Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht

Juli 2014

www.drogenbeauftragte.de

Drogen- und Suchtbericht

Juli 2014

www.drogenbeauftragte.de

Vorwort

Drogen und Sucht, Rausch und Abhängigkeit – die Bandbreite reicht vom einmaligen Experimentieren über gelegentlichen Konsum bis zu schwersten Abhängigkeiten. Als neuer Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist es mir ein Anliegen, auch 2014 einen Drogen- und Suchtbericht vorlegen zu können, um über Maßnahmen und Initiativen der Bundesregierung zu informieren und diese vorzustellen. Er soll die Vielfalt des Themas beleuchten und deutlich machen, welche Informations-, Unterstützungs- und Hilfeangebote existieren und welche ausdifferenzierten Hilfen in Deutschland angeboten werden.

In einer modernen Drogen- und Suchtpolitik ergänzen sich Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensminimierung sowie gesetzliche Regelungen zur Angebotsreduzierung. Mithilfe möglichst früher, zielgerichteter Präventionsmaßnahmen müssen wir alles daran setzen, damit der Einstieg in ein drogen- und suchtgeprägtes Leben erst gar nicht beginnt. Doch so erfolgreich wir in diesen Bemühungen auch sein mögen, eine drogen- und suchtfreie Welt ist eine Utopie. Alte und neue Drogen, illegale und legale Suchtmittel sind verführerisch, gesundheitsgefährdend und leider noch immer viel zu häufig tödlich.

Auf den Erfolgen der Drogen- und Suchtpolitik der vergangenen Jahre können wir aufbauen. Vieles wurde erreicht, und die Drogentodeszahlen haben sich seit der Jahrtausendwende halbiert. Gleichwohl dürfen wir in unseren Präventionsbemühungen nicht nachlassen. Eine entscheidende Rolle kommt dabei der Generation der jungen Erwachsenen zu. An der Schnittstelle zwischen Jugend und Erwachsensein ist der Wunsch nach rauschhaften Erfahrungen am ausgeprägtesten. Prävention muss früh beginnen und sich mit zunehmendem Alter den Zielgruppen anpassen. Nach wie vor erleben wir einen zu arglosen Umgang mit Suchtmitteln. Am deutlichsten zeigt sich das bei Alkohol und Tabak. Erschreckende Zahlen zum Rauschtrinken und ein weiterhin hoher Anteil an Rauchern sind Belege dafür. Noch immer rauchen etwa 30 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen in Deutschland.

Anlass zur Sorge geben auch die Hinweise, dass der Konsum von synthetischen Drogen wie Ecstasy, Speed oder Crystal regional zum Teil erheblich ansteigt. Frühzeitige Aufklärung ist der richtige Weg. Ich möchte, dass unsere Kinder zu starken Persönlichkeiten heranwachsen, die diesen Risiken widerstehen können. Dazu gehört unabdingbar das Interesse an der eigenen Gesundheit. Wir brauchen ein Verständnis für gesundheitsbewusstes Verhalten in allen Teilen der Gesellschaft. Hierzu zähle ich auch die notwendige Sensibilität im Umgang mit psychoaktiven Medikamenten, aber auch mit Medien oder Glücksspielen. Gerade der Bereich der Abhängigkeiten von Internet, Computerspielen oder Glücksspielautomaten darf nicht unterschätzt werden. Etwa 1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland gilt bereits als abhängig im Sinne einer exzessiven Internetnutzung. Ich möchte nicht falsch verstanden werden: Auch ich schätze und genieße die Vorzüge und Möglichkeiten von Internet, Smartphone, Computer und Co., aber wir dürfen die Risiken nicht verschweigen. Ein verantwortungsvoller Umgang ist – wie in fast allen Lebensbereichen – der Schlüssel zu einem suchtfreien Leben.

Deutschland verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Das ist gerade im Bereich der

Drogen- und Suchtpolitik ein entscheidender Vorteil. Die vielfältigen Angebote des deutschen Suchthilfesystems sind beeindruckend. Diese breite Palette muss erhalten bleiben, damit Hilfesuchende auch weiterhin die notwendige Unterstützung bekommen.

Drogen- und Suchtpolitik betrifft alle Menschen. Mir ist wichtig, dass wir niemanden ausgrenzen. Politik muss daher gerade in diesem Bereich Brücken bauen und Verständnis schaffen für die Sorgen, Nöte, Ängste und Bedürfnisse der Betroffenen. Für die öffentliche Wahrnehmung ist es zudem hilfreich, wenn sich bekannte Persönlichkeiten engagieren. Eine beeindruckende Zahl prominenter Mitbürger ist aktiv, um vor den Gefahren von Drogen und Sucht zu warnen. Eine kleine Auswahl wird in der Rubrik „Vorgestellt“ porträtiert. Sie alle warnen nicht mit dem erhobenen Zeigefinger, sondern versuchen, ihren Einfluss als Vorbild gewissenhaft zu nutzen. Sei es im Sport, in der Musik oder als Schauspieler, im Theater oder im Fernsehen. Ihnen gilt stellvertretend für alle Menschen, die als Professionelle oder Ehrenamtliche Tag für Tag hervorragende Arbeit in der Suchtprävention und -hilfe leisten, mein besonderer Dank. Ich appelliere an die gesamte Gesellschaft, bei riskantem Drogenkonsum nicht darüber hinwegzusehen, sondern diesen konkret anzusprechen.

Marlene Mortler

Inhaltsverzeichnis

A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik 11

B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht..... 17

1 Alkohol..... 17
1.1 Situation in Deutschland 17
1.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys.....17
1.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts 18
1.4 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts 18
1.5 „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) 19
1.6 Repräsentativbefragung der BZgA zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 19
1.7 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen..... 20
1.8 Machbarkeitsstudie – Erhebung alkoholbedingter Schäden basierend auf vorhandenen Daten 22

2 Tabak 23
2.1 Situation in Deutschland 23
2.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys..... 24
2.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts..... 24
2.4 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts 26
2.5 „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) 26
2.6 Repräsentativbefragung der BZgA zum Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 26

3 Medikamente 29
3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit..... 29
3.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys..... 29
3.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1; DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts 30

4 Illegale Drogen 34
4.1 Situation in Deutschland 34
4.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys..... 35
4.3 Repräsentativbefragung der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 35
4.4 Neue psychoaktive Substanzen 36
4.5 Aktueller Stand der DRUCK-Studie 37
4.6 Schülerstudien im kommunalen Bereich..... 38
4.7 Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität.....41
4.7.1 Drogenbedingte Todesfälle.....41
4.7.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) 43
4.7.3 Drogenanbau – Drogenproduktion..... 45
4.7.4 Drogenhandel – Drogenschmuggel..... 45

5 Pathologisches Glücksspiel 48
5.1 Situation in Deutschland 48
5.2 BZgA-Studie zum Glücksspiel..... 49

6 Computerspiel- und Internetabhängigkeit..... 51
6.1 Situation in Deutschland 51
6.2 Forschungsprojekt PINTA-DIARI 53
6.3 BZgA-Studie zu Computerspielen und Internetnutzung..... 53

C | Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik..... 55

1 Prävention 55
1.1 Suchtstoffübergreifende Prävention 55
1.1.1 Suchtprävention in der Schwangerschaft und im Kindesalter..... 55
1.1.1.1 Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft 55

1.1.1.2 Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (IRIS) ... 56
1.1.1.3 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder ... 57
1.1.1.4 Lebenskompetenzprogramme ... 58
- „Kinder stark machen“ ... 58
- „Klasse2000“ – Stark und gesund in der Grundschule ... 60
- „Eigenständig werden“ ... 60

1.1.2 Kinder aus suchtbelasteten Familien ... 61
1.1.2.1 Modellprojekt „Trampolin“ ... 61
1.1.2.2 Fachgespräch: Implementierung von Angeboten für suchtbelastete Eltern und deren Kinder – Voraussetzungen und Anforderungen an die ambulante Sucht- und Drogenhilfe ... 61
- Vorgestellt: Kai Pflaume ... 62

1.1.2.3 Beispielprojekt aus den Ländern ... 63
1.1.3 Prävention für Jugendliche und Jugendschutz ... 64
1.1.3.1 Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“ ... 64
1.1.3.2 Verbesserung des aktiven Jugendschutzes ... 64
1.1.3.3 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ ... 64
1.1.3.4 Einladung der Drogenbeauftragten zum Runden Tisch „Jugendschutz im Online-Versandhandel“ ... 65
1.1.3.5 „KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol ... 65
1.1.3.6 Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC-gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln als Planungs-, Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrument suchtpräventiver Maßnahmen in der Region – „SCHULBUS regional“ ... 66
1.1.4 Junge Erwachsene ... 67
1.1.4.1 Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss ... 67
1.1.4.2 Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden ... 67
1.1.5 Qualitätssicherung in der Suchtprävention ... 68
- „PrevNet“ und „Dot.sys“: Prävention bundesweit vernetzt ... 68
- „Expertise zur Suchtprävention“ ... 68

1.1.6 Betriebliche Suchtprävention ... 69
1.1.6.1 Aktivitäten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ... 69
1.1.6.2 „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpräventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“ ... 70
1.1.6.3 „*Prev*@WORK“ ... 70
1.1.7 Suchtprävention in der Bundeswehr ... 71
1.1.8 Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung ... 72
1.1.9 Beispielprojekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ... 73
1.1.10 Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtprävention ... 74
1.1.11 Präventionsforschung im Bundesministerium für Bildung und Forschung ... 77
1.2 Suchtstoffspezifische Prävention ... 77
1.2.1 Alkohol ... 77
1.2.1.1 Alkohol in der Schwangerschaft ... 77
1.2.1.1.1 Beispielprojekte zum Förderschwerpunkt Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu Alkohol in der Schwangerschaft ... 77
1.2.1.1.2 Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden ... 78
1.2.1.2 BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ... 80
- Für Jugendliche und junge Erwachsene ... 80
- Massenmediale und direkte Ansprache ... 80
- Für Erwachsene ... 82

1.2.1.3 „Null Alkohol – Voll Power“ – BZgA-Kampagne für Jugendliche ... 83
1.2.1.4 „Initiative Alkoholprävention an Schulen“ ... 84
1.2.1.5 „Hart am LimiT“ (HaLT) – Verbesserung der HaLT-Brückengespräche ... 84
1.2.1.6 Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen (RiScA) ... 85
1.2.1.7 „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“: 6. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ ... 85

1.2.1.8 Beispielprojekte aus den Ländern, Verbänden und Krankenkassen zum Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen ... 87
- Vorgestellt: Luxuslärm: Plakataktion „bunt statt blau“ der DAK-Gesundheit ... 90

1.2.1.9 Alkohol und Drogen im Straßenverkehr ... 93
1.2.1.10 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkohol im Straßenverkehr ... 93
1.2.1.11 Aktionswoche Alkohol 2013: „Alkohol? Weniger ist besser!“ ... 93
1.2.1.12 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkohol am Arbeitsplatz ... 94
1.2.1.13 Präventionsforschung ... 94
- Genetik der Alkoholsucht ... 94
- Alkoholprävention im Jugendalter ... 94

1.2.2 Tabak ... 94
1.2.2.1 „rauchfrei“-Kampagnen der BZgA ... 94
- Förderung des Nichtrauchens in der Schule ... 95

1.2.2.2 „Be Smart – Don’t Start“ ... 96
1.2.2.3 Von „rauchfrei“ zu „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung ... 96
- Vorgestellt: Christoph Moritz: Projekt „05er Klassenzimmer“ ... 97

1.2.2.4 Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege ... 99
1.2.2.5 Beispielprojekt aus den Ländern ... 99
1.2.3 Medikamente ... 100
1.2.3.1 Prävention der Medikamentenabhängigkeit ... 100
1.2.3.2 Beispielprojekt aus den Ländern ... 101
1.2.3.3 Förderschwerpunkt Benzodiazepine ... 101
1.2.3.4 Prävention des Anabolikamissbrauchs in Fitnessstudios ... 102
1.2.3.5 „Nationaler Dopingpräventionsplan“ ... 102
- Vorgestellt: Jörn Schlönvoigt ... 103

1.2.4 Illegale Drogen ... 104
1.2.4.1 Amphetaminkonsumierende in Deutschland ... 104
1.2.4.2 Internetplattform www.drugcom.de ... 105
1.2.4.3 Beispielprojekte aus den Ländern ... 105
- Vorgestellt: Heike Hennig: „Crystal – Variationen über Rausch“ am Theater der Jungen Welt Leipzig ... 108

1.2.4.4 Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ... 109
1.2.4.5 Spice und synthetische Cannabinoide ... 109
- Aktivitäten des Centre for Drug Research im Rahmen des EU-Projekts „Spice II plus“ ... 109

1.2.4.6 Naloxon-Fachtag „Drogentod ist vermeidbar!“ ... 110
1.3 Prävention stoffungebundener Süchte ... 110
1.3.1 Pathologisches Glücksspiel ... 110
1.3.1.1 Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock ... 111
1.3.1.2 Beispielprojekte aus den Ländern ... 112
1.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit ... 114
1.3.2.1 Pathologischer Computer-/Internetgebrauch in der stationären Therapie ... 114
1.3.2.2 Pilotstudie „iPIN“ – intervenieren bei Problematischer InternetNutzung ... 114
1.3.2.3 Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal für Jugendliche ... 115
1.3.2.4 Methodenhandbuch zur Internetsucht „Let’s play“ ... 116
1.3.2.5 Programme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Beauftragten für Kultur und Medien zur Förderung der Medienkompetenz ... 116
- Initiative „Ein Netz für Kinder“ ... 116
- „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.“ ... 116
- Kindersuchmaschine „Blinde Kuh“ ... 116
- Wettbewerb „MB21 – Mediale Bildwelten“ ... 117
- „Dein Spiel. Dein Leben.“ – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielewelten ... 117
- Erarbeitung und Veröffentlichung eines Online-Handbuchs zur Vorbereitung des bundesweiten Transfers des Modellprojekts „ComputerSpielSchule Leipzig“ ... 117
- „Jugendmedienschutz und Medienerziehung in digitalen Medienumgebungen: empirische Evidenz und politische Herausforderungen“ ... 117

- „Digitale Medien: Beratungs-, Handlungs- und Regulierungsbedarf aus Elternperspektive“ 118
- „Medienkompetenzbericht“ 118

1.3.2.6 Modellprojekt „ESCapade“ – Transfer 118
1.3.2.7 Präventionsprojekt der Stiftung Medien- und Onlinesucht 119
1.3.2.8 Beispielprojekte aus den Ländern 119

2 Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung 122
2.1 Suchtstoffübergreifend 122
2.1.1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung 122
2.1.1.1 Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2013 122
2.1.1.2 Qualitätssicherung 122
2.1.1.3 Haft und Entwöhnungsbehandlungen 123
2.1.1.4 Vorgehensweise der Rentenversicherung bei Verhaltensstörungen durch intensiven Computer- und Internetgebrauch 124
2.1.1.5 Forschungsprojekt „Entwicklung von Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchterkrankungen in der somatischen und psychosomatischen medizinischen Rehabilitation“ 124
2.1.1.6 Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung 125
2.1.1.6.1 Projekt „Integrationsbezogenes Fallmanagement Sucht“ (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover) 125
2.1.1.6.2 Ausbau und Vernetzung der Suchtnachsorge (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd) 125
2.1.1.6.3 Modellprojekt „BISS“ (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg) 125
2.1.1.6.4 Projekt „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe (SaBINE)“ (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland) 125
2.1.1.6.5 Reha-Fallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz) 126
2.1.2 Beispiele aus Ländern und Verbänden 126
2.1.3 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen – Beispiel aus den Ländern 128
2.1.4 Forschungsprojekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung 128
2.1.4.1 Sucht und Gewalt: CANSAS-Netzwerk 128
2.1.4.2 Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn 129
2.1.4.3 Epidemiologische Untersuchungen in der Nationalen Kohorte 129
2.1.5 S3-Leitlinien Tabak und Alkohol 129
2.1.6 Sucht im Alter 129
2.1.6.1 Förderschwerpunkt Sucht im Alter 130
- Beispiel 1: Modellprojekt „Gemeinsam für ein gelingendes Leben im Alter – Netzwerk der Alten- und Suchthilfe im ambulanten und stationären Setting“ der von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, Stiftung Nazareth, Bildung und Beratung Bethel, in Bielefeld 130
- Beispiel 2: Modellprojekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter“ (NASIA) der Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes Emsland-Bentheim 131
- Beispiel 3: Modellprojekt „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ von der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V. 131

2.1.6.2 Projekt „Sucht im Alter“: Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg 132
2.1.7 Migration und Sucht 133
- Projekt „transVer-Sucht“ 133

2.1.8 Suchtselbsthilfe 134
2.1.8.1 Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS 134
- Förderung durch die Sozialversicherungsträger 134

2.1.8.2 „Chancen nahtlos nutzen – konkret!“ 135

2.1.8.3 Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr 135
2.1.8.4 Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund 136
2.1.9 Kongresse 136
2.1.9.1 Deutscher Suchtkongress vom 18. bis 21. September 2013 136
2.1.9.2 9. Bundeskongress der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 137
2.1.10 Beispielprojekt aus den Verbänden 137
2.2 Suchtstoffspezifische Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung 138
2.2.1 Alkohol 138
• 5. Internationale Konferenz zu Alkohol und Harm Reduction (Schadensminderung) 138
2.2.1.1 Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) und Fetales Alkoholsyndrom (FAS) 138
2.2.1.1.1 Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die neue Leitlinie (S3) 138
2.2.1.1.2 Broschüre „Die Fetale Alkoholspektrum-Störung“ 139
2.2.1.1.3 Beratungs- und Behandlungsangebote 139
• Beispiele aus den Ländern 139
2.2.1.2 Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) 140
• Bedarfsgruppen für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger 140
2.2.2 Tabak 140
2.2.2.1 „rauchfrei“: Angebote der BZgA zur Tabakentwöhnung 140
• Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene 140
• Online-Rauchstopp für Erwachsene 141
• Gruppenprogramm „losgelöst“ für Jugendliche 141
• „rauchfrei“-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene 141
• Telefonische Beratung zum Nichtrauchen 142
2.2.2.2 Weitere Beispiele für Angebote zur Tabakentwöhnung 142
2.2.2.3 Mobile Raucherambulanz am Universitätsklinikum Tübingen 143
2.2.3 Medikamente 143
2.2.3.1 Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ 143
2.2.3.2 Projekt „Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre“ 144
2.2.4 Illegale Drogen 145
2.2.4.1 Cannabis: Transfer der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) 145
2.2.4.2 Substitutionsregister 145
2.2.4.3 Diamorphinbehandlung aktueller Stand 152
• Land Berlin 152
2.2.4.4 10. Internationaler akzept-Kongress 152
2.2.4.5 Beispielprojekte aus dem Bereich der Schadensreduzierung 153
2.2.4.5.1 Harm-Reduction-App für Smartphones 153
2.2.4.5.2 Schulungsvideos zu den Themen „Safer Use“, „Substitution und Sexualität“ sowie „Tätowieren und Piercen“ 153
2.2.4.5.3 Neues Informationsportal zu HIV und Drogen 154
2.2.4.6 Projekt „PHAR-MON“ 154
2.2.4.7 „Bitte substituieren Sie!“ – Kampagne zur Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger 155
2.2.4.8 Therapie statt Strafe 155
• Forschungsprojekt „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“ 155
2.2.4.8.1 Fachtag Spritzenvergabe in Haft 156
2.2.4.9 Drogenselbsthilfe 156
2.2.4.10 Beispiel aus den Ländern zur Forschung 157
2.3 Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten 158
2.3.1 Pathologisches Glücksspiel 158
2.3.1.1 Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern 159

2.3.1.2 Katamneseprojekte zur Glücksspielsucht in der stationären Behandlung – Katamnese-erhebung zur stationären Rehabilitation des Bundesverbandes für stationäre Sucht-krankenhilfe e. V. ... 159
2.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit ... 160
2.3.2.1 Beispiele aus den Verbänden ... 160

3 Gesetzliche Regelungen und Rahmen-bedingungen ... 162
3.1 Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen ... 162
3.1.1 Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen ... 162
3.1.2 DHS-Tagung zu „Sucht und Arbeit“ ... 163
3.1.3 Beispielprojekt aus den Ländern zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 163
3.2 Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen ... 164
3.2.1 Tabak ... 164
3.2.1.1 Tabaksteuererhöhung 2013 und 2014 ... 164
3.2.1.2 Bekämpfung des Zigarettenschmuggels ... 164
3.2.1.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship (2005 bis 2012) ... 165
3.2.1.4 „gesundheitsziele.de“: Vorschläge der Arbeitsgruppe 6 – Tabakkonsum reduzieren ... 166
3.2.1.5 Nichtraucherschutzgesetze ... 167
3.2.1.6 Fortführung der Auswertung einer bundesweiten prospektiven Kohorten-studie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC)) ... 168
3.2.2 Medikamente ... 169
• Regulierung der Dopingbekämpfung im Sport ... 169
3.2.3 Illegale Drogen ... 170
3.2.3.1 Änderungen des Betäubungsmittelrechts ... 170
• Maßnahmen gegen neue psychoaktive Substanzen ... 170
3.2.3.2 Grundstoffüberwachung ... 170
3.2.4 Pathologisches Glücksspiel ... 171
3.2.4.1 Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag ... 171
3.2.4.2 Gewerbliches Automatenspiel – Einführung einer Spielerkarte – Novel-lierung der Spielverordnung ... 172

4 Internationales ... 173
4.1 Europäische und internationale Alkoholpolitik ... 173
4.1.1 Situation in Europa ... 173
4.1.2 EU-Alkoholstrategie ... 173
4.1.3 Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit ... 174
• Beispielprojekt ... 174
4.1.4 Beispielprojekt aus dem EU-Förderprogramm „Drogenprävention und -information“ (DPIP) ... 175
4.1.5 „Non-Communicable Diseases“-Prozess ... 175
4.1.6 Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs ... 176
4.2 Europäische und internationale Tabakpolitik ... 176
4.2.1 Tabakprävention in der EU ... 176
4.2.2 Tabakproduktrichtlinie ... 176
4.2.2.1 Engagement des Deutschen Krebs-forschungszentrums zur Tabakprodukt-richtlinie ... 177
4.2.2.2 Aktionsprogramm Gesundheit der EU zur Umsetzung der Tabakproduktrichtlinie ... 178
4.2.3 Zeichnung des Tabakschmuggelprotokolls ... 178
4.2.4 Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit ... 179
4.2.5 Arbeit des WHO-Kollaborationszentrums ... 179
4.3 Europäische und internationale Drogenpolitik ... 180
4.3.1 Situation illegaler Drogen in Europa ... 180
4.3.1.1 EU-Gremien ... 182
• Die EU-Kommission ... 182
• Der Rat der EU ... 182
• Horizontale Gruppe Drogen ... 182
4.3.1.2 Europäische und Deutsche Beobachtungs-stelle für Drogen und Drogensucht (EBDD und DBDD) ... 183
4.3.1.3 Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2013 ... 184

4.3.1.4 Projekte im EU-Förderprogramm „Drogenprävention und -information“ 184
4.3.1.5 Beispielprojekt aus den Ländern 185
4.3.1.6 Twinning-Projekt mit Serbien 185
4.3.1.7 CADAP V 186
4.3.2 Vereinte Nationen (VN) 187
4.3.2.1 Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC) 187
4.3.2.2 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) 189
4.3.2.3 Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB) 191
4.3.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit 193
4.3.3.1 Drogenökonomien als Entwicklungsproblem 193
4.3.3.2 Alternativen zum Drogenanbau 194
4.3.3.3 Harm Reduction und HIV/Aids: Alternativen zu Risikosituationen bieten 194
4.3.3.4 Delegationsreise der Drogenbeauftragten der Bundesregierung nach Lateinamerika im Jahr 2013 196
4.4 Internationale Zusammenarbeit im Bereich der Glücksspielsucht 196
- Trinationaler Erfahrungsaustausch mit Österreich und der Schweiz zur Glücksspielsucht 196

Abkürzungsverzeichnis 197

Abbildungsverzeichnis 203

Danksagung 206

Impressum 208

A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik

Der Drogen- und Suchtbericht informiert über die aktuelle Datenlage und die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung von Januar 2013 bis Anfang 2014. Er stellt Maßnahmen, Projekte und Initiativen der beteiligten Bundesressorts, Institutionen und Verbände sowie neue Projekte in den Bundesländern vor. In der Rubrik „Vorgestellt“ werden in diesem Jahr exemplarisch Prominente für ihr vorbildliches Engagement in der Suchthilfe gewürdigt.

Die Drogen- und Suchtpolitik im Jahr 2013

2013 konnte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung politische Projekte und Vorhaben erfolgreich umsetzen, die sich im Wesentlichen an der 2012 verabschiedeten „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ orientieren. Diese werden von der im Januar 2014 neu ernannten Drogenbeauftragten fortgeführt und sollen gemeinsam mit allen relevanten Akteuren auf Bundesebene und in Abstimmung mit den Ländern umgesetzt und weiterentwickelt werden. Auf einzelne Vorhaben und Schwerpunktsetzungen wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Schwangere und Frauen im gebärfähigen Alter müssen frühzeitig und umfassend über die Gefahren des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt werden. Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) sind irreparable körperliche und geistige Schädigungen des Ungeborenen durch einen Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft, die zu 100 Prozent vermeidbar sind. Als Bestandteil der Nationalen Strategie wurde 2013 der Förderschwerpunkt „Neue Präventionsansätze gegen Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft und Stillzeit“ fortgeführt. Vom Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) oder von FASD betroffene Kinder benötigen möglichst schnell umfassende Hilfs- und Förderangebote. Dies erfordert eine frühzeitige ärztliche Diagnose und ein auf den Einzelfall ausgerichtetes Hilfsangebot. Dazu bedarf es einer umfassenden Information der Fachkräfte, etwa in den Jugendämtern und Beratungsstellen, der Gerichte sowie der Pflege- und Adoptiveltern. Zur Unterstützung hat die Drogenbeauftragte eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Die Fetale Alkoholspektrum-Störung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis“ herausgegeben und die Entwicklung einer medizinischen S3-Leitlinie zur Diagnostik des FAS unterstützt.

Alkohol und Jugendliche

Der riskante und frühzeitige Alkoholkonsum unter Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland noch immer verbreitet. Die aktuellen Zahlen der Krankenhauseinweisungen zeigen, dass die Zahl der wegen Alkoholvergiftungen stationär behandelten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2012 auf 26.673 angestiegen ist. Dies bedeutet eine leichte Steigerung um 1,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Im Vergleich zum Jahr 2010 sind diese Fälle um über 180 Prozent angestiegen. Um diesen Trend zu stoppen, bedarf es weiterer präventiver und ordnungspolitischer Anstrengungen.

Wie in der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ festgelegt, wurde die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) inhaltlich und gestalterisch weiterentwickelt. Die Kampagne ist für junge Menschen im Alter von 16 bis 20 Jahren konzipiert und war nach dem Start im Jahr 2010 bereits bei 60 Prozent der Jugendlichen bekannt. In den folgenden zwei Jahren konnte die Bekanntheit des Slogans auf

80 Prozent (2012) erhöht werden. Nahezu alle befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden es gut oder sehr gut, dass zum Thema Alkohol informiert und aufgeklärt wird. Die hohe Bekanntheit und Akzeptanz sind grundlegende Voraussetzungen, um Wissen, Einstellungen und Verhalten der Zielgruppe ändern zu können.

Ein erfolgreicher Baustein in der Alkoholprävention bei Jugendlichen ist das inzwischen bundesweit umgesetzte Konzept des Projekts „Hart am LimiT“ (HaLT). Eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Studie beschäftigt sich mit der mittel- und langfristigen gesundheitlichen Entwicklung der Jugendlichen, die wegen einer Alkoholvergiftung behandelt wurden. Ziel ist die Entwicklung von Kriterien, mit denen bereits am Krankenbett entschieden werden kann, ob eine Kurzintervention ausreicht oder ein intensiverer Beratungsbedarf besteht.

Eine wirksame Alkoholprävention ist im Jugendalter von besonderer Bedeutung, um den Einstieg in den Alkoholkonsum so lange wie möglich hinauszuzögern und zudem einen zurückhaltenden Umgang mit Alkohol zu fördern. Aus diesem Grund beabsichtigt die Drogenbeauftragte, entsprechende Präventionsmaßnahmen auch im Schulbereich auszubauen.

Alkoholprävention für Erwachsene

Nach wie vor gibt es in Deutschland einen zu sorglosen Umgang mit Alkohol. Präventive Angebote und Hilfsangebote sind daher auch für Erwachsene erforderlich, die Alkohol in gesundheitsschädlicher Art und Weise konsumieren. Die Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zielt darauf, riskante Alkoholkonsummuster in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zu reduzieren und über die Gesundheitsrisiken eines zu hohen Alkoholkonsums zu informieren. Sie umfasst das Internetportal **www.kenn-dein-limit.de** und bietet ein vielfältiges Angebot an Printmedien. Die bundesweite Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ versucht, deutschlandweit möglichst viele Menschen in Einkaufspassagen, auf Messen und Großveranstaltungen zu erreichen und zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren.

Betriebliche Suchtprävention

Der Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hat neben den individuellen Gesundheitsfolgen auch negative Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Vermehrte Fehlzeiten, eine verringerte Leistungsfähigkeit und die Gefährdung der Arbeitssicherheit sind die Folge. Deshalb förderte die Bundesregierung auch im Jahr 2013 Forschungs- und Modellprojekte zur betrieblichen Gesundheits- und Suchtprävention. Maßnahmen zur Gesundheitsprävention gibt es bislang vorwiegend in größeren Betrieben. Das BMG unterstützte daher das Projekt „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpräventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“, das 2013 beendet wurde. Im Februar 2014 fand ergänzend die Fachtagung „Fallmanagement bei substanzbezogenen Störungen in Klein- und Kleinstbetrieben“ statt, bei der Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Betrieben, Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung, der Selbsthilfe, Betriebs- und Werksärzten sowie Leistungsträgern aufgezeigt wurden.

Darüber hinaus fördert das BMG eine Studie zur Erforschung von suchtmittelbezogenen Problemen in der Ausbildung.

Tabakprävention

Es ist das Ziel der Bundesregierung, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, den Ausstieg zu fördern und den Nichtraucherschutz zu stärken. Während sich durch die Bemühungen in der Tabakprävention in den vergangenen Jahren der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den 12- bis 17-Jährigen innerhalb von zehn Jahren mehr als halbiert hat (2001: 27,5 Prozent, 2011: 11,7 Prozent), ist der Anteil in der erwachsenen Bevölkerung nicht in gleichem Maße zurückgegangen. Deshalb ist es notwendig, nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch die Erwachsenen über die Gefahren des Tabakrauchens aufzuklären und sie zur Aufgabe des Rauchens zu bewegen. Dabei geht es besonders darum, Risikogruppen gezielt anzusprechen. Als ein Beispiel seien die Beschäftigten in der Pflege genannt. So unterstützt das BMG seit Anfang 2013 zwei modellhafte Projekte, um ein Tabakpräventionskonzept für Auszubildende in der Pflege zu entwickeln.

Im Jahr 2013 wurde von der Europäischen Union die neue Tabakproduktrichtlinie beschlossen. Sie beinhaltet Regelungen zu größeren, bildgestützten Warnhinweisen auf Tabakprodukten, um verstärkt über die Gefahren des Rauchens aufzuklären. Außerdem werden damit einzelne Zusatzstoffe reguliert, die den Einstieg in das Rauchen erleichtern, sowie neue Tabakprodukte wie die E-Zigarette und eine bessere Kontrolle und Rückverfolgung des Tabakwarenhandels in die Regelungen einbezogen. Diese Richtlinie wird nach einer Verabschiedung im Mai 2014 in der Europäischen Union und einer Umsetzungsfrist auch in Deutschland umgesetzt.

Tabakentwöhnung

Auch bei den Erwachsenen bleibt es das Ziel der Bundesregierung, den Tabakkonsum zu senken. Die Bemühungen in der Tabakprävention und die Gesetze zu einem verstärkten Nichtraucherschutz haben wirksam dazu beigetragen, dass die Zahl der Raucherinnen und Raucher sinkt und das Nichtrauchen mehr und mehr zum Normalfall wird. So führen beispielsweise Rauchverbote am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen dazu, dass weniger geraucht wird. Auch wächst die Bereitschaft, in der eigenen Wohnung nicht mehr zu rauchen. Dennoch darf in den Präventionsbemühungen nicht nachgelassen werden. Es ist das Ziel der Bundesregierung, bis zum Jahr 2015 die Raucherquote bei Erwachsenen auf unter 22 Prozent und bei Jugendlichen auf unter 12 Prozent zu senken. Hierfür muss der Kenntnisstand in der Bevölkerung über die negativen Folgen des Rauchens weiter erhöht und die Bereitschaft zum Rauchverzicht gefördert werden.

Raucher beim Ausstieg aus dem Rauchen zu unterstützen und Angebote zur Tabakentwöhnung zu geben, ist ein wichtiger Bestandteil der Nationalen Strategie. Dabei ist wegen des Vertrauensverhältnisses eine Ansprache durch Arzt und Pflegepersonal von besonderer Bedeutung. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung wird sich für weitere Vorhaben zur Unterstützung und Förderung der Tabakentwöhnung und in der Tabakprävention einsetzen.

Medikamente

Das BMG unterstützte im Jahr 2013 sowohl den Förderschwerpunkt „Sucht im Alter“ als auch die Studie über „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“. Beide Vorhaben dienen der Umsetzung der Nationalen Strategie im Bereich Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Die Studie zum Medikamentenmissbrauch bei Studierenden wird erneut durchgeführt, um Erkenntnisse zur Entwicklung in diesem Bereich zu gewinnen. Aufbauend auf den bisherigen Ergebnissen fördert das BMG seit dem Frühjahr 2013 die Erprobung neuer Ansätze zur selektiven Prävention von Substanzmissbrauch bei Studierenden. Mit diesen Ansätzen soll erreicht werden, bereits riskant oder schädlich Konsumierende zu einer Verhaltensänderung in Bezug auf ihren Alkohol-, Tabak-, Cannabis- und Medikamentenkonsum zu bewegen.

Illegale Drogen

Das Ziel der Bundesregierung bleibt es, den Konsum illegaler Drogen mit allen seinen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu verringern und deren Verfügbarkeit durch Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken. Nach wie vor ist die hauptsächlich konsumierte illegale Droge Cannabis. Die gesundheitlichen und psychischen Gefahren des Konsums werden häufig unterschätzt. Deshalb setzt sich die Bundesregierung weiterhin für gezielte Präventionsmaßnahmen ein. Auch im Bereich der synthetischen Drogen gibt es Handlungsbedarf. Das BMG hat deshalb in einer qualitativen Studie den Missbrauch von Amphetamin und Methamphetamin in Deutschland und die damit verbundenen Konsummotive erforschen lassen. Die Ergebnisse waren die Voraussetzung dafür, zielgruppenorientierte Ansätze einer selektiven Prävention zu entwickeln und zu erproben. Als Fortführung und Erweiterung eines EU-geförderten Projekts zu neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) in Deutschland und weiteren EU-Mitgliedstaaten kofinanziert das BMG seit Anfang 2013 ein Projekt, das sich sowohl den Hintergründen von NPS als auch möglichen präventiven Ansätzen widmet.

Schadensminimierung
Intravenös injizierende Drogenabhängige leiden häufig an Begleiterkrankungen wie Hepatitis oder HIV. Deshalb sind gesundheitspräventive Maßnahmen notwendig, um eine Verbreitung solcher Begleiterkrankungen unter Drogenabhängigen zu vermeiden. Die langfristig sinkenden Zahlen der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland zeigen, dass diese Maßnahmen zur Schadensminimierung darunter Drogenkonsumräume, Kontaktläden und Spritzentauschprogramme, wirksam sind. Dennoch sind weitere Bemühungen notwendig, um diese Todesfälle noch mehr zu reduzieren. Die weiterhin hohe Anzahl von Hepatitis-C-Infektionen unter Drogenkonsumierenden gibt Anlass zu weiteren Überlegungen, Präventionsmaßnahmen zu stärken. Das BMG hat zudem eine Studie beim Robert Koch-Institut (RKI) in Auftrag gegeben, um die Zahl der Hepatitis-Infektionen unter Drogenkonsumierenden genauer zu ermitteln und Wege zur effektiveren Prävention aufzuzeigen.

Drogen im Strafvollzug
Im Strafvollzug findet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich höherer Anteil an Drogenkonsumierenden. Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung sind dort aber noch keine Selbstverständlichkeit. Auch 2013 wurden die Anstrengungen zur Umsetzung der Nationalen Strategie auf unterschiedlichen Ebenen fortgesetzt, um die Behandlung und Versorgung von Drogenabhängigen im Strafvollzug auszubauen, Verbesserungen beim Übergang von der Haft in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke zu erreichen und eine einheitlichere Datenerhebung der Situation in Haft zu ermöglichen. Wie in der Nationalen Strategie angestrebt, wird noch im Jahr 2014 ein vom BMG gefördertes Projekt starten, um das Behandlungsprogramm „CAN-Stop“ in Jugendjustizvollzugsanstalten für Cannabis konsumierende Inhaftierte weiter zu erproben.

Glücksspiel
Glücksspiel ist im Alltag weit verbreitet. Rund jeder Zweite in der erwachsenen Bevölkerung spielt im Verlauf eines Jahres eines oder mehrere der öffentlich angebotenen Glücksspiele. Verschiedene Studien gehen von etwa 264.000 Glücksspielabhängigen und 274.000 problematischen Spielern in Deutschland aus. Ein hohes Suchtrisiko geht besonders vom Automatenspiel aus. Es ist das Ziel der Bundesregierung, Glücksspielsucht zu vermeiden und den Spielerschutz zu verbessern. Bei der derzeit geplanten Novellierung der Spielverordnung (SpielVO) und der ihr zugrunde liegenden Gewerbeordnung (GewO) wurden bzw. werden verschiedene technische und spielerbezogene Maßnahmen neu geregelt, die den Spieler- und Jugendschutz verbessern sollen. Dazu gehören u. a. die Reduzierung der Anzahl der in gastronomischen Betrieben aufgestellten Automaten von drei auf einen sowie die Einführung einer Spielerkarte.

Beim Internet-Glücksspiel ist eine grenzübergreifende Kooperation wichtig. Deshalb begrüßt die Bundesregierung die Initiative der EU-Kommission für einen umfassenden europäischen Rahmen für das Online-Glücksspiel.

Computerspiel- und Internetabhängigkeit
Auch im Jahr 2013 war die Computerspiel- und Internetabhängigkeit ein thematischer Schwerpunkt der Drogenbeauftragten. Die Bundesregierung verfolgt neben dem Ausbau von Präventionsmaßnahmen das Ziel, verlässliche Erkenntnisse über die Ursache und Verbreitung der Computerspiel- und Internetabhängigkeit zu gewinnen. Deshalb förderte das BMG mit PINTA-DIARI eine Folgestudie zur 2011 veröffentlichten PINTA-Studie zur Verbreitung der Internetabhängigkeit, deren Ergebnisse im Frühsommer 2013 publiziert wurden. Die geschätzte Zahl, dass etwa 1 Prozent der Bevölkerung zwischen 14 und 65 Jahren eine Internetabhängigkeit aufweist, wurde mit dieser Folgestudie bestätigt. Erfolgreich durchgeführt wurde auch die Pilotstudie iPIN in einem Jobcenter, die sich an die Zielgruppe der Arbeitslosen wandte, die überdurchschnittlich häufig eine Internetabhängigkeit aufweisen. In der 18. Legislaturperiode wird die Aufmerksamkeit dem im Koalitionsvertrag verankerten Ziel gelten, die Präventions- und Beratungsangebote zu onlinebasiertem Suchtverhalten bundesweit auszubauen und wissenschaftlich zu begleiten.

Internationales
Deutschland setzt sich international für eine ausgewogene Sucht- und Drogenpolitik in den Bereichen

Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Repression ein. Die internationale Drogen- und Suchtpolitik integriert Elemente der Gesundheitspolitik, der Sozialpolitik, der Strafverfolgung und Entwicklungspolitik zu einem schlüssigen Gesamtkonzept und orientiert sich an den jeweiligen Lebenswelten der betroffenen Menschen.

In Deutschland hat sich seit Jahren die integrative Politik für legale und illegale Suchtmittel bewährt. In internationalen Gremien wird die Drogenpolitik jedoch noch weitgehend getrennt von der gesundheitsfördernden Politik im Bereich Tabak und Alkohol behandelt. Deutschland engagiert sich auf internationaler Ebene für eine integrative Politik, die substanzübergreifende Aspekte berücksichtigt und parallele Strukturen oder Aktivitäten vermeidet.

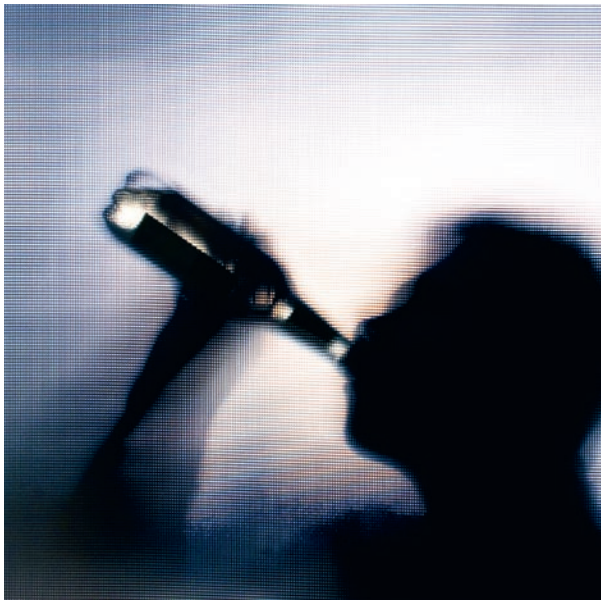
Europäische Drogenpolitik
Nach der Verabschiedung der EU-Drogenstrategie 2013–2020 im Dezember 2012 wurde im Juni 2013 auch der EU-Drogenaktionsplan 2013–2016 durch den Europäischen Rat verabschiedet. Damit liegt auch für die nächsten Jahre eine verlässliche Grundlage für gemeinsame Aktivitäten der EU-Mitgliedstaaten vor. Neben der Koordinierung der europäischen Drogenpolitik in der Horizontalen Gruppe Drogen des Europäischen Rates erfolgt ein regelmäßiger Austausch der Drogenkoordinatoren der EU-Mitgliedstaaten. 2013 fanden Treffen dieses Kreises im April in Dublin und im September in Vilnius statt. Im Juli und Dezember 2013 vertrat die Drogenbeauftragte Deutschland im Verwaltungsrat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon.

Internationale Drogenpolitik
Die Bundesregierung setzt in der Drogenanbauproblematik auf eine nachhaltige Entwicklung in Drogenanbauregionen durch eine entwicklungsorientierte Drogenpolitik (EOD). Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit verfügt über mehr als 20 Jahre Erfahrung mit Projekten und Politikberatung. Deutschlands Partner in der internationalen Zusammenarbeit im Drogenbereich schließen auch die EU, das UNODC, Nichtregierungsorganisationen, Gemeinde- und Selbsthilfegruppen mit ein. Negative individuelle und gesellschaftliche Folgen von Drogenproduktion, -handel und -konsum sollen durch die Schaffung wirtschaftlicher und sozialer Alternativen zum illegalen Anbau von Drogenpflanzen kompensiert werden. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass eine erfolgreiche ländliche Entwicklung in Drogenanbauregionen von einer Reform und gestärkten Präsenz der staatlichen Institutionen, von Gewaltprävention und einer nachhaltigen lokalen Wirtschaftsförderung begleitet werden muss, um langfristig Drogenökonomien reduzieren zu können. Neben zahlreichen anderen Themen war die entwicklungsorientierte Drogenpolitik ein Schwerpunkt bei der 56. Sitzung der Suchtstoffkommission im März 2013 in Wien, an der die Drogenbeauftragte teilnahm. Die Drogenbeauftragte unterstützt zudem das von der EU und vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) geförderte „Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP), um in Zentralasien erprobte und effektive Maßnahmen zur Prävention und Behandlung einer Drogenabhängigkeit zu unterstützen.

Drogen- und Suchtrat
Im April 2013 trat der Drogen- und Suchtrat (DSR) als nationales Beratungsgremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zusammen, um über die weitere Umsetzung der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ zu beraten. Die Arbeitsgruppe „Suchtprävention“ des DSR stellte Empfehlungen zur Alkoholprävention vor, die sich an die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen sowie der Erwachsenen und Älteren richten. Die Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ legte dem DSR Empfehlungen zu den Themen „Jugendhilfe und Suchthilfe“ sowie „Haftentlassene und Entlassungsmanagement“ vor. Die Empfehlungen wurden vom DSR einstimmig angenommen.

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

B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht



1 Alkohol

1.1 Situation in Deutschland

Seit 2010 beträgt der durchschnittliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland jährlich 9,6 Liter reinen Alkohols (1995: 11,1 Liter). 9,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Gemäß den aktuellen Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) gelten etwa 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren als alkoholabhängig, ein Alkoholmissbrauch liegt bei etwa 1,61 Millionen Menschen vor. Das entspricht weitgehend den bisher vorliegenden Zahlen des ESA aus 2009, demzufolge bei etwa 3,3 Millionen Menschen ein Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit vorlag. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs bzw. an den Folgen des kombinierten Konsums von Alkohol und Tabak. Nach Untersuchungen, die sich auf das Jahr 2007 beziehen, belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten durch mißbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsum in Deutschland auf 26,7 Milliarden Euro pro Jahr.

1.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine Repräsentativerhebung zur Erfassung des Substanzkonsums und damit verbundener Probleme in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Die Befragung wird vom Institut für Therapieforschung München (IFT) unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und fand im Jahr 2012 zum insgesamt zehnten Mal statt. Die aktuellen Ergebnisse lassen darauf schließen, dass nur 3,6 Prozent der Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren noch nie Alkohol probiert haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung tranken 71,5 Prozent der Befragten Alkohol. In ebendiesem Zeitraum zeigten 57,3 Prozent einen risikoarmen und 14,2 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag. 21,3 Prozent der Befragten berichteten, im letzten Monat vor der Befragung ein- bis dreimal fünf oder mehr alkoholische Getränke pro Tag (Rauschtrinken) konsumiert zu haben, 14,3 Prozent gaben hierbei viermal oder öfter an.

Hinsichtlich des riskanten Konsums und des Rauschkonsums haben Männer im Vergleich zu Frauen ein erhöhtes Risiko. Unter jungen Erwachsenen bis 24 Jahre sind die Abstinenzraten zwar am höchsten, Konsumenten dieses Alters zeigen jedoch mit erhöhten Raten des Risiko- und Rauschkonsums besonders problematische Trinkmuster. Schätzungsweise 3,1 Prozent der erwachsenen Allgemeinbevölkerung weisen eine Alkoholabhängigkeit nach dem amerikanischen Diagnoseverzeichnis „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) auf und 3,4 Prozent einen entsprechenden Missbrauch. Hochgerechnet sind damit in Deutschland etwa 1,77 Millionen bzw. 1,61 Millionen Personen zwischen 18 und 64 Jahren betroffen.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich bei 18- bis 59-jährigen Männern ein Rückgang der durchschnittlichen Konsummenge seit 1995, während der Konsum bei Frauen auf niedrigerem Niveau stabil geblieben ist. Zwischen 1997 und 2012 stieg die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Männern (18 bis 59 Jahre) von 4,2 Prozent

auf 5,2 Prozent und bei gleichaltrigen Frauen von 1 Prozent auf 2,1 Prozent.
www.ift.de/fileadmin/literaturliste/ESA_2012_Alkohol-Kurzbericht.pdf

1.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts

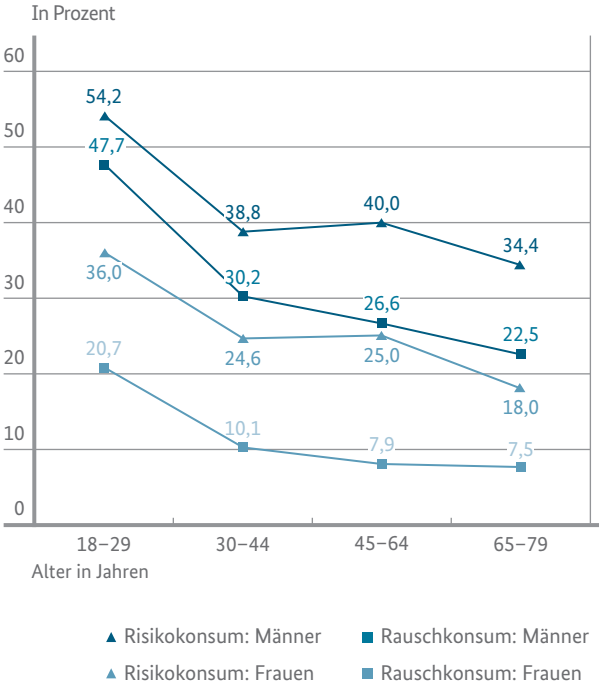
Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und ihr Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH) wurden zwischen 2008 und 2011 durchgeführt und liefern für die Altersgruppe der 18- bis 79-Jährigen repräsentative Daten zur Verteilung des problematischen Alkoholkonsums in Deutschland. Die Daten beruhen dabei auf Selbstangaben der Befragten, wobei das Erinnerungsvermögen, die persönliche Einschätzung von Glasgrößen sowie die soziale Erwünschtheit der Antworten die Ergebnisse beeinflussen können.

Zur Einschätzung des Risiko- und Rauschkonsums wurde der „Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption“ (AUDIT-C) eingesetzt, der mittels dreier Fragen die Trinkhäufigkeit, die Trinkmenge und den exzessiven Konsum erfasst. Der minimale AUDIT-C-Summenwert ist hierbei 0, der maximale Wert 12. Als Risikokonsum gemäß AUDIT-C gilt ein Summenwert von ≥ 4 bei Frauen und ≥ 5 bei Männern. Demnach waren 41,6 Prozent aller befragten Männer und 25,6 Prozent aller befragten Frauen Risikokonsumenten (Abbildung 5). 31 Prozent der Männer und 10,8 Prozent der Frauen berichteten mindestens einen Rauschkonsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit pro Monat.

Darüber hinaus wurden im Zusatzmodul DEGS1-MH alkoholbezogene Störungen (Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch) mittels eines ausführlichen diagnostischen Interviews bestimmt. Insgesamt hatten demzufolge 4,8 Prozent aller Befragten eine alkoholbezogene Störung (Frauen: 2 Prozent, Männer: 7,5 Prozent).

Risiko- und Rauschkonsum sind in der deutschen Bevölkerung laut der Studie weit verbreitet. Personen in jüngeren Altersgruppen konsumieren dabei häufiger Alkohol oberhalb empfohlener Trinkmengen als Personen in höheren Altersgruppen. Männer sind häufiger von allen Formen problematischen Alkoholkonsums betroffen als Frauen.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Basispublikation/basispublikation_node.html

Abbildung 5:
Risiko- und Rauschkonsum in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht



Quelle: RKI, „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, 2008–2011

1.4 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts

Die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede der DEGS1-Studie werden durch die regelmäßig durchgeführten Telefonbefragungen „Gesundheit in

Deutschland aktuell“ (GEDA) gestützt. Diese Gesundheitsbefragung richtet sich an die Bevölkerung ab 18 Jahren. Ebenso wie bei der DEGS1 wird auch für die GEDA-Studie der AUDIT-C (siehe B 1.3) zur Bestimmung des Risiko- und Rauschkonsums eingesetzt.

Laut den aktuellen Ergebnissen von 2012 waren 26,3 Prozent Risikokonsumenten (Frauen: 20,6 Prozent, Männer: 32,3 Prozent). 16,1 Prozent aller Befragten (Frauen: 9,3 Prozent, Männer: 23,1 Prozent) berichteten mindestens einen Rauschkonsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit pro Monat.

Damit verzeichnet die aktuelle GEDA-Studie unter ihren Befragten geringere Anteile riskanten Alkoholkonsums als die DEGS1. Ein Grund hierfür könnten Unterschiede in der methodischen Vorgehensweise sein. Während die GEDA-Studie (und in diesem Zusammenhang auch der AUDIT-C) als telefonisches Interview durchgeführt wurde, haben die Teilnehmer der DEGS1 den AUDIT-C eigenhändig schriftlich ausgefüllt. Hierbei wurden Standardgetränke durch Abbildungen näher erläutert, wodurch die Befragten eventuell realistischere Einschätzungen treffen konnten. Hauptsächlich erklärt sich der Unterschied wohl aber durch mehr Nietrinker bzw. mehr Personen mit geringerem Konsum in den hohen Altersgruppen ab 80 Jahren, die im Rahmen der DEGS1 nicht befragt wurden.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

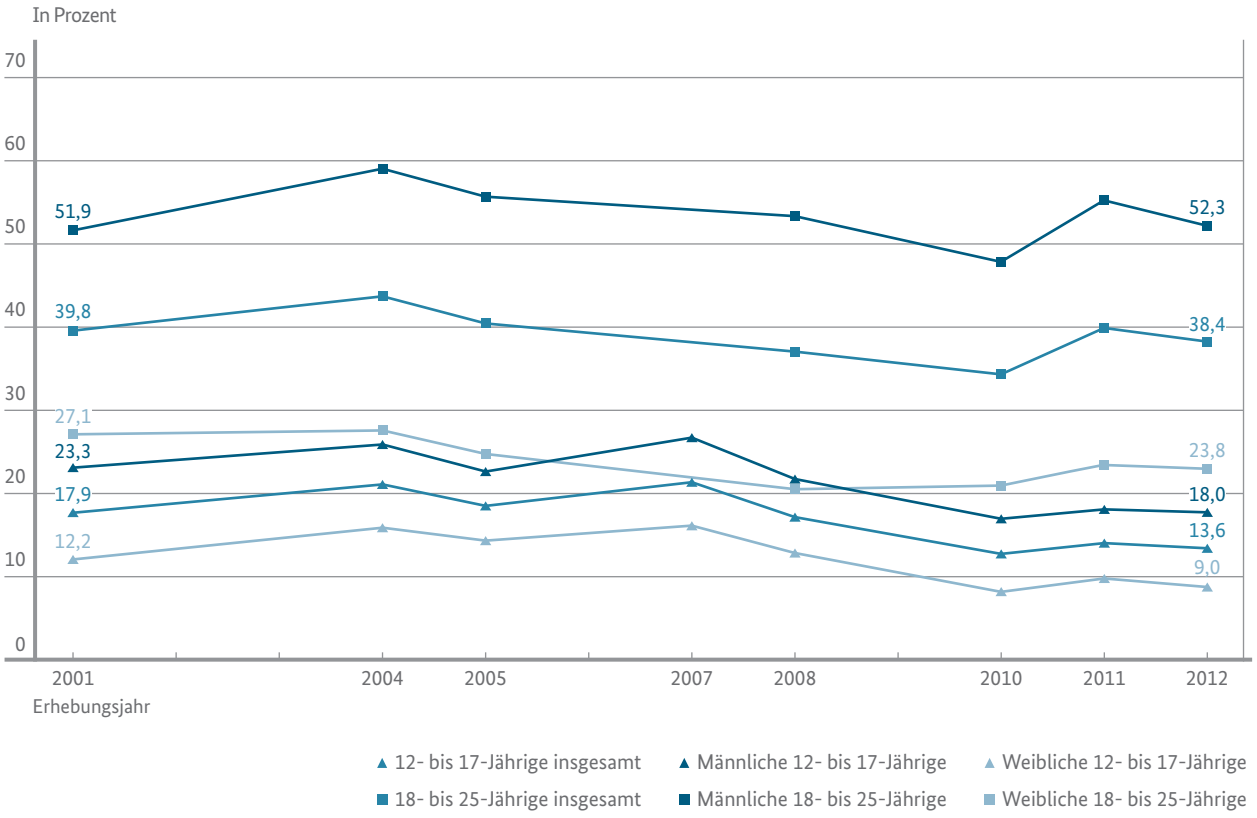
1.5 „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS)

In den Jahren 2003 bis 2006 führte das Robert Koch-Institut die Basiserhebung der bundesweit repräsentativen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) durch. Von 2009 bis 2012 fand die erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) statt, bei der die Teilnehmer der Erstbefragung miteinbezogen wurden. Die Studie stellt u. a. aktuelle Daten zum Alkoholkonsum von Jugendlichen bereit. Danach ist bei 15,6 Prozent der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren ein riskanter Alkoholkonsum festzustellen (Mädchen: 16,2 Prozent, Jungen: 15,1 Prozent), wobei wie bei Erwachsenen der AUDIT-C-Summenwert zugrunde gelegt wurde (siehe B 1.3). Regelmäßiges Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) ist bei 11,6 Prozent der Jugendlichen anzutreffen (Mädchen: 9,7 Prozent, Jungen: 13,5 Prozent). Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends sind mit den KiGGS-Daten noch nicht möglich, da der AUDIT-C in der Basiserhebung nicht eingesetzt wurde.
www.kiggs-studie.de

1.6 Repräsentativbefragung der BZgA zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 regelmäßig Repräsentativbefragungen durch, die den Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland untersuchen. Die aktuellen Daten stammen aus einer Erhebung von 2012. An der Studie nahmen insgesamt 5.000 12- bis 25-Jährige teil. Im Vergleich zu früheren Repräsentativbefragungen zeigt sich bei den 12- bis 17- Jährigen in den letzten Jahren ein Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums (Abbildung 6). Während im Jahr 2001 noch 17,9 Prozent dieser Altersgruppe regelmäßig – also mindestens einmal pro Woche – Alkohol konsumierten, waren es im Jahr 2012 nur noch 13,6 Prozent. Bei männlichen Jugendlichen sank die Verbreitung des regelmäßigen Konsums von 23,3 Prozent (2001) auf 18 Prozent (2012), bei weiblichen Jugendlichen von 12,2 Prozent (2001) auf 9 Prozent (2012). Damit war bei den männlichen Jugendlichen der Anteil derjenigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, 2012 doppelt so hoch wie bei den weiblichen Jugendlichen. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren war die Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums im Jahr 2012 mit 38,4 Prozent ähnlich hoch wie im Jahr 2001 (39,8 Prozent). Im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2012 ist keine eindeutige Änderung der Trends zu erkennen. Aktuell trinkt jeder zweite junge Mann (52,3 Prozent) und jede vierte junge Frau (23,8 Prozent) regelmäßig Alkohol.

Abbildung 6:
Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends“, 2013

1.7 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 26.673 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert; 2011 waren es 26.351 Personen. Damit ist die absolute Zahl der Krankenhauseinweisungen bei Kindern und Jugendlichen leicht um 1,2 Prozent angestiegen. Während die Zahl der Einweisungen bei den 10- bis 15-Jährigen um 4,2 Prozent zurückgegangen ist, stieg die Zahl der Einweisungen bei den 15- bis 20-Jährigen um 2,3 Prozent an.

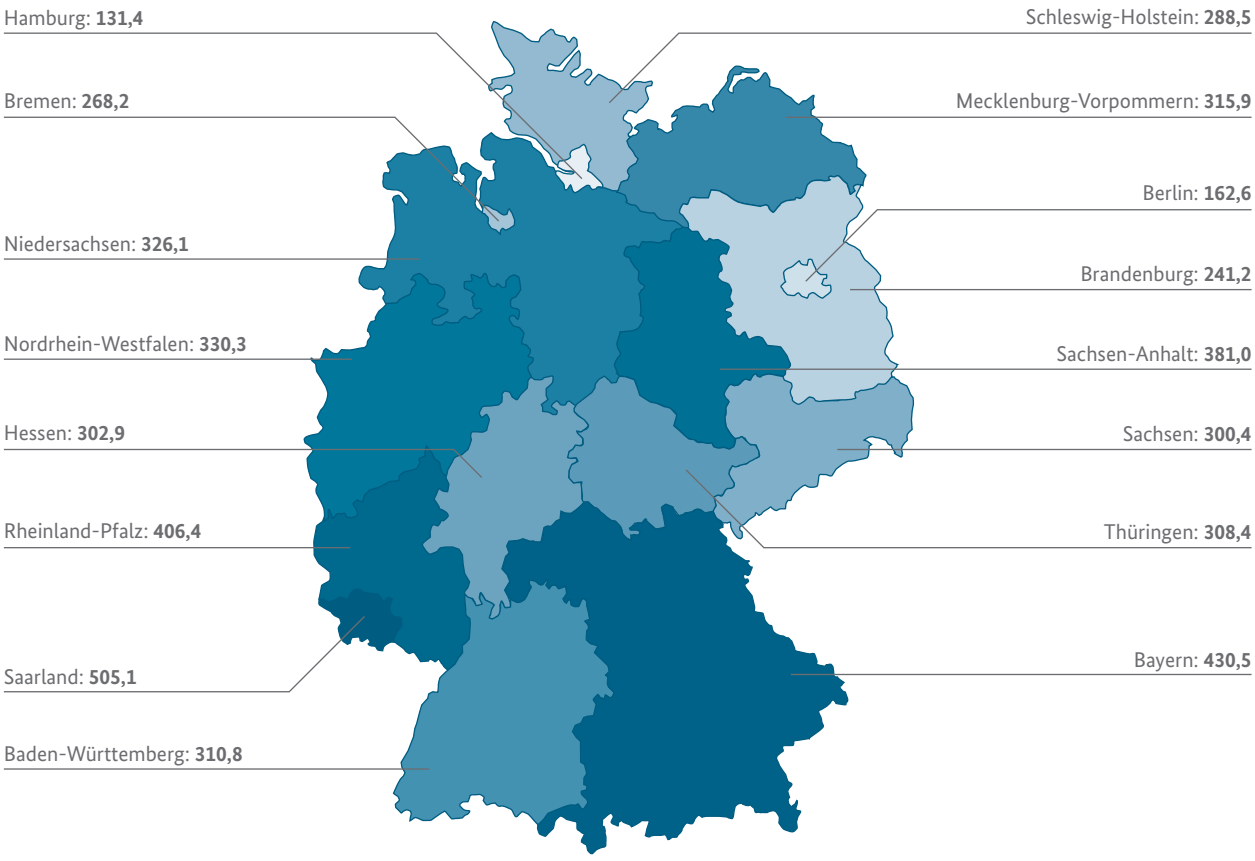
Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so fällt auf, dass es in der Gruppe der 10- bis 15-jährigen Jungen den deutlichsten Rückgang gegeben hat (9,9 Prozent). Insgesamt betrug der Rückgang bei den männlichen 10- bis 20-Jährigen 0,3 Prozent. Die größte Gruppe der Jugendlichen mit Alkoholvergiftungen sind unverändert die 15- bis 20-jährigen jungen Männer. Die Zahlen in dieser Altersgruppe haben sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdreifacht, von 4.726 Fällen im Jahr 2000 auf 14.382 Fälle im Jahr 2012.

Die absolute Zahl der Mädchen und jungen Frauen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden, lag im Jahr 2012 mit 10.470 Personen wie schon im Jahr 2011 im fünfstelligen Bereich. Im Ver-

gleich zu den Zahlen des Jahres 2000 hat sich auch in der Gruppe der 15- bis 20-jährigen Mädchen und jungen Frauen die Anzahl mehr als verdreifacht. Bei den weiblichen 10- bis 20-Jährigen ist die Zahl der Krankenhauseinweisungen um 3,7 Prozent ,im Vergleich zum Jahr 2011, gestiegen. Der höchste Anstieg wurde dabei in der Gruppe der 15- bis 20-jährigen Mädchen und jungen Frauen verzeichnet (4,4 Prozent).

Pro 100.000 Einwohner in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen wurden 551 Fälle dokumentiert. Das entspricht einer Steigerung um 3 Prozent im Vergleich zu 2011. In der Altersgruppe der 10- bis 20-Jährigen wurden 333 Fälle pro 100.000 Einwohner verzeichnet. Das ist der höchste relative Wert seit Beginn der Aufzeichnung im Jahr 2000. Damals wurden 101 alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche pro 100.000 Einwohner dokumentiert. Positiv zu bewerten ist der Rückgang der Fälle in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen, der 2012 bei 103 Fällen je 100.000 Einwohner lag und damit im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent gesunken ist. Die höchste Zahl pro 100.000 Einwohner wurde mit 681 Fällen in der Altersgruppe der männlichen 15- bis 20-Jährigen verzeichnet.

Abbildung 7:
Krankenhauseinweisungen der 10- bis 20-Jährigen aufgrund von Alkoholvergiftungen für die Bundesländer 2012 je 100.000 Einwohner im Vergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt Destatis, 2014

1.8 Machbarkeitsstudie – Erhebung alkoholbedingter Schäden basierend auf vorhandenen Daten

Vor dem Hintergrund massiver negativer Folgen des missbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsums in Europa empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Alkoholmonitoring, in dem alle relevanten alkoholassoziierten Informationen systematisch erfasst werden. Unter Förderung des BMG führte das IFT eine Machbarkeitsstudie durch, um zu ermitteln, wie ein solches Monitoring in Deutschland realisiert werden könnte. Hierfür wurde anhand einer Zusammenstellung der verfügbaren Daten aufgezeigt, welche Fragestellungen sich mit dem aktuellen Wissensstand beantworten lassen und wo noch Handlungsbedarf zur weiteren Informationsgewinnung besteht.

Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Eine zentrale Informationsquelle zur Verbreitung von Alkoholkonsum und -mustern sowie zu deren zeitlicher Entwicklung stellen wiederholte Bevölkerungssurveys dar. Aktuell liegen solche Erhebungen in Deutschland für Jugendliche sowie Erwachsene bis 64 Jahre vor. Routinestatistiken öffentlicher Stellen und der Industrie beinhalten darüber hinaus Zahlen zu Steuereinnahmen und Verkaufsmengen, zu Vergiftungen, Straf- oder Gewalttaten, Verkehrsunfällen und vorsätzlicher Selbstschädigung sowie zu Arbeitsausfällen bzw. Frühberentungen im Zusammenhang mit Alkohol. Versorgungsleistungen für Alkoholabhängige werden jährlich von der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erfasst. Zudem gibt die aktuelle Fachliteratur Auskunft über einige Themenbereiche, etwa über die strukturellen Entwicklungen des Marktes für alkoholische Getränke, die Wirksamkeit verschiedener Präventionsmaßnahmen und deren Umsetzung in Deutschland sowie über die Folgekosten.

Aufgrund der breiten Datenlage ist ein systematisches Alkoholmonitoring in Deutschland mit relativ einfachen Mitteln möglich. Dabei wird die regelmäßige Erfassung der alkoholbedingten Morbidität und Mortalität empfohlen. Hierfür können die epidemiologischen Berechnungen auf die jährlich veröffentlichten Statistiken zu Todesursachen und Krankenhausdiagnosen angewendet werden.

Ein entsprechendes Projekt unter Förderung des BMG läuft zurzeit.

2 Tabak

2.1 Situation in Deutschland

Rauchen ist weiterhin das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Etwa 110.000 Todesfälle pro Jahr müssen in Deutschland unmittelbar auf das Rauchen zurückgeführt werden.

Langjähriger Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt vorzeitig an Lungenkrebs, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einer anderen Atemwegserkrankung. Jeder zweite dieser vorzeitigen Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter ein. Vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik ist es daher, den Tabakkonsum bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen deutlich zu verringern. Dieses Ziel wurde in den vergangenen Jahren in Form von vielfältigen Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sowie gesetzlichen Regelungen verfolgt.

In der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung ist die Reduzierung des Rauchens als vorrangiges und quantifiziertes Präventionsziel aufgeführt. Danach soll der Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher bis 2015 auf unter 12 Prozent und der Anteil bei Erwachsenen auf unter 22 Prozent gesenkt werden.

Nach den Daten des Mikrozensus 2009 des Statistischen Bundesamts (Destatis) rauchen in Deutschland insgesamt 14,7 Millionen Frauen und Männer ab 15 Jahren (25,7 Prozent). Unter Männern sind dies 8,5 Millionen (30,5 Prozent), unter Frauen 6,3 Millionen (21,2 Prozent).

Während die Zahl der rauchenden Männer seit 1995 um 5 Prozent gesunken ist, ist sie bei den Frauen nahezu unverändert geblieben, wie der Indikatorenbericht von Destatis zur Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung von 2010 ausweist. 22 Prozent der Befragten zählten sich im Jahr 2009 zu den regelmäßigen Rauchern, nur 4 Prozent rauchten gelegentlich. Ergebnisse der nächsten Erhebung des Mikrozensus werden Ende des Jahres 2014 vorliegen.

Die Bundesregierung und die Bundesländer haben in den letzten Jahren vielfältige Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention eingeleitet, darunter Regelungen zum Jugend- und Nichtraucherschutz oder Präventionsmaßnahmen wie die „rauchfrei"-Kampagne. Diese Maßnahmen haben zusammen deutliche Erfolge in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen sowie bei jungen Erwachsenen gezeigt. Rauchen liegt bei den meisten Jugendlichen heute nicht mehr im Trend. Um die Raucherzahlen in allen Altersgruppen nachhaltig zu senken und damit Jugendliche weiterhin erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen, müssen die bisherigen Anstrengungen in der Tabakprävention im gleichen Umfang fortgesetzt werden.

Im Folgenden werden aktuelle Ergebnisse zum Tabakkonsum in Deutschland aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) des Instituts für Therapieforschung München (IFT) sowie aus den Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgestellt, deren Befragungen unterschiedliche Altersgruppen umfassen. Insbesondere was die Trendentwicklung anbelangt, kommen die Studien zu vergleichbaren Ergebnissen.

2.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) erfasst die Zahl der aktuellen und ehemaligen Raucher sowie der Nichtraucher. Die Daten der letzten Erhebung des ESA im Jahr 2012 zeigen, dass etwa ein Drittel der Männer (34 Prozent) und ein Viertel der Frauen (26,4 Prozent) zwischen 18 und 64 Jahren in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Unter den aktuellen Rauchern sind Männer damit deutlich häufiger vertreten als Frauen. In der Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren ist die Zahl der Raucherinnen und Raucher am höchsten. Demgegenüber ist der Nichtraucheranteil in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen mit 72 Prozent am größten.

Unter den aktuellen Zigarettenkonsumenten rauchen etwa drei Viertel (73,2 Prozent) täglich. 29 Prozent sind mit einem Durchschnittskonsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag als starke Raucher einzustufen. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl der Anteil der täglichen Konsumenten als auch der Anteil starker Raucher. Darüber hinaus haben Männer eine höhere Konsumfrequenz als Frauen. Von allen 18- bis 64-jährigen Befragten weisen 10,8 Prozent (5,58 Millionen Personen) eine Tabakabhängigkeit nach den Diagnosekriterien des amerikanischen DSM-IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) auf. Hierbei handelt es sich mehr um Männer und Personen im Alter zwischen 21 und 29 Jahren.

Mit Ausnahme der 60- bis 64-jährigen Männer und der 40- bis 59-jährigen Frauen ist seit dem Jahr 1980 unter den aktuellen Rauchern ein deutlich rückläufiger Trend zu beobachten. Im Gegensatz dazu ist in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen in den Jahren 2000 bis 2012 ein signifikanter Anstieg in der Gruppe der starken Raucher und Raucherinnen zu beobachten, die als tabakabhängig einzustufen sind.
www.ift.de/fileadmin/literaturliste/ESA_2012_Tabak-Kurzbericht.pdf

2.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts

Nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) rauchen 29,7 Prozent der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen täglich oder gelegentlich (Frauen: 26,9 Prozent, Männer: 32,6 Prozent). Weitere 22,8 Prozent der Frauen und 33,7 Prozent der Männer haben früher geraucht, sind aber mittlerweile Nichtraucher. Nie geraucht haben 50,3 Prozent der 18- bis 79-jährigen Frauen und 33,7 Prozent der gleichaltrigen Männer.

Junge Erwachsene rauchen im Verhältnis zu anderen Altersgruppen am häufigsten (Abbildung 9). Bei den 18- bis 29-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz für das aktuelle (tägliche oder gelegentliche) Rauchen 40 Prozent, bei den gleichaltrigen Männern 47 Prozent. Im mittleren Lebensalter liegen die Prävalenzen bei 30 Prozent unter Frauen und zwischen 30 und 40 Prozent unter Männern, während von den 65- bis 79-jährigen Frauen und Männern nur 8,9 Prozent bzw. 11,6 Prozent rauchen.

Etwa ein Viertel aller rauchenden Frauen und Männer konsumieren 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren beträgt die Prävalenz des starken Rauchens damit 8,3 Prozent, wobei der Wert bei den Frauen (6 Prozent) unter dem Vergleichswert für Männer (10,6 Prozent) liegt. Der Anteil der starken Raucher ist in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen am höchsten. Von den Frauen und Männern dieses Alters rauchen 8,5 Prozent bzw. 16,8 Prozent stark. Die geringsten Anteile an starken Rauchern finden sich mit 1,5 Prozent bzw. 2,4 Prozent in der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung.

Abbildung 9:
Verbreitung des Rauchens bei Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen, dargestellt sind Prävalenzen (in Prozent) und 95-Prozent-Konfidenzintervalle

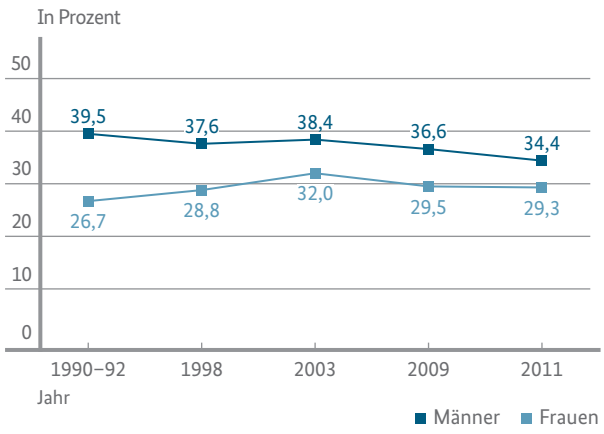
	Täglich		Gelegentlich		Früher		Nie	
Frauen	**%**	**(95 %-KI)**	**%**	**(95 %-KI)**	**%**	**(95 %-KI)**	**%**	**(95 %-KI)**
18–29 Jahre	29,7	(25,7– 34,1)	10,3	(7,8–13,5)	14,5	(11,5–18,0)	45,5	(41,0–50,1)
30–44 Jahre	24,6	(21,2–28,3)	6,6	(5,0–8,6)	20,4	(17,5–23,5)	48,5	(44,4–52,5)
45–64 Jahre	23,2	(20,4–26,2)	4,7	(3,6–6,1)	30,3	(27,7–32,9)	41,9	(38,9–44,9)
65–79 Jahre	7,1	(5,5–9,3)	1,8	(1,1–3,1)	20,0	(16,7–23,7)	71,1	(67,0–74,8)
Gesamt	21,4	(19,7–23,1)	5,5	(4,8–6,5)	22,8	(21,4–24,2)	50,3	(48,3–52,2)
Männer								
18–29 Jahre	34,2	(29,6–39,2)	12,8	(10,0–16,2)	12,6	(9,5–16,4)	40,4	(35,4–45,7)
30–44 Jahre	32,1	(28,0–36,5)	7,7	(5,8–10,3)	24,1	(20,4–28,4)	36,0	(31,9–40,4)
45–64 Jahre	25,6	(22,5–29,0)	4,6	(3,5–6,2)	43,0	(40,0–46,1)	26,7	(24,0–29,6)
65–79 Jahre	9,8	(7,7–12,3)	1,8	(1,0–3,1)	50,8	(47,2–54,5)	37,6	(34,1–41,3)
Gesamt	26,1	(24,0–28,2)	6,5	(5,6–7,5)	33,7	(31,9–35,5)	33,7	(31,8–35,7)

Quelle: RKI, „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, 2008 bis 2011

Aussagen über längerfristige zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen sind für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung möglich (Abbildung 10). Von den 1990er Jahren bis 2003 stieg die Prävalenz des Rauchens bei Frauen um mehr als fünf Prozentpunkte auf 32 Prozent, während bei Männern in diesem Zeitraum keine wesentlichen Veränderungen zu beobachten waren. Im Zeitraum von 2003 bis 2009 ging die Raucherquote bei Frauen wie Männern jeweils um etwa zwei Prozentpunkte zurück. Seitdem hat sich die Raucherquote unter Frauen kaum verändert und belief sich im Jahr 2011 auf 29,3 Prozent. Bei Männern hat sich der rückläufige Trend fortgesetzt, die Raucherquote ist bis zum Jahr 2011 um weitere zwei Prozentpunkte auf 34,4 Prozent gesunken.

www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Basispublikation/basispublikation_node.html

Abbildung 10:
Entwicklung des Raucheranteils in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung zwischen 1990 und 2011, dargestellt sind Prävalenzen



Quelle: RKI, Datenbasis aus den Gesundheitssurveys 1990–1992, 1998, 2003, 2009 und 2011

2.4 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts

Mit den Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) sind Aussagen zum Tabakkonsum der Bevölkerung ab 18 Jahren möglich. Laut den Ergebnissen aus dem Jahr 2012 liegt der Anteil der aktuellen und gelegentlichen Raucher bei 27,6 Prozent (Frauen: 23,9 Prozent, Männer: 31,4 Prozent). Der Anteil der ehemaligen Raucher beträgt 25,1 Prozent (Frauen: 20,5 Prozent, Männer: 29,9 Prozent), der Anteil der Nieraucher 47,4 Prozent (Frauen: 55,6 Prozent, Männer: 38,7 Prozent).

Zieht man zum Vergleich die Daten der GEDA-Studie von 2009 heran, so ist der Anteil der Raucher in den letzten drei Jahren um 2,3 Prozentpunkte gesunken, wobei der Rückgang unter Frauen mit 2,2 Prozentpunkten und bei Männern mit 2,5 Prozentpunkten ähnlich stark ausgeprägt war.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

2.5 „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS)

Nach der Basiserhebung der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wurde von 2009 bis 2012 eine erste Folgebefragung in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt (KiGGS Welle 1). Erste Auswertungen sprechen dafür, dass aktuell 12,2 Prozent der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland rauchen, wobei keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestehen. Damit hat sich der Anteil der rauchenden Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich verringert (Basiserhebung: 20,4 Prozent). Dass Kinder und Jugendliche regelmäßig rauchen (d. h. mindestens einmal in der Woche), trifft in diesem Alter auf 7,6 Prozent der Mädchen und 7,7 Prozent der Jungen zu. Die Prävalenz des täglichen Tabakkonsums beträgt bei Mädchen wie Jungen 5,8 Prozent. Die heute 17-Jährigen haben durchschnittlich im Alter von 15 Jahren mit dem regelmäßigen Rauchen angefangen (Mädchen: 15 Jahre, Jungen: 15,1 Jahre). Damit hat sich das Einstiegsalter von Kindern und Jugendlichen in den regelmäßigen Tabakkonsum seit der letzten Befragung erfreulicherweise weiter erhöht (Basiserhebung: 14,2 Jahre).
www.kiggs-studie.de

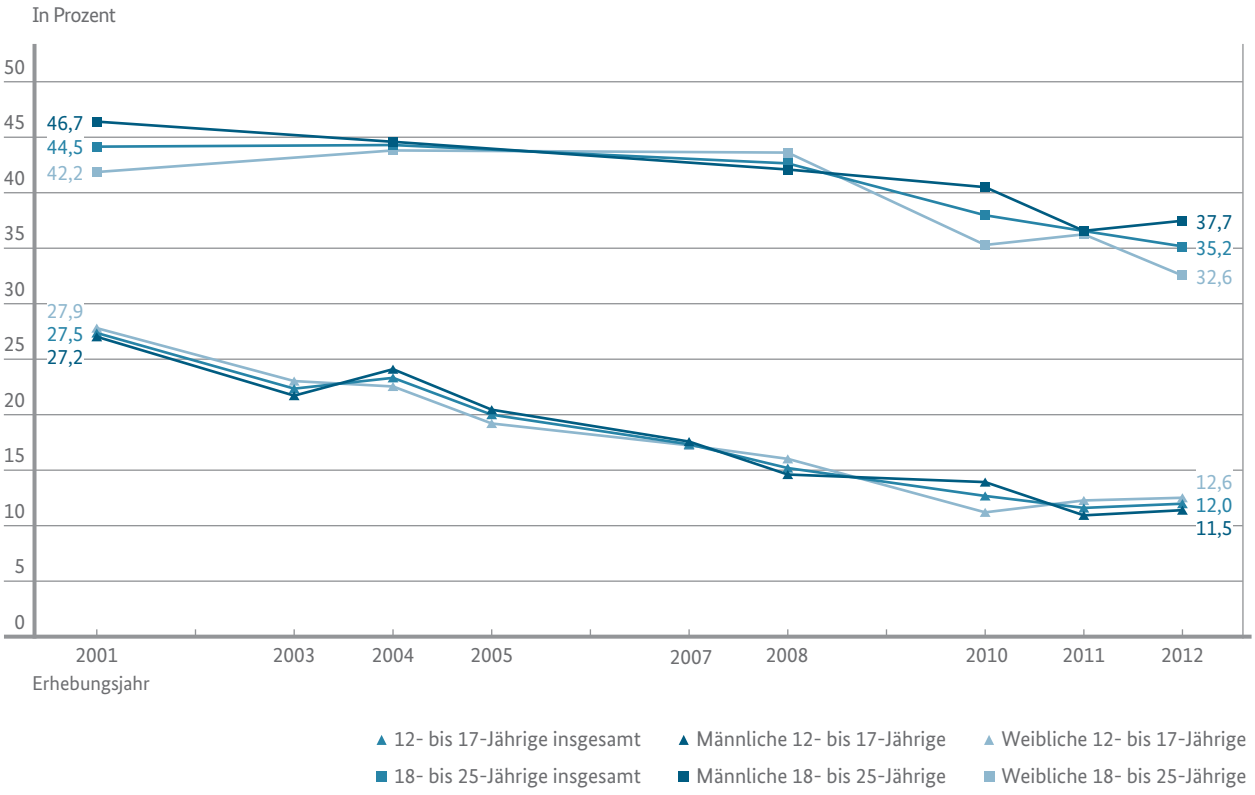
2.6 Repräsentativbefragung der BZgA zum Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener

Die Repräsentativbefragungen der BZgA zeigen, dass sich der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen seit dem Jahr 2001 mehr als halbiert hat (Abbildung 11). Er ist von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 12 Prozent im Jahr 2012 gesunken. Dabei sind die Unterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern unter den 12- bis 17-Jährigen in allen Erhebungsjahren sehr gering.

Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht das Rauchen zurück. Während 2001 noch 44,5 Prozent dieser Altersgruppe rauchten, taten dies im Jahr 2012 nur noch 35,2 Prozent. In der aktuellen Studie von 2012 ist das Rauchen unter den 18- bis 25-jährigen Männern statistisch signifikant höher als unter den gleichaltrigen Frauen.

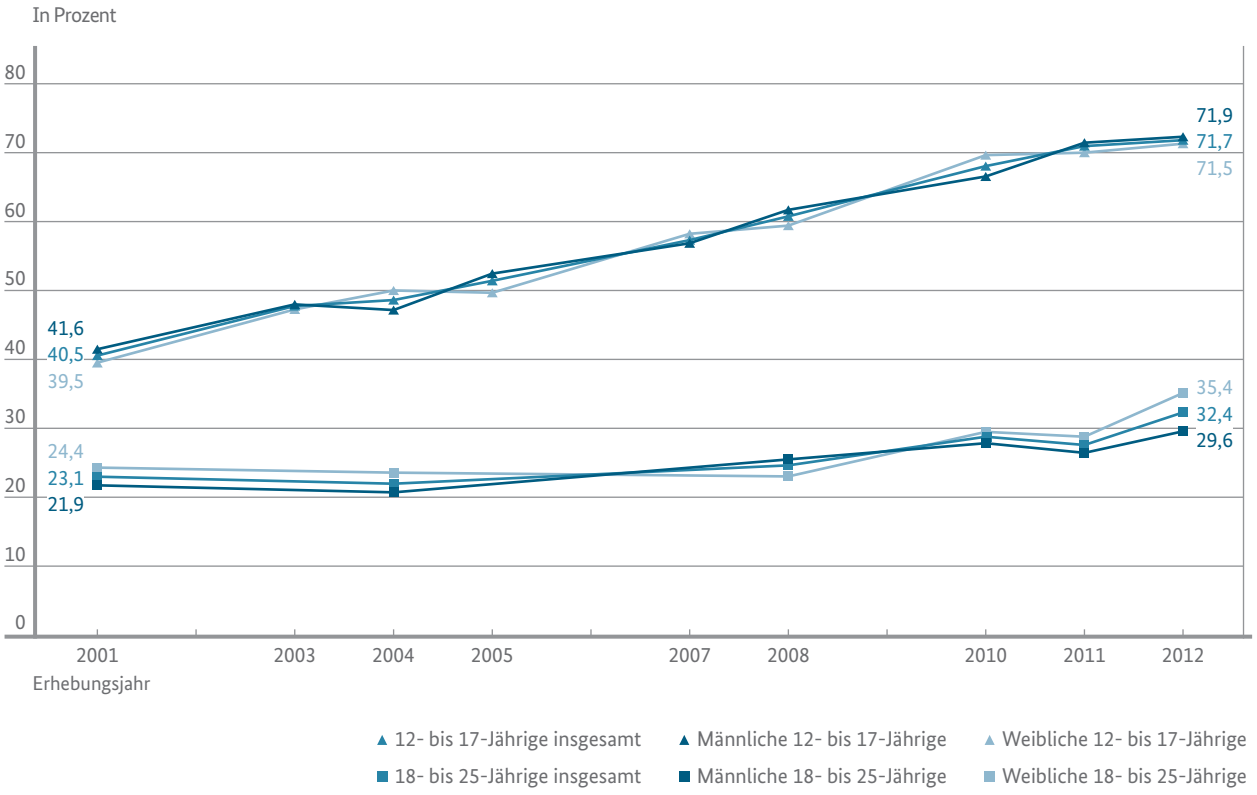
Gleichzeitig ist der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher im Zeitraum von 2001 bis 2012 deutlich angestiegen (Abbildung 12). Bei der Befragung 2001 hatten 40,5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen noch nie geraucht, 2012 waren es 71,7 Prozent. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Anteil des Nierauchens von 23,1 Prozent (2001) auf 32,4 Prozent (2012) gestiegen. Sowohl bei den 12- bis 17-Jährigen als auch bei den 18- bis 25-Jährigen sind die Entwicklungen des Nierauchens in beiden Geschlechtergruppen ähnlich.
www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention

Abbildung 11:
Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-Jährigen und bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends“, 2013

Abbildung 12:
Verbreitung des Nierauchens bei 12- bis 17-Jährigen und bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends“, 2013

3 Medikamente

3.1 Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Richtig angewandt sind Medikamente ein unerlässlicher Bestandteil medizinischer Therapien. Dennoch besitzen einige Medikamente ein oftmals unterschätztes Abhängigkeitspotenzial. Hierzu zählen vor allem Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel. Werden sie nicht bestimmungsgemäß und über einen zu langen Zeitraum eingenommen, so kann sich daraus unbemerkt eine Sucht entwickeln. Die Schätzungen dazu, wie viele Menschen in Deutschland medikamentenabhängig sind, gehen weit auseinander. Dies liegt vor allem daran, dass Medikamentenabhängigkeit schwer zu erheben ist.

Die Abhängigkeit von Medikamenten unterscheidet sich von anderen Suchtproblematiken. Oft geht sie mit einer schleichenden Dosissteigerung einher. Patienten nehmen folglich über sehr lange Zeiträume gleich oder ähnlich viele Medikamente zu sich. Die Unterscheidung, ob die Einnahme eines Medikaments aufgrund einer Erkrankung erfolgt oder ob es missbräuchlich eingenommen wird, ist schwierig. Bisherige Studien gingen von 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland mit Medikamentenabhängigkeit aus. Die jüngste Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) von 2012 verweist jedoch darauf, dass die Zahl der Medikamentenabhängigen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist (siehe B 3.2). Die Erhebung des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt, dass ein Anstieg der Einnahme von Schmerz- und Schlafmitteln vor allem unter älteren Menschen stattfindet (siehe B 3.3). Dies ist insofern problematisch, als insbesondere die meistverschriebenen Schlafmittel, Benzodiazepine, bei einer Langzeitverschreibung oft zu ähnlichen Symptomen führen wie natürliche Alterungsprozesse: Gedächtnisleistungen und körperliche Energie können nachlassen, Stürze können vermehrt auftreten. Durch zahlreiche jüngere Studien ist belegt, dass die dauerhafte Einnahme von Sedativa auch die Entwicklung von Demenz fördern kann. Eine Medikamentenabhängigkeit steht somit einem gesunden Altern entgegen.

3.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys

Laut den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 haben 61,9 Prozent der 18- bis 64-jährigen Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen. Seltener wurden Antidepressiva (6,2 Prozent), Schlafmittel (5,5 Prozent), Beruhigungsmittel (5,4 Prozent), Neuroleptika (1,4 Prozent), Anregungsmittel (0,9 Prozent) und Appetitzügler (0,4 Prozent) genutzt. Anders als bei anderen psychoaktiven Substanzen zeigt sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung bei Arzneimitteln ein häufigerer Konsum unter Frauen. Während der Schlafmittelkonsum mit zunehmendem Alter steigt, werden die übrigen Medikamente meist im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten eingenommen.

Betrachtet man die mindestens wöchentliche Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung, belegen Schmerzmittel und Antidepressiva mit jeweils 4,2 Prozent den ersten Rang. Darauf folgen Beruhigungsmittel (1,2 Prozent), Neuroleptika (1 Prozent) und Schlafmit-

tel (0,8 Prozent). Eine Abhängigkeit nach dem amerikanischen Diagnoseverzeichnis „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) liegt für Schmerzmittel bei schätzungsweise 3,4 Prozent der Befragten vor, für Schlafmittel bei 0,8 Prozent und für Beruhigungsmittel bei 1,4 Prozent. Hochgerechnet ergeben sich daraus für Deutschland etwa 2,31 Millionen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, die eine Abhängigkeit von mindestens einer der drei Arzneimittelgruppen aufweisen.

Veränderungen in der Arzneimitteleinnahme bei 18- bis 59-Jährigen lassen sich anhand der Daten des ESA bis 1995 zurückverfolgen. Seitdem sank sowohl die einmalige als auch die wöchentliche Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln sowie Appetitzüglern. Die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln nahm hingegen sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit wenigen Ausnahmen in allen Altersgruppen zu. Zudem stiegen zwischen 2000 und 2012 bei beiden Geschlechtern die Prävalenzwerte der Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln sowie bei Frauen die Prävalenzwerte der Abhängigkeit von Schmerz- und Schlafmitteln signifikant an.
www.ift.de/fileadmin/literaturliste/ESA_2012_Medikamente-Kurzbericht.pdf

3.3 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, DEGS1-MH) des Robert Koch-Instituts

Zwischen 2008 und 2011 wurden die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und ihr Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH) durchgeführt.

Hinsichtlich eines möglichen Abhängigkeits- bzw. Missbrauchspotenzials sind vor allem Medikamente zur Behandlung des Nervensystems (Anatomisch-Therapeutisch-Chemischer Code: N 00) relevant. Nach den Ergebnissen der DEGS1 haben 16,6 Prozent der Männer und 25,7 Prozent der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren aktuell (d. h. in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung) Präparate dieser Arzneimittelklasse eingenommen. Bei Frauen ist die Anwendung in allen Altersgruppen weiter verbreitet als bei Männern. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Einsatz dieser Medikamente mit dem Alter zu (Abbildung 14). Differenziert nach sozialem Status zeigt sich eine Abnahme der Anwendungsverbreitung mit steigendem Sozialstatus (untere Sozialschicht: 24,4 Prozent, mittlere Sozialschicht: 20,6 Prozent, obere Sozialschicht: 19,2 Prozent). Die Unterschiede zwischen unterer und oberer Sozialschicht sind statistisch signifikant.

Innerhalb der Medikamente zur Behandlung des Nervensystems werden insbesondere psychotrope Substanzen als potenziell suchtfördernd angesehen. Dazu gehören in erster Linie opioidhaltige Analgetika, Schmerzmittel mit dem Zusatz von Koffein, Benzodiazepine und Benzodiazepin-verwandte Substanzen (sogenannte Z-Drugs wie Zolpidem). In Abbildung 15 ist die Anwendungsprävalenz dieser Substanzen differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Nach den Ergebnissen der DEGS1 werden psychotrope Medikamente insgesamt häufiger von Frauen konsumiert als von Männern (5,2 gegenüber 3,4 Prozent). Insbesondere unter den älteren Menschen sind diese Unterschiede evident: Frauen zwischen 70 und 79 Jahren weisen mit 11,5 Prozent eine mehr als doppelt so hohe Anwendungsprävalenz auf wie Männer (5 Prozent). Damit hat jede zehnte Frau dieses Alters und jeder zwanzigste Mann in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung mindestens ein Medikament aus dieser Gruppe angewendet.

Die deutlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie die steigende Tendenz insbesondere bei den über 50-Jährigen zeigen sich auch in der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs. Abbildung 16 zeigt, dass Frauen diese Substanzen mehr als dreimal so häufig anwenden wie Männer (2 Prozent gegenüber 0,6 Prozent). Statistisch signifikante Differenzen in Abhängigkeit vom Sozialstatus oder von der persönlichen Lebenssituation (Leben in einer Partnerschaft oder nicht) lassen sich jedoch weder für die psychotropen Medikamente insgesamt noch für Benzodiazepine oder Z-Drugs nachweisen.

Abbildung 14:
Prävalenz der Arzneimittelanwendung bei Präparaten zur Behandlung des Nervensystems nach Alter und Geschlecht 2008 bis 2011

		Alter in Jahren						
Insgesamt	**n**	**18–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–69**	**70–79**	**18–79**
N00: Nervensystem	1.519	15,6 %	17,5 %	18,4 %	22,7 %	26,2 %	30,9 %	21,2 %
95 %-Konfidenzintervall		*(12,9–18,8 %)*	*(14,5–20,9 %)*	*(16,1–20,9 %)*	*(20,1–25,5 %)*	*(23,1–29,6 %)*	*(27,2–35,0 %)*	*(20,1–22,3 %)*
N02: Analgetika	893	12,4 %	12,5 %	13,5 %	12,7 %	14,7 %	12,2 %	13,0 %
95 %-Konfidenzintervall		*(10,1–15,2 %)*	*(10,0–15,6 %)*	*(11,4–15,8 %)*	*(10,4–15,3 %)*	*(11,9–18,1 %)*	*(10,1–14,7 %)*	*(12,0–14,1 %)*
N03: Antiepileptika	123	0,6 %	0,9 %	1,0 %	1,8 %	2,7 %	2,0 %	1,4 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,2–1,5 %)*	*(0,4–2,1 %)*	*(0,5–1,8 %)*	*(1,2–2,8 %)*	*(1,8–3,9 %)*	*(1,1–3,6 %)*	*(1,1–1,8 %)*
N04: Parkinsonmittel	40	–	–	0,2 %	0,8 %	0,6 %	2,0 %	0,5 %
95 %-Konfidenzintervall		–	–	*(0–1,1 %)*	*(0,3–2,1 %)*	*(0,3–1,2 %)*	*(1,1–3,6 %)*	*(0,3–0,8 %)*
N05: Psycholeptika	280	1,3 %	3,0 %	2,1 %	3,8 %	5,0 %	7,2 %	3,4 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,6–2,9 %)*	*(1,8–4,9 %)*	*(1,3–3,2 %)*	*(2,8–5,1 %)*	*(3,8–6,6 %)*	*(5,3–9,6 %)*	*(3,0–4,0 %)*
N06: Psychoanaleptika	457	2,6 %	3,0 %	4,5 %	7,9 %	9,2 %	13,5 %	6,3 %
95 %-Konfidenzintervall		*(1,5–4,3 %)*	*(1,7–5,4 %)*	*(3,2–6,2 %)*	*(6,4–9,7 %)*	*(7,2–11,6 %)*	*(10,5–17,2 %)*	*(5,6–7,2 %)*
Männer								
N00: Nervensystem	570	12,3 %	14,6 %	14,8 %	16,4 %	21,4 %	24,8 %	16,6 %
95 %-Konfidenzintervall		*(8,8–16,8 %)*	*(10,7–19,7 %)*	*(11,7–18,6 %)*	*(13,2–20,4 %)*	*(17,4–26,0 %)*	*(20,2–30,0 %)*	*(15,1–18,3 %)*
N02: Analgetika	343	8,9 %	10,6 %	11,6 %	10,7 %	11,6 %	10,4 %	10,6 %
95 %-Konfidenzintervall		*(6,3–12,6 %)*	*(7,2–15,2 %)*	*(8,8–15,1 %)*	*(8,0–14,2 %)*	*(8,0–16,5 %)*	*(7,7–13,9 %)*	*(9,3–12,1 %)*
N03: Antiepileptika	64	0,7 %	1,2 %	0,9 %	0,9 %	3,5 %	2,9 %	1,5 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,2–2,4 %)*	*(0,4–3,6 %)*	*(0,3–2,3 %)*	*(0,5–1,8 %)*	*(2,1–5,7 %)*	*(1,2–6,6 %)*	*(1,0–2,2 %)*
N04: Parkinsonmittel	14	–	–	–	0,2 %	0,2 %	2,1 %	0,3 %
95 %-Konfidenzintervall		–	–	–	*(0–1,4 %)*	*(0,1–0,7 %)*	*(0,9–5,2 %)*	*(0,1–0,7 %)*
N05: Psycholeptika	81	0,9 %	1,6 %	1,3 %	1,9 %	2,9 %	4,3 %	2,0 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,3–2,4 %)*	*(0,6–4,7 %)*	*(0,5–3,0 %)*	*(0,9–3,9 %)*	*(1,6–5,0 %)*	*(2,8–6,6 %)*	*(1,5–2,6 %)*
N06: Psychoanaleptika	132	2,7 %	2,9 %	2,4 %	4,4 %	5,3 %	7,3 %	3,8 %
95 %-Konfidenzintervall		*(1,3–5,5 %)*	*(1,3–6,4 %)*	*(1,3–4,3 %)*	*(3,0–6,4 %)*	*(3,6–7,8 %)*	*(4,6–11,2 %)*	*(3,1–4,7 %)*

		Alter in Jahren						
Frauen	**n**	**19–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–69**	**70–79**	**18–79**
N00: Nervensystem	949	19,0 %	20,4 %	22,1 %	28,8 %	30,8 %	36,0 %	25,7 %
95 %-Konfidenzintervall		*(15,1–23,7%)*	*(16,0–25,7%)*	*(18,4–26,4%)*	*(25,2–32,7%)*	*(25,9–36,2%)*	*(31,0–41,2%)*	*(23,9–27,6%)*
N02: Analgetika	550	16,1 %	14,6 %	15,5 %	14,7 %	17,7 %	13,7 %	15,4 %
95 %-Konfidenzintervall		*(12,3–20,6 %)*	*(11,0–19,2 %)*	*(12,3–19,3 %)*	*(11,5–18,4 %)*	*(13,5–22,7 %)*	*(10,9–17,1 %)*	*(13,9–17,0 %)*
N03: Antiepileptika	59	0,4 %	0,6 %	1,1 %	2,8 %	1,9 %	1,2 %	1,3 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,1–2,1 %)*	*(0,2–2,1 %)*	*(0,5–2,5 %)*	*(1,7–4,6 %)*	*(1,0–3,4 %)*	*(0,5–2,6 %)*	*(1,0–1,8 %)*
N04: Parkinsonmittel	26	–	–	0,4 %	1,4 %	0,9 %	1,8 %	0,7 %
95 %-Konfidenzintervall		–	–	*(0,1–2,3 %)*	*(0,5–4,0 %)*	*(0,4–2,1 %)*	*(0,8–3,9 %)*	*(0,4–1,2 %)*
N05: Psycholeptika	199	1,7 %	4,3 %	2,9 %	5,6 %	7,1 %	9,5 %	4,9 %
95 %-Konfidenzintervall		*(0,6–4,4 %)*	*(2,4–7,6 %)*	*(1,7–4,8 %)*	*(4,0–7,9 %)*	*(5,2–9,6 %)*	*(6,6–13,6 %)*	*(4,1–5,8 %)*
N06: Psychoanaleptika	325	2,5 %	3,2 %	6,7 %	11,4 %	12,8 %	18,6 %	8,8 %
95 %-Konfidenzintervall		*(1,2–5,5 %)*	*(1,3–7,3 %)*	*(4,5–9,7 %)*	*(9,0–14,4 %)*	*(9,5–17,0 %)*	*(14,5–23,5 %)*	*(7,6–10,1 %)*

Quelle: RKI, „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, 2008 bis 2011

Abbildung 15:
Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011

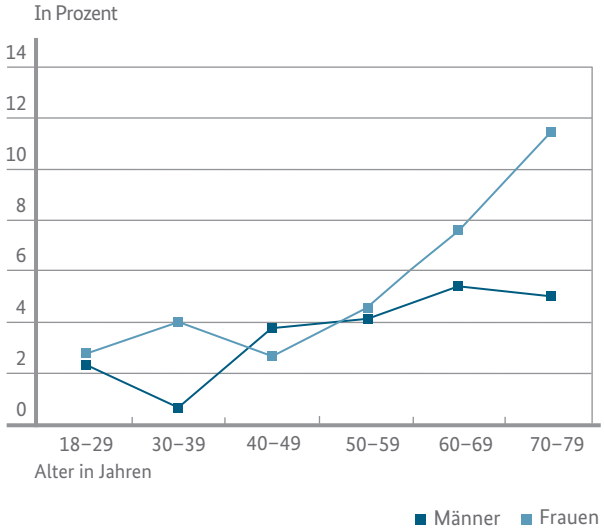
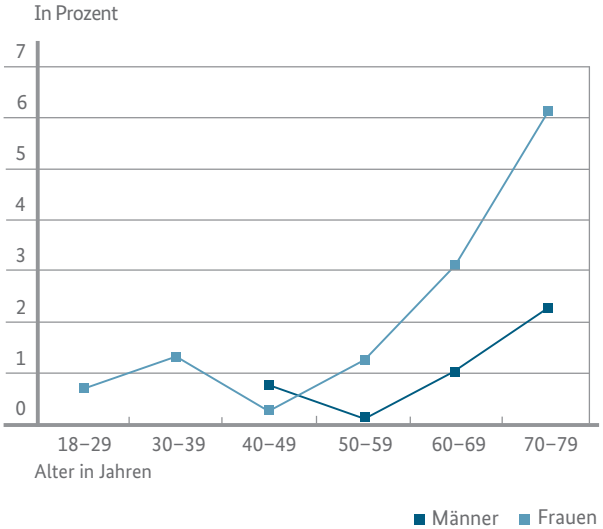


Abbildung 16:
Prävalenz der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011



Quelle: RKI, „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, 2008 bis 2011

Abbildung 17:
12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung *

Störung	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.) **
	Prozent (95 %-Konfidenzintervall)			
Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)	1,0
Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3

* DEGS1-MH, n = 5317 (davon imputierte Werte von n = 834 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen), Daten (% und Konfidenzintervalle) gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren; ohne Anwendung von DSM-IV-Hierarchieregeln; eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) ergibt aufgrund der Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und ist daher nicht zulässig.

** Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010. Zu beachten ist, dass a) sich die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt beziehen; b) auch die Angaben in Millionen sollen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden (vgl. Spalte „Gesamt“).

Quelle: F. Jacobi, M. Höfler, J. Strehle et al., „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)“, 2014

Ein Teil der DEGS1-Teilnehmer hat auch das Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH) durchlaufen. Auf der Basis dieser Studienpopulation konnten Prävalenzen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der erwachsenen Bevölkerung ermittelt werden (Abbildung 17). Laut DEGS1-MH gibt es in Deutschland 1,3 Millionen Menschen mit Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit.

4 Illegale Drogen

4.1 Situation in Deutschland

Zu Beginn des Jahres 2013 wurden die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) von 2012 vorgestellt, wonach der Konsum von illegalen Drogen im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2009 stabil geblieben ist. Eine deutliche Mehrheit der erwachsenen deutschen Bevölkerung (74,1 Prozent) hat noch nie in ihrem Leben irgendeine illegale Droge probiert.

Die meistkonsumierte illegale Droge in Deutschland ist Cannabis (siehe B 4.2). Der Konsum anderer illegaler Substanzen fällt in der Allgemeinbevölkerung deutlich geringer aus. Kokain und Amphetamin wurden im vergangenen Jahr von 0,8 Prozent bzw. 0,7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (das sind rund 85.000 bis 90.000 Menschen) mindestens einmal konsumiert, wobei 0,2 Prozent bzw. 0,1 Prozent von diesen Substanzen abhängig sind. Im Vergleich zu den vorangegangenen Erhebungen zeigt sich für Gesamtdeutschland kein zunehmender Gebrauch von Amphetaminen, wozu auch Methamphetamin (Crystal) zählt. Auch 2013 bleiben aber die erhöhten Sicherstellungs-, Konsum- und Behandlungsdaten, die vor allem aus den grenznahen Bundesländern zu Tschechien gemeldet werden, beunruhigend. Um eine bessere Vorstellung von den Konsumenten und ihren Motiven zu erhalten und entsprechend zielgerichtete Präventionsmaßnahmen zu initiieren, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Studie in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse unter C 1.2.4.1 dargestellt sind.

Während eine Heroinüberdosierung – auch in Verbindung mit anderen Substanzen – immer noch die Hauptursache für drogenbezogene Todesfälle ist, ist der Konsum von Heroin insgesamt nach wie vor rückläufig. Zugenommen hat dagegen die Zahl der Personen, die sich in opiatgestützter Behandlung befinden. Nach einem Rückgang zwischen 2010 (77.400) und 2012 (75.400) wurden zum Stichtag 1. Juli 2013 wieder 77.300 Patienten verzeichnet. Durch die Eröffnung zweier neuer Einrichtungen, u. a. in Berlin, haben mehr Schwerstabhängige Zugang zur diamorphingestützten Behandlung. Mit etwa 500 Patienten stellt die Zahl der Schwerstabhängigen in der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland allerdings unverändert nur einen sehr geringen Teil aller Patienten in der Substitutionsbehandlung dar.

Das Auftauchen neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) mit unbekanntem Risikopotenzial stellt weiterhin eine Herausforderung dar. Solche NPS, etwa Spice oder als Badesalz angebotene Substanzen, haben eine ähnliche Wirkung wie Cannabis, aber mit zum Teil höherer Wirkpotenz. Deutschland beteiligt sich daher intensiv an den Diskussionen zu entsprechenden Gesetzesvorschlagen auf europäischer Ebene (siehe C 4.3.1.1). Der Konsum dieser Substanzen ist im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen gering und im Vergleich zur Vorerhebung aus dem Jahr 2009 rückläufig: 0,2 Prozent der Erwachsenen berichteten, eine dieser Substanzen im vergangenen Jahr konsumiert zu haben.

4.2 Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys

Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) von 2012 wurde die Konsumprävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin und anderen Opiaten, Kokain, Crack, Pilzen sowie Spice, Space, Badesalzen, Cathinonen und anderen Drogen erfragt. Zusätzlich wurde bezüglich ausgewählter Substanzen erhoben, inwieweit Störungen nach dem amerikanischen Diagnoseverzeichnis „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) vorliegen.

Nach wie vor ist Cannabis die mit Abstand am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Fast jeder vierte Befragte (23,2 Prozent) im Alter zwischen 18 und 64 Jahren hat bereits Erfahrung mit dieser Substanz. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung konsumierten 4,5 Prozent Cannabis (das sind rund 2,9 Millionen Personen). Mit Prävalenzwerten von unter 1 Prozent ist der Konsum aller anderen untersuchten illegalen Drogen weit weniger verbreitet. Die Befragung zeigt, dass Männer illegale Drogen öfter konsumieren als Frauen. Während Cannabis am häufigsten von jungen Erwachsenen bis 20 Jahre konsumiert wird, ist der Konsum der übrigen Substanzen bei Personen zwischen 25 und 39 Jahren am häufigsten.

Schätzungen zufolge erfüllen etwa 0,5 Prozent der Bevölkerung im untersuchten Altersbereich die Kriterien für eine Cannabisabhängigkeit, 0,2 Prozent jene für eine Kokainabhängigkeit und 0,1 Prozent wiederum die Kriterien für eine Amphetaminabhängigkeit. Hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung weisen damit ca. 319.000 Personen eine Abhängigkeit von mindestens einer der drei Substanzen auf.

Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen nach einem Anstieg zwischen 1980 und Anfang der 2000er Jahre in den Folgejahren wieder zurückgegangen. Für die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen zeigt sich im Vergleich der Jahre 2000 und 2012 ein Anstieg der Cannabisabhängigkeit bei Männern von 0,5 Prozent auf 0,8 Prozent. Bei Frauen sind keine Veränderungen zu beobachten.
www.ift.de/fileadmin/literaturliste/ESA_2012_Drogen-Kurzbericht.pdf

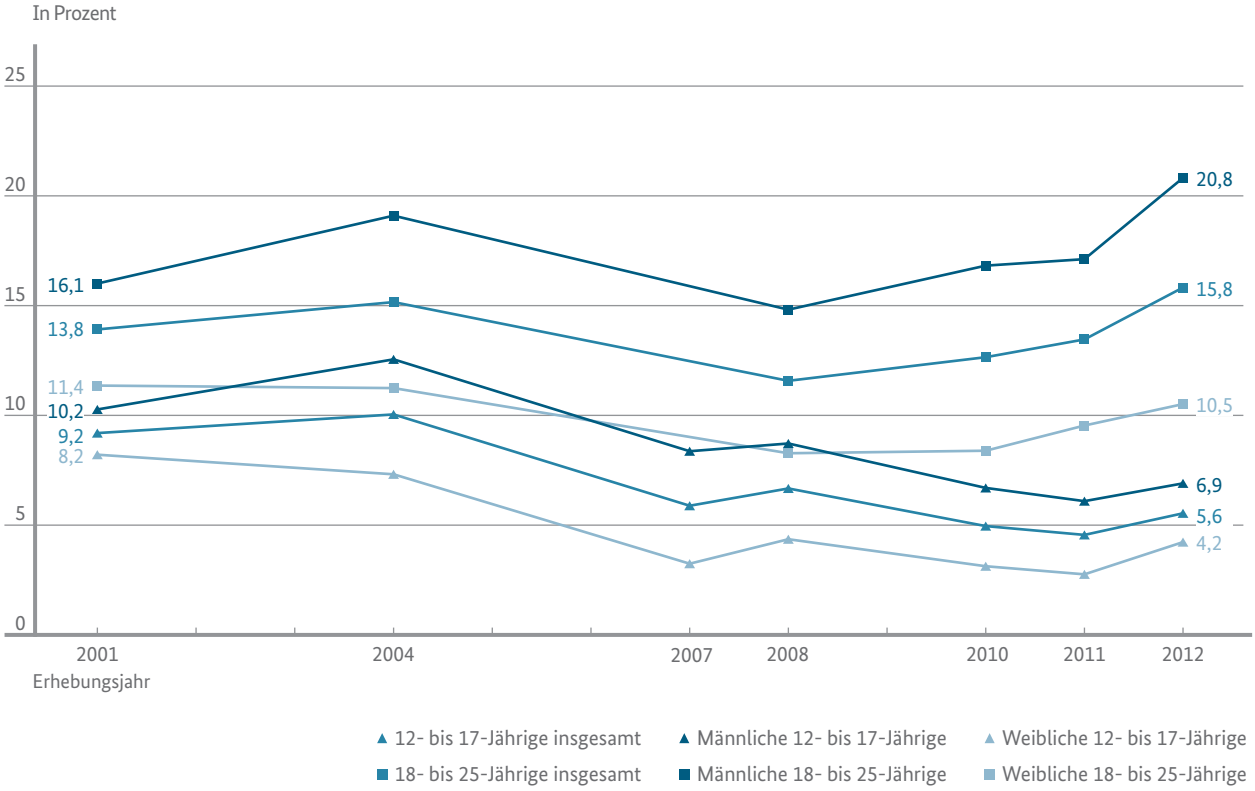
4.3 Repräsentativbefragung der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Rahmen ihrer letzten Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2012 zum Alkoholkonsum der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland auch deren Cannabiskonsum untersucht.

Bei den 12- bis 17-Jährigen ist der Anteil derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, von 9,2 Prozent im Jahr 2001 auf 5,6 Prozent im Jahr 2012 zurückgegangen (Abbildung 19). Hierbei ist der Cannabiskonsum unter männlichen und weiblichen Jugendlichen unterschiedlich weit verbreitet. 6,9 Prozent der männlichen und 4,2 Prozent der weiblichen 12- bis 17-Jährigen haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert.

Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren deutet sich seit 2008 ein Wiederanstieg der 12-Monats-Prävalenz an. Bezogen auf alle jungen Erwachsenen betrug diese im Jahr 2012 15,8 Prozent und lag damit wieder auf dem Niveau der Jahre 2001 und 2004. Der größte Zuwachs zeigte sich bei den 18- bis 25-jährigen Männern. In dieser Gruppe stieg der Anteilswert im Jahr 2012 auf 20,8 Prozent. Der Zuwachs bei den jungen Frauen dieser Altersgruppe war geringer und statistisch nicht signifikant. Bei ihnen betrug die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2012 10,5 Prozent.

Abbildung 19:
12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends“, 2013

4.4 Neue psychoaktive Substanzen

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

In den letzten Jahren sind immer wieder neue derartige Substanzen aufgetaucht: Die EBDD hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems zwischen 2005 und 2011 mehr als 164 neue psychoaktive Substanzen (NPS) ermittelt. Im Jahr 2012 wurde eine Rekordzahl von 73 erstmalig entdeckten Substanzen gemeldet und im Jahr 2013 weiterhin mindestens eine Substanz pro Woche. Synthetische Cannabinoide und synthetische Phenylethylamine/Cathinone machen seit 2005 zwei Drittel aller neuen Substanzen aus, die über das Frühwarnsystem gemeldet werden. Zudem gibt es vermehrt Meldungen über Substanzen aus eher seltenen chemischen Gruppen. Oft ist bei diesen Stoffen die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Die für Missbrauchszwecke geeignete Wirkung auf die Psyche bleibt jedoch erhalten oder wird sogar verstärkt.

Diese psychoaktiven Substanzen werden nach bisheriger Erkenntnislage maßgeblich im asiatischen Raum produziert. Zahlreiche Internetseiten sowie eine Vielzahl von Sicherstellungen deuten darauf hin, dass im asiatischen Raum eine Industrie herangewachsen ist, die gezielt die westlichen Märkte mit Rauschsubstanzen beliefert. Die europäischen Händler verkaufen die erworbenen Substanzen oder Produkte häufig in kleineren Mengen über sogenannte Head- und Online-Shops an kleinere Händler oder an Konsumenten. Die Verkäufer preisen die Substanzen fälschlicherweise als legale Alternative an und vermitteln so den – ebenfalls falschen – Eindruck, sie seien ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich. Die Drogen werden als Kräutermischungen, Badesalze, Lufterfrischer oder Pflanzendünger verpackt und verkauft, ohne die wirklichen Inhaltsstoffe anzugeben. Tatsächlich aber zieht der Konsum teilweise schwere Folgen nach sich: Die Symptome reichen von Übelkeit, heftigem Erbrechen, Herzrasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Ohnmacht, Lähmungserscheinungen und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Vitalfunktionen. Betroffene mussten bereits künstlich beatmet oder sogar reanimiert werden. In Deutschland wurden bereits Todesfälle bekannt, bei denen der vorherige Konsum einer oder mehrerer dieser NPS nachgewiesen werden konnte.

Briefing „Drogen im Blickpunkt“ der EBDD:
www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/responding-to-new-psychoactive-substances

Jahresbericht 2012 der EBDD zum Stand der Drogenproblematik in Europa:
www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012

EBDD-Europol-Jahresbericht 2012 zu neuen Drogen in Europa:
www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2012

Beschluss des Europäischen Rates zu neuen psychoaktiven Substanzen:
eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:127:0032:0037:de:PDF

4.5 Aktueller Stand der DRUCK-Studie

Das Robert Koch-Institut (RKI) führt seit April 2012 in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe für drei Jahre eine Studie bei intravenös Drogengebrauchenden (IVD) durch. Bei der DRUCK-Studie („Drogen und chronische Infektionskrankheiten“) handelt es sich um einen Sero- und Verhaltenssurvey, mit dem Informationen zu Infektionsrisiken und Verhaltensweisen von Menschen, die sich Drogen spritzen, gewonnen werden sollen. In diesem Rahmen werden auch Blutproben daraufhin untersucht, wie häufig die sexuell oder durch Drogenkonsum übertragbaren Infektionskrankheiten Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV vorkommen. Die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens soll helfen, derzeitige Präventionsempfehlungen zu aktualisieren und zu fokussieren.

Die DRUCK-Studie wird in Kooperation mit niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, lokalen AIDS-Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst in acht Städten durchgeführt und vom BMG gefördert. Der aktuellen Studie ist im Jahr 2011 eine Pilotstudie vorausgegangen, in deren Rahmen die Städte Berlin und Essen untersucht wurden. Um eine möglichst

repräsentative Stichprobe der IVD zu erreichen, wird zur Gewinnung der Studienteilnehmer ein modifiziertes Schneeballverfahren, das „Respondent Driven Sampling", als Rekrutierungsmethode genutzt, das sich die bestehenden sozialen Netzwerke von IVD zunutze macht. So sollen auch IVD für die Teilnahme gewonnen werden, die bisher keine Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Anspruch genommen haben und somit nicht an diese Einrichtungen angebunden sind.

Während der etwa achtwöchigen Rekrutierungsphase in einer jeden Studienstadt können IVD zu festgelegten Zeiten an der Studie teilnehmen und erhalten dafür eine Aufwandsentschädigung. Von geschulten Interviewern wird jeder Teilnehmer mit einem ausführlichen Fragebogen zu Wissen, Einstellungen, Risiko- und Präventionsverhalten befragt. Der Fragebogen wird anonym erhoben. Außerdem wird bei jedem Studienteilnehmer eine Kapillarblutprobe aus der Fingerbeere entnommen, die auf Infektionsmarker für HBV, HCV und HIV untersucht wird. Zusätzlich wird jedem Studienteilnehmer die Durchführung eines anonymen HIV-Schnelltests mit entsprechender Beratung angeboten. Die Vortestberatung sowie die Rückgabe der HIV- und HCV-Testergebnisse erfolgen im Rahmen eines Beratungsgesprächs durch den Studienarzt und geschulte Testberater. Studienteilnehmer, die neu positiv getestet werden, erhalten neben der Beratung auch die Möglichkeit, in die ärztliche Versorgung weitervermittelt zu werden. Bisher erfolgte die Untersuchung in Berlin, Essen, Leipzig, Frankfurt/Main, Köln, Hannover und München. Die letzte Studienstadt Hamburg wurde im Frühjahr 2014 untersucht.

Erste vorläufige Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Drogenszenen, der hauptsächlich konsumierten Substanzen sowie der Prävalenz der getesteten Infektionen in den einzelnen Studienstädten. Neben einer HCV-Antikörper-Prävalenz zwischen 31 und 73 Prozent fand sich eine HCV-RNA-Prävalenz von 23 bis 50 Prozent. Demnach sind bis zu 50 Prozent der IVD einer Stadt HCV-infiziert, potenziell behandlungsbedürftig und können andere anstecken. Die HIV-Prävalenz schwankte zwischen 0 und 9,1 Prozent der Studienpopulation einer Stadt. In allen bisherigen Studienstädten waren nur wenige IVD gegen Hepatitis B geimpft: Vorläufige Analysen zeigen, dass nur 15 bis 25 Prozent der IVD geimpft sind und 15 bis 30 Prozent eine Hepatitis B durchgemacht haben.

In allen Städten war ein hoher Anteil (76 bis 86 Prozent der IVD) bereits mindestens einmal im Leben inhaftiert und bis zu 37 Prozent der jemals Inhaftierten gaben an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben – trotz der entsprechenden Risiken durch die Benutzung von unsterilem, kontaminiertem Injektionsmaterial.

37 bis 65 Prozent der Studienteilnehmer einer Stadt waren zum Zeitpunkt der Erhebung in Substitution; 57 bis 76 Prozent gaben an, bereits obdachlos gewesen zu sein. Die DRUCK-Studie zeigt auch, dass die IVD den verschiedenen Angeboten in den Einrichtungen der Drogenhilfe – etwa der Testung auf Infektionsmarker für HIV, HBV und HCV oder der Testberatung – eine hohe Akzeptanz entgegenbringen. Das HIV-Schnelltestangebot wurde in den verschiedenen Städten von bis zu 20 Prozent der Teilnehmer angenommen.

Detaillierte Ergebnisberichte für die einzelnen Studienstädte sowie ein Gesamtbericht mit Empfehlungen für die Prävention von Infektionen werden Ende 2014 bzw. 2015 erwartet.

4.6 Schülerstudien im kommunalen Bereich

Neben repräsentativen Befragungen zum Suchtverhalten der Bevölkerung in Deutschland – etwa dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA), der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) und der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) des RKI sowie der Drogenaffinitätsstudie der BZgA – werden im Auftrag einiger Bundesländer und Kommunen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt. Diese Studien beruhen zum Teil auf Einzelauswertungen, die im Kontext größerer, auf Bundesebene durchgeführter Studien in Auftrag gegeben werden, so z. B. regionale Auswertungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS), der alle vier Jahre unter Schirm-

herrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC, **hbsc-germany.de**) oder des „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“ (ESPAD, **www.ift.de/index.php?id=330**).

Hessen:

Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) für die Stadt Frankfurt am Main

Informationen zur Häufigkeit des Suchtmittelkonsums auf lokaler Ebene liegen für Deutschland nicht gebündelt vor. Eine wichtige Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, stellt jedoch das „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Im Erhebungszeitraum 2012 gingen im Rahmen der Schülerbefragung 1.513 auswertbare Fragebogen aus den Klassenstufen 10 bis 12 sowie 1.000 Befragte aus den ersten drei Ausbildungsjahren in die Analyse ein. Die Befragten waren zwischen 15 und 18 Jahre alt. Frankfurt verfügt damit als einzige deutsche Stadt über langfristige, jährlich erhobene Daten zum Drogenkonsum.

Wichtigstes Ergebnis ist der Anstieg der Konsumerfahrung (von 34 Prozent auf 38 Prozent) und der 30-Tage-Prävalenz (von 15 Prozent auf 19 Prozent) von Cannabis unter 15- bis 18-Jährigen. Für diese Entwicklung gab es im Vorjahr bereits entsprechende Anzeichen.

Auch der aktuelle Konsum von Tabak hat insbesondere bei älteren Jugendlichen wieder zugenommen. Im Hinblick auf Alkohol ist ein leichter Anstieg beim aktuellen Konsum zu verzeichnen, während Trunkenheitserfahrungen im Monat vor der Befragung, häufiger Konsum und riskante Gebrauchsmuster wieder zurückgegangen sind. Die Lebenszeitprävalenz von sogenannten Räuchermischungen ist unter Jugendlichen nach dem Vorjahresrückgang gleich geblieben (7 Prozent), während andere *Legal Highs* bzw. *Research Chemicals* weiterhin nur in sehr geringem Maße verbreitet sind.

Nur geringe Veränderungen sind unter Jugendlichen beim Konsum anderer illegaler Drogen zu verzeichnen. Innerhalb von Partyumfeldern hat Ecstasy wieder deutlich an Bedeutung hinzugewonnen. Zudem gibt es gewisse Anzeichen für einen zukünftigen Konsumanstieg. Sowohl für Tabak und Alkohol als auch für Cannabis ist ein deutlicher Anstieg des Einstiegsalters zu beobachten. Der Anstieg beim Cannabiskonsum bezieht sich folglich vor allem auf ältere Jugendliche.

MoSyD – Szenestudie 2012

Das Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt hat 2013 eine aktuelle Befragung der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main veröffentlicht. Die Zusammenfassung ist Bestandteil des MoSyD-Jahresberichts 2012.

Befragt wurden 150 Drogenkonsumenten, die entweder unmittelbar in der offenen Drogenszene im Bahnhofsviertel oder in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden.

Das Durchschnittsalter der Befragten ist wieder leicht auf 37,2 Jahre gesunken, erreicht damit aber nach 2010 immerhin den zweithöchsten Wert im gesamten Beobachtungszeitraum. Die Wohnsituation hat sich wieder leicht verschlechtert: Der Anteil der Personen in prekären Wohnverhältnissen hat sich leicht erhöht, liegt aber noch unter den Werten der Erhebungen vor 2010. Der Konsum von Crack ist seit 2008 relativ deutlich angestiegen (24-Stunden-Prävalenz: 75 Prozent) und liegt damit bei den im Jahr 2012 befragten Drogenkonsumenten wieder vor Heroin (24-Stunden-Prävalenz: 68 Prozent). Der Konsum von Benzodiazepinen ist deutlich zurückgegangen – dies ist offenbar vor allem darauf zurückzuführen, dass Flunitrazepam seit 2011 endgültig und uneingeschränkt dem BtMG unterstellt ist. Nur ein Teil der Konsumenten ist auf andere Benzodiazepine umgestiegen.

Der Gesundheitszustand hat sich nach mehreren Jahren der Stagnation leicht verbessert. Dies spiegelt sich insbesondere in einem Rückgang der berichteten Symptome wider. Das Frankfurter Drogenhilfesystem verfügt nach wie vor über eine hohe Reichweite. Vor allem niedrigschwellige Maßnahmen werden häufig genutzt. Mehr als zwei Drittel der Konsumenten wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal auf der Straße von der Polizei kontrolliert. Drei von vier Befragten waren in ihrem Leben mindestens einmal inhaftiert.

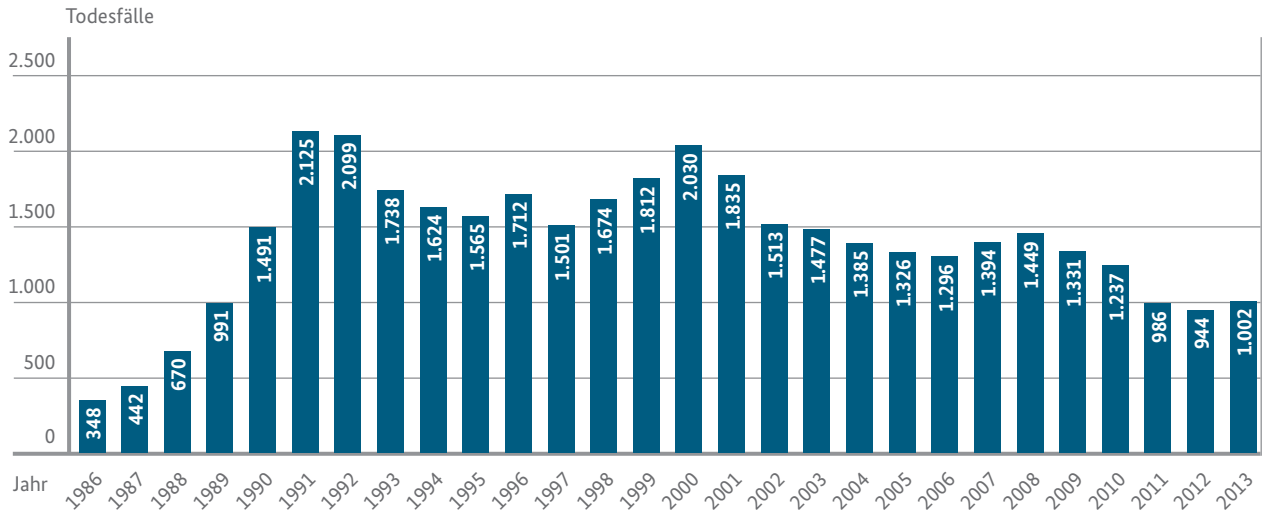
Nähere Informationen zu der Szenebefragung aus dem Jahr 2012:
www.cdr-uni-frankfurt.de

Hamburg:

Hamburger SCHULBUS
Lokale Ergebnisse liefern auch die „Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln“ (SCHULBUS), die nach 2009 auch im Jahr 2012 zum insgesamt fünften Mal im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) in Hamburg durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich um eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen. In die Erhebung 2012 konnten 1.013 Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren einbezogen werden. Die Befragungen erfolgten im Klassenverband der Schüler ab der achten Jahrgangsstufe.

Verschiedene Städte und Kommunen haben ihr Interesse signalisiert, das Datenerhebungsverfahren des Hamburger SCHULBUS zukünftig auch in ihren jeweiligen Gebietskörperschaften anzuwenden. Aus diesem Grund untersucht das Büro für Suchtprävention aktuell im Rahmen eines vom BMG geförderten Modellprojekts, wie und mit welchem konkreten Erkenntnisgewinn eine Adaption des Ansatzes in anderen Regionen ressourcenschonend möglich ist. Zu diesem Zweck wurden die bislang papiergestützten Erhebungsinstrumente auf ein Tablet-PC-basiertes Verfahren umgestellt und inzwischen über das Gebiet Hamburgs hinaus an vier Modellstandorten (in zwei Gemeinden in Niedersachsen, in einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern sowie in einem Landkreis in Schleswig-Holstein) zur regionalen Datenerfassung eingesetzt (siehe C 1.1.3.6).

Abbildung 20:
Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland im Langzeitverlauf



Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

4.7 Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität

Im Folgenden werden die wesentlichen Daten zur Rauschgiftkriminalität 2013, basierend auf dem Datenbestand der Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamts (BKA) zum 31. Januar 2014, dargestellt.

4.7.1 Drogenbedingte Todesfälle

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle stieg 2013 erstmals seit 2009 auf 1.002 Personen und damit um rund 6 Prozent gegenüber 2012 (944 Personen).

Die höchsten Anteile an der Gesamtzahl entfielen auf die bevölkerungsreichsten Länder Bayern (23 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (20 Prozent). Gemessen an den Einwohnerzahlen waren wie im Vorjahr Berlin und Hamburg am stärksten belastet. 83 Prozent der Rauschgifttoten waren Männer, 17 Prozent waren Frauen. Der Altersdurchschnitt aller Drogentoten lag mit knapp unter 38 Jahren nur unwesentlich über dem des Vorjahres.

Abbildung 21:
Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland insgesamt und nach Bundesländern 2012 und 2013 – Falldatei Rauschgift

Drogenbedingte Todesfälle		
Zeitraum	01.01.–31.12.2012	01.01.–31.12.2013
Anzahl Personen	944	1.002
Drogenbedingte Todesfälle nach Bundesländern		
Bundesländer	01.01.–31.12.2012	01.01.–31.12.2013
Schleswig-Holstein	26	23
Hamburg	49	62
Niedersachsen	56	60
Bremen	15	7
Nordrhein-Westfalen	204	198
Hessen	77	88
Rheinland-Pfalz	25	38
Baden-Württemberg	127	121
Bayern	213	230
Saarland	9	11
Berlin	113	119
Brandenburg	2	5
Mecklenburg-Vorpommern	5	1
Sachsen	9	14
Sachsen-Anhalt	5	9
Thüringen	9	16

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 22:
Drogenbedingte Todesfälle nach Geschlecht und Altersstruktur

	01.01.–31.12.2012	01.01.–31.12.2013
Gesamt	944	958
männlich	746	797
weiblich	177	161
bis 13 Jahre	1	1
14 bis 17 Jahre	2	1
18 bis 20 Jahre	14	9
21 bis 24 Jahre	53	48
25 bis 29 Jahre	130	117
ab 30 Jahre	723	782
unbekannt	21	44
Durchschnittsalter	37	38

Die Summe der männlichen und weiblichen Drogentoten kann von der Gesamtzahl abweichen, da in einigen Fällen das Geschlecht nicht erfasst wurde.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 23:
Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland nach einigen größeren Städten 2012 und 2013 – Falldatei Rauschgift

Stadt	2012	2013
Frankfurt	21	27
Köln	29	42
München	35	41
Hannover	3	11
Dortmund	4	8
Essen	20	5
Stuttgart	11	12
Nürnberg	13	30
Düsseldorf	9	8
Mannheim	11	8

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 24:
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) nach Bundesländern und Drogenarten 2013

Bundesland	Gesamt *	Heroin	Kokain	Meth-/ Amphetamin	Ecstasy	Crack	Sonstige
SH	**426**	45	138	241	63	0	9
HH	**332**	66	164	72	16	17	44
NI	**854**	70	248	483	88	5	19
HB	**53**	24	23	6	3	0	0
NW	**3.048**	486	568	1.923	268	0	87
HE	**573**	136	73	135	23	217	32
RP	**2.169**	116	230	1.792	270	0	24
BW	**1.524**	157	276	984	206	0	79
BY	**4.111**	357	561	2.965	177	0	123
SL	**224**	11	13	203	5	0	5
BE	**1.210**	189	451	569	84	1	13
BB	**887**	15	118	797	67	2	12
MV	**385**	6	79	295	39	0	7
SN	**1.254**	34	21	1.237	16	0	0
AN	**646**	16	48	730	45	0	0
TH	**897**	11	19	855	12	0	0

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

4.7.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)

Die Entwicklungen bei den erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) korrelieren weitgehend mit den Entwicklungen bei den Sicherstellungsfällen. Die größte Steigerungsrate ist bei den erstauffälligen Konsumenten von Ecstasy zu verzeichnen, was mit den deutlich gestiegenen Sicherstellungszahlen einhergeht. Wie in den Vorjahren sind die stärksten Rückgänge bei den erstauffälligen Konsumenten von Heroin zu verzeichnen, in Bezug auf Kokain ist die Zahl weiterhin weitgehend stabil.

Die noch immer deutlich größte Zahl der EKhD entfällt auf die Meth-/Amphetaminkonsumenten, zu denen auch die erstauffälligen Konsumenten von Crystal zählen. Die Zahl der erstauffälligen Crystal-Konsumenten ist erneut um ca. 7 Prozent angestiegen.

Abbildung 25:
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) 2012 und 2013

Zeitraum	Gesamt *	Heroin	Kokain	Meth-/ Amphetamin **	Ecstasy	Crack ***	Sonstige ****
01.01.-31.12.2012	**19.559**	2.090	3.263	13.728	1.257	369	474
01.01.-31.12.2013	**19.210**	1.789	3.173	13.721	1.480	242	468
Veränderung	**– 1,8 %**	– 14,4 %	– 2,8 %	– 0,1 %	+ 17,7 %	– 34,4 %	– 1,3 %

* Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als erstauffälliger Konsument harter Drogen (EKhD) registriert, kann aber aufgrund polytoxikomanen Konsumverhaltens in der Aufschlüsselung nach Drogenarten mehrfach Berücksichtigung finden.
** Unter den 19.210 Personen im Jahr 2013 befanden sich 2.746 erstauffällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamin. Gegenüber dem Jahr 2012 (2.556 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 7,4 Prozent.
*** Crack: Der enorme Rückgang der EKhD ist begründet auf dem geänderten Erfassungsverhalten von Hamburg und Hessen auch zu Fallzahlen und Sicherstellungsmengen.
**** Unter den 468 Personen im Jahr 2013 befanden sich 156 erstauffällige Konsumenten von LSD. Gegenüber dem Jahr 2012 (144 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 8,3 Prozent.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 26:
Sichergestellter illegaler Anbau/Cannabisplantagen 2012 und 2013

Plantagenart *	01.01. - 31.12.2012	01.01. - 31.12.2013
**Outdoorplantagen ** **	**144**	**91**
• Kleinplantagen	123	85
• Großplantagen	18	6
• Profiplantagen	3	0
Indoorplantagen * **	**665**	**691**
• Kleinplantagen	491	479
• Großplantagen	151	184
• Profiplantagen	23	28

* Die Klassifizierung der Cannabisplantagen auf Außenflächen und in Gebäuden erfolgt nach festgestellten Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen (Kleinplantagen), von 100 bis 999 Pflanzen (Großplantagen) und ab 1.000 Pflanzen (Profiplantagen).
** Menge der sichergestellten Pflanzen 2013: 2.940 St. (2012: 4.806 St.)
*** Menge der sichergestellten Pflanzen 2013: 93.818 St. (2012: 64.782 St.)

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 27:
Illegale Herstellung/Labore 2012 und 2013

Rauschgiftart	01.01.–31.12.2011	01.01.–31.12.2012
ATS *	18	23
GHB	1	1
Gesamt	**19**	**24**

* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances. Bei den im Jahr 2013 sichergestellten ATS-Laboren handelte es sich um 11 Produktionsstätten von Amphetamin (2012: 10) und 9 von Methamphetamin (2012: 12).

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

4.7.3 Drogenanbau – Drogenproduktion

Der Cannabisanbau auf Außenflächen und in Indoorplantagen hält unvermindert an. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 782 Cannabisplantagen sichergestellt (2012: 809). Dabei handelte es sich um 91 Outdoorplantagen (2012: 144), darunter 6 Großplantagen, sowie um 691 Indoorplantagen (2012: 665), davon 28 Profi- und 184 Großplantagen.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2013 in Deutschland 20 illegale Labore zur Herstellung synthetischer Drogen beschlagnahmt. Es handelte sich um 11 Produktionsstätten von Amphetamin und 9 Produktionsstätten von Methamphetamin. Mit Ausnahme eines größeren Labors zur Amphetaminproduktion verfügten die Labore lediglich über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises.

4.7.4 Drogenhandel – Drogenschmuggel

2013 sind die Zahlen der Sicherstellungsfälle und -mengen im Bereich der synthetischen Drogen wieder gestiegen. Die Zahl der Sicherstellungsfälle von kristallinem Methamphetamin (Crystal) lag mit 3.847 knapp 10 Prozent über der des Vorjahres. Die sichergestellte Menge von 77,3 kg Crystal bedeutet eine Zunahme von rund 3 Prozent gegenüber 2012 und einen erneuten nationalen Höchstwert bezüglich dieser Droge. Auch bei den Sicherstellungen von Amphetamin wurde sowohl hinsichtlich der Zahl der Sicherstellungsfälle als auch hinsichtlich der Gesamtmenge ein Anstieg festgestellt. Bei Sicherstellungen von Ecstasy-Tabletten ist die Zahl der Fälle um 25 Prozent und die sichergestellte Menge um gut 53 Prozent deutlich angestiegen. Die erhöhte Sicherstellungsmenge begründet sich u. a. auf zwei Großsicherstellungen von 70.500 und 204.000 Tabletten, die im Transit durch Deutschland nach Litauen bzw. Österreich geschmuggelt werden sollten.

Die Sicherstellungsfälle von Heroin nahmen weiterhin ab, die sichergestellte Gesamtmenge stieg jedoch um 11,8 Prozent an. Dies lag an einer Sicherstellung von 12,4 kg im Januar 2013 in Berlin und einer Sicherstellung von 21,3 kg im Dezember 2013 in Hannover.

Der gravierende Anstieg der Sicherstellungsmenge an Opium um über 200 Prozent ist auf eine Einzelsicherstellungsmenge von 228 kg am 27. November 2013 in Stralsund zurückzuführen. Der überprüfte LKW kam aus der Türkei über Italien und Polen zur Einreise nach Deutschland.

Die Zahl der Kokainsicherstellungsfälle lag weitgehend auf dem Niveau der Vorjahre. Auch im Jahr 2013 wurden große Einzelmengen an Kokain nach und durch Deutschland transportiert. Dies belegen Sicherstellungen in Hamburg, wo bei vier Sicherstellungen in Containern aus Kolumbien und Brasilien insgesamt 427 kg Kokain sichergestellt werden konnten. Eine Sicherstellung von 100 kg Kokain in Bremen war für den weiteren Transport nach Liverpool/GB bestimmt.

In weit höherer Frequenz als auf dem Seeweg wurde Kokain per Luftpost oder mittels Flugkurieren aus Südamerika nach Deutschland geschmuggelt. Die Mehrzahl der Sicherstellungen erfolgte im Transit am Flughafen Frankfurt/Main. Die Luftpostsendungen waren ausnahmslos zum Weitertransport ins Ausland bestimmt.

Hinsichtlich der Sicherstellungen von Haschisch hat sich der Trend sinkender Fallzahlen auch 2013 fortgesetzt. Die Sicherstellungszahlen von Marihuana lagen in etwa auf dem Niveau des Vorjahres.

Abbildung 28:
Rauschgifthandel/Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellungen

	01.01.–31.12.2012		01.01.–31.12.2013		Veränderungen	
Rauschgiftart	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**
Heroin	3.381	241,744 kg	3.065	270,193 kg	−9,6 %	+11,8 %
Opium	79	81,174 kg	66	293,607 kg	−16,5 %	+261,7 %
Kokain	3.618	1.258,366 kg	3.622	1.314,482 kg	+0,1 %	+4,5 %
Crack	1.242	0,504 kg	268	0,350 kg	−78,4 %	−30,6 %
Meth-/Amphetamin (davon Crystal)	11.919 (3.512)	1.195,782 kg (75,233 kg)	12.801 (3.847)	1.339,093 kg (77,294 kg)	+7,4 % (+9,5 %)	+12,0 % (+2,7 %)
Ecstasy	1.786	313.179 KE	2.233	480.839 KE	+25,0 %	+53,5 %
LSD	260	36.988 Tr.	287	35.823 Tr.	+10,4 %	−3,1 %
Haschisch	6.490	2.385,664 kg	5.638	1.769,666 kg	−13,1 %	−25,8 %
Marihuana	28.744	4.942,037 kg	28.875	4.827,100 kg	+0,5 %	−2,3 %
Cannabispflanzen	2.204	97.829 St.	2.026	107.766 St.	−8,1 %	+10,2 %
Khat	208	45.270,106 kg	173	22.794,667 kg	−16,8 %	−49,6 %
Psilocybine Pilze	450	17,269 kg	506	20,114 kg	+12,4 %	+16,5 %

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

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

Abbildung 29:
Rauschgifthandel / Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellungen von Crystal nach Bundesländern

	01.01.–31.12.2012		01.01.–31.12.2013		Veränderungen	
Bundesland	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**
Schleswig-Holstein	–	–	7	0,74 kg	–	–
Hamburg	6	0,007 kg	1	0,0004 kg	– 48,3 %	– 94,3 %
Niedersachsen	5	0,333 kg	10	0,066 kg	+ 100,0 %	– 80,2 %
Bremen	1	0,001 kg	0	0 kg	–	–
Nordrhein-Westfalen	18	2,923 kg	33	0,69 kg	+ 83,3 %	– 76,4 %
Hessen	26	22,925 kg	15	2,141 kg	– 42,3 %	– 90,7 %
Rheinland-Pfalz	15	0,037 kg	24	0,179 kg	+ 60,0 %	+ 383,8 %
Baden-Württemberg	21	0,547 kg	18	0,027 kg	– 14,3 %	– 95,1 %
Bayern	1.292	14,318 kg	1.063	36,005 kg	– 17,7 %	+ 151,5 %
Saarland	2	0,002 kg	2	0,007 kg	–	+ 250,0 %
Berlin	8	1,299 kg	34	0,787 kg	+ 325,0 %	– 39,3 %
Brandenburg	40	0,514 kg	74	0,293 kg	+ 85,0 %	– 43,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,017 kg	0	0 kg	–	–
Sachsen	1.560	24,375 kg	1.907	26,63 kg	+ 22,2 %	+ 9,3 %
Sachsen-Anhalt	141	2,876 kg	210	6,306 kg	+ 48,9 %	+ 119,3 %
Thüringen	375	5,061 kg	449	3,424 kg	+ 19,7 %	– 32,3 %

Quelle: Bundeskriminalamt, 2014

DFG-Projekt „Die Distribution illegaler Drogen“

Das Projekt „Die Distribution illegaler Drogen“ wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und läuft seit 2011. Ziel des Projekts ist es, die spezifischen Merkmale der geldlichen und nicht geldlichen Vorgänge bei der Verteilung von illegalen Drogen innerhalb von Netzwerken sozial unauffälliger Konsumenten näher zu untersuchen. Dabei sollen grundsätzliche Erkenntnisse über generelle Besonderheiten und informelle Regeln des Kleinhandels gewonnen werden.

Ende 2012 wurde ein Zwischenbericht zur Studie herausgegeben. Dabei wurden in erster Linie Resultate der quantitativen Auswertungen berücksichtigt. Insgesamt wurden 214 Drogenkonsumenten, von denen die Mehrheit ebenfalls Erfahrungen mit der Distribution illegaler Substanzen hat, mittels eines biografisch fokussierten Leitfadeninterviews und eines standardisierten Fragebogens befragt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Handelsaktivitäten sozial integrierter Konsumenten größtenteils nicht profitorientiert sind, sondern „Freundschaftsdienste“ darstellen. Auch bei einem Großteil jener, die Gewinn mit dem Drogenverkauf erzielen, steht der Profit oftmals nicht im Zentrum des Interesses. Darüber hinaus läuft ein erheblicher Teil der Drogenweitergabe in gänzlich unentgeltlicher Weise ab – etwa in Form von gemeinsamem Konsum oder Schenkungen. Im Hinblick auf die Handelsaktivität gestalten sich die Karriereverläufe sehr unterschiedlich. Während die meisten Handelserfahrenen niemals profitorientiert Drogen verkaufen, decken andere mit dem Handel vor allem die Kosten für ihren eigenen Konsum oder dringen in unterschiedlichem Ausmaß in höhere Handelsebenen vor, die bis hin zum (zeitweiligen) Import-/Großhandel reichen.

5 Pathologisches Glücksspiel

5.1 Situation in Deutschland

Von Glücksspiel spricht man immer dann, wenn um Geld gespielt wird. Die zu erzielenden Beträge hängen dabei von der Art des Glücksspiels ab. Diese reichen vom Lotto über Automatenspiele, Poker und Sportwetten bis hin zum Roulette in Spielbanken. Entscheidend für alle Glücksspiele ist, dass der Gewinn ausschließlich oder fast ausschließlich vom Zufall abhängt. Glücksspiel ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Manche Menschen können ihr Spielverhalten jedoch nicht kontrollieren und geraten dadurch in eine Abhängigkeit. Finanzielle Verluste, starke emotionale Belastungen, Konflikte in der Familie und Probleme am Arbeitsplatz sind die Folgen. Problematisch wird das Spiel dann, wenn es die eigenen wirtschaftlichen Möglichkeiten übersteigt und das Glücksspiel weite Teile des Lebens bestimmt.

Die Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2013 schätzt den Anteil von problematischen Glücksspielern in der deutschen Bevölkerung während der letzten zwölf Monate der Studie auf 0,82 Prozent; der Anteil

derjenigen, die wahrscheinlich ein pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen, wird auf 0,68 Prozent geschätzt.

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

Die mittlerweile vier Repräsentativbefragungen der BZgA (2007 bis 2013) unter 16- bis 65-Jährigen und die Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie" (PAGE) von 2011 hat sich die Datenlage zur Verbreitung des Pathologischen Glücksspiels in Deutschland in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Mit der PAGE-Studie liegt eine Datenbasis vor, die hohe methodische Standards erfüllt und sowohl national als auch international viele neue Erkenntnisse darüber liefert, wie problematisches und pathologisches Glücksspielen entsteht und wie Spielsucht verläuft. Die Stichprobe umfasste knapp 16.000 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren. Knapp 600 als problematisch oder pathologisch klassifizierte Glücksspieler wurden im Rahmen der klinischen Interviews nachuntersucht. Etwa 1 Prozent der 14- bis 64-Jährigen war im Laufe des Lebens von Pathologischem Glücksspiel betroffen. Innerhalb der letzten zwölf Monate spielten 1,4 Prozent risikoreich, 0,3 Prozent problematisch und 0,35 Prozent pathologisch Glücksspiele. Zugleich sind diese Menschen häufig auch von anderen psychischen Erkrankungen betroffen. Mehr als jeder Dritte hat zusätzlich zur Suchterkrankung eine weitere psychiatrische Erkrankung.

Auch die ambulante Beratungsnachfrage durch süchtige Spieler hat zugenommen. Bisher ist noch unklar, ob dies auf eine Zunahme von pathologischen Glücksspielern in Deutschland insgesamt oder auf bessere Zugänge zur Beratung zurückzuführen ist. Ein erfreulicher Faktor ist, dass zahlreiche Suchtberatungsstellen sich dieses Themas explizit angenommen haben und vermehrt spezifische Expertise vorhalten. Zudem wachsen das Bewusstsein und die Sensibilität für pathologisches Glücksspielverhalten in der Bevölkerung und damit auch unter Spielern und Angehörigen. Im Jahr 2011 wurden hochgerechnet gut 15.000 Glücksspieler in ambulanten Suchtberatungsstellen betreut. Hinzu kamen rund 2.000 Personen in stationärer Therapie. Der überwiegende Anteil (knapp 75 Prozent) der ratsuchenden Spieler spielte an Geldspielautomaten.

Kurzbericht zur PAGE-Studie:
www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf

5.2 BZgA-Studie zum Glücksspiel

2013 fand die mittlerweile vierte bundesweite Repräsentativbefragung der BZgA zum Glücksspielverhalten der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland statt. Dabei zeigte sich bei männlichen und weiblichen Befragten sowie in allen Altersgruppen erstmals ein deutlicher Rückgang der Spielteilnahme. So haben 78,8 Prozent der Befragten jemals in ihrem Leben (2011: 86 Prozent) und 40,2 Prozent in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (2011: 50,7 Prozent) an irgendeinem Glücksspiel teilgenommen.

Bei Glücksspielen allgemein sowie bei den meisten einzelnen Glücksspielangeboten zeigte sich unter den männlichen Befragten eine höhere Nutzung als unter den weiblichen: 44,7 Prozent der männlichen und 35,5 Prozent der weiblichen Befragten nahmen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung an einem Glücksspiel teil. Die Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Glücksspiel nimmt mit dem Alter zu.

Mit Ausnahme des Automatenspiels ist auch die Teilnahme an einzelnen Spielen im Vergleich zu 2011 rückläufig. Das Lottospiel „6 aus 49" war 2013 mit 25,2 Prozent (2011: 31,5 Prozent) erneut das mit Abstand am häufigsten genannte gewerbliche Glücksspiel. An zweiter Stelle wurden mit 10,6 Prozent Sofortlotterien genannt, gefolgt von Fernsehlotterien (5,2 Prozent) und der 2012 neu eingeführten europäischen Lotterie Eurojackpot (5 Prozent). Die im Vergleich zu 2011 höchsten

Abnahmen der Spielprävalenzen gab es bei Klassenlotterien, Oddset-Spielangeboten und der Glücksspirale.

Erheblich zugenommen hat die Nutzung von Geldspielautomaten hat seit 2007 insgesamt immer weiter zugenommen. 2013 betrug die 12-Monats-Prävalenz hier 3,7 Prozent. Der Anstieg fiel wiederum besonders deutlich in der Altersgruppe der 18- bis 20-jährigen männlichen Befragten aus: Seit 2007 hat sich die Spielprävalenz hier etwa vervierfacht (2007: 5,8 Prozent, 2013: 23,5 Prozent). Bei den 16- bis 17-jährigen Jungen ging das Spielen an Geldspielautomaten dagegen leicht zurück (2011: 6,8 Prozent, 2013: 4 Prozent). Insgesamt war im Jahr 2013 der Anteil der Jugendlichen, die im zurückliegenden Jahreszeitraum an einem der gewerblichen Glücksspiele teilgenommen haben, gegenüber 2011 rückläufig (von 24,1 auf 19,2 Prozent).

Dominierender Ort für eine Glücksspielteilnahme in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung war mit 68,9 Prozent weiterhin die Lotto-Annahmestelle, gefolgt vom Internet mit 10,7 Prozent. Während die Anteile dieser beiden Spielorte seit 2007 annähernd konstant geblieben sind, ist bei den Wettbüros allerdings eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (2007: 0,3 Prozent, 2013: 4,2 Prozent).

Aussagen über das Glücksspielverhalten lassen sich anhand der Spielfrequenz und der Spieleinsätze treffen. Die Verteilungen beider Merkmale blieben bei allen vier Erhebungen annähernd konstant. Unter allen Befragten, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung 2013 an mindestens einem Glücksspiel teilnahmen, spielten 29,7 Prozent mindestens einmal wöchentlich und 23,4 Prozent ein- bis dreimal im Monat. 39,6 Prozent setzten monatlich bis zu 10 Euro für Glücksspiele ein, weitere 38,9 Prozent zwischen 10 und 50 Euro.

Auf der Grundlage der Befragung von 2013 weisen schätzungsweise 0,68 Prozent (männliche Befragte: 1,16 Prozent, weibliche Befragte: 0,19 Prozent) der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland ein problematisches Glücksspielverhalten und 0,82 Prozent (männliche Befragte: 1,31, weibliche Befragte: 0,31 Prozent) ein pathologisches Glücksspielverhalten auf. Die erhöhte Quote im Vergleich zu den vorangegangenen Glücksspielbefragungen der BZgA ist durch einen Anstieg bei den männlichen Befragten bedingt. Hochgerechnet auf die 16- bis 65-jährige Bevölkerung zeigten im Jahr 2013 in Deutschland geschätzt rund 368.000 Menschen ein problematisches und rund 443.000 Menschen ein pathologisches Glücksspielverhalten.

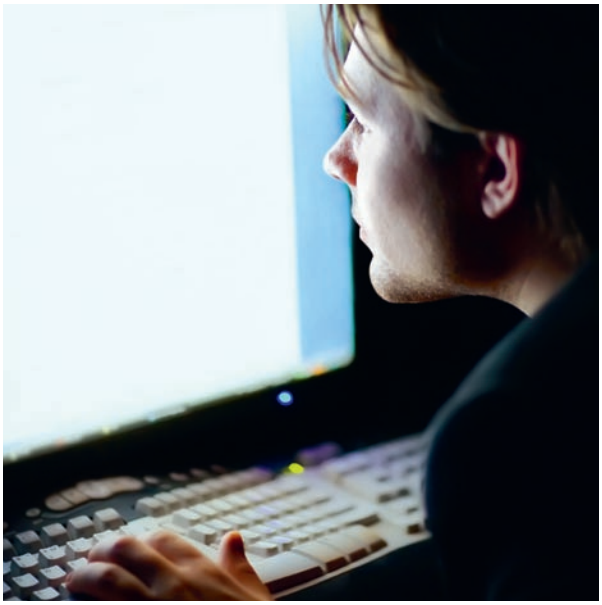
Als Risikofaktoren für Problemspielverhalten erweisen sich den Daten der Befragung 2013 zufolge männliches Geschlecht, junges Erwachsenenalter, ein niedriger Bildungsabschluss, Migrationshintergrund sowie Arbeitslosigkeit. Bezogen auf einzelne Glücksspiele finden sich Problemspieler am häufigsten unter den Befragten, die an Geldspielautomaten gespielt (28,6 Prozent), auf Sportereignisse gewettet (20 Prozent) oder an Casinospielen im Internet (17 Prozent, hauptsächlich Online-Poker) teilgenommen haben.

Bei den Nutzern von Geldspielautomaten zeigt sich – verglichen mit den Befragten, die dieses Glücksspiel nicht genannt haben – ein 30-fach erhöhtes Risiko für ein Problemspielverhalten.

Da zunehmend mehr Personen mobil erreichbar sind und sich damit die Repräsentativität der Befragung verbessert, wurden in der Erhebung von 2013 im Rahmen einer erweiterten Telefonstichprobe erstmals auch Befragte über ihren Mobilfunkanschluss kontaktiert. Die auf diese Weise ermittelten Spielprävalenzen liegen im sogenannten Dual-Frame-Auswahlrahmen (n = 11.500) fast durchweg etwas niedriger, als wenn ausschließlich über Festnetz ausgewählte Befragte betrachtet werden. Dagegen fallen die ermittelten Quoten für problematisches und pathologisches Glücksspielen in dem erweiterten Auswahlrahmen insbesondere bei männlichen Befragten etwas höher aus, was in erster Linie durch den Mobilfunkstichprobenanteil verbessert wurde. Damit lagen im Jahr 2013 beide Quoten etwas über jenen Quoten, die aus anderen Glücksspielstudien in Deutschland bekannt sind.

Die Bevölkerung setzt sich weiterhin intensiv mit dem Thema Glücksspielsucht auseinander: Knapp 68 Prozent der im Jahr 2011 Befragten schätzten sich diesbe-

züglich als gut informiert ein. Der Bekanntheitsgrad von regionalen Beratungsstellen und telefonischen Beratungsmöglichkeiten zur Glücksspielsucht hat weiter zugenommen. Zugleich bestätigte sich auch im Jahr 2013, dass die gesetzlichen Regelungen und die staatliche Kontrolle des Glücksspiels zum Schutz der Spieler und insbesondere der Jugendlichen mit Raten um 90 Prozent und mehr weiterhin hohe Zustimmung finden. Ein Verbot von Glücksspielen im Internet befürworten 59 Prozent der Befragten.
www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel



6 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

6.1 Situation in Deutschland

In der breiten Bevölkerung ist die Nutzung von Computer und Internet im Privatleben und in der Arbeitswelt selbstverständlich und unproblematisch. Erziehungs- und Suchtberatungsstellen beobachten allerdings seit etwa zehn Jahren ein Phänomen, das „pathologischer Computer- oder Internetgebrauch“ genannt wird und als eine neue Form der stoffungebundenen Süchte gilt. Die Symptome sind mit denen anderer Abhängigkeitserkrankungen vergleichbar. Die Betroffenen verlieren die Kontrolle über ihr Nutzungsverhalten und verbringen so viel Zeit am PC oder im Internet, dass dies erhebliche negative Konsequenzen für ihr berufliches und privates Leben sowie ihre Gesundheit hat.

Bisher stehen gesicherte und einheitlich anerkannte Methoden zur Erfassung dieser Störung noch aus. Es wurden zwar erste Screeningverfahren entwickelt, doch bis Mitte 2013 fehlten abgesicherte Schwellenwerte (Cut-offs), die pathologische Ausprägungen

erkennen lassen. Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile“ (PINTA-DIARI) wurden daher auf der Grundlage diagnostischer Interviews Schwellenwerte abgeschätzt und zur Verfügung gestellt, die für weitere Erhebungen und andere Studien genutzt werden können.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Klärung, wann eine Störung der Internetnutzung mit Krankheitswert vorliegt, erfolgte im Frühsommer 2013 durch die Expertengruppe für die fünfte Revision des amerikanischen Diagnoseverzeichnisses „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) der American Psychiatric Association (APA). Auf der Grundlage der bisherigen Evidenz wurden relevante Kriterien für eine pathologische PC-Nutzung festgelegt. Nachweise für Störungen mit Krankheitswert sind derzeit am besten im Bereich der pathologischen Nutzung von PC-Spielen belegt. Die Störung wurde deshalb entsprechend begrenzt und als „Internet Gaming Disorder“ bezeichnet. Andere Formen pathologischer PC-Nutzung – etwa in Bezug auf soziale Netzwerke oder Online-Pornografie – gelten demnach zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht hinreichend untersucht. Damit nach DSM-V eine Diagnose zu vergeben ist, müssen von neun Kriterien mindestens fünf erfüllt sein.

Auffällig ist, dass Internetsucht kein Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten zu sein scheint, sondern vielmehr in allen sozialen Gruppen vorkommt. Menschen mit pathologischem Internetgebrauch leiden oft auch unter einer psychischen Erkrankung. Bei diesen sogenannten komorbiden Störungen handelt es sich meistens um Depressionen, Affektstörungen oder ADHS, aber auch um Substanzmissbrauch, etwa von Alkohol oder Nikotin.

Die Ergebnisse der PINTA-DIARI-Studie zeigen bei den nachuntersuchten Personen einen ähnlich hohen Prozentsatz einer aktuellen Internetabhängigkeit nach DSM-V wie in der Vorgängerstudie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA I). Die im September 2011 veröffentlichte PINTA-I-Studie ergab, dass in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 560.000 Menschen als internetabhängig bezeichnet werden können; das entspricht einer Prävalenz von 1 Prozent. Die meisten davon sind jung: Unter den 14- bis 24-Jährigen zeigen etwa 250.000 Personen Anzeichen einer Abhängigkeit, bei den 14- bis 16-Jährigen sind es 100.000 Abhängige und in der Altersgruppe der über 25-Jährigen weisen insgesamt etwa 0,7 Prozent eine wahrscheinliche Internetabhängigkeit auf. In bestimmten Teilgruppen der Gesellschaft, etwa bei Arbeitslosen und Migranten, wurde ein höheres Risiko festgestellt.

Die 2013 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichte Drogenaffinitätsstudie bestätigt mit ihren Daten aus dem Jahr 2011, dass Computerspiele und das Internet für viele Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland attraktiv und für die meisten von ihnen ein Gewinn sind. Bei einem vergleichsweise geringen Anteil der insgesamt 5.000 Befragten im Alter von 12 bis 25 Jahren kommt es aber im Umgang mit Computerspielen und dem Internet zu Verhaltensproblemen. Um Prävention möglichst genau ausrichten zu können, sollte mit der Drogenaffinitätsstudie in Erfahrung gebracht werden, wer und wie viele Personen von ebensolchen Problemen betroffen sind. Untersucht wurden hierfür die Verbreitung, Häufigkeit und Dauer des Spielens von Offline- und Online-Computerspielen sowie weitere Nutzungsmöglichkeiten des Internets und die Verbreitung des exzessiven und problematischen Verhaltens bei der Nutzung dieser Angebote (mehr zu der Studie und ihren Ergebnissen siehe B 6.3).

Anders als vorhergehende Untersuchungen zeigen die Ergebnisse der PINTA-I-, der PINTA-DIARI- und der Drogenaffinitätsstudie, dass es bezüglich einer Internetabhängigkeit offenbar keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, auch wenn die zugrunde liegende Nutzung des Internets (Spiele bzw. soziale Medien) unterschiedlich ist. Die Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Beratung und Therapie sollten deshalb spezifisch auf die verschiedenen Nutzergruppen ausgerichtet werden.

6.2 Forschungsprojekt PINTA-DIARI

Die PINTA-I-Studie ergab bereits eine erste fundierte Schätzung, wie verbreitet der problematische und der abhängige Internetgebrauch in Deutschland sind. Um verlässliche Angaben zur Internetabhängigkeit in Deutschland zu erhalten, erfolgte mit dem Projekt „Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile“ (PINTA-DIARI) eine Überprüfung dieser Schätzung. Grundlage der Befragung war ein klinisches Interview, in dem ausführlich eine standardisierte, voll strukturierte Diagnostik der Internetabhängigkeit durchgeführt wurde. Dabei wurden alle Personen eingeschlossen, die erhöhte Werte in der CIUS aufwiesen und im Rahmen der PINTA-I-Studie ihre Bereitschaft zu einer weiteren Befragung erklärt hatten. Insgesamt konnten 196 Personen nachuntersucht werden. Neben der Diagnostik wurden Risikofaktoren und Beeinträchtigungsmaße sowie komorbide psychische Störungen erhoben.

Die Ergebnisse von PINTA-DIARI ergeben – hochgerechnet auf die Gesamtpopulation – einen ähnlich hohen Prozentsatz einer aktuellen Internetabhängigkeit nach DSM-V wie in der Vorgängerstudie PINTA I. Insgesamt erfüllten 82 der untersuchten Probanden die Kriterien für eine Internetabhängigkeit während der bisherigen Lebenszeit, 39 Personen erfüllten die Kriterien für die Diagnose einer aktuell vorliegenden Internetabhängigkeit. Die nach DSM-V Abhängigen wiesen in einer Reihe von Merkmalen deutliche Beeinträchtigungen auf, was die klinische Bedeutsamkeit der Störung unterstreicht. Von der Gruppe der Abhängigen gaben 36,6 Prozent an, hauptsächlich Online-Spiele zu nutzen. Ebenfalls 36,6 Prozent nannten soziale Netzwerke und 26,8 Prozent andere Internetanwendungen als Hauptaktivitäten. Zwischen diesen drei Gruppen zeigten sich auch im Hinblick auf Beeinträchtigungen, Lebensbewältigung und Abhängigkeitsmerkmale kaum Unterschiede. Die höchste Nutzungsdauer wiesen allerdings die Online-Spieler auf. Die Internetabhängigkeit der teilnehmenden Frauen stand deutlich häufiger mit sozialen Netzwerken in Zusammenhang als bei Männern. Mit der Diagnose der Internetabhängigkeit gingen oft weitere Merkmale einher, so etwa das Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen sowie Aspekte von Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen.

Die in der PINTA-I-Studie festgestellte Prävalenz von 1 Prozent der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland wurde mit PINTA-DIARI im Wesentlichen bestätigt. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die Internetabhängigkeit – ob in Bezug auf Online-Spiele, soziale Netzwerke oder weitere Internetanwendungen – mit deutlichen negativen Auswirkungen verbunden ist.

6.3 BZgA-Studie zu Computerspielen und Internetnutzung

Innerhalb ihrer Drogenaffinitätsstudie hat die BZgA im Jahr 2011 erstmals das Spielen von Offline- und Online-Computerspielen sowie die weitere Nutzung des Internets ausführlich untersucht. Die Studie befasste sich außerdem mit der Verbreitung des exzessiven und problematischen Verhaltens bei der Nutzung dieser Angebote.

Demnach spielen vier Fünftel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren und knapp drei Viertel der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen Offline-Computerspiele, d. h. am PC, mit dem Mobiltelefon oder mit Spielkonsolen. Das Spielen von Online-Computerspielen ist geringer verbreitet. Drei Fünftel der 12- bis 17-Jährigen und die Hälfte der 18- bis 25-Jährigen spielen online.

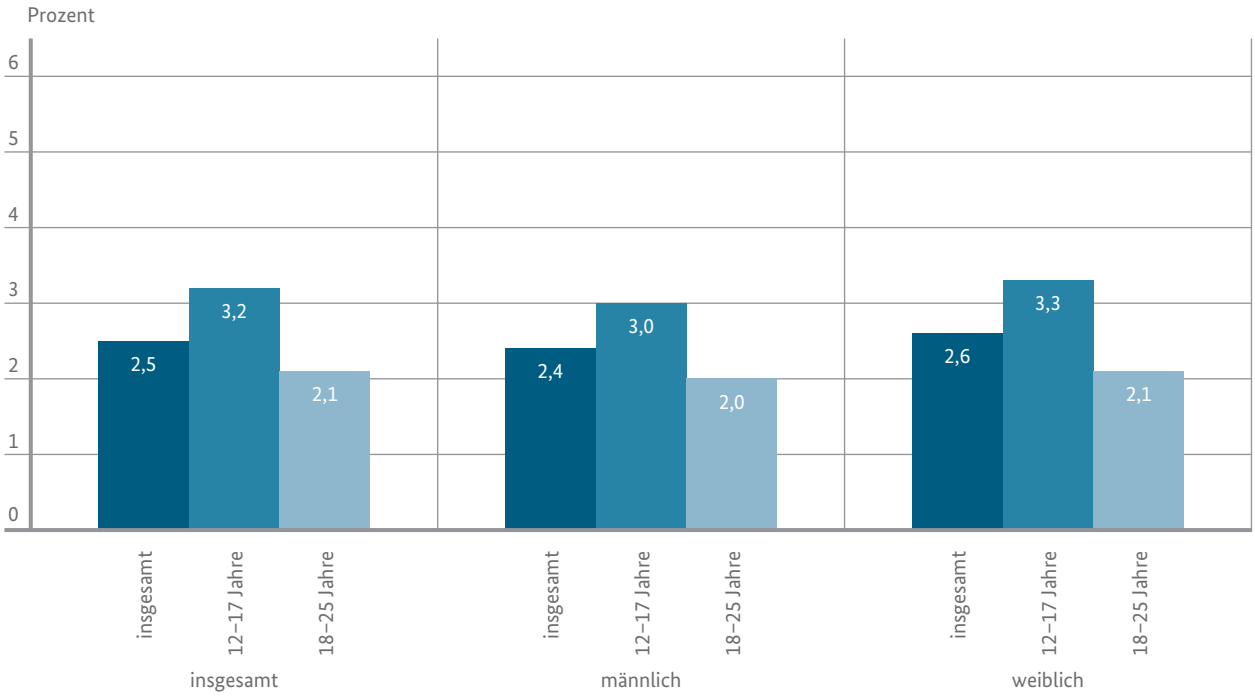
Dem Internet kommt eine große Bedeutung zu, wenn es darum geht, sich mit anderen auszutauschen, sich zu informieren oder zu unterhalten, zum Beispiel indem man Videos schaut oder Musik hört. Über 95 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nutzen das Internet auf diese Weise. Der größte Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigte 2011 im Umgang mit Computerspielen und dem Internet keine Verhaltensprobleme. 2,5 Prozent der 12- bis 25-Jährigen sind jedoch nach der CIUS als exzessive Internetnutzer bzw. exzessive Computerspieler einzustufen (Abbildung 32). Dabei gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Bei den 12- bis 17-Jährigen ist mit 3,2 Prozent

ein etwas größerer Anteil als bei den 18- bis 25-Jährigen (2,1 Prozent) betroffen. Schüler der Haupt- und berufsbildenden Schulen sowie Arbeitslose haben vergleichsweise hohe Werte, die allerdings nicht statistisch signifikant sind. Exzessive Internetnutzung bzw. exzessives Computerspielen ist in der Gruppe mit dem Migrationshintergrund „Türkei/östliches Mittelmeer/Asien“ statistisch signifikant häufiger anzutreffen.

Aus der Studie folgt, dass Prävention möglichst frühzeitig ansetzen sollte, weil sich schon im späten Kindes- und frühen Jugendalter Auffälligkeiten zeigen. Prävention sollte das Ziel haben, männliche und weibliche Jugendliche und alle sozialen Gruppen – vor allem auch die sozial schlechter gestellten und jene mit Migrationshintergrund – zu erreichen.
www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/

Exzessive Internetnutzung. Mit „exzessiver Internetnutzung“ bzw. „exzessivem Computerspielen“ ist ein problematischer Umgang mit dem Internet oder mit Computerspielen gemeint, der zu erheblichen persönlichen und zwischenmenschlichen Problemen und Belastungen geführt hat. Die Betroffenen haben ihren Umgang mit Internet und Computerspielen nicht mehr unter Kontrolle, sie beschäftigen sich gedanklich übermäßig stark damit, fühlen sich unruhig oder gereizt, wenn sie diese Angebote nicht nutzen können, und vernachlässigen zudem andere wichtige Lebensaufgaben zugunsten des Computerspielens oder der Internetnutzung.

Abbildung 32:
Verbreitung exzessiver Internetnutzung bzw. exzessiven Computerspielens bei 12- bis 25-Jährigen insgesamt, bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen nach Geschlecht



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Computerspielen und Internetnutzung“, 2013

C | Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik

1 Prävention

1.1 Suchtstoffübergreifende Prävention

Erfolgreiche Prävention ist zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Um die Menschen zu erreichen und ihnen geeignete Angebote machen zu können, müssen sie in ihrem jeweiligen Umfeld und an ihre individuelle Lebenssituation angepasst angesprochen werden. Prävention bedeutet, Abhängigkeiten vorzubeugen sowie den bereits bestehenden problematischen, gesundheitsgefährdenden Konsum von Suchtmitteln zu verringern. Des Weiteren müssen die Menschen in ihrem persönlichen Umgang mit Risiken gestärkt werden.

Das Ziel universeller Prävention ist es, breite Bevölkerungsgruppen über die Folgen des Suchtmittelkonsums zu informieren und aufzuklären. Im Bereich der selektiven Prävention werden spezifische Angebote für Gruppen mit einem riskanten Verhalten entwickelt. Die indizierte Prävention richtet sich wiederum an diejenigen, bei denen sich bereits Probleme entwickelt haben. Die spezifischen Ursachen und Verlaufsmuster der Suchterkrankungen müssen dabei für die verschiedenen Gruppen gesondert betrachtet werden.

Im Folgenden werden verschiedene Beispiele suchtstoffübergreifender Präventionsansätze vorgestellt, die sich an unterschiedliche Zielgruppen (Altersgruppen, Settings, Lebenssituationen) richten.

1.1.1 Suchtprävention in der Schwangerschaft und im Kindesalter

1.1.1.1 Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft

Der Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen in Schwangerschaft und Stillzeit hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung. Das Rauchen der Mutter gehört zu den bedeutendsten vermeidbaren Risiken für das ungeborene Kind. Schätzungen gehen davon aus, dass Rauchen für ca. 15 Prozent aller Frühgeburten sowie für 20 bis 30 Prozent aller Fälle von geringerem Geburtsgewicht verantwortlich ist. In Deutschland raucht zu Beginn der Schwangerschaft ungefähr jede dritte Frau, bei der Geburt ist es in etwa noch jede vierte.

Alkoholkonsum kann während der gesamten Schwangerschaft zu unheilbaren Schädigungen des ungeborenen Kindes führen. Eine unschädliche Menge an Alkohol in der Schwangerschaft gibt es nicht, bereits geringer Alkoholkonsum kann gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes zur Folge haben. Daher sollte in der Schwangerschaft gänzlich auf Alkohol verzichtet werden. Nach Schätzungen werden in Deutschland pro Jahr rund 2.000 Kinder mit dem Vollbild eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) geboren. Diese Kinder haben erhebliche Defizite in ihrer geistigen und motorischen Entwicklung.

Schwangerschaften sind eine gute Gelegenheit für Frauen und ihre Partner, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren oder – im Idealfall – sogar komplett einzustellen. Oft sind werdende Eltern für gesundheitsrelevante Informationen und Beratungsangebote besonders aufgeschlossen und bereit, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert daher

im Rahmen ihrer Aufklärungsmaßnahmen für werdende Eltern – insbesondere mit ihrem Internetauftritt **www.familienplanung.de** – regelmäßig über die Gefahren des Rauchens und Alkoholkonsums während der Schwangerschaft.

Dennoch fällt es vielen schwer, auf Tabak und Alkohol zu verzichten. Daher ist es wichtig, die Prävention zur Vermeidung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit durch vielseitige zielgruppenspezifische Initiativen unterschiedlicher Akteure weiter zu stärken und auszubauen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwischen März 2011 und Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die sich auf lokaler und regionaler Ebene unterschiedlichen Ansätzen der Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit widmeten (Beispiele siehe C 1.2.1.1). Hierbei sollten zum einen geeignete Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden geschaffen werden. Zum anderen galt es, die zielgruppenspezifischen Interventionsangebote durch verschiedene Formen der sektorübergreifenden Zusammenarbeit – etwa der Schwangerenberatung mit der Suchthilfe – zu organisieren. Aktuell werden im Rahmen einer zweiten Förderphase drei der sieben Modellvorhaben für zwei weitere Jahre unterstützt, um ihre Ansätze überregional zu implementieren.
www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft/praeventionsprojekte-zur-vermeidung-und-reduzierung-von-suchtmittelkonsum-in-schwangerschaft-und-stillzeit.html

FAS. Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft, den fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Am schwerwiegendsten ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS). Es zählt zu den häufigsten angeborenen Behinderungen in Deutschland.

1.1.1.2 Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (IRIS)

Seit 1. Juli 2013 wird an der Universität Tübingen das zweijährige Projekt „IRIS II“ mit dem Ziel durchgeführt, schwangere Frauen beim Verzicht auf Alkohol und Tabak zu unterstützen. Bei diesem Vorhaben handelt es sich um ein niedrigschwelliges Beratungs- und Behandlungsangebot, das insbesondere durch eine internetbasierte Beratung die Möglichkeit bietet, eine ansonsten schwer erreichbare Zielgruppe anzusprechen.

Die Ergebnisse des Vorgängerprojekts „IRIS I“ belegten, dass niedergelassene Frauenärzte ein hohes Interesse an unterstützenden Angeboten für die Motivationsarbeit bei Schwangeren haben. Bei den betroffenen Schwangeren wiederum besteht Beratungsbedarf. Allerdings zeigten sich auch Schwierigkeiten. Die Frauen sind über ihre behandelnden Ärzte nur beschränkt erreichbar und unterscheiden sich sehr hinsichtlich ihrer Behandlungscompliance in Abhängigkeit von ihrer individuellen Motivationslage, ihrer Änderungsbereitschaft und dem Umfang des Suchtmittelkonsums.

Im Nachfolgeprojekt „IRIS II“ gilt es, ebendiese Probleme durch eine Optimierung der internetbasierten Beratung zu reduzieren. Hierfür sollen die angebotenen Inhalte unter Einbeziehung der bisherigen Rückmeldungen und der ausgewerteten Nutzungsdaten überarbeitet werden. Die internetbasierte Beratungsplattform wird inhaltlich angepasst und stärker mit interaktiven Elementen versehen, der Rekrutierungsraum des Projekts soll auf das gesamte Bundesgebiet ausgedehnt werden.

Zudem sollen mittels einer kontrollierten, randomisierten Studie die Wirksamkeit und die Kostenökonomie der personalisierten Intervention geprüft und mit einem vollautomatischen internetbasierten Beratungsangebot ohne individualisierte, professionell begleitete Unterstützung verglichen werden. Auf diese Weise soll festgestellt werden, in welcher Form das Beratungsangebot am wirksamsten ist. Um für den Fall einer erfolgreichen Entwicklung und Erprobung die nachhaltige

Umsetzung zu gewährleisten, wird die Verknüpfung des Angebots mit bereits entwickelten internetbasierten Beratungsangeboten der BZgA angestrebt.

1.1.1.3 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder

Frühe Hilfen sind präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern vom Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes. Hierbei sollen Risiken für die Entwicklung des Kindes frühzeitig erkannt und die Erziehungskompetenzen der Eltern gestärkt werden. Die Frühen Hilfen richten sich insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen. Seit 2007 unterstützt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) als zentrale Institution des Bundes Fachkräfte in Ländern und Kommunen bei ihrer Arbeit.

Seit 2012 wird die im Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) verankerte „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ deutschlandweit umgesetzt. Im Rahmen dieser Initiative sollen der Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der kommunalen Netzwerke Früher Hilfen gefördert werden. Auch der Einsatz von Familienhebammen, Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern sowie vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich wird unterstützt. Darüber hinaus können auch ehrenamtliche Strukturen gefördert werden. Hierzu stellt der Bund bis Ende 2015 insgesamt 177 Millionen Euro zur Verfügung. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative ist in einer Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern geregelt. Für die Koordination auf Bundesebene hat das zuständige Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Koordinierungsstelle beim NZFH eingerichtet.

Für die aufsuchende Arbeit in den Familien hat das NZFH 2013 im Rahmen der Bundesinitiative das „NEST-Material für Frühe Hilfen“ herausgegeben. „NEST“ steht hierbei für die Schaffung einer Umgebung, in der Kinder gesund aufwachsen können. Das Material ist in leichter Sprache formuliert und berücksichtigt Fragen und Themen, die im Rahmen der Frühen Hilfen begleitet werden.
www.fruehehilfen.de/nest-material

Im Modul „Gesundheit“ enthält das „NEST-Material“ u. a. den Themenbereich „Rauchfrei/Suchtfrei“ und stellt hier mehrere Arbeitsblätter zu Drogen und Sucht zur Verfügung. Das Material soll Eltern Informationen über die kurzfristigen und langfristigen Gefahren des Rauchens vermitteln sowie Fachkräften dabei helfen, eine motivierende Beratung zur Vermeidung des Drogenkonsums einzuleiten. Die Entwicklung der Materialien wird 2014 fortgesetzt.
www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material/modul-gesundheit/themenbereich-rauchfreisuchtfrei

In Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat das NZFH eine „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ entwickelt. Diese sieht u. a. vor, die Belastungen der Familie zu dokumentieren. Im Abschnitt „Aussagen zum Suchtverhalten und Verhalten gegenüber dem Kind“ sind Fragen zum Konsum legaler Suchtmittel und illegaler Drogen enthalten.
www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen

Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sieht für den Bereich der Frühen Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der

Zusammenarbeit vor. Auch Suchtberatungsstellen können sich an diesen Netzwerken beteiligen. Im Rahmen der „Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen“ untersucht das NZFH seit 2013 diesen Strukturaufbau und erfasst dabei auch die Einbeziehung von Suchtberatungsstellen in Netzwerke Früher Hilfen. Im Jahr 2014 werden diese Arbeiten fortgesetzt.

Des Weiteren führt das NZFH eine Prävalenzstudie durch, in der es die psychosoziale Belastung von Eltern in der Familiengründungsphase erhebt. Hierbei werden soziodemografische Charakteristika erhoben, u. a. auch in Bezug auf Drogen- und Suchtbelastungen von Eltern. Die Pilotphase der Studie läuft seit 2013 und wird 2014 fortgesetzt.
www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/forschung

Für die Arbeit in den Frühen Hilfen benötigen Fachkräfte Wissen, Fertigkeiten, Sozial- und Selbstkompetenzen, die das NZFH entsprechend der Struktur des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) in Kompetenzprofilen beschreibt. 2013 erschien das „Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen“, das zum Beispiel deren Funktion als „Brückenbauer“ zwischen Systemen und Einrichtungen beschreibt. Das Kompetenzprofil „Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Frühen Hilfen“ soll 2014 erscheinen.
www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/qualifizierung

1.1.1.4 Lebenskompetenzprogramme „Kinder stark machen“

Die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ zur frühen Suchtprävention basiert auf dem Grundsatz, dass Prävention möglichst früh ansetzen und dabei insbesondere Ressourcen wie Kritikfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit stärken sollte. Ziel der Kampagne ist es, die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 14 Jahren zu fördern, indem sie in ihrer Lebenswelt direkt angesprochen werden.

Für Lehrkräfte der Primarstufe und Sekundarstufe I hat die BZgA daher spezielle Unterstützerpakete entwickelt, mit denen Aktionstage, Projekte oder Unterrichtsinhalte zum Thema Suchtprävention gestaltet werden können. Ergänzend wurde 2013 auch eine „Elternabend-Box“ mit Kampagnenmaterialien entwickelt, die Eltern und Lehrkräften kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

Um möglichst viele Kinder und Jugendliche sowie Eltern und Multiplikatoren zu erreichen, kooperiert die Kampagne auch mit dem Breitensport, rund 70 Prozent aller Kinder und Jugendlichen sind irgendwann einmal Mitglied in einem Sportverein. Über Sportvereine werden zudem Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Schichten oder mit Migrationshintergrund gut erreicht. Das pädagogische Konzept der Lebenskompetenzförderung soll dauerhaft in die Kinder- und Jugendarbeit in Sportvereinen integriert werden. Hierfür setzt die BZgA auf ein integriertes Kommunikationskonzept mit unterschiedlichen Maßnahmen. Sie stellt Sportvereinen Arbeitshilfen und Schulungsangebote zur Verfügung, um die Mitarbeiter für das Thema frühe Suchtprävention zu sensibilisieren und zu schu-

len. Im Jahr 2013 konnten so rund 4.000 Multiplikatoren in Sportvereinen qualifiziert werden. Ergänzend werden in Zusammenarbeit mit den Landessportjugenden Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Bayern, Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen auch Jugendliche im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) bzw. im Bundesfreiwilligendienst (BFD) qualifiziert. Eine Untersuchung der Deutschen Sportjugend (dsj) ergab, dass rund 70 Prozent der Jugendlichen nach ihrem FSJ weiterhin als ehrenamtliche Multiplikatoren im Sportverein tätig sein wollen.

Des Weiteren unterstützt und berät die Kampagne Sportvereine, die vor Ort eigene Projekte zur frühen Suchtprävention durchführen wollen. Hierzu stellt sie den Vereinen auch ein kostenloses Materialpaket mit zahlreichen Kommunikationsmitteln zur Verfügung. Im Jahr 2013 nutzten mehr als 2.100 Vereine sowie Schulen und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe dieses Angebot und stellten ihre Aktivitäten unter das Motto „Kinder stark machen". 4.000 Multiplikatoren und mehr als eine halbe Million Vereinsmitglieder konnten auf diesem Weg erreicht werden.

Die kontinuierlichen Kampagnenmaßnahmen werden durch besondere Kooperationen ergänzt. So startete im Schuljahr 2012/13 der Wettbewerb „DFB-DOPPELPASS 2020 – Schule und Verein: Ein starkes TEAM", der in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund e.V. (DFB) durchgeführt wird. Die Initiative soll Multiplikatoren in ca. 11.000 Fußballvereinen und rund 7.000 Schulen erreichen und wird auch im Schuljahr 2013/14 fortgesetzt.

Bereits seit 2011 werden die Sportvereine gezielt bei Projekten zur Alkoholprävention unterstützt: Im Rahmen einer Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) – unterstützt vom DFB – startete die BZgA die Aktion „Alkoholfrei Sport genießen". Sportvereine sind dabei aufgerufen, unter diesem Motto alkoholfreie Sportwochenenden, Turniere oder andere Vereinsveranstaltungen zu organisieren. Hierbei werden sie mit kostenlosen Aktionsboxen unterstützt, die Informations- und Kommunikationsmaterial enthalten. Bis Ende 2013 nahmen mehr als 3.800 Sportvereine an „Alkoholfrei Sport genießen" teil. Die bundesweite Aktion wird 2014 u.a. mit dem Deutschen Handballbund (DHB) fortgeführt.

Auch mit dem Deutschen Turner-Bund e.V. (DTB) kooperiert die Kampagne seit mehreren Jahren. 2013 konnte auf dem Internationalen Deutschen Turnfest der entsprechende Kooperationsvertrag erneut verlängert werden. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Turnerjugend (DTJ) wurde eine Kinderturnshow unter dem Motto „Echt stark" entwickelt, in der behinderte und nicht behinderte Kinder das Thema Suchtprävention kindgerecht umsetzen. An der Uraufführung auf dem Internationalen Deutschen Turnfest nahmen Turnvereine, Kindergärten und Kindertagesstätten sowie Grundschulen teil. Die Kinderturnshow „Echt stark" soll 2014 verstetigt werden.

Auch im Jahr 2013 hat die Kampagne wieder mit einer deutschlandweiten Tour des „Kinder stark machen"-Erlebnislandes insgesamt 20 größere Sport- und Familienveranstaltungen auf kommunaler Ebene begleitet

und so rund 600.000 Besucher erreicht. Die Tour wurde zudem mit gezielter lokaler Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet.
www.kinderstarkmachen.de
www.training-wissen.dfb.de/index.php?id=522742
www.alkoholfrei-sport-geniessen.de

„Klasse2000" – Stark und gesund in der Grundschule

„Klasse2000" ist das bundesweit größte Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule. Seit 1991 hat es bereits über eine Million Kinder erreicht und wird in 20 Prozent aller Grundschulklassen durchgeführt. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung trägt die Schirmherrschaft für das Programm „Klasse2000" sowie für „Kindergarten Plus" und „Eigenständig werden".

Das Programm begleitet die Kinder mit der Symbolfigur KLARO von der ersten bis zur vierten Klasse und vermittelt ihnen Gesundheits- und Lebenskompetenzen.

Pro Schuljahr gestalten Lehrkräfte und „Klasse2000"-Gesundheitsförderer 15 Unterrichtseinheiten zu zentralen Themen, darunter: gesundes Essen und Trinken, Bewegung und Entspannung, sich selbst mögen und Freunde haben, Probleme und Konflikte gewaltfrei lösen. Die Kinder lernen dabei, kritisch zu denken und trotz Gruppendruck nein zu sagen, z. B. zu Alkohol und Zigaretten.

Seit 2013 wird differenziertes Material für alle Jahrgangsstufen angeboten: Schülerhefte, Plakate und Arbeitsblätter liegen in drei bis vier verschiedenen Schwierigkeitsstufen vor, die entsprechend den individuellen Lernvoraussetzungen der Kinder eingesetzt werden. Ursprünglich standen bei der Entwicklung des Materials die Bedürfnisse von Förderschulen im Fokus. Mittlerweile wird es aber auch in inklusiven und jahrgangsübergreifenden Klassen eingesetzt und steht allen Schulen zur Verfügung.

Die Ergebnisse einer mehrjährigen Evaluationsstudie des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) belegen vor allem hinsichtlich des Substanzkonsums die positive Wirkung des Programms. Danach hatten am Ende der siebten Klasse 7,9 Prozent der „Klasse2000"-Teilnehmer schon einmal geraucht, während es in der Kontrollgruppe 19,7 Prozent waren. Unter den Jugendlichen, die in der siebten Klasse bereits Alkohol konsumierten, war der problematische Alkoholkonsum in der „Klasse2000"-Gruppe signifikant seltener als in der Kontrollgruppe. So hatten z. B. 21,4 Prozent der Teilnehmer und 48,2 Prozent in der Kontrollgruppe Erfahrungen mit Rauschtrinken.
www.klasse2000.de

„Eigenständig werden"
„Eigenständig werden" ist ein universelles Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention, das von fortgebildeten Lehrkräften im Schulalltag umgesetzt wird. Im Rahmen der Unterrichtseinheiten werden Lebenskompetenzen wie Kommunikationsfertigkeiten und Stressmanagement gefördert, um dadurch zugleich die Resistenz gegenüber dem Rauchen und dem frühzeitigen bzw. exzessiven Alkoholkonsum zu stärken.

Bereits seit 2001 besteht die positiv evaluierte Version „Eigenständig werden 1 bis 4" für Grundschulen. Im Rahmen eines vierjährigen, von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsvorhabens wurde das Unter-

richtskonzept auf die Klassenstufen 5 und 6 erweitert. Die Effektivität des Programms „Eigenständig werden 5+6“ wird in einer Cluster-randomisierten Längsschnittstudie mit fünf Messzeitpunkten überprüft.

Die bisherigen Ergebnisse sind insbesondere im Hinblick auf das Rauchverhalten vielversprechend: Schüler der Interventionsklassen haben einen höheren Wissenszuwachs, entwickeln kritischere Einstellungen zum Rauchen und rauchen seltener als ihre Altersgenossen in der Kontrollgruppe. Nach Abschluss der Evaluationsstudie im Frühjahr 2014 ist ein bundesweiter Einsatz des Unterrichtsprogramms geplant.

1.1.2 Kinder aus suchtbelasteten Familien

In Deutschland leben etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem Elternteil zusammen, auf das die Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit zutrifft. Zwischen 30.000 und 60.000 Kinder haben Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Kinder aus suchtbelasteten Familien sind besonders gefährdet: Eine elterliche Alkoholabhängigkeit gilt als Risikofaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes. Vor allem im Hinblick auf die Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik werden Kinder aus suchtbelasteten Familien als Hochrisikogruppe betrachtet. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge ist ihr Risiko, später selbst ein Suchtverhalten zu entwickeln, zweieinhalb bis sechsmal so hoch wie bei anderen Kindern. Kinder aus suchtbelasteten Familien beginnen früher als nicht betroffene Gleichaltrige mit dem Alkoholkonsum, machen früher erste Rauscherfahrungen und betreiben häufiger Rauschtrinken. Weil eine Suchterkrankung noch immer stigmatisiert wird, fällt es allen Betroffenen schwer, Hilfe zu suchen. Kinder aus suchtbelasteten Familien erhalten deshalb oft keine adäquate Hilfe und Unterstützung von außen.

1.1.2.1 Modellprojekt „Trampolin“

Bei dem Präventionsprogramm „Trampolin“ handelt es sich um ein Gruppenprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Es wurde von 2008 bis Ende 2012 im Forschungsverbund zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen als Modellprojekt entwickelt und durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Seit Mai 2013 ist das zugehörige Manual, das im Rahmen des Modellprojekts entwickelt sowie wissenschaftlich evaluiert wurde, erhältlich. Damit liegt ein standardisiertes, qualitativ hochwertiges und evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor, das eine hohe Akzeptanz genießt, eine positive Wirkung auf teilnehmende Kinder hat und aufgrund seiner modularen Struktur vielfältig einsetzbar ist. Aus einer Befragung der 27 Praxispartner des Projekts geht hervor, dass über die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen „Trampolin“ auch in Zukunft einsetzen möchte. Mittlerweile wurden zahlreiche neue „Trampolin“-Trainer geschult, weitere Schulungen sind in Vorbereitung. Größte Hürde bei der Umsetzung bleiben die finanziellen und personellen Ressourcen potenzieller Anbieter. Bedingt durch das Tabuthema Sucht ist es sehr aufwendig, betroffene Familien für die Teilnahme an „Trampolin“ zu gewinnen. Hier soll das attraktive, neu entwickelte Werbematerial helfen, das online und offline erhältlich ist. Als Gesicht des Programms hat sich der prominente Fußballer Cacau zur Verfügung gestellt, der selbst aus einer Familie mit Suchtproblemen kommt. Wir müssen uns noch stärker dafür einsetzen, dass es mehr Anlaufstellen für Kinder gibt. „Trampolin“ als Internetplattform ist dafür allein nicht ausreichend.
www.projekt-trampolin.de

1.1.2.2 Fachgespräch: Implementierung von Angeboten für suchtbelastete Eltern und deren Kinder – Voraussetzungen und Anforderungen an die ambulante Sucht- und Drogenhilfe

Die Notwendigkeit, Kinder aus Familien mit einem oder mehreren Suchtmittelabhängigen gezielt zu versorgen und zu unterstützen, ist für Fachleute inzwischen selbstverständlich. Zu eindrücklich sind die psychischen und

physischen Folgen – etwa die Bedrohung der Kinder durch Vernachlässigung, die Diskontinuität in Beziehungen und das Risiko, selbst suchtmittelabhängig zu werden.

Dennoch können die betroffenen Kinder sowie ihre Mütter und Väter derzeit nicht flächendeckend angemessen versorgt bzw. unterstützt werden. Es gibt zwar Studien zum Thema „Kinder in Familien mit suchtmittelabhängigen Familienmitgliedern", eine Vielzahl von Praxisprojekten, deren Ergebnisse schriftlich festgehalten sind, sowie Handreichungen, Handlungsempfehlungen, einige wenige Evaluationen und Checklisten. Doch es mangelt an einer Bündelung, d. h. einer systematischen Zusammenführung und Verknüpfung dieser Erfahrungen und Erkenntnisse.

Ebenso fehlen Auswertungen im Gesamtzusammenhang, z. B. als Metastudien, sowie ein Austausch von Forschung und Praxis zwischen den unterschiedlichen Disziplinen, Berufsgruppen und Arbeitsfeldern.

Diese Ausgangssituation war die Motivation für das vom BMG initiierte Fachgespräch, das im März 2013 in Essen stattfand. Der Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. und die Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen BELLA DONNA wurden mit der Planung, Durchführung und Dokumentation beauftragt. Zu den Teilnehmern gehörten Vertreter der Sucht- und Drogenhilfe, der Jugendhilfe, aus der Bindungs-, Sucht- und Traumaforschung, aus Fachverbänden und dem BMG.

Themen, die im Rahmen der Veranstaltung behandelt wurden, waren u. a.:

- der aktuelle Wissensstand in Forschung und Praxis sowie zukünftige Möglichkeiten des Wissenstransfers zwischen beiden Bereichen
- die bestehenden Anforderungen und Risiken bei der Arbeit mit Kindern und die damit zusammenhängende notwendige Qualifizierung der Mitarbeiter
- die Organisation des Hilfesystems, um die Zusammenarbeit verschiedener Hilfen zu fördern sowie die Betroffenen besser zu erreichen

Eine wesentliche Erkenntnis des Fachgesprächs war, dass die Komplexität des Themenfeldes und der Aufgabenstellung nicht allein durch die Sucht-/Drogenhilfe zu bewältigen ist, sondern eine gute und wohl überlegte Kooperation der unterschiedlichen Hilfesysteme und das Zusammenführen der spezifischen Kompetenzen erfordert, um zugleich Kontinuität in der Begleitung der Eltern und Kinder zu sichern.

Zur vollständigen Dokumentation des Fachgesprächs: **www.belladonna-essen.de/publikationen/fachartikel-berichte-broschueren/**

Vorgestellt:

Kai Pflaume

„Ich engagiere mich seit inzwischen neun Jahren für die Stiftung SehnSucht, die bundesweit Suchtprävention für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern und Lehrer anbietet. Mir liegt die suchtpräventive Arbeit sehr am Herzen. Gemeinsam mit Stiftungsgründerin Tanja Henlein habe ich die Stiftung SehnSucht von Beginn an aufgebaut. Der ausschlaggebende Punkt hierfür war das Kennenlernen einer ehemals heroinsüchtigen jungen Frau, die mir Tanja Henlein vorstellte.

Sie hatte deren Entzug begleitet und eine kleine Initiative zur Suchtprävention gegründet. Ziel war es, Kinder und Jugendliche vor Sucht zu schützen. Dazu sollte die suchtpräventive Projektarbeit in der Schule beitragen. Da ich selbst Kinder habe und weiß, wie wichtig es ist, dieses Thema schon frühzeitig richtig aufzugreifen, war ich sofort begeistert von der Idee, meine Position in der Öffentlichkeit zu nutzen, um der Suchtprävention mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Ich halte die wissenschaftlich fundierte, authentische und interaktiv gestaltete Arbeitsweise der Stiftung SehnSucht, die ohne erhobenen Zeigefinger auskommt, für sehr wertvoll. Auch meine Kinder haben schon an Veranstaltungen zur Suchtprävention in ihrer Schule teilgenommen. Ich finde es gut, dass jede Schule in Deutschland Programme zur Alkohol- und Drogensuchtprävention, aber auch zum richtigen Umgang mit Computer und Internet buchen kann. Eltern und Lehrer sollten hier wirklich von Profis unterstützt werden, um den bestmöglichen Beitrag zu leisten, dass Kinder lernen, ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeiten zu führen.

Als Mensch, der auch in der Öffentlichkeit steht, ist es mir wichtig, auf die Notwendigkeit der Suchtprävention als Teil einer ganzheitlichen Erziehung hinzuweisen und darauf aufmerksam zu machen, dass Sucht ein gesamtgesellschaftliches Problem ist."
www.stiftung-sehnsucht.de

1.1.2.3 Beispielprojekt aus den Ländern

Baden-Württemberg:

Projekt „Schulterschluss"

„Schulterschluss" ist ein gemeinsames Projekt der Landesstelle für Suchtfragen, des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege, das seit Februar 2013 und noch bis Oktober 2014 durchgeführt wird.

Ziel des Projekts ist es, das gemeinsame Handeln unterschiedlicher Hilfesysteme – insbesondere der Suchthilfe und der Jugendhilfe – zu stärken und nachhaltig auszubauen. Hierfür werden gemeinsame Inhouse-Seminare veranstaltet, in denen die Themen „Kinderschutz in Familien mit Suchtbelastung", „Lebenslagen von Kindern aus suchtbelasteten Familien", „Zusammenarbeit mit suchtkranken Eltern" und „Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe" behandelt werden. Dabei können die Seminare auf die jeweiligen regionalen Bedarfe abgestimmt werden. Über die gemeinsame Bearbeitung der Themen werden die Teilnehmer – pro Seminar 12 bis 25 Fachkräfte aus unterschiedlichen fachlichen Disziplinen – dazu angeregt, sich auszutauschen und für die Zukunft ein gemeinsames Handeln zu vereinbaren.

Das Projekt wird mit Mitteln des Sozialministeriums Baden-Württemberg finanziert und von der Landesstelle für Suchtfragen koordiniert. Förderziel ist es, 30 Standorte für die Durchführung einzuwerben. Zum Berichtszeitpunkt im Dezember 2013 beteiligten sich bereits 22 Landkreise bzw. Städte.
www.suchtfragen.de/Schulterschluss

KINDERLAND Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

KVJS
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

AWO caritas PARITÄT DEUTSCHES ROTES KREUZ Diakonie ZWST
Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

1.1.3 Prävention für Jugendliche und Jugendschutz

1.1.3.1 Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“

Gesetzliche Maßnahmen erfüllen nur dann ihre Zielsetzung, wenn sie ihre Adressaten erreichen und von diesen beachtet werden. Zur Optimierung des Jugendschutzes fördert die Bundesregierung daher Maßnahmen, die den Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen intensivieren. Die anlässlich des Runden Tisches „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“ getroffenen Vereinbarungen wurden vorangebracht:

- Im Einzelhandel wurden Kassensysteme mit optischen und/oder akustischen Warnfunktionen bei der Abgabe jugendschutzrelevanter Artikel eingeführt.
- Im Rahmen der Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ wird die Öffentlichkeitsarbeit weiter intensiviert, um eine stärkere Teilnahme an der Verbreitung der Informationsmaterialien zu erreichen.
- In Abstimmung mit den Verbänden von Einzelhandel, Gastronomie und Tankstellengewerbe hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein Schulungsvideo und einen Flyer für Beschäftigte herausgegeben.
- Die Informationen zu jugendschutzrechtlichen Bestimmungen hat das BMFSFJ auf der Internetseite **www.jugendschutzaktiv.de** leicht verständlich für interessierte Bürger, Eltern und Jugendliche, aber auch für den Einzelhandel, die Gastronomie und das Veranstaltungsgewerbe zusammengefasst.

1.1.3.2 Verbesserung des aktiven Jugendschutzes

Zur Verbesserung des Jugendschutzes gibt es bereits eine Vielzahl an Maßnahmen und Projekten der Bundesregierung. Es gilt, diese Maßnahmen zu verstärken, auszubauen sowie gemeinsam mit beteiligten Akteuren – den Ländern, Kommunen, Jugend- und Wirtschaftsverbänden – zu bündeln, zu vernetzen und weiterzuentwickeln.

Aus diesem Grund hat die Bundesregierung den Nationalen Aktionsplan Jugendschutz gestartet, um die Vernetzung und Kooperation zur Verbesserung des Jugendschutzes vor Ort zu fördern. Unter dem Motto „Jugendschutz aktiv“ wurden in diesem Rahmen vielfältige Projekte des Jugendschutzes auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene durchgeführt. So hat das BMFSFJ den Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit kontinuierlich vorangetrieben, u. a. durch die 2009 freigeschaltete und seitdem stetig weiterentwickelte Internetseite **www.jugendschutzaktiv.de** für Eltern und Gewerbetreibende. Zudem wurde mit den Fachtagungen „Jugendschutz aktiv“ eine Plattform zur Vernetzung der aktiven Jugendschützer geschaffen.

Zur gezielten Präventionsarbeit im Rahmen des Glücksspiels hat das BMFSFJ im Herbst 2012 die Initiative „Glücksspiel: Nix für Jugendliche“ gestartet. Ein Flyer mit abtrennbarem Aufkleber unterstützt die Mitarbeiter in gastronomischen Betrieben bei der aktiven und wirksamen Umsetzung der entsprechenden jugendschutzrechtlichen Vorgaben.

Mitte 2014 wird zur weiteren Informationsvermittlung die App „Darf ich’s schon?“ zur Verfügung gestellt. Sie wendet sich sowohl an Jugendliche als auch an Eltern und informiert über die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes, über Altersfreigaben zu aktuellen Filmen sowie über jugendschutzrelevante Anlaufstellen wie etwa Jugendämter.

Weiterhin wird im Jahr 2014 die neue Broschüre „Die Jugendschutzbestimmungen für Eltern und Kinder verständlich erklärt“ erscheinen, in der die wichtigsten Jugendschutzthemen systematisch und leicht verständlich aufbereitet sind.

1.1.3.3 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet seit 2005 die Durchführung der Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ an. Jedes Jahr werden mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) bundesweit 16 zweitägige Veranstaltungen angeboten.

Die BZgA-Jugendfilmtage finden in regionalen (Multiplex-)Kinos und in enger Kooperation mit kommunalen Akteuren der Suchtprävention vor Ort statt. Sie sind inhaltlich eng mit den BZgA-Kampagnen „rauchfrei", „Null Alkohol – Voll Power" und „Alkohol? Kenn dein Limit." verzahnt und richten sich an Schüler aller Schulformen im Alter von 12 bis 19 Jahren.

In den Kinos wird eine Auswahl an Spielfilmen gezeigt, die dazu motivieren, sich kritisch mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum auseinanderzusetzen. Der Filmpool wird regelmäßig aktualisiert und erweitert. Des Weiteren können die Jugendlichen im Kinofoyer an Mitmachaktionen teilnehmen, die spielerisch und interaktiv ausgerichtet sind. Die Lehrer werden vor der Veranstaltung in einem Workshop oder einem „Lehrkräfte-Service" vorbereitet, um die Themen im Unterricht vor- und nachzubereiten. Im Jahr 2013 wurden zusätzlich „Lehrkräfte-Cafés" eingeführt, um den themenbezogenen Austausch während der zweitägigen Veranstaltungen zu fördern.

Allein im Jahr 2013 konnten mit den BZgA-Jugendfilmtagen mehr als 14.000 Menschen erreicht werden. Die BZgA erarbeitet derzeit in Kooperation mit Ländern und Kommunen ein Konzept, mit dem die eigeninitiierte Durchführung von Jugendfilmtagen ermöglicht werden soll.
www.rauch-frei.info/events/jugendfilmtage.html

1.1.3.4 Einladung der Drogenbeauftragten zum Runden Tisch „Jugendschutz im Online-Versandhandel"

Nach vielfältigen Anfragen von Eltern, Verbänden und Journalisten zur Nichteinhaltung des Kinder- und Jugendschutzes im Online-Versandhandel lud die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Vertreter der Versandhandelsfirmen am 18. März 2013 zu einem Runden Tisch „Jugendschutz im Online-Versandhandel" in das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein. Bei diesem Gespräch wurde in einem konstruktiven Dialog diskutiert, wie die Gesprächsteilnehmer zu den Vorwürfen stehen, dass über den Online- Versandhandel alkoholische Getränke, Tabakwaren, aber auch Computerspiele und Bücher mit jugendgefährdendem Inhalt ohne eine Alterskontrolle und entgegen den bestehenden Altersgrenzen an Minderjährige ausgeliefert werden.

Ziel des Gesprächs war es, in einem gemeinsamen Austausch mit den Online-Versandhändlern zu klären, wie der Jugendschutz auch beim Onlinehandel ausreichend sichergestellt werden kann und welche Regelungen hierzu erforderlich erscheinen, um der besonderen Problematik des im Jugendschutzgesetz nicht explizit geregelten Online-Versandhandels besser gerecht zu werden.

Im Rahmen des Gesprächs wurden die bisherigen Erfahrungen, Probleme und Bemühungen einzelner Online-Versandhändler deutlich, den Jugendschutz im Online-Versand durch eigene Versandregelungen ausreichend zu gewährleisten. Da eine Selbstverpflichtung zur Alterskontrolle nach dem Jugendschutzgesetz und die damit verbundenen zusätzlichen Versandkosten nicht von allen Firmen in gleichem Maße beachtet werden würden, sprachen sich die Gesprächsteilnehmer in der Mehrheit deutlich für die Notwendigkeit einer entsprechenden Nachbesserung im Jugendschutzgesetz aus. Auf diese Weise soll für alle Beteiligten im Online-Versandhandel zur Rechtsklarheit eine einheitliche gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Diese soll nach Auffassung der Drogenbeauftragten möglichst bei der nächsten Novellierung des Jugendschutzgesetzes umgesetzt werden.

1.1.3.5 „KlarSicht" – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol

Mit dem von der BZgA entwickelten „KlarSicht"-Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol werden die beiden legalen Suchtstoffe interaktiv und spielerisch thematisiert. Der Parcours richtet sich an Schüler im Alter von 12 bis 18 Jahren und ist mit den BZgA-Kampagnen „rauchfrei", „Alkohol? Kenn dein Limit." und „Null Alkohol – Voll Power" verknüpft. Ziel des Parcours ist es, über die Risiken des Rauchens und des Alkoholkonsums zu informieren, Schutzfaktoren zu stärken und eine kritische Einstellung zu fördern.

Im Jahr 2013 fanden bundesweit 52 Einsätze des „KlarSicht“-Mitmach-Parcours in Schulen statt. Insgesamt 16.379 Personen nahmen unmittelbar an den Einsätzen teil: 14.060 Schüler, 743 pädagogische Begleitpersonen und Lehrer, 488 örtliche Komoderatoren aus Schulen und Fachstellen, 617 Gäste, 282 Teilnehmer an Pressegesprächen sowie 189 Medienvertreter.

Aufgrund der hohen Nachfrage seitens der Schulen bietet die BZgA den Bundesländern seit mehreren Jahren an, eine eigene Version des Parcours zu entwickeln und zu nutzen. So wird in Schleswig-Holstein seit 2008 ein eigener Parcours angeboten. Seit 2009 bietet die BZgA außerdem eine handliche Koffervariante des Mitmach-Parcours an, um den schulischen Bedarf besser decken zu können. Die Koffervariante wurde im Jahr 2010 positiv evaluiert und wird den Schulen zum Selbstkostenpreis zur Verfügung gestellt.
www.klarsicht.bzga.de

1.1.3.6 Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC-gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln als Planungs-, Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrument suchtpräventiver Maßnahmen in der Region – „SCHULBUS regional“

Neben dem Ziel, regional spezifische Prävalenzentwicklungen zu erfassen, liegt das Erkenntnisinteresse des Projekts „SCHULBUS regional“ in der Erprobung eines Tablet-PC-gestützten Erhebungsinstrumentes.

Nach Abschluss der Durchführungsphase lassen erste Auswertungsergebnisse darauf schließen, dass der jugendliche Konsum von Alkohol – erwartungsgemäß – vor allem in den eher ländlich geprägten Modellregionen verbreitet ist. Der Umgang mit illegalen Drogen scheint dagegen überwiegend ein Phänomen großstädtischer Milieus zu sein.

Auf der methodischen Ebene hat sich der bei der Erhebung eingesetzte Fragebogen mit seinen Schwerpunkten zu den Themen Suchtmittelkonsum, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen sehr gut bewährt. Dabei zeichnet sich ab, dass vor allem die Lehrer an den Schulen die regionalspezifischen Erkenntnisse aus der SCHULBUS-Studie bei ihrer konkreten Planung suchtpräventiver Maßnahmen einbeziehen.

Das Projekt endete im Frühjahr 2014. Die vollständigen Ergebnisse werden im Laufe dieses Jahres vorliegen. Bereits jetzt lässt sich sagen, dass die Städte und Kommunen in Deutschland mit dem „SCHULBUS regional“-Ansatz zukünftig auf ein Instrumentarium zurückgreifen können, mit dessen Hilfe sich standardisiert und ressourcenschonend empiriegestützte Erkenntnisse in Bezug auf das Suchtverhalten von Jugendlichen in der Region gewinnen lassen. Die mit diesem Instrumentarium gewonnenen Erkenntnisse bieten wiederum eine gute Grundlage für eine erfolgreiche kommunale Alkoholprävention.

1.1.4 Junge Erwachsene

1.1.4.1 Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss

Bei dem Forschungsprojekt „Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss" handelt es sich um eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte längsschnittliche Beobachtungsstudie, die vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) durchgeführt wird. Untersucht werden in diesem Zusammenhang folgende Fragestellungen:

- Wie verbreitet ist der Substanzkonsum bei Auszubildenden?
- In welchem Zusammenhang stehen Merkmale der Person, Merkmale der Ausbildung, Substanzkonsum und Ausbildungserfolg?
- Welche Bedeutung hat der Konsum von Alkohol und Drogen für den Ausbildungserfolg?

An der Eingangsbefragung im Jahr 2012 nahmen insgesamt 5.688 Auszubildende im ersten Lehrjahr (5.001 Auszubildende aus 34 Schulen des dualen Systems sowie 687 Auszubildende aus 15 beruflichen Schulen des Sozial-/Gesundheitswesens) aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein teil. Bei der Ersterhebung war der Konsum psychotroper Substanzen unter den Auszubildenden weit verbreitet und lag höher als in der altersentsprechenden Gesamtpopulation. Die meiste Varianz wurde dabei durch das Geschlecht und den Bildungsgrad erklärt. Eine Folgebefragung findet 2014 statt. Abschließende Ergebnisse sind 2015 zu erwarten.

1.1.4.2 Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden

Schulische Präventionsarbeit kann bereits auf eine langjährige Erfahrung zurückblicken. Weitaus weniger Gesundheitsförderung und Prävention findet bislang in Hochschulen statt. Eine vom BMG geförderte Studie zu den „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden" aus dem Jahr 2010 untersuchte den Bedarf genauer. Die Ergebnisse dieser sogenannten HISBUS-Befragung zeigen, dass die durch Leistungsstress empfundenen Belastungen eng mit dem Konsum von Alkohol, Cannabis und Tabak verbunden sind. Darauf aufbauend fördert das BMG drei Projekte, in denen neue Präventionsansätze unter bereits riskant konsumierenden Studierenden entwickelt werden.

In dem Projekt „Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden" (PräviS), das in Kooperation mit der Berliner delphi GmbH durchgeführt wird, werden internetbasierte Präventionsmaßnahmen für Studierende, die bereits riskant konsumieren, entwickelt und angeboten. Neben etablierten Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden auch neue Maßnahmen zu Stressbewältigungsstrategien entwickelt. Das Projekt erprobt zudem, wie die Studierenden am besten zur Teilnahme motiviert werden können. Hierfür wird die Zielgruppe zum einen im Rahmen eines systematischen Gesundheitsfragebogens und zum anderen über Werbemaßnahmen auf das Präventionsportal hingewiesen.

Das Projekt „INSIST – Internetbasierte ‚Soziale Normen'-Intervention zur Prävention von Substanzkonsum bei Studierenden" vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH (Bremen) bedient sich des sogenannten Soziale-Normen-Ansatzes. Hierbei werden Studierende zunächst zu ihrem eigenen Konsum befragt und anschließend in Form einer Rückmeldung über den tatsächlichen und oftmals überschätzten Suchtmittel- bzw. Drogenkonsum ihrer eigenen Peer-Gruppe aufgeklärt. Dies soll zu einer Reduktion des Substanzkonsums führen, was mittels einer randomisierten Studie an acht Hochschulen untersucht wird.

Mit dem Projekt „Online-Prävention substanzbezogener Störungen" der Hochschule Esslingen erfolgt die Übertragung eines Programms zur Online-Kurzintervention, das in den USA bereits erprobt ist. Mithilfe des Programms sollen Studierende zu einer Konsumreduktion motiviert werden. Weiterführende Hilfen sind über das Zentrum für Studienberatung und ein Online-Forum eingebunden. Das Programm wird gleichzeitig evaluiert.

Ende November 2013 veranstaltete der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen eine Statuskonferenz zur Suchtprävention für Studierende in Hannover. In diesem Rahmen wurden die Projekte präsentiert und die Frage nach sinnvollen Präventionsansätzen an Hochschulen diskutiert.

1.1.5 Qualitätssicherung in der Suchtprävention

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

Mit der Bereitstellung der computer- und internetgestützten Systeme „PrevNet“ und „Dot.sys“ tragen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Länder seit vielen Jahren wesentlich zur Kooperation und Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention bei. Beide Systeme dienen dazu, die Transparenz der bundesweiten Präventionsmaßnahmen zu fördern, qualitätsgesicherte Informationen bereitzustellen und die Vernetzung von Fachkräften bundesweit zu optimieren.

Das Fachportal „PrevNet“ besteht seit 2004 und wird von der BZgA und den Landeskoordinierungsstellen der Suchtprävention aus derzeit 14 Bundesländern durchgeführt. Das Portal bündelt Informationen über Einrichtungen und Akteure, Veranstaltungen, Projekte, Studien und Materialien in der Suchtprävention. Hierfür werden bestehende regionale Netzwerke genutzt und Maßnahmen der Suchtprävention von Bund und Ländern miteinander vernetzt. Das Portal wurde 2012 inhaltlich und gestalterisch vollständig überarbeitet sowie technisch aktualisiert und bietet den Nutzern nun optimierte Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten. Das Internetportal ist auch im Jahr 2013 weiter gewachsen, sodass derzeit mehr als 1.000 Einrichtungen und rund 1.600 Mitglieder registriert sind.

Mit der Online-Datenbank „Dot.sys“ wird ein computergestütztes Dokumentationssystem bereitgestellt, das wesentlich zur Transparenz der Präventionsmaßnahmen in Deutschland beiträgt. Hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Mitarbeiter aus Fach- und Beratungsstellen, Ämtern, Vereinen, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen können in „Dot.sys“ die von ihnen durchgeführten Maßnahmen der Suchtprävention dokumentieren. Damit ermöglicht die Datenbank eine gezielte Beobachtung der suchtpräventiven Aktivitäten auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt mehr als 32.000 suchtpräventive Maßnahmen, Projekte und Programme in „Dot.sys“ dokumentiert. 57 Prozent dieser Maßnahmen dienten der universellen Prävention, 18 Prozent der indizierten und 14 Prozent der selektiven Prävention. 59 Prozent der dokumentierten Maßnahmen waren an Endadressaten gerichtet, 41 Prozent an Multiplikatoren.

Mit 44 Prozent der dokumentierten Maßnahmen wurden – wie in den Vorjahren – die meisten Projekte in Schulen durchgeführt. 51 Prozent der Maßnahmen widmeten sich einzelnen Substanzen, wobei die meisten der Alkoholprävention (82 Prozent) dienten, gefolgt von der Cannabis- (43 Prozent) und der Tabakprävention (32 Prozent). Seit 2006 stellt „Dot.sys“ eine wichtige Basis für die Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene dar.

www.bzga.de
www.prevnet.de
www.dotsys-online.de

„Expertise zur Suchtprävention“

Mit der im Dezember 2013 veröffentlichten „Expertise zur Suchtprävention“ kommt die BZgA ihrer Aufgabe der Qualitätssicherung in der Suchtprävention nach. Die Expertise stellt eine Aktualisierung des Fachhefts „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“ von 2006 dar und wendet sich an Verantwortliche für Suchtprävention sowie an Entscheidungsträger auf allen handlungspolitischen Ebenen. Die Wirksamkeit von suchtpräventiven Interventionsansätzen und -maßnahmen wird anhand von Übersichtsartikeln wie Reviews und Metaanalysen untersucht und bewertet. Insgesamt 64 Arbeiten aus den Jahren 2004 bis 2012 wurden gesichtet. Sie zeigen, welche universellen oder selektiven Präventionsmaßnahmen eine Verhinderung, Verzögerung oder Verringerung des Konsums von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bewirken. Daneben werden

Präventionsansätze im Bereich des problematischen Glücksspielverhaltens bewertet. Handlungsbereiche mit mangelnder Forschungsbasis wie z. B. die Prävention der exzessiven Mediennutzung und des Medikamentenmissbrauchs sowie die Suchtprävention bei älteren Personengruppen werden ebenfalls genannt. Die Expertise beinhaltet 91 Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern – etwa Familie, Schule, Freizeit, Medien, Gesundheitsversorgung, Community und gesetzliche Rahmenbedingungen – und bietet damit Verantwortlichen in der Suchtprävention eine wichtige Hilfestellung.
www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2318

1.1.6 Betriebliche Suchtprävention

Erwachsene verbringen einen großen Teil des Tages am Arbeitsplatz. Betriebliche Gesundheitsförderung kann daher einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung von Erkrankungen leisten. Viele Firmen haben dies bereits erkannt und die Gesundheitsförderung zu einer Managementaufgabe in ihren Betrieben gemacht. Zu einer umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung gehört auch die Prävention von Substanzkonsum. Tabak- und Alkoholkonsum sind wichtige Risikofaktoren für chronische Krankheiten. Internationale Studien belegen zudem einen Zusammenhang zwischen den Konsumgewohnheiten und -mustern von Alkohol und der Abwesenheit vom Arbeitsplatz sowie Zusammenhänge zwischen riskantem Alkoholkonsum und einem Produktivitätsverlust durch Anwesenheit bei reduzierter Leistungsfähigkeit. Laut einem Bericht der EU-Kommission sind fast 50 Prozent der europaweit 125 Milliarden Euro sozialer Kosten auf Produktivitätsverluste in Zusammenhang mit Alkoholkonsum zurückzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen und Projekte unterstützt, um die Gesundheitsförderung und speziell die Suchtprävention in Betrieben weiter zu stärken. So fördert das BMG beispielsweise die Suchtprävention in Klein- und Kleinstbetrieben (siehe C 1.1.6.2). Ein weiterer Baustein ist die Erforschung der suchtmittelbezogenen Probleme in der Ausbildung (siehe C 1.1.4). Erfolgreich abgeschlossen werden konnte zudem das von BMG und EU gemeinsam geförderte Projekt „European Workplace and Alcohol“ (EWA), das die Wirksamkeit von Veränderungen der Arbeits(platz)bedingungen und deren Einfluss auf den riskanten Alkoholkonsum am Arbeitsplatz untersuchte (siehe C 4.1.3).

1.1.6.1 Aktivitäten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Im Jahr 2013 war der Bereich „Sucht und Arbeit“ ein Schwerpunktthema der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Das 2012 gestartete Internetportal **www.sucht-am-arbeitsplatz.de** wurde 2013 kontinuierlich weiterentwickelt. Es bietet einen umfassenden Überblick über den Themenkomplex „Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe“ und richtet sich dabei an Führungskräfte und Personalverantwortliche, Mitarbeitervertretungen, Suchtbeauftragte, betriebliche Suchtkrankenhelfer und Beschäftigte sowie an die Betroffenen selbst und deren Kollegen. Neben Hintergrundinformationen stellt das Portal auch Handlungshilfen und Leitfäden für Unternehmen bereit. Zudem bündelt die Seite zahlreiche Adressen, etwa von Beratungsstellen, Einrichtungen, Netzwerken und Institutionen, die sich mit dem Thema befassen.

Des Weiteren widmete sich auch die 53. Fachkonferenz Sucht, die vom 4. bis 6. November 2013 in Essen stattfand, insbesondere dem Thema „Sucht und Arbeit“ (siehe C 3.1.2). Damit wurde die fachliche Diskussion rund um dieses Thema erneut intensiviert und infolge der medialen Aufmerksamkeit auch die Öffentlichkeit erreicht.

Die DHS überarbeitete und erweiterte 2013 zudem ihr Angebot an Informationsmaterialien zum Thema „Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe“. So wurde etwa die Praxishilfe für Führungskräfte „Alkohol am Arbeitsplatz“ überarbeitet und neu aufgelegt. Mit dem Factsheet „Alkohol am Arbeitsplatz – Die Auswirkungen am Arbeitsplatz“ erschien außerdem eine Sammlung von Zahlen, Daten und Fakten zum Thema.

Zu den weiteren Aktivitäten im Jahr 2013 gehörten für die DHS die Mitarbeit und der rege fachliche Austausch mit dem von der EU geförderten Projekt EWA (siehe C 4.1.3) sowie die Einrichtung des Veranstaltungsmoduls „Aktionen in Unternehmen“ für die Aktionswoche Alkohol 2013 (siehe C 1.2.1.11).

1.1.6.2 „Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpräventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU)“

In größeren Unternehmen ist die Suchtprävention oft Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der betrieblichen Gesundheitsförderung; hier werden teilweise erhebliche Mittel für betriebliche Maßnahmen investiert. In kleinen Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten und Kleinstbetrieben mit weniger als zehn Beschäftigten sind gesundheitsfördernde Maßnahmen und Suchtprävention dagegen sehr selten.

Ziel des Projekts, das 2012 vom RKW Kompetenzzentrum in Eschborn durchgeführt wurde, war es, hemmende und fördernde Faktoren von suchtpräventiven Ansätzen in Klein- und Kleinstbetrieben systematisch zu erheben und zu bewerten. Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen sollten Empfehlungen für konkrete Präventionsansätze entwickelt werden. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, wurden hierfür mit qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden Unternehmer, Beschäftigte und Experten befragt.

Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass Suchtprävention in Klein- und Kleinstunternehmen bislang nur eine geringe Rolle spielt und erst bei akutem Problemdruck reagiert wird. Es gibt zwar viele schriftliche Materialien – etwa Gesprächsleitfäden für Führungskräfte oder Broschüren für Betroffene –, doch konkrete Hilfestellungen für kleine Unternehmen stehen noch nicht zur Verfügung.

Um die Unternehmer und Führungskräfte in Klein- und Kleinstbetrieben über die zentralen Ergebnisse und Empfehlungen des RKW-Projekts zu informieren, wurden vom Projektnehmer 2013 die beiden Faktenblätter „Betriebsgeheimnis Sucht – Warum Wegschauen kostet“ und „Suchtprävention bei Auszubildenden: Es ist nie zu früh, aber manchmal zu spät!“ entwickelt.
www.rkw-kompetenzzentrum.de/nc/publikationen/details/rkw/publikationen/betriebsgeheimnis-sucht-warum-wegschauen-kostet-755/1/
www.rkw-kompetenzzentrum.de/nc/publikationen/details/rkw/publikationen/suchtprvention-bei-auszubildenden-757/1/

1.1.6.3 „*Prev*@WORK“

Die Verstetigung des evaluierten Programms „*Prev*@WORK“, das Suchtprävention in die Berufsausbildung integriert und im betrieblichen Gesundheitsmanagement verankert, läuft erfolgreich weiter. Bislang wurden insgesamt 169 Fachkräfte aus zehn Bundesländern zu „*Prev*@WORK“-Trainern ausgebildet, und mehr als 1.500 Auszubildende bundesweit haben die Präventionsseminare durchlaufen. Die standardisierte Evaluation, die regelhaft im Anschluss an die Seminare durchgeführt wird, belegt weiterhin die hohe Qualität und die nachhaltige Wirksamkeit des Konzeptes.

Vor diesem Hintergrund wurde „*Prev*@WORK“ 2013 auf der Fachtagung der DHS zum Thema „Sucht und Arbeit“ als Good-Practice-Beispiel vorgestellt und stieß dabei auf großes Interesse. Im Rahmen des europäischen Projekts EWA (siehe C 4.1.3) sowie im „Fehlzeiten-Report 2013“, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin herausgegeben wird, ist es ebenfalls als „gutes Praxisbeispiel in der betrieblichen Suchtprävention“ benannt.

Aufgrund der anhaltend großen Nachfrage und dank der finanziellen Unterstützung durch einige AOK-Landesverbände sollen auch 2014 in mehreren Bundesländern weitere Trainerschulungen durchgeführt werden.
www.berlin-suchtpraevention.de/Betriebliche_Suchtpraevention-c1-l1-k56.html

1.1.7 Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Bundeswehr hat es sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, Abstinenz zu fördern sowie Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Durch eine strukturelle Verankerung wird dies als dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet. Er umfasst die Aufklärung sowie die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Vorgesetzten.

Hierbei arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr in einem Netzwerk zusammen, in dem sich neben dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr auch die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V. sowie weitere Organisationen, Vereine und Initiativen engagieren, um Soldaten und ihren Familien bei Schwierigkeiten aller Art zu helfen. Im Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr werden medizinische, soziale, psychologische, administrative und seelsorgerliche Hilfen an den Bundeswehrstandorten angeboten. Sanitätsdienst, Sozialdienst, Psychologischer Dienst und Militärseelsorge arbeiten dabei eng zusammen und bieten Soldaten, zivilen Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten professionelle Beratung und Unterstützung an.

Die Soldaten werden umfassend über Drogen- und Suchtmittelgefahren aufgeklärt und darüber informiert, dass der Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet wird. Zu den präventiven Maßnahmen gehören Meldungen, Aktionen, Broschüren, Plakate, CD-ROM-Verteilungen sowie Auftritte in digitalen Medien. Sie verdeutlichen die Risiken und Gefahren von Sucht und stärken das Abwehrverhalten. Suchtleitfäden sowie konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienst-/Arbeitszeit enthalten, ergänzen dieses Angebot. Künftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf polyvalente und riskante Konsummuster eingegangen werden.

Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert das im Jahr 2000 am „Zentrum Innere Führung“ in Koblenz eingerichtete „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“. Auf der zugehörigen Webseite finden Vorgesetzte unter dem Stichwort „Dokumentationszentrum Suchtprävention“ weiterführende Informationen zum Umgang mit Suchterkrankungen.

In Lehrgängen wird den Multiplikatoren sowie dem Führungspersonal Handlungssicherheit im Umgang mit Suchtkranken vermittelt. Dabei werden auch der pathologische Internetgebrauch, Spielsucht und der Konsum von Designerdrogen und neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) thematisiert.

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr deutschlandweit flächendeckend sowie an Auslandsstandorten individuelle Beratung und Betreuung in sozialen Angelegenheiten an. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes der Bundeswehr und des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, sodass die Privatsphäre der Ratsuchenden geschützt bleibt. Neben den persönlichen Beratungsgesprächen bieten die Sozialarbeiter auch Veranstaltungen zu spezifischen Abhängigkeitsthemen an.

Des Weiteren sind in den Heimatstandorten und im Auslandseinsatz Truppenpsychologen der Bundeswehr in der Suchtprävention aktiv. Sie beraten Vorgesetzte, richten Weiterbildungsveranstaltungen zur Suchtprophylaxe aus und bieten Beratungsgespräche an, um Rückfällen vorzubeugen.

Mit dem Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“, das einen grundsätzlich präventiven Ansatz verfolgt, werden bestehende und neue Maßnahmen, die u.a. auch der Suchtprävention dienen, prozessbezogen und zielgruppenorientiert zusammengeführt. Basierend auf bereits bestehenden wissenschaftlich evaluierten Methoden zur Erfassung der psychischen Fitness wurden Screeningverfahren für die Streitkräfte entwickelt, die zweckgebunden zu bestimmten Zeitpunkten eingesetzt werden können, etwa nach einem Auslandseinsatz. Die Verfahren werden derzeit erprobt.

Das „Gesetz zur Einführung eines Rauchverbotes in Einrichtungen des Bundes und öffentlichen Verkehrsmitteln“ (2007) wurde durch die Bundeswehr umfassend umgesetzt.

In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Meldungen über den Verdacht auf Straftaten und Ordnungswidrigkeiten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der Bundeswehr – auch in Relation zum jeweiligen Gesamtpersonalumfang – stark zurückgegangen. Entsprechend rückläufig sind auch die Verurteilungen, die der Bundeswehr durch die Strafverfolgungsbehörden gemeldet wurden.

1.1.8 Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert im Rahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach §§ 20 und 20 a des SGB V Leistungen zur Verhütung von Suchtmittelabhängigkeit sowie zur Verhinderung von Erkrankungen infolge des Suchtmittelkonsums. Dabei soll in allen Altersgruppen ein gesundheitsgerechter Lebensstil gefördert werden. Die Inhalte und Qualitätskriterien der Präventionsmaßnahmen hat der GKV-Spitzenverband in seinem „Leitfaden Prävention“ für Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich festgelegt.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt es vor allem, den Einstieg in den Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum zu verhindern. Erfolg versprechend sind dabei Maßnahmen, die in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen – insbesondere an Schulen – durchgeführt werden. Über Maßnahmen in Schulen und Berufsschulen konnten die Krankenkassen im Jahr 2012 bundesweit 1,3 Millionen Kinder, Jugendliche, pädagogisches Personal und Eltern ansprechen. Darüber hinaus wurden indirekt weitere ca. 2,6 Millionen Menschen erreicht. Die Maßnahmen behandelten neben der Suchtthematik auch Inhalte wie Bewegungsförderung, gesundheitsgerechte Ernährung und Stressreduktion/Entspannung. Hinzu kommen – insbesondere bei jüngeren Kindern – auch substanzunspezifische Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum fördern die Krankenkassen evaluierte verhaltenspräventive Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Sinne einer Frühintervention (siehe C 1.2.1.8).

Für erwachsene Versicherte bieten die Krankenkassen kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenberatungen und Trainings zur Tabakentwöhnung und zu einem gesundheitsgerechten Alkoholkonsum an. Insgesamt förderten die Krankenkassen im Jahr 2012 knapp 13.000 Kursteilnahmen zu diesen Themen. Dabei bezogen sich 93 Prozent der Maßnahmen auf den Tabak- und 7 Prozent auf den Alkoholkonsum. 56 Prozent der Teilnehmer waren Frauen.

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 Fragen, die mit der Tabak- und Alkoholprävention in Zusammenhang stehen. Das Leistungsspektrum umfasst die Aufklärung und Information, die Schulung von Führungskräften, die Förderung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz bzw. zur betrieblichen Alkoholpolitik sowie Tabakentwöhnungsmaßnahmen und die Vermittlung von Hilfeangeboten für einzelne Mitarbeiter. Die krankenkassengeförderte betriebliche Gesundheitsförderung erreichte 2012 direkt und indirekt 1,3 Millionen Beschäftigte und Führungskräfte in 8.900 Betrieben.

GKV-Präventionsberichte und dazugehörige Tabellenbände:
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

„Leitfaden Prävention“:
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

1.1.9 Beispielprojekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Knappschaft und Deutscher Kinderschutzbund:

„Hackedicht-Schultour der Knappschaft“
Seit 2010 sind die Knappschaft und der Deutsche Kinderschutzbund (DKSB) mit der „Hackedicht-Schultour“ unterwegs, um Jugendliche im Alter zwischen 12 und 21 Jahren auf die Gefahren von Alkohol hinzuweisen. Das Projekt richtet sich bundesweit an alle weiterführenden Schulen.

Mit einem Bühnenprogramm führt der Kabarettist Eisi Gulp auf die ihm eigene Art und Weise vor, wie man sich unter Alkoholeinfluss verhält. Die Wissensvermittlung in Form eines Kabaretts soll die Jugendlichen dazu anregen, den eigenen Umgang mit Alkohol zu hinterfragen. Um das Thema nachhaltig im Schulalltag zu verankern, findet am Folgetag des Bühnenprogramms eine Schulung für Eltern und Lehrer statt, die von pädagogischem Fachpersonal geleitet wird.

Im Jahr 2013 hat die Schultour auch einen Stopp in der rewirpower-Lounge des VfL Bochum eingelegt. Hierzu waren Jugendliche und deren Betreuer aus Schulen und Vereinen eingeladen.

Innerhalb von vier Jahren hat die „Hackedicht-Schultour“ bundesweit 52 Schulen besucht. Allein im Jahr 2013 wurden so 2.700 Kinder und Jugendliche auf die Gefahren des übermäßigen Alkoholkonsums aufmerksam gemacht. Für 2014 sind Besuche in 15 weiteren Schulen geplant.
www.hackedicht-tour.de

Suchtprävention bei der AOK Baden-Württemberg:

Die AOK Baden-Württemberg fördert bereits seit 1992 die Arbeit der Suchtprophylaxebeauftragten und der kommunalen Suchtbeauftragten in Baden-Württemberg und setzt damit auf deren langjährige Erfahrungen in der lokalen Suchtprävention. Sie unterstützt spezielle Projekte und Programme zur Suchtprävention und trägt damit zu einem flächendeckenden Angebot in den Kommunen und Städten bei. Ergänzt wird diese Förderung durch eine individuelle Unterstützung für Kinder und Jugendliche in Programmen und Projekten gegen den Alkoholmissbrauch, darunter auch das Programm „Hart am LimiT“ (HaLT, siehe C 1.2.1.5).

Außerdem unterstützt die AOK Baden-Württemberg bereits seit acht Jahren die Durchführung und Umsetzung des erfolgreichen Nichtraucherwettbewerbs „Be Smart – Don’t Start“ (siehe C 1.2.2.2).

Individuelle Angebote zur Suchtprävention, z. B. zur Raucherentwöhnung, werden über die AOK-Gesundheitsangebote, auf der Homepage der AOK (**www.aok-bw.de**) oder im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements angeboten.

AOK Rheinland / Hamburg:

„Immer On?“ – Prävention von Online-Sucht an Schulen
Die AOK Rheinland/Hamburg bietet in Kooperation mit der Drogenhilfe Köln seit 2013 das Angebot „Immer On?“ zur Prävention von Online-Sucht an weiterführenden Schulen an. Die Maßnahme richtet sich an Lehrkräfte, Schüler ab der sechsten Klasse sowie an deren Eltern.

Das Angebot umfasst als Basisbaustein die Lehrkräftefortbildung „Faszination und Risiken der virtuellen Welt“ sowie eine speziell entwickelte Methodentasche. Diese ist für den Unterricht, die Projekt- und die Elternarbeit gedacht und enthält ein Quiz auf CD-ROM, ein Diskussionsspiel, Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung, einen Folienvortrag für Pädagogen und Eltern sowie ein Handbuch mit Hinweisen zur Gestaltung von Elternveranstaltungen.

Mithilfe der Maßnahmen soll die Medienkompetenz der Schüler gestärkt und problematisches Medien-

nutzungsverhalten erkannt werden. Den Eltern soll zudem vermitteln werden, wie sie dem übermäßigen Internetkonsum ihrer Kinder entgegenwirken können. Die Fortbildungen sollen 2014 auf weitere Schulen ausgeweitet werden.
www.aok-gesund-lernen.de

1.1.10 Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtprävention

Berlin:

Clubmission Berlin

Der Drogenkonsum im Nacht- und Partyleben ist gerade in der Partymetropole Berlin ein zentrales Präventionsthema. Dabei spielt besonders Mischkonsum eine entscheidende Rolle. Studien haben gezeigt, dass dort, wo Alkohol häufig und in hohem Maße konsumiert wird, auch die Prävalenz des Amphetamin- bzw. Ecstasy-Konsums steigt.

Die Fachstelle für Suchtprävention Berlin nimmt sich im Rahmen des Projekts „Clubmission" des Themas Mischkonsum an. Das Projekt entstand 2012 als Bestandteil der Berliner Gemeinschaftskampagne „Na Klar …!" und richtet sich zum einen direkt an junge Partygänger und zum anderen an die Clubbetreiber.

Die jungen Partygänger werden direkt vor bekannten Berliner Clubs sowie auf dem Weg dorthin angesprochen und um die Teilnahme an einer standardisierten Kurzbefragung gebeten. Diese sogenannte Warteschlangen-Streetwork zielt darauf ab, die Zielgruppe über die Risiken des Drogen- und Mischkonsums mit Alkohol zu informieren und so die Risikokompetenz der jungen Partygänger zu stärken. Gleichzeitig wird nach den Erfahrungen, Haltungen und Meinungen der Zielgruppe zum Drogenkonsum gefragt, um so Hinweise für die Prävention zu erhalten. Darüber hinaus werden die jungen Partygänger in bekannten Musik-, Club- und Partyforen angesprochen, und es werden Beiträge zu den Themen illegale Drogen, Mischkonsum und Safer Use online gestellt.

Die Zielgruppe der Clubbetreiber wird mithilfe eines Anschreibens, in dem relevante gesetzliche Grundlagen aufgelistet sind, dazu motiviert, diese konsequent einzuhalten. Außerdem erhalten die Clubs kostenfrei zielgruppengerechte Kartensets mit Informationen zu den Gefahren und dem risikoarmen Konsum relevanter Substanzen.
www.praevention-na-klar.de/upload/pdf/UebersichtsvortragClubmission.pdf

Internetplattform „Netzwerk Frühintervention" des Landes Berlin
Im „Netzwerk Frühintervention" haben sich Berliner Einrichtungen und Fachkräfte zusammengeschlossen, die Maßnahmen der Früherkennung und -intervention bei Drogen- und Suchtproblemen anbieten. Das Netzwerk wird von der Drogenbeauftragten des Landes Berlin koordiniert.

Im Netzwerk werden zurzeit die Programme „HaLT" (Hart am LimiT), „Break" und „FreD" zur Intervention bei problematischem Alkoholkonsum sowie die

Programme „Realize It!“, „MDFT“ (Multidimensionale Familientherapie), „Quit the Shit“, „CANDIS“ und „FreD“ bei problematischem Cannabiskonsum angeboten. Der Trainingskurs „MOVE“ richtet sich an Pädagogen und andere Multiplikatoren.

Auf der Internetseite werden die einzelnen Programme beschrieben und die zugehörigen Einrichtungen anhand von Kartenübersichten bezirklich zugeordnet. Damit ermöglicht die Internetplattform eine gezielte und schnelle Suche nach Einrichtungen, die wohnortnah ein bestimmtes Programm anbieten.

Im Rahmen des Netzwerkes ist ein regelmäßiger Fachaustausch zwischen den Mitgliedern gewährleistet, um so die bestehenden Arbeitsansätze weiterzuentwickeln bzw. die Arbeitsmethoden möglichst zeitnah an die aktuellen Bedarfe anzupassen.
www.netzwerk-fruehintervention.de

Neue Mitmach-Parcours für Schulklassen
Im Auftrag der Berliner Gesundheitsverwaltung wurden 2013 zwei neue suchtpräventive Mitmach-Parcours zu den Themen Cannabiskonsum und Glücksspiel-/Internetnutzung für Berliner Schulklassen eröffnet.

Wie bereits bei den Parcours zur Prävention des Rauchens, des Alkoholmissbrauchs und des gesundheitsschädigenden Verhaltens will der Träger KARUNA – Zukunft für Kinder und Jugendliche in Not e.V. durch vielfältige Interaktionsmöglichkeiten Kinder und Jugendliche über mögliche Gesundheitsrisiken informieren und nachhaltig sensibilisieren.

Hierfür werden Berliner Schüler im Rahmen eines 90-minütigen Parcoursbesuchs darin bestärkt, die Folgen eines übermäßigen Konsums kritisch zu beurteilen. Spielerisch sowie lebensnah werden an den verschiedenen Stationen des Parcours in kleinen Teams und mit Unterstützung geschulter Moderatoren wichtige Fachinformationen interaktiv und mit allen Sinnen vermittelt. Die Parcours können von Schülergruppen ab ca. zehn Personen genutzt werden und stellen eine Ergänzung zum Schulunterricht dar.

Der Parcours „Cannabis denn Sünde sein“ richtet sich an Schüler ab der siebten Klasse. Die Mitmachstationen ermöglichen die kritische Auseinandersetzung mit Mythen und Gerüchten über Cannabis, mit Gefährdungsmomenten und möglichen Alternativen zum Konsum.

Der Parcours „Einsatz@Leben.Komm!“ ist für Schüler ab der sechsten Klasse gedacht. Hier erfahren die jungen Besucher, wozu Glücksspiel und übermäßiger Internetkonsum führen können und was eigentlich Glück im Leben bedeutet.
www.karuna-prevents.de

Baden-Württemberg:

Präventionskampagne „K.-o.-Tropfen – Die Gefahr lauert im Glas!“
Die heimliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen ist zu einer zunehmenden Bedrohung für Frauen und Männer geworden. Dabei handelt es sich um Substanzen, die einer Person ohne deren Wissen und Einverständnis verabreicht werden, um sie handlungsunfähig, hilflos oder willenlos zu machen. Dies geschieht in Lokalen, Clubs und Diskotheken, aber auch bei öffentlichen Festen und privaten Partys. Als Täter kommen nicht nur Fremde infrage, sondern auch Bekannte und Freunde.

Da viele Opfer durch die K.-o.-Tropfen willenlos oder bewusstlos werden, kommt es in der Folge häufig zu sexuellem Missbrauch, Vergewaltigungen oder Raubdelikten. Eine Überdosierung kann hierbei sogar zum Koma und zu tödlicher Atemlähmung führen.

Den Opfern fehlt häufig die Erinnerung an das Geschehen („Filmriss“), Unsicherheit, Scham oder Angst halten sie davon ab, bei der Polizei Anzeige zu erstatten. Daher geht die Polizei von einer hohen Dunkelziffer nicht angezeigter Fälle aus.

Weil gerade in der Faschingszeit viele Menschen besonders ausgelassen feiern, hat das Landeskriminalamt Baden-Württemberg im Januar 2013 die Präventionskampagne „K.-o.-Tropfen – Die Gefahr lauert im Glas!“ gestartet und eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit begonnen. Zur Kampagne gehören auch ein Faltblatt und ein Plakat mit Tipps, wie man sich vor einer Vergiftung durch K.-o.-Tropfen schützen kann und bei Verdacht auf Vergiftung richtig verhält.
www.polizei-bw.de
www.polizei-bw.de/Praevention/Seiten/drogen.aspx
praevention@polizei.bwl.de

Niedersachsen:

starKids – starke Kinder von Anfang an
Mit dem Projekt „starKids – starke Kinder von Anfang an“ wird derzeit in niedersächsischen Kindertagesstätten Suchtprävention umgesetzt. Das Projekt ist auf drei Jahre angelegt und darauf ausgerichtet, die Kompetenz der Erzieher in Bezug auf Suchtprävention auszubauen.

Das Herzstück des Projekts ist der starKids-Arbeitskreis, den die regionale Fachkraft für Suchtprävention mit mindestens drei Kindertagesstätten gründet und leitet. An den Treffen des starKids-Arbeitskreises nehmen aus jeder beteiligten Einrichtung zwei Personen aus der Leitungsebene teil.

Der Arbeitskreis trifft sich über einen Zeitraum von drei Jahren ca. alle zwei Monate und erarbeitet gemeinsam mit der regionalen Fachkraft für Suchtprävention alle suchtpräventiv relevanten Themen (u. a. Genuss, Konflikte, Frustrationstoleranz, Kinder aus suchtbelasteten Familien), deren Ergebnisse die Erzieher in den ersten beiden Jahren in den Kindergartenalltag einfließen lassen.

Im dritten Jahr sollen suchtpräventive Themen auch konkret mit den Kindern umgesetzt werden. Hierbei stehen die Selbstgestaltung von Spielzeug und die Reduktion des Kindergartenspielzeugs im Vordergrund.

Das Projekt startete im Kindergartenjahr 2011/12 in 15 Kindertagesstätten in fünf Regionen und endet im Herbst 2014. Begleitend wird eine quantitative Konzept- und Prozessevaluation durchgeführt.

Die bisher teilnehmenden Kindertagesstätten wollen das starKids-Konzept auch nach Beendigung des Projekts weiter umsetzen.

Für die Arbeitskreisteilnehmer steht ein starKids-Manual zur Verfügung, und die Mitarbeiter in den Einrichtungen erhalten spezielle Arbeitshilfen. Die Umsetzung und die Evaluation von starKids werden von der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) unterstützt.
nls-online.de/home16/index.php/praevention/starkids-starke-kinder-von-anfang

1.1.11 Präventionsforschung im Bundesministerium für Bildung und Forschung

In dem Förderschwerpunkt „Präventionsforschung" des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung unterstützt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Forschung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei kooperiert es eng mit Anbietern und Trägern von Präventionsmaßnahmen. In dem Vorhaben werden neue Konzepte und Programme zur Prävention von Krankheiten entwickelt und erprobt. Darüber hinaus werden Qualität und Wirkungsweise von bestehenden Präventionsmaßnahmen untersucht. So sollen die Entwicklung und die Identifikation von wirksamen, praxisnahen und gut nutzbaren Präventionsangeboten gefördert werden. Der frühestmögliche Zugang zu wirksamen Maßnahmen für alle Bevölkerungsgruppen wird durch die enge Kooperation zwischen Präventionsanbietern – beispielsweise Krankenkassen – und Forschern gewährleistet.

1.2 Suchtstoffspezifische Prävention

1.2.1 Alkohol

1.2.1.1 Alkohol in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann schwerwiegende Folgen für das ungeborene Kind haben: Bereits durch den Konsum geringer Mengen können Wachstumsstörungen sowie geistige und soziale Entwicklungsstörungen auftreten. Diese vorgeburtlich verursachten Schädigungen durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden als Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bezeichnet. Bei der schwerwiegendsten Form – dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) – ist die Hirnentwicklung bei den Betroffenen so stark beeinträchtigt, dass sie ein Leben lang auf Hilfe angewiesen bleiben. Bei schwächeren Ausprägungen treten Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten auf, die eine intensive Frühförderung nötig machen, aber trotzdem lebenslange Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Laut Schätzungen kommen in Deutschland jährlich bis zu 10.000 Kinder mit einer FASD und 2.000 Kinder mit FAS zur Welt. Damit zählen diese Krankheitsbilder zu den häufigsten angeborenen Erkrankungen. Sie sind vollständig vermeidbar, wenn die werdende Mutter auf Alkohol verzichtet.

1.2.1.1.1 Beispielprojekte zum Förderschwerpunkt Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu Alkohol in der Schwangerschaft

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit" (siehe C 1.1.1.1) förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Modellvorhaben.

Von Anfang Mai 2011 bis Ende November 2012 wurde das Projekt „JUWELA – Junge und werdende Eltern leben alkoholfrei!" des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation durchgeführt. Der Fokus des Projekts lag auf der Arbeit mit schwangeren Frauen und jungen Eltern sowie auf der Schulung von Multiplikatoren zum Thema „Motivational Interviewing" (motivierende Gesprächsführung).

Hauptziel war es, die werdenden Mütter so früh wie möglich zur Alkoholabstinenz zu motivieren. Auch die Väter sollten dazu angeregt werden, ihr Trinkverhalten zu reflektieren und ggf. die Trinkmenge zu reduzieren. Durch das JUWELA-Projekt sollte die Gefährdung des Ungeborenen durch den Suchtmittelkonsum der Mutter verringert bzw. vermieden und die Familiengesundheit insgesamt gefördert werden. Ziele für die Multiplikatorenarbeit waren die Vermittlung von Informationen rund um das Thema „Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit", die Sensibilisierung für das Thema Sucht und die Vermittlung von Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung.

In der Projektlaufzeit konnte ein tragfähiges Netzwerk mit allen relevanten Institutionen in Freiburg und den Landkreisen Emmendingen und Breisgau-Hochschwarzwald aufgebaut werden. Die betroffenen Frauen konnten durch die Gehstruktur vor allem in Mutter-Kind-Einrichtungen erreicht werden. Zudem wurden überdurchschnittlich viele Multiplikatoren erreicht sowie zahlreiche Veranstaltungen für Multiplikatoren, Schwangere, junge Mütter und Schü-

ler durchgeführt. Leider gelang es nicht, auch die Partner einzubeziehen. Zudem wurden in den Mutter-Kind-Einrichtungen hauptsächlich junge Mütter erreicht, die sich in instabilen Partnerschaften befanden. Die Schulungen im Rahmen der Hebammen- bzw. Familienhebammenausbildungen werden auch nach dem Projektende weitergeführt.

JUWELA-Abschlussbericht unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/130417_Abschlussbericht_JUWELA_-_Junge_und_werdende_Eltern_leben_alkoholfrei.pdf

In einem weiteren Modellprojekt sollte ein spezielles Angebot für schwangere und stillende Frauen, die Suchtmittel konsumieren, geschaffen werden. Das Projekt wurde vom Diakonischen Werk in Stadt und Landkreis Osnabrück von Anfang Juli 2011 bis Ende Juni 2012 durchgeführt. Ziel war die Entwicklung eines Fragebogens, um die suchtmittelkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen erfassen zu können. Neben dem Konsumverhalten sollten die Risikoeinschätzung und die Motivation zur Reduzierung des Suchtmittelkonsums ermittelt werden. Des Weiteren wurde ein Beratungs- und Behandlungskonzept für die Raucherentwöhnung erstellt, das sich speziell an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert. Dazu gehörte auch die Entwicklung eines Flyers, der auf das neue Beratungs- und Behandlungsangebot hinweist. Die Auswertung des Fragebogens hat ergeben, dass ein Bedarf an Angeboten besteht, die sich an suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen richten. Im Verlauf des Projekts konnten einige Frauen bei der Reduktion bzw. Abstinenz beraten und unterstützt werden. Es stellte sich heraus, dass in der Arbeit mit der Zielgruppe eine motivierende Grundhaltung von großer Bedeutung ist. Im Hinblick auf das tabuisierte Thema Sucht ist eine wertschätzende und offene Haltung gegenüber der Klientel überaus wichtig. Auch die Einbeziehung der Partner als Unterstützung für die betroffene Frau spielt eine große Rolle.

1.2.1.1.2 Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden

Bayern:

Kampagne „Schwanger? Null Promille!“
Die Ende 2012 gestartete Kampagne „Schwanger? Null Promille!“ wirbt für den Alkoholverzicht in der Schwangerschaft, ohne dabei auf besorgniserregende Warnungen, autoritär formulierte Verhaltensvorschriften oder abschreckende Bilder zurückzugreifen. Vielmehr will die Kampagne jungen Frauen Mut machen, ein großes gesundheitliches Risiko für ihr Baby sicher zu vermeiden. Die Kampagne wird vom Bayerischen Gesundheitsministerium und den 40 Partnern des Präventionspaktes Bayern getragen. Sie fordert Partner und Familie, Freunde und Arbeitskollegen sowie Fachleute, die durch Schwangerschaft und Stillzeit begleiten, zur Unterstützung auf.

Herz der Aktion ist die Internetseite, die rund um das Thema „Alkohol und Schwangerschaft“ informiert und Beratungsangebote in allen bayerischen Bezirken verzeichnet. Werdende Mütter und Väter berichten hier regelmäßig über glückliche und bewegende, aber auch über schwierige Momente der Schwangerschaft und nehmen dabei auch Bezug auf den Konsum von Alkohol.

Die Online-Werbung zum Kampagnenstart erreichte außerordentlich hohe Zugriffsraten. Großes Interesse erfährt die Kampagne auch in gesundheitsbezogenen Projekten für Menschen mit Migrationshintergrund, allen voran im Projekt „MiMi Bayern“ („Mit Migranten für Migranten“), das die Informationen zum Alkoholverzicht während der Schwangerschaft in muttersprachlichen Gemeinschaften weitergeben will. Derzeit werden Materialien in Englisch, Russisch, Türkisch, Arabisch, Serbokroatisch, Französisch und Spanisch entwickelt. 2014 wird es auf der Internetseite für jede Sprache eine eigene Informationsseite geben.
www.schwanger-null-promille.de

„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI:

„Verantwortung von Anfang an!“
Anfang 2009 erschien die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Leitfaden für den Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in Schwangerschaft und Stillzeit“. Sie wurde vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (BSI) mit wissenschaftlicher Unterstützung der FAS-Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Münster entwickelt. Die Broschüre informiert über das FAS (siehe C 1.2.1.1) und gibt praktische Tipps, wie Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit konsequent auf alkoholhaltige Getränke verzichten können. Ein begleitender Internetauftritt der Initiative, der werdenden Eltern neben wichtigen Informationen auch online praxisnahe Expertentipps zum Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ bereitstellt, ist seit November 2010 online.
www.verantwortung-von-anfang-an.de

Bis Ende 2013 wurden über die gynäkologischen Praxen insgesamt 1,75 Millionen Broschüren an schwangere Frauen verteilt. Bis 2013 wurden den Praxen zusätzlich insgesamt 19.000 Praxispakete (bestehend aus Plakaten und Broschüren) zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2013 wurden erstmals auch 20.000 Broschüren an Hebammen verteilt.

Seit Mai 2012 wird die Initiative durch das Faltblatt „Was Mädchen über alkoholhaltige Getränke in der Schwangerschaft wissen sollten“ (Auflage: 80.000) ergänzt. Das Faltblatt wird in Kooperation mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. (ÄGGF) (**www.aeggf.de**) bei Präventionsveranstaltungen für Mädchen und junge Frauen ab zwölf Jahren in Schulen eingesetzt. In diesem Rahmen thematisieren die zurzeit 90 Ärztinnen der ÄGGF die Verantwortung werdender Mütter für die Entwicklung ihres Babys in der Schwangerschaft. Ein Evaluierungsbericht über die Resonanz des Faltblattes wurde 2013 vorgelegt.

Seit 2012 informiert zudem die Broschüre „Verantwortung von Anfang an! – Das Fetale Alkoholsyndrom“, die bis zum Jahresende 2013 25.000 Mal in Deutsch und 12.000 Mal in Englisch gedruckt und verteilt wurde.

Ebenfalls seit 2012 ist die Präventionsinitiative mit dem aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e.V. vernetzt. Mit dem Projekt leistet der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI einen Beitrag zur bayerischen Kampagne „Schwangerschaft? Null Promille!“. Seit Ende 2012 ist das Projekt auch im Internet mit der Kampagne verknüpft.

1.2.1.2 BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ Für Jugendliche und junge Erwachsene

Seit 2009 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) die bislang größte deutsche Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch durch: Die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ richtet sich insbesondere an die Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen und hat zum Ziel, einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern sowie riskante Konsummuster wie das Rauschtrinken zu reduzieren. Die bundesweite Mehrebenenkampagne umfasst massenmediale und personalkommunikative Maßnahmen und hat mittlerweile einen sehr hohen Bekanntheitsgrad erreicht. So kannten im Jahr 2012 mehr als 80 Prozent der jugendlichen Zielgruppe den Kampagnenslogan.

Massenmediale und direkte Ansprache

Auch 2013 war die Kampagne mit bundesweiten Plakataktionen sowie Spotschaltungen im Kino massenmedial stark präsent. Die im Jahr 2012 inhaltlich und gestalterisch weiterentwickelte Kampagnenlinie wurde um ein neues Motiv zum Thema „Straßenverkehr und Alkohol“ erweitert, das als Plakat und als Anzeige in Printmedien geschaltet wurde. Im Schulbereich und in der „jungen Gastronomie“ wurden zudem mehrere Millionen sogenannte Freecards mit allen vier Kampagnenmotiven gestreut, um so die suchtpräventiven Hauptbotschaften der Kampagne in die Breite zu kommunizieren. Der neue Kampagnenspot „Entscheidungen“ erreichte 2013 im Kino und auf großen Musikfestivals, im Internet und als Social Spot im Fernsehen mehrere Millionen Menschen.

Bei der persönlichen Ansprache der Jugendlichen setzt die Kampagne auf den Peer-Education-Ansatz. Die Peer-Aktionen werden ganzjährig durchgeführt, so etwa auf Musikfestivals, Sportveranstaltungen, Stadtfesten und in Urlaubsregionen. In diesem Rahmen konnten 2013 deutschlandweit rund 20.000 Jugendliche von 49 speziell geschulten Kampagnen-Peers erreicht werden. Hierbei handelt es sich um junge Leute im Alter von 18 bis 24 Jahren, die mit den Jugendlichen auf Augenhöhe über das Thema Alkohol reden und sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren sollen.

Die Peers begleiteten u.a. die neue interaktive Open-Air-Aktion „Glasklar statt benebelt“, die im Jahr 2013 in Münster, Hamburg, Berlin und München Station machte. Sie waren zudem mit dem Eventareal der Kampagne im Einsatz, das in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) auf vier überregionalen großen Sportveranstaltungen gezeigt wurde. Insgesamt wurden so mehr als 80.000 Jugendliche und Multiplikatoren mit den Präventionsbotschaften rund um das Thema Alkohol erreicht.

In den Schulen ist die Kampagne mit den Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (siehe C 1.1.3.3) und dem interaktiven BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol (siehe C 1.1.3.5) präsent. Im Jahr 2013 wurden rund 28.000 Schüler und Multiplikatoren persönlich erreicht. Um den Schulen die Möglichkeit zu geben, eigenständig und nachhaltig interaktive Veranstaltungen zum Thema Suchtprävention durchzuführen, wurde eine Koffervariante des Mitmach-Parcours entwickelt und evaluiert. Bisher wurden bundesweit bereits rund 200 Koffer an Schulen verteilt.

Zudem wurde 2013 für Lehrkräfte der Klassen 7 bis 10 in allen Schulformen eine interaktive didaktische DVD – bestehend aus einem Spiel-, Sach- und Dokumentarfilm – mit methodisch-didaktischem Begleitmaterial entwickelt. Sie steht Lehrkräften seit Anfang 2014 zur Verfügung.

Zentrales Informationsmedium der Kampagne – und Verbindungsglied zwischen Massen- und Personalkommunikation – ist das Internetportal **www.kenn-dein-limit.info**, das mit durchschnittlich 60.000 Besuchern pro Monat eine hohe Reichweite hat. Das Portal umfasst neben detaillierten Sachinformationen auch interaktive Programme wie die Alkohol-Bodymap, den Alkohol-Einheitenrechner und den Alkohol-Kalorienzähler. Besonders beliebt ist der Selbsttest „Check Your Drinking", bei dem Nutzer ein individuelles Feedback zu ihrem Konsumverhalten bekommen und anschließend die Möglichkeit erhalten, am Online-Verhaltensänderungsprogramm „Change Your Drinking" teilzunehmen.

Zudem wurden 2013 auf der Internetseite erstmals Kampagnenblogs gestartet. Junge Blogger beschreiben hier ihre Erfahrungen, Gedanken und Erlebnisse rund um das Thema „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol". Die Blogs initiieren regelmäßig einen intensiven Austausch zum Thema, u. a. auf der Facebook-Fanseite, die seit 2010 besteht. Im Jahr 2013 stieg die Zahl der Kampagnenfans auf Facebook auf über 300.000 an und hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt. Die Fans sind mehrheitlich zwischen 16 und 24 Jahre alt.

Ein weiterer Kampagnenschwerpunkt war 2013 die Förderung der Vernetzung von alkoholpräventiven Aktivitäten auf Länder- und kommunaler Ebene. Der erstmalig durchgeführte „Bundeswettbewerb Alkoholprävention" stand unter dem Motto „Innovative Projekte umsetzen – nachhaltig wirken" und führte zu 150 Beiträgen kommunaler Einrichtungen, die ihre Projekte zur kreativen und partizipativen Ansprache von Jugendlichen einreichten. Die interdisziplinär besetzte Jury zeichnete im Februar 2013 acht der insgesamt 14 nominierten Projekte im Rahmen einer Preisverleihung aus. Die Ergebnisse des Bundeswettbewerbs fanden u. a. in der bundesweiten Fachkonferenz „Kommunale Alkoholprävention" im Oktober 2013 in Düsseldorf Berücksichtigung. Hier diskutierten 120 Experten aus der Suchtprävention, dem öffentlichen Gesundheitswesen und der kommunalen Verwaltung sowie aus der Wissenschaft und Politik Programme kommunaler Alkoholprävention und geeignete Ansätze für nachhaltige und vernetzte Strategien. Die Kooperationspartnerstrategie

zur kommunalen Alkoholprävention wird auf dieser Basis und in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Länderkooperationskreis Suchtprävention im Jahr 2014 weiter ausgebaut.

Erstmalig fand im Juni 2013 in Form eines europäischen Expertenmeetings in Köln ein internationaler Austausch zu Strategien der Alkoholprävention bei Jugendlichen statt. Hieran nahmen Präventionsexperten aus 14 europäischen Ländern teil und diskutierten über verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen sowie über strukturelle Maßnahmen. Weitere Expertenmeetings sollen folgen.
www.kenn-dein-limit.info
www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit
www.bundeswettbewerb-alkoholpraevention.de

Für Erwachsene

ALKOHOL? Kenn dein Limit.

Die Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit." der BZgA hat zum Ziel, riskante Alkoholkonsummuster in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zu reduzieren, indem sie für die Gesundheitsrisiken eines hohen Alkoholkonsums sensibilisiert. Die Kampagne richtet sich besonders an 30- bis 50-Jährige, da diese häufig als Eltern die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen und damit eine Vorbildrolle einnehmen. Eltern, Schwangere und ihre Partner sowie Multiplikatoren wie Ärzte und Fachärzte sind daher wichtige Zielgruppen der Kampagne.

Zu den Zielen der Erwachsenenkampagne gehören:

- die Verbreitung von Wissen über die gesundheitsschädigende Wirkung von Alkoholkonsum,
- die Information über Trinkmengengrenzen, um so einen risikoarmen Alkoholkonsum zu fördern,
- ein positives Vorbildverhalten der Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen,
- Punktnüchternheit in der Schwangerschaft und bei Medikamenteneinnahme sowie im Straßenverkehr und bei der Arbeit.

In der Erwachsenenkampagne ist das Internetportal **www.kenn-dein-limit.de** als niedrigschwelliges Informationsangebot neben den vielfältigen Printmedien und der Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit." ein zentrales Kampagnenelement. Pro Monat werden durchschnittlich etwa 62.000 Besucher registriert. Auch die Relevanz des Portals im Vergleich zu anderen Online-Informationsangeboten zum Thema Alkohol ist weiter gestiegen: So wird das Portal bei einer Google-Suchanfrage zum Begriff „Alkohol" bereits an zweiter Stelle genannt.

Die Printmedien der Kampagne behandeln das Thema „Verantwortungsvoller bzw. problematischer Umgang mit Alkohol" und umfassen auch Leitfäden für Allgemeinmediziner und Fachärzte zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen. Spezielle Materialien richten sich zudem an einzelne Zielgruppen wie Eltern, Schwangere und ihre Partner.

Die 2011 initiierte bundesweite Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit." wurde im Jahr 2013 erfolgreich fortgeführt. Die Tour beinhaltet eine interaktive Ausstellung rund um das Thema Alkohol und bietet die Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen mit qualifizierten Fachkräften. Insbesondere die Multi-Touch-Tische und der Rauschbrillen-Parcours werden von den Besuchern häufig genutzt. Im Jahr 2013 war die

Tour jeweils zwei bis fünf Tage in neun großen deutschen Städten zu sehen. Insgesamt wurden so etwa 70.000 Menschen erreicht. Die im Jahr 2012 begonnene Evaluation der Informationstour wurde 2013 abgeschlossen. Sie ergab, dass die alkoholpräventiven Botschaften der Ausstellung von den Besuchern sehr gut verstanden werden und auf hohe Akzeptanz stoßen. Auch die persönlichen Informations- und Beratungsgespräche im Kontext der Ausstellung sowie die interaktiven Module – etwa der Rauschbrillen-Parcours und der Promillerechner – erhielten sehr gute Bewertungen. Die Einsätze der Informationstour werden jeweils mit regionaler Pressearbeit begleitet.

Telefonaktionen mit regionalen Tages- und Wochenzeitungen runden die Öffentlichkeitsarbeit der Kampagne ab: Leser erhalten hierbei die Möglichkeit, dem BZgA-Beratungsteam Fragen zum Thema Alkohol zu stellen. Mit einer Gesamtauflagenhöhe von knapp sechs Millionen wurde mit den Telefonaktionen im Jahr 2013 wieder eine sehr breite Leserschaft erreicht.
www.kenn-dein-limit.de

1.2.1.3 „Null Alkohol – Voll Power" – BZgA-Kampagne für Jugendliche

NULL ALKOHOL
VOLL POWER

Die Kampagne „Null Alkohol – Voll Power" der BZgA richtet sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 15 Jahren. Sie hat das Ziel, über Alkohol zu informieren und eine kritische Einstellung zum Alkoholkonsum zu fördern. Um den aktuell rückläufigen Alkoholkonsum der Zielgruppe zu unterstützen, sollen dabei vor allem der Erstkonsum hinausgezögert und Nichtkonsumierende gestärkt werden. Hierbei spricht die Kampagne die Jugendlichen sowohl massenmedial als auch persönlich an.

Ein zentrales Kampagnenelement ist die Internetseite **www.null-alkohol-voll-power.de**. Hier finden Jugendliche neben Informationen und aktuellen News zahlreiche Mitmachangebote, die von Rätseln über Wissenstests bis zur „GeniessBar" – der Online-Version der alkoholfreien Cocktailbroschüre – reichen.

Einen weiteren wichtigen Bestandteil der Kampagne stellen die „Voll-Power-Peers" dar. Sie diskutieren mit Jugendlichen auf Augenhöhe, vermitteln Informationen zu den Risiken von Alkohol und fördern so eine kritisch-selbstbewusste Einstellung zu Alkohol. Jährlich werden rund 20.000 Jugendliche auf diesem Weg im persönlichen Gespräch erreicht.

Auch mit dem 2012 gestarteten Projekt „DOPPELPASS 2020 – Schule und Verein: Ein starkes TEAM" (siehe C 1.1.1.4), einer Kooperation des Deutschen Fußball-Bundes (DFB) und der BZgA, wird das Schwerpunktthema Alkoholprävention bei Jugendlichen umgesetzt.

Im Rahmen dieses Projekts stellt die Initiative Schulen und Vereinen ein Unterstützerpaket zur Verfügung, das u. a. Give-aways, Informationsbroschüren und Quizkarten enthält. Das Paket bietet Multiplikatoren zudem Tipps und Empfehlungen, wie sie das Thema Alkoholprävention altersgerecht vermitteln können. Die Materialien eignen sich für die eigenständige Erarbeitung im Unterricht der Sekundarstufe I oder im Fußballverein und fördern die Selbstreflexion und kritische Auseinandersetzung bei den teilnehmenden Jugendlichen. 2013 wurden über 500 solcher Unterstützerpakete eingesetzt.
www.null-alkohol-voll-power.de

1.2.1.4 „Initiative Alkoholprävention an Schulen“

Schulen sind wichtige Partner und zentrale Akteure der Suchtprävention vor Ort, weshalb ihnen in der Alkoholprävention für Jugendliche eine besondere Bedeutung zukommt. Um dies anzuerkennen, wurde von der BZgA, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und den Kultusbehörden der Länder Hessen, Berlin und Schleswig-Holstein die „Initiative Alkoholprävention an Schulen“ ins Leben gerufen. Im zweiten Halbjahr des Schuljahres 2012/13 wurde sie in den drei Bundesländern erstmals umgesetzt.

Im Rahmen der Initiative wurden allgemeinbildende Schulen ab der Klassenstufe 5 dazu eingeladen, ihre Aktivitäten im Bereich der Alkoholprävention in einem Online-Fragebogen zu dokumentieren. Insgesamt nahmen 54 Schulen teil. Die eingegangenen Bewerbungen wurden anschließend für jedes Bundesland einzeln durch eine Jury bewertet und je nach erreichter Punktzahl mit Urkunden, Plaketten und Geldpreisen in Höhe von 150 bis 1.000 Euro prämiert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitstudie zur Umsetzung der Initiative belegen insgesamt eine hohe Akzeptanz seitens der Zielgruppe sowie eine positive Bewertung seitens der teilnehmenden Schulen. Die „Initiative Alkoholprävention an Schulen“ wurde als Modellprojekt im Rahmen der BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ von der BZgA gefördert.

www.schulauszeichnung.ift-nord.de

1.2.1.5 „Hart am LimiT“ (HaLT) – Verbesserung der HaLT-Brückengespräche

„Hart am LimiT“ (HaLT) war von 2003 bis 2006 ein Bundesmodellprojekt und ist mittlerweile deutschlandweit zum Markenzeichen einer erfolgreichen Verknüpfung von verhaltensorientierter und struktureller Alkoholprävention geworden. Ein zentrales Element von HaLT ist die Frühintervention bei Jugendlichen, die alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt werden müssen. Der Kontakt zu den Jugendlichen und ihren Eltern wird über die enge Zusammenarbeit mit den Kliniken hergestellt. Dieser familienorientierte Ansatz wird mit kommunal verankerten Präventionsmaßnahmen kombiniert. Dabei werden insbesondere die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (Altersgrenzen im Verkauf, keine Abgabe von Alkohol an Betrunkene, Preisgestaltung) und die Verantwortung und Vorbildfunktion von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol betont. Festveranstalter, Vereine, Gemeinden und Schulen können auf Konzepte zugreifen, die den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand berücksichtigen und gemeinsam mit Praktikern entwickelt wurden.

In zehn Bundesländern gibt es eigene Landeskoordinationsstellen, die bestehende und neue HaLT-Standorte bei der Umsetzung unterstützen. Die Villa Schöpflin im Baden-Württembergischen Lörrach bietet regelmäßig Zertifizierungsschulungen an, die in der Regel die Voraussetzung dafür sind, dass ein HaLT-Standort durch die Krankenkassen gefördert wird. Die Koordinatoren der Länder treffen sich alle acht bis neun Monate zum Bundesnetzwerktreffen. Im Mittelpunkt stehen derzeit die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung und die Standardisierung von HaLT. Das Beratungsgespräch am Krankenbett soll zukünftig durch die Ergebnisse des vom BMG geförderten Forschungsprojekts RiScA (siehe C 1.2.1.6) stärker am individuellen Bedarf ausgerichtet werden. Bei der Weiterentwicklung des kommunalen Präventionsansatzes werden derzeit Kriterien für die Qualität und Wirksamkeit kommunaler Präventionsmaßnahmen sowie geeignete Evaluationsmethoden diskutiert, wobei eine stärkere Standardisierung angestrebt wird.

www.halt-projekt.de

1.2.1.6 Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen (RiScA)

Das BMG fördert seit September 2011 eine Studie, die Erkenntnisse zur mittel- und langfristigen gesundheitlichen Entwicklung von Patienten liefern soll, die als Jugendliche aufgrund einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt wurden. Ziel der Studie ist es, ein Instrument zu entwickeln, mit dem die relevanten Risiko- und Schutzfaktoren bei dieser Patientengruppe (RiScA) erhoben werden können. Mithilfe dieses RiScA-Fragebogens soll bereits am Krankenbett eine evidenzbasierte und praxistaugliche Entscheidungshilfe gegeben werden, ob ein intensiverer Beratungsbedarf besteht.

Im prospektiven Studienteil werden Patienten, die wegen einer Alkoholvergiftung behandelt wurden, am Krankenbett untersucht und sechs Monate später telefonisch nachbefragt. Dabei wird festgestellt, welche der ursprünglich erfragten Informationen den mittelfristigen Verlauf vorhersagen können. Im November 2013 lagen Daten von 342 Jugendlichen vor. Diese waren im Durchschnitt 15,5 Jahre alt und zu 48,1 Prozent weiblich.

Im zweiten Studienteil wird ergänzend die langfristige Entwicklung von Patienten untersucht. Hierfür werden über 1.500 Krankenakten von Personen analysiert, die als Jugendliche vor etwa zehn Jahren alkoholbedingt stationär behandelt wurden. Die mittlerweile jungen Erwachsenen werden telefonisch interviewt, um zu überprüfen, welche der von den Kinderärzten routinemäßig dokumentierten Informationen die Langzeitentwicklung vorhersagen können. Diese Jugendlichen hatten im Durchschnitt eine Blutalkoholkonzentration von 1,6 Promille, waren 15,4 Jahre alt und zu 40 Prozent weiblich. Projektergebnisse werden im Jahr 2014 vorliegen.

1.2.1.7 „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“: 6. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Beim 6. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, der alle zwei Jahre von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der BZgA ausgelobt wird, wurde das Thema „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“ aufgegriffen. Dies aus zwei Gründen: Zum einen ist Alkohol der bei Kindern und Jugendlichen am weitesten verbreitete Suchtstoff. Zum anderen stellen Alkoholkonsum und -missbrauch im öffentlichen Raum für Kommunen ein besonderes Problem dar und stoßen in der Öffentlichkeit auf Kritik.

Die 99 eingereichten Beiträge zeigen, dass Alkoholprävention im öffentlichen Raum an vielen Orten bereits erfolgreich umgesetzt wird. Dabei wird ein breites Spektrum verhältnis- und verhaltensbezogener Präventionsmaßnahmen – zum Teil unter Ausschöpfung ordnungspolitischer Maßnahmen – angewendet. Alkoholprävention im öffentlichen Raum beschränkt sich nicht auf einzelne Maßnahmen und Projekte, sondern beinhaltet auch den Aufbau von Arbeits- und Kooperationsstrukturen und die Pflege von Netzwerken. Einige dieser Netzwerke bestehen bereits seit Jahren, was ein Erfolgsbeleg für die gute Praxis in der Alkoholprävention vor Ort ist.

Für die prämierten Wettbewerbsbeiträge stellte die BZgA ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung. Zusätzlich wurde vom GKV-Spitzenverband ein Sonderpreis zum Thema „Vorbildliche Regelungen der Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen bei der Alkoholprävention im öffentlichen Raum“ in Höhe von 10.000 Euro ausgelobt. Eine von der Drogenbeauftragten berufene Jury bewertete die Wettbewerbsbeiträge und wählte die Preisträger aus.

Preisträger in der Kategorie „Kreisfreie Städte“

In dieser Kategorie wurde die Stadt Leipzig für das Projekt „Von der Straße ins Leben – Aufsuchende Hilfen für erwachsene Alkoholabhängige im öffentlichen Raum“ mit dem 1. Preis (10.000 Euro) ausgezeichnet. Das Modellprojekt der aufsuchenden Straßensozialarbeit für erwachsene alkoholkranke Menschen verknüpft suchtpräventive Maßnahmen mit Ansätzen der integrierten Stadtteilentwicklung und fokussiert bei der (Weiter-)Entwicklung von Maßnahmen und Kooperationen den öffentlichen Raum.

Die Stadt Freiburg im Breisgau erhielt für ihren Beitrag „PräRIE – Kommunale Alkoholpolitik und Prävention in Freiburg“ den 2. Preis (5.000 Euro). „PräRIE“ wurde bereits 2008 als Modellprojekt im Rahmen der „Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg“ gefördert. Seit 2011 ist es in Freiburg zudem mit Teilprojekten, die u. a. den Einsatz von Peer-Beratern im Partyviertel der Stadt und Projekte im öffentlichen Nahverkehr unter Beteiligung von Ehrenamtlichen umfassen, fest verankert.

Die Landeshauptstadt München (3. Platz, 4.000 Euro) wurde für das „Münchner Programm zur Prävention des Missbrauchs von Alkohol und anderen Suchtmitteln bei Kindern und Jugendlichen“ prämiert. In dem Gesamtkonzept stellt der öffentliche Raum einen integralen Baustein dar, der eine Reihe von aufeinander abgestimmten Einzelmaßnahmen umfasst.

Die Stadt Göttingen (4. Platz, 3.500 Euro) wurde für das Projekt „Go Willi!“ und dessen Weiterentwicklung in der Stadt Göttingen ausgezeichnet. Streetwork, die Ausrichtung auf Jugendliche, Innenstadttreffpunkte und eine umfassende Netzwerkarbeit stellen die Kernelemente der beteiligungsorientierten alkohol- und kriminalpräventiven Arbeit dar. Das Projekt wird seit 2006 laufend weiterentwickelt.

Preisträger in der Kategorie „Kreisangehörige Städte und Gemeinden“

In dieser Kategorie erhielt die Stadt Marburg für ihren Beitrag „suPPOrdJu – Ein ungewöhnliches Team auf Erfolgskurs“ den 1. Preis (10.000 Euro). Im Projekt „suPPOrdJu“ kooperieren Polizei, Ordnungsamt und Jugendamt, um mit präventiven und ordnungspolitischen Maßnahmen zu einer Verbesserung hinsichtlich des Jugendschutzes und des Alkoholmissbrauchs am „Marktdreieck“ in der Marburger Innenstadt beizutragen.

Die Stadt Rastatt erhielt für ihr Konzept „Lokale Alkoholpolitik“ den 2. Preis (5.000 Euro). Das Konzept entwickelt geeignete Umsetzungsschritte, die auf eine nachhaltige Einstellungsänderung im Umgang mit Alkohol hinwirken und die Frühintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen mit auffälligem Alkoholkonsum fördern sollen.

Die Stadt Rothenburg ob der Tauber mit dem Landkreis Ansbach wurde für ihr Projekt „Tanzen statt Torkeln“ mit dem 3. Preis (4.000 Euro) ausgezeichnet. Hierbei handelt es sich um ein niedrigschwelliges Alkoholpräventionsprojekt zum Taubertal-Festival, das sich an Jugendliche und junge Erwachsene richtet und den Peer-Ansatz aufgreift.

Die Verbandsgemeinde Nierstein-Oppenheim (4. Platz, 3.500 Euro) wurde für ihr Konzept „Free Room – Alkoholfrei feiern nicht nur für junge Besucher. 0 Prozent Alkohol – 100 Prozent Genuss“ prämiert. Das Konzept bündelt mithilfe verschiedener Kooperationspartner alkoholpräventive Aktionen und Angebote vor und während Festveranstaltungen in einem besonders für ländliche Regionen umsetzbaren Rahmen.

Preisträger in der Kategorie „Landkreise“

In dieser Kategorie wurden zwei erste Plätze vergeben: Der Landkreis Esslingen (7.500 Euro) wurde für sein „Maßnahmennetz zur Alkoholprävention im öffentlichen Raum im Landkreis Esslingen“ ausgezeichnet. Der Landkreis hat umfassende Netzwerkstrukturen sowie ein breites Spektrum an Maßnahmen und Aktionen zur Alkoholprävention im öffentlichen Raum aufgebaut. Räumliche Schwerpunkte bilden hierbei sowohl einzelne Stadtteile und Gemeinden als auch Feste. Zudem wird das Thema „Alkohol im Straßenverkehr“ aufgegriffen.

Der Landkreis Weilheim-Schongau (7.500 Euro) wurde für seinen Beitrag „Wir geben Halt – Eine Aktion des Präventionskreises Sucht gegen den Alkoholmissbrauch von Jugendlichen im Landkreis Weilheim-Schongau“ prämiert. Hierbei handelt es sich um ein Programm zur Prävention von riskantem Alkoholgebrauch unter Kindern und Jugendlichen, das sich explizit auf den öffentlichen Raum konzentriert. Die programmatische Ausrichtung stellt sicher, dass die zahlreichen Einzelprojekte in einem verbindlichen Rahmen der Zusammenarbeit zielgerichtet weiterentwickelt und miteinander verknüpft werden.

Preisträger für den Sonderpreis des GKV-Spitzenverbandes

Auch hier wurden zwei erste Plätze vergeben: Der Main-Tauber-Kreis (5.000 Euro) wurde für seinen Beitrag „Alkoholprävention im öffentlichen Raum für den Main-Tauber-Kreis“ gewürdigt. Das Konzept richtet sich schwerpunktmäßig an Jugendliche und kombiniert dabei verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze. Hervorzuheben sind das finanzielle Engagement und die inhaltliche Kooperation der Krankenkassen, insbesondere der AOK, die anteilig das Projekt HaLT und die Stelle der kommunalen Suchtbeauftragten unterstützt und neben drei weiteren Krankenkassen im kommunalen Suchthilfenetzwerk mitwirkt.

Die Stadt Münster (5.000 Euro) wiederum erhielt diesen Preis für ihren Beitrag „VOLL ist OUT – eine Kampagne zur Alkoholprävention“. Die Kampagne zielt vor allem auf alkoholpräventive Maßnahmen bei öffentlichen Veranstaltungen und Festen im Rahmen des Karnevals. Sie richtet sich dabei an Jugendliche und junge Erwachsene, den Handel und die Gastronomie sowie an Multiplikatoren. Hauptpartner der Kampagne ist seit 2006 die Krankenkasse IKK classic.

Um die eingereichten Beiträge und die Aktivitäten in der kommunalen Alkoholprävention einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und anderen Kommunen einen Anreiz zu geben, von den Erfahrungen zu lernen, wurden die Wettbewerbsergebnisse in einer Dokumentation veröffentlicht, die kostenlos bei der BZgA bestellt werden kann (**order@bzga.de**, Bestellnummer: 33961000).

Ausführliche Informationen zum Wettbewerb: **www.kommunale-suchtpraevention.de**

1.2.1.8 Beispielprojekte aus den Ländern, Verbänden und Krankenkassen zum Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen

Bayern:

„Starker Wille statt Promille“

Das Projekt „Starker Wille statt Promille“ (SWSP) ist ein neues, zeitgemäßes Format zur Prävention von Alkoholmissbrauch. Es basiert auf interaktiven Videoclips von, für und mit Jugendlichen, wobei die kurzen, aufeinander aufbauenden Filmsequenzen den Zuschauer selbst zum Akteur machen. Am Ende jedes Spots müssen Entscheidungen getroffen werden, deren Folgen unmittelbar im nächsten Video sichtbar werden.

Die Videoclips dienen in Schulen und in der Jugendarbeit als Einstieg in eine angeleitete vertiefte Auseinandersetzung mit dem persönlichen Umgang mit Alkohol und provozieren Fragen nach eigenen Standpunkten und Entscheidungen. Ist mehr Zeit vorhanden, gibt es die Möglichkeit, eigene Situationen, Entscheidungsmomente und Alternativen in selbstgedrehten Videoclips darzustellen.

Durch Workshops und Vorträge verbreitet sich das Projekt bayernweit und wird mittlerweile nahezu flächendeckend von geschulten Multiplikatoren angeboten. Gemeinsam mit dem Bayerischen Rundfunk wurde ein Trialog zwischen Journalisten,

Medienexperten und Präventionsfachkräften angestoßen, der die weitere Verbreitung des Projekts unterstützt. Die Materialien zum Projekt werden im Austausch mit Jugendlichen und Multiplikatoren kontinuierlich überprüft und erweitert. Eine begleitende Ausstellung ist bereits in Entwicklung.
www.starker-wille-statt-promille.de

HaLT in Bayern – zentraler und innovativer Baustein der bayerischen Alkoholmissbrauchsprävention
Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege initiierte Anfang 2008 die weitreichende Einführung des alkoholspezifischen Präventionsprojekts „Hart am LimiT“ (HaLT, siehe C 1.2.1.5) in Bayern. Koordiniert durch die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) gab es zum Jahresende 2013 in 45 Landkreisen und kreisfreien Städten HaLT-Angebote. Damit bildet das Projekt in Bayern eine zentrale Säule der vielfältigen Alkoholmissbrauchsprävention.

Finanziell ermöglicht wird die weitreichende Implementierung und Umsetzung der Präventionsmaßnahme durch eine jährliche Förderung von über 300.000 Euro durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, die kooperierenden Krankenkassen, die Kommunen und die Träger der HaLT-Standorte.

Die enge Kooperation mit der Otto-Friedrich-Universität Bamberg gewährleistet regelmäßige Evaluationen sowie einen Transfer zwischen Forschung und Praxis. Sie ermöglicht zudem Neu- und Weiterentwicklungen der konzeptionellen Inhalte. Jährlich erreichen die bayerischen HaLT-Teams mittlerweile fast 1.400 Jugendliche und in etwa 80 Prozent der Fälle auch deren Eltern mit einer Kurzintervention direkt im Krankenhaus.
Die außerordentlich positive Elternquote war u. a. Anlass für das Studienprojekt „Weiterentwicklung der Elternintervention im Rahmen des HaLT-Projekts“ der Universität Bamberg. Um die Eltern noch stärker in die Präventionsmaßnahmen einzubeziehen, entwickelte die Arbeitsgruppe der Universität Bamberg einen Ratgeber für Eltern zum alkoholbezogenen Erziehungsverhalten mit den Schwerpunkten „Regelsetzung“ und „Kommunikation“. Der Ratgeber basiert auf der aktuellen wissenschaftlichen Literatur sowie auf Expertengesprächen und wird im Rahmen der HaLT-Beratungsgespräche im Krankenhaus und auf Elternabenden an Schulen eingesetzt.

2013 wurden die Inhalte des Ratgebers für einen Online-Kurs adaptiert. Innerhalb weniger Wochen meldeten sich über 750 Eltern für diese webbasierte Präventionsmaßnahme an und erhielten auf wissenschaftlichen Untersuchungen basierende Informationen für ihren Erziehungsalltag.

Auch die Studie wird finanziell durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. Zusätzliche finanzielle Unterstützung leistete als langjähriger Kooperationspartner die AOK Bayern.

Verband der Privaten Krankenversicherung:

Alkoholpräventionstage an Schulen
Mit „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ermöglicht der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) seit 2009 die größte Alkoholpräventionskampagne in Deutschland. Sie wird von der BZgA umgesetzt und will junge Menschen zu einem verantwortungsvollen und maßvollen Umgang mit Alkohol anregen. Als Verstärkung dieser deutschlandweiten Kampagne hat die Private Krankenversicherung im Jahr 2013 erstmalig Präventionstage für Acht- und Zehntklässler an mehreren weiterführenden Schulen in Deutschland initiiert.

Die Präventionstage umfassten u. a. eine Autorenlesung eines themenbezogenen Jugendromans, eine von den Schülern selbst moderierte Podiumsdiskussion sowie eine praktische Einführung in das journalistische Schreiben. Aufgabe der Schüler war es anschließend, die erworbenen Fachkenntnisse zum Thema Alkohol journalistisch aufzubereiten, wobei die Verfasser der besten Artikel Büchergutscheine

gewinnen konnten. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema eröffnete den Jugendlichen in fachlicher wie didaktischer Hinsicht einen neuen Horizont. Das Pilotprojekt fand deshalb sowohl auf Seiten der beteiligten Lehrer wie auch auf Seiten der Schülerschaft großen Anklang.

DAK-Gesundheit:

Plakatwettbewerb „bunt statt blau“

Bei dem Plakatwettbewerb „bunt statt blau – Kunst gegen Komasaufen“ setzt die DAK-Gesundheit auf kreative Jugendliche als Botschafter gegen den Alkoholmissbrauch. Bundesweit sind jedes Jahr 12- bis 17-jährige Schüler eingeladen, mit selbst gestalteten Plakaten Farbe gegen das Rauschtrinken zu bekennen. Seit 2010 reichten über 52.000 Schüler einzeln oder als Team ihre Kunstwerke ein. Aus den 16 Landessiegern wählt eine Jury für die jährliche Preisverleihung jeweils vier Bundessieger. Zu gewinnen gibt es Geld- und Sachpreise. Die 16 besten Plakate werden als Wanderausstellung in Schulen oder Rathäusern gezeigt.

2014 findet die Kampagne „bunt statt blau“ zum fünften Mal in Folge statt. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kooperationspartner sind das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) sowie die Band „Luxuslärm“. Das Projekt wird in den Bundesländern von Ministerpräsidenten, Ministern, Landräten, Bürgermeistern und Suchtberatungsstellen unterstützt und bundesweit sowie regional von intensiver Pressearbeit begleitet. Allein in den Jahren 2011 bis 2013 gab es rund 7.000 Medienberichte über die Kampagne.

Im Jahr 2013 wurde „bunt statt blau“ erstmals von einer vom IFT-Nord durchgeführten Online-Befragung begleitet. Die Jugendlichen beurteilten den Wettbewerb überwiegend sehr positiv. Die Mehrheit der Teilnehmer erklärte, dass sie etwas über die Gefahren von Alkohol gelernt hätte und der Plakatwettbewerb „bunt statt blau“ dazu beitrage, dass junge Leute vernünftiger mit Alkohol umgehen. Auch der Spaßfaktor des Wettbewerbs wurde von den Befragten als sehr positiv bewertet. Für das Jahr 2014 ist eine Wiederholungsbefragung geplant.

Der Plakatwettbewerb „bunt statt blau“ ist eingebettet in die „Aktion Glasklar“. Hierbei handelt es sich um eine positiv evaluierte Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol, die seit dem Schuljahr 2004/05 angeboten wird. Über Printmedien, ein Quiz mit Gewinnmöglichkeit, Unterrichtseinheiten und die Internetseite **www.dak.de/aktionglasklar** werden Jugendliche informiert und zur Auseinandersetzung mit der Thematik motiviert. Weitere Zielgruppen bzw. Ansprechpartner sind Eltern und erwachsene Bezugspersonen wie Lehrkräfte und Jugendgruppenleiter.
www.dak.de/buntstattblau
www.dak.de/aktionglasklar

Vorgestellt:

Luxuslärm:
Plakataktion „bunt statt blau“ der DAK-Gesundheit

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Sucht gemacht?
Nach unseren Konzerten haben wir manchmal die Gelegenheit, mit Fans ins Gespräch zu kommen, und werden dabei sehr häufig mit persönlichen Lebensgeschichten konfrontiert, die nicht immer leicht sind. Es ist sehr schön zu erleben, dass unsere Songs in solch schwierigen Lebensphasen Kraft geben und Mut schenken. Fans beziehen die Texte auf ihre eigene Situation und gewinnen durch die Songs neue Hoffnung und neuen Mut, sich ihren Problemen zu stellen und diese in Angriff zu nehmen. Wir sind keine Band, die mit erhobenem Zeigefinger dasteht und Lebensratschläge erteilt, das würden wir uns nie anmaßen. Aber wenn unsere Musik Hilfestellung leisten kann, macht uns das sehr glücklich.

Was hat Sie zu einem Engagement gegen Sucht und Drogen in der Selbsthilfe bewogen?
Wir wurden als Band von der DAK angesprochen, ob wir uns vorstellen könnten, in der Jury der Plakatkampagne „bunt statt blau“ zu sitzen. Da wir die Aktion sehr wichtig und herausfordernd finden, war uns sofort klar, dass wir gerne ein Teil davon sein möchten. Diese Zusammenarbeit geht nun schon ins vierte Jahr.

Gibt es einen besonderen Leitspruch, der Ihre Arbeit auszeichnet?
„Nichts ist zu spät“ ist der Song von uns, den wir mit Rüdiger Scharf und seinem Team zu unserem internen Motto der Plakatkampagne gemacht haben. Es ist nie zu spät, um etwas in seinem Leben zu ändern und es in neue Bahnen zu lenken.

Was verlief bei Ihrem Projekt erfolgreich?
Dass die Teilnehmerzahl kontinuierlich steigt, ist der beste Beweis dafür, dass die Kampagne von den Kids und Jugendlichen angenommen wird. Die Plakate werden von Jahr zu Jahr kreativer und facettenreicher. Das geht von einem gemalten Bild über Collagen bis hin zu Fotomontagen. Uns freut die Vielfalt, und die unterschiedlichen Herangehensweisen zeigen, dass dieses schwierige Thema auf diese Art und Weise „greifbar“ gemacht wird.

Was sind Ihre Pläne, Wünsche, Erwartungen für die Zukunft in Bezug auf Ihre Person und Ihr Projekt, für das Sie sich engagieren?
Für uns als Band „Luxuslärm“ hoffen wir, dass wir mit der Veröffentlichung unseres vierten Albums „Alles was Du willst“ und der dazugehörigen Tour noch mehr Menschen erreichen können und dass wir – auch wenn es kitschig klingt – weiter gesund bleiben und noch lange zusammen Musik machen können. Für die Kampagne „bunt statt blau“ wünschen wir uns, dass sie weiter wächst und dass die Kids und Jugendlichen uns auch in diesem Jahr wieder mit ihren Bildern begeistern und wir dadurch ein paar mehr Menschen für dieses Thema sensibilisieren können.
www.dak.de/buntstattblau
www.luxuslaerm.de

Baden-Württemberg:

„Jugend im öffentlichen Raum – Prävention von riskantem Alkoholkonsum“

Mit dem Programm „Jugend im öffentlichen Raum – Prävention von riskantem Alkoholkonsum“ hat das Land Baden-Württemberg für 2013 und 2014 ein umfangreiches Förderprogramm zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Wochenend- und Eventszenen aufgelegt. Hintergrund dieses Programm ist, dass der Alkoholkonsum bei jungen Menschen vor allem auf öffentlichen Plätzen und in größeren Gruppen nicht nur die Jugendlichen selbst gefährdet, sondern häufig auch Dritte durch Lärmbelästigung, Vandalismus oder Körperverletzung schädigt.

Das Förderprogramm setzt auf einen multimodalen Ansatz aus drei verschiedenen Bausteinen. Baustein 1 fördert präventive Angebote der Jugend- und Suchthilfe in Wochenend- und Eventszenen über aufsuchende Arbeit. Baustein 2 umfasst eine mehrtägige Qualifizierung von Fachkräften der Jugend- und Suchthilfe, um spezifische Handlungskompetenzen für diese aufsuchende Präventionsarbeit weiterzuentwickeln. Baustein 3 zielt darauf ab, die Alternativen zu riskantem Alkoholkonsum durch die Förderung von Aktionsmöglichkeiten, Jugendkultur und gelingendem Miteinander im öffentlichen Raum zu stärken. Die Projektverläufe der 15 geförderten Projekte zu den Bausteinen 1 und 3 werden im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung ausgewertet, um standortübergreifend Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Methoden und über hemmende bzw. förderliche strukturelle Faktoren zu gewinnen.

Fördervoraussetzung ist die Einbettung in ein Gesamtkonzept, in dem insbesondere jugendschutz- und ordnungsrechtliche, stadtplanerische und suchtpräventive Maßnahmen aufeinander abgestimmt sind. Die verbindliche Kooperation von Jugend- und Suchthilfe erfolgt im Rahmen eines interdisziplinären Netzwerkes mit weiteren Partnern wie z. B. der Polizei, Gastronomie und Handel, Bildungseinrichtungen sowie Eltern. Die so eingerichteten Netzwerkstrukturen – insbesondere zwischen mobiler Jugendarbeit und Suchtprävention – sorgen für eine Nachhaltigkeit auch über den Förderzeitraum hinaus.

„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI:

„Klartext reden!“ – Initiative zur Alkoholprävention in Familien

Eltern nehmen eine zentrale Vorbildrolle ein, wenn es um die Sozialisierung des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen geht. Daher ist es wichtig, die Erziehungskompetenzen der Eltern durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu stärken. Aus diesem Grund wurde im Dezember 2005 vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI in Kooperation mit dem BundesElternRat die Initiative „Klartext reden!“ ins Leben gerufen. Die Initiative stützt sich im Wesentlichen auf drei Komponenten: Elternworkshops an Schulen, einen kurzen Ratgeber sowie einen begleitenden Internetauftritt mit einem Online-Training.

Die Workshops werden bundesweit angeboten und von unabhängigen Sucht- und Präventionsexperten durchgeführt. Sie geben den Betroffenen praktische Tipps, wie sie mit ihren Kindern am besten über das Thema Alkohol sprechen, wie sie ihnen ein glaubwürdiges Vorbild sein können und wie sie wirksam Grenzen setzen können. Bis Ende 2013 haben 206 Workshops mit insgesamt 5.781 Teilnehmern stattgefunden.

Seit März 2010 können Eltern außerdem auf **www.klartext-elterntraining.de** an einem Online-Training teilnehmen. Hier erhalten sie in vier unterschiedlichen Kursen, die sich nach dem Alter des Kindes richten, individuelle Erziehungstipps. Am Ende eines abschließenden Multiple-Choice-Tests steht den Eltern ein individualisierter Leitfaden zum Download zur Verfügung. Seit 2010 haben über 29.893 Eltern das Online-Training genutzt, das 2012 durch die Einbindung dreier Schulungsvideos noch nutzerfreundlicher gestaltet wurde.

2012 wurde die nachhaltige Wirksamkeit der Initiative im Rahmen einer zweiteiligen Evaluierung erneut bestätigt.

Die Initiative ist auch in der Datenbank der Homepage „Jugendschutz aktiv“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) enthalten.

Mehr zur Initiative und den Evaluierungsberichten:
www.klartext-reden.de
Online-Training:
www.klartext-elterntraining.de

„Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu)
Die Präventionsinitiative „Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu) wurde im Oktober 2007 vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es, die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes in Bezug auf die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken weiter zu verbessern. SchuJu wird inzwischen von 18 Kooperationspartnern aus dem Bereich Handel, Gastronomie und Tankstellen unterstützt, weitere Kooperationspartner sollen im Laufe des Jahres 2014 folgen. Darüber hinaus werden SchuJu-Materialien von der „Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes“ über derzeit fünf Landeskriminalämter eingesetzt.

Die Initiative wendet sich sowohl an Auszubildende und Mitarbeiter der Branchen Gastronomie, Hotel, Handel und Tankstellen als auch an Lehrkräfte in Berufsschulen und anderen betrieblichen Ausbildungsinstitutionen.

Neben Schulungsunterlagen, Broschüren und einer Infokarte für den Barbereich ist die „Alterskontrollscheibe“ ein weiterer Bestandteil der Initiative. Mit ihr können Mitarbeiter in Handel, Gastronomie und Tankstellen leicht überprüfen, ob der Kunde die gesetzliche Altersgrenze für den Verkauf von Bier, Wein, Sekt (16 Jahre) oder Spirituosen (18 Jahre) bereits erreicht hat.

Auf der Internetseite **www.schu-ju.de** wird ein 10- bis 15-minütiger Trainingskurs (WBT I) angeboten, der die wichtigsten Inhalte des Jugendschutzgesetzes in Bezug auf alkoholhaltige Getränke behandelt. Bei erfolgreichem Abschluss des zugehörigen Wissenstests können die Teilnehmer ein persönliches Zertifikat erlangen. Seit dem 1. Juni 2012 ist zudem ein Aufbaukurs (WBT II) online, der die Inhalte der Einstiegsschulung wiederholt und gleichzeitig vertiefende Praxisbeispiele vermittelt. Das internetgestützte Jugendschutztraining (WBT) ist Bestandteil des „Aktionsplans Jugendschutz der Tankstellen“, den die Branchenvertreter im Beisein der Drogenbeauftragten bis 2014 verlängert haben. Die Initiative ist seit 2011 auf dem Server „Jugendschutz aktiv“ des BMFSFJ vernetzt. Bis Ende 2013 haben rund 134.930 Mitarbeiter aus dem Bereich Handel, Gastronomie und Tankstellen das WBT-I- und 2.292 Mitarbeiter das WBT-II-Zertifikat erworben. Seit 2013 sind auf der Internetseite zudem drei Schulungsvideos zu finden.

Eine Evaluierung im Jahr 2013 kam u. a. zu dem Ergebnis, dass fast alle Teilnehmer des Online-Trainings großen Wert auf die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes legen und bei der Abgabe alkoholhaltiger Getränke wesentlich häufiger nach einem Altersnachweis fragen als Mitarbeiter ohne Online-Training.
www.schu-ju.de

1.2.1.9 Alkohol und Drogen im Straßenverkehr

Die Deutsche Verkehrswacht führt die vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) in Auftrag gegebene und geförderte „Aktion junge Fahrer“ durch, die sich insbesondere mit dem Projektbaustein „Drogen“ direkt an die Zielgruppe richtet. Die im Rahmen des Programms stattfindenden örtlichen Veranstaltungen sollen den Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Gefahren bewusst machen, die im Umgang mit Fahrzeugen bestehen, und zur Eigenreflexion anregen.

1.2.1.10 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkohol im Straßenverkehr

BSI:

„DON’T DRINK AND DRIVE“

Die Initiative „DON’T DRINK AND DRIVE“ besteht seit 1993 und wird von den Spitzenverbänden der Branchen Bier, Wein, Sekt und Spirituosen unterstützt. Ihr Ziel ist es, die Anzahl der alkoholbedingten Unfälle weiter zu reduzieren. Dabei richtet sie sich vor allem an junge männliche Fahrer im Alter von 18 bis 24 Jahren, die laut Unfallstatistik überproportional häufig an Alkoholunfällen beteiligt sind.

Die Initiative umfasst einen Internetauftritt, Mitmachpakete für Gastronomiebetriebe (bestehend aus Plakaten, Barschürzen, Aufklebern und Bierdeckeln) und als Eventkomponente die „DON’T DRINK AND DRIVE“-Party-Patrol. Die Initiative ist seit Februar 2009 auf YouTube und seit April 2011 auch auf Facebook vertreten.

2012 wurden acht bundesweite Einsätze und ab Oktober 2012 vier sachsenweite Einsätze der Party Patrol durchgeführt. 2013 folgten elf Einsätze der Party Patrol sowie zehn Einsätze des mobilen Fahrsimulators. Bis einschließlich Ende 2013 fanden zudem 53 Events der „DON’T DRINK AND DRIVE“-Party-Patrol statt.

www.ddad.de
www.facebook.com/DDAD
www.youtube.com/user/DDADtube

1.2.1.11 Aktionswoche Alkohol 2013: „Alkohol? Weniger ist besser!“

Die Aktionswoche Alkohol fand vom 25. Mai bis 2. Juni 2013 bereits zum vierten Mal statt. Hierbei engagierten sich auf rund 1.200 registrierten Veranstaltungen wieder Tausende Freiwillige, Ehrenamtliche und Fachkräfte aus den Bereichen Selbsthilfe, Suchthilfe und Suchtprävention unter dem Motto „Alkohol? Weniger ist besser!“.

Auch viele Betriebe beteiligten sich mit eigenen Veranstaltungen. Gemeinsam waren allen Aktionen die entscheidenden Fragen „Wie ist mein eigenes Trinkverhalten?“ und „Sollte ich und wie kann ich etwas ändern?“.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unterstützte erneut federführend die Veranstalter in den Regionen, indem sie den organisatorischen Rahmen der Veranstaltungen setzte und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellte, darunter Haftnotizblöcke, Flyer und die Z-Card mit zehn häufig gestellten Fragen zu Alkohol.

Auch 2013 war die Aktionswoche Alkohol international präsent. Neben Deutschland nahmen 2013 auch die Schweiz und Liechtenstein das Thema im Rahmen ihrer nationalen Alkoholprävention auf. Erstmalig war die Aktionswoche auch auf Facebook vertreten.

Auf der Homepage **www.aktionswoche-alkohol.de** werden eine ausführliche Dokumentation sowie die Evaluationsergebnisse der Aktionswoche 2013 zur Verfügung gestellt.

www.dhs.de
www.aktionswoche-alkohol.de
www.facebook.com/aktionswochealkohol

1.2.1.12 Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkohol am Arbeitsplatz

„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI:

„Hinsehen, Zuhören, Ansprechen!“ – Leitfaden für die kollegiale Hilfe

Im März 2009 hat der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI die Broschüre „Hinsehen, Zuhören, Ansprechen! – Alkohol am Arbeitsplatz – ein Leitfaden für die kollegiale Hilfe“ in der zweiten Auflage herausgegeben. Die überarbeitete Broschüre wurde in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten Mannheim erstellt.

Ziel der Broschüre ist es, den Arbeitnehmern Hilfestellungen und Tipps zu geben, wie sie in ihrem täglichen Berufsleben mit dem Thema Alkohol umgehen und Verantwortung übernehmen können. Dabei steht der Gedanke der kollegialen Hilfe im Vordergrund: Mit den Arbeitskollegen verbringt man viel Zeit, eventuell sogar mehr Zeit als mit der Familie. Daher kann gerade am Arbeitsplatz ein problematischer Umgang mit alkoholhaltigen Getränken frühzeitig erkannt und entsprechende Hilfestellung geleistet werden. Mitgliedsunternehmen und andere interessierte Unternehmen können die Broschüre direkt beim BSI bestellen.

1.2.1.13 Präventionsforschung

Genetik der Alkoholsucht

Genetische Ursachen spielen bei der Entwicklung von Alkoholismus eine entscheidende Rolle. Die komplexe Interaktion von Alkohol, Genen und Umwelt führt zu einer großen klinischen Heterogenität sowohl der Symptomatik und der Schwere der Störung als auch der Wirksamkeit ihrer Behandlung. Im Nationalen Genomforschungsnetz (NGFN-Plus) wird mit Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Genetik der Alkoholsucht untersucht. Dabei werden Genexpressionsanalysen und genomweite Assoziationsstudien zur Identifizierung von Kandidatengenen durchgeführt. Therapie- und Diagnosemöglichkeiten bei Alkoholismus und Sucht sollen so verbessert werden.

Alkoholprävention im Jugendalter

Das Forschungsprojekt „Gesundheitsnetz Alkohol im Jugendalter“ ist Teil des Forschungsnetzwerkes „psychenet – Hamburger Netz Psychische Gesundheit“, das vom BMBF im Rahmen der Strukturmaßnahme „Gesundheitsregionen der Zukunft“ gefördert wird. Die Wissenschaftler beschäftigen sich mit behandlungsbedürftigen Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie untersuchen die Wirksamkeit einer motivierenden Kurzintervention in Verbindung mit einer Elternintervention in einem Hilfenetzwerk. Der Effekt dieser Verbindung soll mit der derzeitigen Standardintervention, einem Beratungsgespräch, verglichen werden.

1.2.2 Tabak

1.2.2.1 „rauchfrei“-Kampagnen der BZgA

Mit den zwei „rauchfrei“-Kampagnen trägt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wesentlich zur Strategie der nationalen Tabakprävention in Deutschland bei, die aus bevölkerungs- und individuumsbezogenen Maßnahmen besteht. Die Dachkampagne besteht aus zwei Teilen, die sich an spezielle Altersgruppen richten: Die „rauchfrei“-Jugendkampagne spricht die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen an, die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne richtet sich primär an die Gruppe der jungen Erwachsenen.

Das Ziel beider Kampagnen ist es, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern bzw. einen möglichst frühzeitigen Ausstieg aus dem Rauchen zu fördern. Ein weiteres Ziel ist der Schutz von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vor Passivrauch.

Zentrales Element der Jugendkampagne ist die Internetplattform **www.rauch-frei.info**, die altersgerechte Informationen zum Thema (Nicht-)Rauchen, interaktive Elemente und ein Online-Ausstiegsprogramm bietet. 2013 wurden auf der Internetseite mehr als 100.000 Besuche verzeichnet. Am Online-Ausstiegsprogramm nahmen etwa 700 junge Menschen teil.

Die „rauchfrei“-Jugendkampagne feierte 2013 ihr zehnjähriges Jubiläum. Zu diesem Anlass wurde auf der neu entwickelten Microsite **www.10jahre.rauch-frei.info**

ein Fotowettbewerb durchgeführt und eine Chronik der Kampagnenhighlights aus den letzten zehn Jahren erstellt.

Die Jugendkampagne stellt eine breite Palette an Informationsmedien bereit, die u. a. bei den BZgA-Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und beim BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“ in Schulen eingesetzt werden. Im Jahr 2013 wurde die neue Broschüre „Schluss mit Rauchen“ veröffentlicht, bei der es sich um die weiterentwickelte, aktualisierte Nachfolgebroschüre von „Stop Smoking Girls“ und „Stop Smoking Boys“ handelt.

Auch die Erwachsenenkampagne beinhaltet als zentrales Element eine umfangreiche Informationsplattform. Das Portal **www.rauchfrei-info.de** bietet neben Informationen zum Rauchen, Passivrauchen und Rauchstopp sowie zu den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz auch ein speziell für Erwachsene konzipiertes Online-Ausstiegsprogramm. Das Portal wurde im Jahr 2013 mehr als 380.000 Mal aufgerufen. Das Online-Ausstiegsprogramm wurde im selben Zeitraum von über 10.000 Menschen genutzt. Insbesondere das Forum, in dem sich Nutzer rund um das Thema Nichtrauchen austauschen können, erfreut sich großer Beliebtheit.

2013 wurde mit den „Rauchfrei-Lotsen“ zudem ein innovatives Online-Pilotprojekt gestartet, das auf dem Peer-Education-Ansatz basiert. Bei den „Rauchfrei-Lotsen“ handelt es sich um ehemalige Raucher, die ehrenamtlich als Online-Mentoren auf **www.rauchfrei-info.de** andere Menschen beim Rauchstopp beraten und unterstützen. Sie lotsen Interessierte online durch das Internetportal, geben praktische Tipps für den Ausstieg und motivieren zum Durchhalten, wenn der Rauchstopp schwierig wird. Die „Rauchfrei-Lotsen“ wurden von der BZgA speziell für ihre Aufgaben geschult und schließen die Lücke zwischen professioneller Beratung und der Hilfe im Freundes- und Familienkreis.

Zur Förderung des Rauchstopps bietet die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne außerdem vielfältiges kostenloses Informationsmaterial, so etwa die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ und den „Kalender für die ersten 100 Tage“. Diese Materialien finden sich u. a. auch im „rauchfrei“-Startpaket, das 2013 rund 40.000 Mal bestellt wurde. Die im Jahr 2013 aktualisierte Selbsthilfebroschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ wurde mehr als 110.000 Mal abgerufen, der „Kalender für die ersten 100 Tage“ mehr als 65.000 Mal. Neben den Materialien für ausstiegswillige Raucher werden im Rahmen der Kampagne auch zahlreiche Materialien für Multiplikatoren, beispielsweise Fachkräfte im Gesundheitswesen, zur Verfügung gestellt.
Jugendkampagne: **www.rauch-frei.info**
Erwachsenenkampagne: **www.rauchfrei-info.de**

Förderung des Nichtrauchens in der Schule
Im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne bietet die BZgA Materialien zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen, wie den Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“, das „Curriculum Anti-Rauchkurs“, das Manual für Lehrkräfte „Rauchen – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5 bis 10“ und den Leitfaden „Förderung des Nichtrauchens in Berufsbildenden Schulen“.

Im Jahr 2013 erschien zudem der BZgA-Leitfaden „Schülermentoren zur Förderung der rauchfreien Schule“. Der Leitfaden enthält ein detailliertes Programm für die Schulung von Schülermentoren und richtet sich an Multiplikatoren in weiterführenden Schulen, die dort ein erprobtes Schülermentorenprojekt zur Förderung des Nichtrauchens entwickeln und zielgerichtet umsetzen möchten.

Die zielgruppenspezifischen Aufklärungsmaterialien der BZgA für Jugendliche im Schulalter und ihre Eltern wurden auch im Jahr 2013 stark nachgefragt: Die Jugendbroschüre „Rauchfrei durchs Leben“ mit allgemeinen Informationen zum Rauchen wurde mehr als 75.000 Mal bestellt, die Broschüren „Stop Smoking Girls“ und „Stop Smoking Boys“ zusammen etwa 85.000 Mal, die Nachfolgebroschüre „Schluss mit Rauchen“ etwa 8.000 Mal. Der Elternratgeber „Raucht mein Kind?“ wurde fast 20.000 Mal abgerufen.

Darüber hinaus fördert die BZgA das Nichtrauchen in Schulen durch besondere personalkommunikative Projekte wie die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (siehe C 1.1.3.3) und den Mitmach-Parcours „KlarSicht“ (siehe C 1.1.3.5). Auch den bundesweiten Schulklassenwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ unterstützt die BZgA.

1.2.2.2 „Be Smart – Don’t Start“

Der Wettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ soll im Schuljahr 2013/14 bereits zum 17. Mal Jugendliche aus ganz Deutschland dazu motivieren, rauchfrei zu bleiben. Insgesamt 8.455 Schulklassen mit rund 220.000 Schülern beteiligen sich und bekräftigen damit ihre Absicht, rauchfrei zu bleiben. Die teilnehmenden Klassen aus allen Schulformen – überwiegend der Stufe 6 bis 8 – vereinbaren freiwillig in Form eines Vertrages, für den Zeitraum eines halben Jahres nicht zu rauchen. In dieser Zeit dokumentieren sie einmal pro Woche, ob sie Nichtraucher geblieben sind. Unter allen Klassen, die die gesamte vereinbarte Zeit rauchfrei waren, werden am Ende Preise verlost.

Belohnt werden auch kreative Arbeiten wie Filme, Comics, Gedichte und Songs, die die Jugendlichen im Rahmen des Wettbewerbs erstellen. Hierfür gibt es besondere Preise.

„Be Smart – Don’t Start“ wird vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert und mit Kooperationspartnern in den Bundesländern umgesetzt. Seit seinem Start im Schuljahr 1997/98 beteiligten sich insgesamt rund 135.000 Schulklassen mit mehr als drei Millionen Schülern. Lehrkräften und Schulen bietet der Klassenwettbewerb ein wirksames und wenig aufwendiges Programm zur Rauchprävention, das zudem wissenschaftlich umfassend untersucht ist. „Be Smart – Don’t Start“ wird u.a. von der BZgA, der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Herzstiftung gefördert.
www.besmart.info

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

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNRfK) setzt das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuvor geförderte Modellprojekt fort und entwickelt es weiter. Seit der Etablierung der Nichtraucherschutzgesetze nimmt das Interesse der Gesundheitseinrichtungen zu, über das DNRfK Gesundheitsberatung und Tabakentwöhnung zu etablieren und zertifizieren zu lassen.

Wichtigstes Instrument im DNRfK ist die regelmäßige Selbsteinschätzung nach den Standards des Global Network for Tobacco Free Health Care Services (ENSH), um den jeweiligen Handlungsbedarf festzustellen. Hierbei werden Hilfen angeboten, wie die Selbsteinschätzung als Planungstool im Team eingesetzt werden kann. Zudem werden Beratungen angeboten, die entweder telefonisch oder aber persönlich in Form von Workshops erfolgen. Auch Online-Präsentationen und Online-Meetings fördern den Austausch mit Mitgliedern und Experten.

Die Schulungen zum „ABC der Raucherberatung“ sind mit einer kostenfreien proaktiven Telefonberatung, „Fax to Quit“ der BZgA oder dem „RAUCHFREI-FAX“ der HelpLine Bayern verbunden. Das Programm wird durch eine kollegiale Beratung und motivierende Gesprächsführung ergänzt. Je nach Qualität der Umsetzung können anerkannte Zertifikate in Bronze, Silber oder Gold erworben werden.

Das Peer-Review-Verfahren wird von 27 Auditoren unterstützt. International arbeitet das DNRfK eng mit den deutschsprachigen ENSH-Netzen aus Österreich und der Schweiz zusammen. 2013 wurde erstmals eine gemeinsame Konferenz in Klagenfurt organisiert. Der „ENSH GOLD Process“ wird vom Büro des DNRfK koordiniert, das internationale Jurymeeting fand mit 14 Teilnehmern aus zehn Ländern erneut in Berlin statt.

Die konzeptionelle Entwicklung wird durch den Vorstand und den Beirat des DNRfK, den Auditorenkreis, den Expertenkreis Qualifikation sowie den Arbeitskreis für Uniklinika und Großklinika unterstützt. Die Drogenbeauftragte trägt die Schirmherrschaft für das Projekt.
www.rauchfrei-plus.de

Vorgestellt:

Christoph Moritz:
Projekt „05er Klassenzimmer“

Christoph Moritz, 24-jähriger Mittelfeldspieler des 1. FSV Mainz 05, ist nicht nur auf dem Spielfeld für seinen Verein unterwegs. Beim „05er Klassenzimmer“, einem sozialen Projekt für Jugendliche, klärte er gemeinsam mit Professor Thomas Münzel von der Mainzer Universität Partnerschulen über das Thema Sucht und insbesondere über das Thema Rauchen auf. Die Kinder fragten genau nach, und so wurde er mit Fragen wie in diesem Interview konfrontiert – für den DFB-Pokalsieger von 2011 und bekennenden Nichtraucher kein Problem.

Früher sah man ab und an einen Fußballprofi, der sich mit einer Zigarette ablichten ließ. Heute kommt das (fast) gar nicht mehr vor. Liegt es daran, dass mittlerweile weniger geraucht wird?
Ich kann natürlich die heutige Zeit nicht mit der damaligen vergleichen, aber heutzutage wird eigentlich kaum geraucht, zumindest nicht in der Nähe des Trainingsgeländes. Es gibt immer mal Mitspieler, die ab und zu rauchen, aber das eher im Verborgenen, wahrscheinlich aus verschiedenen Gründen. Aller-

dings gibt es keinen kettenrauchenden Bundesligaspieler, das kann man sich in Anbetracht des laufintensiven Spiels nicht mehr erlauben.

Haben Sie selbst schon einmal geraucht?
Nein, ich bin auch in meiner Jugend nie in Versuchung gekommen. Meine Eltern haben ebenfalls nie geraucht. Auch unter meinen Freunden haben nur ganz wenige geraucht, sodass das nie ein Thema war. Uns war bewusst, dass es schädlich ist und uns beim Fußball nicht weiterhilft.

Lassen Sie uns einmal kurz zurückblicken. Gab es einen starken Gruppenzwang in Ihrer Jugendzeit, was das Rauchen oder Drogen betrifft? Wie entkommt man diesem am besten, ohne „uncool" zu sein?
Das kommt natürlich auf den Freundeskreis an. In einem sportlichen Umfeld wird es einem seltener passieren, auf Raucher zu treffen, aber es gibt auch kein Patentrezept, wie man der Versuchung widerstehen kann. Ich weiß auch gar nicht, warum das Rauchen meist in die „coole" Ecke gedrängt wird, denn die Nebeneffekte wie stinkende Kleidung, schlechte Zähne und die Notwendigkeit, ständig Räume verlassen zu müssen, sind doch eher nervige Komponenten.

Wie würden Sie Kinder und Jugendliche überzeugen, nicht zu rauchen?
Wie gerade schon erwähnt, gibt es meiner Meinung nach viel zu viele Dinge, die am Rauchen nerven, weshalb das Rauchen gar nicht so toll sein kann, dass es all das entschädigt. Viele sagen, Rauchen würde entspannen, aber ich kann mir immer noch nicht vorstellen, wie das allein schlechten Atem, stinkende Kleidung und ein erhöhtes Krankheitsrisiko ausgleichen soll.

Ihr Verein engagiert sich im sozialen Bereich sehr und geht unter anderem mit seinem Projekt „05er Klassenzimmer" in Schulen, um dort mit den Schülern das Rauchen und andere Suchtproblematiken zu thematisieren. Hierfür bekommen Sie Unterstützung von Institutionen wie den Partnerschulen oder der Uniklinik Mainz. Welche Erfahrung haben Sie mit diesem Auf-die-Kinder-Zugehen gemacht?
Ich habe hier in Mainz einen Professor zu einer Vorlesung in einer Schule begleitet. Bei diesen Veranstaltungen wird den Kindern gezeigt, wie sie in Momenten der Versuchung reagieren können und welche Folgen das Rauchen hat. In diesem Zusammenhang haben mir die Kinder dann unter anderem die Frage gestellt, wie ich damit in meiner Jugend umgegangen bin.

Was können Leistungssportler wie Sie dafür tun, dass in der Gesellschaft weniger geraucht wird?
Ganz klar als gutes Vorbild vorangehen. Die Verbände und Vereine engagieren sich ja in diesem Bereich. Und dadurch, dass wir Profis alle ein wenig in der Öffentlichkeit stehen, können wir einen Teil zu dem Bewusstsein beitragen, dass auch zu einem Leistungssportler die Zigarette nicht dazugehört.

Weitere Infos:
www.mainz05.de/mainz05/engagement/05er-klassenzimmer.html

1.2.2.4 Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege

Mitarbeiter in der Pflege weisen nach wie vor ein überdurchschnittlich hohes Rauchverhalten auf. Dies gilt insbesondere für die Alten-, aber auch für die Krankenpflege. Verschiedene Studien belegen, dass bereits Auszubildende in Pflegeberufen überdurchschnittlich häufig Raucherinnen und Raucher sind.

Da den Mitarbeitenden im Pflegebereich zugleich eine wachsende Vorbildfunktion im Gesundheitsverhalten sowie in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention zukommt, wurde in der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ das Ziel formuliert, in Gesundheitsberufen verstärkt für ein rauchfreies Leben zu motivieren.

Seit April 2013 werden in diesem Zusammenhang zwei Projekte mit jeweils zweijähriger Dauer gefördert. Ihr Ziel ist die Entwicklung eines Präventionskonzeptes, das die Zahl der Rauchenden in der Pflegeausbildung verringert und dafür sorgt, dass im Rahmen der Ausbildung kein Einstieg in den Tabakkonsum erfolgt.

Das Projekt „PATRe“ (Pflege-Ausbildung Tabakkonsumprävention und Reduktion) der Universität Würzburg umfasst strukturelle wie personenbezogene Maßnahmen und basiert auf einem bereits bestehenden Angebot. Hierbei soll ein umfassendes Konzept weiterentwickelt werden, bei dem die bewährten Angebote und Strukturen vernetzt und an die Problemlagen der Auszubildenden im Pflegeberuf angepasst werden.

Das Vorhaben „AStRA“ (Aktiv für Stressbewältigung und Rauchfreiheit in der Ausbildung) des Instituts für Therapieforschung München (IFT) soll bundesweit in unterschiedlichen Schulen umgesetzt werden. Mittels eines partizipativen Ansatzes soll eine Maßnahme entwickelt werden, die die besondere Situation von Auszubildenden der Pflege berücksichtigt. Lehrkräfte in den beruflichen Schulen und die Praxisanleiter sollen im betrieblichen Praxisfeld einbezogen sowie neue Medien eingesetzt werden. Erste Ergebnisse werden 2014 erwartet.

1.2.2.5 Beispielprojekt aus den Ländern

Nordrhein-Westfalen

Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (LoQ)

Ziel der nordrhein-westfälischen Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (LoQ) ist es, nachhaltig zur Förderung des Nichtrauchens beizutragen. Die Initiative ist ein Gemeinschaftsprojekt des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) – in enger Abstimmung mit dem Ministerium für Schule und Weiterbildung (MSW) – und der Landesgesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen. Beteiligt sind insbesondere die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern und die Deutsche Krebshilfe.

Die Landesinitiative richtet sich schwerpunktmäßig an die 10- bis 13-Jährigen, wobei Kinder und Jugendliche aus Stadtteilen mit besonderer Problemdichte eine Hauptzielgruppe bilden. Im Rahmen der Initiative wirbt ein jährlich stattfindender Hip-Hop-Wettbewerb mit entsprechenden Musikbeiträgen für das Nichtrauchen. Der Wettbewerb findet in der Regel von April bis Ende Dezember statt. Begleitend werden jedes Jahr 10 bis 12 kostenlose Hip-Hop-Workshops für Schulen und Jugendeinrichtungen durchgeführt.

Mit dem Konzept „Rauchfreie Schule – ein Programm in fünf Schritten“ und Aktionsangeboten wie dem „Leben ohne Qualm“-Parcours werden außerdem landesweit schulische Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens unterstützt.

Die zugehörige Internetseite **www.loq.de** umfasst eine „Kids-Area“ für Kinder und Jugendliche sowie eine „Multiplikatoren-Area“ für Fach- und Lehrkräfte. In der „Kids-Area“ finden sich Spiele, Tests, Tipps und Informationen zum Hip-Hop-Wettbewerb. Die „Multiplikatoren-Area“ bietet Fachinformationen, ein Beratungstool und Unterstützungsangebote für Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie Materialien, Infos und Links.

Infomaterialien und Plakate zum Tabakrauchen und Passivrauchen sowie Flyer und Plakate zum Hip-Hop-Wettbewerb können über die Internetseite kostenlos bestellt werden. Infos und Beratung bei der Projektplanung und -durchführung erhalten Interessierte bei den jeweiligen Prophylaxefachkräften vor Ort (Adressen und Ansprechpartner unter **www.ginko-stiftung.de**).
www.loq.de
www.facebook.com/LoQHipHopWettbewerb

1.2.3 Medikamente

1.2.3.1 Prävention der Medikamentenabhängigkeit

Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel sind die am häufigsten missbräuchlich konsumierten Medikamente. Anders als bei Abhängigkeitsproblemen mit Nikotin, Alkohol oder illegalen Drogen ist die Anwendung von Arzneimitteln meist von Experten mitbestimmt: Ärzte verordnen, Apotheker empfehlen. Dies hat zur Folge, dass eine Abhängigkeit noch seltener als bei anderen Substanzen als solche wahrgenommen wird.

Da Medikamentenabhängigkeit oftmals mit einer Grunderkrankung oder zumindest mit einer medizinischen Diagnose beginnt, steht die Prävention vor besonderen Herausforderungen. Ärzte müssen für eine verantwortungsvolle Verschreibungspraxis sensibilisiert werden. Vor allem die Verschreibungsdauer von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial muss immer wieder kritisch hinterfragt werden. Zugleich bedarf es einer stärkeren Sensibilisierung der Patienten. Mit der Zunahme an wirksamen Arzneimitteln verliert man leicht die Nebenwirkungen aus dem Blickfeld. Allzu oft erwartet der Patient, bei einem Arztbesuch ein Medikament verschrieben zu bekommen, das schnelle Linderung bringt. Deshalb ist eine gut durchdachte und sparsame Medikation, egal ob vom Arzt verschrieben oder ohne Rezept in der Apotheke erworben, die beste Prävention einer Medikamentenabhängigkeit. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert daher zwei Modellprojekte, in denen zum einen neue Möglichkeiten erprobt werden, die Risiken bestimmter Medikamente zu kommunizieren, und die zum anderen gezielt den Übergang von einer Kurz- in eine Langzeitverschreibung in den Blick nehmen (siehe C 1.2.3.2).

Auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) informiert die Bevölkerung mithilfe von Broschüren über das Suchtrisiko bei Medikamenten. In Kooperation mit der BARMER GEK hat die DHS außerdem umfangreiche Informationen auf der Internetseite **www.unabhaengig-im-alter.de** zusammengestellt.

1.2.3.2 Beispielprojekt aus den Ländern

„Berliner Initiative gegen Medikamentenmissbrauch“

Was als Kooperationsprojekt der Fachstelle für Suchtprävention Berlin und der Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle FAM begann, ist inzwischen ein stetig wachsender Zusammenschluss von Experten aus Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen, Entwöhnungs- und Therapiekliniken, Altenpflegeeinrichtungen, Präventionsfachstellen und bezirklichen Gesundheitsverwaltungen. Die „Berliner Initiative gegen Medikamentenmissbrauch“ hat das Ziel, der weit verbreiteten und dennoch kaum beachteten Problematik des missbräuchlichen und abhängigen Medikamentenkonsums entgegenzuwirken. Gestartet ist die Initiative mit einer Problemanalyse und einer Bedarfsbeschreibung für eine nachhaltige Prävention und Intervention. Auf der Basis des in diesem Sinne aufgestellten Forderungskataloges (herunterzuladen unter **www.berlin-suchtpraevention.de/upload/Projekte_FS/130313_Forderungskatalog.pdf**) entwickelt die Initiative Strategien und konkrete Maßnahmen, um die Öffentlichkeit, aber insbesondere auch Schlüsselpersonen und Entscheidungsträger für die Problematik zu sensibilisieren. Zu den Maßnahmen zählen die Einführung konzeptioneller Diskussionen, die gezielte Information relevanter Bereiche und Akteure – darunter Krankenkassen, Mediziner und Altenpflegeeinrichtungen –, die Förderung der regionalen Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe, die Fortbildung von Multiplikatoren und die Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien.
www.berlin-suchtpraevention.de

1.2.3.3 Förderschwerpunkt Benzodiazepine

Seit vielen Jahren belegen Untersuchungen, dass Benzodiazepine und Z-Substanzen auf breiter Basis in der Bevölkerung nicht bestimmungsgemäß eingenommen werden. Mit steigendem Alter nimmt dieses Verhalten zu. Das Missbrauchspotenzial dieser Substanzen ist seit Langem in der Wissenschaft und unter Ärzten bekannt. Weniger Beachtung wurde bisher den sonstigen Risiken von Benzodiazepinen und Z-Substanzen geschenkt: Eine langfristige Einnahme geht nicht nur mit einem erhöhten Sturzrisiko und dem Verlust kognitiver Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Erinnerung oder Lernen einher, sondern führt auch dazu, dass das emotionale Empfinden verflacht. Der aktuelle Arzneimittelreport der BARMER/GEK zeigt erstmalig ein erhöhtes Risiko für Menschen mit Demenz, häufiger Benzodiazepine verordnet zu bekommen. Gleichzeitig deuten jüngste internationale Daten auf einen dosisabhängigen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Arzneimitteln mit Benzodiazepinen bzw. Z-Substanzen und einem steigenden Mortalitätsrisiko sowie einem steigenden Risiko für Demenzerkrankungen hin.

Bereits 2007 hat die Bundesärztekammer den Praxisleitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ veröffentlicht. Eine externe Evaluation belegt eine gute Handhabbarkeit des Leitfadens in der Arztpraxis. Dennoch ist aus aktuellen deutschen Studien bekannt, dass die Substanzen bei knapp der Hälfte der Patienten länger als die in den Leitlinien verankerten acht Wochen verordnet werden.

Es bleibt folglich im Hinblick auf eine angemessene Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) die Notwendigkeit, Professionelle im Gesundheitswesen sowie Patienten weiter für ein risikoarmes Medikamentenmanagement mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu sensibilisieren. Im „Aktionsplan AMTS 2013–2015“ wurden daher zwei Forschungsmaßnahmen zum Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufgenommen: 1. zu den Ursachen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs derartiger Arzneimittel und 2. zu einer evidenzbasierten Risikokommunikation. Zur Umsetzung des Aktionsplans fördert das BMG seit Januar 2014 zwei zweijährige Projekte.

Das Projekt „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) zielt auf die Ursachen und Bedingungen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen. Außerdem wird eine Strategie zur Risikokommunikation zwischen dem Arzt und den betroffenen Patienten entwickelt, implementiert und evaluiert.

Das Projekt „‚…da gab es wunderbare Schlaftabletten‘ – Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt“ (Universität Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin) konzentriert sich auf die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und hausärztlicher Praxis. Mit einem Mixed-Methods-Ansatz werden zunächst die Psychopharmaka-Verordnungen von Patienten analysiert. Durch Befragungen werden die Motive, Ziele und Erwartungen der Benzodiazepin-Verordnungen bei den Beteiligten erhoben. In einem zweiten Schritt wird partizipativ eine Intervention entwickelt und nachfolgend implementiert und evaluiert.

1.2.3.4 Prävention des Anabolikamissbrauchs in Fitnessstudios

Im Schatten des Dopingproblems im Hochleistungssport, das im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung steht, hat sich auch im Freizeitsport der Missbrauch von Medikamenten zur Steigerung des Muskelwachstums und der fettfreien Körpermasse etabliert. Am wichtigsten für Fitnesssportler und Bodybuilder sind die anabol-androgenen Steroide, im allgemeinen Sprachgebrauch häufig auch als anabole Steroide oder Anabolika bezeichnet. Die Häufigkeit des Anabolikamissbrauchs in Deutschland ist nach den Ergebnissen der bundesweit repräsentativen KOLIBRI-Studie des Robert Koch-Instituts in der Allgemeinbevölkerung sehr gering. Vorliegende Studien besagen jedoch, dass bis zu 20 Prozent der männlichen und bis zu 8 Prozent der weiblichen Fitnessstudiobesucher Medikamente missbrauchen.

Doch Fitnessstudios sind nicht nur Trainingsorte, sondern auch ein wichtiger Lernort für Trainings- und Ernährungswissen sowie für den Umgang mit anabolen Steroiden. Deshalb ist es sinnvoll, Präventionsangebote genau dort durchzuführen.

Im Rahmen des vom BMG geförderten Präventionsprojekts „No roids inside“ werden daher bis Mitte 2014 in mindestens zehn Fitnessstudios Seminare angeboten, in denen die Grundlagen des „Natural Training“ und einer gesunden Sporternährung sowie die Risiken des Konsums anaboler Steroide vorgestellt werden. Wettkampferfahrene, natural trainierende Fitnesssportler vermitteln den Teilnehmern zudem auf der Trainingsfläche praxisnah, welche sportlichen Erfolge ohne medikamentöse Hilfe möglich sind. Dabei werden in die Seminare auch Ärzte und Apotheker einbezogen, die später als Ansprechpartner für Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum leistungssteigernder Substanzen zur Verfügung stehen.

Des Weiteren wird ein internetgestütztes Online-Portal eingerichtet, an das sich Anwender anaboler Steroide bei allgemeinen Fragen, Unterstützungswünschen und beim Auftreten von Nebenwirkungen wenden können.

1.2.3.5 „Nationaler Dopingpräventionsplan“

2009 wurde von Bund, Ländern, der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) und dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) der „Nationale Dopingpräventionsplan“ (NDPP) verabschiedet. Ziel des NDPP ist eine aktive und optimierte Präventionsarbeit gegen Doping im Sport, bei der die verschiedenen Akteure ihre Präventionsaktivitäten aufeinander abstimmen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen gebündelt werden. Daneben sieht das Rahmenkonzept zusätzlich zur Informationsvermittlung und Aufklärung eine Erweiterung der Prävention um den Lebenskompetenzansatz vor. Die Jugendlichen sollen durch Stärkung ihres Charakters, ihrer Bewältigungsstrategien und Durchsetzungsfähigkeit sowie ihres Selbstvertrauens vor einem Missbrauch bewahrt werden. Der NDPP wird derzeit evaluiert. Der Abschlussbericht wird noch in diesem Jahr erwartet.

Die bisherigen vorläufigen Erkenntnisse der Evaluation bestätigen, dass die zielgruppenspezifische Ansprache verbessert wurde und der Lebenskompetenzansatz zur Anwendung kommt.

Vorgestellt:

Jörn Schlönvoigt

„Mit dem Thema Drogensucht habe ich persönlich noch keine Erfahrungen gemacht. Da kann ich von Glück reden. Allerdings spiele ich als Schauspieler in der täglichen Serie ‚Gute Zeiten, schlechte Zeiten' die Rolle des Philip Höfer, der eine Phase der Medikamentenabhängigkeit durchlebt. Philip ist angehender Arzt und beginnt Tabletten zu nehmen, um in Prüfungssituationen und im harten Krankenhausalltag wach und leistungsfähig zu bleiben. Dabei überhört er die Warnsignale seines Körpers und gerät immer tiefer in den Strudel der Drogensucht. Sein körperlicher Zustand und seine ursprünglich positiven Charakterzüge ändern sich gänzlich zum Negativen.

Für mich ist es eine besondere Herausforderung, die Rolle eines Drogensüchtigen zu spielen. Um Philip in den Phasen des Drogenkonsums so authentisch und facettenreich wie möglich darzustellen, habe ich mich intensiv vorbereitet. Neben meinem regulären Schauspielunterricht habe ich zusätzlich Suchtberatungsstellen aufgesucht und dort Betroffene zu dieser Thematik befragt. Darüber hinaus habe ich das Gesundheitsministerium besucht und die Beauftragten vor Ort interviewt. Ich hatte viele Fragen: Warum enden Menschen in der Drogensucht? Welche Phasen durchlaufen sie? Und schafft man es, sich aus der Sucht zu befreien?

Die Antworten sind erschütternd, aber leider Realität: Drogenkonsum geht immer mit einer Wesensveränderung und erheblichen gesundheitlichen Risiken einher – dabei spielt es keine Rolle, um welche Drogen es sich handelt. Die Geschichte um Philip Höfer verdeutlicht diesen schrittweisen Verfall sehr gut, und ich bin froh, dass wir bei ‚Gute Zeiten, schlechte Zeiten' darauf aufmerksam machen.

Es ist mir ein großes Anliegen, meine Stimme und meinen Bekanntheitsgrad effektiv dafür zu nutzen, nicht nur Betroffenen Mut zu machen, den Weg aus der Abhängigkeit zu finden. Ich möchte auch diejenigen sensibilisieren, die noch keine Erfahrungen mit Drogen gemacht haben. Drogen übernehmen Macht über den Körper und das Bewusstsein – und das in einem rasanten Tempo. ‚Keine Macht den Drogen' – dieser Leitsatz ist nach wie vor Programm. Man sollte damit gar nicht erst anfangen."

1.2.4 Illegale Drogen

Illegale Drogen wie Cannabis, Amphetamine, Kokain oder Heroin stellen für die Gesundheit der Menschen eine erhebliche Gefahr dar. Sie beeinträchtigen zudem sehr stark das Leben der Angehörigen von Drogenkonsumenten. Am deutlichsten wird die Gefährlichkeit illegaler Drogen bei den durch sie verursachten Todesfällen, deren Zahl sich in Deutschland derzeit auf knapp 1.000 pro Jahr beläuft. Eine Gefahr für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar. Deshalb zielt die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung darauf, den Drogenkonsum zu verringern, die sozialen und gesundheitlichen Schäden infolge des Gebrauchs illegaler Drogen zu reduzieren und durch eine konsequente Verfolgung des Drogenhandels die Verfügbarkeit von Drogen einzuschränken.

Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis. Deswegen entstanden vor allem seit 2003 mit Förderung des Bundes zahlreiche Initiativen und Projekte, die sich insbesondere an jugendliche Cannabiskonsumenten wenden. Die Angebote reichen von niedrigschwelligen Einzel- und Gruppenangeboten bis zu psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Mögliche Risiken und langfristige Folgen des intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums werden unverändert sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen und unter Experten diskutiert.

Zu den vielfältigen Maßnahmen der Drogenprävention gehören u. a. die Aufklärung der Drogenabhängigen über Infektionsrisiken und Infektionsvermeidung sowie die Minimierung des intravenösen Gebrauchs von Drogen. Insbesondere der intravenöse Drogenkonsum, vorwiegend von Heroin, ist eine der wichtigsten Ursachen für Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten, darunter 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 (Rasierer, Zahnbürsten, Nagelscheren u. Ä.). Bei der Übertragung von HIV/Aids sind zudem sexuelle Kontakte für die Weiterverbreitung unter Drogenabhängigen und ihren Partnern verantwortlich.

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 sowie das Angebot von Nadel- und Spritzentauschprogrammen, von Programmen zur Drogennotfallprophylaxe und von Drogenkonsumräumen. Insbesondere niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen leisten mit entsprechenden Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für die Betroffenen.

Das vermehrte Aufkommen von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) stellt weiterhin eine Herausforderung dar. Hierbei handelt es sich häufig um synthetische Drogen, die aufgrund geringer chemischer Veränderungen nicht dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen, gleichzeitig aber eine psychoaktive Wirkung haben. Die vorliegenden Ergebnisse zur Verbreitung solcher Substanzen zeigen, dass diese derzeit nicht sehr häufig konsumiert werden. Drogenprävention in der Gesellschaft hat deshalb unverändert die Aufgabe, mit selektiven und indizierten Ansätzen zielgerichtet die besonders gefährdeten Personen zu erreichen. Geeignete Lösungen, wie mit dem Gefahrenpotenzial der NPS angemessen umgegangen werden kann, werden in Deutschland, aber auch auf EU- und internationaler Ebene diskutiert.

1.2.4.1 Amphetaminkonsumierende in Deutschland

Von Juli bis Dezember 2013 befragte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg im Rahmen der Studie „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ bundesweit 392 aktuelle und 71 ehemalige Konsumierende von Amphetamintyp-Stimulanzien. Hierbei wurde Crystal Meth besonders berücksichtigt.

Die Zielgruppe wurde sowohl im stationären und ambulanten Hilfesystem als auch über soziale Netzwerke, Online-Foren und szenekompetente Kooperationspartner angesprochen. Auch schwierig erreichbare

Konsumierende konnten einbezogen werden. Die Teilnehmenden wurden quantitativ und qualitativ befragt. Zusätzlich wurden aktuelle Erfahrungen von Experten aus Therapie und Beratung erhoben.

Die Studie liefert u. a. Erkenntnisse zu den soziodemografischen und substanzspezifischen Charakteristika der Konsumierenden, zu den Umständen des Erstkonsums, den Konsummustern sowie den subjektiven Konsummotivationen und Problemeinschätzungen. Anhand der Daten lassen sich verschiedene Konsumentengruppen differenziert betrachten, die sich hinsichtlich ihrer Konsumumstände sowie der jeweiligen Bedarfe und möglichen Zugänge für präventive Maßnahmen unterscheiden. Damit liefert die Studie für Deutschland erstmals wissenschaftlich begründete Hinweise auf unterschiedliche Typen von Amphetamin- und Methamphetaminkonsumierenden.

Das ZIS hat auf der Grundlage dieser Erkenntnisse Empfehlungen für unterschiedliche Maßnahmen der selektiven Prävention vorgeschlagen. Bei der Konzeption des Studiendesigns wurde auf Nachhaltigkeit geachtet. So lassen sich die entwickelten Module des elektronisch umgesetzten Befragungsinstrumentes sowie die aufgebauten Netzwerke auch für zukünftige Studien einsetzen, um neue Trends effektiv zu erfassen und den Erfolg von zielgruppenspezifischen Maßnahmen zu evaluieren. Ebenso ist eine Anpassung an andere Substanzgruppen möglich und geplant.
www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2014-01/konsum-von-speed-und-crystal-meth.html

1.2.4.2 Internetplattform www.drugcom.de

Mit der Internetplattform **www.drugcom.de** stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2001 ein umfangreiches Informations- und Beratungsangebot zu legalen und illegalen Drogen bereit. Das Portal bietet insbesondere jungen Menschen, die bereits Suchtmittel konsumieren, Informationen zu verschiedenen Drogen sowie verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung. Im Bereich der illegalen Drogen liegt der Schwerpunkt auf Cannabis, da dies die in Deutschland am weitesten verbreitete illegale Droge ist. Um die Selbstreflexion und eine kritischere Einstellung bei Cannabiskonsumenten zu fördern, bietet die Plattform den Selbsttest „Cannabis Check“ an. Nutzer erhalten hierbei eine individualisierte Rückmeldung und in der Regel die Empfehlung, am wissenschaftlich basierten und mehrfach evaluierten Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ (siehe C 1.2.4.4) teilzunehmen.

Mit mehr als 80.000 Besuchern pro Monat gehört die Internetplattform in Deutschland weiterhin zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich Suchtprävention.

Bereits jetzt greift etwa jeder dritte Besucher über mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablet-PCs auf die Internetseite zu. Im Jahr 2013 wurde daher die Optimierung für das mobile Surfen fortgesetzt. Sowohl die neuen Videoclips zu Cannabis und Partydrogen als auch die beliebten Selbsttests wurden in die mobile Plattform integriert.
www.drugcom.de

1.2.4.3 Beispielprojekte aus den Ländern

Suchtpräventive Projekte im nichtorganisierten Freizeitbereich sind zumeist niedrigschwellig und freiwillig. Sie zielen in der Regel darauf ab, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu minimieren und einen verantwortungsvollen Substanzkonsum zu fördern. Zu den Grundlagen der Arbeit im nichtorganisierten Freizeitbereich zählen Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit sowie ressourcenorientierte Prävention. Diese Ansätze finden sich in zahlreichen sogenannten Szene- oder Partyprojekten wieder, die in vielen größeren Städten und auf großen Festivals angeboten werden. Aktivitäten solcher Partyprojekte werden häufig von Fachstellen bzw. Suchtpräventionseinrichtungen entwickelt und unter Mithilfe lokaler Clubs, Diskotheken oder Musik- und Partyveranstalter umgesetzt. In Deutschland werden Partyprojekte von folgenden Einrichtungen angeboten: BAS!S – Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e. V. Frankfurt (**www.alice-project.de**; **www.legal-high-inhaltsstoffe.de**);

Chill Out e.V. Aachen (**www.chill-out.de**); Chill Out e.V. Potsdam (**www.chillout-pdm.de**); Drogenhilfe Köln gGmbH (**www.partypack.de**); eve & rave Münster e.V. (**www.eve-rave.de**); Gemeinschaftsprojekt Anode e.V., Diakonie Friedrichshafen und Suchthilfe gGmbH Ravensburg (**www.pille-palle.net**); mindzone München (**www.mindzone.info**); Musikszeneprojekt Drogerie Erfurt (**www.drogerie-projekt.de**); Odyssee e.V. – Förderverein für Sozialarbeit mit Drogenabhängigen und -gefährdeten Kiel (**www.odyssee-kiel.de**); STEP gGmbH Hannover (Infomobil; **www.drobs-hannover.de**) sowie Suchtzentrum gGmbH Leipzig (**www.drugscouts.de**).

Über vergleichbare Angebote in der EU informiert die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) unter:
www.emcdda.europa.eu/activities

Sachsen:

Drug Scouts
Drug Scouts sind seit 17 Jahren mit selektiver und indizierter Prävention in Leipzig tätig. Das Projekt stellt Informationen, Materialien sowie Beratungsangebote zur Verfügung, die die Konsumenten zur Reflexion ihres Konsums anregen sollen. Ziel ist es, auf diese Weise die Risiken beim Drogenkonsum zu minimieren und einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen. Als Würdigung ihrer Arbeit hat akzept e.V., der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, den Drug Scouts im Januar 2013 den Josh-von-Soer-Preis verliehen.

Bei allen Beratungsangeboten (Telefon, Infoladen, Web) dominieren Fragen zu Cannabis und Crystal. Themenschwerpunkte sind hierbei Nachweismöglichkeiten, Drogenkonsum und Straßenverkehr, gesundheitliche Aspekte wie körperliche und psychische Langzeitschäden, Wechselwirkungen (mit Medikamenten) sowie Unterstützungsbedarf bei einer Konsumreduktion oder Abstinenz.

2013 verzeichnete die Internetseite **www.drugscouts.de** 1,55 Millionen Besuche (und damit 80 Prozent mehr als im Vorjahr). Am häufigsten wurden Infos zu Stimulanzien (Speed, Crystal, Ecstasy, Kokain), Opioiden (Codein, Tilidin), Cannabis, Ketamin und GHB/GBL abgerufen. Zudem war erneut ein gestiegenes Interesse an Drug-Checking-Möglichkeiten und -Ergebnissen zu verzeichnen – sowohl auf der Webseite als auch bei der Vor-Ort-Arbeit auf Partys und Festivals.

Im Partysetting bestand hauptsächlich Gesprächsbedarf zu MDMA, Speed, LSD, Ketamin, GHB/GBL und 2C-B sowie zu Safer Use und Mischkonsum. Zu Krisensituationen kam es vor allem beim Mischkonsum mit Alkohol sowie durch ungewollte Überdosierungen mit MDMA oder GHB/GBL. Das Projekt reagierte darauf mit neuen Infomaterialien zu Drug-Checking, MDMA und 2C-B sowie mit Workshops zu GHB/GBL, konsumbedingten Notfällen und Übergriffigkeit im Nachtleben für Partygäste und -veranstalter. 2014 sollen derartige Aktivitäten zur Risikominimierung im Nachtleben fortgeführt werden, um so das Safer Clubbing weiter auszubauen.
www.drugscouts.de

Bayern:

„ÜBER DEN BERG – Besser als Crystal“ – ein Projekt der mudra-Drogenhilfe Nürnberg e.V.
Das Projekt „ÜBER DEN BERG“ wurde 2006 von der mudra Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. ins Leben gerufen und verfolgt das Ziel, bei den Drogenabhängigen auf Basis von positivem und ganzheitlichem Erleben eine Veränderung anzustoßen. Ziel des Projekts ist nicht primär die Drogenabstinenz. Vielmehr geht es darum, bei den Teilnehmern in natürlicher Umgebung wieder gemeinsame (Er-) Lebensfreude zu wecken, indem sie durch die Überquerung der Alpen das eigene Potenzial entdecken. Bis 2012 fanden insgesamt vier Alpenüberquerungen statt, an denen ausschließlich opiatabhängige Menschen teilnahmen. Bei über 50 Prozent der Teilnehmer hat sich seitdem eine stabile Drogenfreiheit

etabliert; der Großteil ist zudem erwerbstätig und hat sein Leben neu gestalten können.
2013 wurde das Konzept erstmals auch Crystal-Konsumenten angeboten. Auch ein Jahr nach der Bergtour ist keiner der Teilnehmer wieder rückfällig geworden oder auf andere Drogen ausgewichen.
www.über-den-berg.de
www.mudra-online.de

Projekt „mindzone“: neue Infokampagne zu *Research Chemicals* und *Legal Highs*
Das Projekt „mindzone“ ist seit 1996 bayernweit im Partysetting aktiv und informiert mit einem niedrigschwelligen Ansatz über Partydrogen und Suchtrisiken.Aktuell wird der Drogenmarkt von NPS wie *Research Chemicals* und *Legal Highs* überschwemmt und ist so unübersichtlich und schnelllebig wie nie zuvor.

Research Chemicals sind molekulare Abwandlungen bereits etablierter illegaler Substanzen. Hierbei handelt es sich meist um synthetische Reinsubstanzen, z. B. aus der Cathinon-Gruppe. Unter den Sammelbegriff *Legal Highs* fallen Fertigprodukte mit psychoaktiver Wirkung, die als „Räuchermischung“ oder „Badesalz“ vermarktet werden. Der Handel mit diesen Produkten findet über sogenannte Headshops im Internet und damit in einer rechtlichen Grauzone statt. Wegen des ähnlichen Wirkspektrums werden sie oft als legale Drogenersatzstoffe bezeichnet.
Die Hersteller bieten die Produkte zweckentfremdet unter getarnten Handelsnamen an, um den eigentlichen Rauschzweck zu verbergen und gesetzliche Verbote zu umgehen.

Der Konsum von *Legal Highs* ist riskant. Durch die fehlende Deklarierung der Wirkstoffe wissen Konsumenten nicht, welchen Wirkstoff sie sich in welcher Konzentration zuführen. Daraus ergibt sich das Risiko für Überdosierungen und unkalkulierbare Folgewirkungen, da das Wirkspektrum, die Toxizität und die Langzeitrisiken der meist unerforschten Substanzen nicht eingeschätzt werden können. Gerade bei konsumunerfahrenen, experimentierfreudigen Jugendlichen kommt es aufgrund von Informationsdefiziten oftmals zu riskanten und unreflektierten Konsummustern, denen vor allem Eltern meist hilflos gegenüberstehen.
Unter dem Titel „Versuchskaninchen“ wurden ein jugendgerechter Infoflyer sowie ein spezieller Inforatgeber aufgelegt. Ziel ist es, einerseits Jugendliche über die gesundheitlichen Risiken und Folgeschäden aufzuklären und andererseits Eltern, Lehrern und Multiplikatoren das komplexe Thema *Legal Highs* verständlich näherzubringen und konkrete Verhaltenstipps zu vermitteln.
www.mindzone.info/drogen/legal-highs/
www.mindzone.info/drogen/research-chemicals/

Vorgestellt:

Heike Hennig:
„Crystal – Variationen über Rausch“ am Theater der Jungen Welt Leipzig

Alles begann mit einem Elternabend an der Schule ihres jüngsten Sohnes, bei dem Heike Hennig über Crystal-Meth-Konsum unter Jugendlichen informiert wurde. Das Wissen um die zerstörerische Wirkung der Droge und der Wunsch, vor der Gefahr einer möglichen Abhängigkeit zu warnen, führten die Leipziger Regisseurin und Choreografin zu dem spontanen Entschluss, ein Theaterprojekt zum Thema „Crystal Meth und Rausch“ auf die Bühne zu bringen.

Heike Hennig selbst arbeitet immer wieder in verschiedenen ästhetischen Formaten und Kontexten zu sozialrelevanten Fragestellungen. Ihre Zusammenarbeit mit dem Theater der Jungen Welt Leipzig kommt deshalb nicht von ungefähr, denn auch im ältesten Kinder- und Jugendtheater Deutschlands werden immer wieder Lebensrealitäten und Themen mit aktueller Brisanz künstlerisch verhandelt und gesellschaftskritisch reflektiert. „Wichtig war uns, dass wir kein pädagogisches Zeigefingerstück über Drogenmissbrauch produzieren, sondern einen Theaterabend, der viel tiefer geht, der sich mit dem menschlichen Urverlangen nach Rausch in all seinen Facetten auseinandersetzt“, betont TdJW-Intendant Jürgen Zielinski.

Den eigentlichen Proben Anfang 2014 ging ein über ein Jahr dauernder intensiver Rechercheprozess mit Betroffenen, Psychologen und Drogenberatern voraus, bei dem relativ schnell klar wurde, dass das Inszenierungsteam gemeinsam mit dem Schauspieler-Tänzer-Ensemble bei einer viel grundlegenderen Frage ansetzen muss: Warum suchen Menschen den Rauschzustand? „In unserer Inszenierung“, so Heike Hennig, „geht es um Rausch – lebensbejahenden und zerstörenden. Als künstlerisches Team haben wir auf eine Balance zwischen diesen Polen geachtet. Früher wurden Drogen u. a. zur Bewusstseinserweiterung und zum Ausstieg aus der Gesellschaft konsumiert. Jetzt, und ganz speziell bei Crystal, geht es einfach um Leistungssteigerung, Anpassung und darum, den Druck überhaupt aushalten zu können. Crystal zeigt, wie eine Droge in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen ist. Insofern üben wir mit unserem Stück ‚Crystal – Variationen über Rausch‘ Gesellschaftskritik und wollen auf jeden Fall einen Diskurs über die ambivalenten Zustände von Rausch anregen.“

Die Resonanz auf die Inszenierung beim Kooperationspartner Bayer Kultur Leverkusen sowie am Theater der Jungen Welt in Leipzig war und ist überwältigend: großer Beifall, emotionale Reaktionen, intensive Publikumsgespräche. Heike Hennig freut dieses enorme Echo außerordentlich: „Es bestätigt, dass Crystal Meth ein brennendes Thema in unserer Gesellschaft ist. Ich wünsche mir, dass wir mit diesem Stück ein Nachdenken über wichtige Fragen des Lebens anstoßen und ins Gespräch miteinander kommen: Wie geht Leben? Wie und wo finde ich Gemeinschaft? Welche Lösungen finde ich bei Drucksituationen? Wie können wir lebensbejahenden Rausch, wie ich ihn zum Beispiel oft im Tanz und in der kreativen Arbeit mit anderen erfahre, zelebrieren?“

www.theaterderjungenwelt.de
www.heikehennig.de

1.2.4.4 Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“

Das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 auf der Internetplattform **www.drugcom.de** (siehe C 1.2.4.2) der BZgA integriert. Nutzer können sich hier unkompliziert und anonym anmelden und werden 50 Tage lang von professionellen und geschulten Beratern bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Seit Beginn des Programms haben mehr als 5.000 Nutzer von diesem Angebot profitiert. Seit 2006 wird das Ausstiegsprogramm in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen in mittlerweile acht Bundesländern durchgeführt.

Bereits im Jahr 2011 zeigte eine Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit von „Quit the Shit“, dass das Programm die Teilnehmer sowohl bei der Konsumreduktion als auch beim Ausstieg aus dem Cannabiskonsum wirksam unterstützen kann. Im Jahr 2013 wurde eine weitere Kontrollgruppenstudie initiiert, um mehr über die Wirkfaktoren des Programms zu erfahren. Die Ergebnisse sollen für die kontinuierliche Optimierung des Online-Ausstiegsprogramms genutzt werden.
www.quit-the-shit.net

1.2.4.5 Spice und synthetische Cannabinoide

Bereits 2012 wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kofinanzierte EU-Projekt „Spice and synthetic cannabinoids“ erfolgreich abgeschlossen. Das Projekt beschäftigte sich mit der Identifizierung und pharmakologischen bzw. forensisch-toxikologischen Charakterisierung synthetischer Cannabinoide und sogenannter Räuchermischungen, die diese Substanzen als Beimischung enthalten und als Cannabisersatz konsumiert werden. Zudem wurden die sozialwissenschaftlichen Aspekte im Zusammenhang mit diesen neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) – etwa Prävalenz, Konsummotivation und Konsummuster – untersucht.

Im März 2013 startete das EU-Projekt „Spice II Plus“, das ebenfalls vom BMG kofinanziert wird und noch bis Februar 2015 läuft. Hierbei wurde das Spektrum der einbezogenen Substanzen auf die Gruppe der Stimulanzien (Szenename „Badesalze“) erweitert. Im Rahmen des Projekts sollen klinische und toxikologische Daten zu Vergiftungsfällen systematisch erhoben und ausgewertet sowie realitätsnahe Toxizitätstests (Inhalationsmodell an Lungenzellen) durchgeführt werden.

Innerhalb der ersten zehn Monate der Projektlaufzeit konnten bereits zwölf neue NPS identifiziert werden. Zudem wurde ein Online-Beratungsmodul entwickelt, das bereits auf der Projektwebseite **www.legal-high-inhaltsstoffe.de** integriert ist.

Ein weiteres Projektziel ist eine verstärkte europaweite Vernetzung zur Verbreitung der Projektergebnisse. In diesem Zusammenhang wird in Kooperation mit der EBDD im Juni 2014 in Lissabon eine Konferenz zum Thema Spice stattfinden.

Aktivitäten des Centre for Drug Research im Rahmen des EU-Projekts „Spice II plus“

Im Rahmen des Projekts „Spice II plus“ wurde vom Centre for Drug Research (CDR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) am Institut für Therapieforschung München (IFT) eine Online-Umfrage zu Legal Highs durchgeführt, an der sich bisher knapp 1.000 Personen beteiligten. Mit einer vorläufigen Auswertung der Daten wurde bereits begonnen.

In Zusammenarbeit mit der Giftnotrufzentrale der Universitätsklinik Freiburg finden zudem standardisierte Interviews mit Notfallpatienten statt, deren Klinikaufenthalt mit dem Konsum von NPS in Verbindung steht. Zusätzlich werden erfahrene Legal-Highs-Konsumierende mittels qualitativer Interviews im Hinblick auf die Risiken des Konsums sowie die Bedeutung des Internets für einen risikobewussten Umgang mit NPS befragt.

Um neue Entwicklungen und Trends bei NPS zu analysieren, wird ein Online-Monitoring von Shops und Foren durchgeführt. Dabei lassen sich Zusammenhänge zwischen der Aufnahme von NPS in das BtMG und dem Auftauchen neuer Substanzen erkennen. Gleichzeitig konnte eine gewisse Stabilität bei der Verbreitung bekannter Produkte und Substanzen festge-

stellt werden, wobei den Konsumierenden der konkrete Inhaltsstoff häufig unklar ist und dies in Foren zu regen Diskussionen führt. Anhand der Online-Foren lassen sich auch Rückschlüsse auf die Beliebtheit und Verbreitung bestimmter Substanzen ziehen.

Im Rahmen eines Masterseminars am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt wurde zur Analyse von Diskussionsprozessen in drogenspezifischen Online-Foren auch eine Typologie der Forennutzer entwickelt. Zusätzlich werden gemeinsam mit BAS!S e. V. (Frankfurt) Präventionsmaßnahmen entwickelt und Multiplikatorenschulungen durchgeführt.

1.2.4.6 Naloxon-Fachtag „Drogentod ist vermeidbar!“

Der Naloxon-Fachtag „Drogentod ist vermeidbar!“ wurde im November 2013 von der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt und dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik akzept e.V. in Frankfurt veranstaltet. Hauptredner war Prof. John Strang, der über den wissenschaftlichen Hintergrund zu Naloxon sowie über seine umfangreichen Erfahrungen mit Strategien der Implementierung und Praxis in England referierte. So berichtete er z. B. von Trainings für unterschiedliche Zielgruppen wie Drogenkonsumenten, nahestehende Personen und Peers sowie Ärzte und Hilfsdienste. Des Weiteren wurden Filme über den praktischen Einsatz von Naloxon gezeigt und diskutiert. Der Einsatz von Naloxon wird auch im Jahr 2014 weiter thematisiert.

Naloxon ist ein Opioid-Antagonist und wird in der Notfallmedizin als Antidot bei Opiatüberdosierung durch entsprechende Drogen bzw. Medikamente, etwa Heroin und Methadon, verwendet. Im Zusammenhang mit Atemdepression bzw. Atemstillstand angewandt, wirkt Naloxon (bei intravenöser Gabe) innerhalb von Sekunden. In der Anästhesie kann es auch bei relativer Opiatüberdosierung zur Beschleunigung der Aufwachphase und Aufhebung einer Atemdepression sowie in der Regionalanästhesie zur Beseitigung eines Opiatpruritus eingesetzt werden. In einigen Ländern, etwa in Italien, wird das Mittel an Drogenabhängige verteilt, um drogenbedingte Todesfälle zu vermeiden. In Deutschland gibt es dazu einige modellhafte Erprobungen (z. B. Fixpunkt in Berlin), aber noch keinen flächendeckenden Einsatz.

1.3 Prävention stoffungebundener Süchte

1.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Glücksspielsucht, das sogenannte Pathologische Glücksspiel, ist eine ernste Suchterkrankung, die für die Betroffenen und ihre Familien eine große psychische Belastung bedeutet und sie häufig in den wirtschaftlichen Ruin treibt. Aufklärung über die Suchtgefahren von Glücksspielen ist neben gesetzlichen Regulierungen sehr wichtig. Präventionsmaßnahmen wie „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ (siehe C 1.3.1.1) von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Maßnahmen der Suchtpräventionsfachstellen der Länder und anderer kommunaler Initiativen haben dazu beigetragen, dass die breite Öffentlichkeit dieses Thema aufmerksamer wahrnimmt. Inzwischen wird Pathologisches Glücksspiel als ein gesellschaftliches Problem angesehen.

Neben diesen bewährten Präventionskampagnen bewirken auch neue Präventionsmaßnahmen, dass das Thema immer weiter in den Fokus rückt. So trägt etwa der bundesweite „Aktionstag gegen Glücksspielsucht“ am 25. September dazu bei, über die Risiken des Glücksspiels aufzuklären und auf das Leid der Betroffenen und ihrer Familien aufmerksam zu machen. 2013 gab es wieder ein vielfältiges Angebot der Beratungsstellen und Suchtfachstellen vor Ort.

Einen kreativen Ansatz hat das Literaturprojekt „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“ des Arbeitskreises gegen Spielsucht e.V. und des Westfälischen Literaturbüros, für das die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Schirmherrschaft übernommen hat. Das Projekt geht einen sehr interessanten Weg: Die Spielsucht wird hier literarisch behandelt. Spieler und Glücksspiel waren

schon häufig Gegenstand großer Literatur, z. B. in Alexej Dostojewskis „Der Spieler“ oder in Thomas Manns „Der Zauberberg“. Beide Schriftsteller haben in ihren Werken eigene Erfahrungen verarbeitet. Ähnliches finden auch die Leser des Anthologieprojekts „Bunte Lichter – Dunkle Schatten“. Die überwältigende Resonanz von 449 Einsendungen aus 18 Ländern mit kurzen literarischen Texten, die das komplexe Thema Glücksspiel aus verschiedenen Perspektiven beleuchten, machten das Projekt 2013 zu einem großen Erfolg. Die Texte sollen helfen, einerseits die Faszination des Glücksspiels und andererseits die damit verbundenen Probleme „begreifbar“ und für eine breite Öffentlichkeit erfahrbar zu machen. Am 22. März 2013 fand in Unna im Rahmen eines Festaktes die Prämierung der drei besten Kurzgeschichten statt.
www.akspielsucht.de

1.3.1.1 Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock

Im Jahr 2007 schlossen die BZgA und der Deutsche Lotto- und Totoblock (DLTB) eine Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, bundesweite Maßnahmen zur Glücksspielsuchtprävention umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund stellt die BZgA im Rahmen der gemeinsamen Dachkampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ verschiedene Aufklärungsangebote zur Suchtprävention und Frühintervention für unterschiedliche Zielgruppen bereit.

Das Internetportal **www.spielen-mit-verantwortung.de** informiert über einzelne Glücksspiele, die Entstehung von Glücksspielsucht und lokale Hilfeangebote wie Beratungsstellen, Kliniken oder Selbsthilfegruppen.

Personen, die regelmäßig Glücksspiele nutzen, können zusätzlich auf **www.check-dein-spiel.de** einen Online-Selbsttest machen. Auf Basis der Testauswertung erhalten sie eine individualisierte Rückmeldung zu ihrem Glücksspielverhalten und im Falle eines problematischen Verhaltens zudem eine Empfehlung zur Verhaltensänderung. Zwischen September 2007 und Dezember 2013 nutzten rund 75.000 Personen dieses Angebot.

Nutzer, die ein problematisches Spielverhalten aufweisen, können bei einem vierwöchigen Online-Verhaltensänderungsprogramm mitmachen. Diese webbasierte Beratung umfasst u. a. ein Spieltagebuch und ein wöchentliches Therapeuten-Feedback. Zwischen November 2007 und Dezember 2013 nahmen rund 900 Personen am Online-Programm teil.

Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot für problematisch Spielende ist die BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht. Unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1372700 erhalten Anrufer allgemeine Informationen sowie eine Beratung bei konkreten Problemen, die im Zusammenhang mit einer Glücksspielsucht oder einem problematischen Glücksspielverhalten stehen. Von Januar bis Dezember 2013 nutzten etwa 40.000 Personen das Angebot der Telefonberatung.

Zur bundesweiten Präventionskampagne „Spielen mit Verantwortung“ gehören zudem verschiedene Informationsmaterialien, die zielgruppengerecht für die Risiken von Glücksspielen sensibilisieren. Ergänzend werden im Rahmen der Kampagne Repräsentativbefragungen zum Glücksspielverhalten in Deutschland durchgeführt. Die drei bislang durchgeführten Studien sind als Download verfügbar:

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel
www.spielen-mit-verantwortung.de
www.check-dein-spiel.de

1.3.1.2 Beispielprojekte aus den Ländern

Hamburg:

Modellprojekt zur Glücksspielsucht-Prävention für das schulische Setting
In einem mehrjährigen, empiriegestützten Prozess wurden in Hamburg von 2008 bis 2012 Maßnahmen der Glücksspielsucht-Prävention an Schulen entwickelt, um damit eine Lücke in der Praxis der bundesdeutschen Suchtprävention zu schließen.

Die Maßnahmen wurden in Form von Unterrichtsprogrammen für die Sekundarstufe I (8. bis 10. Klassen) und die Sekundarstufe II (Oberstufe, berufliche Schulen) konzipiert, deren Herzstück jeweils ein Parcours zum Thema Glücksspiel darstellt. Der Parcours umfasst verschiedene interaktive Stationen, beispielsweise in Form von interaktiven Übungen zu den Themen Glück, Gefährdungspotenziale einzelner Glücksspiele, Gewinnwahrscheinlichkeiten (Kontrollillusionen) sowie Schutzfaktoren.

Die Unterrichtsprogramme sollen die Schüler in ihrer Glücksspielabstinenz bestärken und erste Spielerfahrungen hinauszögern sowie auf einen reflektierten, kontrollierten Umgang mit Glücksspielen hinwirken. Das zugehörige Manual ist beim SuchtPräventions-Zentrum in Hamburg (SPZ) erhältlich.

Die Evaluation der Maßnahme erfolgte im Rahmen einer Follow-up-Untersuchung mit einer Experimental- und einer Kontrollgruppe, die sowohl vor als auch acht Monate nach der Intervention befragt wurden. Dabei zeigte sich, dass der Stationenparcours eine mittlere bis hohe Akzeptanz bei den Schülern besitzt. Die Experimentalgruppe verfügte zudem über mehr themenbezogenes Wissen und wies eine deutlich geringere monatliche Teilnahme an Glücksspielen auf als die Kontrollgruppe.

Das Projekt wurde unter der Leitung des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) durchgeführt. Ferner waren das SPZ sowie Glücksspielreferenten aus verschiedenen Landeskoordinationsstellen der Suchtprävention und der BZgA beteiligt. Gefördert wurde das Projekt von der Freien und Hansestadt Hamburg.

Zum Forschungsbericht:
isd-hamburg.de/dl/Bericht_GlueckSspielpraevention_schulische_Setting.pdf

Bayern:

„Verspiel nicht mein Leben" – Entlastung für Angehörige (EfA)
Das Programm „Verspiel nicht mein Leben" – Entlastung für Angehörige (EfA) richtet sich als innovatives, webbasiertes Unterstützungsangebot an die Angehörigen von Glücksspielsüchtigen, die aus verschiedenen Gründen keinen Zugang zum traditionellen professionellen Hilfesystem haben oder suchen. Das Angebot wurde von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG) in Bayern entwickelt. Das Motto des Programms ist angelehnt an das LSG-Kampagnenmotto „Verspiel nicht dein Leben", das sich direkt an betroffene Glücksspieler richtet. In Kombination mit dem Slogan „Dein Einsatz. Mein Leben." sollen Angehörige ermuntert werden, sich aktiv mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und selbst Hilfen zu nutzen. Da das Internet häufig zur Recherche bei psychosozialen Problemen genutzt wird, können hier niedrigschwellig Zugänge zu professionellen Hilfen geschaffen werden – u. a. auch für nicht aktiv nach Behandlung Suchende. Das Angebot kann anonym, zeit- und ortsunabhängig genutzt werden und steht allen betroffenen Angehörigen kostenlos zur Verfügung.

Grundlage des Programms ist ein psychoedukatives Konzept, das darauf ausgelegt ist, durch die Vermittlung von Information die Belastung zu reduzieren. Zusätzlich stehen Übungen und Reflexionsanleitungen zur Verfügung. In sechs Modulen werden den Teilnehmern die Themen Grundlagen der Glücksspiel-

sucht, Stress, Verantwortung, Kommunikation, soziale Unterstützung und Zukunftsplanung vermittelt.
www.verspiel-nicht-mein-leben.de
www.bas-muenchen.de/normal/bas-als-lsg-partner/angehoerigenprojekt-efa.html
www.verspiel-nicht-dein-leben.de

Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)
Trotz der zunehmend besseren Versorgung von Glücksspielsüchtigen standen für deren Angehörige bislang keine strukturierten Beratungsangebote zur Verfügung. Es fehlte insbesondere an Möglichkeiten, die auch unabhängig von der Therapiebereitschaft des Spielers genutzt werden können. Um diese Lücke zu schließen, wurde von der BAS im Rahmen der LSG in Bayern das „Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ“ (ETAPPE) entwickelt und evaluiert. ETAPPE ist ein manualisiertes Programm, das in Form von acht Gruppenabenden u. a. in Beratungsstellen durchgeführt werden kann. Mit dem Angebot sollen zum einen die Angehörigen von Glücksspielern durch Informationsvermittlung und Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten entlastet werden. Zum anderen soll im professionellen Hilfesystem für Berater und Therapeuten, die sich der Angehörigen von Glücksspielern annehmen, ein praktikables und effizientes Manual bereitgestellt werden.

Die Begleitforschung, die in Zusammenarbeit mit sechs Suchtberatungsstellen in Bayern durchgeführt wurde, hat ergeben, dass die Angehörigen ihre Belastung auch über den Zeitraum der Projektteilnahme hinaus reduzieren konnten. Auch das Manual für die Berater hat sich als effizient und hilfreich erwiesen.
www.bas-muenchen.de/normal/bas-als-lsg-partner/angehoerigenprojekt-etappe.html

Hans im Glück: Unterrichtseinheit zur Prävention von Glücksspielsucht
Die interaktive Methode „Hans im Glück“ unterstützt Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte aus Jugendhilfe, Suchthilfe und Gesundheitsförderung dabei, Schüler im Klassenverband für das Suchtpotenzial von Glücksspielen zu sensibilisieren. Darüber hinaus erhalten die durchführenden Fachkräfte Informationen zur Glücksspielaffinität der teilnehmenden Schüler.

Im Rahmen einer Doppelstunde formulieren die Schüler zunächst ihre eigenen Lebensziele und lernen anschließend das Schicksal von Hans und Lisa kennen, das sich zwischen Liebesgeschichte und – durch Glücksspielsucht bedingtem – Drama bewegt. Die Schüler beziehen Stellung, diskutieren und beeinflussen den Verlauf der Geschichte. Abschließend betrachten sie, mit welcher Strategie Hans und Lisa (und auch sie selbst) ihre Lebensziele am besten erreichen. So erleben Jugendliche die Diskrepanz zwischen problematischem Glücksspielverhalten und dem Erreichen von Lebenszielen.

Die vollständigen Materialien zur Vorbereitung einer Doppelstunde (90 Minuten) für die Klassenstufen 8, 9 und 10 in Mittel-, Real- und Berufsschulen mit Ablauf, didaktischen Hinweisen, Kopiervorlagen und Hintergrundinformationen zum Glücksspiel sind abrufbar unter:
www.bayern.jugendschutz.de/ajbayern/Aktuelles1.aspx?ID=6740

Die Materialien wurden von einem multiprofessionellen Team entwickelt, von Fachkräften in verschiedenen bayerischen Schulen erprobt und schriftlich bewertet. Die Rückmeldungen der Fachkräfte und Schülerschaft wurden unabhängig ausgewertet, evaluiert und die Materialien dementsprechend optimiert. Von Anfang Mai 2013 bis Mitte Dezember 2013 wurde der kostenfreie Download rund 1.800 Mal genutzt.

1.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

1.3.2.1 Pathologischer Computer-/Internetgebrauch in der stationären Therapie

Patienten mit pathologischem Computer-/Internetgebrauch machen eine stetig wachsende Patientengruppe in der stationären Rehabilitation aus. So wurden im Jahr 2013 ca. 200 erwachsene, im Durchschnitt 27 Jahre alte Patienten mit diesem Krankheitsbild in den AHG Kliniken Münchwies und Schweriner See behandelt. Die Computer-/Internetpathologie wirkt sich beträchtlich auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus und beeinflusst die soziale Kontaktfähigkeit sowie die Alltagskompetenzen. Der in den AHG Kliniken verfolgte Therapieansatz konzentriert sich daher auf die arbeitsrelevanten psychomentalen und sozial-interaktiven Funktionsdefizite sowie auf deren Behandlung im stationären Reha-Setting. Das Programm wird vornehmlich als Bestandteil einer psychosomatischen Behandlung in Form von Gruppen- und Einzeltherapien durchgeführt. Als Element einer Entwöhnungsbehandlung wird das Programm nur für betroffene Patienten mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit realisiert. Die Behandlung wird zudem von sozio-, ergo- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen begleitet. Die Ergebnisse eines Prä-Post-Vergleichs mit einem Fragebogen zu körperlichen und psychischen Symptomen sowie die Resultate einer Nachbefragung nach einem Jahr zeigen insbesondere im Hinblick auf Parameter, die bei der Integration ins Erwerbsleben relevant sind, erfreuliche Besserungsraten. Die pathologischen Werte sind im Laufe der Behandlung signifikant zurückgegangen und haben sich ein Jahr nach der Behandlung stabilisiert.

1.3.2.2 Pilotstudie „iPIN“ – intervenieren bei Problematischer InternetNutzung

Hilfeangebote im Bereich des pathologischen Internetgebrauchs werden bislang nur von einer Minderheit der Betroffenen und meist erst nach Chronifizierung der Problematik in Anspruch genommen. Unter Arbeitslosen und Migranten ist die Entwicklung eines Suchtverhaltens überdurchschnittlich ausgeprägt. Ziel der Pilotstudie „iPIN“ war es daher, diese Risikogruppen durch Kurzinterventionen zu einer Änderung ihrer problematischen Internetnutzung zu bewegen. Mit dem erfolgreich verlaufenden Projekt steht ein evaluiertes Interventionskonzept für Arbeitslose bereit.

Das Pilotprojekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und neun Monate lang durchgeführt. Hierfür wurden in der Agentur für Arbeit und im Jobcenter Lübeck bis Ende 2013 insgesamt 1.675 Erwachsene im Alter von 16 bis 64 Jahren proaktiv rekrutiert und mit der „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) – einem Kurzfragebogen zu internetbezogenen Problemen – auf eine potenzielle Internetabhängigkeit bzw. problematische Nutzung hin untersucht. Wer Auffälligkeiten zeigte, wurde telefonisch vertiefend diagnostiziert und bei Vorliegen klinischer Symptome randomisiert einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt eine Beratungssitzung, einen individualisierten Feedback-Brief und bis zu drei telefonische Beratungen auf Basis der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing).

Bis Ende 2013 wurden insgesamt 36 Personen in die Studie aufgenommen. Der Ansatz erwies sich insgesamt als sinnvoll und durchführbar. Des Weiteren wurden Möglichkeiten geprüft, wie die Intervention verstetigt und in anderen Agenturen für Arbeit implementiert werden könnte. Ein Folgeprojekt könnte diesen Ansatz fortsetzen und die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei problematischem Internetgebrauch überprüfen. Damit stünde ein Verfahren bereit, das eine kurze Behandlungsdauer aufweist und auch im Zuge von Frühinterventionen präventiv eingesetzt werden kann.

1.3.2.3 Elternratgeber „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal für Jugendliche

Eltern von jugendlichen Kindern ab etwa 12 Jahren erhalten in der Broschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit dem Jahr 2011 umfangreiche Informationen zu Computerspielen und sozialen Netzwerken. Allein 2013 wurde die Broschüre etwa 100.000 Mal bestellt.

Um auch die 12- bis 18-jährigen Jugendlichen zu erreichen, wurde im Jahr 2012 das Internetportal **www.ins-netz-gehen.de** mit interaktiv aufbereiteten Informationen zu den Risiken von Online-Angeboten wie Computerspielen, sozialen Netzwerken und Chats entwickelt. Das Portal soll auf spielerische Art für einen maßvollen Umgang mit Computer und Internet sensibilisieren. So klingelt ein Online-Wecker, wenn das zuvor eingestellte Zeitlimit überschritten ist, und zahlreiche Videoclips informieren anschaulich über Suchtrisiken und zeigen Handlungsalternativen auf. Um die Selbstreflexion in der jugendlichen Zielgruppe zu fördern, bietet das Internetportal auch einen Online-Selbsttest, der zeigt, ob die Computerspiel- und Internetnutzung bereits mit Risiken verbunden ist. Im Jahr 2013 machten rund 120.000 Jugendliche diesen Test.

Im Jahr 2013 wurde auf der Internetseite zudem das neue Verhaltensänderungsprogramm „Das andere Leben“ integriert. Zentrales Ziel des Programms ist es, bei Jugendlichen, die eine problematische Computerspiel- oder Internetnutzung aufweisen, die Aktivitäten im realen Leben wieder zu fördern. „Das andere Leben“ bietet Hilfe bei der exzessiven Nutzung von Computerspielen und sozialen Netzwerken. Das Programm ist auf vier Wochen angelegt und gibt Jugendlichen die Möglichkeit, sich in einem persönlichen Chat mit speziell qualifizierten Beratern – dem Support-Team – auszutauschen.

Ein wichtiges weiteres Element des Programms ist die Übung „Real Life Challenge: Verbessere deine Offline-Skills“. Hierbei suchen sich die teilnehmenden Jugendlichen aus der „Offline-Skills“-Liste Aktivitäten aus, die sie im realen Leben ausführen wollen. Indem sie diese Aktivitäten durchführen und kurz beschreiben, wie es ihnen dabei ergangen ist, sammeln sie Punkte für Offline-Aktivitäten, können dafür später eine Auszeichnung erhalten und sich mit anderen Teilnehmern messen. Das Programm bietet des Weiteren einen „Medien-Checker“ – eine spezielle Form des Tagebuchs zur Dokumentation der eigenen Mediennutzung – und einen „Medien-Planer“, mit dem Jugendliche zusammen mit dem Support-Team ihre Online-Zeiten selbst festlegen können. Abgerundet wird das Programm durch eine individuelle E-Mail-Beratung und verschiedene Selbsttests zur Internet- und Computerspielnutzung.

Ergänzt wird die Kampagne „Ins Netz gehen“ durch die beiden Informationsflyer „Im Netz bin ich am liebsten! Wo ist das Problem?“ und „Computerspiele find’ ich toll! Wo ist das Problem?“.
www.ins-netz-gehen.de

1.3.2.4 Methodenhandbuch zur Internetsucht „Let's play"

Der Fachverband Medienabhängigkeit e. V. versteht sich als Netzwerk und Interessenvertretung aus pädagogischen, therapeutischen Fachkräften und Forschenden im deutschsprachigen Raum. Er setzt sich seit seiner Gründung 2008 dafür ein, dass Medienabhängigkeit als Suchterkrankung anerkannt wird, und entwickelt Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote.

Die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe „Prävention" des Fachverbandes hat nach umfangreichen Vorarbeiten den vom BMG geförderten Methodenreader „Let's play" veröffentlicht, der mit kurzen Beschreibungen und strukturierten Arbeitsblättern einen offenen, kreativen Einstieg in das Thema „Exzessive Internetnutzung" ermöglicht. Die in dem Reader aufgeführten Methoden sind in der Praxis vielfach erprobt, laden zu Diskussionen ein und regen eine Auseinandersetzung mit positiven wie negativen Aspekten und Gefühlen im Zusammenhang mit der Bildschirmmediennutzung an. Ihr Einsatz für die Arbeit mit Jugendlichen ist nahezu ohne suchtspezifische Vorkenntnisse möglich und in der Regel nur mit einer geringen Vorbereitungszeit verbunden.

Das Handbuch enthält Gruppenübungen, Arbeitsblätter und methodisch aufeinander abgestimmte Spiele sowie Informationen zu Medienabhängigkeit und Suchtprävention. Die präventiven Ansätze können in unterschiedlichen Zeitspannen von 15 bis 90 Minuten durchgeführt werden und lassen sich damit sehr gut in den Schulalltag einpassen oder begleitend zur Auseinandersetzung mit dem Themenbereich nutzen. Literaturempfehlungen und Links ergänzen den Methodenreader. Auf der Homepage **www.fv-medienabhaengigkeit.de** werden zudem Arbeitsblätter im DIN-A4-Format als Download zur Verfügung gestellt.

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

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

Initiative „Ein Netz für Kinder"

Damit Kinder das Internet sinnvoll nutzen können, sind extra für sie geschaffene Angebote erforderlich, bei denen die Inhalte altersgerecht und ansprechend aufbereitet sind. Der Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien (BKM) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördern seit 2008 mit großem Erfolg die Produktion hochwertiger Online-Inhalte. Bis Ende 2013 wurden 59 neue Kinderwebseiten aus den unterschiedlichsten Themenbereichen geschaffen, die bisher bereits 110 Auszeichnungen erhalten haben und von monatlich annähernd zwei Millionen Kindern genutzt werden. Um dem Suchtpotenzial durch übermäßige Internetnutzung zu begegnen, werden auf den Online-Angeboten gezielt Beschäftigungen in der Offline-Welt angeregt. Die Europäische Kommission hat in ihrer „Europäischen Strategie für ein besseres Internet für Kinder" allen Mitgliedstaaten diese Förderung empfohlen.

Der von der Wirtschaft finanzierte Surfraum „fragFINN" basiert auf einer Auswahl von über 11.000 unbedenklichen Domains. Sie ermöglicht es den Kindern, gefahrlos zu surfen und den sinnvollen Einsatz von Suchmaschinen zu erlernen.
www.ein-netz-fuer-kinder.de
www.fragfinn.de

„SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht."

Die Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht." wendet sich besonders an Eltern und Erziehende von Kindern im Alter von 3 bis 13 Jahren, um mit Informationen und praxisnahen Tipps die Medienerziehung in der Familie zu stärken. Studien haben gezeigt, dass die innerfamiliäre Medienerziehung wichtig ist, um die exzessive Mediennutzung unter Kindern

und Jugendlichen zu erkennen und mit ihr entsprechend umzugehen. Die Thematik wird deshalb im Informations- und Beratungsangebot der Initiative aufgegriffen.
www.schau-hin.info

Kindersuchmaschine „Blinde Kuh“
„Blinde Kuh“ ist die größte nichtkommerzielle Kindersuchmaschine im deutschen Internet und damit ein wertvoller Baustein zur Erschließung eines sicheren und werbefreien Surfraums für Kinder. Die „Blinde Kuh“ wird dabei gestalterisch und technologisch kontinuierlich weiterentwickelt, um sie vor allem für die Nutzung auf mobilen Geräten praktikabel zu machen. Durch die Einbringung ihrer URLs in den Suchraum des „KinderServer“ ist die „Blinde Kuh“ Bestandteil des größten Whitelist-basierten Kindersurfraums in Deutschland und Europa.
www.blinde-kuh.de

Wettbewerb „MB21 – Mediale Bildwelten“
Der deutsche Multimediapreis „MB21 – Mediale Bildwelten“ ist der einzige bundesweit ausgeschriebene Multimediawettbewerb für Kinder und Jugendliche und beinhaltet die fünf Alterskategorien „Vorschule“, „7–10 Jahre“, „11–15 Jahre“, „16–20 Jahre“ und „21–25 Jahre“ sowie die Sonderkategorien „Transformer“, „DigitalARTisten“, „Creative Mobile“, „Games“ und „Medienkunst“. Der Wettbewerb motiviert Kinder und Jugendliche zu einem kreativen Umgang mit den neuen Medien und vermittelt ihnen auf spielerische Art und Weise Medienkompetenz. Der Wettbewerb hat sich als bundesweiter Impulsgeber für schulische und außerschulische medienpädagogische Projekte etabliert und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung von Medienerziehung.
www.mb21.de

„Dein Spiel. Dein Leben.“ – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielewelten
Ziel der Initiative „Dein Spiel. Dein Leben.“ ist es, jugendliche Menschen für einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit virtuellen Spielewelten zu sensibilisieren und präventiv problematischen Spielgewohnheiten entgegenzuwirken. Kern des Projekts ist eine Präventionsinitiative, die von Jugendlichen für jugendliche Spieler entwickelt wurde. Das Projekt kooperiert mit Unternehmen der Spieleindustrie. Ein Evaluationsbericht liegt vor.
www.dein-spiel-dein-leben.de

Erarbeitung und Veröffentlichung eines Online-Handbuchs zur Vorbereitung des bundesweiten Transfers des Modellprojekts „ComputerSpielSchule Leipzig“
Exzessive Mediennutzung wird oft mit Computerspielen in Verbindung gebracht. Studien haben ergeben, dass es Eltern und Erziehenden schwerfällt, das Spielverhalten von Kindern und Jugendlichen realistisch einzuschätzen, d. h. problematisches exzessives Spielverhalten zu erkennen und von einer ungefährlichen Spielleidenschaft zu unterscheiden. Ziel von Computerspielschulen ist es, intergenerationelle Barrieren im Verständnis und in der Einschätzung von Spielverhalten abzubauen und zugleich für exzessives Spielen zu sensibilisieren. Im Zentrum stehen dabei das gemeinsame Erleben von Computerspielwelten und der intergenerationelle Austausch über Chancen und Risiken. Das BMFSFJ fördert die Aufbereitung der Erfahrungen beim Aufbau der ComputerSpielSchule mit einem frei zugänglichen Online-Handbuch. Als Leitfaden soll es Interessierten die Einrichtung weiterer Computerspielschulen ermöglichen und damit den Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes von Computerspielschulen vorantreiben. Das Online-Handbuch erschien am 30. April 2014.

„Jugendmedienschutz und Medienerziehung in digitalen Medienumgebungen: empirische Evidenz und politische Herausforderungen“
Die Untersuchung basiert auf der kontinuierlichen Beobachtung sowohl einschlägiger Forschung zu aktuellen Entwicklungen im Bereich der Medienangebote für Kinder und Jugendliche als auch der Chancen und Risiken, die mit dieser Mediennutzung verbunden sind. Hierbei werden systematisch aktuelle nationale und internationale Forschungsergebnisse einbezogen, um so die Befunde mit anderen Ländern vergleichen zu können. Zudem erfolgt eine Bestandsaufnahme der Rechtsfelder Jugendschutz, Jugendverbraucherschutz und Jugenddatenschutz, um hier zu möglichen Kooperationsformen zu gelangen.

„Digitale Medien: Beratungs-, Handlungs- und Regulierungsbedarf aus Elternperspektive“
Das Projekt berücksichtigt Ergebnisse aus der Langzeitstudie „AID:A – Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“ und dem Projekt „Digitale Medien in der Lebenswelt von Klein- und Vorschulkindern“. Es zielt darauf ab, den medienerzieherischen Beratungsbedarf aus Elternperspektive festzustellen und zu ermitteln, welche Fragen Eltern bei der Medienerziehung beschäftigen und wo sie nach Antworten suchen. Die Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, über welche Maßnahmen und auf welchen Wegen interessierte wie uninteressierte Eltern mit medienpädagogischen Angeboten und Informationen erreicht werden können.

„Medienkompetenzbericht“
Mit dem Medienkompetenzbericht veröffentlichte das BMFSFJ im Sommer 2013 einen Expertenbericht und zugleich eine Bestandsaufnahme zur Medienkompetenzförderung für Kinder und Jugendliche. Die Aussagen der Experten zur exzessiven Mediennutzung bestätigen die Bedeutung der Familie für die Wahrnehmung und Intervention bei exzessiver Mediennutzung und betonen die Rolle von Informations-, Beratungs- und Hilfeangeboten. Zugleich weisen die Autoren darauf hin, dass in vielen Familien der Umfang, in dem Kinder und Jugendliche die Medien nutzen, als Problem wahrgenommen wird, ohne dass eine Störung im pathologischen Sinne vorliegt. Hierbei muss ein andauernder Konflikt innerhalb der Familie aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über den Umfang der Mediennutzung von einer pathologischen Störung unterschieden werden. Es gilt jedoch, Eltern dabei zu unterstützen, von Anfang an einen förderlichen Erziehungsstil beim Thema Medien zu entwickeln.

1.3.2.6 Modellprojekt „ESCapade“ – Transfer

Im Oktober 2010 startete die Fachstelle Suchtprävention der Drogenhilfe Köln die Durchführung des vom BMG geförderten Bundesmodellprojekts „ESCapade – Hilfe bei Gefährdung durch problematische Computernutzung“. Das zielgruppenspezifische und familienorientierte Programm richtet sich an Familien mit Kindern im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, die ein problematisches Mediennutzungsverhalten aufweisen. Im Rahmen der zweijährigen Modellphase (2010 bis 2012) wurde das Programm an insgesamt fünf Standorten – Köln, Lörrach, Freising, Schwerin und Berlin – durchgeführt und über den gesamten Projektzeitraum hinweg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation haben die Wirksamkeit von „ESCapade“ nachgewiesen.

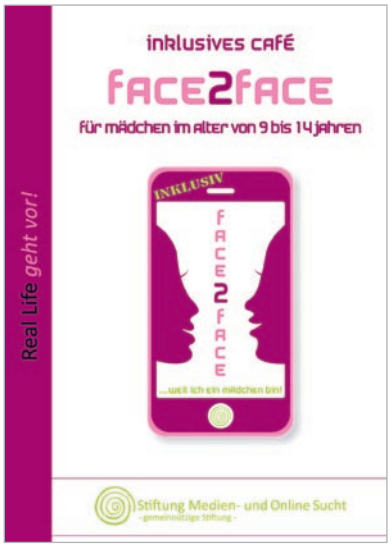
Seit Februar 2013 fördert das BMG im Rahmen eines einjährigen Projekts den Transfer von „ESCapade“ in Beratungs- und Präventionsstellen in Deutschland durch die Drogenhilfe Köln. Hierfür wurde das Konzept zunächst aktualisiert und im Hinblick auf die Praktikabilität für kleinere Beratungsstellen modifiziert. Im Anschluss daran wurden zwischen Mai und Oktober 2013 bundesweit insgesamt acht dreitägige Qualifizierungen an zentralen Orten durchgeführt (Köln, Hohenstein, Frankfurt am Main, München, Berlin, Hamburg, Hannover, Dresden). Hierdurch konnten 129 Mitarbeiter aus Sucht-, Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Durchführung des „ESCapade“-Programms geschult und zertifiziert werden. Um eine möglichst breite Umsetzung des Programms zu gewährleisten, wurden „ESCapade“-geschulte Fachkräfte auch über die Qualifizierungen hinaus unterstützt, etwa durch telefonisches Coaching und ein eigens eingerichtetes Internetforum für „ESCapade“-Fachkräfte.
www.escapade-projekt.de

1.3.2.7 Präventionsprojekt der Stiftung Medien- und Onlinesucht

Inklusives „Face2Face-Café“ – weil ich ein Mädchen bin

Stiftung Medien- und Online Sucht
- gemeinnützige Stiftung -

77,1 Prozent der 14- bis 16-jährigen Mädchen gestalten über soziale Netzwerke ihre Lebenswelt, gehen dabei aber häufig fahrlässig mit persönlichen Daten und Fotos um und lassen ein gesundes Misstrauen beim virtuellen Kennenlernen vermissen. Zudem schreiben sie im Internet oft unbedarfte Kommentare über Mitschüler oder Freunde, die bis hin zum gezielten Mobbing reichen.



Mit dem inklusiven „Face2Face-Café“ hat die Stiftung Medien- und Onlinesucht einen virtuellen sowie realen Raum für ca. 500 Mädchen mit und ohne Behinderung im Alter von 9 bis 14 Jahren geschaffen, an dem diese barrierefrei teilhaben und mithilfe vorhandener Ressourcen ihre Stärken entdecken können. Die Mädchen können sich täglich mit professioneller Begleitung im „Face2Face“ geschützt treffen, virtuell surfen, chatten und sich mit realweltlichen Lebensthemen auseinandersetzen. Alle Mädchen nehmen an einem Medientraining teil, in dem ihnen ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Internet beigebracht und ein gesundes Misstrauen beim virtuellen Kennenlernen vermittelt wird. Als Nachweis für ihre erlernte Kompetenz erhalten die Mädchen eine „Face2Face-Card“, die ihnen Vergünstigungen in den Bereichen Bewegung und Lesen bietet. Eltern können jeden zweiten Sonnabend als Bildungsgast teilnehmen und sich im Elterncafé „Ich bin woanders“ weiterbilden.

1.3.2.8 Beispielprojekte aus den Ländern

Bayern:

„Netzgänger“

Das Peer-gestützte Projekt „Netzgänger“ zur Prävention von dysfunktionalem und pathologischem PC- und Internetgebrauch wird seit 2009 von der Universität Bamberg und verschiedenen Kooperationspartnern durchgeführt und fortlaufend weiterentwickelt. Das Projekt erhielt 2011 als herausragendes Internetprojekt eine Nominierung für den Klicksafe-Preis. Bisher wurde es durch die Bayerische Staatskanzlei gefördert, 2014 hat das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Medien, Energie und Technologie die Förderung übernommen. Weitere Gelder zur Projektentwicklung kamen von der Bürgerstiftung Nürnberg.

Im Rahmen des Projekts werden Schüler der höheren Klassenstufen an der Universität Bamberg zu Multiplikatoren, sogenannten Peers, in einem der Bereiche „Virtuelle Spielewelten“, „Soziale Netzwerke“, „Cybermobbing“ und „Recht im Netz“ ausgebildet. Zudem besuchen die Peers in der Regel mindestens ein Schuljahr lang ein begleitendes Schulfach im Rahmen des Regelunterrichts.

Sie führen die Präventionsmaßnahme in ihren Schulen durch und leiten Workshops für Schüler der Klassen 5 und 6. Das Projektteam der Universität Bamberg bleibt in allen Projektphasen Ansprechpartner für die Peers und die Schulen.

Die Nachhaltigkeit der Maßnahme wird dadurch erreicht, dass die Peers auch nach Abschluss der Intervention im Umfeld der Zielgruppe verbleiben und ihren Mitschülern somit weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.
www.netzgaenger.org

Hessen:

„webC@RE" – innovatives Hilfeangebot für Menschen mit problematischem Nutzungsverhalten an Bildschirmmedien

In Deutschland gelten Schätzungen zufolge bislang etwa 560.000 Menschen als internetabhängig. Die Dunkelziffer derer, die den PC bzw. das Internet so schädlich nutzen, dass sie anderen sozialen, schulischen oder beruflichen Kontakten gar nicht mehr oder nicht mehr angemessen nachkommen, liegt jedoch weitaus höher. Wissenschaftliche Forschungen haben ergeben, dass soziale Isolation und gesteigerte Antriebshemmung die Hauptgründe dafür sind, dass betroffene Menschen oftmals keine Hilfeeinrichtung aufsuchen (können). Gerade in der Selbsthilfe, die im Suchthilfebereich oftmals eine erste und wichtige Stufe der Unterstützung darstellt, kommen bestehende Angebote und Menschen mit einem problematischen Internetkonsum noch zu wenig zueinander.

Das Projekt „webC@RE" bietet eine virtuelle Plattform für Informationen und Austausch und überträgt damit den Grundgedanken der Selbsthilfe in den virtuellen Raum. Hier können Betroffene mit Menschen in einer ähnlichen Situation über ihre Probleme und Sorgen reden. Der Austausch soll ihnen dabei helfen, ihren Alltag ohne problematischen PC-/Internetgebrauch zu bewältigen und die Gründe und Anlässe für ihr Problemverhalten herauszufinden.

Neben der Teilnahme an einer virtuellen Selbsthilfegruppe können sich Betroffene und deren Angehörige auf der „webC@RE"-Homepage über das gesamte Themenfeld informieren oder einen einfachen und schnellen Selbsttest machen.

Zudem listet die Internetseite Adressen und Hilfestellungen auf, damit sich die Betroffenen auch in der realen Welt Unterstützung von fachkundigen Beratern holen können.

Das Projekt wurde von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS) mit finanzieller Unterstützung der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Hessen ins Leben gerufen.
www.hls-webcare.org
www.facebook.com/webcareHLS

Rheinland-Pfalz:

Internetsuchtverhalten europäischer Jugendlicher

Im Rahmen des von der EU geförderten Projekts „EU NET ADB“ wurden in insgesamt sieben europäischen Ländern (Griechenland, Island, Spanien, Polen, Rumänien, Deutschland und den Niederlanden) quantitative (N = 13.284) und qualitative Daten (N = 124) über das Internetnutzungsverhalten von 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen erhoben. In Deutschland wird das Projekt von der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der Landeszentrale für Medien und Kommunikation Rheinland-Pfalz (LMK) durchgeführt.

Die Projektergebnisse belegen, dass 1,2 Prozent der europäischen Jugendlichen ein Internetsuchtverhalten zeigen und weitere 12,7 Prozent eine missbräuchliche Nutzung des Internets aufweisen. Jugendliche aus Spanien, Rumänien und Polen zeigen die höchsten Prävalenzraten, während in Island und Deutschland eher geringe Raten nachgewiesen wurden.

Eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines dysfunktionalen Internetverhaltens liegt vor allem bei älteren männlichen Jugendlichen vor sowie bei Jugendlichen aus niedrigeren Bildungsschichten und Jugendlichen, die vornehmlich soziale Netzwerke, Computerspiele und Online-Glücksspiele nutzen.

Die qualitative Analyse entwickelt das „Modell der Vier“ und identifiziert neben dem Hauptphänomen „Always on(line)“ vier Subtypen der Internetnutzung, die sich durch adaptive („Juggling it All“, „Coming full Cycle“) und maladaptive („Stuck Online“, „Killing Boredom“) Nutzungsstrategien auszeichnen. Jugendliche mit maladaptiven Strategien verfolgen die Aufrechterhaltung des exzessiven Internetkonsums und sind daher mit psychosozialen Problemlagen konfrontiert. Das „Modell der Vier“ trägt mit detailliert beschriebenen Mechanismen zur Erklärung der Ursachen von Internetsucht bei.

www.eunetadb.eu

www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/verhalten/Dokumente/EU_NET_ADB_Broschuere_final.pdf

2 Behandlung, Versorgung, Schadensminimierung

2.1 Suchtstoffübergreifend

2.1.1 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

2.1.1.1 Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2013

In den Jahren 1997 bis 2009 ist, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kontinuierlich gestiegen. Seit 2010 ist als Folge eines allgemeinen Antragsrückgangs auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen bei Entwöhnungsbehandlungen zu verzeichnen (Abbildung 55).

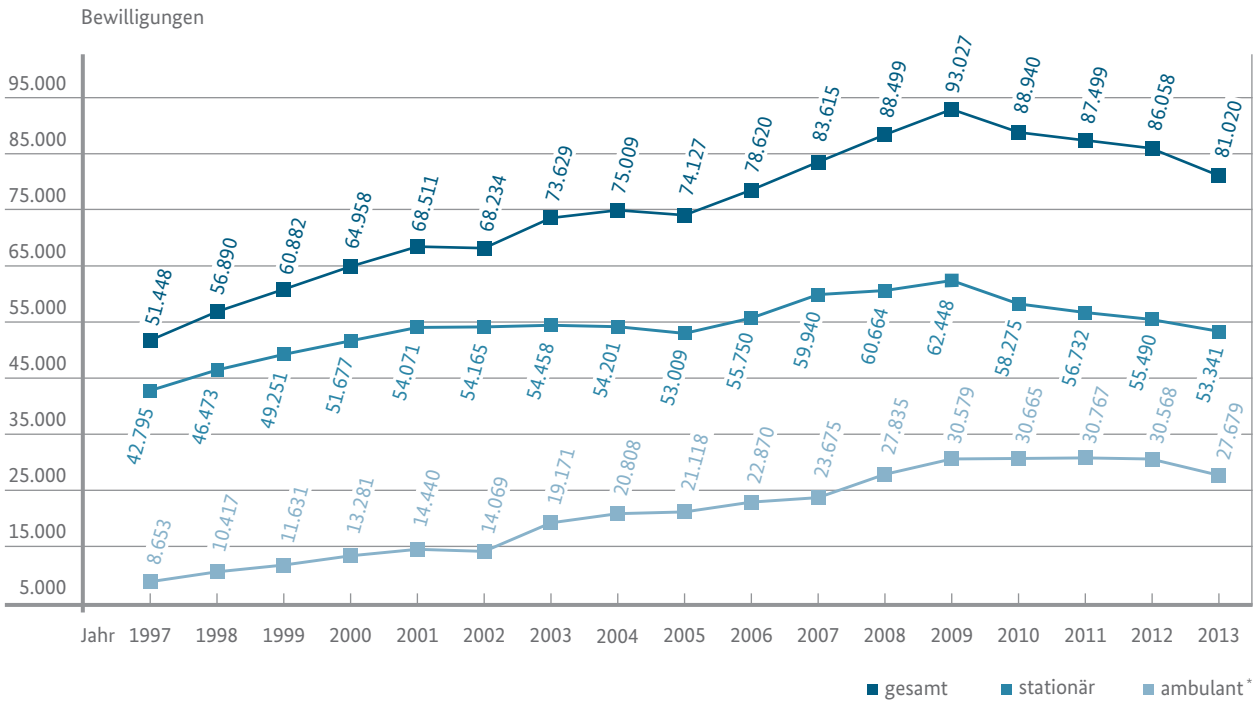
2.1.1.2 Qualitätssicherung

Zur Bewertung der Qualität von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein umfangreiches und differenziertes Qualitätssicherungsinstrumentarium für unterschiedliche Versorgungsbereiche entwickelt. Rehabilitandenfragebogen, Peer-Review-Verfahren und Strukturerhebungsbogen werden für indikationsbezogene Vergleichsanalysen in Bezug auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Routinedaten zur Qualitätsmessung einzusetzen. Beispielsweise werden die dokumentierten therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht zur Bewertung der Versorgungsqualität genutzt. Zur Ergebnisbewertung werden u. a. die routinemäßig vorliegenden Informationen über den Erwerbsverlauf nach der Rehabilitation herangezogen. Zur Beschreibung der Rehabilitanden und möglicher Einflussgrößen (Alter, Geschlecht, Diagnosen etc.) auf den subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg werden Angaben aus dem Reha-Entlassungsbericht verwendet.

Im Jahr 2013 erhielten 385 ambulante Rehabilitationseinrichtungen und die Rentenversicherungsträger erstmalig Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung in der ambulanten Suchtrehabilitation. Hierfür konnten 4.233 Rehabilitandenfragebogen analysiert werden, wobei die Rehabilitanden acht bis zwölf Wochen nach dem Ende der Rehabilitation (zwischen August 2009 und Juli 2011) befragt wurden. 87 Prozent der Frauen und 84 Prozent der Männer gaben an, ihr Gesundheitszustand habe sich durch die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt verbessert. Noch etwas mehr Befragte berichteten sogar von einer Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf, Alltag und Freizeit. 97 Prozent konsumierten laut Selbstaussage in den letzten vier Wochen vor der Befragung weder Alkohol noch Medikamente oder Drogen. Knapp 90 Prozent sahen sich zudem in der Lage, auch langfristig abstinent zu bleiben. Die Ergebnisse belegen eine hohe Zufriedenheit mit der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme und einen beachtlichen patientenseitig wahrgenommenen Rehabilitationserfolg.

www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Qualitätssicherung

Abbildung 55:
Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2013



* Einschl. der bewilligten Leistungen zur Eingliederung nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013

2.1.1.3 Haft und Entwöhnungsbehandlungen

Laut § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI können Versicherte, die sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126 a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind, von der Rentenversicherung keine Leistungen zur Teilhabe erhalten. Damit ein Versicherter dennoch nahtlos eine Entwöhnungsbehandlung nach der Haft beginnen kann, setzen die Rentenversicherungsträger seit dem Jahr 2012 eine einheitliche Regelung um. Danach berufen sie sich im Interesse der Nahtlosigkeit nicht auf den Ausschlussgrund, wenn der Antrag auf Entwöhnungsbehandlung vier Wochen vor der regulären Haftentlassung gestellt wurde und eine Bestätigung des Haftendes vorliegt. Die Frist wurde auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Jahr 2013 auf acht Wochen verlängert und damit verdoppelt.

Eine andere rechtliche Situation liegt bei der Anwendung von § 35 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vor. Hier findet der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ Anwendung und die Kostenzusage der Rentenversicherung kann während der Haftzeit erfolgen.

Das von den Trägern der DRV zu diesem Sachverhalt entwickelte bundesweit einheitliche Formular G435 wurde im Jahr 2013 aufgrund der Rückmeldungen aus der Praxis überarbeitet. Auf diesem Formular kann die Justizvollzugsanstalt oder Jugendstrafanstalt bei Anträgen auf Entwöhnungsbehandlungen aus der Haft

heraus die verschiedenen rechtlichen Fallgestaltungen bescheinigen. Das Formular trägt zu einer einheitlichen Anwendung der Rentenversicherungsträger bei und fördert den nahtlosen Übergang in die Rehabilitation.

Formular:
www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/ 04_formulare_und_antraege/_pdf/G0435.html

2.1.1.4 Vorgehensweise der Rentenversicherung bei Verhaltensstörungen durch intensiven Computer- und Internetgebrauch

Die DRV hat sich in den letzten Jahren wiederholt mit diesem neuen Krankheitsbild beschäftigt. Die Ergebnisse des von der DRV Bund finanzierten Forschungsprojekts „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation“ an den AHG Kliniken Münchwies und Schweriner See führten 2013 zu folgenden rentenversicherungsweit geltenden Festlegungen:

- Das Krankheitsbild kann diagnostisch eingeordnet werden unter ICD-10: F68.8 (Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) oder F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) und eher nicht unter F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Eine eindeutige Festlegung erfolgte noch nicht, da das für 2015 vorgesehene neue Klassifikationssystem ICD-11 abgewartet werden soll.
- Im Vorfeld der Rehabilitation sollen Screeningverfahren eingesetzt werden wie der „Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch“ (KPC) oder die „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS).
- Die Rehabilitation erfolgt in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen, die Erfahrung im Umgang mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, Pathologischem Glücksspiel und psychosomatischen Krankheitsbildern haben. Diese Einrichtungen müssen über eine ausreichende Anzahl entsprechender gleichzeitig behandelter Rehabilitanden und indikative Gruppenangebote verfügen.
- Die Behandlungsdauer beträgt acht bis zwölf Wochen.
- Die Nachsorge erfolgt analog zum Pathologischen Glücksspiel in qualifizierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Als qualifiziert sind z. B. die Beratungsstellen anzusehen, die ihre Mitarbeiter zu der Thematik geschult haben, entsprechende Beratungsangebote vorhalten und sich bereits in der Erweiterung ihres Beratungsprofils für die Nachsorge bei pathologischem Glücksspielen qualifiziert haben.

2.1.1.5 Forschungsprojekt „Entwicklung von Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchterkrankungen in der somatischen und psychosomatischen medizinischen Rehabilitation“

Die DRV Bund finanziert seit dem 1. Dezember 2013 für einen Zeitraum von 18 Monaten ein Forschungsprojekt, mit dem

- ein Screening bei Antritt der Rehabilitation mit anschließender bedarfsgesteuerter Diagnostik,
- ein gestufter Behandlungsansatz mit direkten und indirekten Maßnahmen unterschiedlicher Intensität und Reichweite (z. B. Patientenschulung, Gruppenangebote, spezifische Ansätze sowie Motivierung zu weiteren Maßnahmen) und
- eine enge Verknüpfung mit dem ambulanten Versorgungssystem (Suchtberatungsstellen, Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeuten)

entwickelt und umgesetzt werden sollen.

Gemäß einer Literaturrecherche sollen Experten, Rehabilitationseinrichtungen und Fachgesellschaften befragt werden, Behandlungsalgorithmen erstellt sowie dann auf Expertenworkshops unter Einbeziehung von Patientenvertretern genehmigt werden. Es sollen daraus Handlungsempfehlungen in Form einer Broschüre entstehen, die somatischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann. Das Projekt wird vom Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum der Universität Freiburg durchgeführt.

2.1.1.6 Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung

2.1.1.6.1 Projekt „Integrationsbezogenes Fallmanagement Sucht (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)

Das 2012 begonnene Projekt richtet sich an arbeitslose Versicherte, die eine stationäre bzw. ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in Anspruch genommen haben. Die Zahl der beteiligten Entwöhnungseinrichtungen wurde von zwei auf vier stationäre Einrichtungen erweitert. Die Vorgehensweisen und die Kommunikation zwischen den Entwöhnungseinrichtungen, den Versicherten, den Reha-Fachberatern und den externen Fallmanagern haben sich bewährt.

Versicherte befinden sich unmittelbar nach der regulären Entlassung häufig in einer instabilen Übergangssituation, was die berufliche Integration erschwert. Das Fallmanagement leistet eine unterstützende Begleitung bei der beruflichen Integration. Auf diese Weise soll das Gefährdungspotenzial im Hinblick auf einen Rückfall gemindert und damit das Rehabilitationsergebnis nachhaltig gesichert werden. Ende 2014 werden die Projektdaten ausgewertet. Anschließend wird entschieden, ob das Fallmanagement in dieser Form regulär eingesetzt werden kann.

2.1.1.6.2 Ausbau und Vernetzung der Suchtnachsorge (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd)

Die DRV Bayern Süd hat im Rahmen der Umsetzung des gemeinsamen Rahmenkonzeptes der DRV und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012 die Nachsorge für Abhängigkeitskranke in der Region weiter ausgebaut. Neben den anerkannten ambulanten Entwöhnungseinrichtungen, die auch Suchtnachsorge durchführen, wurden von der DRV Bayern Süd neue Nachsorgeeinrichtungen anerkannt.

Ferner finden zur besseren Vernetzung und Kommunikation zwischen Vertretern der ambulanten Suchthilfe in Bayern und der DRV Bayern Süd regelmäßige Fachgespräche zu den Themen Nachsorge sowie ambulante Suchtrehabilitation statt.

2.1.1.6.3 Modellprojekt „BISS“ (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Ziel des Modellprojekts „BISS“ ist es, ehemalige Drogenabhängige beim Einstieg in den Arbeitsmarkt zu unterstützen.

Die Universität Freiburg bestätigt mit dem Abschlussbericht zur Evaluation vom April 2013 die im Zwischenbericht aufgeführten positiven Effekte. Wesentlich ist danach, dass alle langfristigen Teilnehmer beruflich in den ersten Arbeitsmarkt integriert wurden. Die Teilnehmer weisen gegenüber der Vergleichsgruppe, die nicht unter dieses Modellprojekt fiel, eine signifikant höhere Anzahl von Ausbildungsverträgen auf sowie einen geringeren Suchtmittelkonsum und kürzere Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Das Modellprojekt hat die Abstinenz und berufliche Integration deutlich verbessert, weshalb die DRV Baden-Württemberg zum 1. Januar 2014 die Umsetzung in den Regelbetrieb vorgenommen hat. Dabei schließt sich für Rehabilitanden, die eine solche Betreuung benötigen, an die regulär beendete stationäre Phase der Adaption nahtlos eine einjährige ambulante Phase an. Inhaltlich liegt in dieser Zeit der Schwerpunkt auf arbeitsbezogenen Leistungen im Sinne einer besonderen Suchtnachsorgeleistung als „berufliche Integrationsbegleitung“. Ein Leistungskatalog mit obligatorischen Leistungsinhalten ist definiert. Alle erbrachten Leistungen werden umfassend dokumentiert.

2.1.1.6.4 Projekt „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe (SaBINE)“ (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Ziel des Projekts „SaBINE“ ist die Optimierung der Nachsorgeprozesse im Anschluss an stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitskranken, um eine dauerhafte Verbesserung der Abstinenzraten und

eine bessere Erwerbsintegration zu erreichen. Dazu soll eine systematische, schnittstellenübergreifende Fallbegleitung von Rehabilitanden schon in und insbesondere aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme heraus als spezifisch berufsintegrierende Nachsorge etabliert werden. Zusammen mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und in Kooperation mit vier Suchteinrichtungen in Mitteldeutschland soll untersucht werden, inwieweit eine Fallbegleitung als zusätzliches Angebot den Rehabilitationserfolg nachhaltig beeinflusst.

2.1.1.6.5 Reha-Fallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)

Mit der Reha-Fallbegleitung stellt die DRV Rheinland-Pfalz ihren abhängigkeitskranken Versicherten, die gravierende Störungen in der Erwerbsbiografie aufweisen, einen persönlichen Begleiter zur Seite. Wie der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zeigte, konnte die Antrittsquote durch die Reha-Fallbegleitung erheblich verbessert werden. Zudem schließen die Teilnehmer der Reha-Fallbegleitung die Rehabilitationsmaßnahme erfolgreicher ab als Nichtteilnehmer.

2013 wurde die wissenschaftliche Begleitung fortgesetzt, um die Prozesse der Reha-Fallbegleitung in einem Manual zu konkretisieren. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Beschreibung der Schritte zur erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung. In wiederholten Abstimmungsprozessen zwischen den Universitäten Freiburg und Landau/Koblenz, den Reha-Fallbegleitern und der DRV Rheinland-Pfalz wurde ein Manual entwickelt, das eine bedarfsorientierte, alltagsnahe und handlungsorientierte Anleitung für die Durchführung von Reha-Fallbegleitungen darstellt. Die praxisnahe Beschreibung wird insbesondere für neue Reha-Fallbegleiter als hilfreich eingeschätzt. Die Ergebnisse werden im Jahr 2014 veröffentlicht.

2.1.2 Beispiele aus Ländern und Verbänden

Deutscher Caritasverband:

Projekt „Suchthilfe in Netzwerken“

Trotz erheblicher Anstrengungen von Leistungsträgern und -erbringern, individuell zugeschnittene Hilfen für suchtkranke und -gefährdete Menschen zu erbringen, weist die Versorgungsrealität nach wie vor strukturelle Probleme auf. Der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) hat daher ein Projekt zum Thema „Suchthilfe in Netzwerken“ durchgeführt, mit dem die Entwicklung von Netzwerk- und Verbundstrukturen im Arbeitsfeld praxisnah unterstützt werden sollte. Die Ergebnisse des Projekts wurden 2013 unter dem Titel „Suchthilfe in Netzwerken – Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation“ publiziert.

Auf der Basis von Erkenntnissen der Versorgungsforschung sowie anhand zahlreicher Praxisbeispiele nennt das Handbuch praxistaugliche Methoden und Instrumente, mit denen sektorübergreifende Kooperationsdefizite gelöst werden können. Zudem werden bedeutsame Schnittstellen sowie suchthilfeinterne Schnittstellenprobleme beschrieben. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Bereiche ambulante und stationäre Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, primäre medizinische Versorgung, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Suchtmedizin/Suchtpsychiatrie und Jobcenter gelegt. Als Ergänzung werden auf einer CD exemplarische Kooperationsvereinbarungen und ähnliche Materialien zur Verfügung gestellt.

Fachverband Sucht:

Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010

Der bundesweit tätige Fachverband Sucht e.V. (FVS) publiziert seit 1999 (ab dem Entlassjahrgang 1996) aussagekräftige und klinikübergreifende Berichte über die Verläufe von Suchtbehandlungen (Katamnesen). Jährlich werden diese Erhebungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige durch eine schriftliche Nachbefragung ein Jahr nach der Entlassung erhoben

und die katamnestischen Erfolgsquoten für den poststationären Ein-Jahres-Zeitraum ausgewertet.

Hierfür wurden aus dem Entlassjahrgang 2010 insgesamt 13.113 stationär behandelte Fälle von 24 Fachkliniken ausgewertet. Aufgenommen wurden nur Einrichtungen, bei denen mehr als 41 Prozent der Behandlungsfälle katamnestisch erfasst wurden.

Die Berechnung der katamnestischen Erfolgsquoten erfolgte nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht): Berechnungsform 1 (DGSS 1) umfasste alle planmäßig entlassenen Katamneseantworter, Berechnungsform 4 (DGSS 4) umfasste alle im Jahr 2010 entlassenen Patienten. Danach ergab sich für 2010 folgendes Bild: Die katamnestische Erfolgsquote lag bei DGSS 1 bei 78,9 Prozent; d.h., 62 Prozent der planmäßig entlassenen Antworter waren durchgehend abstinent, 16,9 Prozent waren mindestens seit 30 Tagen nach einem Rückfall wieder abstinent und 21,1 Prozent wurden im Katamnesezeitraum rückfällig.

Nach DGSS 4 ergab sich für den Entlassjahrgang 2010 eine katamnestische Erfolgsquote von 41,3 Prozent. 32 Prozent des Entlassjahrgangs lebten im Katamnesezeitraum durchgehend abstinent, 9,3 Prozent waren mindestens seit 30 Tagen wieder abstinent. 12,2 Prozent gaben an, dauerhaft rückfällig zu sein, und insgesamt 46,5 Prozent beantworteten die Ein-Jahres-Katamnese nicht.

Dabei stellte DGSS 1 eine Überschätzung und die konservativste Berechnungsform, DGSS 4 hingegen eine Unterschätzung der tatsächlichen Ergebnisse dar, da alle Nicht-Antworter als rückfällig gewertet wurden.

Die Ergebnisse insgesamt sprechen für eine hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in der stationären medizinischen Rehabilitation.

Rheinland-Pfalz:

AHG Kliniken Daun:
Forschungsprojekt zur webbasierten Tele-Nachsorge bei Alkoholabhängigen
Nachsorgekonzepte mithilfe neuer Medien im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation haben sich bereits bewährt. Da vergleichbare Ansätze bei der Rehabilitation Alkoholabhängiger bisher fehlen, wurde das vorliegende Projekt einer webbasierten Tele-Nachsorge initiiert, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) gefördert wird. Ziel sind der Erhalt einer abstinenten Lebensweise im Alltag und die Überwindung der poststationären Schnittstellenproblematik.

Im Rahmen einer prospektiv randomisierten Längsschnittstudie nehmen die Patienten entweder an einer wöchentlichen therapeutisch geleiteten Chatgruppe (Experimentalgruppe) oder an einem monatlichen telefonischen Kurzkontakt (Kontrollgruppe) teil. Beide Gruppen werden über einen Zeitraum von sechs Monaten nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation durchgeführt.

Als Datengrundlage dienen zum einen die standardisierte Basisdokumentation und Katamnestik sowie psychometrische Fragebogen. Zum anderen werden spezifische Instrumente, etwa zur Erhebung von Rückfällen und zur Programmevaluation, eingesetzt.

Die bisherigen Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass eine therapeutisch geleitete Chatnachsorge zur Abstinenzsicherung wirksam ist. Sofern es gelingt, diesen Trend zu bestätigen, sollten telemedizinische Nachsorgeangebote in Kooperation von Leistungsträgern und -erbringern weiter evaluiert und ggf. regelhaft eingesetzt werden.
www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun_Rosenberg/index.html

2.1.3 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen – Beispiel aus den Ländern

Baden-Württemberg:

Integrierte Versorgung am Standort Weissenau des ZfP Südwürttemberg

Seit dem 1. Januar 2010 besteht zwischen den Zentren für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg und den gesetzlichen Krankenkassen DAK-Gesundheit und BARMER GEK ein Vertrag zur sektorübergreifenden Integrierten Versorgung (IV). Durch die Ausschüttung pauschaler Jahresbudgets pro Patient sollen beim Leistungserbringer langfristig Anreize zur settingunabhängigen, effizienten Patientenversorgung gesetzt werden. Aktuell (Stand: 3. Quartal 2013) werden von der Suchtabteilung des Standortes Weissenau 84 Patienten im Rahmen des IV-Projekts behandelt. Zusammen mit den Stationen wird die Versorgung der Patienten werktags zwischen 8 und 17 Uhr garantiert. Außerhalb dieser Zeiten steht das Krisenteam des ZfP Weissenau zur Verfügung. Es wurden u. a. folgende Zusatzstrukturen geschaffen:

- IV-Sprechstunde in der Suchtambulanz, die täglich ohne Termin aufgesucht werden kann
- Einsatz eines Lotsen aus dem Team der Suchtambulanz, der sowohl die ambulante als auch die (teil-) stationäre Behandlung sowie die psychosozialen Hilfen koordiniert und zusammenführt
- wöchentlich stattfindende Fallkonferenzen für IV-Patienten zum besseren Fallmanagement
- intensivierte ambulante Behandlung in Form von bis zu täglichen Kurzkontakten und Abstinenzkontrollen in Krisenzeiten oder zum gestützten ambulanten Entzug
- niedrigschwelliger Zugang zu wöchentlichen Gruppenangeboten in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und auf den Behandlungsstationen (gestützte Selbsthilfe, Gruppe zur Abstinenzsicherung nach Rückfall, Frauengruppe, indikative Gruppen oder Bewegung / Entspannung)
- aufsuchende Behandlung zu Hause (Hausbesuch) oder zur Begleitung bzw. Unterstützung bei psychosozialem Hilfebedarf für Behördengänge, am Arbeitsplatz oder im familiären Umfeld

2.1.4 Forschungsprojekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

2.1.4.1 Sucht und Gewalt: CANSAS-Netzwerk

Der Forschungsverbund CANSAS wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg koordiniert und seit dem Frühjahr 2012 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Der Verbund ist Teil des Forschungsnetzes „Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt“, das aus der Arbeit des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ hervorgegangen ist.

Suchtprobleme gehören zu den häufigsten Folgen früher Gewalt. Mindestens die Hälfte aller Personen in Suchtbehandlung hat frühe Misshandlung oder Vernachlässigung erlebt. Hierbei sind gerade Suchtprobleme der eigenen Eltern ein wichtiger Risikofaktor für Gewalt und Vernachlässigung im Kindesalter. Ziel des CANSAS-Netzwerkes ist es daher, den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Gewalt bzw. Vernachlässigung besser zu verstehen und Behandlungsansätze für Betroffene zur Verfügung zu stellen. In diesem Rahmen gilt es auch, die Gewalterlebnisse von Suchtkranken und das Risiko suchtkranker Eltern, Gewalt gegen ihre Kinder auszuüben, besser einschätzen zu lernen. In dem Verbundprojekt „D-CPT“ sollen im Rahmen einer klinischen Studie zudem Veränderungen relevanter Begleiterkrankungen, wie z. B. substanzbezogener Störungen, erfasst werden. Im Jahr 2012 haben vier der insgesamt sechs Projekte begonnen.
www.cansas-studie.de

2.1.4.2 Einfluss von Drogenkonsum auf das Gehirn

Wie Drogen auf das menschliche Gehirn wirken, wird mit finanzieller Unterstützung des BMBF im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung untersucht. So befasst sich das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim im Rahmen des europäischen Forschungsnetzwerkes NEURON mit Methoden der Bildgebung. Hierbei sollen alkoholismusbedingte Störungen in neuronalen Netzwerken zur Beurteilung pharmakologischer Therapieansätze erforscht werden.

2.1.4.3 Epidemiologische Untersuchungen in der Nationalen Kohorte

Die Nationale Kohorte ist ein interdisziplinäres Vorhaben von Wissenschaftlern aus 14 Universitäten bzw. Universitätskliniken, vier Helmholtz-Zentren, vier Leibniz-Instituten, einem Institut der Fraunhofer-Gesellschaft sowie zwei Einrichtungen der Ressortforschung. Im Rahmen der Kohorte werden die Entstehung der wichtigsten chronischen Krankheiten sowie ihre subklinischen Vorstufen und funktionellen Veränderungen untersucht. Dazu werden deutschlandweit 200.000 Männer und Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren aus einer Zufallsstichprobe der Bevölkerung rekrutiert und untersucht. Alle zwei bis drei Jahre sollen Nachbefragungen zur individuellen Gesundheitssituation erfolgen. Die Ergebnisse dieser Studie sollen neue Möglichkeiten zur Prävention, Vorhersage und Früherkennung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Diabetes, Krebs und Infektionskrankheiten sowie bei neurodegenerativen und psychiatrischen Erkrankungen, darunter Suchterkrankungen, liefern. Die Nationale Kohorte wird vom BMBF, 14 beteiligten Ländern und der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren gefördert.

2.1.5 S3-Leitlinien Tabak und Alkohol

Auf der Basis des neuesten Forschungsstandes zu alkohol- und tabakbezogenen Störungen entstehen seit 2010 in intensiver, interdisziplinärer und in großen Teilen ehrenamtlicher Zusammenarbeit S3-Leitlinien nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Diese Leitlinien fassen den wissenschaftlichen Kenntnisstand zusammen und leiten daraus Behandlungsempfehlungen für die Praxis ab. Zudem werden sie einen neuen deutschen Behandlungsstandard für alkohol- und tabakbezogene Störungen auf internationalem Niveau darstellen.

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie unter repräsentativer Beteiligung von Fachgesellschaften und anderen relevanten gesellschaftlichen Gruppen werden die Anforderungen der AWMF für S3-Leitlinien im Sinne eines nachvollziehbaren und kriteriengestützten wissenschaftlichen Prozesses erfüllt.

Hierbei wurden Mitte 2011 in einem Delphi-Verfahren klinische Fragestellungen erarbeitet, für die 2012 je nach Fragestellung umfangreiche unsystematische bzw. systematische Reviews erstellt wurden. Auf der Basis dieser Ergebnisse sowie einer erarbeiteten Leitliniensynopse qualitätsbewerteter Quellleitlinien zu alkohol- und tabakbezogenen Störungen nach den Kriterien des Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstrumentes (DELBI) stellten Arbeitsgruppen aus Wissenschaftlern und Praktikern bis Ende 2013 Teilkapitel der Leitlinie mit Behandlungsempfehlungen und Hintergrundtexten fertig.

Diese Teilkapitel wurden von November 2012 bis Februar 2014 auf sechs mehrtägigen Konsensuskonferenzen abgestimmt. Für alle Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung alkohol- und tabakbezogener Störungen konnten für die strengen Konsensanforderungen mindestens 75 Prozent Zustimmung erreicht oder übertroffen werden. Noch im Jahr 2014 sollen die erarbeiteten Leitlinien fertiggestellt, verabschiedet und veröffentlicht werden.

2.1.6 Sucht im Alter

Suchterkrankungen können Menschen jeden Alters treffen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es in Deutschland zukünftig noch mehr Men-

schen mit Suchterkrankungen im fortgeschrittenen Alter geben. Wenn auch im Durchschnitt der Konsum von Alkohol und Tabak im höheren Alter zurückgeht, so sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit in dieser Altersgruppe inzwischen dennoch keine Seltenheit mehr. Bei über 60-Jährigen stehen der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol im Vordergrund. Schätzungen gehen davon aus, dass derzeit allein bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind. Auslöser für einen Missbrauch bei älteren und alten Menschen kann ein einschneidendes persönliches Ereignis sein, beispielsweise die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners. Nicht selten bestanden Missbrauch und Abhängigkeit aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase.

Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich frühzeitig auf die langfristigen Entwicklungen einstellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von 2010 bis 2012 acht Modellprojekte zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ gefördert. Ziel dieser Projekte ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und -erkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu steigern. Zentraler Baustein ist dabei die Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut. Um die Ansätze vor Ort verstetigen zu können und eine breite Implementierung zu erreichen, wurde im Januar 2013 eine weitere einjährige Förderphase angeschlossen. Darüber hinaus wird eine projektübergreifende Analyse dieses Schwerpunktes gefördert, um die von den acht Modellprojekten erarbeiteten Instrumente sowie die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen zusammenzuführen, aufzubereiten und für die Fachöffentlichkeit nutzbar zu machen. Im Mittelpunkt dieser Analyse stehen die Aufbereitung der von den Projekten erprobten Schulungsmaßnahmen sowie die Entwicklung von Schulungsmaterialien, die in Form eines Baukastensystems (modulares System) in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt werden können (z. B. als Unterrichtseinheit an beruflichen Schulen zur Pflegeausbildung oder als Inhouse-Schulung für Pflegekräfte). Begleitend werden Hinweise zur Implementierung und zu möglichen Schwierigkeiten beschrieben. Die von den Projekten entwickelten Handlungsempfehlungen werden zudem kritisch analysiert und kommentiert aufbereitet.

2.1.6.1 Förderschwerpunkt Sucht im Alter

Beispiel 1: Modellprojekt „Gemeinsam für ein gelingendes Leben im Alter – Netzwerk der Alten- und Suchthilfe im ambulanten und stationären Setting“ der von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, Stiftung Nazareth, Bildung und Beratung Bethel, in Bielefeld

Das Ziel des Projekts bestand darin, systematisch aufgearbeitetes Wissen zum Suchtverhalten älterer Menschen zu gewinnen und Interventionsansätze für die Betreuung dieser Personen in den jeweiligen Settings aufzuzeigen. Dabei sollten Mitarbeiter aus der ambulanten und stationären Altenpflege und Suchthilfe von den Erkenntnissen und Kompetenzen der jeweils anderen lernen. Aufbauend auf dem gewonnenen Wissen sollte ein Schulungskonzept für Studierende und Mitarbeiter auf den Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung entwickelt werden.

Im Rahmen des Projekts wurde eine empirische Studie durchgeführt. Anhand von neun Fallgesprächen zu jeweils vier Stunden, an denen Akteure aus der ambulanten und stationären Altenhilfe und Suchthilfe teilnahmen, wurden die Situationen von Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum aus der Praxis der Gesprächsteilnehmer diskutiert und analysiert. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet.

Grounded Theory ist ein sozialwissenschaftlicher Ansatz zur systematischen Auswertung vor allem qualitativer Daten (Interviewtranskripte, Beobachtungsprotokolle) mit dem Ziel der Theoriegenerierung. Sie stellt dabei keine einzelne Methode dar, sondern eine Reihe ineinandergreifender Verfahren. Oft wird die Grounded Theory als eine Methode der

qualitativen Sozialforschung bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen Forschungsstil, der eine pragmatische Handlungstheorie mit bestimmten Verfahrensvorgaben kombiniert. Dieses Verfahren basiert auf der Theorie des Symbolischen Interaktionismus. Ziel ist es, eine realitätsnahe Theorie zu entwickeln, um diese für die Praxis anwendbar zu machen und insofern die Theorie-Praxis-Schere zu mindern. Grundlegendes Erkenntnisinteresse ist nicht die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen, sondern es sollen ihnen zugrunde liegende (soziale) Phänomene sichtbar gemacht werden.

Aus den Evaluationsergebnissen wurden in Zusammenarbeit mit Praktikern aus den Arbeitsfeldern Curricula für das Studium sowie für die Altenpflegeausbildung, -fortbildung und -weiterbildung entwickelt. Die Curricula wurden 2013 im Rahmen eines Anschlussprojekts in der Praxis umgesetzt, evaluiert und weiterentwickelt. Hierbei zeigte sich, dass die Inhalte in der Ausbildung und im Studium gut angenommen wurden. In der Fortbildung scheiterte die Durchführung einiger Seminare an der geringen Teilnehmerzahl, die mit der hohen Arbeitsbelastung der Pflegenden und der noch immer geringen Akzeptanz des Themas in den Einrichtungen der Altenhilfe begründet wurde.

Auf der im Rahmen des Modellprojekts eingerichteten Internetplattform werden den Interessierten sämtliche Angebote in der Region zum Thema „Sucht im Alter“ zur Verfügung stellt.

Beispiel 2: Modellprojekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter“ (NASIA) der Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes Emsland-Bentheim

Das Projekt NASIA wendet sich an Mitarbeiter der Altenpflege- und Suchtkrankenhilfe sowie an Senioren und deren Angehörige und beschäftigt sich mit dem Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen (besonders von Alkohol, Tabak und Medikamenten). Die Grundidee des Projekts besteht darin, einen regelmäßigen Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Alten- und Suchtkrankenhilfe aufzubauen und damit die beiden Arbeitsbereiche für die Belange des jeweils anderen zu sensibilisieren. Des Weiteren wurde versucht, über niedrigschwellige Angebote neue Zugänge zu betroffenen Senioren und deren Angehörigen zu schaffen.

Als ein Projektergebnis wurden wechselseitige Fortbildungen der Fachkräfte aus der Alten- und Suchtkrankenhilfe entwickelt und durchgeführt. Die Schulungen bestehen aus mehreren Modulen, sodass sie individuell an vorgegebene Rahmenbedingungen – etwa zeitliche Vorgaben – angepasst werden können. Des Weiteren fanden in regelmäßigen Abständen sogenannte Zukunftswerkstätten statt. Sie dienten als Plattform zum Austausch, zur Diskussion und zur Entwicklung neuer Konzepte und trugen damit zur Vernetzung aller Personen und Institutionen bei, die mit dem Thema „Substanzgebrauch im Alter“ in Verbindung stehen.

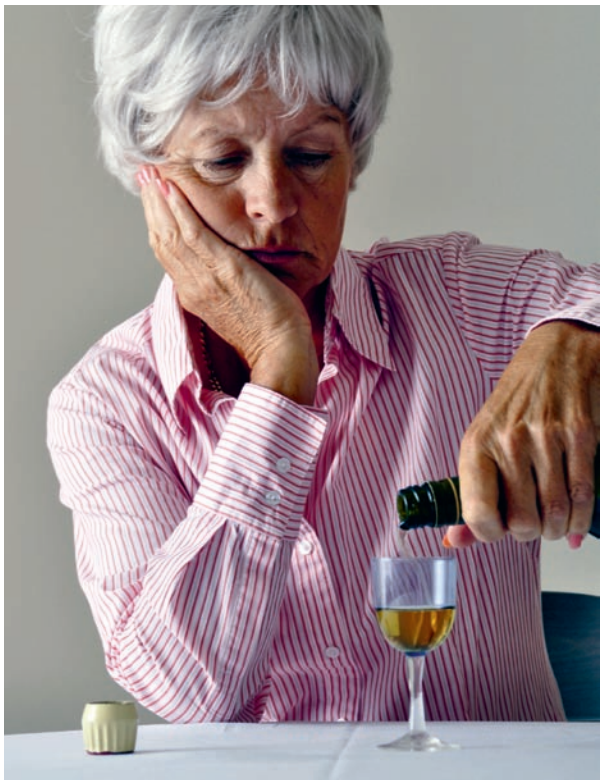
Die Zukunftswerkstätten sowie die Schulungen und Fortbildungsangebote werden auch über den Projektförderungszeitraum hinaus weiter angeboten. Zudem wurde über den Kontaktaufbau zu Fachschulen für Altenpflege und Pflegestudiengänge eine Integration der Thematik in entsprechende Ausbildungsangebote verstärkt.

Informationen zu weiteren Projektaktivitäten:
www.diakonie-emsland.de

Beispiel 3: Modellprojekt „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ von der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Das Projekt wurde in Rostock und Greifswald durchgeführt und umfasste zwei Projektphasen. Im Fokus der ersten Phase standen das Kennenlernen des jeweils anderen Hilfesystems, eine Bestandsaufnahme der beteiligten Einrichtungen und eine Fortbildungs-Bedarfsanalyse. Hierfür wurden von den Beteiligten gegenseitige Hospitationen durchgeführt. Mit Unterstützung durch die wissenschaftliche Begleitung wurden spezielle Fragebogen für die Leitungen und die Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen entwickelt. Die Ergebnisse der Befragung waren die Basis für das

anschließende Schulungsprogramm, das drei Bausteine (Basisschulungen, Aufbauschulungen und themenzentrierte Spezialschulungen) beinhaltete. Mit der Gründung von Netzwerken bzw. der Einbindung der Thematik „Sucht im Alter“ in bereits bestehende Netzwerke wurden in den Modellregionen Rostock und Greifswald bisher fehlende Kooperationsstrukturen zwischen den Hilfesystemen der Alten- und Suchthilfe ergänzt. Außerdem wurde das Praxishandbuch „Sucht im Alter“ erstellt und ein modularisiertes Curriculum für berufliche Bildungsgänge in der Altenpflege erarbeitet. Ziel ist es, frühzeitig ein Suchtproblem zu erkennen und entsprechende adäquate und motivierende Handlungsstrategien anzuwenden, um die Lebensqualität zu steigern und Unfälle zu vermeiden.



In der Verstetigungsphase erfolgte die strukturelle Absicherung der neu gestalteten Kooperationsbeziehungen zwischen den beiden Hilfesystemen und die abschließende Bearbeitung der Projektbausteine, sodass sie anderen Interessierten zur Verfügung gestellt werden können:

- Inhouse-Schulungspaket inklusive Vor- und Nachbereitung und zahlreicher Informationsmaterialien für Mitarbeiter in stationären Einrichtungen
- Portfolio für die Netzwerkarbeit und Ernennung der Netzwerkverantwortlichen in den beiden Modellregionen
- Erarbeitung der Handlungsanleitungen für die Mitarbeiter in den stationären Altenhilfeeinrichtungen und Integration in bestehende Qualitätsmanagementsysteme
- Erarbeitung der Rahmenempfehlung für die Beratung älterer Menschen mit einem Suchtmittelproblem in der ambulanten Suchthilfe

Zu den Ergebnissen des Projekts:
www.lsmv.de/sucht/sucht-im-alter

2.1.6.2 Projekt „Sucht im Alter“: Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg

Im Rahmen des Vorläuferprojekts wurde ein Curriculum zur Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel am ZfP Südwürttemberg entwickelt und umgesetzt. Die qualitativen Ergebnisse wurden nun im zweiten Projektteil genutzt, um die Materialien weiterzuentwickeln und bundesweit nutzbar zu machen.

Die hierfür zuständige Projektgruppe setzte sich aus der Projektleitung, den Moderatoren hausärztlicher Qualitätszirkel und den Vertretern des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät an der Universität Tübingen zusammen und wurde vom Vorsitzenden der Kreisärzteschaft unterstützt. Die Arbeitsgruppe gewährleistet die inhaltliche Ergänzung durch hausärztlich relevante Inhalte. Folgende Entscheidungen wurden getroffen:

- Die Funktionen der Allgemeinmedizin werden in Abgrenzung zu Fachärzten und Suchtpsychiatrie verdeutlicht.

- Der Arbeitstitel „Sucht im Alter“ wird aufgrund sehr unterschiedlich verlaufender Alterungsprozesse geändert.
- Das Modul „Früherkennung und (Kurz-)Intervention“ wird um spezifische Verhaltensstrategien zum Umgang mit krankheitsbedingtem Vermeidungsverhalten erweitert.
- Die rationale Vorgehensweise bei der Verschreibung von abhängigkeitsfördernden Medikamenten bei Schmerzen, Angst- und Schlafstörungen wird neu gewichtet.

Zur Verdeutlichung wurde das Vorgehen anhand von sieben typischen Fallbeispielen aus dem hausärztlichen Praxisalltag beschrieben.

Das Ergebnis verdeutlicht die Bereitschaft und die Notwendigkeit zur fachübergreifenden Kooperation bei einem veränderten (aufsuchenden) Versorgungsbedarf, der durch Multimorbidität, Polypharmazie und chronifizierte Krankheitsverläufe gekennzeichnet ist. Das Fortbildungsmanual ist für den Einsatz in hausärztlichen Qualitätszirkeln konzipiert und steht seit Mai 2014 zur Verfügung.

2.1.7 Migration und Sucht

Projekt „transVer-Sucht“

Von 2009 bis Ende 2012 förderte das Bundesministerium für Gesundheit den Modellschwerpunkt „transVer-Sucht“ mit dem Ziel, eine kultursensible Sucht- und Drogenhilfe zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zum Suchthilfesystem zu erleichtern. Neben sechs regionalen Modellprojekten, in denen exemplarisch eine zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert wurde, beinhaltete die Förderinitiative ein wissenschaftliches Begleitvorhaben. Die geförderten Projekte in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein setzten in sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum von Angeboten für verschiedene Zielgruppen um. Der Zugang zum Suchthilfesystem für Menschen mit Migrationshintergrund konnte verbessert werden, nachdem aufgrund der Erfahrungen in den Modellstandorten die bisherige Arbeit umgestellt wurde. Als bedeutsam erwies sich, Menschen mit Migrationshintergrund selbst sowie Migrantenorganisationen stärker an der Gestaltung von Versorgung zu beteiligen und vor allem zunächst zu erheben, welche Unterstützung sie wünschen und brauchen. Gezeigt hat sich zudem, dass transkulturelles Arbeiten mit komplexen Anforderungen verbunden ist und immer die gesamte Einrichtung betrifft. In den Projekten wurde die Erfahrung gemacht, dass Zugangsbarrieren sowohl auf Seiten der Klientel als auch auf Projektseite bestanden und dass es auf die Entwicklung einer Haltung ankommt. Professionelle Gewissheiten wurden hinterfragt, diskutiert und zu transkulturellen Standards weiterentwickelt. Als wichtige Aspekte erwiesen sich Personenorientierung, Empathie, Offenheit und Respekt. Deshalb überrascht es nicht, dass die verbesserten Angebote von allen Nutzern gleichermaßen geschätzt werden.

Viele Erfahrungen im Modellprogramm sind übertragbar und können von anderen Einrichtungen übernommen werden. Eine Handreichung, die einen Transfer der Erfahrungen der Modellstandorte erleichtert, wurde zum Abschluss des Modellvorhabens im Sommer 2013 veröffentlicht. Die Handreichung ist unter dem Titel „Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer“ als Publikation erschienen, sie kann aber auch unter **www.transver-sucht.de** heruntergeladen werden.

Erhebung des Deutschen Caritasverbandes zum Thema „Migration und Sucht“:

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) zeigt auf, dass es sich bei fast 17 Prozent der Klienten in ambulanten Einrichtungen und bei 13 Prozent der Klienten in stationären Einrichtungen um Personen mit Migrationshintergrund handelt.

Aus diesem Grund führte der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) 2012 in den Einrichtungen eine Erhebung zum Thema „Suchtberatung, Suchtbehandlung

und Suchtselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund“ durch. Ziel dieser Erhebung war es, die aktuelle Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe zu erfassen. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen sollten Ansatzpunkte abgeleitet werden, um entsprechende Hilfemaßnahmen zu entwickeln und zu optimieren.

Die Erhebung liefert umfassende Ergebnisse zu vorhandenen Maßnahmen und erlebten Problemen und gibt Hinweise auf notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation in den Bereichen Beratung, Behandlung und Selbsthilfe. Die Ergebnisse sollen im Laufe des Jahres publiziert und dann auch auf der Internetseite des DCV zur Verfügung gestellt werden.
www.caritas.de

2.1.8 Suchtselbsthilfe

2.1.8.1 Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) vereinigt als Dachorganisation die bundesweiten Suchtselbsthilfeverbände Blaues Kreuz in Deutschland (BKD), Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE), Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter, Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland (IOGT), den Kreuzbund sowie die Wohlfahrtsverbände mit ihren Suchtarbeitsbereichen. Die DHS vertritt u. a. gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung die Interessen der Suchtselbsthilfe und übernimmt Koordinierungsaufgaben.

Die Arbeit der Suchtselbsthilfe ist ein unverzichtbares Element im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe. Die unbürokratischen Hilfsangebote der Verbände richten sich unmittelbar an Suchtkranke und deren Angehörige. Darüber hinaus sind sie Ansprechpartner für professionelle Dienstleister (etwa Betriebe, Ärzte und Beratungsdienste). Ihre Vielfältigkeit zeigt sich nicht nur in den unterschiedlichen Organisationsformen, sondern auch in ihrem Angebot für Menschen mit einer stoffgebundenen oder nicht stoffgebundenen Form der Abhängigkeit. Sie motivieren und unterstützen die Betroffenen, begleiten und stärken die Angehörigen und leisten zudem in der Öffentlichkeit allgemeine Aufklärung über Suchterkrankungen.

Die Verbände der Selbsthilfe, aber auch engagierte freie Gruppen sind deutschlandweit verbreitet und gesellschaftlich anerkannt. Der Erfolg der Suchtselbsthilfe zeichnet sich u. a. durch die Kontinuität der Gruppenangebote und die gute Vernetzung der Verbände, Gruppen und professionellen Suchthilfe aus. Fünf große Selbsthilfeverbände der DHS starteten 2013 die Praxisphase des Projekts „Chancen nahtlos nutzen – konkret“ (siehe C 2.1.8.2). Die gemeinsame Projekterfahrung und die Ergebnisse stärken die Kooperation untereinander, die DHS unterstützt dabei die Verbände in der Umsetzung ihrer Ziele.

Das Anliegen der Suchtselbsthilfe, die Angehörigen Suchtkranker stärker in den Blick zu nehmen und ihre Rolle neu zu bewerten, wurde im Fachausschuss Selbsthilfe aufgegriffen. Ergebnis ist ein Memorandum, das den Unterstützungsbedarf der Angehörigen in den Fokus stellt und das Konzept der sogenannten Co-Abhängigkeit kritisch beleuchtet.
www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2013-09-19_Memorandum_Angehörige_in_der_Sucht-Selbsthilfe.pdf

Förderung durch die Sozialversicherungsträger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und die regionalen Rentenversicherungsträger unterstützen die Suchtselbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI (siehe C 2.1.8.4). Im Jahr 2013 wurden die Richtlinien der DRV Bund überarbeitet. Das Ziel der Förderung ist die Rehabilitation Suchtkranker durch eine langfristige Stabilisierung und eine Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Des Weiteren wird die Arbeit von 29 Suchtreferenten der Selbsthilfe gefördert.

Die DHS koordiniert die Zusammenarbeit der Suchtreferenten. Zu deren Aufgaben gehören die Unterstützung, Koordinierung und Erweiterung der Selbsthilfenetzwerke. Sie fördern den konstruktiven Austausch von verschiedenen Selbsthilfegruppen, stoßen Initiativen und Projekte an und leisten Bildungsarbeit und Beratung für Gruppen und freiwillige Helfer. Sie beteiligen sich darüber hinaus an der Weiterentwicklung der Arbeit der Suchtselbsthilfeverbände. Das regelmäßige Fortbildungstreffen der Suchtreferenten fand 2013 zu den Themen „Migration und Sucht" und „Lotsen-Projekt des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe" statt.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert die Suchtselbsthilfe nach § 20 c SGB V. Sie unterstützt Selbsthilfegruppen sowie die landes- und bundesweit tätigen Suchtselbsthilfeverbände in ihrer Arbeit. Dabei fördert sie sowohl pauschal als auch projektbezogen. Die DHS hat bei der Überarbeitung der Richtlinien zur GKV-Förderung im Jahr 2013 mitgewirkt.

2.1.8.2 „Chancen nahtlos nutzen – konkret!"

Im Herbst 2013 startete mit „Chancen nahtlos nutzen – konkret!" der zweite Teil und damit die Praxisphase des Projekts „Chancen nahtlos nutzen" (CNN), das von den fünf Suchtselbsthilfeverbänden BKE, BKD, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, IOGT und Kreuzbund gemeinsam durchgeführt wird. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und endet im Juni 2015.

Die Suchtselbsthilfe ist und bleibt eine wichtige Unterstützung für Abhängige und deren Angehörige zur Überwindung der Sucht. Um alle Hilfebedürftigen zu erreichen, bedarf es eines nahtlosen Übergangs zwischen den Einrichtungen und Angeboten der beruflichen Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Genau an dieser Nahtstelle setzt das Projekt an: Die Zusammenarbeit zwischen beiden Hilfesystemen soll verbessert werden, um suchtkranken Menschen den Weg zur Selbsthilfe und aus der Abhängigkeit zu erleichtern.

Im Rahmen des Projekts erarbeiten Ehrenamtliche der Selbsthilfe und beruflich Tätige der ambulanten und stationären Suchthilfe gemeinsam Handlungsempfehlungen für eine wirksame und bedarfsgerechte Zusammenarbeit. Grundlage hierfür sind zum einen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung der Universität Hildesheim aus dem Vorgängerprojekt. Zum anderen sind die konkreten Erfahrungen der Teilnehmer sowie ihre Anregungen zur Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe ausschlaggebend.

In zwei Workshop-Reihen wird der Blick jeweils auf den ambulanten und stationären Sektor gerichtet. Innerhalb dieser Workshops werden auch das Profil und die Selbstdarstellung der Selbsthilfe kritisch beleuchtet, um die Stärken der Suchtselbsthilfe deutlicher hervorzuheben. Die Handlungsempfehlungen und Ergebnisse sollen in einer Handreichung zusammengefasst werden, die trägerübergreifend innerhalb der Suchtselbsthilfe genutzt werden kann.

2.1.8.3 Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V. (SSHS) steht allen Soldaten und Zivilbeschäftigten sowie deren Angehörigen bei Abhängigkeitserkrankungen unter dem Motto „Beraten, Begleiten und Betreuen" zur Seite. Die SSHS hat bundesweit über 270 Mitglieder, zu denen aktive und ehemalige Soldaten sowie Zivilpersonen zählen. Der Verein arbeitet eng mit dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr und mit der Familienbetreuungsorganisation zusammen und tauscht sich zudem mit der DHS aus.

Die Mitglieder verfügen über Erfahrung aufgrund einer eigenen Abhängigkeitserkrankung oder über Fachwissen durch eine Ausbildung zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer. Sie sind vertraulich handelnde Ansprechpartner, die den Betroffenen und Hilfesuchenden „auf Augenhöhe" den Weg in ein abstinentes Leben erleichtern können. Ebenso unterstützen sie mit ihrem Wissen die Suchtprävention innerhalb der Bundeswehr.

Die Mitglieder bilden sich halbjährlich weiter – u. a. durch Besichtigungen von Therapieeinrichtungen zu verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen und Veränderungen in den Therapieformen. Die SSHS gehört

zu den Teilnehmern des Runden Tisches „Solidarität mit Soldaten“ in Berlin und ist ein fester Bestandteil im sogenannten Netzwerk der Hilfe.
www.soldatenselbsthilfe.de

2.1.8.4 Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Die DRV Bund unterstützt durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit der Nachsorgereferenten von Suchtverbänden, die in der DHS organisiert sind.

Ziel der Förderung ist es, suchtkranke Menschen langfristig bei einer abstinenten Lebensweise zu unterstützen, um so Rückfälle zu vermeiden. Im Interesse der betroffenen Menschen und der Versichertengemeinschaft muss die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen auf einen langfristigen Erfolg ausgerichtet sein. Die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen kann die Nachhaltigkeit der Suchtrehabilitation fördern, da diese einen Beitrag zur Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsziele leisten. Suchtreferenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie den Kontakt untereinander pflegen und verbessern sowie die freiwilligen Helfer fachlich unterstützen und fortbilden.

Die Zuwendungsmittel für die regionale Selbsthilfe kommen überwiegend den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten zum Beispiel Pauschalen bis zu 200 Euro zur Deckung von Ausgaben wie Fahrgeld, Porto und Literatur. Auch für Gruppenleiterschulungen, Seminare für Betroffene oder Öffentlichkeitsarbeit wurden Zuwendungsmittel eingesetzt. Die DRV Bund stellte dafür im Jahr 2013 785.038,69 Euro (Stand: 26. November 2013) zur Verfügung. Die Arbeit der Suchtreferenten im Jahr 2013 wurde mit 1.344.804,90 Euro (Stand: 26. November 2013) gefördert.

2.1.9 Kongresse

2.1.9.1 Deutscher Suchtkongress vom 18. bis 21. September 2013

Vom 18. bis 21. September 2013 fand in Bonn der 6. Deutsche Suchtkongress statt. Ziel war es, die Ergebnisse der Suchtforschung und -wissenschaft vorzustellen und mit der Praxis der Suchthilfe und Suchtprävention zu vernetzen. Dabei wurden sowohl die Entwicklungen der deutschsprachigen Fachszene als auch internationale Konzepte und Befunde vorgestellt. Der Transfer von neuen Forschungsergebnissen zum Zweck der Verbesserung von Behandlung und Prävention erfolgte über den gemeinsamen Dialog sowie die Planung, Durchführung und Auswertung von Praxis-Forschungsprojekten.

Der Suchtkongress richtete sich an Wissenschaftler und Forscher, an Behandler und Mitarbeiter aus der Suchtversorgung, an Fachkräfte aus der Prävention, der Lehre und Ausbildung sowie an Studierende. Die Teilnehmer hatten u. a. die Möglichkeit, lokale Suchthilfeeinrichtungen – etwa eine Substitutionsambulanz, eine Tagesklinik oder ein Arbeitsprojekt – zu besuchen und damit einen unmittelbaren Eindruck von der Suchthilfe in Deutschland zu erhalten. Ein besonderer Dank geht an die Ambulante Suchthilfe der Caritas und Diakonie Bonn für die Gestaltung des Rahmenprogramms.

Die Zusammenfassungen aller Beiträge wurden in einem Sonderheft der Fachzeitschrift „Suchttherapie“ veröffentlicht: Suchttherapie, Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen. 2013 (Jahrgang 14; Supplement. Deutscher Suchtkongress 2013 vom 18.–21.09.2013 in Bonn, S. 1–70). Stuttgart: Thieme-Verlag.

Des Weiteren wurden zwei von der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (dg sps) gestiftete Posterpreise mit einem Preisgeld von je 500 Euro verliehen. Der erste Preis ging an eine Arbeitsgruppe aus Wissenschaftlern der Charité Berlin, des Zentralinstituts für seelische Gesundheit Mannheim und des Universitätsklinikums Bonn für ihre Forschung zu funktionellen Aktivierungsmustern des Arbeitsgedächtnisses als Prädiktoren für die Rückfallschwere bei alkoholabhängigen Patienten. Der zweite Preis ging an eine Arbeitsgruppe der Universität Bielefeld für ihre Untersuchung zum

Einfluss von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit auf die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit.

Insgesamt wurden mit dem Deutschen Suchtkongress 2013 weit über 500 Fachkräfte aus den Bereichen Prävention, Beratung, Behandlung, Forschung und Wissenschaft erreicht. In neun Pressemitteilungen wurden die inhaltlichen Schwerpunkte zudem einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Auch die abendliche Podiumsdiskussion „Ausweg Sucht – Was brauchen Menschen im 21. Jahrhundert?“ ermöglichte den Einbezug einer interessierten lokalen Öffentlichkeit, wobei auch Aspekte der Selbsthilfe sowie sozial- und versorgungspolitische Themen zur Sprache kamen. Der Kongress ist inzwischen fachlich und versorgungspolitisch etabliert und soll weiterhin jährlich an wechselnden Standorten durchgeführt werden.

2.1.9.2 9. Bundeskongress der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe

Der 9. Bundeskongress der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe fand vom 10. bis 12. Mai 2013 in Alsfeld mit rund 750 Teilnehmern aus den bundesweiten Freundeskreis-Selbsthilfegruppen statt.

Ziel der Veranstaltung war es zum einen, langjährigen Gruppenbegleitern sowie neuen Mitgliedern die Möglichkeit zum Kennenlernen und Austausch zu geben. Zum anderen diente der Kongress dazu, inhaltliche Beiträge und neue Methoden für die Gruppenarbeit zu vermitteln. Der 9. Bundeskongress stand dabei im Zeichen der „World-Café“-Methode. An den einzelnen Tischen wurden die Themen „Zukünftige Angebote der Freundeskreis-Selbsthilfegruppen“, „Meistern von Herausforderungen“, „Zusammenarbeit der Generationen“, „Sucht und Familie“ sowie „Effiziente Maßnahmen für die Öffentlichkeitsarbeit“ diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass sich die Freundeskreisarbeit in einem Umbruch befindet und neue bzw. andere Sichtweisen zugelassen werden müssen. Der Verband erhielt viele neue Impulse, die zukünftig in die Arbeit einfließen bzw. ganz konkret umgesetzt werden sollen.

Einer der Kongresshöhepunkte war der Auftritt der Jugend-Theatergruppe „Große Freiheit“, die im Freundeskreis Gescher (Nordrhein-Westfalen) gegründet wurde und sich in ihren Bühnenstücken mit dem Thema „Kinder in suchtbelasteten Familien“ auseinandersetzt.
www.freundeskreise-sucht.de

2.1.10 Beispielprojekt aus den Verbänden

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS)

10. Berliner Suchtgespräch „Elternschaft und Suchterkrankung“

Ein beträchtlicher Teil der Menschen mit einer Suchtproblematik trägt Verantwortung für Kinder. Etwa 2,65 Millionen Minderjährige haben Eltern mit einer Alkoholstörung, und 30.000 bis 60.000 Kinder leben mit Eltern zusammen, die illegale Drogen konsumieren. Die genaue Zahl der Kinder, deren Eltern unter anderen (nicht stoffgebundenen) Süchten wie Spiel-, Arbeits- oder anderen Verhaltenssüchten leiden, ist nicht bekannt. Laut Deutscher Suchthilfestatistik (DSHS) wurden allein im Jahr 2011 27.530 Menschen im Suchthilfesystem aufgenommen, die mit mindestens einem Kind im eigenen Haushalt leben. Im Rahmen der GVS-Kampagne „Elternschaft und Suchterkrankung“ widmet der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) das diesjährige Jubiläumsgespräch daher diesem Thema.
www.eltern-sucht.de

2.2 Suchtstoffspezifische Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung

2.2.1 Alkohol

5. Internationale Konferenz zu Alkohol und Harm Reduction (Schadensminderung)

Vom 7. bis 8. März 2013 wurde in Frankfurt am Main vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik akzept e.V. gemeinsam mit dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt, Quest for Quality NL und dem International Center for Alcohol Policies (ICAP) die 5. Internationale Konferenz zu Alkohol und Harm Reduction (Schadensminderung) durchgeführt.

Konferenzthema war die Förderung des Harm-Reduction-Ansatzes bei Alkoholkonsum im deutschsprachigen Raum. In diesem Zusammenhang wurden Kontrollmodelle und bereits existierende Good-Practice-Modelle vorgestellt und von den insgesamt 110 Teilnehmern diskutiert.

www.akzept.org/pro_eu_konferenz.html

2.2.1.1 Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) und Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

2.2.1.1.1 Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die neue Leitlinie (S3)

Seit Dezember 2012 ist die S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) öffentlich verfügbar. Sie beinhaltet neben Informationen zur Leitlinienentwicklung vor allem auch die diagnostischen Kriterien und Empfehlungen für das FAS und seine Differenzialdiagnosen. Ergänzend werden im Rahmen der Hintergrundinformationen die Prävalenz von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, die Prävalenz des FAS, Risikofaktoren für mütterlichen Alkoholkonsum sowie die Risikofaktoren für die Entstehung eines FAS dargestellt.

Anfang 2013 wurde für die praktische Orientierung im ärztlichen und institutionellen Alltag ein „Pocket Guide FAS“ in deutscher und englischer Fassung entwickelt. In einem Algorithmus wird der diagnostische Prozess bei Verdacht auf FAS auf einen Blick sichtbar dargestellt. Zu jeder diagnostischen Säule werden Differenzialdiagnosen aufgeführt. Weblinks weisen zu weiterführenden Informationen zur Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und zu möglicher Unterstützung von betroffenen Menschen mit FAS.

Im April 2013 fand erstmals während der Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie das Expertentreffen „Forum FASD“ statt. In diesem Forum wurden die notwendigen Kriterien für eine deutschlandweit einheitliche Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) diskutiert. Außerdem wurden Erfahrungen hinsichtlich der Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder mit FASD und deren Familien in Deutschland ausgetauscht. Das nächste „Forum FASD“ ist für September 2014 in München geplant.

Das Buch zur Leitlinie – „Fetales Alkoholsyndrom – S3-Leitlinie zur Diagnostik“ – wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell unterstützt und erschien im August 2013 in der Reihe Pädiatrische Neurologie im Kohlhammer-Verlag (ISBN 978-3-17-023444-4).

Das Buch ist per Internet und im Buchhandel zum Selbstkostenpreis erhältlich. 7.500 Exemplare des Buches konnten mithilfe der Finanzierung durch das BMG und durch ehrenamtlichen Arbeits- und Zeitaufwand der Autoren Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf und Prof. Dr. med. Florian Heinen gedruckt und kostenfrei verteilt werden. Die Leitlinienbücher wurden in höherer Stückzahl an alle beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände mit der Bitte um Weiterleitung, an die Selbsthilfegruppe FASD Deutschland e.V., an die beteiligten Experten, an alle niedergelassenen Neuropädiater, an alle Sozialpädiatrischen Zentren und an alle Jugendämter in Deutschland verschickt. Auf diese Weise konnten viele professionelle Helfer im Gesundheits- und Sozialsystem erreicht und über das Krankheitsbild FAS informiert werden.

Anfang 2014 wurde zudem die im Leitlinienprojekt entwickelte App zum kostenlosen Download für alle Systeme von Smartphones und Tablets fertiggestellt und annonciert.

Mit diesen Aktivitäten (sowie deren Erweiterung und Fortsetzung) wird ein weiterer Schritt getan, um die Wahrnehmung von und die Hilfe für Menschen mit FASD zu steigern.

2.2.1.1.2 Broschüre „Die Fetale Alkoholspektrum-Störung“

In der Broschüre „Die Fetale Alkoholspektrum-Störung“, die von der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung initiiert wurde, werden die wichtigsten Fragestellungen der sozialrechtlichen Praxis behandelt. Die Broschüre richtet sich an alle Fachkräfte, die mit Betroffenen und deren Familien arbeiten. Sie erschien seit Ende 2013 in mehreren Auflagen und kann auch auf der Homepage der Drogenbeauftragten heruntergeladen werden. Im Frühsommer 2014 erschien eine aktualisierte Fassung.

2.2.1.1.3 Beratungs- und Behandlungsangebote Beispiele aus den Ländern

Nordrhein-Westfalen:

FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde bei Münster

In der Ambulanz für FAS-Patienten und Kinder opioidabhängiger Mütter der Tagesklinik Walstedde in Münster stehen den betroffenen Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien derzeit neun Mitarbeiter zur Verfügung. Die Patientenversorgung umfasst eine medizinische und psychologische Diagnostik, eine familiäre, schulische, berufliche und sozialrechtliche Beratung sowie die Begleitung der Patienten und ihrer Familien. Darüber hinaus werden in der Universitätskinderklinik Münster die breite Problematik des FAS und seine Auswirkungen auf die betroffenen Menschen in wissenschaftlichen Studien begleitend untersucht. Aktuell laufende Studien sind „Ökonomische Folgen des FAS“, „Differenzialdiagnostik bei FAS“, „Differenzierung zwischen Traumafolgen und FAS“, „Nikotin und Alkohol in der Schwangerschaft“, „Adoptionen aus Osteuropa“, „Sexualität bei Jugendlichen mit FAS“, „Wohn- und Arbeitsformen für Erwachsene mit FAS“ sowie „Sozialrecht für betroffene Familien“. Die sozialen Konsequenzen der pränatalen Alkoholexposition werden in Kooperation mit der Universität Bielefeld erforscht. Unterstützt durch die Kroschke-Stiftung für Kinder und in Zusammenarbeit mit der Stadt Braunschweig wurden Informations- und Arbeitsmaterialien für die kommunale Prävention und Beratung erarbeitet und evaluiert. In einem Projektseminar der Fachhochschule Münster wurden zudem FAS-Materialboxen für Familien, Erzieher und Lehrer entwickelt und erprobt. Fortgeführt wird auch die Präventionsarbeit zu Alkohol und Schwangerschaft mit den Themen „Aufklärung für Schwangere“, „Hilfen für Familien mit FAS-Kind“ sowie „Aufklärung in Kindergärten und Schulen“.

www.fetales-alkoholsyndrom.de
www.fasq.eu
www.verantwortung-von-anfang-an.de

Thüringen:

KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn

Im KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit FASD im Kontext einer neurologischen Klinik behandelt. Im Jahr 2013 handelte es sich hierbei um 50 Betroffene und deren Bezugspersonen. Teil des Programms ist auch die Begegnung der von FASD betroffenen Kinder mit überwiegend körperlich behinderten Kindern. Hierbei zeigen die Kinder immer wieder ihre sozialen Kompetenzen im Umgang miteinander.

Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurden mittels strukturierter Interviews zunächst fünf Familien mit sechs Pflegekindern zur Nachhaltigkeit des Rehabilitationsaufenthaltes befragt. Es zeigten sich Verbesserungen im Bereich des Sozialverhaltens, der Kommunikation und des Schlafverhaltens. Durch das Wissen über FASD und den Umgang damit entspannte sich auch die familiäre Situation insgesamt.

Die teilnehmenden Bezugspersonen äußerten den Wunsch, sich mit anderen Pflege- und Adoptiveltern auszutauschen. In den daraufhin gehaltenen FASD-Seminaren wurden die Themen Schule, Therapiemöglichkeiten, berufliche Perspektiven, sozialrechtliche Beratung, familiäres Notfallmanagement und Möglichkeiten der Entlastung besprochen. Es folgten ein Seminar für die von FASD betroffenen Kinder sowie ein Seminar, dass sich gleichermaßen an Eltern und Kinder richtete. In einem nächsten Schritt soll ein strukturiertes Seminarprogramm für Kinder und Eltern erstellt werden.

2.2.1.2 Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

Bedarfsgruppen für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger

An der Charité Berlin wurde ein Fragebogen für alkoholabhängige Rehabilitanden entwickelt, mit dem deren suchtspezifischer, psychischer und sozialer Therapiebedarf gemessen werden kann. Das Projekt wird gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), den Unternehmen AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG, dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, der salus klinik Lindow, der Haus Saaletal GmbH sowie der Klinik Eschenburg KG.

Entsprechend der gemessenen Bedarfslage wurden Behandlungsempfehlungen für die Rehabilitation (sogenannte Therapieorientierungswerte (TOW)) mit Experten konsentiert. Sie folgen in der Gliederung den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) des „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ der DRV. Es steht eine Software zur Verfügung, die von interessierten Suchteinrichtungen erworben werden kann und das Ausfüllen sowie die Auswertung des Fragebogens für jeden Patienten am PC erlaubt.

Praktikabilität und Nutzen des Konzepts wurden in mehreren Studien evaluiert – zuletzt seit 2011 im Rahmen einer Implementationsstudie an rund 900 Rehabilitanden aus zwölf Suchtfachkliniken. Die Ergebnisse bis Reha-Ende zeigen, dass die Wirksamkeitszuwächse durch Einführung der RMK relativ gering waren. Das erklärt sich vor allem aus logistischen Problemen bei der praktischen Umsetzung des Konzepts in der klinischen Therapiesteuerung. So verfügten die beteiligten Kliniken häufig über Routinen, in die der RMK-Algorithmus nicht kurzzeitig integriert werden konnte. Zum anderen hielten viele Studienkliniken bereits vor Einführung der Software ein Therapieangebot vor, das den Mindestanforderungen der RMK entsprach. In qualitativen Interviews wurde entsprechend festgestellt, dass die Bedarfsgruppen von den Klinikern überwiegend als plausibel bewertet und die TOW als Unterstützung oder Bestätigung bei der Therapieplanung empfunden wurden. Die Ergebnisse aus der Katamnese ein Jahr nach Reha-Ende stehen noch aus.

medsoz.charite.de/forschung/rehabilitationsforschung/

2.2.2 Tabak

2.2.2.1 „rauchfrei“: Angebote der BZgA zur Tabakentwöhnung

Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne seit 2005 ein kostenloses, interaktives Online-Ausstiegsprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene an. Das Programm ist unter **www.rauch-frei.info** abrufbar und bietet den Teilnehmern vier Wochen lang Unterstützung beim Rauchstopp mit individualisierten Tipps, interaktiven Elementen wie dem Ersparnisrechner oder einem Community-Angebot, die beim Durchhalten motivieren sollen. Insgesamt nutzten das Online-Ausstiegsprogramm bereits mehr als 12.000 Teilnehmer. Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit des Programms zeigte, dass die Raucherausstiegsquote der Teilnehmer bei 31 Prozent lag, während sie in der Kontrollgruppe lediglich 16 Prozent betrug.

www.rauch-frei.info

Online-Rauchstopp für Erwachsene
Für erwachsene Raucher stellt die BZgA unter **www.rauchfrei-info.de** ein kostenloses Online-Ausstiegsprogramm bereit. Die Teilnehmer werden mit dem Programm bis zu 31 Tage lang mit individualisierten E-Mails bei ihrem Rauchstopp unterstützt. Dabei werden auch persönliche Merkmale der Teilnehmer, etwa ihr Abhängigkeitsgrad und ihre Konsumdauer, berücksichtigt. In ein Erfolgsdiagramm werden die nicht gerauchten Zigaretten eingetragen. Auch der „Eurozähler", der die eingesparten Ausgaben addiert, übt eine motivierende Funktion aus. Stark genutzt werden das Forum, in dem sich Teilnehmer gegenseitig unterstützen können, sowie der wöchentliche Live-Chat, der von einem Experten der BZgA begleitet wird. Im Jahr 2013 meldeten sich mehr als 10.000 Teilnehmer für das Online-Ausstiegsprogramm an.

Nutzerbefragungen zur Wirksamkeit des Rauchstopp-Programms haben gezeigt, dass rund 14 Prozent der Teilnehmer noch sechs Monate nach Beendigung des Programms rauchfrei waren. Bei der Berechnung dieser Abstinenzquote wurden Personen, die sich nicht an der Befragung beteiligten, als „noch rauchend" eingestuft.
www.rauchfrei-info.de/aufhoeren

Gruppenprogramm „losgelöst" für Jugendliche
Das Gruppenprogramm „losgelöst" ist für 14- bis 17-jährige Raucher konzipiert und richtet sich vor allem an Haupt- und Realschulen, da die Raucherquoten hier besonders hoch sind. Das Programm arbeitet mit einem motivationsbasierten, kognitiv-behavioralen Ansatz. Insgesamt finden sechs Kurstreffen statt. Im Anschluss erfolgt eine vierwöchige Nachbetreuung per Telefon und SMS.

Im Jahr 2012 wurde eine Wirksamkeitsstudie zum Programm abgeschlossen. Die Studie zeigt, dass „losgelöst" jugendliche Raucher gut erreicht und anspricht. Unmittelbar nach Kursende waren 36 Prozent der Teilnehmer rauchfrei, am Ende der Nachbetreuungsphase waren es 24 Prozent und sechs Monate nach Ende der Intervention noch 14 Prozent. Damit waren nach sechs Monaten nahezu dreimal so viele Schüler rauchfrei wie in der Kontrollgruppe.

„rauchfrei"-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene
Das „rauchfrei"-Programm ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung. Der Gruppenkurs wurde 2007 vom Institut für Therapieforschung München (IFT) mit Unterstützung der BZgA entwickelt. Die Kurse werden von den deutschen Krankenkassen auf Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt.

Das Kursprogramm wird in einer Basisversion mit sieben 90-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen sowie in einer Kompaktversion mit drei 180-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen angeboten. Für Betriebe eignet sich vor allem die Kompaktversion, da sie sich besser in die betriebsinternen Abläufe integrieren lässt.

Evaluationsergebnisse der IFT-Gesundheitsförderung belegen, dass nach Kursende 59 Prozent der Teilnehmer rauchfrei sind. Ein Jahr nach Kursende sind es noch 31 Prozent. Im Jahr 2012 wurden zudem zwei Sonderauswertungen durchgeführt. Ein Vergleich der Erfolgsquoten von Basis- und Kompaktversion des „rauchfrei"-Programms ergab, dass sich die beiden Versionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nicht bedeutsam unterscheiden. Eine Nachbefragung nach drei Jahren zeigte für diesen Zeitraum eine kontinuierliche Abstinenzquote von 25,6 Prozent.

Um aufhörwilligen Rauchern eine schnelle Suche nach Kursen vor Ort zu ermöglichen, hält die Internetseite **www.rauchfrei-programm.de** eine Datenbank mit aktuellen Kursangeboten bereit. Die Datenbank ist auch auf der BZgA-Internetseite **www.rauchfrei-info.de** abrufbar.

Im Jahr 2012 nahmen in ganz Deutschland über 3.000 Menschen an insgesamt 447 Kursen des „rauchfrei"-Programms teil.
www.rauchfrei-programm.de

Telefonische Beratung zum Nichtrauchen
Die BZgA bietet unter der Rufnummer 0180 5 313131 montags bis donnerstags von 10.00 bis 22.00 Uhr und freitags bis sonntags von 10.00 bis 18.00 Uhr eine telefonische Beratung zum Nichtrauchen an (0,14 €/Min. a. d. dt. Festnetz, max. 0,42 €/Min. a. d. Mobilfunknetzen). Neben der Beantwortung allgemeiner Fragen zum Rauchen und insbesondere zum Rauchstopp erhalten Interessierte auch individuelle Beratung und persönliche Tipps, die ihnen beim Rauchstopp helfen können. Sie können zudem BZgA-Medien zum Rauchstopp anfragen und sich über Kursangebote in der Nähe informieren.

Interessierte, die mit dem Rauchen aufhören möchten, haben auch die Möglichkeit, eine proaktive Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei werden sie auf Wunsch im ersten Monat nach ihrem Rauchstopp bis zu fünf Mal kostenfrei von den Beratern zurückgerufen. Die BZgA-Telefonberatung wird kontinuierlich evaluiert und optimiert. Im Jahr 2013 wurden rund 5.000 telefonische Beratungsgespräche geführt, darunter mehr als 800 proaktive Beratungen.

Die Evaluation aus dem Jahr 2013 mit Daten von Januar 2010 bis August 2013 ergab eine Punktprävalenz-Abstinenz von 32 Prozent nach drei Monaten und 28,9 Prozent nach zwölf Monaten.
www.rauchfrei-info.de

2.2.2.2 Weitere Beispiele für Angebote zur Tabakentwöhnung

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ):

Weiterführende Tabakentwöhnungsberatung nach einem Klinikaufenthalt per Faxüberweisung
Für viele Patienten, die wegen einer Herz-Kreislauf-, Lungen- oder Krebserkrankung stationär behandelt werden müssen, ist der Klinikaufenthalt ein wichtiger Anstoß, um über einen Rauchausstieg nachzudenken. Diesen sensiblen Moment (Teachable Moment) für eine Rauchausstiegsberatung zu nutzen, hat sich als sehr effizient erwiesen. Das DKFZ bietet Kliniken an, rauchende Patienten per Faxüberweisung an das Rauchertelefon weiterzuleiten, auch wenn sich diese noch nicht sicher sind, ob sie wirklich mit dem Rauchen aufhören möchten. Die vom Rauchertelefon begleiteten Patienten erreichen Abstinenzraten von bis zu 39 Prozent. Bis zu 55 Prozent der Beratenen schaffen es, im Verlauf der Beratung ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren.
www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Ueberweisung_ans_Rauchertelefon.html

Individuelle Tabakentwöhnungsberatung für Krebspatienten und ihre Angehörigen
Behandelnde Ärzte und Pflegekräfte haben häufig Bedenken, Krebspatienten mit dem Thema Rauchausstieg zu konfrontieren. Verständlicherweise fehlen ihnen die Zeit und der Rahmen für eine individuelle Tabakentwöhnungsberatung, da medizinische Fragestellungen im Vordergrund stehen. Das DKFZ bietet Krebspatienten und deren Angehörigen eine umfassende individuelle Beratung an und schließt damit eine wichtige Lücke. Die professionelle Begleitung und Unterstützung beim Rauchausstieg wird von den Patienten gut genutzt und geschätzt.
www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Krebspatienten.html

Aktualisierung der Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung
Das DKFZ hat die gemeinsam mit der BZgA entwickelte Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung aktualisiert. Sie wurde zudem um den Hinweis auf Qualitätskriterien der jeweiligen Angebote ergänzt.
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/projektdatenbank.html
www.anbieter-raucherberatung.de

Experteninformation durch einen Newsletter zur Tabakentwöhnung
Der Newsletter „Tabakentwöhnung" wird vom WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im DKFZ Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. herausgegeben. Der Newsletter kann kostenfrei per E-Mail (**who-cc@dkfz.de**) angefordert werden. Alle Ausgaben stehen auch zum Download zur Verfügung.
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Newsletter_Tabakentwoehnung.html

2.2.2.3 Mobile Raucherambulanz am Universitätsklinikum Tübingen

Tabakentwöhnung gehört in Deutschland bislang nicht zum regulären Versorgungsauftrag von Krankenhäusern. Oftmals jedoch steht das Rauchen mit der Klinikeinweisung bzw. der zu behandelnden Diagnose in ursächlichem Zusammenhang oder wirkt sich zumindest hemmend auf den Heilungsverlauf und die Prognose der Gesundung aus.

Am Universitätsklinikum Tübingen (UKT) existiert seit dem 1. Januar 2012 ein aufsuchendes Motivations- und Beratungsangebot für rauchende Patienten. Möglich wurde dieses Projekt, dessen Träger das Südwestdeutsche Tumorzentrum ist, durch die finanzielle Förderung der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Programms „Onkologische Spitzenzentren". Ziel der Beratung sind die Motivationssteigerung, der Anstoß zum Rauchstopp sowie die Aufrechterhaltung einer im Rahmen der Klinikeinweisung erworbenen Tabakabstinenz. Unter der Berücksichtigung der Motivationslage, des Rauchverhaltens und des aktuellen Gesundheitszustandes wird versucht, den Patienten in intensivere Angebote zu vermitteln. Zu den Möglichkeiten gehören dabei die erneute persönliche Beratung, eine telefonische Nachbetreuung (in Kooperation mit dem Rauchertelefon des DKFZ) sowie die Vermittlung in Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung.

Zusätzlich zum Beratungsangebot werden die Klinikmitarbeiter im Rahmen von Tagesschulungen in der Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit geschult. Die erreichten Patienten werden im Rahmen der Projektevaluation schriftlich nachbefragt.
www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Allgemeine+Psychiatrie/Sektion+f%C3%BCr+Suchtmedizin+und+Suchtforschung/Mobile+Raucherambulanz.html

2.2.3 Medikamente

2.2.3.1 Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt"

Schätzungen zufolge sind in Deutschland 1,2 Millionen Menschen von Benzodiazepinen und deren Analoga (Zopiclon und Zolpidem) abhängig. Bestehende Hilfsangebote zum Entzug werden von den zumeist über 70-jährigen Patienten jedoch nur in sehr geringem Umfang genutzt.

Im Rahmen des Modellprojekts „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt" wurde eine berufsgruppenübergreifende Intervention im ambulanten Bereich erprobt, bei der Patient, Arzt und Apotheker zusammenarbeiten. Während der Arzt die Behandlung steuert, berät der Apotheker den Patienten in Absprache mit dem Arzt und begleitet somit die ärztliche Therapie durch wiederholte motivierende Beratungsgespräche.

Insgesamt konnten 102 Patienten in das Modellprojekt einbezogen werden – 73 Frauen und 29 Männer. Im Mittel waren die Patienten etwas über 71 Jahre alt. Der größte Teil der Patienten (85 Prozent) erkannte den Sinn und die Notwendigkeit der Intervention vollständig bzw. teilweise.

46 Prozent der Patienten konnten bis zur Abstinenz begleitet werden, 28 Prozent der Patienten reduzierten ihre Dosis auf durchschnittlich 3,4 mg Diazepam-Äquivalente. Damit konnten rund drei Viertel der teilnehmenden Patienten einen Erfolg verzeichnen. Dieses Ergebnis liegt deutlich über den prognostizierten Werten. Im Rahmen einer 3-Monats-Katamnese zeigte sich, dass 80 Prozent der befragten Patienten abstinent blieben. Von denjenigen, die die Dosis ihres Benzodiazepins reduziert hatten, gaben 73 Prozent an, die Dosis in diesem Zeitraum nicht verändert zu haben. 20 Prozent konnten die Dosis sogar weiter reduzieren.

Das im Modellprojekt praktizierte Vorgehen ist sehr sicher: 65 Prozent der Ärzte bewerteten den Entzug als gut oder sehr gut verlaufen. 84 Prozent der Ärzte stellten bei ihren Patienten keine oder nur leichte Entzugssymptome fest. Sehr schwere Entzugssymptome beschrieben die Ärzte nicht und auch Interventionsbedarf sahen sie selten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker bei der Betreuung von Benzodiazepin-abhängigen Patienten ein Erfolg versprechender Ansatz ist, um Niedrigdosisabhängige beim Entzug im ambulanten Bereich zu unterstützen.

2.2.3.2 Projekt „Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über fünf Jahre“

Im Jahr 2008 legte das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) für Deutschland erstmals eine Vollerfassung von Rezeptdaten des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) vor, die 16 Millionen gesetzlich Krankenversicherte berücksichtigte und einen Zeitraum von zwei Jahren umfasste. Bei bundesweit hochgerechnet ca. 800.000 Patienten wurden problematische Dauerverschreibungen von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr festgestellt. Hiervon waren insbesondere ältere Patienten betroffen. In einer vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) für die Stadt Hamburg durchgeführten Sekundäranalyse konnte gezeigt werden, dass bei gut der Hälfte der Patienten mit Benzodiazepinverschreibungen diese leitliniengerecht verordnet werden, bei 15,6 Prozent hingegen eine tendenzielle Dauerversorgung von Benzodiazepinen mit relevant hoher Dosierung vorliegt.

Diese versorgungsrelevante Problematik – ergänzt um Verordnungen von weiteren Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial (u. a. opioidhaltige Schmerzmittel, Amphetamine, Barbiturate) – wird mit der laufenden, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie vertiefend untersucht. Mithilfe einer aktualisierten Datenbank des NARZ der Jahre 2005 bis 2011 sollen für die Region Norddeutschland neue systematische Erkenntnisse über die Entwicklung kassenärztlicher Verschreibungen von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial gewonnen werden. Dabei können insbesondere längerfristige Trends in der Verordnung derartiger Substanzen identifiziert werden.

Hierfür werden zunächst fünf aufeinanderfolgende Jahre betrachtet und die relevanten Verordnungen nach Alter und Geschlecht im jeweils darauf folgenden Jahr differenziert ausgewertet (Modul 1). Da sich Benzodiazepine (inklusive „Z-Drugs“) in mehreren Untersuchungen als besonders relevante Substanzgruppe gezeigt haben, werden diese in einem weiteren Modul über einen Zeitraum von drei Jahren bis 2015 prospektiv analysiert. Ziel dabei ist es, den Anteil missbräuchlicher Verwendung anhand einer aus den Vorstudien etablierten Risikoklassifikation zu quantifizieren. Im dritten Modul wird die als besonders gefährdet geltende Gruppe der über 60-jährigen Patienten in den Fokus genommen. Auch hier wird der Verlauf der Verordnungen (und möglicher Kombinationen) potenziell risikoreicher Substanzen über einen Zeitraum von fünf Jahren beschrieben und die relevante Begleitmedikation analysiert.

2.2.4 Illegale Drogen

2.2.4.1 Cannabis: Transfer der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT)

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) ist eine systemische, evidenzbasierte Therapie, die vor 25 Jahren von Prof. Howard Liddle an der Universität von Miami entwickelt wurde. Von 2006 bis 2010 wurde der MDFT-Ansatz im Rahmen der europäischen Studie „International Cannabis Need of Treatment" (INCANT) im Therapieladen e.V. in Berlin und damit erstmals in Deutschland erfolgreich beforscht. Er ist international sehr gut evaluiert und wurde 2013 von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) als Best-Practice-Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumenten eingestuft. Auch in der S3-Leitlinie zur Behandlung von jugendlichen Alkoholabhängigen wird der Einsatz der MDFT empfohlen.

Die MDFT nutzt motivierende, aufsuchende Interventionen und verbindet Einzel- und familientherapeutisches Vorgehen in der Familie und im außerfamiliären Umfeld. Der Ansatz richtet sich an jugendliche Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen. Er umfasst intensive Therapiesitzungen, die in der Regel über vier bis sechs Monate laufen. Zudem werden nicht nur die Jugendlichen, sondern auch ihre Eltern, weitere Familienmitglieder sowie mögliche Bezugspersonen außerhalb der Familie betreut. Das Konzept basiert auf der Annahme, dass die Wurzeln für ein abweichendes Verhalten wie Drogenkonsum, Kriminalität oder ein anderes Risikoverhalten während der Adoleszenz bei den Jugendlichen selbst, ihren Eltern, Familienmitgliedern und ihrem außerfamiliären Umfeld liegen.

Mit der Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konnte die MDFT in einem Transferprojekt von Oktober 2012 bis Dezember 2013 als ambulante systemische Behandlungsmethode in vier verschiedenen Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe in Deutschland eingeführt werden. Hierbei wurden Teams der Therapiehilfe e.V. in Hamburg, der Jugend- und Drogenberatungsstelle in Dresden, des Sozialdienstes katholischer Männer e.V. (SKM) in Köln und des sozialen Trägers Condrobs e.V. in München in dem Manual-orientierten MDFT-Programm geschult. Die insgesamt 14 Fachkräfte wurden von den MDFT-Trainern des Therapieladens in zentralen Seminaren geschult und in der praktischen Arbeit mit MDFT-Fällen vor Ort beobachtet und begleitet.

Ob die MDFT in den vier Einrichtungen dauerhaft etabliert werden kann, ist noch nicht absehbar. Eine Herausforderung sind hier die längerfristigen strukturellen und organisatorischen Bedingungen, die erforderlich sind, um die MDFT entsprechend den erforderlichen fachlichen Qualitätskriterien in den Einrichtungen zu verankern. Hierbei spielen personelle und finanzielle Ressourcen sowie notwendige Vernetzungsstrukturen zwischen Jugend- und Suchthilfe eine Rolle. Es bleibt zu wünschen, dass die MDFT zukünftig von Kostenträgern der Jugend- und Suchthilfe anerkannt wird.

2.2.4.2 Substitutionsregister

Nach § 13 Abs. 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5 a 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 § 5 a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patientencode, das Datum der ersten und der letzten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, den Namen und die Adresse des verschreibenden Arztes sowie ggf. den Namen und die Anschrift des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliarius). Ferner müssen die Ärztekammern jedes Jahr zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle mitteilen, welche Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen.

Das Substitutionsregister soll insbesondere Mehrfachverschreibungen für ein und denselben Patienten durch verschiedene Ärzte verhindern. Außerdem wird dadurch überprüft, ob die Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. Des Weiteren übermittelt das Register statistische Auswertungen an die zuständigen Überwachungs-

behörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. Damit leistet es einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit und Kontrolle im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Die Meldungen der substituierenden Ärzte erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

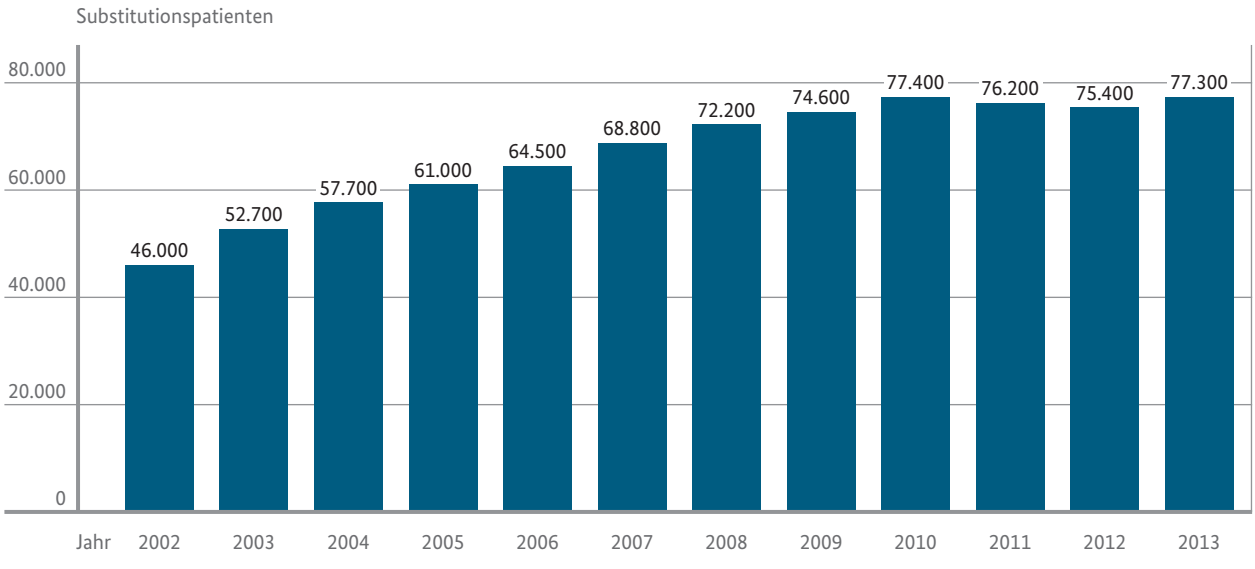
Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich angestiegen und belief sich zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 hingegen ist die Anzahl weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2013 bei 77.300 Patienten (Abbildung 57).

Im Jahr 2013 wurden im Substitutionsregister rund 92.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich u. a. dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. durch einen Wechsel des behandelnden Arztes oder längere Klinikaufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen.

2013 haben insgesamt 2.691 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Entwicklung seit 2002 ist in Abbildung 58 dargestellt.

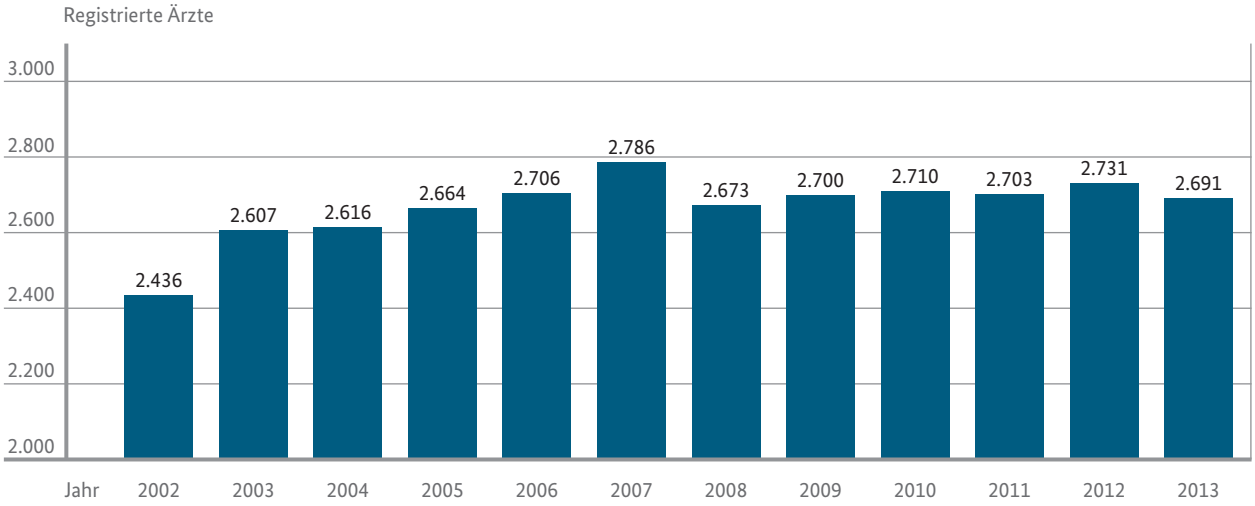
2013 nutzten 496 Ärzte – also etwa 18 Prozent der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen. Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. Die

Abbildung 57:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2013 (jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abbildung 58:
Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2002 bis 2013



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen werden arztbezogen in der Datenbank erfasst. Die Verteilung der Substitutionspatienten auf die Ärzteschaft ist in Abbildung 59 dargestellt. Rund 15 Prozent der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

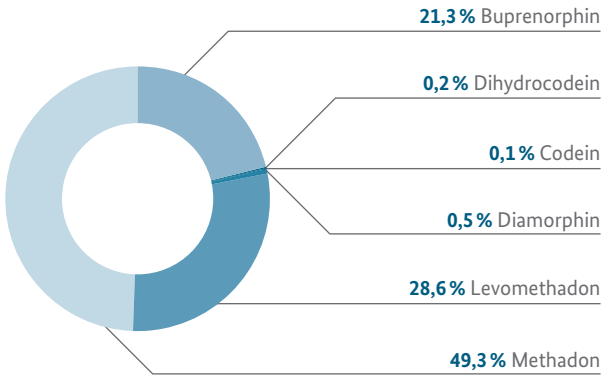
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel sind in Abbildung 60 dargestellt.

Abbildung 59:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag: 01.07.2013)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	28 %
4–50	52 %
51–150	18,0 %
über 150	2 %

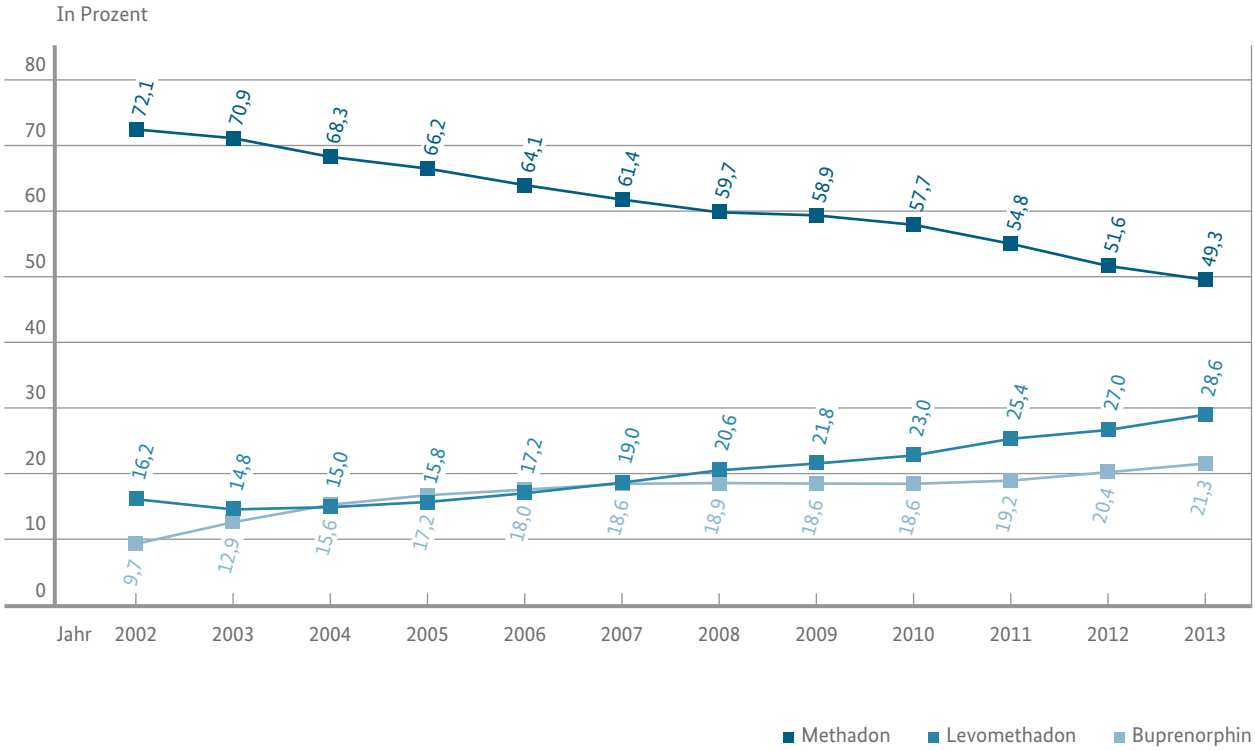
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abbildung 60:
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2013)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abbildung 61:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2013



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon seit über zehn Jahren kontinuierlich an (Abbildung 61).

2013 wurden durch das Substitutionsregister bundesweit rund 170 Doppelbehandlungen von Patienten aufgedeckt und durch die betroffenen Ärzte entsprechend beendet. Im Jahr 2012 waren es rund 160 Doppelbehandlungen.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (d. h. die Namen und Adressen der substituierenden Ärzte, der Konsiliarien und der suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte sowie die Anzahl der Substitutionspatienten) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungs-

Abbildung 62:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2013	substituierende Ärzte in 2013
Baden-Württemberg	10.310	440
Bayern	7.883	327
Berlin	5.034	142
Brandenburg	90	17
Bremen	1.831	69
Hamburg	4.246	102
Hessen	7.223	217
Mecklenburg-Vorpommern	291	28
Niedersachsen	7.685	286
Nordrhein-Westfalen	25.185	756
Rheinland-Pfalz	2.280	80
Saarland	706	18
Sachsen	648	27
Sachsen-Anhalt	673	33
Schleswig-Holstein	3.279	124
Thüringen	376	25

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Recherchedatum: 03.01.2014)

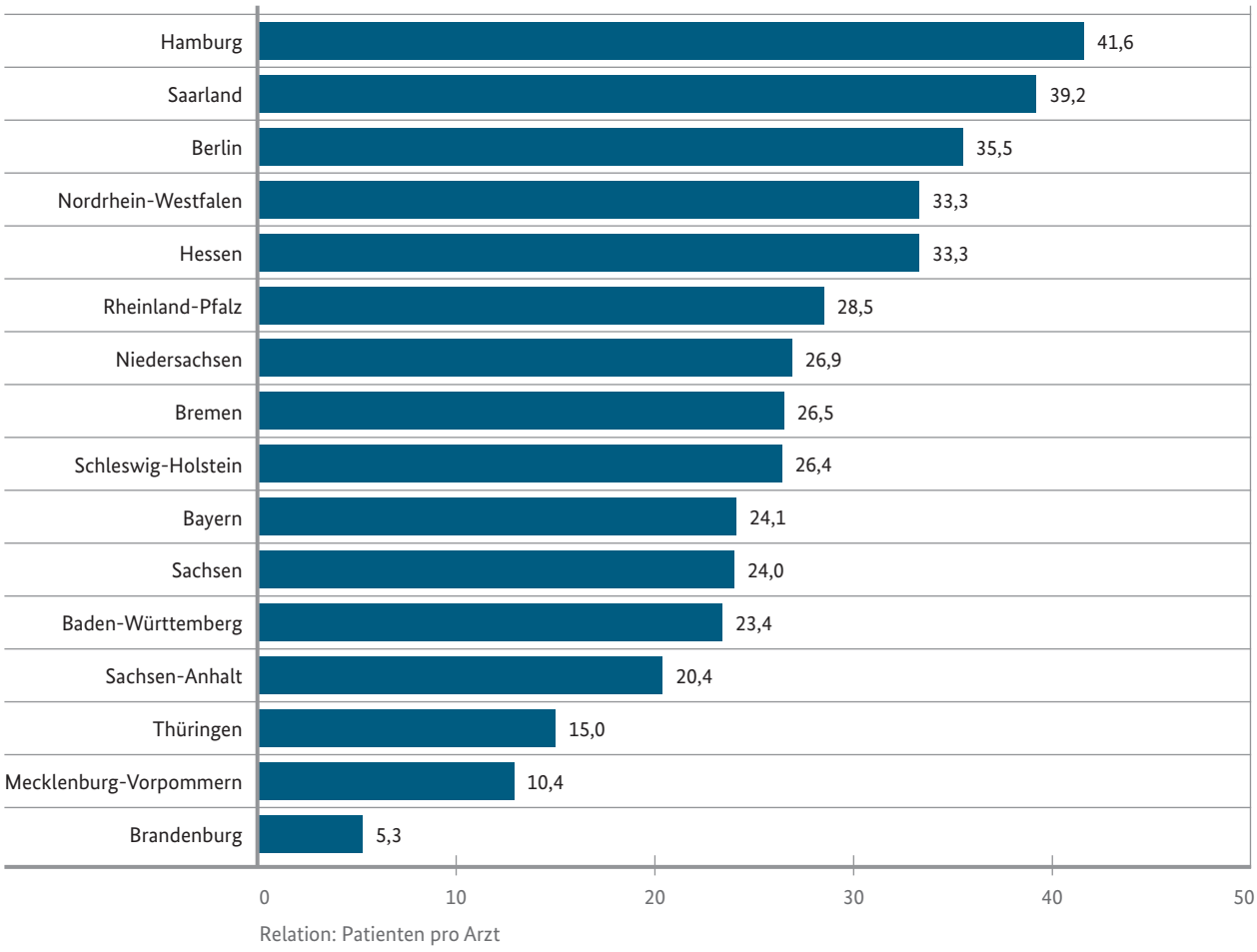
behörden hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden. Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister (Abbildung 62).

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29; zwischen den einzelnen Bundesländern variiert sie jedoch stark (Abbildung 63).

Bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner weisen insbesondere die Stadtstaaten Bremen und Hamburg eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen könnten (Abbildung 64).

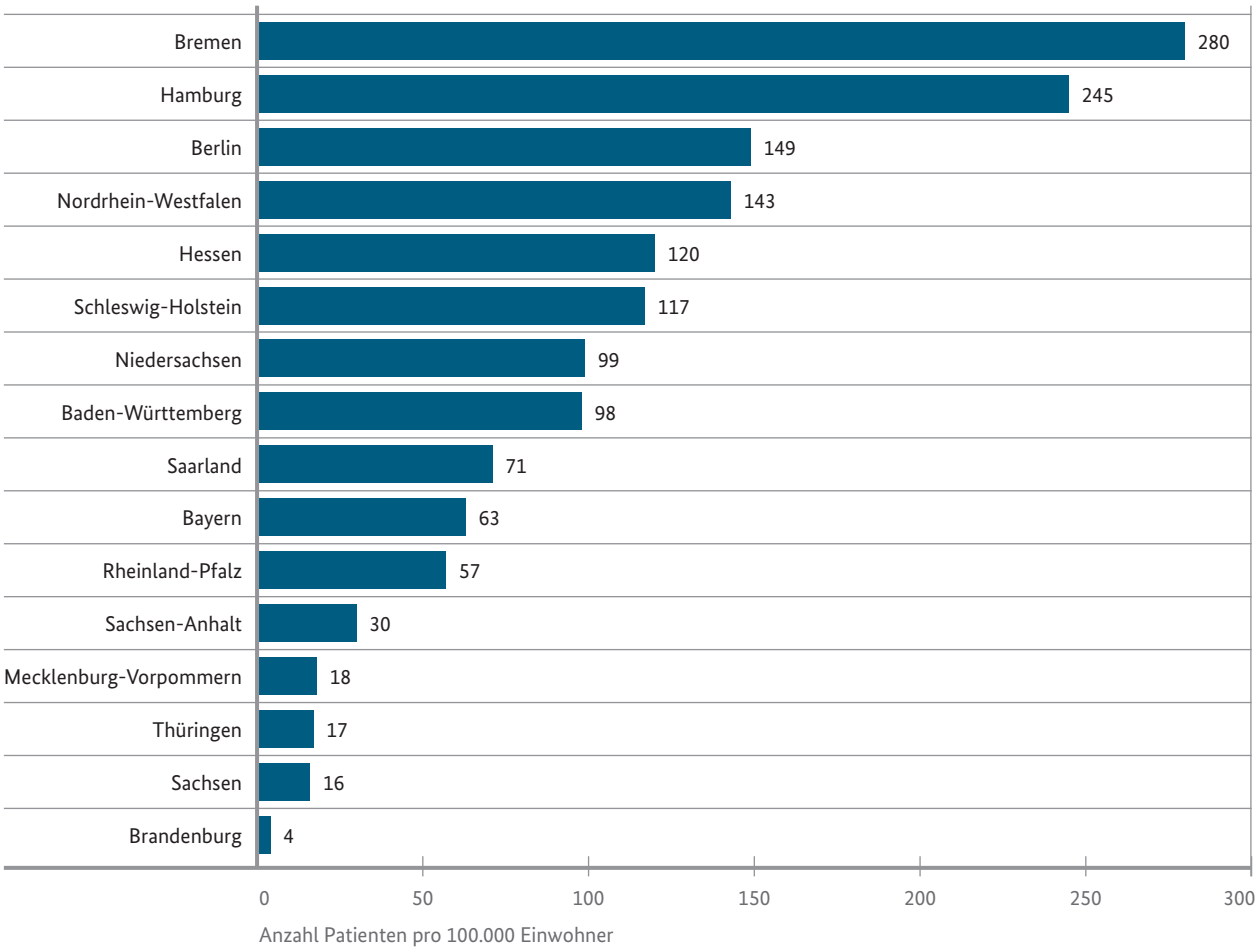
Die Validität (Realitätsnähe) der statistischen Auswertungen des Substitutionsregisters ergibt sich aus den Vorgaben der BtMVV und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vollständigkeit und Qualität der Meldungen der Ärzte.

Abbildung 63:
Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2013)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abbildung 64:
Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag: 01.10.2013)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

2.2.4.3 Diamorphinbehandlung aktueller Stand

Seit der Beendigung des bundesweiten Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Mitte 2007 hat sich die Zahl der Patienten in den sieben Ambulanzen zur diamorphingestützten Behandlung, die seit dem Modellprojekt eingerichtet wurden, nicht sehr verändert. 2013 waren in den Ambulanzen in Hamburg, Hannover, Frankfurt, Köln, Bonn, Karlsruhe und München etwa 460 Personen in Behandlung.

Anfang Januar 2013 erfolgte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung" (MVV-RL), die nach dem Inkrafttreten im April 2013 zu Erleichterungen im Hinblick auf die personellen und räumlichen Anforderungen an Einrichtungen mit diamorphingestützter Behandlung geführt hat. Im September 2013 eröffnete die erste Diamorphinambulanz in Berlin, bei der es sich zugleich um die erste derartige Versorgungseinrichtung handelt, die nicht im Zusammenhang mit dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung entstanden ist. Die geplante Kapazität dieser Einrichtung von bis zu 100 Patienten wird voraussichtlich Mitte 2014 erreicht werden. Damit befänden sich in Deutschland laufend etwa 600 Personen in einer Diamorphinbehandlung. In Relation zu den aktuell etwa 77.300 Substitutionspatienten in Deutschland bleibt die Diamorphinbehandlung für schwerst Opiatabhängige damit eine Behandlungsform einer Opiatabhängigkeit für eine bislang kleine Gruppe. Für diese Gruppe der Patienten, die oftmals noch weitere psychiatrische Störungen aufweisen, hat sich die Behandlung allerdings als effektiv erwiesen.

Land Berlin:

Neben den am Modellprojekt beteiligten Städten gelang es im Sommer 2013 in Berlin erstmals, eine neue Einrichtung zur Behandlung mit Diamorphin zu eröffnen. Die Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und diamorphingestützte Behandlung bietet die Diamorphinbehandlung seit dem 1. September 2013 für schwerstkranke Heroinabhängige an. Bis zu 100 Patienten sollen in dieser Einrichtung Aufnahme finden. Die Besonderheit der Berliner Konzeption besteht darin, dass nur Diamorphinpatienten behandelt werden. Die Substitutionstherapie mit Methadon erfolgt innerhalb dieser Ambulanz nicht. Die umfassende Behandlung – sozialpsychiatrische Therapie in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, Ergotherapie und somatische Behandlung – findet in den Räumlichkeiten der Ambulanz statt, in der sich die Patienten auch längerfristig aufhalten können. Darüber hinaus wird eine psychosoziale Betreuung angeboten, die durch einen Drogenhilfeträger sichergestellt wird.

Trotz der nach wie vor strengen Vorgaben des GB-A wurde der Aufbau der Einrichtung möglich, weil das Land Berlin einen Zuschuss für den Einbau der erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen in Höhe von 280.000 Euro zur Verfügung stellte und sich ein Arzt fand, der bereit war, das Risiko des Praxisaufbaus einzugehen.

2.2.4.4 10. Internationaler akzept-Kongress

Im Oktober 2013 fand in Bielefeld der 10. Internationale akzept-Kongress statt. Er wurde vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik akzept e.V. und der Drogenberatung e.V. Bielefeld durchgeführt sowie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützt. Schwerpunktthema des Kongresses waren die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Drogenprohibition. In diesem Zusammenhang wurden die Fragen erörtert, welche gesundheitlichen und sozialen Schäden die Kriminalisierung der Konsumenten illegaler Suchtmittel zur Folge haben kann, welche ökonomischen Ressourcen dabei gebunden werden und inwieweit damit auf internationaler Ebene Menschenrechtsverletzungen und eine Gefährdung von Rechtsstaatlichkeit einhergehen können.

Die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens, eröffnete mit einem Grußwort die Debatte über eine mögliche Balance zwischen Verbraucher-, Jugend- und Gesundheitsschutz auf der einen Seite und Drogenkontrollbemühungen des Staates auf der anderen Seite. Darüber hinaus wurden alternative Dro-

genregulierungsmodelle in Portugal, den Niederlanden und den USA (Colorado und Washington) vorgestellt und hinsichtlich ihrer Konsequenzen für die Konsumenten überprüft. Zu den Diskussionsthemen der verschiedenen Arbeitsgruppen gehörten „Sicherheitspartnerschaften auf lokaler Ebene", „Drug Checking", „E-Health in Beratung und Prävention", „Standards der psychosozialen Betreuung für Substituierte", „Diamorphinvergabe", „Legal Highs", „Harm Reduction im Bereich Alkohol" sowie „Medizinische Verwendung von Cannabis". Die in den Kongress integrierten Trainings bezogen sich auf das Drogennotfalltraining, die gendersensible Suchthilfe und Ansätze zum kontrollierten Konsum im Bereich illegaler Drogen (KISS).

2.2.4.5 Beispielprojekte aus dem Bereich der Schadensreduzierung

2.2.4.5.1 Harm-Reduction-App für Smartphones

In den letzten zehn Jahren haben sich die Konsummuster und Lebenskontexte der drogenkonsumierenden Menschen verändert. So zeigt die Vor-Ort-Arbeit, dass Drogenkonsumenten von aktuellen technischen Entwicklungen nicht abgekoppelt sind, sondern sich vielmehr Tausende von Konsumenten illegaler Substanzen in Drogen- und Opiatforen austauschen. Gleiches gilt für die Nutzung von Handys bzw. Smartphones. Die Tatsache, dass Drogenkonsumenten in den letzten Jahren verstärkt aus öffentlichen Drogenszenen verdrängt wurden, hat dazu geführt, dass sich der Verkauf und der Kauf illegaler Substanzen heute vielfach privat, sehr mobil und unerreichbar für jegliche Art präventiver Angebote vollzieht. Diese Veränderungen sollen zukünftig stärker in die Präventionsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) einbezogen werden.

Um Drogenkonsumenten in attraktiver, kostenloser und praxisnaher Form mit verschiedenen Informationen – etwa zum Thema Infektionsvermeidung – zu versorgen, soll 2014 die Harm-Reduction-App für Smartphones umgesetzt werden. Im Vorfeld fand eine Befragung von bundesweit 26 Einrichtungen der Drogenhilfe statt. Ziel dieser Befragung war es, den Bedarf zu erheben und ein Portfolio von möglichen Themen für die geplante App zu erstellen.

Die meisten Einrichtungen sehen die Harm-Reduction-App als sinnvolle Weiterentwicklung im Bereich der präventiven Drogenarbeit an. Nach Einschätzungen der Einrichtungen besitzen ca. 30 bis 60 Prozent der durchschnittlich 30 bis 40 Jahre alten Konsumenten ein Smartphone und etwa 50 Prozent würden eine Harm-Reduction-App nutzen. Über 60 Prozent der beteiligten Einrichtungen denken, dass sie durch eine App mehr Adressaten erreichen könnten als bisher.

Die Harm-Reduction-App soll u. a. über Mischkonsum, Erste-Hilfe-Animation, Substanzkunde (Wirkung, Nebenwirkung, Risiko), Safer Use (spritzen, rauchen, sniffen) und Standorte von Spritzenautomaten informieren.

2.2.4.5.2 Schulungsvideos zu den Themen „Safer Use", „Substitution und Sexualität" sowie „Tätowieren und Piercen"

Die Fortbildung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern in Aids- und Drogenhilfen, im Justizvollzug und in der Drogenselbsthilfe stellt seit vielen Jahren einen zentralen Arbeitsbereich der DAH dar.

Mittels der filmischen Darstellung von Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe beim Drogenkonsum sowie beim Tätowieren und Piercen soll das Bewusstsein für Risiken von HIV und Hepatitis in besonderen Settings erhöht werden. Darüber hinaus werden mit dem Video zum Thema „Substitution und Sexualität" Impulse an die Aids- und Drogenhilfe gesendet, dass das Thema Sexualität bei substituierten Drogenkosumierenden verstärkt in den Fokus gerückt werden sollte.

Die Hauptzielgruppen der je achtminütigen Videospots sind Mitarbeiter in Aids- und Drogenhilfen, im Justizvollzug sowie in der Drogenselbsthilfe. Darüber hinaus eignen sich die Schulungsvideos auch zur Information für und zur Fortbildung von drogenkonsumierenden oder substituierten Frauen und Männern.

Mit der filmischen Einführung zum Thema „Tattoo und Piercing" wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich viele Inhaftierte während ihrer Haftzeit tätowieren

und piercen lassen und sich damit dem Risiko von Abszessen und HIV- bzw. Hepatitisinfektionen aussetzen.

Die Videospots können auf DVD kostenfrei über die DAH (**versand@dah.aidshilfe.de**) bestellt werden.

2.2.4.5.3 Neues Informationsportal zu HIV und Drogen

Im Bereich Gesundheit hat sich das Internet zu einem zentralen Kommunikationsinstrument entwickelt. In diesem Zusammenhang kommt der Information und dem Austausch über zielgruppenspezifische Maßnahmen der Infektionsprophylaxe sowie anderen Fachinformationen im Internet in den letzten Jahren auch im Bereich Drogen und HIV/Aids eine immer größere Bedeutung zu.

Die Entwicklung neuer antiviraler Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion schreitet unvermindert voran. Dies bedeutet zugleich, dass auch das Ausmaß der Wechselwirkungen zunimmt. Parallel dazu ist in einigen Kreisen homosexueller Männer, aber auch bei Drogenkonsumenten ein zunehmender Konsum unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen zu verzeichnen, die zumeist illegal sind.

Menschen mit HIV tragen grundsätzlich ein höheres gesundheitliches Risiko beim Drogenkonsum als Nichtinfizierte. Die Kombination aus der Einnahme antiretroviraler Medikamente und dem zeitnahen Konsum von psychoaktiven Substanzen ist zudem gefährlich, da sich HIV-Medikamente und Drogen in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken oder abschwächen können.

Ziel des Projekts „HIV und Drogen“ der DAH ist es, neu auf dem Markt erhältliche antiretrovirale Medikamente zu benennen, etwaige Wechselwirkungen mit psychoaktiven Substanzen mittels Ampelfarben darzustellen und so zu einer Sensibilisierung betroffener Menschen beizutragen.
www.hiv-drogen.de

Drogenkonsumräume bilden heute einen zentralen Bestandteil der HIV/Aids- und Hepatitisprävention für Drogenkonsumenten. Auf der neuen, von der DAH betriebenen Webseite **www.drogenkonsumraum.net** werden die Angebote von Drogenkonsumräumen in Deutschland und ihre Potenziale hinsichtlich der Vermeidung von Infektionserkrankungen und Drogentodesfällen abgebildet. Zielgruppen dieser Internetseite sind u. a. Mitarbeiter in Aids- und Drogenhilfen, drogentherapeutischen Ambulanzen und Konsumräumen. Darüber hinaus gilt es, den aktuellen Forschungsstand zum Thema Drogenkonsumräume abzubilden. Im Rahmen der Verhältnisprävention soll die neue Webseite auch dazu beitragen, dass sich interessierte Einrichtungen über Wege der Implementierung und rechtliche Rahmenbedingungen informieren. Mit einem englischsprachigen Teil sollen die Erfahrungen des Projekts auch anderen Ländern, die sich um eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen bemühen, zur Verfügung gestellt werden.
www.drogenkonsumraum.net

2.2.4.6 Projekt „PHAR-MON“

„PHAR-MON“ ist ein deutschlandweites Monitoringprojekt, das seit 1988 den Missbrauch von Arzneimitteln unter den Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen in Deutschland beobachtet. Dreimal jährlich werden in einer repräsentativen Stichprobe ambulanter Facheinrichtungen umfangreiche Informationen zum nicht bestimmungsgemäßen Medikamentenkonsum erhoben. Das Ziel dieser Erhebung ist es, mögliche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und auf diese aufmerksam zu machen.

Die aktuelle Gesamtauswertung für das Jahr 2012 zeigt, dass es sich bei etwa zwei von drei erfassten Fällen um einen Missbrauch von Substitutionsmitteln und Benzodiazepinen handelt. Bei einem Vergleich des Medikamentenmissbrauchs verschiedener Hauptdiagnosegruppen fällt auf, dass Klienten, die wegen einer Alkoholproblematik in Betreuung sind, mehrere Substanzgruppen zu vergleichbaren Anteilen missbrauchen. Bei Personen mit einer Problematik im Bereich Opioide und Sedativa/Hypnotika hingegen beschränkt sich der Missbrauch stärker auf genau die Substanzgruppe, die das Suchen nach Hilfen auslöste. Dieses Muster zeigt sich unverändert seit dem Jahr 2006. Bereits seit vielen

Jahren gehen die Informationen aus „PHAR-MON“ auch in die Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ein. Seit 2011 werden im Rahmen des Projekts zusätzliche qualitative Daten erhoben, um über den Missbrauch von Medikamenten hinaus auch aktuelle Informationen zu neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) und aktuellen Konsumtrends zur Verfügung zu stellen. 2013 wurde in diesem Zusammenhang die Kooperation mit einigen sogenannten Partyprojekten in Deutschland ausgebaut. Mit dieser Entwicklung der Schnittstelle zwischen quantitativen und qualitativen Daten zum Medikamenten- und Drogenmissbrauch wird dem Frühwarncharakter von „PHAR-MON“ weiter Rechnung getragen.
www.ift.de/index.php?id=335

2.2.4.7 „Bitte substituieren Sie!“ – Kampagne zur Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger

In den letzten 25 Jahren hat sich die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger zu einer erfolgreichen Therapieform entwickelt, die im Jahr 2013 etwa 77.300 Patienten in Anspruch nahmen.

Trotz der unstrittigen Erfolge der Substitutionsbehandlung (Reduktion des Mortalitätsrisikos, Senkung der Morbiditätsraten, Verringerung von kriminellem Verhalten, soziale Stabilisierung im Sinne von gesellschaftlicher Teilhabe) sieht sich Deutschland zusehends mit Problemen und Versorgungsengpässen konfrontiert. Während sich die Zahl der Patienten in Substitutionstherapie in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat, ist die Anzahl der substituierenden Ärzte in diesem Zeitraum annähernd gleich geblieben.

Mit dem Wissen, dass in den nächsten Jahren viele aktuell substituierende Ärzte altersbedingt in den Ruhestand gehen, werden strategische Maßnahmen umso dringender erforderlich. Genau an dieser Stelle setzt die kampagnenartig angelegte Initiative „Bitte substituieren Sie!“ an und will Ärzte mittels Informationsvermittlung und Lobbyarbeit für die Substitutionstherapie von behandlungsbedürftigen opiatabhängigen und chronisch kranken Menschen gewinnen. Darüber hinaus gilt es in einem nächsten Schritt, Vorbehalte und Vorurteile zu reduzieren, die sowohl in der Fach- als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber diesem Indikationsgebiet bestehen.

Kernelemente der Kampagne zur Gewinnung von Ärzten zur Substitutionsbehandlung sind neben der neuen Webseite **www.bitte-substituieren-sie.de**, auf der alle Informationen zur Substitutionstherapie zusammengefasst werden, auch die Anzeigenschaltung in medizinischen Fachzeitschriften und die Kontaktaufnahme zu Hausärzten und HIV-Schwerpunktpraxen per Briefmailing.

Der Initiative gelang es, für die Behandlung opiatabhängiger Menschen erstmals ein breites Bündnis an Unterstützern zu gewinnen. Hierzu zählen Fachverbände der Aids- und Drogenarbeit, Patientenorganisationen und Industriepartner, Mitglieder der Bundesärztekammer sowie Personen aus Politik und Wissenschaft. So wird die Initiative auch durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung sowie von allen drogen-, pflege- bzw. gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen unterstützt.
www.bitte-substituieren-sie.de

2.2.4.8 Therapie statt Strafe

Forschungsprojekt „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 BtMG“

Im Auftrag des BMG führte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) 2013 eine Studie zu den „Trends in der gerichtlichen Verurteilung zu einer Drogentherapie nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)“ („Therapie statt Strafe“) durch. In der Studie wurde untersucht, ob in den letzten zehn Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG zu beobachten ist, ob sich Drogenabhängige mit und ohne justizielle Auflagen in bestimmten Merkmalen unterscheiden und ob bei ihnen ein Unterschied in der Art der Therapiebeendigung besteht.

Die Studie ergab, dass sich im Hinblick auf die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG kein Trend in Richtung einer Ab- oder Zunahme abzeichnet.

Seit etwa zehn Jahren erfolgen bundesweit etwa 30 bis 45 Prozent aller Therapieantritte gemäß § 35 BtMG. Dagegen ist die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 Strafgesetzbuch (StGB) von 2001 bis 2011 enorm angestiegen; im Zeitraum von zehn Jahren hat sich die Unterbringung nach § 64 StGB bei männlichen Verurteilten nahezu verdoppelt und bei weiblichen Verurteilten sogar vervierfacht. Deutlich wurde zudem, dass Drogenabhängige nach der Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß § 35 oder § 36 BtMG unterstellt werden. Der Anteil an Bewährungsunterstellungen im Anschluss an die Rehabilitation hat sich zwischen 2001 und 2010 mehr als verfünffacht. Nach Aussagen der befragten Rechtspfleger ist dies durch die deutlich verringerte Dauer der stationären Drogentherapie begründet.

Die Studie machte auch deutlich, dass Drogenabhängige mit justiziellen Auflagen nach § 35 BtMG durchschnittlich höher belastet sind als andere Drogenabhängige. Im Hinblick auf die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger mit und ohne justizielle Auflage zeigte sich, dass 50 Prozent der Patienten mit einer Auflage nach § 35 BtMG ihre Therapie regulär beendeten. Die Gruppe ohne diese Auflage erreichte hierbei lediglich eine Quote von durchschnittlich 43 Prozent.

2.2.4.8.1 Fachtag Spritzenvergabe in Haft

In Deutschland befinden sich ca. 70.000 Menschen im Strafvollzug und in Untersuchungshaft, weitere 10.000 Menschen sind im Maßregelvollzug untergebracht. Auch wenn die Gefangenenzahlen seit einigen Jahren rückläufig sind, durchläuft jedes Jahr eine relativ große Gruppe die Haftanstalten. So gibt es laut Statistischem Bundesamt (Destatis) jährlich über 238.000 Eintritte aus der Freiheit oder durch einen Wechsel der Vollzugsanstalten.

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der männlichen Inhaftierten und die Hälfte der weiblichen Inhaftierten Drogen konsumieren. Entsprechend hoch ist der Anteil der Gefangenen mit einer schwerwiegenden Infektionskrankheit: 17,6 Prozent aller Gefangenen haben eine Hepatitis C (HCV), 10,6 Prozent haben oder hatten eine Hepatitis B (HBV), 0,8 Prozent sind HIV-positiv. Jeder fünfte bis sechste Gefangene hat mindestens eine dieser Infektionserkrankungen. Auch die ersten vorläufigen Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten DRUCK-Studie (siehe B 4.5) sprechen für hohe HCV-Infektionsraten und einen fortgesetzten intravenösen Konsum in Haft. Von 186 Justizvollzugsanstalten (JVA) in Deutschland bietet nur eine JVA einen Spritzentausch an. Von den insgesamt 70.000 Gefangenen haben damit nur 110 Gefangene (0,16 Prozent) einen Zugang zu sterilen Spritzen. Die DAH, der Paritätische Gesamtverband und weitere Unterstützer haben 2013 auf diese Situation aufmerksam gemacht und im Zuge dessen am 10. Dezember 2013 einen Aktionstag und eine Fachtagung veranstaltet. Für mehr Hintergrundinformationen zur Spritzenvergabe im Justizvollzug: **www.drogenundmenschenrechte.de**

2.2.4.9 Drogenselbsthilfe

JES Bundesverband:

„DROGENKURIER“ – ein Selbsthilfemagazin für Drogenkonsumenten, Praxismitarbeiter und Ärzte
Seit der Gründung des Selbsthilfenetzwerkes „Junkies Ehemalige Substituierte“ (JES) im Jahr 1989 war es das Bestreben des Netzwerkes, ein Medium zu schaffen, das sowohl die Arbeit von JES beschreibt als auch einen Überblick über jene Bereiche gibt, die für Betroffene, Mitarbeiter von Aids- und Drogenhilfen sowie für Ärzte und Wissenschaftler von Interesse sind. Mittlerweile ist das Magazin des JES Bundesverbandes etabliert und hat eine Auflage von 4.200 Exemplaren. Es erscheint viermal jährlich, wobei sich jeweils eine Ausgabe dem Gedenktag für verstorbene Drogengebrauchende widmet. Beliefert werden zahlreiche Kontaktläden, Aids- und Drogenhilfen, Arztpraxen sowie Privatadressen.

Galt es in den ersten Jahren, insbesondere andere JES-Gruppen und Drogenkonsumenten über die Arbeit von JES zu informieren, hat sich das Themenspektrum heute deutlich erweitert. Im Mittelpunkt stehen Texte zur Gesundheits- und Drogenarbeit, darüber hinaus werden auch Veränderungen in der substitutionsgestützten Behandlung sowie in der HCV- und HIV-Therapie abgebildet.

Da JES schon immer ein politisch interessiertes Netzwerk war, werden auch Defizite und Errungenschaften der nationalen und internationalen Drogenpolitik vorgestellt und mit eigenen Kommentaren versehen. Die Texte werden fast ausnahmslos von den Drogengebrauchern selbst geschrieben, Gastbeiträge sind jedoch stets willkommen. Alle Ausgaben seit 2005 stehen auf der Internetseite des JES Bundesverbandes zum Download bereit.
www.jes-bundesverband.de/drogenkurier.html

Meine Behandlung, meine Wahl
Nach dem Start des ersten europäischen Projekts von Selbsthilfegruppen zum Thema Opiatabhängigkeit im Sommer 2012 hat sich das Projekt „Meine Behandlung, meine Wahl“ (My Treatment My Choice) weiterentwickelt. Heute stehen neutrale Informationen für Opiatkonsumierende und deren Angehörige in 16 Sprachen zur Verfügung. Der JES Bundesverband ist hierbei für den deutschsprachigen Teil der Internetseite **www.meinebehandlungmeinewahl.eu** sowie für fünf Videos und verschiedene Informationsmaterialien wie Broschüren und Flyer verantwortlich.

Neben dem Internetportal, das im Zentrum der Kampagne steht, wird auch in verschiedenen Medien zum Thema Opiatabhängigkeit informiert. Die Internetseite enthält Informationen zur Substitutionsbehandlung als verbreitete Behandlungsform der Opiatabhängigkeit sowie zu fast allen anderen Behandlungsoptionen – von der Nichtbehandlung über die ambulante Therapie und Konsumkontrollprogramme bis hin zur medikamentengestützten Rückfallprävention und zur Abstinenztherapie.

In den bis heute 50 produzierten Videoclips mit Darstellern aus ganz Europa berichten Betroffene und deren Angehörige über ein Leben mit Heroin und beschreiben vielfältige Versuche, Risiken zu reduzieren oder abstinent zu leben. Auf dem eigens hierfür eingerichteten YouTube-Kanal haben bis heute mehr als 50.000 Personen die Videos angeschaut.

Im Jahr 2013 wurden allein in Deutschland über 8.000 Broschüren sowie eine Vielzahl anderer Kampagnenmedien angefordert. Die Kampagne zählt heute 110 Unterstützer aus ganz Europa, die in der Drogen- und Aidshilfe tätig sind, und zeigt damit eindrucksvoll die Potenziale von nationalen und internationalen Drogenselbsthilfegruppen und -netzwerken auf.

2.2.4.10 Beispiel aus den Ländern zur Forschung

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg:

Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten
Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) ist ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für Suchtmittelabhängige. Hierbei werden die positiven Verstärker, die vom Gebrauch der psychotropen Substanz ausgehen, systematisch entfernt und durch positive Verstärkung aus dem sozialen Bereich ersetzt, um so Abstinenz zu fördern. Dieser teilhabeorientierte verhaltenstherapeutische Ansatz wurde in den USA bereits erfolgreich evaluiert, ist in Deutschland bisher jedoch wenig verbreitet.

Mit finanzieller Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) werden durch die Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen zwei stationäre Drogenrehabilitationseinrichtungen innerhalb des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH in einem kontrollierten zweiarmigen Design (CRA vs. Standardbehandlung) über fünf Untersuchungszeitpunkte (Prä-, Post-,

3-Monats-, 6-Monats- und 12-Monats-Follow-up) hinsichtlich der Behandlungs-Compliance, der Abstinenzquoten und insbesondere hinsichtlich der Veränderung der beruflichen und sozialen Teilhabe verglichen.

Ende 2012 wurde die erste Erhebungswelle der Evaluationsstudie erfolgreich beendet. Hierfür wurden 126 Patienten der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen „Klosterhof“ nach dem CRA behandelt, und bei 84 Patienten der Fachklinik „Haus Wiesengrund“ (Freudenstadt-Kniebis) wurde eine Standardbehandlung durchgeführt. 63 (Klosterhof) bzw. 43 (Wiesengrund) Personen konnten mit vollständigen Daten nach der Behandlung befragt werden. Die letzten Fragebogen des 12-Monats-Follow-ups sollen noch im Jahr 2014 vorliegen. Der abschließende Ergebnisbericht wird für September 2014 erwartet.

2.3 Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffungebundenen Süchten

2.3.1 Pathologisches Glücksspiel

Im Hilfesystem des Pathologischen Glücksspiels sind die wichtigsten ersten Anlaufpunkte meist ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. Das therapeutische Angebot reicht von Einzel- und Gruppengesprächen in der ambulanten Behandlung über Vorbereitung, Vermittlung und Nachsorge stationärer Aufenthalte in einer Fachklinik bis zur Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Schwerpunkte der Hilfsaktivitäten der Länder sind neben Maßnahmen zur weiteren Differenzierung von Glücksspielsucht, zur Qualifizierung und zur bedarfsgerechten Fortentwicklung des bestehenden ambulanten und stationären Hilfeangebots auch die Etablierung und Stärkung von Suchtselbsthilfestrukturen.

Im Rahmen des seit 2008 geltenden Glücksspielstaatsvertrages haben die Bundesländer das Hilfeangebot für Menschen mit Glücksspielsucht ausgebaut. Um dies weiterzuentwickeln und auf Landesebene besser zu koordinieren, haben mehrere Länder eigene Landesfachstellen für Glücksspielsucht eingerichtet. Daneben wurde die diesbezügliche Qualifizierung von Fachkräften in Suchtberatungsstellen intensiviert und bestehende Suchthilfeangebote wurden um spezielle Hilfen für Glücksspielsüchtige und deren Angehörige erweitert. Unabhängig von diesen Maßnahmen, die unmittelbares Ergebnis des Glücksspielstaatsvertrages sind, wurden ambulante und stationäre Behandlungsangebote für Glücksspielsüchtige weiterentwickelt.

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) zeigt, dass Pathologisches Glücksspiel im Jahr 2011 mit 9.025 Hauptdiagnosen in ambulanten und stationären Einrichtungen mehr Fallzahlen hatte als die Substanzen Kokain und Stimulanzien. Pathologisches Glücksspiel rangiert demnach hinter Alkohol, Opioiden und Cannabis auf Platz vier der problematischsten Süchte in Deutschland. Mit einem Verhältnis von 1 : 8 sind wesentlich mehr Männer von der Störung betroffen als Frauen. Damit ist der Männeranteil sogar noch höher als bei allen substanzbezogenen Störungen.

Die Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel hängt häufig mit Einzeldiagnosen (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit) folgender Substanzen zusammen: Alkohol (ambulant: 10 Prozent, stationär: 29 Prozent), Tabak (ambulant: 23 Prozent, stationär: 70 Prozent), Cannabis (ambulant: 5 Prozent, stationär: 14 Prozent) und begrenzt Kokain (ambulant: 1 Prozent, stationär: 5 Prozent).

Mit einem Altersdurchschnitt von 35 bis 37 Jahren sind pathologische Glücksspieler meist älter als andere von Sucht betroffene Patienten. Störungen im Zusammenhang mit Pathologischem Glücksspiel gehen im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen seltener mit Erwerbslosigkeit einher. In der ambulanten Behandlung sind 24 Prozent der Patienten erwerbslos, in stationärer Behandlung 39 Prozent. Patienten mit glücksspielbezogenen Störungen sind im Vergleich zu Patienten mit Substanzstörungen häufiger in festen Beziehungen (ambulant: 53 Prozent, stationär: 45 Prozent).

Die Behandlung ist im Vergleich zu den substanzgebundenen Störungsbildern kurz: Sowohl im ambulanten (176 Tage) als auch im stationären Bereich (75 Tage) sind die Behandlungen der pathologischen Glücksspieler im Mittel am kürzesten.

Der Erfolg ist je nach Einrichtungstyp unterschiedlich: Während im ambulanten Bereich 57 Prozent der Patienten die Therapie planmäßig beenden – den Spitzenwert belegen mit 67 Prozent ehemalige Alkoholiker –, sind es im stationären Bereich 89 Prozent.

2.3.1.1 Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern

Etwa 1 Prozent der deutschen Bevölkerung und damit mehr als eine halbe Million Menschen hatte im Laufe des Lebens schon einmal ein Problem mit Glücksspielen. Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler ist es jedoch gelungen, ihre Spielsucht zu überwinden. Zu etwa 80 Prozent gelang dies, ohne dass die Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nahmen. Gleichwohl ist die Zahl der aktuell von Spielproblemen betroffenen Menschen weiterhin sehr hoch. Kenntnisse über die Hintergründe der Selbstheilung würden die Möglichkeit eröffnen, Selbstheilungsprozesse bei diesen Betroffenen gezielt auszulösen und zu verstärken. So könnten beispielsweise die derzeit angewandten Spielerschutzmaßnahmen um die Bereiche ergänzt werden, die sich im Rahmen der Selbstheilung als besonders evident erwiesen haben. National wie international liegen zu dieser Thematik jedoch nur wenige wissenschaftliche Studien vor, die zudem nur eine begrenzte Aussagekraft besitzen.

Hauptziel der seit September 2012 geförderten Studie „Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern“ ist es daher, Indikatoren zu identifizieren, die erklären, warum es einer großen Zahl von ehemals pathologischen Glücksspielern gelingt, die Spielsucht aus eigener Kraft zu beenden, andere jedoch auf professionelle Hilfe angewiesen sind bzw. in ihrer Sucht verharren.

Insgesamt 347 Personen wurden zu ihrem aktuellen und früheren Spielverhalten, zu glücksspielbezogenen Problemen, zur Inanspruchnahme von Hilfen sowie zu den Barrieren einer solchen Inanspruchnahme, zu Spielmotiven, zu kognitiven Verzerrungen und zum aktuellen Gesundheitsstatus befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass Selbstheiler sich hinsichtlich demografischer und sozialstruktureller Merkmale kaum von anderen problematischen Spielern unterscheiden. Allerdings empfanden sie ihre Abhängigkeit als weniger schwerwiegend als jene Spieler, die formelle Hilfe in Anspruch nahmen. Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass die Remittierten (Geheilte) mit formeller Hilfe in stärkerem Maße auch auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen, als dies bei den Selbstheilern der Fall ist.

2.3.1.2 Katamneseprojekte zur Glücksspielsucht in der stationären Behandlung – Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.

Seit März 2013 fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel. Die Erhebung wird vom Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) durchgeführt und von der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz wissenschaftlich begleitet.

Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines standardisierten Katamneseverfahrens zur Glücksspielsucht, das in der stationären Rehabilitation pathologischer Glücksspieler eingesetzt werden kann.

Hierfür werden 400 Personen aus acht Rehabilitationszentren eingeschlossen und zu drei Messzeitpunkten – jeweils einmal vor der Behandlung, unmittelbar nach sowie ein Jahr nach der Behandlung – schriftlich befragt. Dabei werden umfassende Daten zur Soziodemografie, Vorgeschichte und Komorbidität (Deutscher Kerndatensatz), zur Symptombelastung und zu subklinischen Faktoren, die den Behandlungsverlauf und die Abstinenzetablierung beeinflussen (Persönlichkeitsmerkmale, Konsequenzerwartungen), erhoben. In der Abschlusserhebung werden die Anpassungsleistung des Patienten nach Therapieende, die durch die

Therapie erlebten Veränderungen und die Nutzung von Anschlussbehandlungen erfasst. Ein mögliches Rückfallgeschehen wird detailliert erfragt und dabei zwischen singulären, zeitlich umgrenzten und anhaltenden Rückfällen unterschieden. Zusätzlich werden Daten zum Umgang mit Rückfällen und Verführungs- bzw. Risikosituationen erhoben, um Strategien zu identifizieren, die mit einer erfolgreichen Aufrechterhaltung bzw. Re-Etablierung einer Abstinenz in Zusammenhang stehen.

Umfassende Analysen sollen zudem die Identifikation von Prädiktoren erlauben, die einen Behandlungserfolg begünstigen bzw. Risikofaktoren für ein späteres Rückfallgeschehen darstellen. In diesem Zusammenhang sollen erste Erkenntnisse zu stärker individualisierten Therapieansätzen erarbeitet werden.

2.3.2 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Menschen mit problematischer oder pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung fallen in der Familie und im engeren Umfeld meist durch sozialen Rückzug und die Vernachlässigung der schulischen oder beruflichen Verpflichtungen auf. Oft sind es die Angehörigen oder Freunde, die in den Beratungsstellen Hilfe und Beratung suchen. Diese haben ihr Angebot bereits bundesweit um exzessive und pathologische Computerspiel- und Internetnutzung erweitert. Auch in psychiatrischen und psychologischen Kliniken gibt es mittlerweile spezielle ambulante und stationäre Therapieangebote für Computerspiel- und Internetabhängige. Mit der Förderung verschiedener Studien hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu beigetragen, dass neue Hilfsangebote für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen entwickelt, erprobt und eingeführt sowie Hilfestellungen für Multiplikatoren zur Verfügung gestellt wurden (siehe C 1.3.2.2 und C 1.3.2.4).

Bislang ist die Internetabhängigkeit nicht als eigenständige Krankheit anerkannt. Zur Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungssituation, insbesondere der Finanzierung, ist es langfristig sinnvoll, dass diese Erkrankung von den medizinischen Fachgesellschaften in die internationalen Diagnoseverzeichnisse aufgenommen wird. Hierfür bedarf es einer umfangreichen Grundlage an Studien. Im Frühsommer 2013 erfolgte durch die Expertengruppe für die fünfte Revision des amerikanischen Diagnoseverzeichnisses „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) der American Psychiatric Association (APA) ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Internetabhängigkeit als eigenständige Krankheit. Auf der Grundlage der bisherigen Evidenz legte die Expertengruppe relevante Kriterien für eine pathologische PC-Nutzung fest. Belege zu Störungen mit Krankheitswert sind derzeit am besten im Bereich der pathologischen Nutzung von PC-Spielen belegt. Die Störung wurde deshalb entsprechend begrenzt und als „Internet Gaming Disorder“ bezeichnet. Andere Formen pathologischer PC-Nutzung – z. B. in Bezug auf soziale Netzwerke oder Online-Pornografie – gelten demnach zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht hinreichend untersucht.

2.3.2.1 Beispiele aus den Verbänden

Fachverband Medienabhängigkeit:

Fachtagung des Fachverbandes Medienabhängigkeit
Der Fachverband Medienabhängigkeit gründete sich bereits 2008 auf Initiative von Fachleuten, die sich beruflich mit unterschiedlichen Bereichen des Themas Computerspiel- und Internetsucht befassen, und umfasst inzwischen mehr als 120 Institutionen und Einzelpersonen als Mitglieder.

Im Herbst 2013 richtete der Verband mit Unterstützung durch das BMG in Kassel sein mittlerweile viertes Symposium aus. Unter dem Motto „Angekommen! – Die Aufnahme von Internet- und Computerspielsucht in das DSM-5“ fanden an zwei Tagen Fachvorträge und praxisorientierte Workshops zum Thema statt. Für die Hauptvorträge konnten renommierte nationale und internationale Experten gewonnen werden. Thematisiert wurden in den Vorträgen neben den aktuellen Entwicklungen im Bereich der Computerspiele u. a. die neurowissenschaftliche Nähe zwischen Internetsucht und anderen (sub-

stanzgebundenen) Suchterkrankungen, die Inhalte und Wirksamkeitsnachweise störungsspezifischer Behandlungskonzepte, Erkenntnisse zu Risikofaktoren sowie erste Ergebnisse der PINTA DIARI-Studie.

In den Workshops wurden vor allem anwendungszentrierte Techniken vermittelt, darunter systemische Beratungsansätze, stationäre Behandlungskonzepte, niederschwellige Beratungsangebote, Präventionsansätze sowie ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein nächstes derartiges Symposium ist für das Jahr 2015 geplant.

Deutscher Caritasverband:

Umfangreiche Materialaufbereitung zum Thema Computerspiel- und Internetabhängigkeit
Das Thema „Problematischer Computerspiel- und Internetgebrauch“ gewinnt in der Beratung und Behandlung der Suchthilfe zunehmend an Bedeutung. Der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) hat daher eine Handreichung entwickelt, die interessierte Akteure durch die systematische Aufbereitung von Informationen, Materialien, Internetseiten, Angeboten, Projekten und Konzepten unterstützen und damit die (Weiter-)Entwicklung bedarfsgerechter Angebote fördern soll. Die Handreichung ist in vier Teile gegliedert, die je nach Interesse und Bedarf flexibel und unabhängig voneinander genutzt werden können.

Im ersten Teil wird ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung bezüglich Epidemiologie, Diagnostik, komorbider Störungen, Beratungs- und Behandlungsansätzen sowie Selbsthilfe gegeben. Im zweiten und umfangreichsten Teil finden sich Informationen und Materialien für alle, die in der Beratung und Behandlung ambulant und stationär tätig sind, sowie für selbst Betroffene (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), Angehörige und Lehrer. Neben Informationen und Materialien zur Prävention, Beratung, Behandlung und Selbsthilfe werden auch Projekte, Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfeangebote, Netzwerke sowie Möglichkeiten zur gezielten Einrichtungssuche vor Ort vorgestellt. Als Ergänzung wird eine Auswahl von Büchern, Flyern und Internetseiten aufgelistet, die sich an Betroffene und Angehörige richten. Im dritten Teil sind zentrale Studien, Fragebogeninstrumente sowie Literaturhinweise zum Thema zusammengestellt. Der vierte Teil wiederum greift das Thema Medienkompetenz auf und enthält Informationshinweise und Links. Die Handreichung kann beim DCV angefordert werden.

3 Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

3.1 Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen

3.1.1 Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. In diesem Zusammenhang gewinnt die Verknüpfung von Eingliederungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB II/SGB III) mit gesundheitsorientierenden Angeboten anderer Leistungsträger zunehmend an Bedeutung.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und die Bundesverbände der Krankenkassen haben ihre im Februar 2012 abgeschlossene Kooperationsvereinbarung 2013 gemeinsam weiter ausgestaltet. Die Vereinbarung greift insbesondere den in der Gesundheitsförderung etablierten Setting-Ansatz auf. Demnach sollen mit verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen u. a. die Integrationschancen von suchtgefährdeten bzw. suchterkrankten Leistungsempfängern verbessert werden. Im Jahr 2014 werden im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts in Zusammenarbeit mit örtlichen Krankenkassen entsprechende Ansätze in voraussichtlich sechs Jobcentern erprobt.

Für Suchterkrankte oder Substituierte, die darüber hinaus an einer HIV-Infektion leiden, bietet die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) den Vermittlungs- und Integrationsfachkräften der Agenturen für Arbeit und der gemeinsamen Einrichtungen ein Qualifizierungsmodul an, das Kompetenzen beim Umgang mit chronischen Erkrankungen am Beispiel der Immunschwäche HIV vermittelt.

Darüber hinaus hat die BA die Aspekte der Gesundheitsorientierung systematisch in ihre bestehenden Prozesse und Produkte integriert. So können seit Januar 2013 beispielsweise im Rahmen des neuen Standardmoduls „Gesundheitsorientierung“ als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei Trägern (§ 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III) u. a. Angebote zum Umgang mit Suchtmitteln bzw. zum Selbstmanagement professionell angeboten werden.

Mit dem beschäftigungsorientierten Fallmanagement bietet die BA auch weiterhin eine Form der spezialisierten Betreuung von suchterkrankten Leistungsempfängern an.

Für die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten unterstützen die kommunalen Eingliederungsleistungen – wie z. B. die Suchtberatung – im Rahmen der ganzheitlichen und umfassenden Beratung maßgeblich den Eingliederungsprozess in Arbeit. Die Kommunen erbringen diese Eingliederungsleistungen individuell vor Ort.

Mit einem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unter Beteiligung der Länder in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben wurden die Grundlagen dafür geschaffen, dass solche kommunalen Beratungsangebote zukünftig stärker in die Zielsteuerung der Arbeitsmarktpolitik einbezogen und damit der Zugang zu solchen Angeboten verbessert werden kann.

3.1.2 DHS-Tagung zu „Sucht und Arbeit“

Auf ihrer 53. Fachkonferenz Sucht im November 2013 hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) das Thema „Sucht und Arbeit“ in den Fokus gerückt. Zu den Teilnehmern gehörten Fachleute des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Mitarbeiter aus der Suchthilfe sowie Mitarbeiter aus Betrieben und Gewerkschaften.

Für die Suchthilfe ist der Aspekt „Arbeit“ von zentraler Bedeutung, denn die berufliche Integration spielt bei der Beratung und Behandlung eine entscheidende Rolle. Für suchtkranke Menschen im erwerbsfähigen Alter stellt Arbeit nicht nur eine Herausforderung – etwa nach der Rehabilitation – dar, sondern hat vielmehr auch eine stabilisierende Wirkung und unterstützt die Betroffenen dabei, abstinent zu bleiben. Belastende Arbeitsbedingungen können das Risiko für riskanten Alkoholkonsum jedoch erhöhen.

Umgekehrt stellt der Substanzkonsum auch für die Betriebe ein großes Problem dar, denn er führt zu Fehlzeiten, Qualitäts- und Produktivitätsverlusten. Letztere machen den größten Anteil der alkoholbedingten sozialen Kosten aus. Probleme bereiten den Unternehmen nicht nur die krankheitsbedingten Fehltage durch riskanten Konsum von Alkohol und anderen Suchtstoffen, sondern auch der sogenannte Präsentismus – das Arbeiten trotz Krankheit bzw. trotz reduzierter Arbeitsfähigkeit aufgrund von Suchtmittelkonsum. Die Unternehmen stehen daher vor der Aufgabe, wirtschaftliches Handeln, Arbeitsorganisation sowie Gesundheitsschutz und -förderung in Einklang zu bringen. Suchtprävention und Suchthilfe sind dabei unerlässlich und werden zunehmend Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Betriebe bieten einen anerkannten, bewährten und nützlichen Rahmen für Suchtprävention, von dem alle Beteiligten – die Substanzmittelkonsumierenden, die Kollegen sowie der Betrieb – profitieren.

Die Beiträge der Tagungsreferenten haben gezeigt, dass sich durch das Interesse der Unternehmen an betrieblicher Suchtprävention neue Herausforderungen und Möglichkeiten für die Suchthilfe ergeben. Vorgestellt wurden Ansätze moderner Suchthilfe im Betrieb sowie die Verzahnung von betrieblicher Prävention und Hilfe. Hierbei wurde auch die Verantwortung der Vorgesetzten deutlich betont, da Suchtprävention „von oben“ unterstützt werden muss.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Integration Suchtmittelabhängiger kommen zu dem Ergebnis, dass es nur schwer gelingt, Suchtkranke in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Weitere Anstrengungen in diese Richtung bleiben daher notwendig. Wie die Kooperation zwischen Jobcentern und Suchthilfe verbessert werden kann, wurde im Rahmen der Tagung in mehreren Foren diskutiert. Dabei wurden Beispiele guter Praxis zur Integration in den Arbeitsmarkt ebenso vorgestellt wie Fördermöglichkeiten von Integrationsprojekten durch den Europäischen Sozialfonds. Auch in Projekten der Suchtselbsthilfe macht Arbeit einen wesentlichen Bestandteil des Hilfe- und Therapiekonzeptes aus.

3.1.3 Beispielprojekt aus den Ländern zur Teilhabe am Arbeitsleben

Kooperation des Kölner Trägerbündnisses mit dem Jobcenter Köln

Im Mai 2005 haben die Drogenhilfe Köln, der Sozialdienst katholischer Männer e.V. (SKM)/Caritas Köln und die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach mit dem Jobcenter Köln eine Kooperation vereinbart, um Konsumenten illegaler Drogen mit Vermittlungsproblemen die berufliche (Re-)Integration zu ermöglichen. Hierbei wird zunächst das jeweilige Suchtproblem diagnostiziert und anschließend der individuelle Hilfebedarf ermittelt, der zur Überwindung der Sucht sowie zur Arbeitsvermittlung erforderlich ist.
Der Kontakt der Klienten zu den Hilfeangeboten setzte bisher einzelfallbezogene Zuweisungen des Jobcenters voraus, Abrechnung und Vergütung erfolgten ebenfalls einzelfallbezogen. Um die Kooperation zu verbessern, wurde im November 2010 in Abstimmung mit dem Jobcenter ein Kölner Träger-

bündnis gegründet. Das Jobcenter wies die Klienten weiterhin den einzelnen Trägern zu, wobei die Kooperation innerhalb des Trägerbündnisses von diesem flexibel gestaltet werden konnte. Aufgrund der positiven Erfahrungen regte das Kölner Jobcenter ein analoges Trägerbündnis für Konsumenten legaler Drogen an.

2012 vereinbarten beide Trägerbündnisse, sich zu einem gemeinsamen Trägerverbund zusammenzuschließen. Der Abstimmungsprozess dauert noch an.

3.2 Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen

3.2.1 Tabak

3.2.1.1 Tabaksteuererhöhung 2013 und 2014

Am 1. Januar 2014 ist die vierte Steuererhöhung des Tabaksteuermodells, das mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember 2010 (BGBl. I, S. 2221) umgesetzt wurde, in Kraft getreten. Die Tabaksteuer auf Zigaretten und Feinschnitt wurde zuvor schon am 1. Mai 2011, am 1. Januar 2012 und am 1. Januar 2013 erhöht. Eine weitere Steuererhöhung wird zum 1. Januar 2015 erfolgen.

Die Steuererhöhungen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung von Feinschnitt stärker ansteigt als die von Zigaretten. Abhängig von der jeweiligen Preisklasse erfordert jede Steuererhöhung bei Zigaretten eine steuerinduzierte Preisanpassung von 4 bis 8 Cent bezogen auf eine Packung mit 19 Zigaretten und bei Feinschnitt eine steuerinduzierte Preisanpassung von 12 bis 14 Cent bezogen auf eine Packung mit 40 Gramm Feinschnitt.

3.2.1.2 Bekämpfung des Zigarettenschmuggels

Der Schmuggel und illegale Handel von unversteuerten Tabakprodukten verursacht neben gesundheits- und wirtschaftspolitisch relevanten Schäden auch erhebliche finanzielle und sicherheitspolitische Beeinträchtigungen.

Die Bekämpfung des Zigarettenschmuggels gehört daher zu den Tätigkeitsschwerpunkten der Zollverwaltung. Ihre Kontrolleinheiten sowie der Zollfahndungsdienst führen seit Jahren umfangreiche Maßnahmen durch, um die Zufuhr unversteuerter Zigaretten auf den Schwarzmarkt zu verhindern, die Strukturen der illegalen Liefer- und Verteilerketten zu identifizieren und diese zu zerschlagen. Das Zollkriminalamt beobachtet und analysiert im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages kontinuierlich die Entwicklung der Zigarettenkriminalität und unterstützt auf diese Weise die verschiedenen Einheiten der Zollverwaltung bei ihrer Aufgabenwahrnehmung.

Auf dem Schwarzmarkt, der auch Jugendlichen und Kindern die Möglichkeit des unkontrollierten Erwerbs von Tabakerzeugnissen eröffnet, werden wie in den Vorjahren alle bekannten etablierten Zigarettenmarken sowohl als Originalware als auch in Fälschungsvariationen angeboten. Bei gefälschten Zigaretten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sie nicht den vorgeschriebenen Qualitäts- und Hygienevorschriften entsprechen. Nach Erkenntnissen des Zollfahndungsdienstes werden diese Fälschungen teilweise in verschmutzten, unsauberen Örtlichkeiten hergestellt und enthalten oft unzulässige oder zumindest bedenkliche Bestandteile.

Auf der Basis von Marktbeobachtungen konnte festgestellt werden, dass in jüngster Vergangenheit verstärkt Zigarettenmarken sichergestellt bzw. auf dem Schwarzmarkt angeboten werden, für die in Deutschland kein regulärer Absatzmarkt besteht. Die Produktion dieser Zigaretten im Ausland erfolgt nach Maßgabe des dort geltenden Rechts in der Regel in legaler Weise, sodass sie nicht als Fälschungen gelten. Allerdings unterliegt ihre Herstellung nicht den hierzulande geltenden Vorschriften hinsichtlich der maximal zulässigen Nikotin- und/oder Kondensatgehalte sowie der Verwendung von Zusatzstoffen. Inwieweit bei der Produktion im Ausland entsprechende Qualitätsstandards eingehalten werden, ist zunehmend fraglich. So konnten bei entsprechenden Untersuchungen Fremdkörper in den Tabakprodukten nachgewiesen werden.

Etwa vier Zentimeter lange beigefarbene Schnur aus Polyester, bei deren Verbrennung unangenehm riechende und in hohem Maße gesundheitsgefährdende Zersetzungsprodukte entstehen können.

Da die international organisierten Täter äußerst konspirativ vorgehen und die betreffenden Herstellungsbetriebe im Ausland ansässig sind, bestehen nur eingeschränkte Möglichkeiten, die zugrunde liegenden Strukturen zu identifizieren. Umso wichtiger ist die internationale Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden innerhalb und außerhalb der EU. Durch die Entsendung von Zollverbindungsbeamten soll u. a. der Informations- und Erkenntnisaustausch intensiviert und beschleunigt werden.

3.2.1.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship (2005 bis 2012)

Nach Artikel 13 des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen. In Deutschland vereinbarten im Jahr 2005 die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung und der damalige Verband der Cigarettenindustrie (VdC), dass die Werbeaufwendungen der Tabakindustrie nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich mitgeteilt werden. Ab dem Berichtsjahr 2008 übernahmen der neu gegründete Deutsche Zigarettenverband (DZV) und der dem Verband nicht angeschlossene Tabakhersteller Philip Morris GmbH diese Vereinbarung. Die Angaben zu den Werbeausgaben der Tabakindustrie werden jedes Jahr im Drogen- und Suchtbericht veröffentlicht. Damit liegen der Bundesregierung vergleichbare Angaben zu den jährlichen Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring ab dem Jahr 2005 vor. Die von der deutschen Tabakindustrie mitgeteilten Zahlen (Abbildung 67) beinhalten die Ausgaben für direkte Marketingmaßnahmen und zu Teilen die Ausgaben für indirekte Marketingmaßnahmen und Konsumentenansprachen. Darüber hinausgehende Marketingmaßnahmen sind in den Angaben nicht enthalten.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbotes mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland nach der Tabakwerberichtlinie der EU (2003/33/EG) am 29. Dezember 2006 haben sich die Werbeausgaben der Tabakindustrie ab 2007 im Vergleich zu den Vorjahren durch das Werbeverbot in Printmedien und im Internet in andere Marketingbereiche wie etwa Promotion verlagert. Sie sind nach den Angaben der Tabakindustrie im Jahr 2005 zunächst gesunken und ab 2007 wieder angestiegen.

In den Angaben für das Jahr 2007 fehlen aufgrund der Auflösung des damaligen VdC die Angaben eines großen Tabakherstellers. Damit waren im Jahr 2007 die Gesamtausgaben der Tabakindustrie in Deutschland höher als hier angegeben. Seit dem Jahr 2008 sind alle Tabakfirmen in der notariellen Zusammenstellung enthalten. Im Jahr 2012, dem aktuell vorliegenden Berichtsjahr, lagen die Werbeausgaben bei etwa 221 Millionen Euro. Im Bereich der in Deutschland zulässigen Plakataußenwerbung für Tabakerzeugnisse sind die Ausgaben seit 2005 deutlich angestiegen und liegen bei etwa 80 Millionen Euro. Im Kino ist Tabakwerbung ab 18 Uhr erlaubt und 2012 auf etwa vier Millionen Euro pro Jahr wieder angestiegen.

Abbildung 67:
Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamte Werbeausgaben	**182.329**	**79.900**	**128.942**	**192.769**	**222.262**	**199.089**	**200.883**	**220.761**
Direkte Werbung	93.647	34.281	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270	80.225
Werbung in Printmedien	21.661	8.612	436	504	1.536	719	345	235
Außenwerbung	51.995	20.020	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986
Werbung im Kino	9.694	2.150	2.065	1.512	2	1.216	1.785	3.950
Werbung im Internet	2.891	2.756	295	188	277	1	7	4
Sonstige Werbung	4.980	712	1.103	6.005	8.494	480	0	50
Keine Zuordnung	2.426	31	0	77	53	0	0	0
Promotion	85.996	41.930	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887	135.397
Sponsorship	2.686	3.689	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517	5.139

Quelle: Deutscher Zigarettenverband (DZV und Philip Morris GmbH)

3.2.1.4 „gesundheitsziele.de“: Vorschläge der Arbeitsgruppe 6 – Tabakkonsum reduzieren

Das Forum „gesundheitsziele.de“ wurde im Jahr 2000 als Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und von den Ländern initiiert und bis 2006 aus Bundesmitteln sowie einem Eigenbeitrag der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) finanziert. Die bislang festgelegten Gesundheitsziele bauen auf einer breiten fachlichen Expertise auf und wurden von den beteiligten Akteuren gemeinsam ausgearbeitet. Zu jedem Gesundheitsziel wurden Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung erarbeitet. Die Umsetzung von Maßnahmen erfolgt eigenverantwortlich durch die an „gesundheitsziele.de“ beteiligten Institutionen. Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ wird seit Juni 2010 überarbeitet und umfasst derzeit folgende angestrebte Teilziele:

- Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucher.
- Der Rauchstopp wird in allen Altersgruppen gefördert.
- Ein umfassender Schutz vor dem Passivrauchen ist gewährleistet.

Die Überarbeitung dieses Gesundheitszieles soll im Laufe des Jahres 2014 abgeschlossen werden.

3.2.1.5 Nichtraucherschutzgesetze

Beispielprojekte des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ):

Repräsentativbefragung zur Akzeptanz der rauchfreien Gastronomie in Deutschland

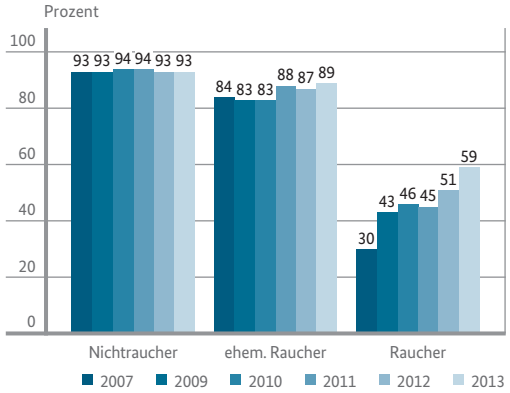
Seit dem Jahr 2005 wird jährlich im Auftrag des DKFZ im Rahmen von Repräsentativuntersuchungen die Einstellung der Bevölkerung zu Rauchverboten in Gaststätten erhoben. Die Untersuchung, die auch im Jahr 2013 von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) durchgeführt wurde, basiert auf Befragungen von rund 2.000 Deutschen im Alter von über 15 Jahren.

Die Zustimmung der Bevölkerung zur rauchfreien Gastronomie steigt nach den Ergebnissen weiter an. Laut Umfrage sprechen sich vier von fünf Deutschen (fast 82 Prozent) für ein Rauchverbot in Gaststätten aus. Das ist im Vergleich zum Vorjahr ein weiterer Anstieg um über vier Prozentpunkte.

2013 lag die Zustimmungsquote unter den Nichtrauchern mit 93 Prozent unverändert hoch (Abbildung 68). Auch unter den ehemaligen Rauchern sind die Befürworter eines konsequenten Nichtraucherschutzes deutlich in der Mehrheit; die Zustimmungsquote liegt hier aktuell bei 89 Prozent. Der stetige Anstieg der Akzeptanz von rauchfreien Gaststätten in den vergangenen Jahren ist vor allem auf einen Einstellungswandel der Raucher zurückzuführen. Während sich im Jahr 2007 nur 30 Prozent der Raucher für rauchfreie Gaststätten aussprachen, hat sich ihr Anteil bis zum Jahr 2013 auf 59 Prozent erhöht und damit fast verdoppelt.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaetten_2013.pdf

Abbildung 68:
Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland vor Einführung der Nichtraucherschutzgesetze (2007) und danach (2009 bis 2013), nach Rauchstatus



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013

Evaluation der Tabakrauchbelastung in Diskotheken in Baden-Württemberg

In baden-württembergischen Diskotheken ist das Rauchen erlaubt, sofern sich der Raucherbereich in einem vollständig abgetrennten Nebenraum ohne Tanzfläche befindet. Dieser Raum muss deutlich als Raucherraum gekennzeichnet sein. Sollte ein Tanzbetrieb über einen Raucherraum verfügen, ist der Zutritt zur Diskothek generell nur Personen ab 18 Jahren zu gestatten.

Das DKFZ hat im Zeitraum von Februar bis März 2013 die Einhaltung des Gesetzes in baden-württembergischen Diskotheken überprüft. Danach wurden nur in rund einem Viertel der Diskotheken die gesetzlichen Vorgaben eingehalten, wobei 8,7 Prozent komplett rauchfrei waren und 17,4 Prozent Raucherräume eingerichtet hatten, bei denen die gesetzlichen Vorschriften beachtet wurden. In 73,9 Prozent der Fälle wurden hingegen Gesetzesverstöße registriert (Abbildung 69). Separate Raucherräume gab es in 75 Prozent der Diskotheken; gesetzeskonform ausgestaltet waren jedoch nur 22,2 Prozent dieser Räume (Abbildung 70). Die Studie zeigt ein ernüchterndes Ergebnis: Das Nichtraucherschutzgesetz wird in den Diskotheken offenbar nur in äußerst eingeschränk-

tem Maße eingehalten. Rauchfreie Diskotheken und Raucherräume, bei denen die gesetzlichen Auflagen erfüllt werden, wurden nur selten angetroffen.
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_Diskotheken_Baden_Wuerttemberg_2013.pdf

Abbildung 69:
Einhaltung des Nichtraucherschutzgesetzes in baden-württembergischen Diskotheken

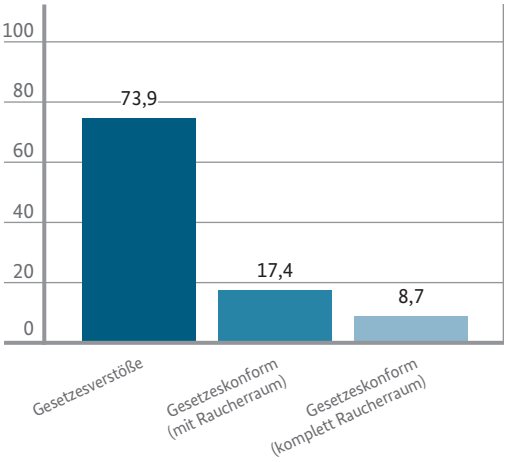
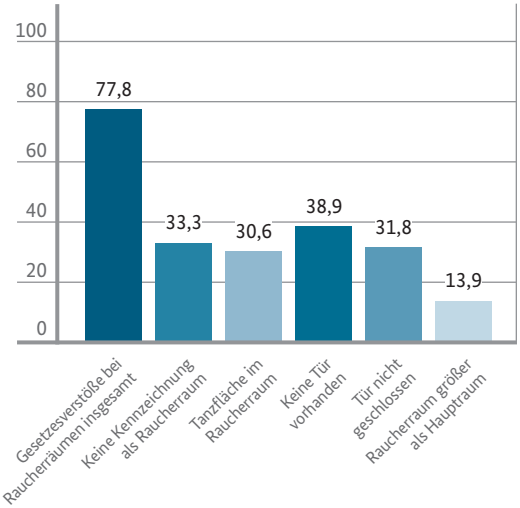


Abbildung 70:
Gesetzesverstöße und Gesetzeslücken bei Raucherräumen



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013

Evaluation des Nichtraucherschutzgesetzes in Baden-Württemberg

Im Februar 2013 führte das DKFZ eine Studie zur Evaluation der Wirksamkeit des Nichtraucherschutzgesetzes in Baden-Württemberg durch. Die Studie zeigte, dass bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes Gesetzeslücken bestehen und durchaus Schadstoffbelastungen durch Tabakrauch entstehen. Von den 1.473 untersuchten Gastronomiebetrieben in Baden-Württemberg waren 73,1 Prozent rauchfrei, jedoch zeigten sich im Segment der getränkegeprägten Gastronomie erhebliche Defizite: In 71 Prozent der Betriebe wurde geraucht, ebenso waren 84 Prozent der Spielhallen verraucht.

Die Studie zeigt, dass in Baden-Württemberg nur wenige Kneipen und Bars rauchfrei waren. Zudem verstießen die Betreiber von Raucherkneipen und Raucherräumen in ihrer Mehrzahl gegen die geltenden gesetzlichen Vorschriften. In der Folge besteht in diesen Einrichtungen kein hinreichender Schutz für die Beschäftigten und Gäste vor den Gefahren des Passivrauchens.
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_Baden_Wuerttemberg_2013.pdf

3.2.1.6 Fortführung der Auswertung einer bundesweiten prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC))

In den Jahren 2007, 2009 und 2011 fanden in Deutschland drei Befragungen im Rahmen des „International Tobacco Control"-Projekts (ITC) statt. Durch eine repräsentative Kohortenstudie wurden dabei erstmals relevante Daten zum Rauchverhalten, zu Einstellungen in der Bevölkerung zum Tabakkonsum und zu Einzelmaßnahmen der Tabakprävention erfasst. Anhand dieser Daten soll die Wirksamkeit der Tabakkontrollpolitik untersucht werden. In diesem Rahmen wurden erstmals auch die Einstellungen der Bevölkerung zu Einzelmaßnahmen erfasst, zu denen sich die Bundesregierung im Rahmen der „Framework Convention on Tobacco Control" (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verpflichtet hatte.

Da diese Studie in das internationale ITC-Projekt eingebunden ist, können auf Basis standardisierter Fragebogeninstrumente Vergleiche mit anderen Ländern vorgenommen werden. Hierzu zählen mittlerweile 20 Länder, darunter die USA, Kanada, Australien und im EU-Raum das Vereinigte Königreich, Irland, Frankreich und die Niederlande. Die internationalen Vergleiche ermöglichen eine Bewertung und Einordnung der in Deutschland zu beobachtenden Veränderungen von Einstellungen und Rauchverhalten. Die Daten wurden fortlaufend ausgewertet und auch im Jahr 2013 publiziert.

www.her.oxfordjournals.org/content/early/2013/07/16/her.cyt073.abstract
www.biomedcentral.com/1471-2458/13/346/abstract
www.tobaccocontrol.bmj.com/content/22/e1/e2.abstract
www.ntr.oxfordjournals.org/content/15/2/465

3.2.2 Medikamente

Regulierung der Dopingbekämpfung im Sport

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, Doping im Sport national und international wirksam zu bekämpfen, und fördert in diesem Zusammenhang entsprechende Anti-Doping-Maßnahmen. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport" (DBVG) (BGBl. I, S. 2510) aus dem Jahr 2007 wurden in Deutschland die Regelungen hinsichtlich der Bekämpfung international vernetzter krimineller Strukturen erweitert. Das Gesetz verstärkte u. a. die staatlichen Ermittlungsbefugnisse bei Fällen des organisierten ungesetzlichen Handels mit Arzneimitteln. Daneben wurde eine beschränkte Besitzstrafbarkeit für bestimmte Dopingmittel eingeführt.

Mit dem im Oktober 2012 vom Bundeskabinett beschlossenen Evaluierungsbericht kam die Bundesregierung dem Auftrag des Gesetzgebers nach, die Umsetzung der durch das DBVG geänderten Regelungen im Bundeskriminalamtgesetz (BKAG) und im Arzneimittelgesetz (AMG) fünf Jahre nach ihrem Inkrafttreten zu überprüfen. Die Evaluation hat gezeigt, dass sich die Neuregelungen grundsätzlich bewährt haben. Die Zahl der Ermittlungsverfahren ist angestiegen, und die Intensität und die Effektivität der Strafverfolgung haben sich im Evaluationszeitraum erheblich verbessert: So gab es 2007/08 bei den eingebundenen Staatsanwaltschaften etwa 280 Verfahren zu banden- oder gewerbsmäßigen Dopingstraftaten und zur neu eingeführten Besitzstrafbarkeit. Bis 2011 stiegen diese Zahlen kontinuierlich auf 1.592 Verfahren an.

Gleichwohl hat sich im Rahmen der Evaluation ergeben, dass verschiedene gesetzliche, teilweise auch justizorganisatorische Maßnahmen von Bund und Ländern zu einer weiteren Stärkung der Bekämpfung des Dopings im Sport beitragen könnten. Maßnahmen, die zum damaligen Zeitpunkt als zielführend zur weiteren Verbesserung der Dopingbekämpfung galten, wurden durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 (BGBl. I, S. 3108) umgesetzt. Zu diesen Maßnahmen gehört insbesondere die Erweiterung des Verbotstatbestandes um die Tathandlung des Erwerbes von Dopingmitteln. Damit wird auch die Vorstufe des Besitzes der dem Besitzverbot unterliegenden Arzneimittel und Wirkstoffe erfasst. Dies dient der effektiveren Strafverfolgung im Bereich der Besitzverbotsregelung. Das Erwerbsverbot ist dabei auf die Stoffe und

die Menge nach der geltenden Besitzverbotsregelung beschränkt.

Für die 18. Legislaturperiode haben sich die Koalitionsparteien darauf verständigt, weitergehende strafrechtliche Regelungen beim Kampf gegen Doping zu schaffen.

Der Bericht der Bundesregierung zur Evaluation des DBVG ist abrufbar unter:
www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/Sport/bekaempfung_doping_sport.pdf?__blob=publicationFile

3.2.3 Illegale Drogen

3.2.3.1 Änderungen des Betäubungsmittelrechts

Maßnahmen gegen neue psychoaktive Substanzen

Mit der 27. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 9. Juli 2013 hat die Bundesregierung dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) 26 neue psychoaktive Substanzen (NPS) unterstellt. Innerhalb eines Jahres wurden somit zusätzlich 54 NPS von den Strafvorschriften des BtMG erfasst. Zudem liegen bereits positive Voten des Betäubungsmittel-Sachverständigenausschusses zur Unterstellung weiterer 20 NPS vor.

Derzeit ist es aufwendig, dem BtMG neue psychoaktive Substanzen zu unterstellen. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten einer Substanz und ihrer betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Um auf EU-Ebene die Verfügbarkeit riskanter NPS für Konsumenten zu reduzieren, hat die EU-Kommission im September 2013 Gesetzesvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen vorgelegt. Diese werden zurzeit im EU-Parlament und im Rat verhandelt.

Das nationale Recht muss den europäischen Vorschriften entsprechen. Hierzu sind regelmäßig Anpassungen erforderlich. Es erscheint daher nicht zielführend, parallel neue Regelungsansätze im deutschen Betäubungsmittelrecht zu treffen, bevor klar ist, wie der europäische Regelungsansatz letztlich aussehen wird. Vielmehr wirkt die Bundesregierung auf europäischer Ebene daran mit, eine möglichst effiziente Regelung zu finden, die geeignet ist, auf das grenzüberschreitende Phänomen der NPS EU-weit effektiver als bislang zu reagieren.

Häufig wird behauptet, dass es nicht strafbar sei, mit neuen psychoaktiven Substanzen umzugehen, bevor sie dem BtMG unterliegen. Das ist jedoch falsch und der Begriff *Legal Highs* daher irreführend. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat bereits vor 15 Jahren entschieden, dass Designerdrogen Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) sein können und deshalb die Straftatbestände der §§ 96 Nr. 4 und 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG zur Anwendung kommen (Urteil Az. 2 StR 270/97 des BGH vom 3. Dezember 1997). Das AMG hat somit eine Auffangfunktion. NPS sind bedenkliche Arzneimittel. Sie unerlaubt in den Verkehr zu bringen, ist insbesondere nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG strafbar. In besonders schweren Fällen kann die Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahre betragen. Diese rechtliche Bewertung wurde 2011 durch mehrere Urteile gerichtlich bestätigt sowie durch ein Urteil des Oberlandesgerichtes Nürnberg vom 10. Dezember 2012 bekräftigt. Endgültige Klarheit dürfte eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) bringen. Mit Beschluss vom 28. Mai 2013 hat der BGH dem EuGH die Frage vorgelegt, ob NPS unter den Arzneimittelbegriff der europäischen Arzneimittelrichtlinie fallen.

3.2.3.2 Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die meist legal gehandelt werden. Sie werden aber auch benötigt, um illegale Drogen herzustellen. Hierfür werden sie missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt. Deshalb ist es unverzichtbar, diese Stoffe weltweit zu überwachen, um gegen den Drogenhandel vorzugehen. Hierzu gibt es internationale, europäische und nationale Vorschriften. Der Verkehr mit diesen Grundstoffen ist Teil des „Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das EU-Recht regelt den europäischen Binnen- und

Außenhandel der EU mit Grundstoffen. Die betreffenden Chemikalien unterliegen danach jeweils unterschiedlich strengen Kontrollen, um den Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 regelt ergänzend die behördliche Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

Am 30. Dezember 2013 traten Änderungen im europäischen Grundstoffrecht in Kraft. Ziel dieser Änderungen ist es zu verhindern, dass besonders Essigsäureanhydrid – notwendig, um Heroin herzustellen – aus dem EU-Binnenhandel abgezweigt wird. Außerdem soll der Drittlandshandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden.

3.2.4 Pathologisches Glücksspiel

3.2.4.1 Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag

Die Zuständigkeit für das Glücksspiel liegt im Wesentlichen bei den Ländern. Lotterien, Spielbanken und Sportwetten unterliegen nach dem „Ersten Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen der Länder“ weiterhin einem staatlichen Monopol. Dieses ist gerechtfertigt, wenn es dazu dient, die Spielleidenschaft in geordnete Bahnen zu lenken und Glücksspielsucht vorzubeugen. Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag trat am 1. Juli 2012 in Kraft. Mittlerweile sind ihm alle Bundesländer beigetreten.

Zu den Zielen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages gehört insbesondere, das Entstehen von Glücksspielsucht und Wettsucht zu verhindern und durch ein begrenztes Glücksspielangebot unter Gewährleistung des Jugend- und Spielerschutzes Voraussetzungen für eine wirksame Suchtprävention zu schaffen. Um das zu erreichen, sind differenzierte Maßnahmen für die einzelnen Glücksspielformen vorgesehen, die deren spezifischen Sucht-, Betrugs-, Manipulations- und Kriminalitätspotenzialen Rechnung tragen.

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag regelt vor allem die Sportwetten neu. Künftig brauchen Sportwettanbieter eine Konzession. In diesem Sektor hat sich in den letzten Jahren das Glücksspiel überwiegend auf das Spiel bei illegalen Online-Anbietern verlagert. Ziel ist die Kanalisierung zu einem legalen Sportwettangebot. Die Nachfrage spielaffiner Personen soll in Richtung legaler Angebote gelenkt werden. Hierbei sind Spielformen vorzuhalten, die aus suchtpräventiver Sicht weniger gefahrenträchtig sind. Strenge Konzessionsregeln sollen zudem einen ausreichenden Spielerschutz sicherstellen. Für Sportwetten ist aus diesem Grund eine Experimentierklausel für die Dauer von sieben Jahren vorgesehen. Das Verfahren zur Vergabe der insgesamt 20 Konzessionen ist noch nicht abgeschlossen.

Zwar bleibt auch künftig das Glücksspiel im Internet grundsätzlich verboten, für Lotterien und Sportwetten werden allerdings Ausnahmen zugelassen.

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag nimmt erstmals Regeln zum gewerblichen Spiel in Spielhallen auf, da durch die Föderalismusreform die Länder für das Recht der Spielhallen zuständig sind. So sind künftig Mehrfachkonzessionen, also mehrere Spielhallen an einem Standort, nicht mehr möglich. Stattdessen müssen Spielhallen um einen bestimmten Mindestabstand voneinander entfernt liegen. Außerdem setzen die Bundesländer Sperrzeiten für Spielhallen fest, die drei Stunden nicht unterschreiten dürfen.

Eine zentrale bundesweite Sperrdatei für Spielhallen ist nicht vorgesehen, dies kann allerdings in den Ländergesetzen individuell geregelt werden.

In den Spielhallengesetzen einiger Länder sind die Mindestanforderungen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages um schärfere Regulierungen für Spielhallen ergänzt.

Gerätebezogene Regeln bezüglich der Geldspielgeräte in Spielhallen und Gaststätten umfasst der Vertrag nicht, da die Zuständigkeit der Länder insoweit nicht gegeben ist. Regelungen hierzu enthalten die Gewerbeordnung und die Spielverordnung.

3.2.4.2 Gewerbliches Automatenspiel – Einführung einer Spielerkarte – Novellierung der Spielverordnung

Das Suchtpotenzial des gewerblichen Automatenspiels ist hoch. Deshalb ist es aus Kohärenzgründen notwendig, die Jugend- und Spielerschutzregelungen beim gewerblichen Automatenspiel an die entsprechenden Regelungen anzugleichen, die für das staatliche Automatenspiel in Spielbanken gelten.

Die Maßnahmen, die in der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ der Bundesregierung für den Bereich des Pathologischen Glücksspiels aufgeführt wurden, wurden und werden im Rahmen der Änderung der Gewerbeordnung und der Novellierung der Spielverordnung umgesetzt.

Auch der Glücksspieländerungsstaatsvertrag enthält erstmals Regelungen für Spielhallen.

Das „Gesetz zur Änderung der Gewerbeordnung und anderer Gesetze“ vom 5. Dezember 2012 enthält mehrere Maßnahmen zur Verbesserung des Spieler- und Jugendschutzes bei Spielgeräten mit Gewinnmöglichkeit. Dazu gehört auch die durch die Änderung der Gewerbeordnung geschaffene Ermächtigungsgrundlage für die Einführung einer personenungebundenen Spielerkarte, mit der ein Automat vor der Nutzung freigeschaltet werden muss. So wird die Gefahr verringert, dass Jugendliche an Automaten spielen und Spieler mehrere Automaten gleichzeitig bedienen. Die Einführung einer personenungebundenen Spielerkarte ist hierbei nur der erste Schritt. In einem nächsten Schritt gilt es, zügig eine personengebundene Spielerkarte einzuführen, damit ein noch weiter gehender Spielerschutz gewährleistet werden kann. Hierzu sind jedoch noch technische und datenschutzrechtliche Fragen zu klären.

In anderen europäischen Ländern wurden bereits Spielerkarten eingeführt. Anfang 2013 hatte Österreich bereits umfangreiche Vorarbeiten für eine betreiberübergreifende Spielerkarte für Glücksspielautomaten geleistet. Künftig erfolgt dort die Kontrolle des gesamten automatisierten Glücksspiels über ein bundesweites Rechenzentrum. Da die österreichischen Erfahrungen für die Einführung einer Spielerkarte in Deutschland wichtige Erkenntnisse liefern können, lud die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Februar 2013 die österreichischen Kollegen zu einem Gespräch nach Berlin ein, an der auch die beteiligten Bundesressorts teilnahmen.

4 Internationales

4.1 Europäische und internationale Alkoholpolitik

4.1.1 Situation in Europa

Europa ist der Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum sowie der höchsten Rate an Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen infolge von Alkoholmissbrauch: Nach Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU tranken die Europäer 2010 im Durchschnitt 10,2 Liter reinen Alkohol. In den letzten 20 Jahren ist ein langsamer Rückgang des Alkoholkonsums um rund 12 Prozent zu verzeichnen, der aber vor allem auf den Konsumrückgang in den südeuropäischen Staaten zurückzuführen ist. Dennoch kommt es in Europa weiterhin zu hohen alkoholbedingten Schäden. Laut dem gemeinsamen Bericht von WHO und EU aus dem Jahr 2013 sterben im Alter zwischen 15 und 64 Jahren einer von sieben Männern und eine von 13 Frauen infolge alkoholbedingter Schäden. Alkohol hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsumenten, sondern auch auf das soziale Umfeld, die Familie oder den Arbeitsplatz. Dies wirkt sich insgesamt negativ auf Beschäftigung und Produktivität aus: Nach Schätzungen belaufen sich die direkten und indirekten Kosten von alkoholbezogenen Schäden in der EU auf rund 1,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

4.1.2 EU-Alkoholstrategie

Seit 2006 bildet die „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ den Rahmen für Aktivitäten und Maßnahmen der EU-Kommission gegen Alkoholmissbrauch. Zu den Schwerpunkten der Strategie gehören zum einen der Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie des ungeborenen Kindes und zum anderen die Reduzierung von alkoholbedingten Verkehrsunfällen, von Gesundheitsschäden bei Erwachsenen und von negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz. Weitere Schwerpunkte sind die Information und Aufklärung über Schäden durch Alkohol sowie die Schaffung einer gemeinsamen Forschungsgrundlage.

2013 hat die EU den offiziellen Bericht zur Evaluation der Alkoholstrategie vorgelegt. Darin bewerten die Wissenschaftler die EU-Strategie insgesamt als positiv. Bisher haben 16 EU-Mitgliedstaaten Strategien zur Bekämpfung alkoholbezogener Schäden aktualisiert oder erstmalig verabschiedet. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Stärkung des Jugendschutzes. 15 Mitgliedstaaten führten Altersgrenzen ein oder erhöhten vorhandene Altersgrenzen für den Konsum und die Abgabe von alkoholischen Getränken. Der Trend in Europa geht zu einem Mindestabgabealter von 18 Jahren. Mittlerweile haben fast alle Staaten eine Grenze für den Blutalkoholspiegel von 0,5 mg/ml und 15 Staaten geringere Grenzen für Fahranfänger festgelegt. Um alkoholbezogene Schäden zu reduzieren, führen 15 Staaten Trainings für Angestellte in der Gastronomie durch. Einige Länder haben neue Preisregulierungen beschlossen, darunter das Verbot von Happy Hours. Vier Staaten haben zwischen 2006 und 2010 die Steuern auf alkoholische Getränke erhöht.

Die bestehende Alkoholstrategie behält auch im Jahr 2014 ihre Gültigkeit und soll zudem um einen Aktionsplan der Kommission ergänzt werden. Des Weiteren startete 2014 eine gemeinsame Aktion von EU und Mitgliedstaaten zur Reduzierung alkoholbezoge-

ner Schäden. Das Projekt, an dem sich fast alle europäischen Mitgliedstaaten beteiligen, zielt darauf ab, die europäische Vergleichbarkeit von Daten zu riskantem Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Schäden zu verbessern. Die Arbeit beinhaltet auch den Austausch und die Angleichung von Empfehlungen für risikoarmen Konsum.

4.1.3 Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit

Im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit werden seit 2003 unter anderem Projekte und Maßnahmen gefördert, die Suchtmittelabhängigkeit vorbeugen sollen. Zuständig ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO). Die Prioritätsbereiche und Kriterien für die Finanzierung werden jedes Jahr in einem Arbeitsplan festgelegt und über die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Lebensmittel (Chafea) – ehemals Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC) – veröffentlicht. Das „Alcohol Policy Youth Network“ (APYN), ein Jugendnetzwerk zur Alkoholprävention, führt seit April 2013 und noch bis April 2016 das Projekt „Let it hAPYN“ durch. Dessen Zielsetzung ist es, einen EU-weiten Überblick zu evidenzbasierten Alkoholinterventionsprogrammen zu erstellen. Das Projekt wird mit knapp 240.000 Euro gefördert.

Zudem werden die Betriebskosten des europäischen Netzwerkes „European Alcohol Policy Alliance“ (Eurocare) mit knapp 100.000 Euro unterstützt. Deutsche Mitgliedsorganisationen sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Deutsche Jugendschutz-Verband (DJV) und der Deutsche Guttempler-Orden (IOGT). Darüber hinaus wurden Zusammenstellungen, Rezensionen und Analysen der vorhandenen Wissensbasis durchgeführt. Sie dienen als Grundlage für die Ausarbeitung weiterer Maßnahmen und politischer Konzepte.

Zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der EU-Alkoholstrategie hat die EU-Kommission 2013 eine gemeinsame Maßnahme zur Alkoholprävention ausgeschrieben. „Reducing Alcohol Related Harm“ (RARHA) hat am 31. Januar 2014 begonnen, ist auf drei Jahre angelegt und wird von der EU mit rund 1,5 Millionen Euro kofinanziert. Ihr Ziel ist eine Verbesserung des Monitorings von Trinkgewohnheiten und alkoholbedingten Gesundheitsschäden sowie die Sammlung guter Praktiken bei der Aufklärung und Informationsvermittlung. Von deutscher Seite beteiligen sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Institut für Therapieforschung München (IFT) sowie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL).

www.ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm
www.eurocare.org/eu_projects/let_it_hapyn
www.apyn.org
www.eurocare.org

Beispielprojekt

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS):

„European Workplace and Alcohol“ (EWA), nationale Partnerarbeit

Von November 2011 bis Ende 2013 beteiligte sich die DHS mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als nationaler Partner (von insgesamt zwölf Ländern) an dem EU-Projekt „European Workplace and Alcohol“ (EWA). Europaweit haben im Rahmen des EWA-Projekts über 50 Betriebe Maßnahmen zur Alkoholprävention am Arbeitsplatz entwickelt und implementiert. In Deutschland nahmen der Landesbetrieb Forst Brandenburg, die Stadt Köln, das Theater Bremen, das Kulturzentrum E-Werk Erlangen sowie die Salzgitter AG teil. Mittels einer anonymen Vorher-nachher-Befragung der Mitarbeiter wurde untersucht, ob und wie die jeweiligen Suchtpräventionsmaßnahmen im Betrieb wirken. Die Ergebnisse auf EU-Ebene zeigen, dass die Maßnahmen das Bewusstsein für die potenziellen Gefahren des Alkoholkonsums messbar erhöhten. Zudem wurde der Alkoholkonsum der Belegschaft durch die Angebote der Suchtprävention gesenkt. Die Ergebnisse und gemachten Erfahrungen des Projekts sind in einem „Werkzeugkoffer“ aufbereitet. Dieser „Werkzeugkoffer“ enthält prakti-

sche Anleitungen und Hinweise zur Entwicklung und Implementierung von suchtpräventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz, die einen guten „Return on Investment“ für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zeigen: Die psychische Widerstandsfähigkeit und das allgemeine Befinden werden verbessert, die Kosten reduziert und die Produktivität erhöht. Der „Werkzeugkoffer“ sowie Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger stehen unter **www.dhs.de/projekte.html** zur Verfügung.

4.1.4 Beispielprojekt aus dem EU-Förderprogramm „Drogenprävention und -information“ (DPIP)

Projekt „REBOUND“

„REBOUND“ ist ein Präventionsprogramm für Schulen und Jugendorganisationen, das von 2010 bis 2012 mit Unterstützung der EU-Kommission (im Rahmen des Förderprogramms „Drogenprävention und -information“ – DPIP) und der Mentor Stiftung Deutschland am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt wurde. Die Zielgruppe der 14- bis 25-Jährigen wurde dabei aktiv beteiligt. Das Programm integriert Resilienztheorien und das Konzept des sozialen Einflusses. Moderate Konsummuster zu entwickeln (also zu wissen, wann, was, wie viel und wo es angemessen ist, zu konsumieren oder abstinent zu bleiben), erfordert soziale, kognitive und emotionale Fähigkeiten. Ziel des Programms ist es, die Risikokompetenz junger Menschen im Umgang mit Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen zu verbessern. Die Einbeziehung von Peer-Mentoren soll den Zugang zur Zielgruppe erleichtern. Sie sollen dabei helfen, Regeln in den sozialen Systemen der jungen Menschen zu initiieren (Eltern, Schulen, Vereine, Peer-Gruppen usw.).

„REBOUND“ ist ein primär- und sekundärpräventives Programm, das innerhalb eines halben Jahres in 10 bis 16 Sitzungen oder alternativ in vier Blocktagen von Pädagogen und Mentoren gemeinsam umgesetzt wird. Es setzt auf die kritische, aktivierende Bearbeitung von Kurzfilmen in der Gruppe. Angestrebt werden mittel- und langfristige Effekte (zwei bis fünf Jahre). In der 6-Monats-Evaluation zeigte sich bereits eine Reduktion von Trunkenheitserfahrungen, in Gymnasialklassen eine geringere Häufigkeit des Cannabiskonsums sowie eine Verbesserung der Risikowahrnehmung und des Wissens. 2013 wurde „REBOUND“ in einem Dutzend Schulen verschiedener Schularten (Gesamtschulen, Gymnasien, Realschulen und Förderschulen) in Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Vorbereitet wurde zudem die Einführung an Modellschulen im Saarland und in Berlin für 2014.
www.my-rebound.de

4.1.5 „Non-Communicable Diseases“-Prozess

Alkoholmissbrauch gehört neben Tabakkonsum, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung zu den vier Hauptrisikofaktoren nicht übertragbarer Krankheiten (non-communicable diseases – NCDs). Nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen sind für 60 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle weltweit verantwortlich. Davon entfallen ca. 80 Prozent auf Länder mit mittlerem und niedrigem Einkommen. Schätzungen zufolge werden die Auswirkungen dieser Krankheiten zu erheblichen volkswirtschaftlichen Verlusten in der Produktivkraft führen und die bereits schwachen Gesundheitssysteme in vielen Ländern überfordern. Daher haben die Vereinten Nationen (VN) das Thema aufgegriffen: Im September 2011 fand ein Gipfeltreffen der Generalversammlung der VN zu NCDs statt, auf dem eine politische Erklärung angenommen wurde, in der sich die Mitgliedstaaten der VN dazu verpflichteten, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu ergreifen. Der auf dieser Erklärung basierende globale Zielekatalog sieht vor, dass bis 2025 die vorzeitige Sterblichkeitsrate aufgrund von NCDs um 25 Prozent gesenkt wird. Hierfür gilt es vor allem, die Risikofaktoren gezielt zu bekämpfen. So sollen u. a. auf globaler Ebene bis 2025 der schädliche Alkoholkonsum um 10 Prozent und der Tabakge-

brauch um 30 Prozent gesenkt werden. Um diese Ziele zu erreichen, können die Mitgliedstaaten auf Maßnahmen der „Globalen Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ und der Tabakrahmenkonvention zurückgreifen. Der „Globale Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten“, der von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 verabschiedet wurde, schlägt konkrete Maßnahmen zur Erreichung der globalen Ziele vor. Deutschland hat diesen Prozess ausdrücklich begrüßt und sich aktiv daran beteiligt.

4.1.6 Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs

Weltweit sterben jedes Jahr schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen infolge von Alkoholmissbrauch, darunter 320.000 junge Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Die meisten Todesfälle durch Alkohol werden durch Unfallverletzungen, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Leberzirrhose verursacht. Obwohl nur die Hälfte der Weltbevölkerung trinkt, trägt Alkoholmissbrauch wesentlich zur weltweiten Krankheitslast bei und gilt als drittwichtigster Risikofaktor für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen – nicht nur in den entwickelten Ländern, sondern zunehmend auch in Ländern mit einem mittleren Bruttoinlandsprodukt.

Aus diesem Grund hat die WHO im Mai 2010 die „Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ verabschiedet. Ziel dieser Strategie ist es, ein globales Bewusstsein für den Alkoholismus zu schaffen, die Handlungsbereitschaft für Veränderungen zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zu verbessern, mit denen sich alkoholbedingte Schäden verringern oder vermeiden lassen. Besonders Länder mit geringem und mittlerem Bruttoinlandsprodukt sollen technische Unterstützung erhalten. Interessenvertreter sollen stärker zusammenarbeiten, Behandlung und Prävention sollen verbessert werden. Außerdem gilt es, das jeweilige Monitoring zum Alkoholkonsum sowie zu alkoholbedingter Erkrankung und Sterblichkeit zu verbessern.

Aufbauend auf der Strategie wurde im Herbst 2011 der „Europäische Aktionsplan der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012 bis 2020)“ verabschiedet. Da in Europa viele alkoholbezogene Probleme grenzüberschreitend auftreten, zielt die Strategie auch darauf, dass die Länder ihr Vorgehen abstimmen. Die WHO führte 2012 gemeinsam mit der EU eine Erhebung zum Alkoholkonsum, zu alkoholbezogenen Schäden und zu Instrumenten der Alkoholpolitik in Europa durch. Die Ergebnisse wurden im Europäischen Sachstandsbericht 2013 „Alkohol und Gesundheit in 35 Ländern der Europäischen Region“ veröffentlicht. Sie sind außerdem im „European Information System on Alcohol and Health“ (EISAH) einsehbar.
www.who.int/gho/eisah

4.2 Europäische und internationale Tabakpolitik

4.2.1 Tabakprävention in der EU

Die Tabakkontrollpolitik ist nicht nur innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten der EU ein vordringliches gesundheitspolitisches Thema. Auch auf europäischer Ebene werden wichtige Entscheidungen und verbindliche Richtlinien verabschiedet, die von den einzelnen Mitgliedstaaten zu übernehmen sind. So wurde die EU-Tabakproduktrichtlinie von 2001 (2001/37/EG) über die Aufmachung und Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen auf europäischer Ebene mit der Einführung von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen in nationale gesetzliche Regelungen überführt. Die Tabakwerberichtlinie der EU wiederum führte zu umfassenden Werbeverbotsregelungen in Deutschland. Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik Impulse in den Mitgliedstaaten, beispielsweise durch den Konsultationsprozess zum Grünbuch „Für ein rauchfreies Europa“. Deutschland beteiligt sich auch auf europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

4.2.2 Tabakproduktrichtlinie

2010 hat die Europäische Kommission die Überarbeitung der Tabakproduktrichtlinie begonnen. Auf der Grundlage der Ergebnisse eines breiten Konsultationsprozesses legte sie im Dezember 2012 einen Vorschlag

zur Änderung der Richtlinie vor, der verschiedene Themenfelder umfasste und intensiv beraten wurde. Bis Ende 2013 konnte ein Kompromiss zwischen Ministerrat und Europäischem Parlament gefunden und die Richtlinie Anfang 2014 verabschiedet werden. Mit der neuen Tabakproduktrichtlinie werden – vor dem Hintergrund wissenschaftlicher und internationaler Entwicklungen – die Verpackungs- und Kennzeichnungsbestimmungen auf den neuesten Stand gebracht. Außerdem werden voneinander abweichende Entwicklungen in den EU-Mitgliedstaaten harmonisiert. Die Richtlinie muss innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten in nationales Recht umgesetzt werden und umfasst im Wesentlichen die folgenden Bereiche:

Inhaltsstoffe
Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen mit charakteristischen Aromen dürfen künftig nicht mehr vermarktet werden. Damit sind Mentholzigaretten – nach einer Übergangszeit – in der EU nicht mehr zugelassen. Des Weiteren werden Tabakprodukte mit Zusätzen, die den Eindruck eines Gesundheitsvorteils verschaffen (Vitamine) oder belebend wirken (Koffein), verboten. Auch Zusatzstoffe, die bei Rauchtabakerzeugnissen das Inhalieren oder die Nikotinaufnahme erleichtern, werden verboten.

Verpackung und Etikettierung
Zukünftig werden die Vorder- und Rückseiten der Packungen für Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen mit kombinierten Bild-Text-Warnhinweisen aus einer Datenbank der EU versehen. Diese sollen 65 Prozent der bedruckten Fläche ausmachen.

Wie nach dem Tabakschmuggelprotokoll des Tabakrahmenübereinkommens (FCTC) vorgesehen, sieht die Richtlinie zudem die Einführung eines Tracking-and-Tracing-Systems zur besseren Kontrolle und Rückverfolgung der Tabakprodukte vom Herstellungsort bis zur Distribution vor. Auf diese Weise soll der Schwarzmarkthandel mit diesen Produkten reduziert werden.

Nikotinhaltige Produkte
In den Regelungsbereich der Tabakproduktrichtlinie werden erstmals neue nikotinhaltige Produkte (wie die E-Zigaretten) einbezogen. In E-Zigaretten sind danach bestimmte Zusatzstoffe (z. B. Vitamine, Koffein oder Stoffe, die die Inhalation oder Nikotinaufnahme erleichtern) künftig verboten. Zudem müssen E-Zigaretten mit einer Kindersicherung versehen sein. Hersteller und Importeure haben eine Meldepflicht über die Erzeugnisse, die sie in Verkehr bringen wollen. Ausführliche Beipackzettel sollen über das Suchtpotenzial und die Toxizität aufklären und Warnungen für spezielle Risikogruppen enthalten.

Weitere Informationen unter:
www.bmel.de/DE/Ernaehrung/Gesundheit/NichtRauchen/_Texte/EUTabakproduktrichtlinieVerhandlungsstandRat.html

4.2.2.1 Engagement des Deutschen Krebsforschungszentrums zur Tabakproduktrichtlinie

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat den Prozess zur Tabakproduktrichtlinie inhaltlich begleitet und dazu mehrere Veröffentlichungen vorgelegt:

Elektrische Zigaretten – ein Überblick
Elektrische Zigaretten erzeugen – anders als herkömmliche Zigaretten – nicht Tausende giftiger und krebserzeugender Substanzen, sind aber dennoch nicht harmlos. Sie enthalten als Hauptbestandteil eine atemwegsreizende Substanz, mit der in der Regel giftiges, abhängig machendes Nikotin inhaliert wird. Die angebotenen E-Zigaretten haben oftmals verschiedene Produktmängel. Trotzdem werden sie zurzeit als Lifestyleprodukt ohne geeignete Qualitätskontrollen frei verkauft, womit die Verbraucher zugleich unfreiwillig zu Versuchsobjekten werden. Zudem wird die E-Zigarette als neues Produkt im Jugendschutzgesetz bislang nicht von der bisherigen Definition erfasst, die die Abgabe und den Konsum von Tabakwaren in der Öffentlichkeit unter 18 Jahren verbietet. Die vorhandenen wissenschaftlichen Daten zu den Produkteigenschaften, den möglichen Gesundheitsgefahren, der Verbreitung der Produkte sowie zu ihrem eventuellen Nutzen als Hilfsmittel für einen Rauchstopp hat das DKFZ in einem Report zusammengestellt und analysiert. Demnach ist die elektrische Zigarette kein unbedenkliches Produkt.

Publikation in Deutsch:
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-zigaretten_ein_ueberblick.pdf

Publikation in Englisch:
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview.pdf

Wirksamkeit von bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen
Wegen vermehrter Nachfragen aus Politik und Öffentlichkeit hat das DKFZ die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von kombinierten Warnhinweisen zusammengefasst. Danach sind insbesondere große bildliche Warnhinweise ein wirksames Mittel der Tabakprävention, weil sie junge Menschen davon abhalten, mit dem Rauchen anzufangen, Raucher zum Rauchstopp motivieren und bei ehemaligen Rauchern Rückfällen vorbeugen. Damit dienen bildliche Warnhinweise der Verminderung des Tabakkonsums und tragen langfristig zu einem Rückgang tabakbedingter Erkrankungen und Sterblichkeit sowie zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit bei.

Publikation in Deutsch:
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Bildliche_Warnhinweise_2013.pdf

Publikation in Englisch:
www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Pictorial_Health_Warnings.pdf

4.2.2.2 Aktionsprogramm Gesundheit der EU zur Umsetzung der Tabakproduktrichtlinie

Das Aktionsprogramm Gesundheit der Europäischen Union beteiligt sich wie im Vorjahr mit ca. 150.000 Euro am „European Network for Smoking and Tobacco Prevention“ (ENSP). Die EU-Kommission hat 2013 einen Rahmenvertrag zur Erarbeitung von Studien ausgeschrieben, die die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der EU-Tabakproduktrichtlinie (2001/37/EC) unterstützen. Es wurden Studien zu folgenden Themen vergeben: Technologien zur Überwachung und Nachverfolgung von Tabakprodukten; Bedeutung von Zusatzstoffen und Verpackungsdesign bei der Konsumentenpräferenz; Entwicklung von Standards zur Etikettierung von Tabakprodukten.
www.ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm
www.ensp.org

4.2.3 Zeichnung des Tabakschmuggelprotokolls

Deutschland hat im Oktober 2013 bei den Vereinten Nationen (VN) in New York das „Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen“ (Tabakschmuggelprotokoll) unterzeichnet. Ziel des Tabakschmuggelprotokolls ist es, den illegalen Handel mit Tabakerzeugnissen weltweit einzudämmen.

Das Tabakschmuggelprotokoll bezieht sich auf Art. 15 der Tabakrahmenkonvention. Danach haben sich die Vertragsparteien verpflichtet, rechtlich gegen alle Formen des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen vorzugehen, insbesondere gegen Schmuggel, illegale Herstellung und Fälschung von Zigaretten.

Hierzu setzt es verbindliche Standards für die 176 Vertragsstaaten und bildet einen Rahmen für die internationale Zusammenarbeit. Zigarettenpackungen müssen eindeutig und sicher gekennzeichnet sein, damit weltweit zurückverfolgt werden kann, wie und wo die Tabakerzeugnisse hergestellt und wann und wohin sie versandt wurden. Verstöße gegen diese Auszeichnungsvorgaben werden geahndet.

Durch den Tabakschmuggel kommen häufig Waren auf den Markt, die nicht versteuert sind und als illegal hergestellte Produkte eine zusätzliche Gesundheitsgefahr für die Verbraucher darstellen. So überschreiten gefälschte Zigaretten oft um ein Vielfaches die erlaubten Höchstmengen an Schadstoffen. Der illegale Handel führt zu einer Steigerung der Nachfrage an verbilligten Tabakerzeugnissen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Zigarettenschmuggel

auf 10 Prozent des versteuerten Zigarettenabsatzes des globalen Marktes geschätzt, in einigen Ländern sogar auf über 50 Prozent (**www.who.int/fctc/protocol/anniv_protocol/en/**). In Deutschland und Europa werden viele Ansätze des verabschiedeten Protokolls bereits umgesetzt. Ziel ist es jedoch, diese weltweit zu etablieren. Sobald es von 40 Vertragsparteien ratifiziert wurde, tritt es neunzig Tage danach in Kraft.

Fragen und Antworten zum Thema Tabakschmuggelprotokoll:
www.bundesgesundheitsministerium.de/faq_tabakschmuggelprotokoll

4.2.4 Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit

Im November 2010 wurden im Rahmen der 4. Konferenz der Vertragsparteien (COP 4) zum Tabakrahmenübereinkommen (FCTC) der WHO die Leitlinien zur Umsetzung von Art. 12 (Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung zu den Folgen des Tabakkonsums) und Art. 14 (Maßnahmen zur Tabakentwöhnung und zur Behandlung der Tabakabhängigkeit) des FCTC einstimmig verabschiedet. Da Deutschland in den jeweiligen Arbeitsgruppen an der Erarbeitung der beiden Leitlinien maßgeblich beteiligt war (bei Art. 12 federführend, bei Art. 14 als „Friends of the Key Facilitators"), wird von Deutschland international eine schnelle Umsetzung entsprechender Projektmaßnahmen erwartet. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands sind jedoch die Umsetzungsmaßnahmen zu Art. 12 und 14 meist auf der Ebene der Bundesländer und der Kommunen organisiert und derzeit noch nicht zentral erfasst. Um diese Lücke zu schließen, erfolgte eine zentrale Sammlung von Good-Practice-Projekten. Im Rahmen eines Modellprojekts wurden in Anlehnung an bestehende Good-Practice-Kriterien (gesundheitliche Chancengleichheit, WHO/AFRO-Region, UN-Habitat, EU DETERMINE) neue Good-Practice-Kriterien erarbeitet. Für die Erfassung der Projekte wurde eine Datenbank erstellt, in die auch im Jahr 2013 fortlaufend Projekte eingetragen wurden.
www.projekte-tabakpraevention.de

4.2.5 Arbeit des WHO-Kollaborationszentrums

Das Heidelberger WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle wurde 2002 mit der Zielsetzung gegründet, einen spürbaren Beitrag zu nationalen und internationalen Bemühungen um die Verringerung des Tabakkonsums zu leisten. Kernarbeitsgebiete sind die Bereitstellung von Wissen und Erkenntnissen über das Ausmaß des Tabakkonsums, die Herausstellung tabakbedingter gesundheitlicher und ökonomischer Konsequenzen sowie die Erarbeitung wirksamkeitsüberprüfter Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums. Besonderer Wert wird auf die Kommunikation mit Entscheidungsträgern aus Politik, Medien und Gesundheitsberufen gelegt.

Das Zentrum hat folgende Funktionen:

- Evaluationsfunktion: Überprüfung wissenschaftlicher Ergebnisse zur Tabakprävention und Tabakkontrolle auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich einer Verminderung des Tabakkonsums
- Bewertungsfunktion: Aufbereitung und Zusammenführung neuester Forschungsergebnisse in Publikationen und auf der eigenen regelmäßig aktualisierten Internetseite
- Monitoringfunktion: Erfassung der Tabakkontrollmaßnahmen und ihrer Wirkung in Deutschland
- Informationsfunktion: Bereitstellung von wissenschaftlichen Ergebnissen und Erkenntnissen zu allen Bereichen der Tabakkontrolle
- Beratungsfunktion: Erarbeitung von Empfehlungen für politische Entscheidungsträger auf der Basis gebündelten Wissens und neuester Erkenntnisse
- Überzeugungsfunktion (Advocacy): Kommunikation mit Entscheidungsträgern und Multiplikatoren
- Ausbildungsfunktion: Durchführung regelmäßiger Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen in der Tabakprävention und Tabakkontrolle für Gesundheitsberufe, Journalisten und Politiker
- Netzwerkfunktion: Mitarbeit in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen, um den Transfer von Wissen und Erfahrung sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Bereich schneller verfügbar zu machen

Ein Schwerpunkt im Jahr 2013 bestand in der Beratung der Bundesregierung, der EU-Kommission und des Europaparlaments zur Tabakproduktrichtlinie und zur Ausarbeitung der S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung. Dazu wurden u.a. verschiedene Stellungnahmen vorgelegt:

- Stellungnahme des DKFZ zum Vorschlag der Tabakproduktrichtlinie 2012/0366 (COD) vom 5. Februar 2013: **www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/DKFZ_Stellungnahme_Vorschlag_EU_TobReg_mit_Anhang.pdf** sowie **www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/DKFZ_Advisory_Opinion_Proposal_EU_Directive_EN_with_appendix.pdf**
- Position Paper – Why menthol as a tobacco additive should be banned, July 2013: **www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/DKFZ-Position-Paper-Menthol-July2013.pdf**
- Stellungnahme des DKFZ zu einem im Internet verfügbaren „Technischen Report“: **www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme-Paper-E-Zigaretten-August-2013.pdf** sowie **www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme-Paper_E-Zigarretten-August-2013_EN.pdf**
- Mitarbeit an den S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Tabakentwöhnung und die Beteiligung an der Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ des Forums Gesundheitsziele Deutschland: **www.tabakkontrolle.de**

4.3 Europäische und internationale Drogenpolitik

4.3.1 Situation illegaler Drogen in Europa

Laut dem aktuellen Jahresbericht der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) befindet sich die Drogensituation im Wandel. Während bei den etablierteren Drogen wie Heroin, Cannabis und Kokain in manchen Ländern ein Rückgang zu verzeichnen ist, sind die Entwicklungen im Zusammenhang mit synthetischen Stimulanzien und neuen psychoaktiven Substanzen (NPS), die alle auf dem illegalen und dem Legal-Highs-Markt verkauft werden, bedenklich. Europa sieht sich einem immer komplexeren und dynamischeren Drogenmarkt gegenüber, der sich nicht mehr so stark wie bisher an pflanzlichen Stoffen orientiert, die über weite Strecken zu den europäischen Abnehmern transportiert werden müssen. Globalisierung und Informationstechnologie sind wichtige Triebkräfte für diese Veränderung, zudem schafft das Internet neue Möglichkeiten für den Konsum und das Angebot von Drogen.

Cannabis bleibt die am weitesten verbreitete Droge auf dem europäischen Markt. Schätzungsweise 77 Millionen erwachsene Europäer haben irgendwann im Leben einmal Cannabis probiert, davon etwa 20 Millionen in den letzten zwölf Monaten. Aktuelle Erhebungsdaten lassen insgesamt stabile oder rückläufige Tendenzen beim Konsum erkennen. Die größten Bedenken in Bezug auf die öffentliche Gesundheit betreffen jedoch die schätzungsweise drei Millionen Europäer, die die Droge täglich oder fast täglich konsumieren. Die Zahl der Klienten, die sich wegen Cannabisproblemen erstmals in Behandlung begeben, hat in Europa innerhalb der vergangenen Jahre um etwa ein Drittel zugenommen. Steigende Tendenzen zeigen sich auch in Bezug auf den Wirkstoffgehalt von Marihuana. Zudem nimmt der Anbau in den europäischen Ländern zu.

Bei Heroin deuten die jüngsten Daten zur Behandlungsnachfrage und zu Sicherstellungen europaweit auf eine rückläufige Tendenz beim Konsum und bei der Verfügbarkeit hin. Dabei wurde der deutlichste Rückgang in den westeuropäischen Ländern beobachtet. Daten von in Behandlung befindlichen Patienten zeigen außerdem einen anhaltenden Rückgang des injizierenden Drogenkonsums. Diese Konsumabnahme sowie die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen – etwa der Substitutionstherapie oder der Spritzentauschprogramme – haben vermutlich zu dem beobachteten Rückgang der Zahl drogenbedingter HIV-Neuinfektionen in Europa beigetragen. Diese insgesamt positive Tendenz wurde jedoch durch Ausbrüche von HIV-Infektionen in Griechenland und

Rumänien unterbrochen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, auch weiterhin geeignete Dienste zur Schadensminimierung und Behandlung anzubieten.

Kokain hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre als das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa etabliert, wobei die Mehrheit der Konsumenten aus einigen wenigen westlichen EU-Ländern kommt. Etwa 14,5 Millionen Europäer im Alter von 15 bis 64 Jahren haben irgendwann im Leben Kokain probiert, davon etwa 3,5 Millionen im vergangenen Jahr. Der aktuelle Europäische Drogenbericht (EDB) zeigt jedoch, dass sowohl der Konsum als auch das Angebot von Kokain insgesamt eine rückläufige Tendenz aufweisen. Vor allem in den Ländern mit den höchsten Prävalenzen (Dänemark, Irland, Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich) zeigen jüngere Erhebungen Anzeichen für einen abnehmenden Konsum bei jungen Erwachsenen. Zudem treten weniger Drogenkonsumenten wegen Problemen mit Kokain eine Behandlung an. Dennoch wird weiterhin über akute und chronische Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain berichtet. Deutliche Rückgänge wurden bei den sichergestellten Kokainmengen berichtet. Anlass zur Sorge gibt jedoch die stattfindende Diversifizierung der nach Europa führenden Kokainhandelsrouten. So gab es beispielsweise umfangreiche Sicherstellungen in den Häfen Bulgariens, Griechenlands, Rumäniens und der baltischen Länder.

Amphetamine und Ecstasy sind weiterhin die meistkonsumierten synthetischen Stimulanzien in Europa und konkurrieren in gewissem Maße mit Kokain. Schätzungsweise etwa 12,7 Millionen erwachsene Europäer haben bereits Amphetamine probiert, etwa zwei Millionen unter ihnen im vergangenen Jahr. Neuere Daten belegen, dass der Konsum von Amphetaminen bei jungen Erwachsenen stabil bzw. rückläufig ist. Auch wenn Amphetamin in Europa seit jeher weiter verbreitet ist, gibt es auch Anzeichen für ein steigendes Angebot sowie einen zunehmenden Konsum von Methamphetamin. Sicherstellungen von Methamphetamin haben, ungeachtet der zahlen- und mengenmäßig noch immer geringen Werte, zwischen 2002 und 2011 zugenommen, was auf eine steigende Verfügbarkeit der Droge hindeutet. Der Konsum ist in Europa traditionell niedrig und vor allem auf die Tschechische Republik und die Slowakei beschränkt, scheint sich jedoch auszuweiten. Hierbei gibt es Anzeichen für einen problematischen Methamphetaminkonsum in einzelnen Regionen Deutschlands, Griechenlands, Zyperns und der Türkei. Die Problematik der NPS bleibt in Europa bedenklich. Im Jahr 2012 wurden über das EU-Frühwarnsystem 73 NPS erstmals offiziell gemeldet.

Mehr Informationen zum Drogenkonsum in Europa:
www.emcdda.europa.eu

International Conference on Drug Policy and Policing

Die „International Conference on Drug Policy and Policing“ fand vom 14. bis 15. November 2013 in Frankfurt am Main statt und zielte darauf ab, die Rolle der Polizei bei einer Reform der Drogenpolitik zu diskutieren. Auf Initiative des „Open Society Global Drug Policy Program“ wurden rund 50 hochrangige Repräsentanten der Polizei aus 13 Ländern (u. a. aus Brasilien, Indien, England, Polen und den USA) eingeladen, um ihre Erfahrungen in diesem Prozess auszutauschen. Veranstalter waren das Polizeipräsidium Frankfurt, das Institut für Suchtforschung (ISFF) an der Fachhochschule Frankfurt sowie das Drogenreferat der Stadt Frankfurt. Organisiert wurde die Konferenz von akzept e. V., dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Dank der aktiven Beteiligung der Frankfurter Polizei hatte die Konferenz ein überwältigendes Presseecho. Die Teilnehmer verabschiedeten die „Frankfurt Principles on Drug Law Enforcement“.
www.akzept.org/pro_eu_konferenz.html

4.3.1.1 EU-Gremien

Die EU-Kommission

In den letzten beiden Jahrzehnten haben die EU-Mitgliedstaaten und die EU-Kommission gemeinsam einen europäischen Ansatz zur nachhaltigen Drogenbekämpfung entwickelt und sich vor diesem Hintergrund auf eine enge Zusammenarbeit verständigt. Ihrer Mitteilung „Eine entschlossenere europäische Reaktion auf das Drogenproblem" aus dem Jahr 2011 folgend, hat die Kommission im September 2013 Gesetzesvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen gegen NPS vorgelegt. Das Paket besteht aus einem Verordnungsvorschlag zu NPS und einem Vorschlag für eine Richtlinie zur Änderung des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zu Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und über Strafen. Damit sollen die Verfügbarkeit riskanter NPS für Konsumenten auf EU-Ebene reduziert und zugleich Hindernisse für den legalen Handel vermieden werden.

In ihrer Mitteilung hat die Kommission auch angekündigt, Indikatoren zur Überwachung des Drogenangebots, der drogenbedingten Straftaten und der Verringerung des Drogenangebots vorzulegen. Aufbauend auf den Ergebnissen zweier Konferenzen zur Entwicklung von Schlüsselindikatoren für die Bereiche Drogenmärkte, drogenbezogene Kriminalität und Angebotsreduzierung wurde bei der EBDD eine Referenzgruppe zu Angebotsfragen eingerichtet.

Der Rat der EU

Im Dezember 2013 traten die vom Rat verabschiedeten Änderungsvorschläge für die Verordnungen (VO) zu Drogenausgangsstoffen in Kraft. Die geänderte VO (EG) Nr. 273/2004 den Binnenmarkt betreffend soll vor allem besser verhindern, dass Essigsäureanhydrid, der wichtigste Drogenausgangsstoff für Heroin, abgezweigt wird. Mit der Änderung der VO (EG) Nr. 111/2005 soll der Drittlandshandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden.

Im Juni 2013 verabschiedete der Rat zudem den ersten von zwei Aktionsplänen zur Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2013 bis 2020). Der Aktionsplan umfasst den Zeitraum 2013 bis 2016.

Zur Unterstützung der Aktivitäten im Bereich der Drogenangebotsreduzierung und in Umsetzung der EU-Drogenstrategie nahm der Rat im November 2013 Schlussfolgerungen zur Verbesserung der Drogenangebotsüberwachung in der EU an.

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Art. 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen" folgend, beschloss der Rat 2012, die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung der neuen psychoaktiven Substanz 4-Methylamphetamin (4-MA) verbunden sind. Hierbei wurden auch die gesundheitlichen und sozialen Risiken berücksichtigt. Der Bewertung unterlagen darüber hinaus auch die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. In Umsetzung der von der EBDD im Dezember 2012 vorgelegten Risikobewertung beschloss der Rat im März 2013 entsprechende Kontrollmaßnahmen für 4-MA. Das gleiche Verfahren wurde 2013 für die neue psychoaktive Substanz 5-(2-Aminopropyl)indol (5-IT) durchgeführt und resultierte im April 2013 in einem Risikobewertungsbericht der EBDD sowie im Oktober 2013 in einem Durchführungsbeschluss des Rates über Kontrollmaßnahmen für 5-IT.

Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungen aller Mitgliedstaaten vertreten sind. Seit 1. Juli 2013 ist auch Kroatien als Vollmitglied vertreten. Die HDG hat die Gesamtübersicht über alle drogenbezogenen Fragen. Der jeweilige Vorsitz und das Generalsekretariat gewährleisten, dass die Gruppe über alle drogenbezogenen Fragen, die in anderen Gruppen (z. B. Gesundheit, Strafrecht, Justiz und Inneres, Handel, Zoll, Auswärtiges) behandelt werden, auf dem Laufenden gehalten wird.

2013 lag der Schwerpunkt auf der Erarbeitung und Verabschiedung des ersten von zwei Aktionsplänen zur Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2013 bis 2020). Im ersten Halbjahr wurde dieser unter irischem Ratsvorsitz verhandelt und verabschiedet. Die 54 Aktionen sind nach den beiden Politikbereichen der Strategie – „Verringerung der Drogennachfrage“ und „Verringerung des Drogenangebots“ – sowie nach den drei bereichsübergreifenden Themen „Koordinierung“, „Internationale Zusammenarbeit“ und „Information, Forschung, Überwachung und Evaluierung“ aufgegliedert. Nach externer Bewertung soll im Anschluss an diesen Aktionsplan ein zweiter für den Zeitraum 2017 bis 2020 ausgearbeitet werden.

Unter litauischem Ratsvorsitz begann die HDG im Herbst 2013 die Beratung der Verordnung über NPS, die auch unter künftigen Ratspräsidentschaften weiter auf der Tagesordnung stehen wird.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 56. Sitzung der Suchtstoffkommission der VN (CND). Die EU brachte vier Resolutionsentwürfe in die 56. CND ein, die mit breiter Unterstützung von den VN angenommen wurden: „Promoting the sharing of expertise in and knowledge on forensic drug profiling“, „Intensifying the efforts to achieve the targets of the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS among people who use drugs, in particular the target to reduce HIV transmission among people who inject drugs by 50 per cent by 2015“, „Enhancing international cooperation to strengthen efforts in West Africa to counter illicit drug trafficking “ und „Promoting the development and use of the international electronic import and export authorization system for licit international trade in narcotic drugs and psychotropic substances“. Letzterer wurde auf deutsche Initiative hin eingebracht.

Auch 2013 hat die HDG den politischen Dialog mit Drittstaaten fortgesetzt, um der weltweiten Dimension des Drogenproblems Rechnung zu tragen. Gespräche wurden schwerpunktmäßig mit den USA und den Ländern der östlichen Partnerschaft geführt. Zudem fand ein Treffen mit der Gemeinschaft der lateinamerikanischen und karibischen Staaten (CELAC) auf hoher Ebene in Ecuador statt.

Die Mitgliedstaaten der EU und die Länder des Westbalkans haben in einer Ministererklärung ihren Willen bekundet, aufbauend auf den Erfahrungen im Rahmen des gemeinsamen Aktionsplans 2009 bis 2013 ihre Kooperation im Bereich der Drogenbekämpfung fortzusetzen.

4.3.1.2 Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD und DBDD)

Die EBDD wurde 1993 gegründet und 1995 in Lissabon als dezentrale Agentur der EU eröffnet. Aufgabe der EBDD ist es, der EU und ihren Mitgliedstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik zu geben und z. B. durch die Einführung gemeinsamer Standards bei der Datenerhebung einen gemeinsamen Informationsrahmen zu schaffen. Die EBDD versorgt politische Entscheidungsträger mit wissenschaftlichen Fakten, die diese zur Ausarbeitung von Drogengesetzen und Strategien zur Drogenbekämpfung benötigen. Zudem unterstützt sie Fachleute und Forscher durch die Bereitstellung und Entwicklung optimaler Verfahren und neuer analysebedürftiger Bereiche. Auch die breite Öffentlichkeit erhält Zugang zu Informationen und fundierten Analysen im Zusammenhang mit Drogen. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen (Focal Points) sammeln hierfür die nötigen Informationen für die EBDD in Form eines jährlich erstellten Berichts zur Drogensituation. Im Gegenzug tragen sie schließlich die Ergebnisse der EBDD in das eigene Land zurück. In Deutschland sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das Institut für Therapieforschung München (IFT) gemeinsam mit diesen Aufgaben betraut. Seit 1999 führen sie unter dem Namen „Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (DBDD) unter Geschäftsführung und Koordination des IFT die damit verbundenen Aktivitäten durch.

Neben der Berichterstattung auf Basis zahlreicher überregionaler Datenquellen, die Informationen zum Drogenkonsum in Deutschland liefern, wurden auch 2013 aktuelle Daten aus regionalen Studien (z. B. in Hamburg und Frankfurt) oder Hinweise zu neueren Entwicklungen wie dem Konsum von Methamphetamin in den Jahresbericht der DBDD aufgenommen. Darüber hinaus bietet der Bericht einen Überblick über rechtliche, politische und versorgungsrelevante Veränderungen. In jüngerer Zeit hat er sich auch in Schwerpunktkapiteln vertiefend mit gesonderten Themen wie etwa der „Stationären Behandlung von Drogenkonsumenten“ oder der „Drogenpolitik von Großstädten“ befasst. Diese Informationen bilden eine der Grundlagen für vergleichende Analysen der EBDD, die diese z. B. im Rahmen von Sonderpublikationen (Selected Issues) in englischer Sprache veröffentlicht oder als „Topics in the spotlight“ auf ihrer Internetseite veröffentlicht.

Die DBDD arbeitet mit einer Vielzahl von Partnern zusammen, die u. a. in den Bereichen der Versorgung, Forschung, öffentlichen Verwaltung, Prävention oder Strafverfolgung tätig sind und durch ihre Expertise eine umfassende Berichterstattung erst ermöglichen. In den letzten Jahren wächst insbesondere das Interesse, Daten aus dem Bereich der Angebotsreduktion systematischer als bisher bei der Berichterstattung zu berücksichtigen. Die zur Verfügung stehenden Informationen aus dem Segment der Nachfragereduktion sind bereits sehr umfangreich und detailliert.

4.3.1.3 Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2013

Einmal in ihrer Amtszeit laden die Präsidentschaften des Europäischen Rates alle EU-Drogenkoordinatoren ein, um aktuelle drogenpolitische Themen zu erörtern.

Im April 2013 folgte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung der Einladung der irischen Ratspräsidentschaft nach Dublin. Erörtert wurden die Themenblöcke „Drogenkonsum und drogenbezogene Todesfälle“, „Substitution, Spritzentausch und weitere Maßnahmen zur Schadensminimierung“, „Rehabilitation“, „Bedarfe von Gefangenen“, „Bedarfe der von Drogenkonsum betroffenen Familien“ sowie „Neue psychoaktive Substanzen“. In diesem Zusammenhang wurde zunächst das irische Konzept vorgestellt, bevor anschließend aktuelle Probleme diskutiert wurden, die sich in den EU-Mitgliedstaaten in Bezug auf diese Thematiken zeigen.

Im September 2013 lud die litauische Ratspräsidentschaft nach Vilnius ein. Die Diskussionen konzentrierten sich dabei auf den Missbrauch verschreibungspflichtiger Betäubungsmittel (siehe C 4.3.1.1). Dabei wurden die Drogenkoordinatoren zunächst über die Situation in Australien und den USA informiert, bevor sie die aktuelle Lage in ihren Ländern und die Notwendigkeit abgestimmter Strategien diskutierten. Daneben lud die Präsidentschaft die anwesenden Vertreter ein, sich zu der für 2016 geplanten Sondersitzung der VN zu den international kontrollierten Substanzen auszutauschen. Die Anwesenden waren sich darin einig, dass Europa eine starke Position in den Verhandlungen einnehmen muss.

4.3.1.4 Projekte im EU-Förderprogramm „Drogenprävention und -information“

Im Rahmen des EU-Förderprogramms „Drogenprävention und -information“ (DPIP) werden seit 2007 jährlich etwa drei Millionen Euro für Modellprojekte und europaweit agierende Organisationen im Drogenbereich zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der aktuellen Ausschreibung von 2013 wurden insgesamt 108 Anträge eingereicht, von denen sieben Anträge gefördert werden sollen, darunter das Projekt „Click for Support“, das federführend aus Deutschland kommt. Projektträger wird die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) sein. Im Projekt „EU-MADNESS“ (EUropean-wide, Monitoring, Analysis and knowledge Dissemination on Novel/Emerging pSychoactiveS) ist ebenfalls ein Partner aus Deutschland beteiligt.

Je zwei der geförderten Projekte widmen sich den neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) bzw. erproben neue Medien in der (selektiven) Prävention. Je ein Projekt gilt der GHB-Problematik, der selektiven Prävention für junge Cannabiskonsumierende und der

Prävention bzw. Behandlung von Hepatitis C. Mit der Ausschreibung im Jahr 2013 endet das EU-Förderprogramm „Drogenprävention und -information". Die mit Mitteln aus dem Jahr 2013 geförderten Projekte werden spätestens Anfang 2016 enden. Neue Projekte mit vergleichbaren Inhalten können ab 2014 – je nach den Inhalten des Jahresarbeitsplans – in den EU-Förderprogrammen „Justice" oder „Drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014 bis 2020)" beantragt werden.

4.3.1.5 Beispielprojekt aus den Ländern

Hessen:

Centre for Drug Research: „Global Cannabis Cultivation Survey"

Der „Global Cannabis Cultivation Survey" (GCCS) ist ein internationales Forschungsprojekt zum Anbau von Cannabis, für das Online-Befragungen in diversen Ländern in Europa, Nordamerika und Ozeanien durchgeführt wurden. Das Centre for Drug Research (CDR) an der Frankfurter Goethe-Universität stellte Ende November 2012 die deutschsprachige Version des GCCS online.

Die Befragung richtete sich an Personen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die mindestens einmal im Leben Cannabis angebaut haben, mindestens 18 Jahre alt waren und in einem der drei angegebenen Länder leben. Bis zum Ende der Erhebung im Mai 2013 hatten insgesamt 1.561 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt. Damit liegen im deutschsprachigen Raum zum ersten Mal Erkenntnisse über eine größere Stichprobe von sogenannten Growern vor.

95 Prozent der Stichprobe sind männlich, das Durchschnittsalter beträgt rund 29 Jahre. Die Mehrheit der Teilnehmer hat einen höheren Bildungsabschluss; ein Migrationshintergrund liegt vergleichsweise selten vor. Mehr als zwei Drittel haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis angebaut. 88 Prozent haben im letzten Monat vor der Befragung Cannabis konsumiert, 8 Prozent auch andere illegale Drogen.

Rund drei Viertel der Befragten betreiben Indooranbau, 42 Prozent bauen (auch) im Freien an. Der Großteil der Befragten beschränkt sich auf einige wenige Pflanzen und relativ geringe Erntemengen. Zwei Drittel konsumieren die angebauten Drogen ausschließlich selbst bzw. gemeinsam mit anderen. Auch die meisten derjenigen, die einen Teil der Ernte verkaufen, geben nur kleine Mengen (unter 50 Gramm pro Ernte) gegen Entgelt weiter, und das zumeist an Freunde. Rund ein Drittel verwendet Cannabis aus medizinischen Gründen. Rund ein Sechstel der Befragten ist wegen des Cannabisanbaus bereits mit der Polizei in Berührung gekommen. Aus diesem Grund wird die Strafverfolgung auch als das größte Risiko beim Hanfanbau angesehen und die Grower ergreifen zumeist diverse Vorsichtsmaßnahmen, um eine Entdeckung zu verhindern.

4.3.1.6 Twinning-Projekt mit Serbien

Seit Oktober 2012 besteht zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem serbischen Innen- und Gesundheitsministerium die Verwaltungspartnerschaft „Implementierung einer Drogenstrategie". Grund hierfür war u. a. die Tatsache, dass Serbien – seit März 2012 EU-Beitrittskandidat – auf der sogenannten Balkanroute des organisierten Drogenschmuggels liegt. Das Land kann jedoch auf eine eher fortschrittliche Gesundheits- und Drogenpolitik unter jugoslawischer Ägide zurückblicken. So wurde in Jugoslawien Ende der 1970er Jahre beispielsweise die Methadonbehandlung von Heroinabhängigen eingeführt. 1980 wurden in Belgrad schon mehr als 500 Personen mit Methadon substituiert. Der wirtschaftliche Boykott in den 1980er und 1990er Jahren, die Kriege und Bürgerkriege im gleichen Zeitraum sowie die politische Vetternwirtschaft haben das Gesundheitssystem in seinen Grundfesten zwar stark erschüttert, doch es finden sich auch heute in Serbien alle Ansätze einer modernen, ausgewogenen Gesundheits- und Drogen-

politik. Diese weiter zu fördern, ist Aufgabe der Verwaltungspartnerschaft.

Dabei folgt das Projekt dem sogenannten Balanced Approach und stellt zum einen die Reduzierung des Drogenangebots und zum anderen die Verminderung der Drogennachfrage in den Fokus. In diesem Rahmen werden Trainingsmaßnahmen für Fachkräfte durchgeführt, um die Beschlagnahmung von illegalen Drogen, Ausgangsstoffen zur Drogenherstellung und legal verfügbaren Drogen zu stärken. Ziel ist es, die beschlagnahmten Drogen anschließend zu vernichten. Dies geschah in Serbien im Zuge der Verwaltungspartnerschaft erstmals seit 2001.

Auch die Drogenbestandsaufnahme und die Umsetzung der Drogenprävention sind Teil des Projekts. Zu den Maßnahmen gehören u. a. die Einführung von in der EU einheitlichen Schlüsselindikatoren zur Drogenkontrolle und die Evaluation der bestehenden serbischen Drogenstrategie.

Das Projekt wird zu 100 Prozent aus EU-Mitteln finanziert und vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg implementiert, das hierfür mit der tschechischen Regierungsstelle für Drogenkontrolle zusammenarbeitet. Das Projekt endet voraussichtlich im Sommer 2014.

4.3.1.7 CADAP V

Das Drogenproblem in Zentralasien in der Nachbarschaft zu Afghanistan ist nicht nur ein sicherheits-, sondern auch ein enormes gesundheitspolitisches Problem. In Zentralasien werden fast 400.000 Heroinabhängige geschätzt. Es gibt steigende HIV- und Hepatitisinfektionen unter den zumeist injizierenden Heroinkonsumenten. Im Jahr 2003 startete das „Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP) mit dem Ziel, die fünf zentralasiatischen Staaten Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan umfassend und nachhaltig dabei zu unterstützen, das Monitoring der Drogensituation sowie die Prävention und die Behandlung von Drogenabhängigen zu verbessern. Dabei liegt der Fokus auf den Kapazitäten im Bereich Gesundheitspolitik und auf der adäquaten Verknüpfung mit bestehenden Maßnahmen anderer Politikbereiche und internationaler Programme. Durchgeführt wird das CADAP von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Rahmen eines europäischen Konsortiums mit Partnern aus der tschechischen Republik, Polen und Deutschland.

Im Juni 2013 wurde die fünfte Phase des Programms (CADAP V) erfolgreich abgeschlossen. Die Abschlusskonferenzen und das vierte Regionale Steuerungstreffen (Regional Steering Committee (RSC) Meeting) fanden vom 9. bis 11. April 2013 in Bischkek in der Kirgisischen Republik statt. Hier präsentierten und diskutierten 120 Vertreter staatlicher und nichtstaatlicher Institutionen sowie internationaler Geber die Maßnahmen und Ergebnisse von CADAP 5. Aus allen fünf Partnerländern nahmen Regierungsvertreter und Schlüsselpartner teil. Da die zentralasiatischen Experten über geringe Austauschmöglichkeiten mit Kollegen aus anderen Ländern verfügen, begrüßten sie ausdrücklich den regionalen Ansatz von CADAP 5.

Neben der Rückschau auf das Erreichte wurden bei der Abschlusskonferenz auch weitere Schritte und Bedarfe diskutiert: So wurden die neue EU-Drogenstrategie (2014 bis 2020) und der erste Entwurf des Drogenaktionsplans der EU für Zentralasien (2014 bis 2020) vorgestellt und mit den Partnerländern diskutiert und abgestimmt. Der neue Aktionsplan wurde im November 2013 verabschiedet.

Die 2012 erstellten Jahresberichte *(Annual Reports)* zur Drogensituation wurden in vier Partnerländern (Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan und Usbekistan) und im Rahmen der 56. Sitzung der Suchtstoffkommission (CND) der VN in Wien vom 11. bis 15. März 2013 vorgestellt. Das Ziel, die Einführung moderner Behandlungsmethoden für Drogenabhängige – insbesondere im Rahmen von Opiatsubstitutionstherapien (OST) und von psychotherapeutischen Behandlungen – zu unterstützen, wurde ebenfalls erreicht. Die Teilnehmer verschiedener Trainings zeigten sich ausgesprochen interessiert an modernen OST-Verfahren. Ein weiterer Fokus lag auf den Methoden der psychoso-

zialen Betreuung von Suchtkranken. Ebenso wurden unter dem Titel „Stärkung von Familien – weiter weg von Drogen“ nationale Präventionskampagnen für spezifische Zielgruppen und die Allgemeinbevölkerung unterstützt.

Die zentralasiatischen Partner machten im Rahmen der Abschlusskonferenz deutlich, dass sie sehr an einer Fortsetzung der Kooperation interessiert sind und die deutsche Expertise schätzen. Auch die zuständige EU-Delegation in Bischkek war mit der Kooperation, Umsetzung und Sichtbarkeit von CADAP 5 unter deutscher Leitung sehr zufrieden.

Die sechste Phase des EU-finanzierten Programms wird unter politischer Federführung des BMG und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) von der GIZ mit Partnern aus den Niederlanden, der tschechischen Republik, Polen und Deutschland in diesem Jahr weitergeführt.

4.3.2 Vereinte Nationen (VN)

Auf der Ebene der VN erfolgte die Zusammenarbeit im Drogenbereich auch im Jahr 2013 auf der Grundlage von drei Drogenkonventionen. Die Konventionsstaaten haben sich verpflichtet, die Produktion und den Vertrieb von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu kontrollieren sowie den Drogenmissbrauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen. Hierfür sollen sie die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen schaffen, in diesem Rahmen zugleich dem Erfordernis einer angemessenen medizinischen Anwendung und Versorgung der Bevölkerung Rechnung tragen sowie den internationalen Organen über ihre Aktivitäten berichten.

VN-Drogenkonventionen:
www.incb.org
www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html?ref=menuside

4.3.2.1 Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC)

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der VN (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (UNODC) durchgeführt wird. Das UNODC gibt jährlich einen Weltdrogenbericht heraus.

Laut dem Mitte 2013 veröffentlichten Bericht ist der Konsum „traditioneller“ Drogen wie Heroin und Kokain weltweit und insgesamt betrachtet einigermaßen stabil geblieben.

Cannabis ist mit Abstand die weltweit am häufigsten konsumierte Droge. 3,9 Prozent der Weltbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (180 Millionen Menschen) konsumieren es. Daneben weisen Schätzungen der VN darauf hin, dass 2012 etwa 17 Millionen Menschen zumindest einmal Kokain konsumiert haben. Der bislang vor allem in West- und Zentraleuropa sowie Nordamerika am stärksten verbreitete Konsum ist zuletzt zurückgegangen. Hingegen ist die Nachfrage in Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa teilweise stark angestiegen. Auch wenn der Konsum von Opiaten (Heroin und Opium) weltweit betrachtet eher stabil geblieben ist (etwa 19 Millionen Konsumenten bzw. 0,4 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren), gibt es Berichte über hohe Opiat-Prävalenzraten aus Südwest- und Zentralasien, aus Ost- und Südosteuropa sowie aus Nordamerika. In Europa scheint der Heroinkonsum rückläufig zu sein.

Nach Angaben des Berichts starben 2011 etwa 211.000 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Die meisten drogenbedingten Todesfälle sind der jüngeren Bevölkerung zuzurechnen und waren zu einem größeren Teil vermeidbar. Überdosierungen mit Opioiden hatten den größten Anteil an den drogenbedingten Todesfällen.

Nach neueren Daten wird die Prävalenz von Menschen, die Drogen injizieren und mit HIV leben, 2011 niedriger als früher eingeschätzt: Von ca. 14 Millionen Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren, die Drogen injizieren, hatten ca. 1,6 Millionen HIV. Danach gebe es

im Vergleich zu den Schätzungen aus 2008 12 Prozent weniger Menschen, die Drogen injizieren, und 46 Prozent weniger Menschen, die Drogen injizieren und HIV haben.

Einen besonderen Schwerpunkt des Berichts bilden die sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen (NPS). NPS können den folgenden Gruppen zugeordnet werden: synthetische Cannabinoide, Phenethylamine, Cathinone, Piperazine, Ketamine, Tryptamine sowie pflanzliche Drogen (z. B. Khat, Kratom, Salvia divinorum). Darüber hinaus gibt es jedoch auch eine signifikante Anzahl von Substanzen, die keiner dieser Gruppen angehören. Sie werden oft als angeblich legale Alternativen zu verbotenen Substanzen beworben und unter Bezeichnungen wie „Kräutermischungen", „Badesalz" oder „Düngemittel" auf dem Markt angeboten. Nach Einschätzung des Berichts sind NPS, die auch in Reinform angeboten werden, die neue Herausforderung im Drogenbereich. Aus den weltweiten Beschlagnahmungszahlen lässt sich ein ansteigender Trend für synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone, pflanzliche Drogen und sonstige Substanzen erkennen, während die Zahlen für Phenethylamine, Piperazine und Ketamin weitgehend stabil sind. Bis Mitte 2012 wurden 251 NPS an das UNODC gemeldet, was erstmalig die Zahl der 234 von den internationalen Drogenkonventionen umfassten Substanzen übersteigt. Von 166 NPS, die bis Ende 2009 gemeldet waren, ist die Anzahl damit bis Mitte 2012 um mehr als 50 Prozent gestiegen. Das UNDODC weist auf die positiven Effekte hin, die eine Unterstellung von NPS unter die nationalen Gesetze mit sich bringt. So ist zu beobachten, dass der Konsum dieser Substanzen nach ihrem Verbot kurzzeitig zurückgeht, was positive Auswirkungen auf das Ausmaß der gesundheitlichen Konsequenzen und der Todesfälle durch diese Substanzen hat.

Das Internet scheint eine zunehmend bedeutende Rolle beim Vertrieb von NPS zu spielen. In Europa soll Deutschland hinter Großbritannien und Polen der drittgrößte Markt für NPS sein. Der Bericht weist aber auch auf die noch bestehenden erheblichen Wissenslücken hinsichtlich der Verbreitung, der Marktmengen und der Prävalenzen hin.

Daneben enthält der Bericht wichtige Angaben zu Amphetaminen (insbesondere zu Speed und Crystal) und Ecstasy (vor allem MDMA, XTC, Ecstasy etc.), deren Handel und Konsum erheblichen Anteil am Weltdrogenproblem haben. Als Gruppe synthetisch hergestellter Substanzen (englisch: Amphetamine-Type-Stimulants (ATS)) können sie teilweise arzneiliche Anwendungen haben. Je nach chemischer Struktur haben sie eine aufputschende und/oder halluzinogene Wirkung, die vor allem zur psychischen Abhängigkeit führen kann.

Die globalen ATS-Beschlagnahmen haben den höchsten Stand erreicht, der je berichtet wurde: Im Jahr 2011 wurden 123 Tonnen beschlagnahmt, was einer Steigerung von 66 Prozent gegenüber den 74 Tonnen im Jahr 2010 entspricht. Dramatische Anstiege gab es in Asien, Nordamerika und Europa. Der Anstieg ist hauptsächlich auf Methamphetamin-Beschlagnahmen zurückzuführen (73 Prozent Steigerung von 2010 (51 Tonnen) zu 2011 (88 Tonnen)). 71 Prozent der globalen ATS-Beschlagnahmen betreffen Methamphetamin. Die höchsten Methamphetamin-Beschlagnahmen wurden aus Mexiko berichtet. Zudem gibt es einen steilen Anstieg in Amerika, Asien und Europa (in Europa wird eine Steigerung von 576 Kilogramm auf 2 Tonnen gemeldet). Die meisten Methamphetamin-Labore wurden aus den USA berichtet (11.116, Vervierfachung gegenüber 2010). 350 Labore wurden in Europa entdeckt, die meisten davon in Tschechien (338 Labore). Erhöhte Beschlagnahmen von kristallinem Methamphetamin in Ost- und Südostasien weisen auf einen stärker diversifizierten Markt für ATS hin. Traditionelle Grundstoffe zur Amphetaminherstellung werden durch alternative und chemisch abgewandelte Grundstoffe (sogenannte Pre-Precursors bzw. Vor-Vorläufersubstanzen) ersetzt, die nicht unter internationaler Kontrolle stehen. So gab es etwa Apaan-Beschlagnahmen in Europa, wo Apaan seit Ende 2013 dem Grundstoffrecht unterstellt ist. Apaan wurde erstmals im Jahr 2006 in einem Methamphetamin-Großlabor in Malaysia entdeckt, seit 2009 fanden Beschlagnahmen in Belgien, den Niederlanden, Polen und der Türkei statt. In Polen wurden im April 2011 700 Kilogramm Apaan beschlagnahmt. Die Niederlande haben die Beschlag-

nahme mehrerer Labore berichtet, wo Apaan in P-2-P umgewandelt wurde. Das zunehmende Auftreten (noch) nicht kontrollierter Vor-Vorläufersubstanzen (etwa Methylamin und MMDMG) wird als andauernder Trend und neue Herausforderung für die Kontrollbehörden eingeschätzt.

Nach einem Rückgang sind die Ecstasy-Beschlagnahmen in Europa im Jahr 2011 wieder angestiegen. Die höchsten Beschlagnahmen wurden von den USA berichtet, gefolgt von den Niederlanden und Frankreich. Als Ecstasy verkaufte Pillen enthielten häufig andere Substanzen als Amphetamine, so z. B. Ketamin oder m-CPP. Zudem hält der Methamphetamin-Schmuggel von Westafrika nach Ost- und Südostasien an. Westafrikanische kriminelle Organisationen nutzen auch große Flughäfen in der EU, um in Afrika hergestelltes Methamphetamin nach Asien zu schmuggeln (etwa von Nigeria und Benin über Deutschland, die Niederlande und Frankreich). Dafür werden auch Kuriere in der EU rekrutiert.

Nach wie vor ist Afrika ein zunehmendes Ziel für Drogenhandel und Drogenproduktion. Der Exekutivdirektor des UNODC rief in diesem Zusammenhang zu weiterer internationaler Unterstützung bei der Beobachtung der Entwicklungen auf, u. a. um zu verhindern, dass Afrika zunehmend durch den organisierten Drogenhandel angreifbar wird. Zugleich machte er auf die Notwendigkeit aufmerksam, der großen Zahl an Drogenkonsumenten zu helfen, die Opfer des Drogenhandels in Afrika würden.

Afghanistan hat weiterhin die weltweit führende Position als Produzent und Anbauer für Opium (75 Prozent der weltweiten illegalen Opiumproduktion im Jahr 2012). Die weltweite Anbaufläche von Schlafmohn für Opiumzwecke ist auf 236.320 Hektar angestiegen und lag damit um 14 Prozent höher als im Jahr 2011. Gleichwohl ist die globale Opiumproduktion, u. a. wegen einer Pflanzenerkrankung des Opium-Schlafmohns in Afghanistan, auf 4.905 Tonnen im Jahr 2012 gefallen und lag damit 30 Prozent niedriger als im Vorjahr sowie 40 Prozent niedriger als im „Spitzenjahr“ 2007. Mexiko ist weiterhin der größte Opiumproduzent in seiner Region.

Schätzungen über die hergestellten Kokainmengen (Maßstab ist 100 Prozent reines Kokain) belaufen sich auf 776 bis 1.051 Tonnen im Jahr 2011 und liegen damit im Wesentlichen gleichauf mit den Zahlen für das Vorjahr. Die weltweit größten Kokainbeschlagnahmen wurden weiterhin von Kolumbien (200 Tonnen) und den USA – dem größten, aber zurückgehenden Kokainmarkt der Welt – berichtet (94 Tonnen). Mittlerweile gibt es Hinweise, dass sich der Kokainmarkt auf Regionen ausbreitet, die zuvor nicht vom Kokainhandel und -konsum betroffen waren.

UNODC-Weltdrogenbericht 2013:
www.unodc.org/wdr/index.html

4.3.2.2 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)

Als Mitglied der CND nahm Deutschland unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 11. bis 15. März 2013 an der 56. Sitzung der CND in Wien teil, vertreten durch Beschäftigte aller zuständigen Ressorts innerhalb der Bundesregierung sowie aus deren Geschäftsbereich.

Die Drogenbeauftragte führte u. a. bilaterale Gespräche mit Kanada und der Schweiz. Im Gespräch mit Kanada erfolgte ein informeller Austausch über die jeweilige nationale Politik und über Rechtsfragen zur medizinischen Anwendung von Cannabis. Daneben wurden Fragen zur diamorphingestützten Substitution Opiatabhängiger und zu kristallinem Methamphetamin, besser bekannt als „Crystal Meth“, erörtert. Im Gespräch mit der Schweiz stand das neue Schweizer Ordnungswidrigkeiten-Modell beim Besitz von geringen Mengen Cannabis zum Eigenkonsum im Fokus.

Im Rahmen eines informellen Sechsländergesprächs mit Tschechien, Österreich, Ungarn, Polen und der Slowakischen Republik kam es zu einem konstruktiven Austausch zum Thema „Crystal Meth“. Die häufig aus Tschechien stammende Substanz verursacht regionale

Probleme in einigen angrenzenden Staaten. Tschechien zeigte sich diesbezüglich problembewusst. Die Drogenbeauftragte betonte ihre starke Besorgnis über die Entwicklung und hob hervor, dass es sich um eine Problematik in gemeinsamer Verantwortung handele, die gemeinsame Anstrengungen aller betroffenen bzw. beteiligten Staaten erfordere.

Bei einer Einladung an die Delegationsleitungen der G-8-Staaten hatte das Vereinigte Königreich über die drogenbezogenen Vorhaben im Rahmen seiner G-8-Präsidentschaft informiert. Zu beiden Schwerpunkten – „Neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ und „Westafrika“ – wurden Aktivitäten angekündigt.

Schwerpunkt der Diskussionen am Runden Tisch zur Prävention von Drogenkonsum war die Vorstellung des UNODC-Berichts „International Standards on Drug Use Prevention“. Die Teilnehmer sprachen sich einheitlich für die Notwendigkeit von Prävention aus.

Zudem nahm die Drogenbeauftragte auch an einer Nebenveranstaltung zum Thema „Behandlung und Resozialisierung“ teil, bei der auch Vertreter der Nürnberger Einrichtung mudra anwesend waren. Zwei ehemalige Drogenabhängige schilderten, wie sie in die Drogenabhängigkeit geraten waren und wie sie mithilfe von mudra den schweren Weg aus der Abhängigkeit in Abstinenz, Beschäftigung und soziale Stabilisierung gefunden haben.

Auf der 56. CND wurden insgesamt 17 Resolutionen im Konsens verabschiedet. Schwerpunktthemen waren dabei die alternative Entwicklung, insbesondere in Lateinamerika, die internationale Kooperation zur Identifizierung und Berichterstattung bei NPS sowie die Vorbereitung des für die 57. CND geplanten „High Level Mid-Term-Review 2014“ zur Umsetzung der Politischen Erklärung aus dem Jahr 2009.

Kritischen Austausch mit Drittstaaten gab es zu einer von Frankreich initiierten und von der EU eingebrachten Resolution zur Drogenproblematik in Westafrika. Die Resolution zielt darauf ab, die Aufmerksamkeit der Staatengemeinschaft stärker auf den zunehmenden Drogentransit und -handel in Westafrika mit seinen negativen Auswirkungen auf die Region sowie die Zielländer des Drogenhandels zu lenken. Neben anfänglichen Abstimmungsproblemen mit und vor allem unter den Staaten der Region wirkten einige afrikanische Staaten mit Nachdruck darauf hin, jegliche Hinweise auf Verbindungen zwischen Drogenhandel und Terrorismusfinanzierung sowie auf andere Formen organisierter Kriminalität aus dem Text zu streichen.

Eine von Deutschland initiierte und von der EU eingebrachte Resolution zur Förderung, Entwicklung und Anwendung eines internationalen elektronischen Ein- und Ausfuhrgenehmigungssystems für den legalen internationalen Betäubungsmittelhandel (u. a. bedeutsam für betäubungsmittelhaltige Arzneimittel), die an die Resolution 55/6 aus dem Jahr 2012 anknüpfte, wurde sehr begrüßt und von der Staatengemeinschaft angenommen. Ziel der Resolution ist es, IT-Effizienzpotenziale (Wirtschaftlichkeit, Sicherheit) der nationalen Überwachungsbehörden bei der Abwicklung von Ein- und Ausfuhrgenehmigungen nach den VN-Drogenkonventionen von 1961 und 1971 zu identifizieren und zu heben. Der peruanische Vorsitz und Thailand brachten eine Resolution ein, die die unter maßgeblicher deutscher Mitarbeit entwickelten und bei der Konferenz von Lima im November 2012 angenommenen Prinzipien zu alternativer Entwicklung als „United Nations Guiding Principles on Alternative Development“ anerkennt. Die Resolution erhielt breite Unterstützung.

Liste der VN-Resolutionen auf der 56. CND:
www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/56-draft-resolutions.html

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung begrüßte und erläuterte der bolivianische Staatspräsident Evo Morales den im Januar 2013 erfolgten Wiederbeitritt Boliviens zur VN-Drogenkonvention (1961). Mit den dadurch geschaffenen nationalen Vorbehalten zu bestimmten Regelungen der Konvention, die das Kokablatt und die Kokapflanze betreffen, soll die weitere traditionelle Nutzung der Kokapflanze im Staatsgebiet Boliviens, nunmehr in Konformität mit der Konven-

tion, ermöglicht werden. Er bedankte sich für die nach seinem Verständnis überwältigende Unterstützung durch die Mehrheit der VN-Staaten. Präsident Morales wiederholte seine Forderung nach Streichung der Kokapflanze aus der VN-Drogenkonvention und kritisierte dabei den Begriff und den derzeitigen Ansatz der alternativen Entwicklung in der Drogenpolitik. Gleichzeitig machte er deutlich, dass Bolivien keine Liberalisierung weiterer Drogen plane.

Weitere Themen in der Plenaraussprache waren u. a. die Bekämpfung des illegalen Opiumanbaus, die Prävention und Schadensminderung sowie Maßnahmen der alternativen Entwicklung im Rahmen der Aktivitäten zur Angebotsreduzierung.

Mit 41 Jastimmen und einer Gegenstimme wurde die Einstufung von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB; die in Deutschland als Betäubungsmittel klassifizierte Substanz wurde in Missbrauchsfällen als „K.-o.-Tropfen" eingesetzt) auf Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Anhang 4 in Anhang 2 des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe geändert. Durch die geänderte Einstufung gelten nach dem Übereinkommen umfassendere Kontroll- und Überwachungsmechanismen. Kanada sprach sich für eine grundsätzliche Aussprache zu Vorschlägen der WHO zur Kontrolle von Substanzen aus und regte an, dies als Tagesordnungspunkt für die nächste CND festzulegen.

4.3.2.3 Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB)

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der VN (INCB) in Wien wurde 1968 gegründet und besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten (darunter ein Mitglied aus Deutschland), die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN (ECOSOC) gewählt werden. Die zentrale Aufgabe des INCB besteht darin, die Einhaltung der VN-Drogenkonventionen über Anbau, Produktion und Verwendung von Drogen zu überwachen. Hierfür sind die Vertragsstaaten verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben erstellt der INCB unter anderem einen Jahresbericht, in dem insbesondere die weltweite Drogensituation analysiert wird. Der Jahresbericht 2013 wurde Anfang März 2014 veröffentlicht. Dem Bericht zufolge sind Heroin, Cannabis und Kokain bei Personen, die sich in Behandlung begeben, weltweit die am häufigsten konsumierten Drogen. Der aktuelle Bericht widmet sich insbesondere drei thematischen Schwerpunkten: „Wirtschaftliche Konsequenzen des Drogenmissbrauchs", „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems" und „Die Situation weltweit".

Im Rahmen des Schwerpunktes „Wirtschaftliche Konsequenzen des Drogenmissbrauchs" führt der INCB insbesondere die Auswirkungen auf die Bereiche Gesundheit, öffentliche Sicherheit, Kriminalität, Produktivität und Regierungsführung aus. Danach sei der Gesundheitssektor von hohen Kosten für Präventionsmaßnahmen, Drogentherapien, die gesundheitliche Versorgung und Krankenhausaufenthalte der Konsumenten gekennzeichnet. Der Drogenmissbrauch wirke sich daneben etwa durch unter Einfluss illegaler Drogen verursachte Autounfälle, Folgen für die Umwelt durch die illegale Produktion und Entsorgung von Drogen sowie den illegalen Anbau von Kokasträuchern und Opiummohn auf die öffentliche Sicherheit aus. Zudem seien steigende Kosten in der Strafverfolgung und Justiz zu verzeichnen, etwa durch unter Einfluss illegaler Drogen begangene Straftaten, Beschaffungskriminalität und die organisierte Kriminalität. Weitere Auswirkungen zeigten sich in den Bereichen der wirtschaftlichen Produktivität und der Staatsführung: So entstünden neben den Kosten für medizinische Behandlung, Strafverfolgung und Inhaftierungen zusätzliche Kosten durch entfallende Arbeitskraft bei Inhaftierungen oder Krankenhausaufenthalten. Der INCB legt bei der differenzierten Betrachtung verschiedener Bevölkerungsgruppen besonderes Augenmerk auf die Konsequenzen für Kinder. Er empfiehlt, dass Staaten zunächst in Präventions-, Therapie-, Rehabilitations- und Reintegrationsmaßnahmen investieren, um dadurch langfristig Kosten in allen aufgezeigten Bereichen einzudämmen. Nur eine von sechs Personen mit problematischem Drogenkonsum weltweit – etwa 4,5 Millionen Personen – erhalte die von ihr benötigte Behandlung. Der Präsident des INCB betonte, dass Ausgaben für die Prävention und

Behandlung ein kluges Investment seien, da dies zu signifikanten Einsparungen bei den gesundheits- und kriminalitätsbezogenen Kosten führen und das Leid von drogenabhängigen Personen und ihren Familien lindern könne. Jeder Dollar, der für Prävention ausgegeben werde, könne für die Regierungen bis zu zehn Dollar späterer Kosten einsparen.

Im Rahmen des Schwerpunktes „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems" beschäftigt sich der Bericht insbesondere mit der Einhaltung der internationalen Drogenkonventionen und Maßnahmen zu deren Umsetzung. Der INCB weist darauf hin, dass immer noch nicht alle Staaten die drei Drogenkonventionen ratifiziert haben (Konvention von 1961: zehn Staaten noch nicht ratifiziert, Konvention von 1971: 13 Staaten, Konvention von 1988: neun Staaten), allen voran die ozeanischen Staaten, und mahnt zum schnellstmöglichem Beitritt. Des Weiteren wird die Einhaltung der Drogenkontrollverträge für das Jahr 2013 insbesondere in Kirgistan, den Niederlanden, Peru und Timor-Leste ausgewertet. Daneben werden die 2013 durchgeführten „Country Missions" des INCB vorgestellt, die in Benin, Canada, Haiti, Indonesien, Kenia, Laos, Malaysia, Nicaragua, Panama und Singapur stattfanden. Mit den jeweiligen Staaten diskutierte der INCB Maßnahmen und Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der Drogenkontrolle. Zudem wird die Umsetzung der in früheren „Country Missions" ausgesprochenen Empfehlungen in fünf Staaten (Australien, Kroatien, Guatemala, Indien, Libanon) bewertet. Dabei betont der INCB, wie wichtig die Zusammenarbeit und Kooperation der Staaten mit dem INCB sei. Die Ermöglichung geplanter Ländermissionen und die Übermittlung der geforderten Daten seien von zentraler Bedeutung für die Arbeit des INCB. Der INCB überprüft daneben die von den Staaten, internationalen Organisationen und anderen Institutionen getroffenen Maßnahmen, um den kontrollierten Gebrauch von Betäubungsmitteln zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken sowie die Verfügbarkeit zu diesen Zwecken zu unterstützen. So ist der INCB bereits seit langer Zeit bemüht, vor allem dort einen besseren Zugang zu Betäubungsmitteln zu medizinischen Zwecken, insbesondere zur Schmerztherapie, zu unterstützen und anzumahnen, wo die Versorgung deutlich ausbaufähig ist. Zur Verbesserung der ausbaufähigen Situation in vielen Ländern sollten nach Auffassung des INCB Gesundheitspersonal geschult und staatliche Maßnahmen ergriffen werden.

Zudem macht der INCB auf die Risiken aufmerksam, die sich durch den Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente für die öffentliche Gesundheit ergeben. Dieser Missbrauch sei in manchen Ländern bedeutsamer als jener illegaler Drogen. Die zunehmende Verbreitung des Missbrauchs verschreibungspflichtiger Medikamente sei auf die weitverbreitete Verfügbarkeit und die nicht seltene Fehleinschätzung, verschreibungspflichtige Medikamente seien weniger missbrauchsanfällig als illegale Drogen, zurückzuführen. Der Gebrauch zur Selbstmedikation und das Vorhandensein in den Haushalten tragen nach Einschätzung des INCB ebenfalls zur Verbreitung bei.

Der dritte Themenschwerpunkt des Berichts befasst sich mit der weltweiten Situation. Dabei geht der INCB auf die wesentlichen Entwicklungen, die Kooperationsbereitschaft der Mitgliedstaaten mit dem INCB, auf den Anbau und die Herstellung von Betäubungsmitteln sowie den illegalen Handel, den Drogenmissbrauch und die Behandlungsmöglichkeiten in jedem Kontinent ein.

In Afrika seien sowohl der Handel und Schmuggel mit Metamphetaminen als auch der Missbrauch von Opioiden, Cannabis, amphetaminartigen Substanzen (ATS) und Kokain beachtlich angestiegen. Dies treffe auch auf Opiate und Grundstoffe zu. Bei Kokain sei der Anstieg vor allem in Nord- und Ostafrika zu beobachten. Dabei habe sich insbesondere der Schmuggel in Containern als Problem erwiesen. Ostafrika sei das größte Zentrum für den Opiatschmuggel nach Europa; die Beschlagnahme von Heroin sei dort seit 2009 um das Zehnfache angestiegen. Deutschland habe europaweit die größte Menge Amphetamin beschlagnahmt, das von Westafrika nach Asien geschmuggelt werden sollte. Cannabisanbau und -beschlagnahmen seien in ganz Afrika zu verzeichnen; die Verbreitung von Cannabis zu Rauschzwecken sei dort doppelt so hoch wie der weltweite

Durchschnitt. Ungenügend sei dagegen die medizinische Versorgung. In Afrika erhalte nur jeder achtzehnte Drogenkonsument Zugang zu einer Behandlung.

Nach den Feststellungen des INCB stellten in Zentralamerika und in der Karibik die Drogenkriminalität und grenzüberschreitender Drogenhandel (vor allem von Kolumbien nach Nordamerika und Europa) die Hauptprobleme dar. Nordamerika verzeichne weltweit die meisten drogenbedingten Todesfälle. Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente als Suchtstoffe stelle ebenfalls ein Problem dar. In Südamerika seien große Mengen von Cannabis beschlagnahmt, die auf eine zunehmende Herstellung schließen ließen. Die Fläche für den Anbau von Kokasträuchern sei dagegen auf den niedrigsten Stand seit 1999 gesunken. Allerdings würden für Bolivien aufgrund seines Wiedereintritts in die Drogenkonvention 1961 (mit Vorbehalt über den Kokaanbau) besondere Verpflichtungen gelten.

In Südasien sei der Drogenkonsum allgemein stark angestiegen, wobei in Ost- und Südostasien insbesondere die Nachfrage nach Heroin und ATS sowie der illegale Anbau von Schlafmohn zugenommen hätten. In Afghanistan sei der illegale Anbau von Opium im Vergleich zum Vorjahr um 36 Prozent gestiegen. Afghanistan habe neue Initiativen zur Bekämpfung von Drogenkonsum und -handel ergriffen. Auch in Asien sei die Versorgung der Bevölkerung mit Schmerzmitteln teilweise unzureichend.

In Europa, aber auch in anderen Teilen der Welt ist laut Bericht insbesondere der Missbrauch von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) ein großes und zunehmendes Problem. Deutschland wird für die Unterstellung von 28 NPS unter sein Betäubungsmittelgesetz positiv erwähnt. Nach wie vor sei der Missbrauch von Cannabis in Europa am weitesten verbreitet. Sowohl der illegale Anbau von Cannabis in Innenräumen als auch die Anzahl der Beschlagnahmen von Cannabiskraut hätten zugenommen. In Deutschland seien im Vergleich zum Vorjahr mehr Cannabisplantagen beschlagnahmt worden. Zwar gehe der großflächige Anbau in Innenräumen zurück, es seien allerdings zunehmend kleinere Anbauflächen zu verzeichnen.

Die Anzahl der Beschlagnahmen von Heroin und Opium sei in Deutschland zurückgegangen. Probleme würde aber auch der zunehmende Missbrauch verschreibungspflichtiger Opiate bereiten.

In Ozeanien sei zunehmender Missbrauch von Cannabis und NPS festzustellen. Die Nähe der pazifischen Inseln zu großen illegalen Märkten und Drogenhandelsrouten für ATS lasse auch in diesem Bereich sowie bei Kokain und Opiaten auf erhöhten Missbrauch schließen. Wegen der schon in grundsätzlichen Elementen fortentwicklungsfähigen Drogenüberwachungssysteme habe der INCB von den betroffenen Staaten keine angemessenen Daten erhalten. Der INCB merkt an, dass der Rückgang von Beschlagnahmungen in einigen Staaten auch auf eine inkonsequente Strafverfolgung und auf Korruptionsprobleme bei einigen Behörden zurückzuführen sein könnte.

Die Legalisierungsmaßnahmen von Cannabis in Uruguay und in den US-Bundesstaaten Colorado und Washington State wertet der INCB als eindeutigen Verstoß gegen die Drogenkonventionen. Er kritisiert diese Entwicklung scharf, hebt aber auch die Gesprächsbereitschaft mit Uruguay und den USA hervor. Er betont, dass die Umsetzung der Drogenkonventionen auch subnational sichergestellt werden müsse.

4.3.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

4.3.3.1 Drogenökonomien als Entwicklungsproblem

Das globale Drogenproblem betrifft sowohl Industrie- als auch Entwicklungsländer. Allerdings leiden die Entwicklungsländer häufig stärker unter den Folgen des Drogenanbaus, -handels und -konsums, zu denen u. a. Gesundheitsepidemien, Gewalt und Korruption gehören.

Hinsichtlich des Drogenanbaus zeigt sich, dass nicht die klimatischen oder geografischen Bedingungen für die Ansiedlung von Drogenanbau ausschlaggebend sind, sondern vielmehr strukturelle und soziale Faktoren. Der Anbau von Koka und Schlafmohn beschränkt sich daher auf einige Länder in Asien und Lateinamerika. Während beinahe der gesamte Anbau von Koka in

Bolivien, Kolumbien und Peru stattfindet, wird Schlafmohn vorwiegend in Afghanistan, Myanmar sowie in geringerem Umfang auch in einigen Staaten Lateinamerikas angebaut. Im Gegensatz dazu haben sich jedoch der Transit und Konsum von Drogen an die sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst und weltweit diversifiziert. Eine klare Aufteilung in Anbau-, Transit- und Konsumländer ist heute daher nur noch schwer möglich.

Die Bundesregierung unterstützt gemeinsam mit Partnerländern aus der EU, den VN und einzelnen Staaten, die von der Drogenproblematik besonders betroffen sind, zahlreiche Maßnahmen der polizeilichen und justiziellen Zusammenarbeit, der Gesundheitsvorsorge, der Prävention von Drogenkonsum sowie der alternativen Entwicklung (AE) in Drogenanbauregionen (siehe C 4.3.3.2).

4.3.3.2 Alternativen zum Drogenanbau

Bei der alternativen Entwicklung (AE) handelt es sich um eine Strategie, bei der die illegale Drogenproduktion durch legale landwirtschaftliche Alternativen ersetzt wird. Zudem sollen die ursächlichen Entwicklungsdefizite, die zur Entstehung von Drogenanbau führen, mittel- und langfristig behoben werden. Die Bundesregierung gilt international als eine der profiliertesten Vertreterinnen dieses Ansatzes.

Die mehr als drei Jahrzehnte lange Erfahrung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Feld der AE hat gezeigt, dass die reine Substitution von Drogenpflanzen wie Koka oder Schlafmohn durch legale Agrargüter wie Kaffee, Kakao oder Früchte häufig nicht nachhaltig ist. Ein reines Ansetzen am Drogenanbau verkennt dessen Ursachen und führte in der Vergangenheit häufig zu einer Verlagerung oder Wiederkehr des Drogenanbaus.

Das Ziel des mit der AE befassten Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ist es daher, nicht nur an den Symptomen, sondern auch an den Ursachen des Drogenanbaus anzusetzen. Hierfür müssen die Lebensbedingungen der Bauern in Drogenanbauregionen verbessert werden, indem ihre Abhängigkeit von der Drogenökonomie verringert und gemeinsam alternative Produkte und Vertriebswege entwickelt werden. Aufgrund fragiler Staatlichkeit haben kriminelle Strukturen großen Handlungsspielraum in besagten Regionen. AE muss daher von einer Reform und Stabilisierung des Rechtsstaates, des Sicherheitssektors und der Strafverfolgungsmaßnahmen sowie von der Etablierung legaler Märkte begleitet werden.

Studien, die die Motivationen der Koka- oder Schlafmohnbauern untersuchen, verdeutlichen, dass es nicht in erster Linie die finanziellen Anreize sind, die sie zum Drogenpflanzenanbau bewegen, sondern vielmehr Faktoren wie der mangelnde Zugang zu legalen Absatzmärkten, fehlende technische Kenntnisse für die legale Landwirtschaft, die Abwesenheit staatlicher Kontrollinstanzen, die Vermischung von Drogenökonomie und innerstaatlichen Konflikten, die schlechte Infrastruktur der marginalisierten Anbauregionen sowie der Mangel an Zugang zu legalen Landtiteln. Koka- oder Schlafmohnbauern (die in der Regel nur die Ursprungspflanzen, nicht aber die Drogen selbst produzieren) sind empirisch häufig deutlich ärmer als der Landesdurchschnitt. Die großen Gewinne des Drogenhandels werden gegen Ende der Drogenwertschöpfungskette in den Transit- und Konsumländern abgeschöpft und gelangen nicht zu den Kleinbauern. Nachhaltige Ansätze der Entwicklungszusammenarbeit in den Anbauregionen müssen also an diesen Ursachen ansetzen, um mittel- und langfristig die illegalen Drogenmärkte in ländlichen Regionen zu reduzieren. Daher setzt sich das BMZ im Rahmen der technischen Zusammenarbeit einerseits für die Umsetzung dieses Ansatzes in der Kooperation mit Partnerländern ein, andererseits für dessen Verankerung im Rahmen des internationalen Politikdialogs auf VN- und EU-Ebene.

4.3.3.3 Harm Reduction und HIV/Aids: Alternativen zu Risikosituationen bieten

In der „Political Declaration on HIV and AIDS“ der UN-Generalversammlung von 2011 ist das Ziel definiert, die HIV-Übertragung bei Drogen injizierenden

Menschen bis 2015 um 50 Prozent zu reduzieren. Die HIV-Inzidenz unter Menschen, die Drogen injizieren, ist weiterhin hoch. Weltweit leben ca. 11 Prozent dieser Menschen mit HIV, in manchen Ländern sind über 40 Prozent der Drogen injizierenden Menschen mit HIV infiziert. In Osteuropa, Zentralasien, Südostasien und Nordamerika ist der injizierende Drogengebrauch ein wesentlicher Übertragungsweg. Menschen, die Drogen injizieren, tragen aufgrund ihrer Diskriminierung und Kriminalisierung ein massiv erhöhtes HIV-Infektionsrisiko. „UNAIDS", das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen (VN) zu HIV/Aids, beschreibt ein vielfaches Infektionsrisiko für diese Gruppe. Dies wiederum führt zu konzentrierten Epidemien mit schneller Ausbreitungsdynamik, wie die Entwicklungen in Osteuropa und Zentralasien der letzten Jahre zeigen. Studien belegen zudem eine hohe HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten in Ländern mit generalisierter Epidemie, insbesondere in Afrika südlich der Sahara.

Das englische Stichwort *Harm Reduction* bezeichnet einen wissenschaftlich und international anerkannten Ansatz zur Reduzierung von HIV-Infektionen und anderen Erkrankungen, die mit dem Drogengebrauch einhergehen können. Die Umsetzung von Harm-Reduction-Maßnahmen wird in manchen Gesellschaften jedoch von Politik und Justiz sowie im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Normen behindert oder ganz unterbunden. Die Kriminalisierung von Menschen mit injizierendem Drogengebrauch bedeutet zugleich eine Missachtung der Menschenrechte – einschließlich des Rechts, sich vor HIV zu schützen. Sie ist kostenintensiv und geht mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Folgen einher. Im Dialog mit allen gesellschaftlichen Akteuren muss eine Entkriminalisierung und Entstigmatisierung der betroffenen Gruppen erreicht werden, um ihnen den Zugang zu notwendigen Präventions-, Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu eröffnen. Deshalb ist *Harm Reduction* auch ein wichtiges Handlungsfeld für Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen HIV-Eindämmung.

Gerade bei injizierendem Drogenkonsum haben sich Programme, die Risiken mindern und Alternativen eröffnen, als sehr wirksam für die HIV-Prävention erwiesen. Die Präventionsmaßnahmen werden dabei unter Einbeziehung der Zielgruppen konzipiert und umgesetzt. So verhindern Austauschprogramme, dass Drogen injizierende Menschen sich am mit HIV verunreinigten Spritzbesteck eines anderen anstecken. Substitutionsprogramme mit Methadon reduzieren wiederum Risikoverhalten und Beschaffungskriminalität und verhindern zudem nachweislich HIV-Infektionen und andere Erkrankungen. Als weitere unterstützende Maßnahmen haben sich Drogenberatungsstellen, Drogenkonsumräume, Maßnahmen zur sozialen Reintegration sowie Aufklärungsaktivitäten für medizinisches Personal und administrative und politische Amtsträger bewährt.

Im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) werden aktuell Präventionsmaßnahmen für Drogen injizierende Menschen in Kirgistan, in der Ukraine, in Nepal sowie in einem regionalen Gesundheitsprogramm in Zentralasien unterstützt. In Nepal qualifiziert die deutsche EZ staatliche und nichtstaatliche Organisationen und Institutionen darin, ein nationales Substitutionsprogramm qualitativ hochwertig, flächendeckend und nachhaltig umzusetzen. Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen werden im Bereich der Substitutionsbehandlung beraten, und die Ausbildung von Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung wird unterstützt. Zudem wird ein Überweisungs- und Referenzsystem zu relevanten Gesundheitsdiensten und anderen Unterstützungsleistungen eingeführt. Um die Ausbildung von medizinischem Personal unabhängig von externen Experten zu machen, wurde 2013 ein E-Learning-Kurs entwickelt. Sein modularer Aufbau ermöglicht eine zeitlich und räumlich flexible Bearbeitung von Fallstudien. Die aktuelle Phase des Vorhabens endet im Juli 2014. Eine Verlängerung ist geplant.

2013 wurden in Zentralasien neue Kooperationen auf den Weg gebracht, um die Datenlage im Bereich „Drogengebrauch und HIV" zu stärken. 2014 werden in Zusammenarbeit mit dem Büro der VN für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und unter breiter Partnerbeteiligung entsprechende Studien in Tadschikistan, Kirgistan, Usbekistan und Kasachstan durchgeführt.

4.3.3.4 Delegationsreise der Drogenbeauftragten der Bundesregierung nach Lateinamerika im Jahr 2013

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in der 17. Legislaturperiode, Mechthild Dyckmans MdB, sowie MdB Christine Aschenberg-Dugnus reisten vom 4. bis 15. Mai 2013 in Begleitung von fünf Vertretern aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und einem Experten der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) zu drogenpolitischen Gesprächen nach Lateinamerika. Das Interesse am Informations- und Meinungsaustausch seitens der drei Gastgeberländer Bolivien, Ecuador und Peru, die zuvor die Drogenbeauftragte im Rahmen von Zusammentreffen in internationalen Gremien eingeladen hatten, war groß.

In den Regionen Huánuco und Ucayali in Peru machte sich die Drogenbeauftragte in Begleitung der Drogenkoordinatorin des Landes von Peru ein Bild über die von Deutschland unterstützten Projekte der alternativen Entwicklung (AE). In Lima führte sie hochrangige Gespräche mit Vertretern des Gesundheits- und Innenministeriums und besuchte die Zollbehörde. Zudem bot sich die Möglichkeit, eine Therapieeinrichtung zu besichtigen. Im bolivianischen La Paz wurden neben hochrangigen Gesprächsterminen mit Regierungsvertretern auch Behandlungsprojekte besucht. Außerdem weihte die Drogenbeauftragte gemeinsam mit dem Innenminister einen im Rahmen eines UN-Projekts bereitgestellten Drogenverbrennungsofen ein. Bei einem Besuch in der Kokaanbauregion Yungas, etwa dreieinhalb Stunden von La Paz entfernt, konnte sich die Drogenbeauftragte über die Bedeutung der Tradition des Kokakauens und des vor Ort legalen Anbaus informieren.

In Quito, Ecuador fanden mehrere Gespräche auf Regierungsebene sowie mit Vertretern von staatlichen und nichtstaatlichen Präventions- und Behandlungszentren statt, die umfassende Einblicke in die Drogenpolitik des Landes gaben. Die Drogenbeauftragte begrüßte den Kooperationswunsch der Gastgeberländer mit der Europäischen Union und Deutschland. Sie führte im Anschluss Gespräche in der Bundesregierung, um die Ergebnisse und Erfahrungen der Reise weiterzugeben und die Zusammenarbeit zu intensivieren.

4.4 Internationale Zusammenarbeit im Bereich der Glücksspielsucht

Trinationaler Erfahrungsaustausch mit Österreich und der Schweiz zur Glücksspielsucht

Der auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2011 begonnene trinationale Erfahrungsaustauch über „Aktuelle Entwicklungen beim Glücksspiel in Deutschland, Österreich und der Schweiz“ wurde 2013 erfolgreich fortgesetzt. Hierbei lud die Eidgenössische Spielbankenkommission der Schweizerischen Eidgenossenschaft im Juni 2013 nach Bern ein. Zweck des Treffens war der Informationsaustausch über die neuesten Entwicklungen im Glücksspiel, die Methoden der Früherkennung von problematischen Spielern, den Jugend- und Spielerschutz, die Konzessionsvergabeverfahren sowie über die wissenschaftlichen Entwicklungen zur Glücksspielsucht und die bessere Vernetzung mit den Nachbarländern.

Im Nachgang des trinationalen Treffens vom Vorjahr veranstaltete die Drogenbeauftragte mit persönlicher Unterstützung der Kollegen aus Österreich im Februar 2013 einen Erfahrungsaustausch in Berlin über die Möglichkeiten einer Spielerkarte. Dazu lud sie die beteiligten Bundesressorts ein (siehe C 3.2.4.2).

Abkürzungsverzeichnis

2C-B	4-Bromo 2,5-dimethoxyphenetylamin
4-MA	4-Methylamphetamin
5-IT	5-(2-Aminopropyl)indol
Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AE	alternative Entwicklung
ÄGGF	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V.
AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft AG
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
AMG	Arzneimittelgesetz
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APA	American Psychiatric Association
APYN	Alcohol Policy Youth Network
Art.	Artikel
AStRA	Aktiv für Stressbewältigung und Rauchfreiheit in der Ausbildung (Projekt des IFT München)
ATS	amphetaminartige Substanz
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (Fragebogen)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAS	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BISS	Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung (Modellprojekt der DRV Baden-Württemberg)
BKA	Bundeskriminalamt
BKAG	Bundeskriminalamtgesetz
BKD	Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
BKE	Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V.
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BKM	Beauftragter der Bundesregierung für Kultur und Medien
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BSI	Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V.
BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CADAP	Central Asia Drug Action Programme (EU-Projekt)
CDR	Centre for Drug Research der Goethe-Universität Frankfurt am Main
CELAC	Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (Gemeinschaft der lateinamerikanischen und karibischen Staaten)
Chafea	Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Lebensmittel (ehemals EAHC)
CIUS	Compulsive Internet Use Scale (Kurzfragebogen zu internetbezogenen Problemen)

CND	Commission on Narcotic Drugs (Suchtstoffkommission der VN)
CNN	Chancen nahtlos nutzen (Suchtselbsthilfeprojekt)
COP	Conference of the Parties (Konferenz der Vertragsparteien)
CRA	Community Reinforcement Approach (verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für Suchtmittelabhängige)
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
DAK	DAK-Gesundheit (ehemals Deutsche Angestellten-Krankenkasse)
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DBVG	Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport
DCV	Deutscher Caritasverband e.V.
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS1-MH	Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" der DEGS1
DELBI	Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument
Destatis	Statistisches Bundesamt
DFB	Deutscher Fußball-Bund e.V.
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
dg sps	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.
DGSS	Dokumentationsstandards der DG-Sucht
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
d. h.	das heißt
DHB	Deutscher Handballbund
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DJV	Deutscher Jugendschutz-Verband
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e.V.
DLTB	Deutscher Lotto- und Totoblock
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V.
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPIP	Drogenprävention und -information (Förderprogramm)
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRUCK	Drogen und chronische Infektionskrankheiten (Studie des RKI)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
dsj	Deutsche Sportjugend
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (amerikanisches Diagnoseverzeichnis)
DSR	Drogen- und Suchtrat
DTB	Deutscher Turner-Bund e.V.
DTJ	Deutsche Turnerjugend
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
DZV	Deutscher Zigarettenverband e.V.
EAHC	Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECOSOC	Economic and Social Council (Wirtschafts- und Sozialrat der VN)
EDB	Europäischer Drogenbericht
EfA	„Verspiel nicht mein Leben" – Entlastung für Angehörige
EG	Europäische Gemeinschaft
EISAH	European Information System on Alcohol and Health
EKhD	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
ENSH	Global Network for Tobacco Free Health Care Services
ENSP	European Network for Smoking and Tobacco Prevention
EOD	entwicklungsorientierte Drogenpolitik
ESA	Epidemiological Survey on Substance Abuse (Epidemiologischer Suchtsurvey)

ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
ETAPPE	Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ
etc.	et cetera
ETM	evidenzbasiertes Therapiemodul
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EU-MADNESS	EUropean-wide, Monitoring, Analysis and knowledge Dissemination on Novel/Emerging pSychoactiveS (Projekt)
Eurocare	European Alcohol Policy Alliance
e.V.	eingetragener Verein
EWA	European Workplace and Alcohol (europäisches Projekt)
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control (Tabakrahmenübereinkommen)
FDR	Falldatei Rauschgift
FReD	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (Bundesmodellprojekt)
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
FVS	Fachverband Sucht e.V.
GB	Großbritannien
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBL	Gamma-Butyrolacton
GCCS	Global Cannabis Cultivation Survey (internationales Forschungsprojekt)
GD SANCO	EU-Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie des Robert Koch-Instituts)
GewO	Gewerbeordnung
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
ggf.	gegebenenfalls
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
GVS	Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland
ha	Hektar
HaLT	Hart am LimiT (Präventionsprojekt zum Alkoholkonsum)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (internationale Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HDG	Horizontale Gruppe Drogen
HISBUS	Befragung unter Studierenden des HIS-Instituts für Hochschulforschung, gefördert vom BMBF
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLS	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.
ICAP	International Center for Alcohol Policies
IFT	Institut für Therapieforschung
IFT-Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
INCANT	International Cannabis Need of Treatment (internationale klinische Studie)
INCB	International Narcotics Control Board (Internationaler Suchtstoffkontrollrat der VN)
INSIST	Internetbasierte „Soziale Normen"-Intervention zur Prävention von Substanzkonsum bei Studierenden (Projekt)
IOGT	International Organization of Good Templars

IRIS	Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren (Projekt)
ISD	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
ISFF	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt
ITC	International Tobacco Control Policy Evaluation Project
IV	Integrierte Versorgung
IVD	intravenös Drogengebrauchende
i.V.m.	in Verbindung mit
JES	Netzwerk „Junkies Ehemalige Substituierte“
JUWELA	Junge und werdende Eltern leben alkoholfrei! (Projekt)
JVA	Justizvollzugsanstalt
kg	Kilogramm
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KISS	Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (Programm)
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KKU	Klein- und Kleinstunternehmen
KPC	Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LMK	Landeszentrale für Medien und Kommunikation Rheinland-Pfalz
LMS	Local Monitoring System
LoQ	Leben ohne Qualm
LSD	Lysergsäurediethylamid
LSG	Landesstelle Glücksspielsucht
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe e.V.
m-CPP	meta-Chlorphenylpiperazin
MdB	Mitglied des Deutschen Bundestages
MDFT	Multidimensionale Familientherapie
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
mg	Milligramm
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
MMDMG	PMK-Glycidat (Methyl 3-[3‘4‘-(methylenedioxy)phenyl]-2-methyl-Glycidat)
MoSyD	Monitoring-System Drogentrends
MSW	Ministerium für Schule und Weiterbildung
MVV-RL	Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“
NADA	Nationale Anti Doping Agentur
NARZ	Norddeutsches Apotheken-Rechenzentrum e.V.
NASIA	Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (Modellprojekt)
NCD	Non-Communicable Disease (nicht übertragbare Krankheit)
NDPP	Nationaler Dopingpräventionsplan
NGFN	Nationales Genomforschungsnetz
NPS	neue psychoaktive Substanzen
Nr.	Nummer
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OST	Opiatsubstitutionstherapie
P-2-P	Phenylaceton
PAGE	Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie (Studie)
PATRe	Pflege-Ausbildung Tabakkonsumprävention und Reduktion (Projekt der Universität Würzburg)
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PINTA	Prävalenz der Internetabhängigkeit (Studie)
PINTA-DIARI	Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (Projekt)
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
PräviS	Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden (Projekt)

Prof.	Professor
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RiScA	Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (Präventionsprojekt)
RKI	Robert Koch-Institut
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien
S.	Seite
SchuJu	Schulungsinitiative Jugendschutz des BSI
SCHULBUS	Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln
SGB	Sozialgesetzbuch
SKM	Sozialdienst katholischer Männer e.V.
SpielVO	Spielverordnung
SPZ	SuchtPräventionsZentrum des LI in Hamburg
SSHS	Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.
StGB	Strafgesetzbuch
SWSP	Starker Wille statt Promille (Projekt)
t	Tonne
TOW	Therapieorientierungswert(e)
u.a.	unter anderem
u.Ä.	und Ähnliches
UKT	Universitätsklinikum Tübingen
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme (Drogenkontrollprogramm der VN)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN)
VdC	Verband der Cigarettenindustrie e.V.
VO (EG)	Verordnung der Europäischen Union / Gemeinschaft
vgl.	vergleiche
VN	Vereinte Nationen
VO	Verordnung
WAT	Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V.
WBT	Web Based Training
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z.B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Abbildungsverzeichnis

1 Wolkenfenster (johny schorle/photocase.de)
2 Vorwort (www.drogenbeauftragte.de) 2

A

3 Way through the dunes (PPAMPicture/istockphoto.com) 11

B

4 Anonymer Alkoholiker (DWerner/photocase.de) 17
5 Risiko- und Rauschkonsum in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht (RKI) 18
6 Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012 (BZgA) 20
7 Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen für die Bundesländer 2012 je 100.000 Einwohner im Vergleich (Destatis) 21
8 full ashtray (fraueva/photocase.de) 23
9 Verbreitung des Rauchens bei Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen, dargestellt sind Prävalenzen (in Prozent) und 95-Prozent-Konfidenzintervalle (RKI) 25
10 Entwicklung des Raucheranteils in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung zwischen 1990 und 2011, dargestellt sind Prävalenzen (RKI) 25
11 Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-Jährigen und bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012 (BZgA) 27
12 Verbreitung des Nierauchens bei 12- bis 17-Jährigen und bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012 (BZgA) 28
13 Omas besten – die gehen ans Herz! (jg_79/photocase.de) 29
14 Prävalenz der Arzneimittelanwendung bei Präparaten zur Behandlung des Nervensystems nach Alter und Geschlecht 2008 bis 2011 31
15 Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011 (RKI) 32
16 Prävalenz der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011 (RKI) 32
17 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (F. Jacobi, M. Höfler, J. Strehle et al.) 33
18 Man buxing Drugs on the Street (MachineHeadz/istockphoto.com) 34
19 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012 (BZgA) 36
20 Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland im Langzeitverlauf 41
21 Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland insgesamt und nach Bundesländern 2012 und 2013 – Falldatei Rauschgift (BKA) 42
22 Drogenbedingte Todesfälle nach Geschlecht und Altersstruktur (BKA) 42
23 Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland nach einigen größeren Städten 2012 und 2013 – Falldatei Rauschgift (BKA) 42
24 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) nach Bundesländern und Drogenarten 2013 (BKA) 43
25 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD) 2012 und 2013 (BKA) 44
26 Sichergestellter illegaler Anbau / Cannabisplantagen 2012 und 2013 (BKA) 44
27 Illegale Herstellung / Labore 2012 und 2013 (BKA) 44
28 Rauschgifthandel / Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellungen (BKA) 46
29 Rauschgifthandel / Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellungen von Crystal nach Bundesländern (BKA) 47
30 Slots (Mariusz Blach/Fotolia.com) 48

31 Mann Nacht dunkel Computer Raum (chaoss/bildagentur.panthermedia.net) 51
32 Verbreitung exzessiver Internetnutzung bzw. exzessiven Computerspielens bei 12- bis 25-Jährigen insgesamt, bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen nach Geschlecht (BZgA) 54

C1

33 Regentag (photocase.de/mages) 55
34 Erlebnisland-Tour der Kampagne „Kinder stark machen“ (BZgA) 59
35 Kinderturnshow „Echt stark“ der Kampagne „Kinder stark machen“ (BZgA) 59
36 „Klasse2000“-Atemtrainer (Klasse2000 e.V.) 60
37 Vorgestellt: Kai Pflaume (Max Kohr) 62
38 „KlarSicht“-Mitmach-Parcours (BZgA) 66
39 Clubmission Berlin (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH) 74
40 Preisverleihung „Bundeswettbewerb Alkoholprävention“ (BZgA) 80
41 „Alkohol? Kenn Dein Limit.“: „Glasklar statt benebelt“ in München (BZgA) 81
42 „Alkohol? Kenn Dein Limit.“: Straßenverkehr (BZgA) 81
43 „Alkohol? Kenn Dein Limit.“: Erwachsenen-Infotour (BZgA) 82
44 „Null Alkohol – Voll Power“: Peer-Aktion (BZgA) 83
45 „Initiative Alkoholprävention an Schulen“: Preisverleihung in Hessen (Fotograf: Rolf K. Wegst) 84
46 Cover der Dokumentation Kommunaler Wettbewerb (BZgA) 87
47 Vorgestellt: Luxuslärm, Plakataktion „bunt statt blau“ der DAK-Gesundheit (Ben Wolf/Universal) 90
48 „Be Smart – Don’t Start“: aktuelles Motiv (BZgA) 96
49 Vorgestellt: Christoph Moritz (Mainz 05) 97
50 Vorgestellt: Jörn Schlönvoigt (RTL/Baumgartner) 103
51 Vorgestellt: Heike Hennig (Friedrich Minkus) 108
52 Startseite www.ins-netz-gehen.de (BZgA) 115
53 „Face2Face-Café“ (Stiftung Medien- und Onlinesucht) 119

C 2

54 Heilende Hände (photocase.de/krockenmitte) 122
55 Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2013 (DRV Bund) 123
56 Seniorin trinkt Alkohol (britta60/Fotolia.com) 132
57 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2013 (jeweils Stichtag 1. Juli) (BfArM) 146
58 Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2002 bis 2013 (BfArM) 147
59 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag: 01.07.2013) (BfArM) 147
60 Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2013) (BfArM) 147
61 Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2013 (BfArM) 148
62 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern (BfArM) 149
63 Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2013) (BfArM) 150
64 Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag: 01.10.2013) (BfArM) 151

C 3

65 red-white barrier, protecting apartment entrance (FrankyDeMeyer/istockphoto.com) 162
66 Polyesterschnur in Zigarette (Zollkriminalamt) 165

67 Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 €) (DZV und Philip Morris GmbH)....166
68 Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland vor Einführung der Nichtraucherschutzgesetze (2007) und danach (2009 bis 2013), nach Rauchstatus (DKFZ)....167
69 Einhaltung des Nichtraucherschutzgesetzes in baden-württembergischen Diskotheken (DKFZ)....168
70 Gesetzesverstöße und Gesetzeslücken bei Raucherräumen (DKFZ)....168

C 4

71 Opium Poppy (tahsinaydogmus/istockphoto.com)....173

Danksagung

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert die Arbeit der Bundesministerien im Suchtbereich und vertritt sie gegenüber der Öffentlichkeit. Gemeinsam mit Initiativen und Projekten in den Ländern, Kommunen, Krankenkassen und Verbänden setzt sie sich für die Weiterentwicklung des Hilfesystems ein. Stellvertretend für das breite Spektrum an Aktivitäten stellt dieser Bericht Vereine und Beispiele aus der Praxis der Drogen- und Suchthilfe vor.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden und Organisationen für die umfangreichen Beiträge und Darstellungen der Sucht- und Drogenpolitik. Ausführliche Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik, Berichte zu Modellprojekten und Studien sowie weitere Beispiele aus der Praxis werden im Internet unter **www.drogenbeauftragte.de** veröffentlicht.

Vorgestellt

C 1.1.2.2	Kai Pflaume, Stiftung SehnSucht
C 1.2.1.8	Luxuslärm, Plakataktion „bunt statt blau“ der DAK-Gesundheit
C 1.2.2.3	Christoph Moritz, Projekt „05er Klassenzimmer“
C 1.2.3.5	Jörn Schlönvoigt
C 1.2.4.3	Heike Hennig: „Crystal – Variationen über Rausch“ am Theater der Jungen Welt Leipzig

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

B 4.6	Hessen: „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) für die Stadt Frankfurt am Main
B 4.6	Hessen: MoSyD – Szenestudie 2012
B 4.6	Hamburg: Hamburger SCHULBUS
B 4.7.4	DFG: Projekt „Die Distribution illegaler Drogen“
C 1.1.2.3	Baden-Württemberg: Projekt „Schulterschluss“
C 1.1.9	Knappschaft und Deutscher Kinderschutzbund: „Hackedicht-Schultour der Knappschaft“
C 1.1.9	Suchtprävention bei der AOK Baden-Württemberg
C 1.1.9	AOK Rheinland/Hamburg: „Immer On?“ – Prävention von Online-Sucht an Schulen
C 1.1.10	Berlin: Clubmission Berlin
C 1.1.10	Berlin: Internetplattform „Netzwerk Frühintervention“ des Landes Berlin
C 1.1.10	Berlin/KARUNA: Neue Mitmach-Parcours für Schulklassen
C 1.1.10	Baden-Württemberg: Präventionskampagne „K.-o.-Tropfen – Die Gefahr lauert im Glas!“
C 1.1.10	Niedersachsen: starKids – starke Kinder von Anfang an
C 1.2.1.1.2	Bayern: Kampagne „Schwanger? Null Promille!“
C 1.2.1.1.2	„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Verantwortung von Anfang an!“
C 1.2.1.8	Bayern: „Starker Wille statt Promille“
C 1.2.1.8	Bayern: HaLT in Bayern – zentraler und innovativer Baustein der bayerischen Alkoholmissbrauchsprävention
C 1.2.1.8	Verband der Privaten Krankenversicherung: Alkoholpräventionstage an Schulen
C 1.2.1.8	DAK-Gesundheit: Plakatwettbewerb „bunt statt blau“
C 1.2.1.8	Baden-Württemberg: „Jugend im öffentlichen Raum – Prävention von riskantem Alkoholkonsum“
C 1.2.1.8	„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Klartext reden!“ – Initiative zur Alkoholprävention in Familien
C 1.2.1.8	„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Schulungsinitiative Jugendschutz“ (SchuJu)
C 1.2.1.10	BSI: „DON’T DRINK AND DRIVE“
C 1.2.1.12	„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI: „Hinsehen, Zuhören, Ansprechen!“ – Leitfaden für die kollegiale Hilfe
C 1.2.2.5	Nordrhein-Westfalen: Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (LoQ)

C 1.2.3.2 Berlin: „Berliner Initiative gegen Medikamentenmissbrauch“
C 1.2.4.3 Sachsen: Drug Scouts
C 1.2.4.3 Bayern: Projekt „ÜBER DEN BERG – Besser als Crystal“ der mudra-Drogenhilfe Nürnberg e.V.
C 1.2.4.3 Bayern: Projekt „mindzone“: neue Infokampagne zu *Research Chemicals* und *Legal Highs*
C 1.3.1.2 Hamburg: Modellprojekt zur Glücksspielsucht-Prävention für das schulische Setting
C 1.3.1.2 Bayern: „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige (EfA)
C 1.3.1.2 Bayern: Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)
C 1.3.1.2 Bayern: Hans im Glück: Unterrichtseinheit zur Prävention von Glücksspielsucht
C 1.3.2.7 Stiftung Medien- und Onlinesucht: Inklusives „Face2Face-Café“ – weil ich ein Mädchen bin
C 1.3.2.8 Bayern: „Netzgänger“
C 1.3.2.8 Hessen: „webC@RE“ – innovatives Hilfeangebot für Menschen mit problematischem Nutzungsverhalten an Bildschirmmedien
C 1.3.2.8 Rheinland-Pfalz: Internetsuchtverhalten europäischer Jugendlicher
C 2.1.2 Deutscher Caritasverband: Projekt „Suchthilfe in Netzwerken“
C 2.1.2 Fachverband Sucht: Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010
C 2.1.2 Rheinland-Pfalz: AHG Kliniken Daun: Forschungsprojekt zur webbasierten Tele-Nachsorge bei Alkoholabhängigen
C 2.1.3 Baden-Württemberg: Integrierte Versorgung am Standort Weissenau des ZfP Südwürttemberg
C 2.1.7 DCV: Erhebung des Deutschen Caritasverbandes zum Thema „Migration und Sucht“
C 2.1.10 GVS: 10. Berliner Suchtgespräch „Elternschaft und Suchterkrankung“
C 2.2.1.1.3 Nordrhein-Westfalen: FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde bei Münster
C 2.2.1.1.3 Thüringen: KMG Rehabilitationszentrum in Sülzhayn
C 2.2.2.2 Deutsches Krebsforschungszentrum: Weiterführende Tabakentwöhnungsberatung nach einem Klinikaufenthalt per Faxüberweisung
C 2.2.2.2 Deutsches Krebsforschungszentrum: Individuelle Tabakentwöhnungsberatung für Krebspatienten und ihre Angehörigen
C 2.2.2.2 Deutsches Krebsforschungszentrum: Aktualisierung der Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung
C 2.2.2.2 Deutsches Krebsforschungszentrum: Experteninformation durch einen Newsletter zur Tabakentwöhnung
C 2.2.4.9 JES Bundesverband: „DROGENKURIER“ – ein Selbsthilfemagazin für Drogenkonsumenten, Praxismitarbeiter und Ärzte
C 2.2.4.9 JES Bundesverband: Meine Behandlung, meine Wahl
C 2.2.4.10 Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg: Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten
C 2.3.2.1 Fachverband Medienabhängigkeit: Fachtagung des Fachverbandes Medienabhängigkeit
C 2.3.2.1 Deutscher Caritasverband: Umfangreiche Materialaufbereitung zum Thema Computerspiel- und Internetabhängigkeit
C 3.1.3 Kooperation des Kölner Trägerbündnisses mit dem Jobcenter Köln
C 3.2.1.5 Deutsches Krebsforschungszentrum: Repräsentativbefragung zur Akzeptanz der rauchfreien Gastronomie in Deutschland
C 3.2.1.5 Deutsches Krebsforschungszentrum: Evaluation der Tabakrauchbelastung in Diskotheken in Baden-Württemberg
C 3.2.1.5 Deutsches Krebsforschungszentrum: Evaluation des Nichtraucherschutzgesetzes in Baden-Württemberg
C 4.1.3 DHS: „European Workplace and Alcohol“ (EWA), nationale Partnerarbeit
C 4.1.4 Universität Heidelberg: Projekt „REBOUND“
C 4.3.1 akzept e. V.: International Conference on Drug Policy and Policing
C 4.3.1.5 Hessen: Centre for Drug Research: „Global Cannabis Cultivation Survey“

Hinweise/Impressum

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich sind besonders 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 bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

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

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

Stand:
Juli 2014

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

Lektorat:
Marta Ehmcke

Druck:
enka-druck GmbH, Berlin

Satz:
da vinci design GmbH, Berlin

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier.

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.:	BMG-D-11007
Telefon:	030 182722721 *
Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte:	0180 5 996607 *
Schriftlich:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 48 10 09 18132 Rostock
E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefax:	0180 5 778094*

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