öffentliche Gesundheit
- Kontrolle und Überwachung.

Zahlreiche Maßnahmen, die in der globalen Strategie benannt werden, werden in Deutschland bereits umgesetzt. Daher engagiert sich Deutschland im Bereich des Austauschs guter Praxis und trägt durch die Evaluation durchgeführter Maßnahmen zur Steigerung der Evidenz und Abschätzung der Effektivität bei. Als einen ersten Schwerpunkt wird die WHO die Problematik der Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) insbesondere in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen aufgreifen. Weitere Schwerpunkte der WHO werden zunächst die Themen soziale Schäden von Alkohol, Implementierung von effektiven Alkoholrichtlinien sowie Alkohol, HIV und Tuberkulose sein.

2 Europäische und internationale Tabakpolitik

Die internationale und europäische Tabakpolitik hat zunehmenden Einfluss auf die nationalen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums. Viele der in den vergangenen Jahren in Deutschland umgesetzten Initiativen und gesetzlichen Maßnahmen in der Tabakpolitik gehen auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation oder auf Richtlinien der EU zurück.

2.1 Tabakprävention in der EU

Verschiedene Bereiche der Tabakkontrollpolitik sind Gemeinschaftsrecht. Auf EU-Ebene werden verbindliche Richtlinien verabschiedet, die dann von den Mitgliedsstaaten in nationales Recht umgesetzt werden müssen. So führte die Tabakproduktrichtlinie in der EU aus dem Jahr 2001 zu nationalen gesetzlichen Regelungen wie Warnhinweisen auf Verpackungen. Die Tabakwerberichtlinie führte zu umfassenden Werbeverbotsregelungen. Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik wichtige Impulse für die Mitgliedsstaaten, z. B. durch den Konsultationsprozess zum Grünbuch für ein rauchfreies Europa. Deutschland beteiligt sich aktiv auf europäischer Ebene an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

2011 will die Kommission die Tabakproduktrichtlinie aus dem Jahr 2001 novellieren, was die Bundesregierung grundsätzlich begrüßt. Auf der Grundlage des Konsultationsprozesses dazu wird die Europäische Kommission Vorschläge zur Änderung der Richtlinie vorlegen.

2.2 Umsetzung der tabakspezifischen Regelungen der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste

Die bestehenden medienspezifischen Verbote nach dem Vorläufigen Tabakgesetz wurden mit der Umsetzung der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste 89/552/EWG nach der Änderungsrichtlinie 2007/65/EG ergänzt. Danach war ein Verbot des Sponsorings von audiovisuellen Mediendiensten oder Sendungen durch Tabakunternehmen sowie

ein Verbot der Produktplatzierung zugunsten von Tabakerzeugnissen oder Tabakunternehmen in audiovisuellen Sendungen vorzusehen. Diese Regelungen wurden in Deutschland mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 6. Juli 2010 umgesetzt.

2.3 Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms (siehe G 1.1.2) sollen aktuelle Maßnahmen im Einklang mit dem allgemeinen EU-Vorhaben zur Verringerung des Rauchens und dem Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums entwickelt werden. Dazu zählen:

- Studie über Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verwendung und Regulierungsrahmen für neue Tabak- und Nikotinerzeugnisse. Ziel ist es, mögliche Lücken in den geltenden EU-Rechtsvorschriften zu ermitteln (z. B. Erzeugnisse, die nicht unter die Vorschriften für Tabak, Lebensmittel oder Arzneimittel fallen).
- Unterstützung der Durchführung der EU-Strategie zur Bekämpfung des Rauchens, insbesondere in Bezug auf die Bewusstseinsbildung für Gesundheitsrisiken.
- Wissenschaftliche Unterstützung der GD SANCO bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Beispiel aus Europa

HELP – Für ein rauchfreies Leben

Die Kampagne „HELP – Für ein rauchfreies Leben“ wurde 2005 von der Europäischen Kommission initiiert und 2008 bis 2010 verlängert. Ziel ist es, dass Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 35 Jahren mit dem Rauchen aufhören bzw. erst gar nicht damit anfangen. Zudem informiert HELP umfassend über die Gefahren des Passivrauchens. Junge Menschen gestalten alle Aspekte der Kampagne aktiv mit, z. B. sind Vertreter von Jugendorganisationen im Beirat von HELP. Zentrales Kommunikationselement ist die in 22 Sprachen verfügbare Internetseite. 2009/2010 stand die Aktion „Auch deine Tipps sind gefragt“ im Mittelpunkt. Via Internet oder auf HELP-Events konnte die Zielgruppe zur Unterstützung anderer einen persönlichen Tipp für ein rauchfreies Leben abgeben.

www.help-eu.com

2.4 Umsetzung der Tabakrahmenkonvention

Die Tabakrahmenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) aus dem Jahr 2003 ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen mit dem Ziel der Eindämmung des Tabakkonsums. In Deutschland trat sie am 16. März 2005 in Kraft. Deutschland hatte sich bereit erklärt, zusammen mit anderen Vertragsstaaten Leitlinien zu Artikel 12 der Tabakrahmenkonvention (Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit) zu erarbeiten. Deutschland beteiligte sich auch an der Erarbeitung der Leitlinien Artikel 14 der Tabakrahmenkonvention (Maßnahmen gegen Tabakabhängigkeit und zur Tabakentwöhnung). Die Leitlinien zu Artikel 12 und 14 wurden in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Konventionssekretariat des Tabakrahmenabkommens vom Deutschen Krebsforschungszentrum bis 31. Dezember 2010 koordiniert und inhaltlich begleitet. Beide unter deutscher Federführung erarbeiteten Leitlinien wurden im November 2010 auf der 4. Konferenz der Vertragsparteien in Uruguay einstimmig ohne Veränderungswünsche verabschiedet. Außerdem konnte nach schwierigen Verhandlungen für die Weiterarbeit an den Leitlinien zur Umsetzung von Artikel 9 und 10 (Tabakinhaltsstoffe und ihre Veröffentlichung) ein Kompromiss erzielt werden.

Seit Februar 2008 verhandelt eine Arbeitsgruppe über ein verbindliches Protokoll zur Bekämpfung des Tabaksmuggels, das auch von der Tabakwirtschaft unterstützt wird. Zu den geplanten Maßnahmen gehören u. a. ein Überwachungs- und Rückverfolgungssystem, die Kennzeichnung aller Verpackungen von Tabakerzeugnissen mit dem Herkunftsland sowie eine Zusammenarbeit bei der Schmuggelbekämpfung und der Strafverfolgung. Ein Protokoll ist – im Gegensatz zu Leitlinien – rechtlich verbindlich. Auf der 4. Konferenz wurde erreicht, dass die Verhandlungen zur Verabschiedung des Protokolls in den nächsten beiden Jahren fortgesetzt werden.

3 Glücksspiel in Europa

Aufgrund des gemeinsamen europäischen Regelungskontextes stehen alle EU-Mitgliedsstaaten vor ähnlichen Herausforderungen im Umgang mit der Glücksspielsucht. Jedes Land sucht unter Berücksichtigung der Erfahrungen anderer Länder eigene Herangehensweisen und Wege. Deutschland arbeitet hierbei besonders eng mit Österreich und der Schweiz zusammen. Mehrere gemeinsame trilaterale Treffen und Kongresse haben zu einem gewinnbringenden Austausch geführt, bei dem immer auch das Lernen von der anderen Seite eine wichtige Rolle spielt.

3.1 Beispiel Schweiz: Spielerschutz in Spielbanken

Die Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK) überwacht die Einhaltung der Spielbankengesetzgebung in den derzeit 19 Spielbanken der Schweiz. Das Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken (Spielbankengesetz) verpflichtet die konzessionierten Spielbanken dazu, Maßnahmen vorzusehen, um einen sicheren und transparenten Spielbetrieb zu gewährleisten, Kriminalität und Geldwäsche zu verhindern und den sozial schädlichen Auswirkungen des Spielbetriebs vorzubeugen.

Um dies zu erreichen, muss jede Spielbank über ein Sozialkonzept verfügen und für dessen wirkungsvolle Umsetzung in alleiniger Verantwortung sorgen. Sie hat dabei ein auf die Größe ihres Betriebes, die geographische Lage und den Gästetyp basierendes System zur Umsetzung des Konzeptes zu wählen. Im Sozialkonzept legt die Spielbank dar, wie sie die Spielsucht bekämpfen will, welche Präventionsmaßnahmen sie vorsieht, wie die Zusammenarbeit mit den Therapieeinrichtungen gestaltet ist, wie sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus- und weiterbildet und wie sie Spielsperren und Spielsperrenaufhebungen handhabt.

Die Sozialschutzmaßnahmen lassen sich in drei Kategorien einteilen:

1. Eingangskontrolle sowie Abgabe von Informationen zur Spielsucht und zu den Hilfsangeboten,
2. Früherkennung spielsuchtgefährdeter Spieler,
3. Therapeutische Beratung, die als solche nicht mehr zu den Aufgaben der Spielbank gehört.

Anlässlich von Inspektionen in den Spielbanken überprüft die ESBK, ob die Spielbanken die ihr übertragenen Pflichten erfüllt und ihre Verantwortung gegenüber den spielsuchtgefährdeten Gästen wahrnimmt. Stellt die ESBK fest, dass Gesetzesverstöße vorliegen, weil das interne Kontrollsystem der Spielbank ungenügend ist oder bei der Aufdeckung von Fehlern versagt hat, ergreift sie die entsprechenden Maßnahmen. Die ESBK kann dabei entweder direkt in den Spielbetrieb eingreifen, eine Verwaltungsanktion aussprechen oder die Konzession entziehen, beschränken oder suspendieren.

Gemessen wird die Wirksamkeit des Sozialschutz-Systems mittels Studien, die die ESBK in regelmäßigen Abständen in Auftrag gibt, in welchen die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhobenen Daten zur Spielsucht ausgewertet werden. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studien prüft die ESBK, ob im Sozialschutzbereich weitergehende Maßnahmen zu ergreifen oder neue Instrumente zu schaffen sind.

3.2 Beispiel Österreich: Novellierung des Glücksspielgesetzes

Glücksspiel stellt in Österreich, wie alle anderen mit Sucht in Zusammenhang stehenden Gebiete ein Querschnittsthema dar, wobei das Bundesministerium für Gesundheit Österreich (BMGÖ) auf fachlicher und inhaltlicher Ebene jeweils entsprechend eingebunden ist. Die primäre gesetzliche Regelungskompetenz liegt beim Bundesministerium für Finanzen Österreich (BMFÖ). Nach der Glücksspiel-

gesetz-Novelle 2007, mit welcher der Spielerschutz und das Werbeverbot in diesem Bereich erweitert wurden, erfolgte im Jahr 2010 eine neuerliche Novellierung des Glücksspielgesetzes. Ordnungspolitische Maßnahmen sollen das erlaubte Glücksspielangebot begrenzen und zugleich unerlaubtes Glücksspiel zurückdrängen. Darüber hinaus wurde auch der Aspekt der Prävention berücksichtigt. So wurde ein neues Spielerschutzmaßnahmenpaket für das Automatenspiel implementiert, das die Bewilligungen beim Automatenglücksspiel für Landesauspielungen zahlenmäßig begrenzt (maximal drei pro Bundesland), eine Abkühlphase für Spielautomaten mit dem Ziel der Spielzeitbeschränkung einführt, die Volljährigkeit als Voraussetzung für eine Zutritts-erlaubnis zu Automaten-salons definiert, neue Konzessionshöchstzahlen für Spielbanken festlegt und den Höchsteinsatz mit 10 Euro bzw. der Höchstgewinn mit 10.000 Euro pro Automatenspiel limitiert.

Im BMFÖ wurde im Dezember 2010 eine Stelle zur Suchtprävention und Suchtberatung (Spielerschutzstelle) eingerichtet. Deren Ziele sind u. a., eine bessere Datenlage über die Behandlung und Beratung von Patienten durch Spielsuchteinrichtungen in Österreich zu schaffen, die Suchtforschung im Bereich des Glücksspiels zu unterstützen, über die Risiken des Glücksspiels aufzuklären, die Arbeit der einzelnen Spielerschutzeinrichtungen besser zu koordinieren, Beispiele guter Praxis in der Zusammenarbeit zwischen Glücksspielkonzessionären und -bewilligungsinhabern sowie unabhängigen Spielerschutzeinrichtungen zu erarbeiten. Darüber hinaus erarbeitet die Spielerschutzstelle gemeinsame Qualitätsstandards zur Anerkennung als Spielerschutzeinrichtung und pflegt die Zusammenarbeit mit den für Spielerschutz zuständigen anderen Bundesministerien und Bundesländern.

Das BMGÖ plant z.B. eine bundesweite Erhebung des Status quo der Angebote von aktiver und effektiver Prävention der Spielsucht sowie die bundesweite Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit von Fachstellen für Suchtprävention, dem Allgemeinen Krankenhaus in Wien, Anton Proksch-Institut, regionalen Präventionsangeboten,

Selbsthilfegruppen etc. Ebenso sind die Erarbeitung von Standards, Empfehlungen und Maßnahmen zur Suchtprävention in Kooperation mit Expertinnen und Experten aus dem Suchtbereich angedacht.

4 Europäische und internationale Drogenpolitik

4.1 Situation illegaler Drogen in Europa

Seit 2003 hat die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in den meisten europäischen Ländern ständig zugenommen. Nach aktuellen Schätzungen liegt die Zahl der Fälle in den EU-Mitgliedsstaaten und in Norwegen in 2008 bei 7.371 (2007: 7.021).

Nach Feststellung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat sich aber die für Drogenkonsumenten verfügbare Hilfe seit den neunziger Jahren qualitativ und quantitativ erheblich verbessert. Die EBDD schätzt, dass in der Europäischen Union jedes Jahr mindestens 1 Mio. Menschen in der einen oder anderen Form wegen Drogenproblemen behandelt werden. Im Wesentlichen ist dies auf die bedeutende Ausweitung der ambulanten Betreuung und der Substitutionsbehandlung zurückzuführen. Die EBDD stellt aber auch Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung im heutigen Europa fest. Behandlungshindernisse sind strenge Zulassungskriterien, von Patienten zu tragende Kosten sowie der Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen.

Nach Schätzungen der EBDD gibt es in der EU und in Norwegen etwa 1,35 Mio. problematische Opioidkonsumenten, von denen die meisten Heroinkonsumenten sind. Von einigen Ländern der EU wurde zwischen 2007 und 2008 eine Zunahme der Konsumenten gemeldet, die sich wegen primären Heroinkonsums in Behandlung begeben haben. Die neuesten Daten zeigen für den injizierenden Drogenkonsum einen stabilen bis abwärtsgerichteten Trend. Weniger als die Hälfte (42%) derjenigen, die sich wegen des primären Opioidkonsums in Behandlung begeben, gibt an, „normalerweise zu injizieren“, während dieser

Anteil bei denjenigen Personen, die sich zum ersten Mal in Behandlung begeben, niedriger ist (38 %). Trotz dieser Entwicklung bleibt der injizierende Drogenkonsum ein zentrales Element der europäischen Drogenproblematik, insbesondere in vielen osteuropäischen Ländern. Die höchsten Anteile injizierender Opioidkonsumenten von allen, die sich 2008 in Behandlung begaben, wurden aus Rumänien (95 %), Estland (91 %) und der Slowakei (86 %) gemeldet.

Seit 2003 hat sich die Zahl der substituierten Patienten in Europa etwa verzehnfacht und ist auf aktuell etwa 670.000 Personen angestiegen. Heute ist die Substitutionsbehandlung in allen 27 EU-Ländern sowie in Kroatien und Norwegen verfügbar. Dennoch existieren nach wie vor erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedsstaaten. So erhalten in einigen Ländern weniger als 10 % der problematischen Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung, während es in anderen mehr als die Hälfte sind. Schätzungen zufolge kann auch die Wartezeit auf eine Substitutionsbehandlung in einigen Ländern je nach Programm und Ort mehr als ein Jahr betragen.

Nachdem in ganz Europa zunehmend mehr Cannabis-, Stimulanzien- und Mischkonsumenten mit den Behandlungsangeboten in Berührung kommen, wächst der Bedarf an Interventionen, die zunehmend auch auf andere Probleme als den Opioidkonsum ausgerichtet sind. Zu den Maßnahmen, mit denen z. B. Cannabisproblemen in Europa begegnet wird, gehören Beratung, strukturierte psychosoziale Interventionen und die Behandlung in ambulanten oder stationären Einrichtungen.

Für Kokainkonsumenten wurden in mehreren Ländern spezielle Behandlungsangebote entwickelt. Da die Drogenbehandlungseinrichtungen in Europa noch immer überwiegend auf Opioidkonsumenten zugeschnitten sind, lehnen es sozial integrierte Konsumenten von Kokain zum Teil auch wegen der selbst empfundenen Stigmatisierung ab, eine Behandlung aufzunehmen. Für diese Zielgruppe bieten Dänemark, Irland, Italien und Österreich Behandlungen außerhalb der regulären Öffnungszeiten an, um

beruflichen Verpflichtungen Rechnung zu tragen und für mehr Diskretion zu sorgen.

Zu Problemen und Maßnahmen im Zusammenhang mit Amphetaminen (Amphetamine und Methamphetamine) hat die EBDD Ende 2010 eine gesonderte Publikation veröffentlicht. In der Regel sind die Behandlungsangebote in Ländern, in denen der problematische Konsum schon länger anhält, stärker auf die Konsumenten dieser Substanzen eingestellt (z. B. die Behandlung des Methamphetaminkonsums in der Tschechischen Republik und in der Slowakei).

www.emcdda.europa.eu

4.1.1 EU-Drogenstrategie und Drogenaktionspläne

Der Europäische Rat hat im Dezember 2004 in Brüssel die Drogenstrategie der EU bis 2012 verabschiedet, die durch zwei aufeinander folgende Aktionspläne umgesetzt wird. Nach Auslaufen des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 wurde am 8. Dezember 2008 der EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 verabschiedet. Seine Schwerpunkte liegen auf der Nachfrage- und Angebotsreduzierung, flankiert durch die Querschnittsthemen Koordinierung, internationale Zusammenarbeit sowie Information, Forschung und Evaluierung. Er konkretisiert die in der Drogenstrategie formulierten Ziele und schlägt insgesamt 72 konkrete Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele vor. Der EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 ist aus deutscher Sicht positiv zu bewerten. Ein gemeinsames Vorgehen der EU in der Drogenpolitik ist wichtig, um dem Drogenphänomen in Deutschland, der EU und darüber hinaus erfolgreich zu begegnen. Insbesondere ist zu begrüßen, dass der Drogenaktionsplan alle Bereiche der Drogenpolitik gleich gewichtet und damit den integrierten und ausgewogenen Ansatz der Strategie verwirklicht. Die EU-Kommission hat in ihrem Fortschrittsbericht 2010 zum Drogenaktionsplan 2009–2012 eine Bestandsaufnahme des bisher Erreichten für 2009 bis Mitte 2010 vorgelegt.

4.1.2 Horizontale Gruppe Drogen

Drogenpolitische Themen in den verschiedenen Bereichen der EU (u. a. Gesundheit, Innen und Justiz, Strafrecht, Zoll) werden von der Horizontalen Gruppe Drogen (HDG) koor-

diniert und zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammengefasst. Die HDG ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedsstaaten mitarbeiten. Die HDG hat in den Jahren 2009 und 2010 insbesondere die Umsetzung und Evaluierung der Maßnahmen des EU-Drogenaktionsplans 2009–2012 begleitet. Zudem hat sie das gemeinsame Vorgehen der EU im Rahmen der Drogenpolitik der Vereinten Nationen koordiniert. U. a. wurden Ratschlussfolgerungen abgestimmt zu den Themen universelle Prävention, West-Afrika, Stärkung der Forschungskapazitäten der EU im Bereich der illegalen Drogen, Informationssysteme über Drogen, Prävention von Schäden im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen im Freizeitbereich und Bedrohungsbewertung, die von Flugplätzen sowie kleinen und mittleren Flugzeugen ausgehen, die für den Drogenschmuggel genutzt werden können.

4.1.3 Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2010

Die europäischen Drogenkoordinatoren treffen sich auf Einladung der jeweiligen EU-Ratspräsidentschaft zwei Mal pro Jahr. Am 28. April 2010 hatte Spanien nach Madrid geladen. Themen waren neue auf dem Markt befindliche Substanzen und der Umgang der jeweiligen Länder damit sowie der Mischkonsum von Alkohol mit anderen (illegalen) Substanzen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung stellte bei dem Treffen die Problematik des „Mischkonsums von Alkohol und Cannabis“ sowie die dafür in Deutschland bestehenden risikogruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen vor. Sie wies darauf hin, dass in Deutschland eine Anzahl Jugendlicher neben dem exzessiven Alkoholkonsum in riskanter Weise auch Cannabis konsumieren. Studienergebnisse zeigen, dass gerade diese Jugendlichen besonders gefährdet sind, später eine dauerhafte Abhängigkeit zu entwickeln.

Das zweite Treffen fand am 16. November 2010 in Brüssel unter belgischer Ratspräsidentschaft statt. Die Teilnehmer widmeten sich dem übergreifenden Ansatz der Drogenpolitik, der neben den illegalen auch legale Substanzen einbezieht. Deutschland verfolgt diesen Ansatz seit 2003 in der Drogen- und Suchtpolitik. Darüber hinaus wurde

das Modellprojekt INCANT vorgestellt, an dem sich neben Deutschland vier weitere EU-Länder (Belgien, Frankreich, Niederlande, Schweiz) beteiligen und das die Wirksamkeit einer multidimensionalen Familientherapie für jugendliche Cannabiskonsumenten untersucht (siehe B 4.4.4). Ein Vertreter des deutschen Bundeskriminalamtes berichtete umfassend über die Verfahren zur Kontrolle von Vorläufersubstanzen, die für die Herstellung illegaler Drogen benötigt werden.

4.1.4 Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) soll der EU und ihren Mitgliedsstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und einen gemeinsamen Informationsrahmen für die Drogendebatte schaffen. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen sammeln dafür die nötigen objektiven, vergleichbaren Informationen und tragen die Ergebnisse der EBDD in den jeweiligen Mitgliedsstaat zurück. In Deutschland nehmen diese Aufgabe gemeinsam die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und das Münchner Institut für Therapieforschung (IFT) unter dem Namen Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) wahr. Die Geschäftsführung und Koordination der Arbeiten liegt beim IFT. 2010 wurden eine Fachtagung zu „Drogen und Haft“ (siehe D 6) und Übersichten zur „Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungs-Leitlinien“ sowie zu „Kosten drogenbezogener Behandlung“ erstellt. Die Vergleichsuntersuchungen „Cannabismärkte und -produktion“ sowie „Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger“ des Jahres 2009 wurden von der EBDD im Rahmen der Sonderpublikationen „Selected Issues“ veröffentlicht.

Seit Frühjahr 2010 ist die DBDD Partner der EBDD im Projekt „Instrument for Pre-Accession – IPA III“ und unterstützt bis November 2011 den türkischen Knotenpunkt in seiner Arbeit. Darüber hinaus waren Mitarbeiter der DBDD auch intensiv an einem deutsch-türkischen Twinning-Projekt beteiligt (siehe G 4.1.5). Im Sommer 2010 begann im Auf-

trag der EBDD ein Projekt zur Erstellung eines ersten Rahmenkonzeptes zum Monitoring des Missbrauchs von Medikamenten in der EU. Die Vergabe an die DBDD beruhte auf den spezifischen Erfahrungen, die in diesem Segment auch aufgrund der engen Kooperation mit dem Projekt „PHAR-MON“ (siehe B 3.2) bestehen.

www.emcdda.europa.eu

www.dbdd.de

4.1.5 EU-Twinning Projekt Deutschland/ Griechenland/Türkei

Von 2009 bis März 2011 fand das EU-Twinning Projekt „Strengthening the Turkish national monitoring centre for drugs and drug addiction“ zwischen Deutschland als Projektleiter und dem griechischen Juniorpartner mit der Türkei statt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützte das Münchner Institut für Therapieforschung bei der Bewerbung und in der Projektdurchführung, wobei das Land Berlin mit einer Expertin beteiligt war. Zu den Aufgaben gehörte, die Türkei beim Aufbau der nationalen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zu unterstützen, rechtliche Grundlagen an EU-Normen anzupassen und Verwaltungsstrukturen aufzubauen. Darüber hinaus wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zentraler Institutionen in Drogenpolitik, -prävention und -hilfe qualifiziert.

4.1.6 Projekte im EU-Förderprogramm Drogenprävention und Information

Im Rahmen des EU-Förderprogramms Drogenprävention und Information werden seit 2007 jährlich etwa 3 Mio. Euro für Modellprojekte und europaweit agierende Organisationen im Drogenhilfebereich zur Verfügung gestellt. Zuständig ist die Generaldirektion Justiz (GD JUSTICE) der EU. 2009 gingen 59 Anträge ein, wovon sechs positiv beschieden wurden. Darunter zwei Modellvorhaben aus Deutschland (Universitätsklinik Heidelberg: REBOUND – resilience based drug education; Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg: Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk), die seit 2010 gefördert werden. An weiteren vier Projekten sind deutsche Einrichtungen

als Partner vertreten. 2010 wurden von 66 beantragten Projekten zehn bewilligt. Die Mehrzahl der Förderprojekte widmet sich dem Mehrfachkonsum in verschiedenen Settings oder der Erprobung von E-Health-Ansätzen. Drei der ausgewählten Projekte werden ab 2011 federführend von deutschen Einrichtungen durchgeführt (Universitätsklinikum Freiburg: Erforschung und Prävention des Konsums von cannabinoidhaltigen Räuchermischungen; Universität Bremen: Projekt SNIPE – Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Projekt WISEteens – Web-based Screening and Brief Intervention for Substance using Teens).

http://ec.europa.eu/justice/funding/drugs/call_10141/call_10141_en.htm

4.1.7 Projekte der Drogenprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Das EU-Gesundheitsprogramm fördert 2010 im Bereich der illegalen Drogen das Implementierungsprojekt „Nightlife and Well-Being“, wofür eine spanische Organisation federführend zuständig ist. Darüber hinaus sollen in weiteren Maßnahmen u. a. Leitlinien für bewährte Verfahren bzw. Qualitätsstandards für Interventionen und Leistungen zur Schadensverringerung entwickelt, durchgeführt, ausgetauscht und bewertet werden.

4.2 Bekämpfung der internationalen Rauschgiftkriminalität

4.2.1 Europäischer Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels

Der Umgang mit illegalen Substanzen beinhaltet sowohl gesundheitspolitische als auch volkswirtschaftliche Aspekte. Die Organisierte Kriminalität – hier insbesondere der organisierte Rauschgiftschmuggel und -handel – stellt ein Bedrohungspotential dar, das in seiner Ausprägung und Tragweite wegen der Infiltration des legalen Wirtschaftskreislaufes von hoher sicherheits- und wirtschaftspolitischer Bedeutung ist.

Die organisierte Rauschgiftkriminalität ist ein internationales Phänomen und bedarf daher bei der Bekämpfung einer

multilateral ausgerichteten und abgestimmten gemeinsamen Vorgehensweise. Das Bundeskriminalamt (BKA) kooperiert in diesem Zusammenhang u. a. mit den Vereinten Nationen sowie der Europäischen Union und vertritt in seiner Zentralstellenfunktion dabei die Interessen der deutschen Polizei in internationalen Gremien. Ziel dieser Gremienarbeit ist neben dem allgemeinen Informationsaustausch zu Entwicklungen der Rauschgiftkriminalität die Erarbeitung von kohärenten Bekämpfungskonzepten sowie die Initiierung gemeinsamer operativer Maßnahmen. So berücksichtigen die EU-Drogenstrategie und die Drogenaktionspläne (siehe G 4.1.1) die aktuellen Entwicklungen u. a. in Bezug auf Maßnahmen zur Eindämmung des Rauschgiftschmuggels aus den Herkunfts- und Transitländern.

Das UN Office on Drugs and Crime (UNODC) schätzt, dass 80 % des nach Europa geschmuggelten Heroins über die traditionelle Balkan-Route (Afghanistan-Iran-Türkei-Südeuropa) geschmuggelt werden. 7 % werden auf der nördlichen Balkan-Route (Afghanistan-Iran-Kaukasus-Südeuropa) transportiert. Die restlichen 13 % verteilen sich auf die Transportwege direkt von Pakistan nach West- und Mitteleuropa, die Nordroute (Afghanistan-Zentralasien-Russland-Osteuropa), die Variante über Afrika sowie jene direkt aus Süd- und Südostasien oder über den Mittleren Osten und die Golf-Region nach West- und Mitteleuropa.

Die europäischen Mitgliedsstaaten sind in unterschiedlicher Weise vom Drogenhandel in all seinen Ausprägungen betroffen. Der Rat „Justiz und Inneres“ hat am 3. Juni 2010 den „Europäischen Pakt zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels“ beschlossen. Dieser konzentriert sich zunächst auf die Phänomenbereiche Kokain und Heroin und deren Hauptschmuggelrouten und soll in Zukunft als Modell für die Bekämpfung weiterer Drogenarten wie Cannabis und synthetische Drogen dienen. Drei Aktionsfelder stehen im Fokus des Paktes: Unterbrechung der Kokainrouten (über Westafrika), Unterbrechung der Heroinrouten (über die Balkanroute) und Vermögensabschöpfung. Die EU-Mitgliedsstaaten priorisieren nach verschiedenen Gesichtspunkten (z. B. geografische Lage, landesspezifische

Bedrohungslage und zur Verfügung stehende Ressourcen), wie sie sich an der Arbeit der verschiedenen Aktionsfelder beteiligen und bündeln ihre Kräfte. Dafür werden die bestehenden Maßnahmen auf europäischer Ebene noch besser aufeinander abgestimmt und Doppelungen beseitigt bzw. vermieden.

Das BKA ist diesbezüglich sowohl in Westafrika als auch im Bereich der Balkanroute stark engagiert, da der Schmuggel darüber Deutschland in vielfältiger Weise betrifft. Dementsprechend hat sich Deutschland nicht nur bei der Entstehung des Europäischen Drogenpaktes wesentlich eingebracht, sondern hat auch gemeinsam mit Italien die Rolle des Projektleiters bei der Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen im Aktionsfeld „Unterbrechung der Heroinrouten“ übernommen, während sich Frankreich der „Unterbrechung der Kokainrouten“ und Großbritannien der „Vermögensabschöpfung“ angenommen haben.

4.2.2 Grundstoffsymposium in Peru

Die Überwachung der zur Rauschgiftherstellung unverzichtbaren Grundstoffe ist international eine wesentliche Strategie zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität und in der europäischen Zusammenarbeit durch einheitliche Regelungen ausgestaltet. Die Europäische Union als Chemikalienproduzent ist nach wie vor Ziel krimineller Aktivitäten zur Erlangung von Grundstoffen für die unerlaubte Rauschgiftherstellung – das betrifft halbsynthetisch hergestellte Rauschgifte wie Kokain und vollsynthetisch produzierte Drogen wie die so genannten Amphetamine.

Ein internationales Fachsymposium stellte im Juni 2010 ein Tagungsforum für die Untersuchung der Abzweigung von Grundstoffen und so genannten nicht gelisteten chemischen Stoffen dar. Die inhaltliche Federführung des Grundstoffsymposiums in Peru oblag dem Bundeskriminalamt, während die Organisation gemeinsam mit dem UNODC gewährleistet wurde. Ziel war es, im Rahmen der Kooperation zwischen der Europäischen Union und den Teilnehmerstaaten von PRELAC (Prevention of the Diversion of Drug Precursors in the Latin America and Caribbean Region) sowie internationalen Organisationen die mit der

Abzweigung von Grundstoffen und nicht gelisteten chemischen Stoffen verbundenen Präventionsmodalitäten zu verbessern. Darüber hinaus trug das Symposium zur Konsolidierung der erforderlichen Kapazitäten sowie des Fachwissens der Strafverfolgungs- und Verwaltungskontrollbehörden in den PRELAC Teilnehmerländern bei. Zum Abschluss des Symposiums wurde eine gemeinsame Erklärung verabschiedet, die folgende Kerninhalte umfasst:

- Forderung nach Priorisierung der Grundstoffüberwachung in den lateinamerikanischen Staaten in Verbindung mit langfristigen, international abgestimmten Strategien,
- Stärkung und Harmonisierung der Gesetzgebung zur Überwachung von Grundstoffen,
- enge Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Behörden und Wirtschaftsbeteiligten,
- verstärkte internationale operative Zusammenarbeit unter dem Dach des Internationalen Suchtstoffkontrollamtes (INCB),
- Stärkung der Kompetenz durch Fachlehrgänge,
- Ausweitung der zwischen den EU-Mitgliedsstaaten und Staaten Latein- und Mittelamerikas geschlossenen bilateralen Grundstoffüberwachungsabkommen sowie
- Verstärkung der Kooperation durch EU geförderte Projekte (z. B. im Rahmen einer Fortsetzung des Programms PRELAC).

4.3 Vereinte Nationen

Die Zusammenarbeit im Drogenbereich auf der Ebene der Vereinten Nationen (VN) erfolgt auf der Grundlage der drei VN-Drogenkonventionen von 1961, 1971 und 1988. Sie verpflichten die Mitgliedsstaaten, die Produktion und

den Vertrieb von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu kontrollieren, den Drogenmissbrauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen, die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen hierfür zu schaffen und den internationalen Organen über ihre Tätigkeit zu berichten.

4.3.1 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen

Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). Die 53. CND-Sitzung fand vom 8. bis 12. März 2010 in Wien statt. Die deutsche Delegation unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beteiligte sich aktiv an der Arbeit der CND sowohl im Plenum als auch im „Committee of the Whole“ und in Arbeitsgruppen, in denen die Resolutionen verhandelt wurden. Deutschland hat sich als EU-Verhandlungsführer intensiv bei der Einbringung einer von Japan initiierten Resolution zur Problematik der „Synthetischen Cannabinoide“ engagiert und so zum Konsens zwischen den Staaten der internationalen Gemeinschaft beigetragen (Resolution 53/11). Hierbei wurde auch erreicht, dass die EU Miteinreicher dieser Resolution geworden ist. Insgesamt wurden 16 Resolutionen verabschiedet.

Die 53. CND-Sitzung stand im Zeichen der beginnenden Umsetzung der vorjährigen Beschlüsse (Politische Erklärung und Aktionsplan). Diese Erklärung des Hochrangigen Treffens am 11. und 12. März 2009 formuliert die zukünftigen Ziele und Grundsätze der Drogenpolitik sowie die zukünftigen Prioritäten in den einzelnen Aktionsbereichen: Nachfrage- und Angebotsreduzierung, Kontrolle der Vorläuferstoffe und amphetaminähnlichen Stimulanzien, Vernichtung von Drogenpflanzen und alternative Entwicklung sowie Bekämpfung der Geldwäsche und justizielle Zusammenarbeit.

2010 zeigten die Plenumsdiskussion und thematische Debatte jedoch die Reformbedürftigkeit der CND unter anderem wegen der zu umfangreichen Themenwahl. Ein deutscher Vorschlag zur Straffung der Tagesordnung und Reorganisation des Ablaufs der Thematischen Debatte fand große Unterstützung. Als Folge sah die Tagesordnung der

54. CND-Sitzung im März 2011 nunmehr die Möglichkeit zur Diskussion in Form so genannter Runder Tische vor.

4.3.2 Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen

Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC) durchgeführt wird, wird von der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren Projekten von UNODC. Am 13. September 2010 hat Herr Yury Fedotov das Amt des UNODC Exekutivdirektors von seinem langjährigen Vorgänger, Herrn Antonio Costa, übernommen. In einer Grundsatzrede legte er dar, dass sich UNODC unter seiner Führung auf fünf Themenschwerpunkte konzentrieren werde:

- Kampf gegen organisiertes Verbrechen, Drogenschmuggel sowie den illegalen Handel mit Waffen und Menschen,
- Ausbau der Rechtssysteme im Rahmen der Kriminalitätsprävention,
- Kampf gegen Korruption,
- Prävention beim Missbrauch von Drogen und bei der Verbreitung von HIV/AIDS insbesondere bei Strafgefangenen und anderen vulnerablen Gruppen und
- Bekämpfung des Terrorismus.

4.3.3 Internationales Suchtstoff-Kontrollamt der Vereinten Nationen

Das Internationale Suchtstoff-Kontrollamt (INCB) ist ein unabhängiges Kontrollgremium zur Überwachung der Einhaltung der drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen (siehe G 4.3). Es besteht aus 13 unabhängigen Mitgliedern, darunter derzeit eine Deutsche – Frau Dr. Carola Lander. In Erfüllung seiner Verpflichtungen legt das INCB

Vorausschätzungen für den Bedarf an Betäubungsmitteln vor, überwacht und fördert Maßnahmen von Regierungen zur Verhinderung der Abzweigung von Chemikalien, die häufig in der illegalen Erzeugung von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen eingesetzt werden, analysiert Informationen und steht in ständigem Dialog mit Regierungen, um sie bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Rahmen der Suchtstoffübereinkommen zu unterstützen. Des Weiteren spricht es gegebenenfalls Empfehlungen für die Bereitstellung technischer und finanzieller Hilfe aus. Das INCB gibt einen jährlichen Bericht über seine Tätigkeit heraus, der auch eine Analyse der globalen Lage im Bereich der Drogenkontrolle sowie Vorschläge für Verbesserungen auf nationaler und internationaler Ebene enthält. Im Jahresbericht 2009 wurde der Schwerpunkt auf die Untersuchung zu Primärprävention beim Missbrauch von illegalen Drogen gelegt. Aus deutscher Sicht sind die ausführliche Darstellung sowie die Betonung der Bedeutung der Prävention zu begrüßen. Die empfohlenen Strategien werden in Deutschland weitgehend umgesetzt.

www.incb.org/incb/en/annual-report-2009.html

4.4 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

4.4.1 Die internationale Drogenproblematik

Koka und Schlafmohn – die Vorläuferpflanzen für Kokain und Heroin – werden nahezu ausschließlich in Lateinamerika und Asien angebaut. Der Großteil des Konsums dieser Drogen konzentriert sich jedoch weiterhin auf Nordamerika und Europa, wenn auch der Konsum in Schwellen- und Entwicklungsländern in den letzten Jahren zugenommen hat.

Drogenanbau und Drogenhandel können dort florieren, wo neben den geeigneten klimatischen Bedingungen auch Armut und gewaltsame Konflikte herrschen, staatliche Institutionen und Rechtssysteme schwach sind und es an sozialer und ökonomischer Infrastruktur mangelt. Kleinbauern und Kleinbäuerinnen integrieren sich häufig nicht freiwillig in illegale Wirtschaftskreisläufe, sondern aufgrund von sozialen Abhängigkeiten, Zwang und mangels Alternativen. Wo diese Faktoren zusammenkommen,

konzentrieren sich der Anbau von Schlafmohn und Koka sowie die Produktion und der Handel mit Drogen. So findet nach Schätzungen des United Nations Office on Drugs and Crime etwa 85% des weltweiten Schlafmohnanbaus in Afghanistan statt, während Koka nahezu ausschließlich in den drei Andenstaaten Bolivien, Kolumbien und Peru angebaut wird.

In diesen Staaten verschärft die Drogenproblematik bereits bestehende Entwicklungsdefizite, da ohnehin an den Rand der Gesellschaft gedrängte Kleinbauernfamilien durch ihre Partizipation in der illegalen Drogenökonomie den Zugang zu legalen Entwicklungschancen, Rechtssystemen und Schutzfunktionen des Staates verlieren. Wo in ländlichen Gebieten bewaffnete Konflikte bestehen und Schlafmohn und Koka angebaut werden, läuft insbesondere die Zivilbevölkerung Gefahr, zwischen die Räder der Konfliktparteien zu gelangen. Stigmatisierung und Menschenrechtsverletzungen gegenüber Kleinbauern in einem Drogenumfeld sind in Lateinamerika und Asien an der Tagesordnung.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass nicht nur Anbau- sondern auch Drogen Transitstaaten in ihrer Entwicklung erheblich durch die Ansiedlung illegaler Wertschöpfungssegmente der Drogenökonomie beeinträchtigt werden. Gemeinsam mit Drogenhandelsströmen verlagern sich auch zunehmender Drogenkonsum, eskalierende Gewalt, Korruption, Geldwäsche und Waffenhandel, allesamt Phänomene, die eng mit Drogenökonomien verbunden sind. Transitstaaten in Zentralamerika, Zentralasien und Westafrika sowie Staaten wie Mexiko und Iran sind unmittelbar von diesen Phänomenen betroffen.

Die Eskalation von Gewalt und Korruption führt zu einer Unterwanderung der Legitimation und des Vertrauens in das demokratische System sowie zu einer Schwächung staatlicher Institutionen im Sozial-, Justiz- und Sicherheitsbereich. Gleichzeitig hat die Verbreitung von Drogenkonsum häufig verheerende Folgen für die Volkswirtschaft und die öffentliche Gesundheit. Dies gilt insbesondere für

injizierenden Drogenkonsum, da hierdurch Krankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis verbreitet werden.

4.4.2 Entwicklungsorientierte Drogenpolitik

Der Teufelskreis aus Entwicklungsdefiziten und Drogenökonomien stellt die internationale Gemeinschaft vor erhebliche Herausforderungen und Verpflichtungen. Im Rahmen der Vereinten Nationen (VN) haben sich Anbau- wie Konsumentenstaaten u. a. zu einer geteilten Verantwortung verpflichtet und zu der ausgewogenen Anwendung von Maßnahmen der Angebots- wie der Nachfragereduzierung. Die Erfahrung der vergangenen drei Jahrzehnte zeigt, dass einseitig angewandte Instrumente der Angebotskontrolle in den meisten Fällen nur zur Verlagerung der Anbau- oder Handelsproblematik führen, nicht jedoch zu einer nachhaltigen Reduzierung der Drogenproduktion, des Handels und Konsums. Drogenökonomien können nicht allein durch die Unterbindung einzelner Wertschöpfungssegmente zurückgedrängt werden, sondern nur, indem auch an den Strukturen, die die Herausbildung von Drogenmärkten möglich gemacht haben, angesetzt wird. Entwicklungspolitische Maßnahmen können somit einen zentralen Beitrag zur langfristigen Veränderung der Strukturen leisten.

Deutschland setzt sich deshalb gemeinsam mit Partnerländern und internationalen Organisationen im VN-Rahmen für die Durchsetzung von Maßnahmen einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik ein. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) finanzierte im Jahr 2009 mit rund 270.000 Euro (Asien) und im Jahre 2010 mit rund 1,4 Mio. Euro (Lateinamerika und Asien) Treuhandvorhaben des UNODC und bilaterale Projekte. In diesem Kontext fördert die Bundesregierung Projekte der Ernährungssicherung und Alternativen Entwicklung in Laos und Myanmar sowie in Peru und Bolivien, in deren Rahmen Kleinbauern dabei unterstützt werden, alternative Produktionsmittel und -verfahren in der Forstwirtschaft bzw. Agro-Forstwirtschaft zu entwickeln und dadurch Arbeitsplätze und Einkommen zu schaffen.

Das BMZ wird beraten durch das Sektorprogramm „Entwicklungsorientierte Drogenpolitik – EOD“, das von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit durchgeführt wird. Das Sektorprogramm leistet einen zentralen Beitrag, um Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit in Anbau- und Transitstaaten auf die besonderen Bedingungen von Drogenökonomien abzustimmen und zu beraten. Gleichzeitig entwickelt es Instrumente und Konzepte für die spezifische Entwicklungszusammenarbeit in einem Drogenumfeld und testet diese. Ziel ist es, die Menschen in Drogenanbaugebieten bei der Verwirklichung alternativer legaler sozialer und ökonomischer Lebensperspektiven zu unterstützen, damit diese langfristig ihre ökonomische Abhängigkeit vom Drogenanbau reduzieren können.

Ein Großteil des globalen Koka- und Schlafmohnanbaus findet heute in fragilen Konflikt- oder Postkonfliktländern statt, was die Entwicklungszusammenarbeit vor besondere Herausforderungen stellt. Maßnahmen werden deshalb erst nach einer sorgfältigen Akteurs- und Umfeldanalyse ergriffen, um bestehende Konflikte nicht noch weiter zu verschärfen oder gar neue Konflikte zu schaffen. Bestehende Projekte und Programme anderer Geber und internationaler Organisationen werden regelmäßig beraten und evaluiert.

Weiterhin ist Deutschland bemüht, den Ansatz der entwicklungsorientierten Drogenpolitik in den Dialog mit Partnerländern, der Europäischen Union sowie bei den Vereinten Nationen (VN) einzubringen. Bei der Bestandsaufnahme zur globalen Drogenpolitik, der Aushandlung der Politischen Erklärung (siehe G 4.3.1) sowie des VN-Aktionsplans konnte die Bundesregierung mit entwicklungsorientierten Positionen Akzente setzen. Sie hat sich dabei für Strategien in der Drogenpolitik eingesetzt, die mit entwicklungspolitischen Prinzipien vereinbar sind und den Schutz der Menschenrechte berücksichtigen. Deutschland konnte in diesem Prozess den Ansatz der alternativen Entwicklung (siehe G 4.4.3), mit den für die Bundesregierung wichtigen Prinzipien und Maßnahmen einer entwicklungsorientierten Drogenpolitik in den VN-Referenzdokumenten und Resolutionen verankern.

4.4.3 Alternative Entwicklung zum Drogenanbau

Bei der entwicklungsorientierten Drogenpolitik unterstützt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung den Ansatz der so genannten Alternativen Entwicklung. Für die Drogenanbaugebiete in Ländern wie Kolumbien, Peru, Afghanistan oder auch Laos ist dieser Entwicklungsansatz sehr eng mit Instrumenten der ländlichen Entwicklung, Konfliktminderung und der Förderung partizipativer und rechtsstaatlicher Strukturen verknüpft. Das Verfolgen eines integrierten Ansatzes, der über die reine Anbausubstitution hinausgeht, ist der Einsicht geschuldet, dass zu einer langfristigen Transformation von Anbauflächen kohärente Maßnahmen erforderlich sind, die über rein landwirtschaftliche Instrumente hinausgehen. Armutsminderung, Ernährungssicherung, lokale und regionale Wirtschaftsförderung sowie der Aufbau von tragfähigen staatlichen Institutionen und dezentralen Entscheidungsstrukturen sowie die Stärkung Frieden fördernder Akteure stehen dabei im Mittelpunkt. Alternative Entwicklung zielt auf die wirtschaftliche, politische und soziale Entwicklung der betroffenen Regionen und Menschen. Zu den Maßnahmen gehören die Förderung der Landwirtschaft, der Verkehrsinfrastruktur, die Stärkung von Bauernorganisationen, die Schaffung von Rechtssicherheit in Fragen des Landbesitzes, die Verbesserung staatlicher Dienste in den Bereichen Gesundheit und Bildung und die Integration dieser Entwicklung fördernden Maßnahmen in die nationalen Drogenpolitiken.

Entwicklungsorientierte Drogenpolitik bedeutet auch, dass sich Maßnahmen der Zusammenarbeit an den spezifischen Bedürfnissen der Partner orientieren. Länder wie Bolivien, wo der Anbau und Konsum von Koka – nicht jedoch Kokain – begrenzt legal ist, erfordern einen anderen Zuschnitt der Zusammenarbeit als die mit Ländern, in denen sich Drogenökonomie und Konfliktproblematik vermischen, wie im Falle Afghanistans und Kolumbiens. Die Zusammenarbeit leistet zudem einen wichtigen präventiven Beitrag dazu, Menschen aus marginalisierten und strukturschwachen Regionen Alternativen zu einer Abwanderung in Koka- oder Schlafmohnanbauregionen aufzuzeigen.

4.4.4 Harm Reduction

Die Anzahl der injizierenden Drogenabhängigen wird weltweit auf rund 16 Mio. Menschen geschätzt, davon leben zirka 80% in Entwicklungs- und Transformationsländern. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklung der HIV-Übertragung in Osteuropa, Zentralasien, Süd- und Südostasien zu betrachten, die mehrheitlich durch intravenösen Drogenkonsum und Prostitution verursacht wird. Weltweit sind 10% aller HIV-Infektionen auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen, außerhalb von Subsahara-Afrika sind 30% aller Neuinfektionen in der Gruppe der injizierenden Drogenabhängigen zu verzeichnen. Die Bundesregierung fördert schadensreduzierende Maßnahmen (Harm Reduction), insbesondere im Rahmen der HIV-Prävention in Nepal, Indien, Malaysia, der Ukraine und in mehreren Ländern Zentralasiens.

Die Anerkennung des Harm Reduction Ansatzes im Kontext der Vereinten Nationen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Deutschland vertritt diesen Ansatz auch international und kann auf eine jahrelange breite Erfahrung in diesem Bereich zurückgreifen. Deutschland setzt internationale Standards, wie in der Opiat Substitutionstherapie (OST), und die deutsche Expertise und Erfahrungen in diesem Bereich werden zunehmend nachgefragt. Aufgrund dieser zunehmenden internationalen Nachfrage werden von Deutschland auch verstärkt erfahrene Fachleute im Rahmen von Projekten und Programmen der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH mit Schwerpunkt auf Substitutionstherapie und genderspezifischen Ansätzen im Ausland eingesetzt.

Im Bereich der Substitutionstherapie unterstützte Deutschland durch ein GIZ Public Private Partnership (PPP)-Projekt zusammen mit einem deutschen, auf Suchtmedizin spezialisierten Unternehmen in Nepal, Indien und Malaysia die Einführung und Verbesserung der Methadon-Substitutionstherapie mit der entsprechenden Medizintechnik (Dokumentations- und Dosiersystem) sowie der Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals und von Sozialarbeitern. Gefördert wird in diesem Zusammenhang vor

allem der Ansatz einer umfassenden integrierten medizinischen Versorgung. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit wurde das PPP-Projekt bis Ende 2011 verlängert und wird 2011 auf die Länder Zentralasiens ausgeweitet.

In der Ukraine wurde im Bereich der genderspezifischen Harm Reduction Ansätze vor allem die Arbeit mit weiblichen Drogengebrauchern gefördert. Sie stellen in vielen Ländern, besonders im Zusammenhang mit HIV, eine besonders vulnerable Gruppe dar, die von Serviceangeboten kaum erreicht wird und für die es oft keine spezifischen Angebote gibt. Deutschland fördert besonders in der Ukraine im Rahmen des bilateralen deutsch-ukrainischen HIV-Programms, aber auch in Nepal innovative Ansätze. So wurden 2009 und 2010 mehrere Trainings für Harm Reduction Serviceanbieter durchgeführt, in denen Methoden und Ansätze für die Arbeit mit weiblichen Drogengebrauchern vermittelt wurden. Diese Weiterbildungen basierten auf einem von der GIZ entwickelten ausführlichen Training zum Thema.

4.4.5 Central Asia Drug Action Programme

Die Staaten der zentralasiatischen Region – Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan – sind eine Schlüsselregion für internationale Aktivitäten, um mit der wachsenden Drogenproblematik umzugehen, geworden. Die Nachbarregion zu Afghanistan ist zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin und Cannabis und mit einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere injizierenden Heroinabhängigen konfrontiert. Das Drogenproblem stellt eine Herausforderung für die Autorität der staatlichen Organe, für den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft, für die öffentliche Gesundheit und die Sicherheit des öffentlichen Lebens dar. Die Europäische Kommission hat die Partnerländer bislang bei Maßnahmen der Grenzkontrolle und der Bekämpfung des Drogenschmuggels unterstützt. In der 5. Phase der Central Asia Drug Action Programme (CADAP) soll – in Übereinstimmung mit dem EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 und dem EU-Zentralasien Drogenaktionsprogramm – den Regierungen geholfen werden, das Drogenphänomen besser zu verstehen, die Einführung moderner Behandlungs-

methoden für Drogenabhängige zu erleichtern sowie die HIV/Hepatitis-Infektionsgefahr zu reduzieren. Darüber hinaus sollen eventuell neue Konsumentengruppen identifiziert und deren Einstieg in die Abhängigkeit verhindert werden. Ein wichtiger Bereich ist die Unterstützung beim Aufbau und der Ausweitung von Substitutionsprogrammen mit Methadon, die erst am Anfang stehen. In einem mit den Regierungen und in diesem Bereich tätigen Nichtregierungsorganisationen abgestimmten Arbeitsprogramm wurde festgelegt, wie diese Ziele erreicht und die Umsetzungsschritte evaluiert werden können. Im Auftrag der EU Kommission führt das Programm, das hauptsächlich auf den Aufbau von funktionierenden Strukturen abzielt, ein europäisches Konsortium aus Tschechien (Drogenforschungsinstitut ResAD in Prag), Deutschland (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung in Hamburg) und Polen (Nationales Büro für Suchtprävention) durch. Es steht unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, die in der Region mit Büros und zahlreichen Projekten der Entwicklungszusammenarbeit vertreten ist. Das Projekt dauert von Februar 2010 bis Mitte 2013 und wird auch vom Auswärtigen Amt sowie den Bundesministerien für Wirtschaft und für Gesundheit unterstützt.

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	BSI	Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V.
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
AMG	Arzneimittelgesetz	BtMG	Betäubungsmittelgesetz
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit	BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	buss	Bundesverband stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
ARGE	Arbeitsgemeinschaft aus Arbeitsagenturen und kommunalen Trägern zur Verwaltung von Leistungen gemäß § 44b SGB II	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
Art.	Artikel	BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
ASAT	Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity (Suchtforschungsverbund Sachsen/Bayern)	BWA	Bewertungsausschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung
BÄK	Bundesärztekammer	BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge	CADAP	Central Asia Drug Action Programme
BAS	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen	CICP	Centre for International Crime Prevention
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	CND	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen
BGBI	Bundesgesetzblatt	COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
BKA	Bundeskriminalamt	DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse	DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
BKM	Beauftragter für Kultur und Medien	DBVG	Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	DFB	Deutscher Fußball-Bund e.V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
BMFÖ	Bundesministerium für Finanzen Österreich	dgsp	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
BMGÖ	Bundesministerium für Gesundheit Österreich	DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
BMI	Bundesministerium des Innern	DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung	DLTB	Deutscher Lotto- und Totoblock
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie	DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		

DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund	HAV	Hepatitis-A-Virus
DRG	Diagnosis Related Groups	HBV	Hepatitis-B-Virus
DRK	Deutsches Rotes Kreuz	HCV	Hepatitis-C-Virus
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund	HDE	Handelsverband Deutschland e.V.
dsj	Deutsche Sportjugend	HDG	Horizontale Gruppe Drogen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) Version IV	HIV	Humane Immundefizienz-Virus
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
DZV	Deutscher Zigarettenverband e.V.	IFT	Institut für Therapieforchung, München
EAD	Europäische Aktion Drogen	IFT-Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH, Kiel
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	IKK	Innungskrankenkasse
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	INCB	International Narcotics Control Board
EAHC	Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher	JES	Sucht-Selbsthilfe Junkies, Ex-User und Substituierte
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	JuSchG	Jugendschutzgesetz
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey	KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
ESBK	Eidgenössische Spielbankenkommission	KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
EU	Europäische Union	LVR	Landschaftsverband Rheinland
EuGH	Europäischer Gerichtshof	LWL	Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
FAS	Fetales Alkoholsyndrom	MDFT	Multidimensionale Familientherapie
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen	Mio.	Millionen
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control	NADA	Nationale Anti Doping Agentur
FDR	Falldatei Rauschgift	NGFN-plus	Nationales Genomforschungsnetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH	NRW	Nordrhein-Westfalen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen

PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
PRELAC	Prevention of the Diversion of Drug Precursors in the Latin America and Caribbean Region
RKI	Robert Koch-Institut
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien
RV	Gesetzliche Rentenversicherung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SDS	Severity of Dependence Scale
SFP	Strengthening Families Program
SNS	Synergetic Navigation System
SpielV	Spielverordnung
STMUG	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Techniker Krankenkasse
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme
UNODC	UN Office on Drugs and Crime
vdc	Verband der Cigarettenindustrie
VN	Vereinte Nationen
VStÄndG	Gesetz zur Änderung von Verbrauchersteuergesetzen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

Abbildungsverzeichnis

- | | |
|---|---|
| <p>1 Entwicklung des regelmäßigen Alkoholkonsums – 12- bis 25-Jährige nach Altersgruppen 2004–2010 B 1.1</p> <p>2 Rauchen bei 12- bis 17-Jährigen 2001–2010.... B 2.1</p> <p>3 Menge und Häufigkeit des Rauchens nach Altersgruppen B 2.1</p> <p>4 Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring 2005–2009 B 2.4.3</p> <p>5 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-Jährigen 2001–2010..... B 4.1</p> <p>6 Illegaler Anbau und Cannabisplantagen 2009–2010..... B 4.2.2</p> <p>7 Rauschgifttodesfälle in Deutschland 2009–2010..... B 5.1.1</p> <p>8 Rauschgifttodesfälle im Vergleich ausgewählter Großstädte 2009–2010 B 5.1.1</p> <p>9 Rauschgifttote nach Todesursachen 2010 – Länderabfrage B 5.1.1</p> <p>10 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) 2009–2010..... B 5.1.3</p> <p>11 Sicherstellungen 2009–2010..... B 5.1.3</p> <p>12 Illegale Herstellung/Labore 2009–2010..... B 5.1.4</p> <p>13 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland 2002–2010 (jeweils Stichtag 01.07.)..... B 5.3.3</p> <p>14 Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte 2004–2010 B 5.3.3</p> | <p>15 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Ärztin/Arzt (Stichtag 01.07.2010) B 5.3.3</p> <p>16 Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel 2002–2010..... B 5.3.3</p> <p>17 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern B 5.3.3</p> <p>18 Durchschnittliche Relation der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt in 2010..... B 5.3.3</p> <p>19 Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.10.2010) B 5.3.3</p> <p>20 Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen (1997–2010) D 1</p> |
|---|---|

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 werden Vereine und Beispiele aus der Praxis der Drogen- und Suchthilfe vorgestellt.

Vorgestellt

- B 1.3.3 Sonnenhof e. V., Berlin
- B 2.2.4 Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin – Universitätsmedizin Greifswald, Mecklenburg-Vorpommern
- B 6.2 Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis, Hessen
- B 7.4 Drogenhilfe Köln gGmbH – Fachstelle für Suchtprävention, Nordrhein-Westfalen
- D 3.3.1 Trägerverbund berufliche Weiterentwicklung GmbH, Hessen
- D 3.4.1 vista – Verbund für integrative und therapeutische Arbeit gGmbH – Projekt Wigwam, Berlin

Beispiele aus den Bundesländern und Organisationen sowie von den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, Krankenkassen und Verbänden

- B 1.2.3 Hessen: HaLT-Landeskoordinator bestellt
- B 1.2.3 Bayern: Studie zur Wirksamkeit der HaLT-Interventionen
- B 1.2.3 Sachsen: Stabile HaLT-Netzwerke
- B 1.2.3 Niedersachsen: HaLT-Rahmenvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen
- B 1.2.6 Bundesweit: Plakatwettbewerb „bunt statt blau“
- B 1.2.6 Nordrhein-Westfalen/Berlin: „HipHop gegen Komasaufen“
- B 1.2.6 Baden-Württemberg: „6 Wochen ohne Alkohol“
- B 1.2.6 Bundesweit: „Alkohol am Arbeitsplatz“ – Praxishilfe für Führungskräfte
- B 1.2.6 Bundesweit: „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“
- B 1.2.6 Nordrhein-Westfalen: „Blau ist nur als Farbe schön“
- B 1.2.6 Berlin: Landeskampagne „Na klar...!“
- B 1.2.6 Baden-Württemberg: „Unser Fest soll schöner werden“
- B 1.2.6 Baden-Württemberg: „Mädchen.Machen. Medien“
- B 1.2.6 Bundesweit: „Schulungsinitiative Jugendschutz“
- B 1.3.3.2 Nordrhein-Westfalen: Die FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster
- B 1.3.3.2 Bundesweit: „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“
- B 2.2.5 Hamburg: „Nichtrauchen! Wie Eltern ihre Kinder dabei unterstützen können“
- B 2.3.3 Schleswig-Holstein/Westfalen-Lippe: Rauchfrei mit dem Online-Coach
- B 4.4.4 Bundesweit: Cannabisausstiegsprogramms „quit the shit“
- B 5.2.4 Thüringen: Mobile Drogenaufklärung „... nicht um jeden Tag weinen“
- B 5.3.2 Bayern: Wohnheim für substituierte oder rückfallgefährdete, wohnungslose Menschen
- B 6.3 Baden-Württemberg: Kampagne „Spielverderber“
- B 6.3 Berlin: „Der Automat gewinnt immer“
- B 6.3 Niedersachsen: Projekt „Glücksspielsucht – Prävention und Beratung“
- B 6.3 Rheinland-Pfalz: „Schieß Dein Glück nicht in den Wind“
- B 6.3 Thüringen: „FairSpielt! Denn Sucht ist ein Spielverderber!“

B 6.3	Mecklenburg-Vorpommern: Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung des pathologischen Glücksspiels		Psychotherapie bei männlichen Patienten mit Alkoholabhängigkeit“
B 7.7	Berlin: UPDATE – Präventionskampagne gegen Computer- und Internetsucht	D 2	Bundesweit: Ergebnisqualität der stationären Suchtrehabilitation
C 16	Nordrhein-Westfalen: „KIK – klar im Kopf“	D 3.1.1	Baden-Württemberg: Sucht im Alter – Früherkennung und Frühintervention im Setting der ambulanten Altenhilfe, der stationären Alten- und Pflegeheime und der somatischen Kliniken
C 16	Saarland: „FES – Familien-Empowerment und Suchtprävention: Kompetente Eltern – starke Kinder“	D 3.1.2	Bayern: Vernetzte Angebote für Suchtmittelkonsumierende
C 16	Bayern: „ELTERNTALK zur Suchtprävention“	D 3.3.2	Bundesweit: „Mitten im Leben – Filmprojekt zum Thema Drogen und Arbeit und Beschäftigung“
C 16	Baden-Württemberg: „Mädchen Sucht Junge“	D 3.3.2	Bayern: Arbeitsprojekte für ehemals Drogenabhängige
C 16	Thüringen: „Kasimir und Kasiminchen – Gemeinsam stark machen“	D 5	Baden-Württemberg: Konzept des Landes zur Versorgung Suchtkranker
C 16	Berlin: „Peer Eltern an Schule“ (PEaS)	G 1.1.2	Europa: TAKE CARE – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen
D 1.2.4	Norddeutschland: Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen	G 2.3	Europa: HELP – Für ein rauchfreies Leben
D 1.2.4	Niedersachsen/Bremen: Verbesserung der Qualität der Entlassungsberichte in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker		
D 1.2.4	Mitteldeutschland: Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung		
D 1.2.4	Rheinland-Pfalz: Einzelfallmanagement „Mut zum Job“		
D 1.2.4	Rheinland-Pfalz: Erwerbsbezogene Reha-Fallbegleitung		
D 1.2.4	Rheinland-Pfalz: Berufsorientierungszentrum zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker		
D 1.2.4	Rheinland-Pfalz: Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken		
D 1.2.4	Baden-Württemberg: Modellprojekt „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung in Lahr“		
D 1.2.4	Baden-Württemberg: Modellprojekt „Integrative ambulante Kompakttherapie“		
D 1.2.4	Baden-Württemberg: Pilotstudie „Synergetisches Realtime-Monitoring in der stationären		

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.