

Drogen- und Suchtbericht

Mai 2009

www.drogenbeauftragte.de

Vorwort



Sabine Bätzing

„Vereinte Kraft ist zur Herbeiführung des Erfolges wirksamer als zersplitterte oder geteilte.“

Thomas von Aquin (1225–1274)

Dieser Satz hat heute noch Gültigkeit und gilt auch in der Drogen- und Suchtpolitik. Unabhängig davon, ob es um Suchthilfe, -prävention, -behandlung, -selbsthilfe oder die Suchtforschung geht, die besten Lösungen werden gemeinsam gefunden und umgesetzt.

Deshalb ist es besonders in der Drogen- und Suchtpolitik wichtig, aufeinander zuzugehen, Herausforderungen und Chancen zu nutzen und gemeinsam Probleme zu erkennen und zu lösen. Nur so wird aus vielen engagierten Einzelakteuren eine starke Gruppe.

Das erfordert aber auch, Berührungsängste zu überwinden und neue Sichtweisen zu akzeptieren. Deshalb war und ist es mir als Drogenbeauftragte der Bundesregierung wichtig, Akteure aus verschiedensten Bereichen einzubinden. Auf diese Weise ist es uns erfolgreich gelungen, gemeinsam neue Projekte und Aktivitäten anzuregen, die so vor einigen Jahren niemand für möglich gehalten hätte.

Sucht ist eine Krankheit, die nicht von heute auf morgen überwunden werden kann. Damit möglichst viele Betroffene den Ausstieg schaffen, müssen wir ihnen unter den bestmöglichen Bedingungen Hilfen anbieten.

Als Drogenbeauftragte der Bundesregierung setze ich weiterhin auf die vier bewährten Säulen der Sucht- und Drogenpolitik: Prävention – Beratung, Behandlung und Rehabilitation – Überlebenshilfe und Schadensreduzierung – Regulierung und Angebotsreduzierung. Die Aktivitäten in diesen vier Bereichen sind dann erfolgreich, wenn sie ein Bündel verschiedenster Maßnahmen beinhalten: Dazu gehören Kampagnen, die vielfältigen Beratungs- und Behandlungsangebote, Modellvorhaben, Verordnungen und Gesetze sowie andere Aktivitäten.

Sucht- und Drogenpolitik ist aber nicht nur Sache der Politik oder der Akteure des Suchthilfesystems, sie geht jeden Einzelnen in der Gesellschaft an. Denn jeder Einzelne ist durch sein Verhalten Vorbild für andere, insbesondere für Kinder und Jugendliche.

Dass Suchtprävention erfolgreich ist und dass Suchtkranke und ihre Angehörigen in Deutschland bei ihrem schweren, oft langen Weg aus der Sucht bestmögliche Hilfe finden, ist dem kompetenten Engagement und gemeinsamen Zusammenwirken vieler Akteure in der Drogen- und Suchthilfe, in Schulen, Vereinen, in Unternehmen, in den Ländern und Kommunen sowie in Forschung und Lehre zu verdanken. Deshalb stelle ich ihnen auch in diesem Jahr wieder beispielhaft elf Menschen aus verschiedenen Bereichen vor, deren Einsatz und Wirken stellvertretend für die Vielzahl der haupt- und ehrenamtlich Tätigen stehen.

Für ihr vorbildliches Engagement gilt ihnen und allen anderen mein besonderer Dank und meine Anerkennung!

Sabine Bätzing
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

4 Hinweise/Impressum

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

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber:

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

Stand: März 2009

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: BMG-D-09008
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Telefon: 01805 / 77 80 90 *
Telefax: 01805 / 77 80 94 *

Schreibtelefon für

Gehörlose und

Hörgeschädigte: 01805 / 99 66 07 *

*) kostenpflichtig

Gestaltung: Zum Goldenen Hirschen, Berlin
Druck: enka-druck GmbH, Berlin
Satz: da vinci design GmbH, Berlin
Fotonachweise: Titel: PantherMedia, S. 03 Benno Kehrhahn, Berlin, S. 32 (Pál Bölskei) Fotostudio Unger, Nürnberg, S. 47 (Manfred Singer) Daniel Lukac, Mannheim, S. 51 (Gerd Glaeske) privat, S. 72 (Doris Radun), Fotografa, www.fotografa.de, S. 81 (Martin Gauly) Fotostudio Bauer, Karlsruhe, S. 87 (Wolfgang Schmidt) Noemi Schmidt, Reinheim, S. 97 (Jörg Schmitt-Kilian) privat, S. 104 (Rolf Hüllinghorst) VdEK Mainz, www.vdek.com, S. 110 (Rita Hornung) Eva Vesser, Hamm, S. 114 (Dirk Schäffer) privat, S. 140 (Ambros Uchtenhagen) privat

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier

Inhaltsverzeichnis

A	2008 – Gemeinsam erfolgreich in der Drogen- und Suchtpolitik	10
B	Suchtstoffe und Suchtformen	22
1	Tabak	22
1.1	Situation in Deutschland	22
1.2	Prävention	23
1.2.1	Nichtraucherchutzgesetze	23
1.2.2	Verbesserung des Jugendschutzes	24
1.2.3	Jahrestagung „Frauen und Rauchen“	24
1.2.4	Kampagne „rauchfrei“	26
1.2.5	Wettbewerb „Rauchfrei 2008“	26
1.2.6	Wettbewerb für Schulklassen: „Be Smart – Don’t Start“	27
1.2.7	Förderung des Nichtrauchens im Bereich der Schule	28
1.2.8	Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens in kleinen und mittleren Unternehmen	29
1.3	Beratung und Behandlung	30
1.3.1	Tabakentwöhnung im Rahmen der Kampagne „rauchfrei“	30
1.3.1.1	Internetprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene	30
1.3.1.2	Kursprogramm zum Rauchverzicht für Jugendliche	31
1.3.1.3	Gruppenprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene	32
1.3.1.4	Internetprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene	33
1.3.1.5	Telefonische Beratung zum Nichtrauchen	34
1.3.2	Modellprojekt „Rauchfrei PLUS – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung“	34
1.3.3	Nationale Konferenz „Wissenstransfer für rauchfreie Krankenhäuser“	35
1.3.4	Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“	36
1.3.5	Nichtraucherseminare in der Bundeswehr	36
1.3.6	Vollerhebung von ambulanten Therapieangeboten zur Tabakentwöhnung in Deutschland	37
1.4	Angebotsreduzierung	37
1.4.1	Maßnahmen gegen Zigarettschmuggel	37
1.4.2	Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship	38
2	Alkohol	38
2.1	Situation in Deutschland	38
2.1.1	Alkoholkonsum von Jugendlichen	38
2.1.2	Studie „Alkoholkonsum in Kinofilmen“	40
2.2	Prävention	40
2.2.1	Plattform „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“	40
2.2.2	Bundesweiter Transfer des Modellprojekts „HaLT“	40
2.2.3	Studie zum Rauschtrinken von Jugendlichen	41
2.2.4	Kampagne der Polizei gegen Alkoholmissbrauch und Gewalt	42
2.2.5	Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen „Na Toll!“/„Bist Du stärker als Alkohol?“	42
2.2.6	Internetprogramm zum Test des Alkoholkonsums	43
2.3	Beratung und Behandlung	45
2.3.1	Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom	45
2.3.2	Früherkennung und -intervention bei Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	46

6 Inhaltsverzeichnis

2.4	Angebotsreduzierung und gesetzliche Maßnahmen	48
2.4.1	Entwicklung und Prävention alkoholbedingter Verkehrsunfälle	48
2.4.2	Fachtagung „Alkoholwerbung – Wirkung und (Selbst-)Kontrolle“	48
3	Medikamente	49
3.1	Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	49
3.2	Studie „Motivierende Intervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“	51
3.3	Projekt PHAR-MON	52
3.4	Evaluation des Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“	53
3.5	Leitfaden gegen Medikamentenmissbrauch für Apotheken	53
3.6	Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport	54
3.6.1	Gesetzliche Regelungen, nationale und internationale Regelwerke	54
3.6.2	Medikamentenmissbrauch im Freizeit- und Breitensport	55
4	Cannabis	56
4.1	Situation in Deutschland	56
4.1.1	Cannabiskonsum von Jugendlichen	56
4.1.2	Daten der Ermittlungsbehörden (siehe auch Ziffer B 5.1.2)	57
4.2	Beratung und Behandlung	57
4.2.1	Jahrestagung „Bewährtes übertragen – Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“	57
4.2.2	Projekt „AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs“	58
4.2.3	Projekt FreD in Deutschland – „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“	59
4.2.4	Implementierung in Europa: FreD goes net	59
4.2.5	Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“	60
4.2.6	Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“	61
4.2.7	Bundesmodellprojekt CANDIS	61
4.3	Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	61
4.3.1	Änderungsverordnung Modedroge „Spice“	61
4.3.2	Studie zu „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“	62
4.4	Forschung	62
4.4.1	Fünf-Länder-Projekt INCANT	62
4.4.2	Projekt „Can Stop“	62
5	Heroin und andere Drogen	64
5.1	Situation in Deutschland	64
5.1.1	Drogentodesfälle	64
5.1.2	Daten zur Drogenkriminalität	65
5.2	Prävention von Begleiterkrankungen sowie Prophylaxe von Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum	68
5.2.1	Niedrigschwellige Drogenhilfe	69
5.2.2	Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“	70
5.2.3	Hepatitis-C-Virus und Drogenkonsum	71
5.2.4	HIV und Drogenkonsum	72

5.2.5	Verbreitung von Infektionskrankheiten und Risikoverhaltensweisen in Haft	73
5.3	Beratung und Behandlung	74
5.3.1	Psychosoziale Begleitung	74
5.3.2	Substitution Opiatabhängiger	75
5.3.3	Substitutionsregister	75
5.3.4	Modellprojekt zur diarmorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	80
5.4	Regulierung und Angebotsreduzierung	82
5.4.1	Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften	82
5.4.2	Grundstoffüberwachung	82
5.5	PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger – Prädiktoren, Moderatoren und Outcome	82
6	Pathologisches Glücksspiel	83
6.1	Glücksspielverhalten in Deutschland	83
6.2	Zweites Werkstattgespräch zur Glücksspielsuchtprävention	84
6.3	Staatsvertrag zum Glücksspielwesen	84
6.4	Beitrag der Länder zur Prävention des pathologischen Glücksspiels	85
6.4.1	Einrichtung von Fachberatungen für Glücksspielsucht im ambulanten Netzwerk der Hessischen Suchthilfe	85
6.4.2	Verstärkung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei problematischem und pathologischem Glücksspielverhalten	85
6.4.3	Kampagne „Ich mach das Spiel nicht mit“	86
6.4.4	Landesprogramm zur Spielsuchtbekämpfung	86
6.5	Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“	86
6.6	Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock	88
7	Computerspiel- und Internetsucht	88
7.1	Pathologischer Internetgebrauch	88
7.2	Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“	89
7.3	Modellprojekt zur Behandlung von Computerspiel- und Internetsucht	89
7.4	Fachtagung „NetGeneration“ zur Prävention von Onlinesucht	90
C	Suchtstoffübergreifende Prävention	93
1	Programm für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010	93
1.1	Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	93
1.2	Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit	94
2	Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“	95
3	Kampagne „Kinder stark machen“	95
4	Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“	97
5	Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol	98
6	Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes zur Drogenprävention	99
7	Suchtprävention im Internet und bundesweite Vernetzung	99
8	Bundesweite Sucht & Drogen Hotline	101
9	Suchtprävention in der Bundeswehr	101
10	Integrationsprojekte zur Suchtprävention für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten	103

8 Inhaltsverzeichnis

D	Versorgungssystem	104
1	Entzugsbehandlung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung	104
2	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung	105
2.1	Leitlinienprogramm	105
2.2	Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 3. Dezember 2008	105
2.3	Kombinationsbehandlungen	106
2.4	Ambulante Rehabilitationsangebote	106
2.5	Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen	106
2.6	Qualitätssicherung	106
2.7	Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung	108
2.7.1	Studie „Modulare Kombinationsbehandlung“	108
2.7.2	Ausbau der Kombibehandlung	108
2.7.3	Ambulante Behandlungsstellen für pathologisches Glücksspiel	108
2.7.4	Modellprojekt Direktverlegung in die Entwöhnungsbehandlung	109
2.7.5	Berufsorientierungscenter zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker	109
3	Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen	109
4	Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen	111
E	Selbsthilfe	113
1	Modellprojekt „S. o. G. – Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung“	113
2	Sucht-Selbsthilfverbände bei der DHS	114
3	Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung	115
4	Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die regionalen Träger	116
F	Deutsches Suchtforschungsnetz	117
1	Forschungsverbund Baden-Württemberg	117
2	Forschungsverbund Bayern/Sachsen	118
3	Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen	121
4	Forschungsverbund Nord-Ost	123
G	Europäische und internationale Zusammenarbeit	124
1	Europäische und internationale Tabakpolitik	124
1.1	Maßnahmen in Europa	124
1.1.1	Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie in deutsches Recht	124
1.1.2	Umsetzung der EU-Tabakprodukttrichtlinie	124
1.1.3	Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms	125
1.1.4	Kampagne „HELP – Für ein rauchfreies Leben“	125
1.1.5	Konferenz „Communicating health, the tobacco example“	126
1.2	Umsetzung der WHO-Tabakrahmenkonvention	126
2	Europäische und internationale Alkoholpolitik	127
2.1	Situation in Europa – Daten und Fakten	127
2.1.1	Umsetzung der EU-Alkoholstrategie	127
2.1.2	Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms	128

2.1.2.1	Projekt „FASE – Focus on Alcohol Safe Environment“.....	128
2.1.2.2	Projekt „Building Capacity“.....	128
2.2	Erarbeitung der WHO-Alkoholstrategie	128
3	Europäische und internationale Drogenpolitik	129
3.1	Situation illegaler Drogen in Europa	129
3.1.1	Tagung „Strukturen und Prozesse der Europäischen Sucht- und Drogenpolitik – Mehrwert für die EU-Mitgliedsstaaten?“.....	130
3.1.2	Horizontale Gruppe Drogen	130
3.1.3	EU-Drogenstrategie und EU-Drogenaktionsplan	131
3.1.4	Verbesserte Kooperation zur Bekämpfung der internationalen Drogenkriminalität	131
3.1.5	Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	132
3.1.6	Außenbeziehungen der EU	133
3.1.7	Projekte der Drogenprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms	133
3.1.8	Forschungsprojekt „Drogenpolitik und Harm Reduction“	133
3.1.9	EU-Drogenpräventionsprogramm	134
3.1.10	Twinning-Projekte in Europa	134
3.1.11	Treffen der EU-Drogenkoordinatoren 2008	135
3.2	Bilaterale Zusammenarbeit	136
3.2.1	Deutsch-österreichische Zusammenarbeit	136
3.2.2	Deutsch-französische Zusammenarbeit	136
3.2.3	Deutsch-peruanische Zusammenarbeit	137
3.2.4	Deutsch-chinesische Zusammenarbeit	137
3.2.4.1	Besuch chinesischer Suchtforscher in Deutschland	137
3.2.4.2	Besuch der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in der VR China	138
3.3	Pompidou-Gruppe beim Europarat	138
3.4	Leitfäden zur Substitutionsbehandlung der WHO	140
3.5	Vereinte Nationen	141
3.5.1	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen	142
3.5.2	UNGASS-Review-Prozess	143
3.5.3	UNODC/WHO „Joint Action Programme on Drug Dependence Treatment“.....	144
3.6	Internationale Entwicklungszusammenarbeit	145
3.6.1	Entwicklungen in Afghanistan	145
3.6.2	Entwicklungen zur Harm Reduction	146
3.6.3	Entwicklungsorientierte Drogenpolitik	147
3.6.4	Beschluss des Deutschen Bundestages zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit	150
	Abkürzungsverzeichnis	151
	Danksagung	152

2008 – Gemeinsam erfolgreich in der Drogen- und Suchtpolitik

Drogen- und suchtpolitischer Schwerpunkt des Jahres 2008 und des ersten Halbjahrs 2009 waren die nationalen Aktionsprogramme zur Tabak- und zur Alkoholprävention.

Erste Vorschläge für nationale Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention wurden der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom Drogen- und Suchtrat in seiner Sitzung am 9. Juni 2008 vorgelegt und lösten eine breite öffentliche Diskussion aus.

Der Drogen- und Suchtrat berät und unterstützt die Drogenbeauftragte bei ihren Vorhaben. Mitglieder des Gremiums sind Fachleute aus Bundes- und Landesministerien, Verbänden, der gesetzlichen Krankenversicherung, Suchtforschung, Ärztekammer und der Bundesagentur für Arbeit. Die Empfehlungen zu zahlreichen präventiven und strukturellen Maßnahmen, wie beispielsweise zur Verbesserung des Jugendschutzes oder zu Einschränkungen der Alkoholwerbung, wurden in der Folgezeit einer ausführlichen Prüfung und Überarbeitung unterzogen. Am 15. September 2008 hörte die Drogenbeauftragte Experten aus Verbänden, Politik, Wirtschaft und Forschung zu den Vorschlägen an.

Die Nationalen Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention sollen vom Bundeskabinett verabschiedet werden und beschreiben die wichtigsten Vorhaben in der Tabak- und Alkoholpolitik bis zum Jahr 2012.

Warum brauchen wir ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention?

Der Tabakkonsum ist immer noch das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Obgleich ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel zum Nichtrauchen spürbar ist, raucht immer noch ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Das entspricht etwa 16 Mio. Menschen. Etwa 140.000 Menschen sterben jedes Jahr vorzeitig an den direkten Folgen des Rauchens, etwa 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens für die Gesellschaft werden auf 18,8 Milliarden Euro pro Jahr

geschätzt, deutlich mehr als durch die Tabaksteuer eingenommen wird.

Während bei der erwachsenen Bevölkerung nur ein geringfügiger Rückgang des Nikotinkonsums zu verzeichnen ist, konnte durch die Anstrengungen in der Tabakprävention der letzten Jahre bei Kindern und Jugendlichen ein Trendwechsel zum Nichtrauchen erreicht werden.

Nach der letzten Befragung der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist der Raucheranteil bei den 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen seit 2001 deutlich gesunken. Bei den männlichen Jugendlichen sank die Raucherquote von 27,2 % im Jahr 2001 auf 14,7 % im Jahr 2008 und bei den weiblichen Jugendlichen von 27,9 % (2001) auf 16,2 % (2008). Insgesamt rauchten im Jahr 2008 noch 15,4 % der 12- bis 17-jährigen, 2001 waren es noch 28 %.

Damit wurde 2008 das vom Drogen- und Suchtrat im Jahr 2006 gesteckte Ziel zur Reduzierung der Raucherquote erreicht. Dieser Erfolg ist auch ein Ergebnis der präventiven Maßnahmen wie der rauchfrei-Kampagne der BZgA und der vielfältigen Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene wie beispielsweise der Schüler-Wettbewerb „Be Smart – Don’t Start“.

Ebenso haben dazu die gesetzlichen Maßnahmen einen zentralen Beitrag geleistet. Wichtige Faktoren waren die Verteuerung von Tabakwaren durch die stufenweise Anhebung der Tabaksteuern, das Abgabeverbot an Minderjährige, die Einführung des Chipkartensystems für alle Zigarettenautomaten und die gesetzlichen Beschränkungen der Tabakwerbung und des -sponsoring sowie die Einführung der Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, im öffentlichen Personenverkehr und in der Gastronomie.

Um diese Erfolge weiter zu festigen, müssen die Maßnahmen in der Tabakprävention fortgesetzt und ausgebaut werden.

Das Nationale Aktionsprogramm zur Tabakprävention wird daher die erforderlichen Maßnahmen bündeln und gesetzliche Lücken in der Tabakpolitik schließen.

Auch die Vorschläge im Rahmen der internationalen Tabakpolitik entwickeln sich weiter. Am 22. November 2008 tagte in Durban (Südafrika) die dritte Konferenz der Vertragsstaaten der Tabakrahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (FCTC), die von Deutschland im Jahr 2004 ratifiziert wurde und 2005 in Kraft getreten ist. Es wurden drei Leitlinien zur Umsetzung umfassender Tabakwerbverbote, zur Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen sowie der Unabhängigkeit der Gesundheitspolitik von den Interessen der Tabakindustrie verhandelt und verabschiedet. Die Leitlinien sind Empfehlungen zur Ausgestaltung der Tabakpolitik in den Vertragsstaaten und haben keinen verbindlichen Charakter.

Die Bundesregierung hat sich bereits seit 2002 das prioritäre Gesundheitsziel gesetzt, die Zahl der Raucherinnen und Raucher in Deutschland wirksam zu senken. Auch im Rahmen der Strategie zur nachhaltigen Entwicklung in Deutschland hat die Bundesregierung im Jahr 2002 mit dem Titel „Perspektiven für Deutschland“ ein nationales Konzept zur Nachhaltigkeit verabschiedet und im Koalitionsvertrag von 2005 als politisches Leitprinzip verankert. In 21 zentralen Handlungsfeldern werden Fortschritte gemessen und erfasst, die im aktuellen Bericht vom Herbst 2008 weiterentwickelt wurden. Als präventives Gesundheitsziel wurde zur Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit das Ziel „Tabakkonsum reduzieren“ mit in die Nachhaltigkeitsstrategie aufgenommen. Darin ist für die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren als quantitatives Ziel bis zum Jahr 2015 die Senkung der Raucherquote auf unter 12% genannt. Für die Gruppe der Erwachsenen soll bis zum Jahr 2015 die Zahl von unter 27% erreicht werden.

Im geplanten Nationalen Aktionsprogramm zur Tabakprävention wird auch der Schutz der Gesundheit der Nichtraucher vor dem Passivrauchen mit präventiven Maßnahmen weiter unterstützt.

Mit den Nichtraucherschutzgesetzen ist Deutschland 2008 beim Nichtraucherschutz einen wichtigen Schritt vorangekommen, wenngleich aufgrund der Ausnahmeregelungen noch Verbesserungsbedarf besteht.

Seit dem 1. September 2007 ist das Bundesnichtraucherschutzgesetz in Kraft, das den Nichtraucherschutz für die Einrichtungen des Bundes und im öffentlichen Personenverkehr regelt. Die Altersgrenze für das Rauchen sowie das Abgabeverbot von Tabakwaren wurde auf 18 Jahre angehoben. In allen Bundesländern gelten seit dem 1. Juli 2008 Nichtraucherschutzgesetze für den Bereich der Gastronomie und der öffentlichen Gebäude der Länder. Diese Regelungen sind ein Meilenstein für die Umsetzung eines flächendeckenden Nichtraucherschutzes in Deutschland.

Während die Nichtraucherschutzgesetze für die öffentlichen Einrichtungen des Bundes und der Länder weitgehend unstreitig umgesetzt wurden, gab es im Bereich der Gastronomie erhebliche Widerstände zu den Ausnahmeregelungen. Das Recht, abgetrennte Raucherräume zu schaffen, konnten Gastronomen mit einem kleinen Gastraum nicht nutzen. Am 30. Juli 2008 bestätigte das Bundesverfassungsgericht den grundsätzlichen Vorrang des Gesundheitsschutzes vor den wirtschaftlichen Interessen der Gastronomen. Es zeigte auf, dass auch ein Verzicht auf Ausnahmeregelungen verfassungsgemäß sei. Gleichzeitig formulierte es Kriterien für ausgewogene Ausnahmeregelungen, die eine Gleichbehandlung der Kleingastronomie mit nur einem Gastraum sowie für Diskothekenbetreiber sicherstellen. Es verpflichtete die Landesgesetzgeber, bis zum 31. Dezember 2009 ihre Landesgesetze entsprechend anzupassen.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung spricht sich angesichts der Erfahrungen mit der Umsetzung der Nichtraucherschutzgesetze dafür aus, keine weiteren Ausnahmen zu schaffen, sondern ganz auf sie zu verzichten. Damit könnten in allen Bundesländern gleiche Bedingungen beim Nichtraucherschutz geschaffen werden.

Warum brauchen wir ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention?

Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. 9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland nach neuen Berechnungen über 70.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. In der Gesellschaft herrscht eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zum Alkohol vor. Zehn Liter reinen Alkohols werden pro Kopf in der Bevölkerung jährlich konsumiert. Gegenüber den Vorjahren ist eine leicht rückläufige Tendenz im Alkoholkonsum festzustellen. Doch liegt Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Zehntel.

Weiterhin wird deutlich, dass Kinder- und Jugendliche sehr früh mit Alkohol in Kontakt kommen. In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Jahr 2008 geben rund drei Viertel (75,8 %) der 12- bis 17-Jährigen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Der Anteil der Jugendlichen, die im vergangenen Jahr mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken haben, ist aber von 21,2 % im Jahr 2004 auf 17,4 % im Jahr 2008 zurückgegangen.

Das Ziel des Drogen- und Suchtrates für den Bereich Alkohol, die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken im Alter von 12 bis 17 Jahren insgesamt auf unter 18 % im bundesweiten Durchschnitt zu senken, konnte somit auch beim Alkohol erreicht werden.

Zwar trinken Kinder und Jugendliche heute insgesamt im Durchschnitt etwas weniger, aber die problematischen Konsummuster in Form des exzessiven Trinkens bleiben auf besorgniserregend hohem Niveau. Es ist davon auszugehen, dass 2008 etwa 2 % der Jugendlichen im Alter von 12- bis 17-Jahren bereits einen gefährlichen Alkoholkonsum aufwiesen.

2008 betrieben noch etwa 20,4 % der Kinder und Jugendlichen das Rauschtrinken (sog. Binge Drinking),

d.h. das Trinken von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Gelegenheit.

Das ist besorgniserregend, weil sich Trinkexzesse besonders negativ auf die gesundheitliche und (psycho-) soziale Entwicklung von Jugendlichen auswirken, wegen der noch nicht abgeschlossenen körperlichen und psychischen Entwicklung.

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund einer Alkoholvergiftung bestätigt den Handlungsbedarf: Im Jahr 2007 wurden 23.165 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt. Im Vergleich zu 2006 (19.500 Einlieferungen) hat die Zahl um 20 % zugenommen, seit der Ersterhebung im Jahr 2000 (9.500 Kinder und Jugendliche) ist das die höchste jemals gemessene Zahl und eine Steigerung von 143 %. Die Entwicklung bei den erst 10–15-Jährigen ist besonders erschreckend. Obwohl diese Gruppe nach dem Jugendschutzgesetz keinen Alkohol kaufen dürfte, sind hier die Alkoholvergiftungen um 15 % angestiegen (von 3.298 auf 3.779). Sehr stark zugenommen hat auch der Anteil der Mädchen bei den Einlieferungen. Zum ersten Mal waren mehr Mädchen als Jungen betrunken (1.942 Mädchen versus 1.837 Jungen).

Diese Zahlen machen deutlich: Kinder und Jugendliche müssen besser vor alkoholbedingten Gesundheitsschäden und Suchtgefahren geschützt werden. Präventive Maßnahmen müssen weiter fortgesetzt, gebündelt und ausgebaut werden. Das ist auch das Ziel des Nationalen Aktionsprogramms zur Alkoholprävention.

Die Drogenbeauftragte setzt sich für eine effektivere Kontrolle des Jugendschutzgesetzes ein. Sie strebt ein breites Bündnis aller Beteiligten vor Ort an, in das auch der Handel eingebunden wird. Erfahrungen aus den Bundesländern zeigen, dass Testkäufe durch Jugendliche ein wirksames Kontrollinstrument sind. Testkäufe sollten an enge Voraussetzungen gebunden werden, wie eine eindeutige Altersbegrenzung und eine gute Schulung der Testkäufer sowie die Durchführung von Testkäufen unter behördlicher Aufsicht.

Ebenso wichtig ist aber auch eine nachhaltige Aufklärungs- und Informationsarbeit. Zu diesem Zweck wurden bundesweite Projekte geschaffen, die sich an Kinder und Jugendliche richten, wie zum Beispiel das Bundesmodellprojekt „HaLT- Hart am Limit“, das inzwischen auf Landesebene flächendeckend umgesetzt wird und die „Na toll!“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Im Jahr 2008 startete die neue Präventionskampagne der Polizei „Don't drink too much – Stay gold!“ unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten. Durch diese Kampagne wird vor allem der direkte Zusammenhang von exzessivem Alkoholkonsum und Gewalt durch drastische Text-Bild-Ansprache gezeigt. Die für die Kampagne entworfenen Bierdeckel mit „Vorher-Nachher“-Motiven sind inzwischen bei Jugendlichen und Betreuern sehr gefragt. Gleichzeitig arbeitet die Kampagne mit bekannten Testimonials, wie bekannten Fußballstars und anderen Sportlern, deren Spots im Internet abrufbar sind.

Es gibt verschiedene Faktoren, die bei jugendlichem Alkoholkonsum eine Rolle spielen und diesen begünstigen. Dazu gehört auch die Alkoholwerbung, die teilweise offensiv jugendliche Lebenswelten anspricht und dadurch ein ausschließlich positives Image bei den Konsumenten erzeugt. Nach einer im Jahr 2008 veröffentlichten Meta-Analyse verschiedener Längsschnittstudien über den Einfluss der Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche hat die Werbung eine klare Wirkung auf die Konsumenten: Je mehr Alkoholwerbung Kinder und Jugendliche sahen, desto früher begannen sie mit dem Trinken und desto mehr tranken sie.

Auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie drei oder mehr alkoholische Getränke an einem einzigen Anlass tranken, stieg durch die Alkoholwerbung.

Auf der Fachtagung der Drogenbeauftragten „Alkoholwerbung – Wirkung und (Selbst-)Kontrolle“ im September 2008 bestätigten das nationale und internationale Experten. Analysen zeigten, dass Werbeverbote in anderen Ländern zu einem Konsumrückgang führen können, dass aber zumindest eine funktionierende strenge Selbstregulierung erforderlich ist, um Jugendschutz bei der Werbung zu gewährleisten.

Laut einer Umfrage von Eurobarometer fordern sogar immerhin 82 % der Deutschen, dass auf jugendliche abzielende Alkoholwerbung verboten werden sollte.

Die Forderung der Drogenbeauftragten nach einer Verbesserung der Selbstkontrolle der Werbewirtschaft hat bereits jetzt erste Früchte getragen: Noch vor Abschluss der Beratungen über die nationalen Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention hat die Werbeindustrie im Februar 2009 öffentlich angekündigt, dass neue Regeln der Selbstkontrolle in Kraft getreten sind, welche die bisherigen Regeln weiter präzisieren und so den Werbeschaffenden klare Vorgaben machen, um in Zukunft an Kinder und Jugendliche gerichtete Alkoholwerbung besser zu verhindern.

Und auch auf die Werbung für alkoholische Getränke auf Trikots von Fußball-Jugendmannschaften wird – wie von der Drogenbeauftragten gefordert – verzichtet.

Umfassender Aufklärungsbedarf besteht auch weiterhin beim Thema Alkohol in der Schwangerschaft: Nach einer aktuellen Studie trinken 58 % der Frauen trotz der bekannten Risiken für das Ungeborene während der Schwangerschaft Alkohol. Jedes Jahr kommen in Deutschland bis zu 10.000 alkoholgeschädigte Kinder auf die Welt, davon 4.000 Kinder mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS), einer schweren körperlichen und geistigen Behinderung. FASD stellt die häufigste Behinderung bei Neugeborenen in Deutschland dar, sie tritt doppelt so häufig wie das Down-Syndrom auf – und ist zu 100 % vermeidbar.

Ein vollständiger Alkoholverzicht in der Schwangerschaft ist somit unabdingbar. Das Bewusstsein um die Existenz des Fetalen Alkoholsyndroms, den Umgang mit den Betroffenen und die Möglichkeit der Aufklärung, Beratung und Prävention muss sowohl bei Ärzten, Hebammen als auch bei werdenden Müttern noch verbessert werden.

Spezielle Fragebögen auf freiwilliger Basis zur Identifikation eines riskanten Alkoholkonsums in der Schwangerschaft, Motivational Interviewing zur Erleichterung des Beratungsgesprächs sowie besondere Schulungen

von Ärzten und Hebammen gehen nach Auffassung der Drogenbeauftragten in die richtige Richtung.

Bewusstsein schaffen in weiten Teilen der Bevölkerung und Aufklärung über die Risiken des Alkoholkonsums, das hat sich auch die „Aktionswoche Alkohol“ zum Ziel gesetzt. Im Jahr 2007 wurde erstmalig eine „Aktionswoche Alkohol“ durchgeführt. Der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten durchgeführten Kampagne gelang es, die bundesweite Aufmerksamkeit insbesondere „vor Ort“ für einige Tage auf den Alkoholkonsum und seine besonderen Risiken zu lenken. Für den Zeitraum vom 13. bis 21. Juni 2009 ist angesichts des Erfolges dieser Kampagne eine weitere Aktionswoche zum Thema „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ geplant. Bereits 2008 liefen die umfangreichen Vorbereitungen für die neue Aktionswoche. Dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, eine noch größere öffentliche Resonanz, insbesondere in den Massenmedien, zu erreichen. Zudem wird diese Kampagne durch die Arbeit von Lenkungsausschüssen in den Bundesländern auf ein noch breiteres Fundament gestellt.

Neben den Aktionsprogrammen gelang es auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene, andere wichtige sucht- und drogenpolitische Themen voranzubringen und zahlreiche sucht- und drogenpolitische Aktivitäten weiterzuentwickeln und auszubauen, aber auch neue Projekte auf den Weg zu bringen.

Medikamentenabhängigkeit

In Deutschland sind schätzungsweise 1,4–1,9 Millionen Menschen medikamentenabhängig, davon 70 % Frauen. Ein ganz überwiegender Teil der Betroffenen ist von Benzodiazepinen abhängig. Anders als die Drogen- oder Alkoholsucht verläuft die Abhängigkeit von Medikamenten unauffällig, diskret und im Alltag kaum wahrnehmbar. Die Betroffenen durch das Suchthilfesystem frühzeitig zu erreichen und ihnen eine adäquate Hilfe in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der

Suchtkrankenhilfe und der medizinischen Versorgung zu vermitteln stellt eine besondere Herausforderung für das Hilfesystem dar.

Der Ärzte- und Apothekerschaft kommt hier eine besondere Verantwortung zu, weil sie den Zugang der Patienten zu den Medikamenten kontrollieren.

Die Drogenbeauftragte begrüßt daher die Veröffentlichung der Leitfäden der Bundesärztekammer („Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“, 2007) und der Bundesapothekerkammer („Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“, 2008). Sie können dazu beitragen, die Ärzte und Apotheker noch weiter dafür zu sensibilisieren, frühzeitig Suchtgefährdungen zu erkennen, ihnen Hilfestellung für die Behandlung bzw. den Umgang mit betroffenen Patienten zu geben.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Drogenbeauftragte unterstützen Bemühungen, neue Wege und Lösungen für die Behandlung und Prävention von Medikamentenabhängigkeit zu finden.

Eine vom BMG geförderte Studie „Motivierende Intervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“ (MIMIK) wurde 2008 abgeschlossen. Sie bestätigte, dass bei bestimmten Patientengruppen eine Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgreich genutzt werden kann, um eine Verhaltensänderung zu erreichen.

Das vom BMG geförderte Projekt PHAR-MON ist ein Monitoring-System, das deutschlandweit den missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Arzneimitteln unter Klientinnen und Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen erfasst. Es beobachtet vor allem den missbräuchlichen Arzneimittelkonsum von Klienten mit Alkohol- oder drogenbezogenen Störungen, da diese Personengruppe Arzneimittel besonders häufig missbraucht.

Doping

Die Rahmenbedingungen zur Bekämpfung des Dopings im Sport wurden in den vergangenen Jahren national und international verbessert.

In Deutschland ist 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnung in Kraft getreten. Ziel der neuen Regelungen ist die Bekämpfung krimineller Strukturen beim Handel mit Dopingsubstanzen, die vielfach international vernetzt über die deutschen Grenzen operieren. Die Bundesregierung wird im Jahr 2012 einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorlegen.

Im Jahr 2008 hat die Bundesregierung mit zahlreichen Maßnahmen zur Bekämpfung des Dopings die Organisationen des Sports unterstützt und sowohl im Bundesministerium des Innern (BMI) als auch im Bundeskriminalamt (BKA) eigene Arbeitseinheiten zur Dopingbekämpfung bzw. zum illegalen Arzneimittelhandel eingerichtet. Auch im Breiten- und Freizeitsport muss der Medikamentenmissbrauch zur Leistungssteigerung mehr Beachtung finden.

Illegale Drogen

Die Gesamtzahl der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) stieg erstmals seit dem Jahr 2004 wieder an. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der EKHD im Jahr 2008 um 3 % von 18.620 auf insgesamt 19.203 Personen. Insbesondere bei den synthetischen Drogen wurden Steigerungen festgestellt. So stieg die Zahl bei Amphetamin (+9 %), LSD (+9 %) und Ecstasy (+7 %) an. Auch bei Kokain war eine Zunahme (+4 %) zu verzeichnen, während die Entwicklungen bei Heroin (-6 %) und vor allem bei Crack (-30 %) und kristallinem Methamphetamin (-22 %) deutlich rückläufig waren.

Im Vergleich zum Vorjahr sind dagegen Rückgänge der Sicherstellungsmengen von Heroin und Kokain zu verzeichnen. Großsicherstellungen mit zum Jahr 2007 vergleichbaren Mengen blieben in Deutschland

aus. Die Sicherstellungsmenge von Amphetamin stieg im siebten Jahr in Folge. 2008 erfolgte mit 284 kg die bislang größte Einzelsicherstellung von Amphetamin in Deutschland. Die Zahl der Drogenlabore stieg, insbesondere wurden vermehrt Kleinlabore zur Methamphetaminherstellung sichergestellt.

Diese Daten der Ermittlungsbehörden geben Trends in der Angebots- und Nachfragestruktur für illegale Drogen wieder, sind aber auch abhängig von der Ermittlungsintensität der Polizei.

Cannabis

Cannabis ist auch 2008 nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Der Epidemiologische Suchtsurvey von 2006 geht davon aus, dass in Deutschland insgesamt etwa 600.000 Personen zwischen 18 und 64 Jahren Cannabis entweder missbrauchen (380.000) oder von Cannabis abhängig sind (220.000). Der Vergleich zu den Zahlen von 2003 zeigt, dass dagegen die Lebenszeitprävalenz und die 12-Monatsprävalenzraten in allen Altersgruppen (zum Teil stark) rückläufig sind.

Auch bei den Jugendlichen ist ein rückläufiger Trend festzustellen. Nachdem seit 1979 der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren stetig anstieg, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, ist seit 2004 ein rückläufiger Trend zu verzeichnen. Während es 2004 noch 31,1 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen waren, ist nun die Quote auf 28,3 % gefallen.

Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, die Quote von Cannabiskonsumenten in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis 2008 auf unter 28 % zu senken, wurde mit 28,3 % damit fast erreicht.

Auch die Zahl der regelmäßigen Konsumenten ist rückläufig, die mehr als zehnmals im vergangenen Jahr Cannabis konsumiert haben: Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, den Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen

bis zum Jahr 2008 auf unter 3 % zu senken, ist mit 2,3 % auch hier erreicht worden.

Diese Entwicklungen zeigen, dass die präventiven Maßnahmen greifen. Um diese positive Entwicklung zu unterstützen, ist es erforderlich, das Beratungs- und Behandlungsangebot in Deutschland für Personen mit regelmäßigem Cannabiskonsum weiterzuentwickeln und auszubauen. Aus diesem Grund fördert das Bundesministerium für Gesundheit eine Reihe von mehrjährigen Projekten, die helfen, wirksame Beratungs- und Behandlungsangebote in die Regelversorgung zu überführen.

Dazu gehören unter anderem das Projekt FreD – „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“, das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“, das Bundesmodellprojekt CANDIS und das Fünf-Länder-Projekt INCANT.

Modedroge „Spice“

Im August 2008 gab es vermehrte Medienberichte, wonach verschiedene Kräutermischungen im Umlauf seien, die beim Rauchen cannabisähnliche Wirkung hätten. Eigentlich als Räucherwerk zur Verbesserung des Raumduftes deklariert und unter vielsagenden Namen wie Spice „Silver“, „Gold“, „Diamond“, „Sence“, „Yucatan Fire“, „ChillX“ usw. vertrieben, sprach sich die berauschende Wirkung dieser Kräutermischungen schnell herum. Fernsehberichte und zahlreiche Presseartikel taten ihr Übriges, um aus „Spice“ eine Modedroge zu machen. Die Händler meldeten sehr bald Nachfrage-Engpässe auf dem deutschen Markt, auf dem diese Kräutermischungen bislang legal zu erwerben waren. Die von Konsumenten beschriebene cannabis-ähnliche Wirkung der vom Hersteller genannten Inhaltsstoffe konnte sich zunächst kein Experte erklären, auch nicht nach toxikologischen Untersuchungen. Dennoch kam sehr bald der Verdacht auf, dass mehr in diesen Kräutermischungen steckte, als draufstand. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung warnte daher schon sehr frühzeitig vor den unkalkulierbaren gesund-

heitlichen Risiken, die die Konsumenten dieser Kräuter eingingen.

Anfang Dezember 2008 entdeckte das Frankfurter Institut THC Pharm ein synthetisches Cannabinoid mit Namen „JWH-018“, das den Kräutermischungen offenbar zielgerichtet zugesetzt worden war. Wenig später deckte das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg zusammen mit dem Bundeskriminalamt eine weitere Substanz auf: Das synthetische Cannabinoid „CP-47,497“ und seine Homologen. Diese Substanzen stammen aus der Arzneimittelforschung und haben eine vielfach stärkere Wirkung als das THC der Cannabispflanze und bedeuten ein hohes gesundheitliches Risiko.

Deshalb wurde ein Verbot dieser Substanzen nach dem Betäubungsmittelrecht unumgänglich. Noch vor Weihnachten 2008 leitete das Bundesgesundheitsministerium ein Eilverfahren für eine Unterstellung dieser Substanzen unter das Betäubungsmittelgesetz ein. Am 22.1.2009 trat die Eilverordnung in Kraft. Gleichzeitig wurde auf Antrag Bayerns festgestellt, dass bestimmte Kräutermischungen auch als nicht zugelassene Arzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz gelten und damit der Handel mit ihnen verboten ist.

Das Verbot hatte in Deutschland die erwartete Wirkung. Die Kräutermischungen verschwanden aus den Regalen der „Headshops“ und auch der Internetvertrieb in Deutschland wurde eingestellt. Für die Konsumenten ist die Droge nun nicht mehr so interessant, weil sie nicht mehr als „legale“ Ausweichmöglichkeit zur Verfügung steht.

Es ist möglich, dass Hersteller solcher Substanzen auch weiterhin versuchen werden, ähnliche (noch nicht verbotene) Substanzen auf den Markt zu bringen. Die Bundesregierung wird diese Entwicklung weiter im Auge behalten und gegebenenfalls weitere Verbotsverfahren einleiten. Um solchen Entwicklungen frühzeitig entgegenzutreten zu können, unterstützt das Bundesgesundheitsministerium das Freiburger Institut, das mit anderen europäischen Partnern ein EU-Projekt zu rauscherzeugenden Kräutermischungen durchführen

möchte. Außerdem wird das BMG eine Studie des Zentrums für Drogenforschung der Uni Frankfurt fördern, um mehr über Konsumenten und Konsummuster zu erfahren, da in Frankfurt diese Entwicklung schon länger beobachtet wird und auch schon erste Daten vor dem Inkrafttreten des Verbotes von „Spice“ erhoben wurden.

Heroin, Kokain, Amphetaminen und Ecstasy

Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass in Deutschland der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy, Kokain und Opiaten stabil ist bzw. leicht abgenommen hat. Amphetamine und Ecstasy haben jeweils rund 4 % der Erwachsenen zumindest einmal im Leben konsumiert, aktuell sind es rund 1 %. Ähnliche Zahlen zeigen sich für Kokain. Der Konsum von Opiaten ist leicht rückläufig und liegt bei 1,4 % (Lebenszeitprävalenz) und bei einer aktuellen Prävalenz von 0,4 %. Während ein großer Teil der Opiatkonsumenten sich in einer Behandlung (drogenfreie Therapien und Substitutionsbehandlung) befindet, werden Konsumenten von Amphetaminen und Kokain nur selten in Therapieeinrichtungen behandelt.

Es wird weiterhin eine große Herausforderung sein, Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten mit Hepatitis zu reduzieren. Denn entgegen den positiven Auswirkungen von Maßnahmen niedrighschwelliger Drogenhilfe auf den Rückgang von HIV-Infektionen, wie dem Verteilen steriler Spritzbestecke und dem Ausbau der Substitutionsbehandlung, zeigen sich diese Erfolge bei der Hepatitisprävention noch nicht ausreichend. Zudem wird es auch weiterhin wichtig sein, Konsumenten von Amphetaminen und Ecstasy und Kokain besser durch Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu erreichen.

Drogentodeszahlen

Im Jahr 2008 wurden 1.449 Drogentodesfälle in Deutschland registriert. Gegenüber dem Vorjahr (1.394) bedeutet dies einen Anstieg um 3,9 %.

Auch wenn noch nicht abschließend geklärt ist, womit diese Entwicklung zusammenhängt, ist es nach den vorliegenden Daten so, dass die Todesfälle unter den älteren Drogenabhängigen zunehmen. Viele von ihnen sind gesundheitlich geschwächt und psychisch vielfach belastet. Jeder zweite hat schon einen Selbstmordversuch unternommen. Zunehmend wird es in den nächsten Jahren auch zu Todesfällen auf Grund von Folgeerkrankungen des Drogenkonsums wie Hepatitis-Infektionen kommen, z. B. durch eine Leberzirrhose, denn ein sehr großer Teil der Heroinabhängigen ist mit Hepatitis C infiziert. Nach den bisherigen Erkenntnissen sind die meisten der Drogentodesfälle aber auf eine Überdosierung von Heroin, oft in Kombination mit Alkohol und Schlaf- oder Beruhigungsmitteln zurückzuführen.

Substitutionsbehandlung mit Methadon und Buprenorphin

Die Substitutionsbehandlung ist für über 70.000 Patienten in Deutschland keine Ersatzdrogenbehandlung, sondern eine medikamentengestützte Therapie und eine wichtige Säule in der Behandlung von Opiatabhängigen.

Das BMG beobachtet deshalb auch weiterhin sorgfältig die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland und ist bestrebt, die Regelungen über die Substitutionsbehandlung in der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) fortzuentwickeln und den aktuellen Erfordernissen der Substitutionspraxis anzupassen.

Am 25. März 2009 ist deshalb die 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (23. BtMÄndV) in Kraft getreten. Sie ermöglicht eine noch effizientere Substitutionstherapie von Betäubungsmittelabhängigen.

Vor allem die Vorschriften zur Substitutionsbehandlung in § 5 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wurden durch sie um zwei wichtige Punkte erweitert: Um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärztinnen und Ärzte besser überbrücken zu können, wird eine modifizierte Regelung für Vertre-

tungsfälle eingeführt. Daneben besteht nun die Möglichkeit, Substitutionsmittel für die Dauer von bis zu zwei Tagen zu verschreiben. Hierdurch werden insbesondere zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen die Voraussetzungen für eine kontinuierliche und flächendeckende Versorgung von Substitutionspatientinnen und -patienten geschaffen.

Diamorphingestützte Behandlung

Seit 2008 liegen alle Auswertungen des Bundesmodellprojekts zur diamorphingestützten Behandlung (2001–2007) vor, mit positivem Ergebnis:

Die diamorphingestützte Behandlung erweist sich hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Abstinenz bzw. der Verringerung des Konsums, der verbesserten sozialen Integration langfristig als erfolgreiche Therapie schwerstabhängiger Heroinkonsumenten, denen mit einer Methadonsubstitution nicht ausreichend geholfen werden konnte oder die sich in keiner Behandlung befinden.

Die Vergabe von Diamorphin an Schwerstabhängige erfolgt zurzeit auf Basis einer Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 des BtMG. Ende 2008 wurden ca. 300 Patientinnen und Patienten mit Diamorphin behandelt. Seit Abschluss des Modellprojekts fördert das BMG ein Qualitätssicherungsprogramm, um die gleich bleibende Kontinuität der Qualität der Diamorphinbehandlung zu sichern und auch Daten über den weiteren Verlauf der Behandlung erheben zu können.

Bereits im November 2007 hatte der Bundesrat einen Gesetzentwurf zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in den Deutschen Bundestag eingebracht (Drs. 16/7249). Im März 2009 folgte ein weiterer Gesetzentwurf von Abgeordneten der Fraktion der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke (Drs. 16/11515). Beide Gesetzentwürfe zielen darauf ab, die diamorphingestützte Behandlung in die Regelversorgung zu überführen. Abgeordnete der CDU/CSU-Fraktion haben zeitgleich einen Antrag auf den Weg gebracht, nach dem zunächst künftige Optionen durch ein neues Modellprojekt zur heroingestützten Substitutions-

behandlung Opiatabhängiger evaluiert werden sollen (Drs. 16/12238).

Am 23. März 2009 fand zu diesen Initiativen eine öffentliche Anhörung im Deutschen Bundestag statt. Die große Mehrheit der Stellungnahmen befürwortet die Überführung der diamorphingestützten Behandlung als zusätzliche Behandlungsoption für eine kleine Gruppe von schätzungsweise 3.000 bis 5.000 schwerstkranken Heroinabhängigen in die Regelversorgung.

Eine Entscheidung des Bundestages über diese Initiativen wird bis zum Abschluss der 16. Legislaturperiode erwartet.

Neue Wege in der Prävention von illegalen Drogen

Im Bereich Hilfeangebote und Prävention von illegalen Drogen haben die Bundesministerin für Gesundheit und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Anfang 2008 neue Wege beschritten. Sie starteten eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit mit einer bekannten Vorabend-Serie, die nicht nur eine fachlich beratende Unterstützung der Fernsehschaffenden bei der Darstellung einer Drogengeschichte beinhaltet, sondern gleichzeitig auch die Gelegenheit bot, die bundesweite Sucht- und Drogenhotline (www.sucht-und-drogen-hotline.de) unentgeltlich vor einem breiten Fernsehpublikum zu bewerben. Gleichzeitig erhielt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung einen Gastauftritt in der Serie. Vor mehr als 4 Millionen vorwiegend jungen Zuschauern spielte sich die Drogenbeauftragte selbst. Sie warnte Schüler in einer Rede vor den Gefahren des Drogenkonsums und wies sie auf Hilfeangebote hin. Vorabend-Serien, die sich vorwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene richten, sind ein geeignetes Medium, um solche Informationen zielgruppenspezifisch und breitenwirksam zu vermitteln.

Nichtstoffgebundene Süchte

Glücksspielsucht

Eine im Jahr 2008 veröffentlichte repräsentative Befragung von 10.000 Bundesbürgern im Alter von 16 bis 65 Jahren zeigte, wie verbreitet das Glücksspiel in der Allgemeinbevölkerung ist. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) hat danach in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung ein oder mehrere Glücksspiele gespielt. Am weitesten verbreitet ist die Teilnahme an den Lotterien „Lotto 6 aus 49“, „Super 6“ und „Spiel 77“. Nicht alle Spielerinnen und Spieler von Glücksspielen können mit den Glücksspielangeboten verantwortungsvoll umgehen. Manche entwickeln eine Glücksspielsucht. Nach dem Ergebnis der Studie weisen rund 0,2 % der Befragten ein kritisches bzw. süchtiges Glücksspielverhalten auf, das entspricht etwa 100.000 Glücksspielsüchtigen in der Bevölkerung. Als Glücksspielsuchtgefährdet gelten weitere etwa 225.000 Menschen.

Das Suchtpotential ist je nach Glücksspielangebot unterschiedlich hoch. Die größte Anziehungskraft für Glücksspielsüchtige findet sich im Bereich der Sportwetten, beim kleinen Spiel in Spielbanken (Glücksspielautomaten), Glücksspielen im Internet und bei Geldspielgeräten. So ist die Wahrscheinlichkeit, dass problematische oder süchtige Spieler an Geldautomaten spielen oder am „kleinen Spiel“ in Spielbanken teilnehmen, um das Neunfache höher als für Personen, deren Glücksspielverhalten als unproblematisch einzustufen ist.

Auch wenn von dieser Suchterkrankung bislang vergleichsweise wenige Personen betroffen sind, stellt sie für die Betroffenen und ihre Familien wegen der wirtschaftlichen Folgen eine existentielle Bedrohung dar. Durch eine Intensivierung der Maßnahmen zur Prävention von Glücksspielsucht und die Schaffung geeigneter Hilfsangebote, wie sie im Glücksspielstaatsvertrag vom 1. Januar 2008 festgelegt sind, kann eine wichtige Unterstützung für von Spielsucht betroffene Spieler bereit gestellt werden.

Auf Vorschlag der Länder und des Deutschen Lotto- und Totoblocks hat die Drogenbeauftragte am 13. März 2008 zu einem Zweiten Werkstattgespräch „Der neue Glücksspielstaatsvertrag – Suchtprävention auf dem Weg“ eingeladen. Ziel der Tagung war eine Bestandsaufnahme der nach dem Glücksspielstaatsvertrag erlassenen Ausführungsgesetze und Sozialkonzepte der Länder sowie der umgesetzten Präventionsmaßnahmen. Die Suchtforschung und das gewerbliche Automatenspiel wurden ebenfalls thematisiert.

Es kommt nun darauf an, die geltenden Vorschriften und Maßnahmen konsequent umzusetzen und die erzielten Standards zur Suchtprävention auf alle Bereiche des Glücksspiels in Deutschland auszuweiten.

Online- und Computerspielsucht

Eine weitere nichtstoffgebundene Sucht bzw. Verhaltenssucht ist der pathologische Internetgebrauch bzw. die Onlinesucht, die zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Pathologischer Internetgebrauch ist eine exzessive und in der Selbstkontrolle so stark beeinträchtigte Nutzung von Internetanwendungen oder Computerspielen, dass psychosoziale Folgeprobleme auftreten. Nach verschiedenen Studien gelten 3–7 % der Internetnutzer als „onlinesüchtig“ und ebenso viele als stark suchtgefährdet. Im Blickpunkt steht dabei die ausufernde Teilnahme an Computerspielen oder Chats, ebenso wie der übermäßige Konsum sexueller Inhalte. „Onlinesüchtige“ verbringen im Extremfall nahezu ihre gesamte Zeit (10 bis 18 Stunden pro Tag) mit Computerspielen.

Die „Onlinesucht“ ist bislang nur unzureichend erforscht. Die Bundesregierung sieht im problematischen Internetgebrauch ein ernst zu nehmendes Problem. Maßnahmen müssen sowohl auf die Behandlung Betroffener als auch auf Prävention gerichtet sein. Es bedarf zunächst vor allem einer vertieften Forschung zu Störungsbildern und der Entwicklung entsprechender diagnostischer Instrumente, damit problematische Formen des Internetgebrauchs sicher erkannt und behandelt werden können.

Verschiedene Tagungen haben sich 2008 mit problematischen Nutzungsformen der neuen Medien auseinandergesetzt. Auch der Ausschuss für Kultur und Medien des Deutschen Bundestages hat am 9. April 2008 eine öffentliche Anhörung zum Thema „Onlinesucht“ durchgeführt.

Die Drogenbeauftragte möchte sich der Thematik ebenfalls verstärkt widmen. Ihre Jahrestagung am 3. Juli 2009 wird sich deshalb mit der Frage „Internet und Computerspiele – wann beginnt die Sucht?“ beschäftigen.

Internationale Zusammenarbeit

Drogenhandel, Drogenanbau oder die Verbreitung der Sucht sind grenzüberschreitende Phänomene. Deshalb ist internationale Zusammenarbeit in der Drogen- und Suchtpolitik unerlässlich und nimmt stetig an Umfang und Bedeutung zu.

Auch im Jahr 2008 hat die Bundesregierung ihre drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten auf internationaler Ebene fortgesetzt und intensiviert.

Verschiedene bilaterale Kooperationen wie z. B. mit Peru und im Rahmen von Twinning-Projekten mit der Türkei, Lettland oder Kroatien wurden ausgebaut, außerdem fand ein Expertenaustausch mit der VR China statt.

Deutschland ist Mitglied in der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). Die 51. CND im März 2009 hatte die Aufgabe, die Umsetzung der von der 20. UN-Sonder-Generalversammlung im Jahre 1998 (UNGASS) beschlossenen Grundsätze und Aktionspläne für die internationale Zusammenarbeit in der Drogenbekämpfung zu überprüfen und die Grundlagen für die künftige Drogenpolitik der UN nach 2009 zu schaffen.

Aus deutscher Sicht gibt es eine gemischte Bilanz. In einigen Bereichen wurden Fortschritte erzielt. Heute ist durch den internationalen Austausch von Informationen mehr über die weltweite Drogensituation bekannt, die

internationale Zusammenarbeit wurde verstärkt. Auch wurden mehr und bessere Programme zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation entwickelt. Allerdings ist auf der anderen Seite festzustellen, dass die Ziele aus dem Jahr 1998 nicht erreicht wurden. Insbesondere konnte der Konsum illegaler Drogen nicht deutlich verringert werden. Im Gegenteil: Er ist in einigen Teilen der Welt weiter gestiegen. Dies gilt auch für den Anbau von Drogenpflanzen (wie Schlafmohn oder Kokapflanzen) und für den weltweiten Drogenmarkt. Deutschland ist der Ansicht, dass neue Ansätze erforderlich sind. Nach deutscher Auffassung müssen vor allem auch die negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Drogenmissbrauchs mehr Beachtung finden. Mittlerweile werden in über 80 Ländern der Welt – insbesondere auch Deutschland – so genannte schadensmindernde Maßnahmen („harm reduction“ wie Spritzentausch und Substitutionsbehandlung) angewendet.

Auf einem hochrangigen Treffen (High Level Segment) im Rahmen der 52. CND im März 2009 verabschiedeten hochrangige Vertreter von über 130 Mitgliedsstaaten eine neue „Politische Erklärung“ zur Ausrichtung der künftigen UN-Drogenpolitik. Diese Erklärung formuliert die zukünftigen Ziele und Grundsätze der Drogenpolitik sowie die zukünftigen Prioritäten in den einzelnen Aktionsbereichen. In dieser Erklärung werden ehrgeizige Ziele für den signifikanten Rückgang von Angebot und Nachfrage nach illegalen Drogen formuliert, aber auch auf die Notwendigkeit alternativer Entwicklungszusammenarbeit und Bekämpfung von Armut als Voraussetzung für Erfolge verwiesen. Zudem spielen gesundheitsbezogene Aspekte, insbesondere die Reduzierung von Infektionsgefahren durch HIV und Hepatitis sowie die Entwicklung von effektiven Hilfesystemen für Drogenabhängige eine größere Rolle als bisher.

Allerdings gelang es nicht, schadensminimierende Maßnahmen (harm reduction) als wichtigen Bestandteil der Prävention und Hilfe im Dokument zu verankern. Auch wenn es der verabschiedeten „Politischen Erklärung“ aus deutscher Sicht an neuen Ansätzen und zukunftsweisenden Konzepten mangelt, bieten die verabschiedeten Dokumente eine gute Grundlage, auch künftig

international im Drogenbereich zusammenzuarbeiten, um gemeinsam den neuen Herausforderungen in der Drogenpolitik international begegnen zu können.

Drogen- und Suchtrat 2006–2008

Nach der Geschäftsordnung des Drogen- und Suchtrates ist alle zwei Jahre ein Tätigkeitsbericht vorzulegen. Auf der Sitzung des Drogen- und Suchrates vom 17. November 2008 wurde ein Arbeitsbericht vorgelegt, der über den Zeitraum der Tätigkeit seit der Neukonstitution des Drogen- und Suchtrates von 2006 bis 2008 berichtet.

Der Arbeitsbericht ist auf der Website www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

Drogen- und Suchtbericht 2009

Der Drogen- und Suchtbericht 2009 informiert über die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung im Jahr 2008, die in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt werden. Zudem erhalten die beteiligten Länder, Institutionen und Verbände die Gelegenheit, ihre Maßnahmen, Projekte und Initiativen vorzustellen.

Suchtstoffe und Suchtformen

1 Tabak

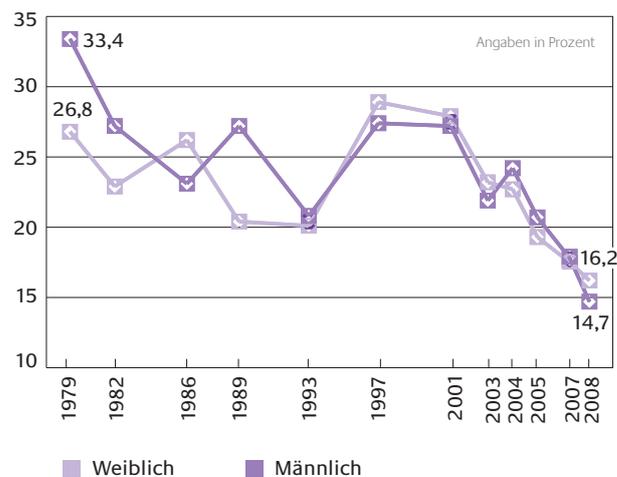
1.1 Situation in Deutschland

Der Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. 33,9 % der Erwachsenen in Deutschland rauchen. Das entspricht etwa 16 Mio. Menschen. Etwa 140.000 Menschen sterben jedes Jahr vorzeitig an den direkten Folgen des Rauchens, etwa 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens für die Gesellschaft werden auf 18,8 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Im langfristigen Vergleich der Daten des Mikrozensus zum Rauchverhalten ist in der Erwachsenenbevölkerung nur ein geringfügiger Rückgang im Nikotinkonsum festzustellen. Dennoch findet ein gesellschaftlicher Konsenswandel statt, so dass Nichtrauchen immer stärker zur sozialen Norm wird.

Von großer Bedeutung ist der Rückgang der Raucherquote unter Kindern und Jugendlichen. Nach der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2008 ist der Raucheranteil bei den 12- bis 17-Jährigen deutlich gesunken (Abb. 1). Bei den männlichen Jugendlichen sank die Raucherquote von 27,2 % im Jahr 2001 auf 14,7 % im Jahr 2008 und bei den weiblichen Jugendlichen von 27,9 % (2001) auf 16,2 % (2008). Insgesamt rauchten 15,4 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Jahr 2008. Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, die Quote von jugendlichen Raucherinnen und Rauchern im Alter von 12 bis 17 Jahren bis 2008 auf unter 17 % zu senken, konnte somit in der Tabakpolitik erreicht werden.

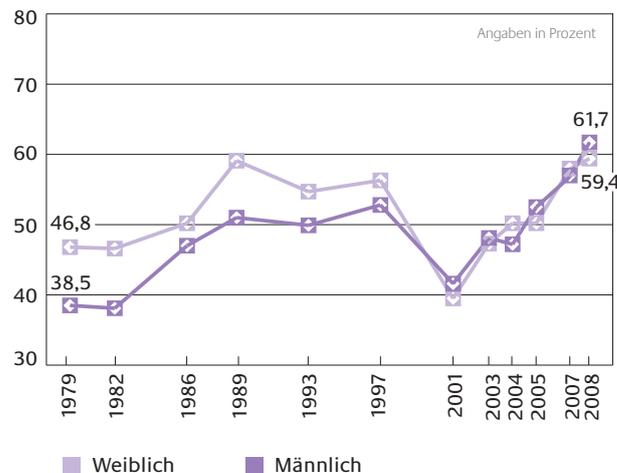
Die Veränderung des Rauchverhaltens wird in der Drogenaffinitätsstudie nicht nur anhand des Anteils gegenwärtiger Raucherinnen und Raucher untersucht, sondern zusätzlich mit dem Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben (Abb. 2). Seit 2001 steigt diese Quote kontinuierlich an und lag 2008 bei den männlichen Jugendlichen bei 61,7 % und bei den weiblichen Jugendlichen bei 59,4 %. Insgesamt ist das ein Anteil von 60,6 % Jugendliche, die noch nie geraucht haben.

Abbildung 1:
12- bis 17-jährige Raucherinnen und Raucher in Deutschland



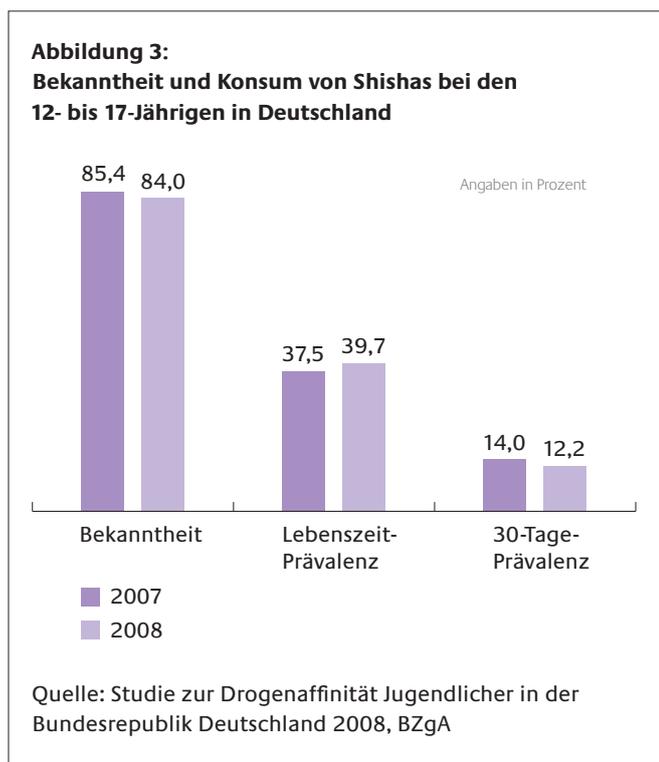
Quelle: Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, BZgA

Abbildung 2:
12- bis 17-jährige Nieraucher/innen in Deutschland



Quelle: Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, BZgA

Doch entwickeln sich auch neue Trends im Tabakkonsum. 39,7 % der Jugendlichen gaben an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine Wasserpfeife (Shisha) geraucht zu haben (Lebenszeitprävalenz). Der Anteil derjenigen Jugendlichen, die im letzten Monat vor der Befragung mindestens einmal eine Shisha geraucht haben, lag 2008 bei 12,2 %. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der Bekanntheit und beim Konsum von Shishas sind nicht festzustellen. Zwar haben sich die aktuellen Werte gegenüber denen des Vorjahres nicht wesentlich verändert, dennoch kann das Shisha-Rauchen in Zukunft bei einem wachsenden Anteil Jugendlicher zu einer ernst zu nehmenden Variante des Tabakkonsums werden (Abb. 3).



Allerdings zeigt sich auch weiterhin eine stark ausgeprägte Polarisierung im Rauchverhalten. Die Raucherquote der Raucherinnen und Raucher ist beispielsweise bei Hauptschülerinnen und -schülern der Sekundar-

stufe I mit 18,8 % inzwischen mehr als viermal so hoch wie an Gymnasien (4,3 %).

Trotz der positiven Abnahme der Zahl der rauchenden Jugendlichen liegt die Raucherquote in Deutschland im europäischen Vergleich noch im oberen Mittelfeld. Nach den Ergebnissen der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) aus dem Jahr 2006 liegt das Einstiegsalter beim Erstkonsum von Zigaretten mit 13 Jahren sehr niedrig. Unter 15-jährigen Schülerinnen und Schülern rauchten danach mindestens einmal pro Woche noch 22 % der Mädchen und 17 % der Jungen regelmäßig.

■ www.hbsc-germany.de

1.2 Prävention

1.2.1 Nichtraucherchutzgesetze

Am 30. Juli 2008 hat das Bundesverfassungsgericht in einer Grundsatzentscheidung wegweisende Beschlüsse für den Nichtraucherschutz in der Gastronomie gefasst. Gegenstand waren drei exemplarische Verfassungsbeschwerden gegen die Landesnichtraucherschutzgesetze von Baden-Württemberg und Berlin. Zur Entscheidung stand, ob Einraumgaststätten unzulässig benachteiligt werden, wenn für sie ein absolutes Rauchverbot gilt, während andere Gastronomen vollständig abgetrennte Raucherräume einrichten können. Außerdem war zu klären, ob Diskotheken unzulässig diskriminiert werden, wenn die für die übrige Gastronomie geltenden Ausnahmeregelungen vom Rauchverbot zur Einrichtung von Raucherräumen für sie nicht gelten.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil bestätigt, dass der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren zu den überragend wichtigen Gemeinschaftsgütern zählt. Der Gesetzgeber könne daher ein striktes Rauchverbot in Gaststätten verhängen und damit dem Gesundheitsschutz gegenüber dem Berufsfreiheitsrecht der Gastwirte und der Verhaltensfreiheit der Raucher den Vorrang einräumen. Damit hat das Bundesverfassungsgericht eindeutig dem Nichtraucherschutz Vorrang eingeräumt.

Die Richter machten jedoch auch deutlich, dass Ausnahmen vom Rauchverbot durch die Zulassung von Raucherräumen die Kleingastronomie nicht unzulässig benachteiligen dürfen.

Das Gericht legte Kriterien fest, nach denen die Landesgesetzgeber bis zum 31. Dezember 2009 eine Neuregelung zu treffen haben. Bis dahin sollen die bestehenden Vorschriften weiter Gültigkeit haben und um folgende Maßgaben für Ausnahmen ergänzt werden:

- In Gaststätten mit weniger als 75 Quadratmeter Gastfläche und ohne abgetrennten Nebenraum, zu denen Personen unter 18 Jahre keinen Zutritt haben, darf der Gaststättenbetreiber das Rauchen gestatten, wenn er über eine Gaststättenerlaubnis verfügt, die das Verabreichen zubereiteter Speisen zum Verzehr an Ort und Stelle nicht einschließt, und die Gaststätte als Rauchergaststätte am Eingang deutlich kennzeichnet.
- Auch in Diskotheken, zu denen ausschließlich Personen ab vollendetem 18. Lebensjahr Zutritt erhalten, dürfen Raucherräume eingerichtet werden mit der Maßgabe, dass sich im Raucherraum keine Tanzfläche befinden darf.

Im Jahr 2008 zeichnete sich ab, dass die Bundesländer die vom Verfassungsgericht vorgeschlagenen Ausnahmeregelungen für Einraumgaststätten aufgreifen.

1.2.2 Verbesserung des Jugendschutzes

Mit Auslauf der vom Gesetzgeber eingeräumten Übergangsfrist dürfen Tabakwaren in Automaten seit 1. Januar 2009 nur noch dann angeboten werden, wenn durch ständige Aufsicht oder technische Vorrichtungen sichergestellt ist, dass der Bezug von Zigaretten für Personen unter 18 Jahren an Zigarettenautomaten nicht möglich ist.

1.2.3 Jahrestagung „Frauen und Rauchen“

Die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 13. und 14. Oktober 2008 in Berlin stand unter dem Thema „Frauen und Rauchen“. Es wurden Daten und Fakten zum Rauchverhalten und Möglichkeiten zum Rauchstopp von Frauen und Mädchen vorgestellt. Internationale und nationale Good Practice-Modelle wurden beleuchtet und im Kontext der Lebenswelten von Frauen und Mädchen diskutiert. Besondere Schwerpunkte lagen in den Bereichen psychosoziale Abhängigkeit, rauchfreie Schwangerschaft, Wirksamkeit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und Frauen in der Arbeitswelt. Das Ziel der Tagung war es, Vorschläge für eine wirksame genderspezifische Tabakkontrollpolitik zu erarbeiten, um die Raucherquoten von Frauen und Mädchen nachhaltig zu senken und sie wirksam vor Passivrauchen zu schützen. Sechs Handlungsempfehlungen wurden an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung durch die nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis ausgesprochen, die bei der Entwicklung des „Nationalen Aktionsprogramms zur Tabakprävention“ berücksichtigt werden sollten:

1. Zur besseren Wirksamkeit der Tabakprävention in Deutschland müssen Maßnahmen, Programme und Kampagnen immer auch genderspezifisch ausgestaltet sein und die Lebensumstände von Frauen und Mädchen ausreichend berücksichtigt werden. Die Besorgnis von Frauen und Mädchen in Bezug auf Gesundheit, Figur, Gewicht, rollenspezifische Schönheitsideale und Rauchen zur Kompensation von Stress müssen gezielter angesprochen werden. Die Einbindung der Zielgruppen und deren soziale Netze in die Entwicklung von proaktiven Maßnahmen und Programmen sind hierbei von entscheidender Bedeutung.
2. Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens während der Schwangerschaft sowie in werdenden und jungen Familien haben ihr Ziel bisher noch nicht erreicht. Integrierte Präventionskonzepte zur Förderung des Nichtrauchens und dem Schutz vor Passivrauchen während der Schwangerschaft müssen

flächendeckend in allen Bundesländern umgesetzt werden.

3. In den medizinischen und sozialen Versorgungsangeboten werden Frauen und Mädchen nicht systematisch auf ihre Rauchgewohnheiten angesprochen. Alle Gesundheitsberufe, mit denen Frauen und Mädchen in Kontakt stehen, müssen in die Tabakprävention, Beratung und Tabakentwöhnung eingebunden werden. Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit die Diagnostik, Beratung und Tabakentwöhnung konsequent in die Behandlung integriert und in die Qualitätssicherung von Gesundheitseinrichtungen berufs- und sektorenübergreifend übernommen wird.
4. Frauen und Mädchen sind eine wichtige Zielgruppe für die Tabakindustrie. Das spiegelt sich in der Werbung von Tabakprodukten wider. Die Rauchgewohnheiten von Frauen und Mädchen werden maßgeblich durch Marketing, Werbung und Sponsoring von Tabakprodukten durch die Tabakindustrie beeinflusst. Multiplikatorinnen im Medien- und Kultursektor, in den Gesundheitsberufen und in der Politik sollten mobilisiert werden, um das Nichtrauchen von Frauen und Mädchen zu fördern.
5. Forschungsarbeiten sind oft genderunspezifisch. Es fehlen wissenschaftliche Grundlagen, um Programme und Maßnahmen effizienter und genderspezifischer zu gestalten. Forschungsvorhaben im Bereich Frauen und Rauchen sollten dazu gezielt gefördert werden.
6. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich Tabakkontrolle müssen optimiert werden. Der Schutz vor Passivrauchen wird nicht bundesweit und nur lückenhaft gewährt. Es stehen keine ausreichenden Gelder für eine wirksame Tabakkontrollpolitik zur Verfügung. Maßnahmen wie ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie in allen Bundesländern unter Einbeziehung der Arbeitsstättenverordnung oder bildgestützte Warnhinweise auf allen Tabakprodukten sollten zügig umgesetzt werden.

Die Jahrestagung wurde im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von dem bundesweit tätigen Netzwerk „FACT – Frauen Aktiv Contra Tabak e.V.“ durchgeführt, das sich für eine genderspezifische Tabakkontrollpolitik in Deutschland einsetzt.

Ausführliche Handlungsempfehlungen:

- www.drogenbeauftragte.de
- www.fact-antitabak.de

DKFZ: Frauen und Rauchen in Deutschland

Wenn Frauen rauchen wie Männer, dann sterben sie auch wie Männer. Raucherinnen und Raucher verlieren durch den regelmäßigen Tabakkonsum durchschnittlich zehn Lebensjahre. Der Report aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) anlässlich der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung verdeutlicht, dass Frauen empfindlicher auf die Schadstoffbelastungen durch Rauchen und Passivrauchen reagieren als Männer.

Rauchende Frauen haben nicht nur ein höheres Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen und Osteoporose. Rauchen beeinflusst auch den Menstruationszyklus und die Fruchtbarkeit. Rauchen in der Schwangerschaft erhöht das Risiko für Gesundheitsschäden bereits bei Ungeborenen deutlich. Kinder rauchender Mütter und Väter leiden vermehrt an Atemwegserkrankungen, Asthma und Mittelohrentzündungen.

Besorgniserregend ist, dass der Lungenkrebs, der als typischer „Raucherkrebs“ bei Männern galt, seit etwa zehn Jahren durch den Anstieg der Raucherquote bei Frauen kontinuierlich ansteigt. In Deutschland ist Lungenkrebs die häufigste Krebstodesursache bei Männern und die dritthäufigste Krebstodesursache nach Brust- und Darmkrebs bei Frauen mit jährlich mehr als 12.000 Todesfällen. Da 80–90% der Todesfälle durch Lungenkrebs auf das Rauchen zurückzuführen sind, ist dieser Krebs vermeidbar.

Der Report stellt dar, dass die durch Tabakrauch bedingten Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle verhindert werden können, indem Maßnahmen ergriffen werden, die nachgewiesenermaßen zu einem dauerhaften Rückgang des Tabakkonsums führen können – dies sind Tabaksteuererhöhungen, Schutz vor Passivrauchen, umfassende ►

► Tabakwerbverbote, Hilfen für Raucher zur Tabakentwöhnung sowie große bildliche Warnhinweise auf allen Tabakprodukten. Diese Maßnahmen sind das Kernstück des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC). Deutschland hat diese Konvention im Jahr 2004 ratifiziert (siehe G 1.2) und sich damit ebenso wie inzwischen 160 Länder weltweit für eine konsequente Verminderung des Tabakkonsums ausgesprochen.

■ www.tabakkontrolle.de

1.2.4 Kampagne „rauchfrei“

„Rauchfrei“ ist der Titel der nationalen Dachkampagne der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens. Die Kampagne gliedert sich in zwei Schwerpunktbereiche und richtet sich mit spezifischen Maßnahmen und Angeboten zum einen an Erwachsene und zum anderen an Jugendliche (siehe auch B 1.3.1).

Für die rund fünf Millionen Jugendlichen in Deutschland im Alter von 12 bis 17 Jahren hat die BZgA seit dem Jahr 2002 eine Jugendkampagne „rauchfrei“ konzipiert und stetig weiterentwickelt. Die Hauptziele zur Förderung des Nichtrauchens dabei sind:

- den Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen zu verringern,
- den Anteil der nicht rauchenden Kinder und Jugendlichen zu erhöhen und
- Kinder und Jugendliche für das Thema „Passivrauchen“ zu sensibilisieren und vor dessen Folgen zu schützen.

Die bisher durchgeführten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen haben sich als erfolgreich erwiesen und in den letzten Jahren mit zu einer Abnahme der Rauchquote bei den Jugendlichen (siehe B 1.1) geführt.

Um über gezielte, verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen Jugendliche aller sozialen Gruppen zu erreichen, konzentrierten sich die Aktivitäten und Angebote der „rauchfrei“-Jugendkampagne im Jahr 2008 auf das Setting Schule. In Kooperation mit den

Bundesländern wurden Angebote von Weiterbildungsmaßnahmen zum Konzept „rauchfreie Schule“ realisiert und die im Schulbereich angesiedelten Maßnahmen „Mitmach-Parcours“ (siehe C 5) und „JugendFilmTage“ (siehe C 4) weitergeführt. Darüber hinaus wurde das internetbasierte „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm für Jugendliche weiter ausgebaut.

■ www.rauch-frei.info

1.2.5 Wettbewerb „Rauchfrei 2008“

Am Wettbewerb „Rauchfrei 2008 – 10.000 Euro zu gewinnen“ beteiligten sich 27.216 Teilnehmer. Die Aktion stand unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, und wurde im Auftrag der BZgA durch das DKFZ koordiniert. Zum fünften Mal wurden in Deutschland Raucherinnen und Raucher aufgerufen, vom 1. Mai 2008 an mindestens vier Wochen lang nicht zu rauchen. So sollte ihnen der Schritt zur langfristigen Aufgabe des Rauchens erleichtert werden.

In den Jahren 2000, 2002, 2004 und 2006 waren die deutschen „Rauchfrei“-Wettbewerbe Bestandteil der internationalen Rauchstopp-Kampagne „Quit & Win“. 2008 gab es keine Kampagne im internationalen Rahmen. Dennoch setzte Deutschland das Engagement fort, mehr Menschen zu motivieren, rauchfrei zu leben. Das Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens und die Nichtraucherschutzgesetze in den Ländern haben den positiven Trend zum Nichtrauchen bestärkt. Er wurde durch ein breites Tabakentwöhnungsangebot im Rahmen des niederschweligen Wettbewerbs „Rauchfrei 2008“ unterstützt.

Seit 2000 haben mehr als 270.000 Menschen an den „Rauchfrei“-Wettbewerben teilgenommen und anlässlich der Kampagne mit dem Rauchen aufgehört, viele von ihnen dauerhaft.

Bedeutsam für die Entscheidung zum Rauchstopp war u. a. das Gefühl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, nicht allein zu sein. Die Motivation und Begleitung durch

Familienangehörige, Freunde und Kollegen zeigte: Wer aufhören will zu rauchen, erfährt breite Unterstützung durch das soziale Umfeld. Ein Rauchstopp wird nur gelingen, wenn Motivation, Fähigkeit und Bereitschaft zum Handeln zusammentreffen. Dies ist von vielen persönlichen Faktoren bestimmt und bedarf der individuellen Förderung. Mit „Rauchfrei 2008“ wurden auch Nichtraucher ermutigt, Raucher bei ihrem Vorhaben des Rauchstopps zu unterstützen. Auch sie konnten gewinnen. Unter den Teilnehmern wurden Preise von insgesamt 10.000 Euro in den Kategorien „Erwachsene Teilnehmer“ und „Junge Erwachsene unter 20 Jahren“ verlost.

Der Wettbewerb ist ein Baustein in der umfassenden Strategie zur Förderung des Rauchverzichts und basiert vor allem auf einer umfangreichen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Er wurde jeweils im Beisein der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit einer Pressekonferenz am 6. Februar 2008 eröffnet und endete am 30. Mai 2008 mit der öffentlichen Preisübergabe.

„Rauchfrei 2008“ wurde bundesweit von Ärzten, Kliniken und Krankenhäusern, Schulen, Stadt- und Gemeindeverwaltungen, Beratungsstellen, medizinischen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbänden und Vereinen unterstützt. Mehr als 17.000 Apotheken und viele mitgliederstarke Krankenkassen sorgten für die flächendeckende Verbreitung der Teilnahmekarten. Im Vergleich zu den Vorläufer-Aktionen stieg die Beteiligung der Betriebe. Deren Zahl stieg von 1.537 Unternehmen (2002) durch die Ansprache weiterer Unternehmens- und Berufszweige auf rund 5.500 Partner (2008). Dazu trug u. a. auch bei, dass die Berufsgenossenschaften intensiv über die Kampagne informiert wurden. In Unternehmen fanden anlässlich des Wettbewerbes Gesundheitstage, Tabakentwöhnungskurse und Rauchersprechstunden statt. Aufgrund einer engen Zusammenarbeit mit den Kultusministerien der Länder erhielten neben den weiterführenden Schulen bundesweit alle Berufsschulen Aktionsmaterial.

Raucherinnen und Raucher erhielten einen Anreiz, sofort mit dem Rauchen aufzuhören. Wer noch unschlüssig war, ob er sich für das Nichtrauchen entscheiden sollte,

wurde durch die Aktion in seiner Entscheidung bestärkt. Eine im Auftrag der BZgA und des DKFZ im April 2008 bei rund 2.000 Männern und Frauen ab 16 Jahren durchgeführte Repräsentativerhebung zeigte, dass „Rauchfrei 2008“ bei 44 % der Bevölkerung bekannt war. 27 % der befragten Raucherinnen und Raucher gaben an, noch im Laufe des Jahres 2008 mit dem Rauchen aufhören zu wollen.

Der Erfolg der „Rauchfrei“-Wettbewerbe wird zunächst an der Teilnehmerzahl gemessen. Langfristig liegt er im dauerhaften Nichtrauchen. Jeweils zwölf Monate später waren 30 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch rauchfrei.

■ www.rauchfrei2008.de

1.2.6 Wettbewerb für Schulklassen: „Be Smart – Don’t Start“

Der Wettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ hat zum Ziel, das Thema „Nichtrauchen“ in eine für Jugendliche attraktive Form in die Schulen zu bringen und den Einstieg in das Rauchen zu verzögern. Die Regeln des Wettbewerbs sind so, dass sich Klassen aller Schulformen beteiligen können: Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen und dokumentieren wöchentlich das Nichtrauchen. Rauchfreie Klassen können neben anderen Preisen als Hauptpreis eine Klassenreise gewinnen.

Die sozialen und ökologischen Folgen des Tabakanbaus sind der inhaltliche Schwerpunkt des Wettbewerbs im Schuljahr 2008/2009, an dem sich mehr als 11.100 Schulklassen bundesweit beteiligen. Auch die kreativen Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler sind gefordert: Für Filme, Aktionstage, Songs und andere Beiträge werden besondere Preise ausgelobt.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Akzeptanz und Wirksamkeit der Intervention. Zur Förderung der Nachhaltigkeit wird im Rahmen einer Förderung durch die BZgA die wiederholte Teilnahme von Klassen besonders verstärkt, u. a. über einen zusätzlichen Preispost. Der Anteil wiederholt teilnehmender Klassen

und Lehrkräfte verdreifachte sich seit dem Schuljahr 2002/2003 auf 32 % der Klassen und 52 % der Lehrkräfte.

„Be Smart – Don’t Start“ wird von der Deutschen Krebshilfe, der BZgA, der Deutschen Herzstiftung, dem AOK-Bundesverband, der Deutschen Lungenstiftung sowie weiteren Institutionen gefördert.

■ www.besmart.info

1.2.7 Förderung des Nichtrauchens im Bereich der Schule

Nach der Verabschiedung der Landesgesetze zum Nichtraucherschutz gilt nun ausnahmslos in allen Bundesländern ein gesetzliches Rauchverbot in Schulen. Gesetzliche Rauchverbote sind eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung zur Reduzierung des Tabakkonsums in der Schule. Dauerhafte Wirkungen werden in Kombination struktureller und verhaltensbezogener Maßnahmen erzielt. Die BZgA hat deshalb in den vergangenen Jahren im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne einen Schwerpunkt auf die Förderung der Tabakprävention im schulischen Bereich gelegt. Pädagogen, Eltern und Jugendlichen wurden Manuale und Medien zur Verfügung gestellt, um sie bei der Reduzierung des Tabakkonsums und der Förderung des Nichtrauchens – insbesondere im schulischen Rahmen – zu beraten. Darüber hinaus werden in Zusammenarbeit mit den Landesschulbehörden und den Präventionsstellen der Länder Schulen auf dem Weg zur Rauchfreiheit durch Fortbildungen unterstützt.

Die im Januar 2008 in Hannover durchgeführte Tagung „Die rauchfreie Schule – vom Verbot zum gelebten Nichtraucherschutz“, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde, ermöglichte eine Bilanzierung der in den vergangenen Jahren umgesetzten Programme und Maßnahmen zur schulischen Tabakprävention. Fazit war, dass in Schulen mit klaren Regelungen zum Rauchverbot und mit begleitenden pädagogischen Maßnahmen das Rauchen erfolgreich reduziert beziehungsweise ganz verhindert werden kann.

Angebote der BZgA für den schulischen Bereich werden stark nachgefragt. Mit Schulbehörden und Suchtpräventionsstellen der Länder wurde 2008 die Zusammenarbeit mit dem Ziel „rauchfreie Schule“ vertieft. Insgesamt wurden Veranstaltungen in zehn Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Thüringen) durchgeführt. Schwerpunktmäßig wurden Schultypen mit überdurchschnittlich hoher Raucherquote unter den Schülerinnen und Schülern unterstützt. So fanden insbesondere in Haupt- und Realschulen sowie berufsbildenden Schulen Fortbildungsmaßnahmen statt.

In einem Kooperationsprojekt der BZgA mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus wurden 2008 beruflichen Schulen in allen sechs Regierungsbezirken Bayerns Fortbildungen angeboten. Vertreter aus mehr als 100 Schulen – etwa die Hälfte aller Schulen dieses Schultyps – beteiligten sich. In berufsbildenden Schulen können tabakpräventive Erfolge erzielt werden, wenn die jeweiligen Besonderheiten der Schulen – insbesondere deren Lage und Vernetzung in der Region – berücksichtigt werden, so ein Ergebnis der Fortbildungen in Bayern.

2008 wurde zur Förderung der rauchfreien Schule das Programm „Schülermentoren“ eingeführt. Repräsentative Erhebungen zeigen, dass der weitaus größte Teil der nichtrauchenden Schüler und die Hälfte der rauchenden Schüler die Rauchfreiheit in der eigenen Schule befürworten. „Schülermentoren“ sollen aktiv und gestaltend dazu beitragen, die Schule als rauchfreien Raum zu etablieren, Schülerinnen und Schüler in ihrem Nichtrauchen zu fördern oder die Bereitschaft zu stärken, das Rauchen (in der Schule) aufzugeben. Sie entwickeln ein für das Nichtrauchen positives Schulklima. Im Jahre 2008 wurden aus elf Modellschulen in NRW, Sachsen-Anhalt und Brandenburg Schülerinnen und Schüler sowie Pädagogen auf diese Aufgaben vorbereitet. Die Schülerschaft zeigte eine hohe Bereitschaft, mitzuwirken und Alternativen zum Rauchen im schulischen Rahmen anzubieten. Bei den beteiligten Pädagogen stieg die Motivation, sich für die rauchfreie Schule einzusetzen. Das Vorhaben „rauchfreie Schule“

profitiert vom gesellschaftlichen Wandel zum Nichtrauchen. Nichtrauchen wird auch in der Schule immer mehr als normales Verhalten wahrgenommen.

BKK Bundesverband: Tabakprävention in Schulen – Projekt „Fiese Falle“

Die Deutsche Gesellschaft für Nikotinprävention hat mit finanzieller Unterstützung des BKK-Bundesverbandes ein Konzept zur Tabakprävention in Schulen entwickelt und setzte dieses 2008 schwerpunktmäßig in Berlin um. Auf der Grundlage eines interaktiven Vortrags wird Schülerinnen und Schülern der 5. und 6. Jahrgangsstufen altersgerecht vermittelt,

- wie der Suchtmechanismus wirkt und Nikotin abhängig macht,
- dass Rauchen nur scheinbar gut tut,
- dass die als positiv dargestellten Effekte des Rauchens letztlich Entzugssymptome sind,
- dass Nichtraucher immer besser dran sind und
- welche Tricks der Werbung und Tabakindustrie Menschen zum Rauchen verführen.

Das etwa zweistündige Seminar ist lebendig aufgebaut. Die Kinder können die Entwicklung einer Abhängigkeit durch anschauliche Darstellungen gut nachvollziehen. Es soll Bewusstsein dafür geschaffen werden, wie Kinder und Jugendliche in diese „fiese Falle“ tappen.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat für das Projekt die Schirmherrschaft übernommen. Mit „Fiese Falle“ wird ein zusätzlicher Schwerpunkt in der Tabakprävention gesetzt, der mit seinem Angebot Projekte wie „Klasse 2000“ in der Grundschule, „Be Smart – Don’t Start“ in der Sekundarstufe und die schulischen Informationsangebote der BZgA ergänzt. Das Konzept zeigt, dass mit einer interaktiven Kurzintervention größere Gruppen von Schülerinnen und Schülern gut erreicht werden können. Rückmeldungen von Lehrern aus Seminaren in Berlin zeigen, dass sich Schülerinnen und Schüler angesprochen fühlen und noch einige Zeit nach dem Seminar engagierte Diskussionen zum Rauchen führen.

■ www.fiese-falle.de

1.2.8 Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens in kleinen und mittleren Unternehmen

Gesetzliche Regelungen in der Arbeitsstättenverordnung (§ 5) verpflichten Arbeitgeber in Deutschland seit 2002 zum betrieblichen Nichtraucherschutz. Die Förderung des Nichtrauchens wurde in vielen Großunternehmen bereits als wichtige Aufgabe erkannt. In den etwa drei Millionen kleinen und mittleren Unternehmen, in denen rund 28 Mio. Menschen in Deutschland arbeiten, besteht ein gewisser Nachholbedarf bei der betrieblichen Förderung des Rauchstopps.

Im Auftrag des BMG führt die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) von Januar 2008 bis Juni 2009 einen Wettbewerb „Unser Betrieb macht rauchfrei!“ durch. Betriebe sollen angeregt werden, das Thema „Rauchstopp-Förderung“ aktiv als wichtigen Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu gestalten. Die bundesweite Aktion richtet sich ausschließlich an Unternehmen mit fünf bis 249 Beschäftigten. Zusätzliche Motivation für Arbeitgeber, den Rauchstopp unter den Beschäftigten zu fördern, war die Aussicht auf ein Preisgeld. Insgesamt waren 46.750 Euro ausgeschrieben. Neben der Umsetzung des gesetzlichen Nichtraucherschutzes im Betrieb waren innovative Maßnahmen zur aktiven Förderung des Rauchstopps unter den Beschäftigten Voraussetzung für die Teilnahme am Wettbewerb, der am 2. Juni 2008 mit einer Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin eröffnet wurde.

Insgesamt gingen 134 Bewerbungen ein, davon 100 online. Betriebe mit zehn bis 49 Beschäftigten waren mit 62 Bewerbungen am meisten vertreten. Hauptsächlich nahmen Unternehmen aus Baden-Württemberg, Bayern und NRW teil – einzig Hamburg blieb ohne Bewerbung. Die Branchenvielfalt der Unternehmen spiegelt sich auch in den Bewerbungen wieder.

Eine unabhängige Jury aus elf Fachleuten entscheidet über die Vergabe der Hauptpreise in drei Kategorien nach der Beschäftigtenzahl für vorbildliche Rauchstoppförderung. Die für eine Prämierung ausgewählten Betriebe werden vor der Auszeichnung im Rahmen

eines Vor-Ort-Besuchs überprüft. Zusätzlich werden elf Lospreise vergeben. Die Preisverleihung findet am 4. Juni 2009 anlässlich des Weltnichtrauchertages am 30. Mai in Berlin statt.

■ www.rauchfrei-wettbewerb.de

1.3 Beratung und Behandlung

1.3.1 Tabakentwöhnung im Rahmen der Kampagne „rauchfrei“

1.3.1.1 Internetprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren rauchten in den vergangenen Jahren in Deutschland deutlich weniger. So ist die Zahl von 27,5 % im Jahr 2001 auf 15,4 % im Jahr 2008 gesunken. Bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren ist jedoch noch eine vergleichsweise hohe Raucherquote von rund 40 % zu verzeichnen. Um junge Menschen zum Rauchausstieg zu motivieren und dabei zu unterstützen, hat die BZgA ein spezielles Rauchausstiegsprogramm entwickelt, das im Internet kostenfrei zur Verfügung steht.

Im Rahmen des Programms werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu angeleitet, sich gezielt auf den Rauchausstieg vorzubereiten und sich einen persönlichen Ausstiegstag („Tag X“) zu setzen. Im Anschluss werden sie bis zu vier Wochen von dem Programm begleitet.

In einer Informations- und Motivationsphase werden das Rauchverhalten sowie das Ausmaß der Nikotinabhängigkeit erhoben. Eine ausführliche Rückmeldung soll zur selbstkritischen Reflektion des Zigarettenkonsums anregen und zur Teilnahme am Programm motivieren. Sie enthält eine persönliche Risikobewertung sowie individuelle Risikosituationen. Nach erfolgter Anmeldung beginnt die Vorbereitungsphase mit Informationen und interaktiven Elementen zum Rauchausstieg. Zudem wird den Usern das Forum, die „rauchfrei-Community“, vorgestellt, in der sie sich mit ihren Erfahrungen austauschen und gegenseitig unterstützen können. Seit 2008 sind alle Programmelemente auch auf einer personalisierten Seite („mein rauchfrei“) verfügbar, die zusätzlich

den persönlichen Programmfortschritt anzeigt. Nach dem „Tag X“ werden die User durch Tipps und Feedbacks durch das Programm beim Rauchstopp unterstützt. Im wöchentlichen Abstand werden sie per E-Mail zu einem Besuch der Programmwebsite eingeladen, um Auskunft über ihren aktuellen Nikotinkonsum zu geben („Konsumcheck“). Je nach Konsumstatus enthält das motivierende Feedback Ratschläge für den Umgang mit Risikosituationen sowie die Ermutigung, weiterhin am Ziel des Rauchausstiegs festzuhalten.

Von März 2005 bis Dezember 2008 haben sich mehr als 7.000 Personen angemeldet. Neben der Zielgruppe Jugendliche nutzen viele Erwachsene das Programm. Der Altersschnitt liegt bei 24 Jahren. Das Geschlechterverhältnis ist nahezu ausgeglichen (Anteil Männer: 53 %). Die Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie lassen darauf schließen, dass das Programm wirksam zum Rauchausstieg beiträgt. Drei Monate nach dem Ausstiegstag liegt die Ausstiegsquote der User bei 31 %, in einer Kontrollgruppe dagegen lediglich bei 16 %.

■ www.rauch-frei.info/programm

DAK: Rauchstopp-Programm „Just be smokefree“

„Just be smokefree“ ist ein Rauchstopp-Programm für Jugendliche und junge Erwachsene, das von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) initiiert wurde. Kooperationspartner sind das IFT-Nord, die Deutsche Krebshilfe, die BÄK und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Es handelt sich um ein Selbsthilfeprogramm, zu dem sich die rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen allein, mit einem Paten oder im Team anmelden können. Eine jugendgerechte Broschüre gibt zahlreiche Tipps und Anregungen zum Rauchstopp. Für den Einsatz in der Schule ist ein spezielles Faltblatt entwickelt worden. Zudem finden in einer neuen Broschüre auch Eltern Anregungen zum Umgang mit ihren Kindern beim Thema Rauchen. Jugendliche, die noch nicht ausreichend motiviert sind, ihr Rauchverhalten zu modifizieren, erhalten über interaktive Tests im Internet eine direkte Rückmeldung zu ihrem Verhalten. Als Anreiz zur Teilnahme an dem Programm werden vierteljährlich Preise unter den Teilnehmern ausgelost. Seit 2002 haben sich mehr als 13.000 Personen für das Programm angemeldet und mehr als 111.000 Tests wurden durchgeführt.

■ www.justbesmokefree.de

1.3.1.2 Kursprogramm zum Rauchverzicht für Jugendliche

Jugendliche Raucherinnen und Raucher sind motiviert, über einen Ausstieg nachzudenken. Im Alter von 18 Jahren bedauern annähernd zwei Drittel, je mit dem Rauchen begonnen zu haben, die Mehrzahl der Rauchernden möchte aufhören. Zwei Drittel der aufhörwilligen Raucherinnen und Raucher haben bereits mindestens einen erfolglosen Ausstiegsversuch absolviert, aber nur 1,5% haben während der letzten zwölf Monate erfolgreich das Rauchen beendet. Aufgrund des Trends zum Nichtrauchen ist zu erwarten, dass die Aufhörmotivation Jugendlicher in den nächsten Jahren weiter steigt. Unterstützungsmaßnahmen für jugendliche Raucherinnen und Raucher sind daher dringend geboten.

Die Wirksamkeit von Aufhörprogrammen für rauchende Jugendliche ist bisher weitgehend unbekannt. Es ist unklar, ob Jugendliche mit Kursangeboten in größerer Zahl erreicht oder mit diesen Angeboten geeignet angesprochen werden.

Von April 2007 bis März 2008 wurde im Auftrag der BZgA vom IFT Institut für Therapieforschung in München ein theoretisch fundiertes, standardisiertes Tabakentwöhnungsprogramm für Jugendliche unter Berücksichtigung der internationalen Literatur sowie auf Grundlage von Expertengesprächen entwickelt. Dieses besteht aus einem detaillierten Kursleitermanual sowie Materialien für die Teilnehmenden. Das Tabakentwöhnungsprogramm wird im Rahmen eines laufenden Projekts in Hinblick auf die Akzeptanz und praktische Durchführbarkeit erprobt. Die Ziele des Projekts sind:

1. Evaluation hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie der Akzeptanz und Durchführbarkeit des Programms,
2. qualitative Aussagen hinsichtlich der Bereitschaft und der Bedingungen jugendlicher Raucherinnen und Raucher, an einem Ausstiegsprogramm teilzunehmen,
3. eventuelle Modifikation des Programms.

Das Programm wurde im Zeitraum von Juni bis Dezember 2008 an insgesamt sechs Schulen (je zwei Gymnasien, Real-, Hauptschulen) im Münchner Raum angeboten. An drei Schulen wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt, an den anderen mit Postern für die Kursteilnahme geworben. Es kamen insgesamt vier Kurse mit insgesamt 30 Teilnehmenden zustande. Die Haltequote lag bei 100%. Mit dem Kursprogramm wurden Mädchen wie Jungen zwischen 13 und 17 Jahren (Durchschnittsalter: 15 Jahre) erreicht. Der tägliche Zigarettenkonsum zu Kursbeginn lag bei durchschnittlich elf Zigaretten. Zum Ende des Kurses waren 33% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer rauchfrei, etwa 37% bei der Nachbefragung. Die bisherigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit dem vorliegenden Tabakentwöhnungsprogramm ein Angebot zur Verfügung steht, das jugendliche Raucherinnen und Raucher erreicht, gut anspricht und in der Maßnahme hält. Die Daten lassen eine Wirksamkeit annehmen, die internationalen Erfahrungen entspricht.

Der regional begrenzten Studie soll eine bundesweite Pilotstudie folgen, die Umsetzbarkeit und Akzeptanz des Programms in unterschiedlichen Schulsystemen und mit unterschiedlichen Kursleiterinnen und Kursleitern untersucht. Aussagen zur evidenzbasierten Wirksamkeit des Programms sollen untersucht werden. Ergebnisse dazu werden im Jahr 2010 vorliegen.



Vorgestellt:
Univ. Doz. Dr. med. Pál L. Bölcskei,
Leiter des Instituts für Raucher-
beratung und Tabakentwöhnung
Bayern (IRT) und des bayerischen
Raucherberatungstelefon-
„HELPLINE“

„Wir sind nur gegen das Rauchen, aber keinesfalls gegen die Raucher tätig.“ Dieses Prinzip hat sich das Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung Bayern (IRT) zum Leitspruch erhoben.

Dr. Pál Bölcskei ist Experte für Lungenkrankheiten. Lange Jahre leitete er die internistische Klinik für Lungenkrankheiten in Nürnberg und wurde dort täglich mit den gesundheitlichen Schäden konfrontiert, die Tabakrauch verursacht. „Mir wurde klar, dass es nicht genügt, den Menschen zu sagen: Hört mit dem Rauchen auf! Man muss sie dabei unterstützen, aufzuhören“, sagt Bölcskei. Deshalb gründete Dr. Pál Bölcskei 1984 das IRT, neben seiner Tätigkeit als Leiter der internistischen Klinik, und wurde damit zum Vorreiter der Tabakentwöhnung: „Damals wurde ich dafür noch ein wenig von meinen Kollegen belächelt, heute sind Tabakentwöhnungsprogramme selbstverständlich.“

Unter seiner Leitung wurde vom IRT das Programm „RAUCHFREI WERDEN“ entwickelt, das bis heute erfolgreich angewendet wird. „Es kann mit einer 36–40 prozentigen Entwöhnungsrate nach einem Jahr eine überdurchschnittlich gute Erfolgsquote vorweisen“, berichtet Bölcskei. „Das Programm wird auch außerhalb Bayerns von 25 Kooperationspartnern durchgeführt und bietet auch zielgruppenspezifische Angebote, z. B. für Jugendliche oder für Betriebe.“

2001 gründete er ein weiteres Institut für Raucherberatung, das IRT in München. Zwei Jahre später ging er in den Ruhestand und machte sein „Hobby“, die Leitung des IRT in München, zu seiner Hauptaufgabe.

Gleichzeitig rief er auch das bayerische Raucherberatungstelefon „HELPLINE“ ins Leben. „Die telefonische Raucherberatung als niedrighschwelliges Angebot in der Tabakkontrolle hatte sich damals schon in England und Nordamerika als Basismaßnahme der Tabakentwöhnung bewährt“, berichtet Dr. Bölcskei. „Und so war es nur konsequent, auch in

Deutschland dieses Angebot auszubauen.“ Die „HELPLINE“ ist Teil des Bayerischen Gesundheitsprojektes „GESUND.LEBEN.BAYERN“ und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Umwelt mitfinanziert. Durchschnittlich 1.250 aufhörwillige Raucher lassen sich pro Jahr von den Mitarbeitern der „HELPLINE“ beraten.

Für sein Engagement in der Tabakprävention erhielt Dr. Pál Bölcskei im Jahr 2003 das Bundesverdienstkreuz.

Herr Bölcskei, der sich privat zwei bis drei Mal pro Woche im Fitnessstudio fit hält und gerne in die Oper und ins Theater geht, findet besonders ermutigend, dass eine wachsende Zahl von Jugendeinrichtungen die Angebote des IRT annehmen. Es freut ihn, dass immer mehr Tabakentwöhnungsprojekte in Deutschland den Durchbruch schaffen. „Für die Zukunft erhoffe ich mir“, so Bölcskei, „dass bald Netzwerke zur Tabakentwöhnung in Deutschland entstehen und jeder Entwöhnungswillige die von ihm gewünschte Unterstützung im Kampf gegen die Abhängigkeit erhalten kann. Außerdem wünsche ich mir klarere Regelungen in den Nichtraucherschutzgesetzen für Raucher und Nichtraucher.“

■ www.irt-rauchfreiwerden.de

■ www.helpline-rauchfreiwerden.de

1.3.1.3 Gruppenprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene

Das Gruppenangebot „Rauchfrei Programm“ wurde vom IFT mit Unterstützung der BZgA neu entwickelt. Inhaltlich und therapeutisch entspricht es den Anforderungen einer modernen Tabakentwöhnung. Das „Rauchfrei Programm“ arbeitet mit einem festgelegtem Tag für den Rauchstopp. Es wendet kognitive Verfahren zur positiven Beeinflussung von Einstellungen, motivierende Gesprächsführung als Strategie zur Förderung der Motivation, Psychoedukation zur Vermittlung von Krankheitsverständnis, Verfahren der Zielorientierung, Verständnis und Umgang mit Rückfallprozessen sowie die direkte Einflussnahme auf Emotionen an. Der Einsatz einer medikamentösen Begleittherapie zur Unterstützung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens wird als Option berücksichtigt.

Laut einer Umfrage des DKFZ und der BZgA ist das „Rauchfrei Programm“ aktuell das am häufigsten in Deutschland angebotene Tabakentwöhnungspro-

gramm. Eine Standardevaluation zur Qualitätskontrolle ist fester Bestandteil. Im Laufe des Jahres 2008 nahmen 3.267 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dieser Evaluation teil. Gleich viele Frauen wie Männer besuchten die Kurse, vornehmlich im Alter zwischen 40 und 52 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 15 Jahre, der älteste 82 Jahre. Die Teilnehmenden rauchten im Durchschnitt zu Kursbeginn 20 Zigaretten am Tag. Die körperliche Nikotinabhängigkeit war bei etwa der Hälfte der Teilnehmenden als stark bis sehr stark zu bezeichnen. Eine Zufallsstichprobe von 192 Teilnehmern wurde nachbefragt. Zum Ende des Kurses waren 76 % der Teilnehmenden rauchfrei. Sechs Monate nach dem Kursbesuch waren nach eigenen Angaben etwa 42 % der Teilnehmenden noch Nichtraucher. Die Erfolgsquoten des „Rauchfrei Programms“ zeigen sich damit auch nach der Einführung des neuen Programms im Jahr 2007 als anhaltend hoch und stabil.

Inzwischen wird das „Rauchfrei Programm“ in zwei verschiedenen Versionen angeboten. Neben der Basisversion (sieben 90-minütige Kurstermine, zwei Telefontermine) gibt es eine verkürzte Kompaktversion (drei 180-minütige Kurstermine, zwei Telefontermine). Dem Wunsch vieler Rauchfrei-Trainer wie auch vieler Unternehmen nach einem kompakteren Angebot, das besser in interne Abläufe zu integrieren ist, wurde damit entsprochen. Beide Programme durchlaufen die drei Phasen einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung: „Motivierung“, „Vorbereitung und Unterstützung beim Rauchstopp“, „Stabilisierung der Abstinenz“. Die Kompaktversion ist nicht mit dem Eintagesprogramm zur Tabakentwöhnung zu verwechseln, das sich neben der Terminfolge inhaltlich vor allem in der intensiven Rückfallprophylaxe und dem individuellen Einüben von Alternativverhalten durch verhaltenstherapeutische Strategien unterscheidet.

Das „Rauchfrei Programm“ mit seinen beiden Versionen wird von den Spitzenverbänden der deutschen Krankenkassen als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt. Für die Bewerbung wurde eine eigene Homepage erstellt, auf der interessierte Raucherinnen und Raucher sowie Anbieter und Trainer relevante Informationen zum „Rauchfrei Programm“ erhalten können.

Für aufhörmotivierte Rauchende enthält die Website eine Datenbank mit aktuellen deutschlandweiten Angeboten zum „Rauchfrei Programm“, die niedrigschwellig eine schnelle Suche nach Kursen ermöglicht.

■ www.rauchfrei-programm.de

1.3.1.4 Internetprogramm zum Rauchverzicht für Erwachsene

Für webbasierte Ausstiegsangebote sprechen insbesondere Niedrigschwelligkeit, potenziell hohe Reichweiten und Nutzungsfrequenzen sowie die Möglichkeit des automatisierten Zuschnitts der Inhalte auf die einzelne Nutzerin bzw. den einzelnen Nutzer. Das Ausstiegsprogramm der BZgA für Erwachsene begleitet im Internet die Teilnehmenden über 21 Tage bei ihrer Entwöhnung. Dabei werden individuelle Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie Abhängigkeitsgrad und Konsumdauer berücksichtigt. In einem Erfolgsdiagramm wird die Anzahl der gerauchten Zigaretten eingetragen. Eine motivationssteigernde Wirkung hat dabei der „Eurozähler“, der die durch das Nichtrauchen ersparten Ausgaben addiert. Flankierend zur eigentlichen Programmnutzung erhalten die User täglich eine E-Mail mit den wichtigsten thematischen Schwerpunkten des Tages zum Rauchverzicht. Für die Vorbereitung des Rauchausstiegs bietet das Programm ein Zeitintervall zwischen drei und zehn Tagen an, in dem durch Übungen und Erfahrungen eine gute Grundlage für einen dauerhaften Rauchstopp geschaffen werden kann. Seit August 2008 richtet sich das Programm auch an Personen, deren Ausstieg zum Zeitpunkt der Anmeldung maximal fünf Tage zurückliegt. Ihnen wird ein Quereinstieg in das Programm angeboten. Ungefähr ein Viertel der Teilnehmenden macht von dieser Variante Gebrauch. 2008 haben sich 6.367 User für das Ausstiegsprogramm registriert. Für den Austausch unter „Gleichgesinnten“, der oft eine wichtige Unterstützung auf dem Weg in ein rauchfreies Leben ist, werden ein moderierter Chat sowie ein eigenes Forum angeboten. Neben der Ausstiegshilfe umfasst die Internet-Plattform gesicherte und umfassende Informationen zum Thema „(Nicht-)Rauchen“ sowie interaktive Elemente.

■ www.rauchfrei-info.de

1.3.1.5 Telefonische Beratung zum Nichtrauchen

Telefonische Beratung zum Nichtrauchen bietet für alle interessierten Raucherinnen und Rauchern eine wirksame und einfach zugängliche, persönliche Unterstützung zur Veränderung des Rauchverhaltens. Die BZgA-Hotline zur Raucherentwöhnung vermittelt ganzjährig (außer an den Weihnachtsfeiertagen) Informationen und Beratung zu wirksamen Methoden der Tabakentwöhnung und zur Förderung des Nichtrauchens.

Die Telefonnummer 01805 31 31 31 ist Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr besetzt. Bis auf die Telefongebühren ist die Beratung kostenfrei.

2008 wurden 6.700 Gespräche entgegengenommen. 42 % der Anrufenden gaben an, das Angebot aus Informationsmaterialien erhalten zu haben. Weitere 31 % haben die Beratung nach eigenen Angaben aufgrund der Telefonnummer auf der Zigarettenpackung kontaktiert. 9 % sind im Internet auf die telefonische Beratungsmöglichkeit aufmerksam geworden.

87 % der rauchenden Anruferinnen und Anrufer hatte bereits vorher einen Rauchstopp versucht, jeder fünfte davon schon mehr als fünfmal erfolglos. 40 % der Frauen und 53 % der Männer rauchten täglich mehr als 20 Zigaretten. 52 % rauchten seit mehr als 20 Jahren. Jeder Zweite muss aufgrund des Fagerström-Test als stark bis sehr stark tabakabhängig gelten. Etwa 40 % der Nachfragenden einer Telefonberatung zum Rauchstopp war jünger als 40 Jahre.

Das seit Ende 2007 bestehende Serviceangebot einer proaktiven Beratung wurde von mehr als 200 Ausstiegswilligen in Anspruch genommen. Diese haben je nach Verlauf des Ausstiegsprozesses bis zu fünf von der Telefonberatung ausgehende Anrufe innerhalb eines Monats erhalten. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation bestätigen die Wirksamkeit der proaktiven Telefonberatung und die hohe Akzeptanz auf Seiten der Anrufenden: Die Servicezufriedenheit und Bereitschaft zur Weiterempfehlung ist hoch; 84 % sind sehr zufried-

den oder zufrieden und etwa 80 % würden die Telefonberatung weiterempfehlen.

Die Abstinenzquoten bewegen sich im Vergleich zu internationalen Dokumentationen sehr zufrieden stellend: 25 % waren bei der telefonischen Nachbefragung drei Monate nach dem Erstanruf noch rauchfrei. Mehr als ein Drittel der zum Zeitpunkt der Nachbefragung gelegentlichen oder täglichen Raucher planten innerhalb der nächsten 30 Tage einen Rauchstopp. Zwei Drittel haben zumindest einen Teilerfolg erzielt und dabei für mindestens 24 Stunden nicht geraucht.

1.3.2 Modellprojekt „Rauchfrei PLUS – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung“

Der Aufbau eines Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) in Deutschland unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und mit Förderung des BMG wurde im Juni 2008 erfolgreich abgeschlossen. Insgesamt haben sich 176 Einrichtungen an mehr als 200 Standorten bundesweit dem Netzwerk angeschlossen.

Das DNRfK basiert auf dem Kodex und den Standards des European Network for Smoke-free Healthcare Services (ENSH). Es wird dadurch die Umsetzung der Rauchfreiheit in Gesundheitseinrichtungen unterstützt und durch Workshops, Schulungen und Zertifizierungsprozesse, Raucherberatung und Tabakentwöhnungskonzepte in Gesundheitseinrichtungen gefördert.

Für viele Einrichtungen ist dies ein völlig neues Aufgabengebiet und erfordert den Aufbau neuer Strukturen, Verfahren und Kompetenzen. Besonders für Einrichtungen in der Behandlung von psychisch Kranken ist die Entwicklung von therapeutischen Angeboten eine große Herausforderung.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus dem Modellprojekt DNRfK und auf der Basis dieser Strukturen sollen in einem weiteren Projekt „Rauchfrei PLUS – Gesundheits-

einrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung“ von 2008 bis 2010 folgende Ziele realisiert werden:

- Unterstützung der Umsetzung des ENSH-Konzeptes in psychiatrischen Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung von Kinder- und Jugendpsychiatrien,
 - Entwicklung von Strukturen und Kompetenzen zur Beratung sowie Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung der spezifischen Ziel- und Risikogruppen,
 - Entwicklung von Instrumenten zur internen Evaluation von Angeboten zur Raucherberatung und Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen,
 - Öffentlichkeitsarbeit und Entwicklung von unterstützenden Medien zur Umsetzung dieser Ziele.
- www.rauchfrei-plus.de

1.3.3 Nationale Konferenz „Wissenstransfer für rauchfreie Krankenhäuser“

Mit Inkrafttreten der Nichtraucherschutzgesetze in den Bundesländern im Verlauf der Jahre 2007 und 2008 wurden alle deutschen Krankenhäuser gesetzlich zur Rauchfreiheit verpflichtet. Um die Umsetzung zu fördern, fand im Auftrag der BZgA eine nationale Konferenz zum „Wissenstransfer für rauchfreie Krankenhäuser“ am 19. und 20. Februar 2008 in Berlin statt. Das Programm, das in Zusammenarbeit mit dem DNRfK vorbereitet wurde, richtete sich an Vertreter von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Unter dem Titel „Das rauchfreie Krankenhaus – planen, umsetzen, leben“ wurden Plenarbeiträge mit Hintergrundinformationen, Erfahrungsberichten, Workshops und Schulungen zur konfliktfreien Umsetzung der Rauchfreiheit und zur Förderung des Rauchstopps geboten. Veranstalter war die BVPG, die erstmalig ihre entwickelte Multiplikatoren-Schulung für Krankenhäuser vorstellte. Die Konferenz-Dokumentation fasst die Expertise bei der Umsetzung des rauchfreien Krankenhauses zusammen und ist

eine hilfreiche Ergänzung zum neu aufgelegten BZgA-Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“.

AOK Rheinland/Hamburg: „Rauchfreie Krankenhäuser“

Seit 2005 begleiten die AOK Rheinland/Hamburg und das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung GmbH in Kooperation mit dem DNRfK Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen auf dem Weg zum rauchfreien Unternehmen. Dieses Projekt umfasst die Beratung der Entscheidungsträger im Unternehmen, Informationstage für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige, Raucherberatung und -entwöhnung sowie Kommunikationsschulungen für Mitarbeiter. Mittlerweile sind Krankenhäuser aus dem Kreis Düren und dem Rhein-Kreis Neuss dem DNRfK beigetreten und haben die erste Stufe (Bronze) auf dem Weg zum rauchfreien Krankenhaus erreicht. Das „rauchfreie Krankenhaus“ beinhaltet neben dem Schutz der Nichtraucher vor Passivrauch einen aktiven, gesundheitsförderlich beratenden Umgang mit den Patienten, den Angehörigen und dem Umfeld des Krankenhauses. Zurzeit erfolgt in der Region Aachen der Aufbau eines Netzwerkes von Altenpflegeeinrichtungen, die sich aktiv mit der Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auseinandersetzen. Hintergrund sind starke Belastungen des Personals aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen, die sich u. a. auch in einem hohen Anteil an Rauchern in der Berufsgruppe der Pflegenden widerspiegeln. Einbezogen werden Kommunen, Krankenhäuser und regionale Anbieter.

1.3.4 Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat eine 20-stündige Fortbildungsmaßnahme für Ärzte zur Tabakentwöhnung erstellt. Nachdem im Frühjahr 2008 von der Ärztekammer Nordrhein ein entsprechender Pilotkurs erfolgreich durchgeführt wurde, hat der Vorstand der BÄK im Oktober 2008 dem Fortbildungscurriculum „Ärztliche Qualifikation Tabakentwöhnung“ zugestimmt. Das Curriculum ist als „blended-learning“-Maßnahme angelegt. Acht Stunden werden Online-Lerneinheiten vermittelt, in denen gesundheitliche Folgen des Rauchens, die Rolle des Nikotins bei der Suchtentstehung, diagnostische Verfahren zur Tabakabhängigkeit und Behandlungsmethoden vermittelt und interaktiv diskutiert werden. In den zwölf Stunden umfassenden Präsenzphasen werden in Rollenspielen Patientenansprache und -motivierung eingeübt und Fragen der Umsetzung der Raucherentwöhnung am ärztlichen Arbeitsplatz besprochen. Das Curriculum kann flächendeckend in den Landesärztekammern angeboten werden. So sind die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen, um eine qualifizierte flächendeckende Tabakentwöhnung in Deutschland über Arztpraxen und Krankenhäuser anzubieten.

■ www.bundesaerztekammer.de

1.3.5 Nichtraucherseminare in der Bundeswehr

In der Bundeswehr werden von September 2008 bis Ende 2009 an 50 Großstandorten für alle interessierten Soldatinnen und Soldaten sowie zivilen Angehörigen der Bundeswehr Nichtraucherseminare angeboten. Die Kosten werden – bei einer Eigenbeteiligung von 30 Euro pro Teilnehmer – durch die Bundeswehr getragen. Die Seminare werden inhaltlich durch ein ziviles Unternehmen durchgeführt. Es arbeitet nach der so genannten „Schlusspunkt-Methode“ und macht mit den Prinzipien der Motivationspsychologie die Mechanismen der Nikotinsucht und deren Beendigung ohne Verlustangst transparent. Die Seminardauer beträgt fünf Stunden in einem Block. Die bisherige Resonanz von Teilnehmern ist viel versprechend, die erwartete Erfolgsquote des Seminars liegt bei mehr als 50%.

AOK Bayern: Kursangebot „Freier leben ohne Qualm“

Das Kursangebot „Freier leben ohne Qualm“ folgt der verhaltenstherapeutisch orientierten Sofort-Stopp-Methode analog zum „Rauchfrei Programm“. Bei der AOK Bayern wurde 2008 das prozessbegleitende Angebot mit zehn bis zwölf Einheiten von rund 800 Teilnehmern in 114 Kursen wahrgenommen, insbesondere von Frauen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren. An 128 Schulen wurden von rund 40 geschulten Fachkräften der Krankenkasse Informationen und Vorträge zum Thema Rauchen präsentiert. Dabei stand für Jugendliche ab 16 Jahre das Raucherausstiegsprogramm „Willst du auch keine“ im Vordergrund. Das Konzept nach der Schlusspunkt-Methode ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, interaktiv und abstinenzorientiert. Es bedient sich u. a. dem konstruktiven Lernen nach Heckmair und berücksichtigt die Kriterien für ein attraktives Entwöhnungsprogramm für fünf bis zwölf Teilnehmer in sechs Einheiten.

DAK: Rauchstopp im Internet

Seit Januar 2008 unterstützt ein Online-Portal der DAK Raucherinnen und Raucher, die über einen Rauchstopp nachdenken. Es enthält Informationen, Tipps, interaktive Arbeitsblätter und Tests zum Rauchen. Raucher können ihre Motivation für einen Rauchstopp überprüfen und steigern, ehemalige Raucher bekommen Tipps zum Durchhalten und Nichtraucher erfahren, wie sie Freunde und Angehörige beim Ausstieg unterstützen können. Eine Besonderheit des Portals: Die Besucher ordnen sich bereits auf der Startseite nach ihren Interessen zu und werden so gezielt und schnell zu den für sie relevanten Informationen geleitet. Das Online-Portal wird vom IFT-Nord wissenschaftlich begleitet.

■ www.dak-rauchstopp.de

1.3.6 Vollerhebung von ambulanten Therapieangeboten zur Tabakentwöhnung in Deutschland

Das DKFZ führte in Zusammenarbeit mit der BZgA von April 2007 bis Januar 2008 eine Befragung zur Tabakentwöhnung durch. Ziel war es, einen umfassenden Überblick über alle bestehenden Therapieangebote in Deutschland zu erhalten. 9.006 Adressaten, u. a. Krankenkassen, Gesundheitsämter, Arztpraxen sowie Teilnehmer an Fortbildungen zur Tabakentwöhnung wurden Mitte 2007 befragt, wovon 51,2% antworteten. Die Hälfte von ihnen bietet eine ambulante Raucherberatung an. Insgesamt konnten knapp 3.000 Angebote erfasst werden, unter denen sich entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher im Internet informieren und wohnortnah auswählen können. Tabakentwöhnung wird vor allem von Ärzten, Sozialpädagogen und Psychologen durchgeführt. Etwa ein Viertel der Angebote wird von Personen betreut, die weder über eine entsprechende berufliche noch eine Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung verfügen. Eine Raucherberatung kostet den entwöhnungswilligen Raucher durchschnittlich 150 Euro. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen bei zwei Drittel der Angebote ca. 80% der Kosten. Die meisten Angebote orientieren sich am Kurs „Rauchfrei in 10 Schritten“, dem „Rauchfrei Programm“, an einer Verhaltenstherapie oder der Akupunktur. Drei Viertel der Angebote werden nicht evaluiert.

■ www.anbieter-raucherberatung.de

1.4 Angebotsreduzierung

1.4.1 Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel

Auch im Jahr 2008 stellte die Bekämpfung des international organisierten Zigarettenschmuggels für die Bundeszollverwaltung eine prioritär zu behandelnde Aufgabe dar, insbesondere die Mobilen Kontrolleinheiten und der Zollfahndungsdienst haben ihre Anstrengungen kontinuierlich verstärkt.

Die Nachfrage nach un versteuerten Zigaretten auf dem deutschen Schwarzmarkt ist weiterhin hoch. Durch die Bündelung ihrer Kontroll- und Ermittlungskräfte konnte die Bundeszollverwaltung im vergangenen Jahr wieder eindrucksvolle Erfolge bei der Bekämpfung der Tabakwarenkriminalität erzielen und allein in Deutschland 291 Mio. Stück un versteuerte Zigaretten sicherstellen und 2.100 neue Ermittlungsverfahren im Bereich der mittleren und schweren Kriminalität einleiten.

Bei den sichergestellten Zigaretten stellen osteuropäische Schmuggelzigaretten nach wie vor den größten Anteil der Schwarzmarktzigaretten dar. Auffällig bei der Analyse des Schwarzmarktes ist das zunehmend vermehrte Auftreten so genannter „uncommon brands“ – also Marken, die nicht bei legalen deutschen Verkaufsstellen zu erwerben sind und für die auch keine deutschen Steuermarken ausgegeben wurden. Sie werden überwiegend im nicht-europäischen Ausland produziert. Der Anteil gefälschter Markenzigaretten bei den Sicherstellungen war im Jahr 2008 tendenziell rückläufig. Jedoch konnten erneut Zigaretten mit gefälschten deutschen Steuerzeichen festgestellt werden, die im legalen Handel – Kioske, Tankstellen usw. – zum Verkauf angeboten wurden.

1.4.2 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Nach Art. 13 der Tabakrahenkonvention (FCTC, siehe G 1.2) sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, die Offenlegung der Werbeausgaben der Tabakindustrie zu gewährleisten. In Deutschland wurde im Jahr 2005 zwischen dem damaligen Verband der Cigarettenindustrie (vdc) und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Aufwendungen in der Tabakwerbung nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt mitgeteilt werden. Die Vereinbarung wurde vom neu gegründeten Deutschen Zigarettenverband (DZV) übernommen. Die Angaben werden im Drogen- und Suchtbericht jährlich veröffentlicht (Abb. 4). Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbotes mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland nach der Tabakwerberichtlinie der EU (2003/33/EG) zum 29. Dezember 2006 haben sich ab 2007 die Werbeausgaben der Tabakindustrie im Vergleich zum Vorjahr durch das Werbeverbot in Printmedien und im Internet in die nicht regulierten Bereiche Außenwerbung und Promotion verlagert und sind insgesamt deutlich angestiegen.

Abbildung 4:
Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring in den Jahren 2006 und 2007

	2006	2007
Werbeausgaben insgesamt	79.867.888,20 €	128.941.300,46 €
davon:		
Werbung in Printmedien	8.611.582,77 €	435.595,34 €
Außenwerbung	20.019.962,35 €	49.189.851,39 €
Werbung im Kino	2.149.724,00 €	2.064.600,00 €
Werbung im Internet	2.756.122,51 €	295.319,36 €
Sonstige Werbung	712.238,78 €	1.102.829,76 €
Promotion	41.929.534,63 €	72.646.065,24 €
Sponsorship	3.688.723,16 €	3.207.039,37 €

Quelle: Deutscher Zigarettenverband, 2008

2 Alkohol

2.1 Situation in Deutschland

9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland nach neuen Berechnungen mindestens 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. In der Gesellschaft herrscht eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zum Alkohol vor.

Durchschnittlich werden pro Kopf der Bevölkerung jährlich zehn Liter reinen Alkohols konsumiert. Gegenüber den Vorjahren ist eine leicht rückläufige Tendenz im Alkoholkonsum zu registrieren. Dennoch liegt Deutschland im internationalen Vergleich unverändert im oberen Zehntel.

2.1.1 Alkoholkonsum von Jugendlichen

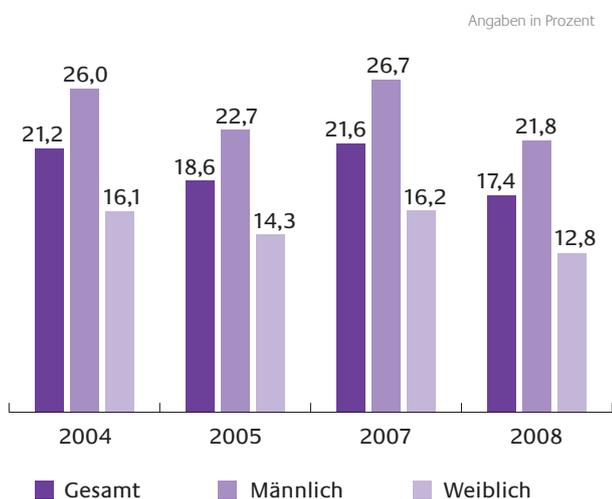
Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz: In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Jahr 2008 geben rund drei Viertel (75,8%) der 12- bis 17-Jährigen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Im zeitlichen Trend wird deutlich, dass der Anteil der Jugendlichen in dieser Altersgruppe, die im vergangenen Jahr mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken haben, von 21,2% im Jahr 2004 auf 17,4% im Jahr 2008 zurückgegangen ist (Abb. 5). Der Rückgang von 2004 bis 2008 ist sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Jugendlichen zu beobachten. Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken im Alter von 12 bis 17 Jahren insgesamt auf unter 18% im bundesweiten Durchschnitt zu senken, konnte somit erreicht werden.

Mit dem Begriff „riskante Konsummuster“ wird ein Trinkverhalten beschrieben, das sich negativ auf die gesundheitliche und (psycho-) soziale Entwicklung von Jugendlichen auswirken kann. Häufiges Rauschtrinken (sog. Binge Drinking) – d.h. der Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke hintereinander – gilt als ein Indikator für riskanten bzw. problema-

tischen Alkoholkonsum. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil Jugendlicher, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Binge-Trinken praktiziert haben, zwar von 25,5% im Jahr 2007 zurückgegangen ist, aber im Jahr 2008 immer noch bei 20,4% liegt (Abb. 6). Wird die konsumierte Alkoholmenge zum Gradmesser gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums bei Jugendlichen genommen, ist nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2008 davon auszugehen, dass etwa 8,2% der Jugendlichen im Alter von 12- bis 17-Jahren einen riskanten oder sogar gefährlichen Alkoholkonsum aufweisen (Abb. 7).

Abbildung 5:
Regelmäßiger Alkoholkonsum im Alter von 12 bis 17 Jahren

Es haben mindestens wöchentlich Alkohol getrunken:



Obwohl der Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit für Jugendliche bis 16 Jahren nicht erlaubt ist, zeigen die Daten der Drogenaffinitätsstudie, dass Alkohol von unter 16-Jährigen nicht nur konsumiert wird, sondern sogar viel zu häufig in riskanten bzw. gefährlichen Mengen getrunken wird (Abb. 7).

Abbildung 6:
Binge-Trinken im Alter von 12 bis 17 Jahren

Es haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Binge-Trinken praktiziert:

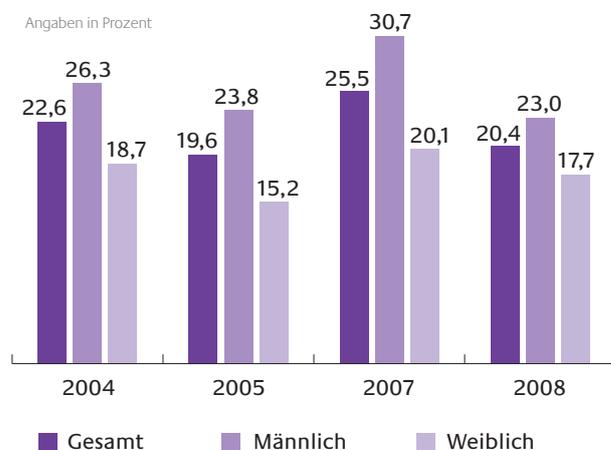
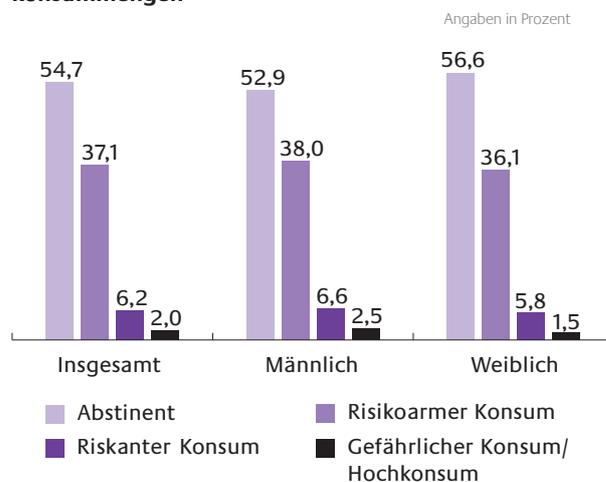


Abbildung 7:
Anteil Jugendlicher im Alter von 12 bis 17 Jahren mit unterschiedlich riskanten, durchschnittlichen Alkoholkonsummengen



Quelle: Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, BZgA

2.1.2 Studie „Alkoholkonsum in Kinofilmen“

Das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) untersuchte im Auftrag des BMG die Verbreitung und die Auswirkungen des Alkoholkonsums in Kinofilmen. Insgesamt wurden 398 Kinofilme inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Ergebnis zeigte sich, dass Alkohol in 88 % dieser Kinofilme konsumiert wurde. Angaben von mehr als 5.500 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13 Jahren wurden herangezogen, um die Auswirkungen des Alkoholkonsums durch Rollenmodelle in Filmen zu untersuchen. Es ergab sich, dass die Jugendlichen im Durchschnitt mehr als 3,44 Stunden Alkoholkonsum in Filmen gesehen hatten. Das Risiko der Jugendlichen, Alkohol schon einmal ohne Wissen der Eltern getrunken oder riskantes Trinkverhalten gezeigt zu haben, verdoppelte sich, wenn die Dauer der insgesamt in allen Filmen gesehenen Trinkszenen besonders lang war. Die Studienergebnisse wurden im „International Journal of Epidemiology“ veröffentlicht.

- <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/36/5/1068>

2.2 Prävention

2.2.1 Plattform „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“

Aufgabe der Alkoholprävention in Deutschland ist es, die Bevölkerung für die negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zu sensibilisieren und u. a. zu vermitteln, dass die kritische Grenze für einen gesundheitlich tolerierbaren Alkoholkonsum bei einem täglichen Konsum von 10–12 g (entspricht etwa einem Glas Bier à 0,3 Liter mit 4,8 % vol) für Frauen und für 20–24 g (entspricht etwa zwei Gläsern Bier à 0,3 Liter mit 4,8 % vol) bei Männern liegt.

Zur Förderung eines maßvollen und kritischen Umgangs mit Alkohol führt die BZgA eine nationale Dachkampagne zur Alkoholprävention durch, die bisher unter dem Kampagnen-Slogan „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ kommuniziert worden ist. Im Jahr 2008 wurde die zentrale Botschaft mit einem neuen Kampagnen-Slogan „Alkohol? – Kenn dein Limit.“ deutlicher gefasst.

Ziel ist es, das Konsumniveau von Alkohol in Deutschland zu reduzieren. Es gilt:

- der Bagatellisierung der Folgen des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkoholkonsums entgegenzuwirken,
- über Trinkmengengrenzen zu informieren,
- die kritische Reflexion des eigenen Alkoholkonsums zu fördern,
- für Punktnüchternheit im Verkehr, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit, bei Medikamentenkonsum und im Umgang mit Kindern zu werben,
- positives Vorbildverhalten gegenüber Kindern und Jugendlichen zu fördern,
- neue Multiplikatorengruppen für die Alkoholprävention zu gewinnen und zu qualifizieren,
- Partner in den Bundesländern und Verbänden für einen Konsens über die zentralen Botschaften und ein gemeinsames Erscheinungsbild zu gewinnen, um die Alkoholprävention in Deutschland sichtbar zu machen.

Die neue Gestaltungslinie und Botschaft sollen 2009 in den Medien der Kampagne realisiert werden. Als nationale Dachkampagne zur Alkoholprävention soll sie weiterhin eine Vielzahl von Akteuren für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol einbinden.

2.2.2 Bundesweiter Transfer des Modellprojekts „HaLT“

Die Zahl der alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen fünf Jahren verdoppelt. Das BMG hat deshalb das wissenschaftlich begleitete Modellprojekt „HaLT – Hart am Limit“ initiiert, das mit finanzieller Unterstützung der zuständigen Landesministerien erfolgreich an elf Standorten in neun Bundesländern erprobt wurde. „HaLT“ verbindet Verhaltens- und Verhältnisprävention und spricht gleichzeitig Jugendliche und Erwachsene an. Es vermeidet dadurch eine Individualisierung jugendlichen Alkoholmissbrauchs und ein „Zuschieben“ der Verantwortung allein auf Jugendliche und deren Eltern. Das Projekt bezieht den Kontext mit

ein, in dem jugendlicher Alkoholmissbrauch entsteht, weil sich nachhaltige Lösungsansätze nur hieraus ableiten lassen. „HaLT“ wirkt in regionalen Netzwerken, ist aber als Bundesmodellprojekt gleichzeitig eingebettet in nationale Präventionsstrategien. In mehreren Bundesländern gibt es Koordinationsstellen mit dem Auftrag, die Implementierung von „HaLT“-Projekten im jeweiligen Land zu unterstützen. So lassen sich personalkommunikative Maßnahmen und die breite Ansprache der Bevölkerung in den Regionen mit Maßnahmen der Alkoholpolitik und überregionalen massenmedialen Kampagnen verknüpfen.

Nach den Erfolgen in der Modellphase unterstützt das BMG nun drei Jahre lang die Villa Schöpflin mit der Steuerung und Durchführung des Bundestransfers. In diesem Zentrum für Suchtprävention wurde das „HaLT“-Konzept entwickelt und in einer 18-monatigen Pilotphase in Lörach erprobt. Im Rahmen des „HaLT“-Bundestransfers werden seit Januar 2007 bis Ende 2009 Erkenntnisse und Erfahrungen aus den elf „HaLT“-Modellprojekten deutschlandweit interessierten Kommunen und Institutionen zur Verfügung gestellt. Bislang wurden in zehn „HaLT“-Einführungseminaren und mehreren Vertiefungskursen mehr als 300 Präventionsfachkräfte aus Suchtberatungsstellen, Kommunen und Kliniksozialdiensten geschult. Mittlerweile bestehen mehr als 60 „HaLT“-Standorte im gesamten Bundesgebiet.

■ www.halt-projekt.de

„HaLT“ in Niedersachsen

Unter der Devise „Cool bleiben“ statt „Vorglühen“ verstärkte das niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2008 das Engagement für Präventionsmaßnahmen gegen riskanten Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen. Es beauftragte den Caritasverband in Osnabrück, der von 2004 bis 2007 Bundesmodellstandort von „HaLT“ in Niedersachsen war, in Kooperation mit der niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, die aus der Projektphase gewonnenen Erfahrungen in die Fläche des Landes zu transferieren und so weitere tragfähige Netzwerke zu schaffen.

Ziele sind:

- dauerhafte Implementierung des „HaLT“-Ansatzes in Niedersachsen,
- Entwicklung von regionalen Finanzierungskonzepten des proaktiven Bausteins,
- Finanzierung des reaktiven Bausteines durch die gesetzlichen Krankenkassen
- Entstehung eines landesweiten „HaLT“-Netzwerkes zur Sicherung des Qualitätsstandards und der Nachhaltigkeit.

Inzwischen gehören acht Regionen zum „HaLT“-Netzwerk in Niedersachsen, acht weitere Regionen kommen künftig dazu, die durch Schulung, Dokumentation und Austausch alle „HaLT“-Kriterien erreichen konnten. Fünf weitere Regionen sind dabei, „HaLT“-Standorte zu werden. Auf kommunaler Ebene wurden Finanzierungsmodelle entwickelt, die zusätzliche finanzielle Ressourcen bereitstellen. Auf Landesebene wurde eine Rahmenvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen getroffen, die die Finanzierung des reaktiven Bausteines (Verhaltensprävention Zielgruppe Jugendliche) zukünftig sicherstellen wird.

„HaLT“ in Bayern

In Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz wurde das Präventionsprojekt „HaLT“ unter Koordination der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Bayern eingeführt. Von Anfang an war die AOK Bayern an der Umsetzung beteiligt, insbesondere durch eine kassenartenübergreifende Vereinbarung zur finanziellen Beteiligung. Gegenstand des Vertrages ist die Förderung des reaktiven Projektteils von „HaLT“ durch die Krankenkassen nach § 43 Abs. 1 SGB V mit einem einheitlichen Beitrag in Höhe von 150 Euro. Neben den Leistungsbestandteilen und der Abrechnungsregelung wird auch die Qualitätssicherung evaluiert. Erste Ergebnisse werden 2009 erwartet.

2.2.3 Studie zum Rauschtrinken von Jugendlichen

Um mehr über die Hintergründe des Rauschtrinkens von Jugendlichen zu erfahren und daraus weitere präventive Maßnahmen abzuleiten, fördert das BMG eine qualitative Studie unter dem Titel „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“.

Seit Februar 2008 wird an der Universität Tübingen und am Forschungsinstitut tifs (Tübingen) untersucht,

- welche Funktion der Rausch für Jugendliche hat,
- welche zeitlichen, lokalen und sozialen Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Rauschtrinken stattfindet,
- wie Schutzmechanismen der Jugendlichen untereinander aussehen,
- welche präventiven Botschaften Jugendliche kennen.

Erste Ergebnisse des Projektes wurden im Oktober 2008 auf einer Fachtagung vorgestellt und diskutiert. Es wurden verschiedene handlungsleitende Motive der Jugendlichen herausgearbeitet, die neue Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen bieten. Die Ergebnisse des Projektes werden im Sommer 2009 vorliegen.

2.2.4 Kampagne der Polizei gegen Alkoholmissbrauch und Gewalt

Um exzessivem Alkoholkonsum und Gewalt entgegenzutreten, hat die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes im Dezember 2008 die Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“ unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gestartet. Durch eine mitunter drastische Text-Bild-Ansprache will die Kampagne Jugendliche aufrütteln und ihnen so zeigen, dass Trinken alles andere als „cool“ ist. Präsentiert werden vier Motive, die aus jeweils zwei Gegensatzbildern bestehen und auf Bierdeckel gedruckt sind. Eine positive Situation des mäßigen Alkoholkonsums steht negativen Folgen übermäßigen Trinkens gegenüber. Thematisiert werden u. a. Gewalt und Kontrollverlust, aber auch Attraktivität und Spaß in der Gruppe. Die Dialektik der Motive soll beim Betrachter einen Lern- und Sensibilisierungsimpuls auslösen. Unterstützt wird die Bildaussage durch das Motto der Kampagne und Bierstriche am Rand des Bierdeckels. Sie signalisieren zusätzlich den geringen bzw. übermäßigen Alkoholkonsum. Die Bildmotive werden als Kampagnen-Bierdeckel, Plakate und Werbeanzeigen von der Polizei bundesweit in der Zielgruppe gestreut und in Form von Aktionsspots visualisiert. Prominente Botschafter unterstützen die Kampagne und

dienen den Jugendlichen als Identifikationsfiguren. Kern ist eine Internetseite, von der alle Kommunikationsmittel heruntergeladen und weitere Informationen zum Thema Alkoholmissbrauch nachgelesen werden können.

- www.staygold.eu

2.2.5 Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen „Na Toll!“/„Bist Du stärker als Alkohol?“

Mit der Kampagne „Na Toll!“ sollen Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren vor der Entwicklung und Stabilisierung missbräuchlicher Konsummuster von Alkohol erreicht werden. Die Verzögerung des Einstiegsalters und die Reduzierung des exzessiven und riskanten Alkoholkonsums bei Jugendlichen stehen im Fokus zur Vermeidung alkoholbedingter Probleme bei Jugendlichen.

Jugendliche, die sich noch in der Wachstumsphase befinden, sind im Vergleich zu Erwachsenen in erhöhtem Maße anfällig gegenüber alkoholbedingten Gesundheitsrisiken. „Na Toll!“ will Jugendliche dazu anregen, sich mit dem eigenen Konsum von alkoholischen Getränken auseinanderzusetzen und ihr Wissen über die gesundheitsschädigenden Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums zu erhöhen. So soll eine Einstellungs- und Verhaltensänderung erreicht werden. Die Kampagne basiert auf einer Kombination von massen- und personalkommunikativen Maßnahmen. Jugendliche sind einer Flut von medialen Botschaften ausgesetzt, die zum Konsum von Alkohol anregen. Dagegen werden alkoholpräventive Botschaften, die den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zum Ziel haben, bislang weder in den Printmedien noch im Kino oder Fernsehen ausreichend kommuniziert. Sollen Jugendliche im Rahmen massenkommunikativer Maßnahmen erreicht werden, so ist es entscheidend, Themen anzuschneiden, die im Prozess der Identitätsfindung von Relevanz sind. Besonders bei Kampagnen, die an Kinder und Jugendliche gerichtet sind, ist es wirksamer, die Aufmerksamkeit auf sofortige, sehr wahrscheinliche Konsequenzen des Verhaltens zu lenken, als auf Ereignisse hinzuweisen, die in einem späteren Lebensalter auftreten. Dies wurde bei der Gestaltung der Kampagnenelemente berück-

sichtigt. Dabei soll über massenkommunikative Maßnahmen wie Anzeigen- und Spotschaltungen möglichst die Gesamtheit der Zielgruppe erreicht und zu einem kritisch distanzierten Umgang mit Alkohol motiviert werden. Mit den personalkommunikativen Maßnahmen, die im Freizeitbereich ansetzen, sollen Zugangswege genutzt werden, um Jugendliche mit einem riskanten Alkoholkonsum zu erreichen und den Anstoß zu einer Verhaltensänderung zu geben.

Eine Internetpräsenz ist an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtet. Dort finden die Jugendlichen Informationen zum kritischen Umgang mit Alkohol, E-Mail-Beratung, Persönlichkeits- und Wissenstests sowie interaktive Elemente. Im Jahr 2008 wurde monatlich im Durchschnitt 47.000-mal auf die Webseite zugegriffen, was einer Steigerung um 42 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Somit ist die Website eine zielgenaue Kommunikationsplattform geworden, auf der sich die Zielgruppe gern bewegt. Der Erfolg der Website zeigt sich auch daran, dass sie in 2008 weiterhin bei der Suchmaschine „google“ mit dem Suchbegriff „Alkohol“ auf einem der ersten Plätze rangiert.

Ergänzend zum Internet sprechen speziell geschulte Gleichaltrige (Peers) in Freizeit- und Ferieneinrichtungen, bei Jugend- und Sportveranstaltungen sowie Musikevents Jugendliche auf das Thema Alkohol an. Die Peers informieren, initiieren Diskussionen und regen zum Nachdenken über den eigenen Konsum an. Zusätzlich zeigen sie alternative Handlungsoptionen zum Alkoholkonsum auf. Jährlich werden etwa 13.000 Jugendliche auf diesem Weg erreicht.

■ www.bist-du-staerker-als-alkohol.de

2.2.6 Internetprogramm zum Test des Alkoholkonsums

Mit dem Internetttest „check your drinking“ kann der eigene Alkoholkonsum hinterfragt werden. Jenen Nutzern und Nutzerinnen, die aktuell ein riskantes Konsumverhalten aufweisen, wird empfohlen, sich mit dem Programm „change your drinking“ über einen Zeitraum von zehn Tagen mit ihrem Alkoholkonsum auseinanderzu-

setzen und diesen zu reduzieren. Von Mai 2007 bis August 2008 wurden sowohl die Akzeptanz als auch die Wirkung des vollautomatisierten Beratungsprogramms „change your drinking“ evaluiert. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Akzeptanz und Wirkung gut ist, im Vergleich zu anderen internetbasierten Programmen aber ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Ein großer Vorteil des Programms liegt im automatisierten Ablauf. Dadurch ist es möglich, eine große Zahl an Personen zu erreichen, so dass sich auch bei einer im Vergleich zu personalkommunikativen Interventionen geringeren Wirksamkeit des Programms Vorteile ergeben können. Insbesondere die Anonymität des internetbasierten Programms wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geschätzt. In 2009 wird das Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums auf Grundlage der Evaluationsergebnisse weiterentwickelt und optimiert und weiterhin im Internet allen Interessierten zugänglich sein.

■ www.drugcom.de

Bremen: Projekt „ProMeile“

Die Diskomeile in Bremen ist ein überregionaler Anziehungspunkt für junge Nachtschwärmer. Gewaltereignisse und ein hoher Konsum von Alkohol und anderen Drogen machten im Herbst 2006 jugendpolitische Maßnahmen erforderlich. Ein Ergebnis war die Initiierung des Projekts „ProMeile“, das mit einem Team aus Ehrenamtlichen, Praktikanten und hauptamtlichen Fachkräften freitags und samstags zwischen 22 und 3 Uhr unterwegs ist. Ein Wohnwagen bietet eine feste Anlaufstelle auf der Diskomeile. Zudem hält sich ein mobiles Team äußerlich gut erkennbar dort auf. Das Projekt berät und unterstützt Jugendliche und junge Erwachsene, die in Probleme geraten sind, niedrigschwellig und vermittelt bei Bedarf Kontakt zu geeigneten Beratungsstellen, Notunterkünften und zur Polizei. Von der Präsenz des Teams geht eine deeskalierende Wirkung aus. Die Teams werden mit massiven psychischen und sozialen Problemlagen konfrontiert einhergehend mit einem hohen Aggressionspotential, welches vor allem aus einem massiven Alkoholkonsum resultiert. „ProMeile“ arbeitet in enger Abstimmung mit der Polizei vor Ort und wird von der Interessensgemeinschaft der Betreiber auf der Diskomeile z.T. auch finanziell unterstützt. Trotz der guten Resonanz auf die Arbeit des Projektes ist die Finanzierung ab August 2009 offen.

■ www.vaja-bremen.de/projekte.htm

Rheinland-Pfalz: Kampagne „Mach dir nix vor“

Die Suchtprävention in Rheinland-Pfalz will einen verantwortungsbewussten Umgang mit bzw. ohne Alkohol fördern und die Maßnahmen zur Frühintervention weiterentwickeln. Die Kampagne „Mach dir nix vor“ zur Prävention des Alkoholmissbrauchs ist auf mehrere Jahre angelegt und stellt den Verzicht auf Alkohol in unterschiedlichen Lebenssituationen in den Mittelpunkt. Der erste Schwerpunkt ist der Alkoholkonsum Jugendlicher. Es folgen die Themen Schwangerschaft, Straßenverkehr, Arbeitswelt und Medikamente. Die Kampagne ist ein Gemeinschaftsprojekt der Landeszentrale für Gesundheitsförderung im Auftrag der Landesregierung mit der AOK Rheinland-Pfalz, dem TÜV Rheinland und weiteren Partnern. Sie will das Bewusstsein für den eigenen Alkoholkonsum durch Großflächenplakate, Postkarten und Straßenbanner schärfen. Sie macht deutlich, dass jeder selbst darüber entscheidet, ob er Alkohol trinkt oder nicht. Die Zielgruppe soll sich mit dem eigenen Verhalten auseinandersetzen. Neben dem öffentlichkeitswirksamen Teil gibt es einen gleichgewichtigen Teil personalkommunikativer Maßnahmen, wie zielgruppenspezifische Fortbildungen für Multiplikator/innen sowie Eltern-Informationen. Bereits laufende suchtpreventive Angebote in Rheinland-Pfalz, wie die Maßnahmen zur Frühintervention MOVE (motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen) und SKOLL (Selbstkontrolltrainingsprogramm), sind in die Kampagne integriert.

■ www.lzg-rlp.de/alkoholkonsum/kampagne.html

DAK: „Aktion Glasklar“

Die DAK initiiert zum Thema Alkohol bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die bundesweite Informations- und Sensibilisierungskampagne „Aktion Glasklar“. Kooperationspartner sind das IFT-Nord und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Bei Kindern unter 16 Jahren verfolgt die Kampagne das Ziel der vollständigen Abstinenz, bei älteren Jugendlichen das Ziel des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol sowie der Punktnüchternheit. Für jüngere und ältere Jugendliche wurden jeweils altersgerechte Printmaterialien entwickelt. Zudem gibt es eine Informationsbroschüre für Eltern, ausgearbeitete Vorschläge für den Unterricht, die Jugendarbeit und die Arztpraxis, eine umfangreiche CD-ROM sowie eine interaktive Webseite. Als Anreiz für die Auseinandersetzung mit der Thematik Alkohol wird ein Quiz angeboten. Alle diejenigen, die das richtige Lösungswort des Quiz gefunden haben, können an einer Verlosung von Geldpreisen teilnehmen, die zweimal jährlich

stattfindet. Eine wissenschaftliche Studie mit 1.686 Jugendlichen zeigte positive Effekte des Programms ein Jahr nach der Eingangsuntersuchung.

■ www.aktionglasklar.de

Verbände der Alkoholwirtschaft: Präventions- und Informationskampagnen für einen maßvollen und verantwortungsbewussten Alkoholkonsum

Alkoholprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe nicht nur von Bund, Ländern, Kommunen und Einrichtungen der Suchtprävention, sondern von allen relevanten gesellschaftlichen Gruppen wie den Arbeitgebern, den Gewerkschaften, der Verbände und auch der Alkoholwirtschaft. Unter dem Vorsitz der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Ursula Heinen-Esser, tagte der „Runde Tisch zur Alkoholprävention“ drei Mal, und zwar am 21. November 2008 und am 5. Februar 2009 in Bonn und am 11. Februar 2009 in Berlin. Vertreter aller Bundesverbände der Brauerei-, Wein-, Schaumwein-, Fruchtwein- und Spirituosenwirtschaft sowie des Bundes für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde nahmen an den ersten beiden Sitzungen des Runden Tisches teil. Der 3. Runde Tisch zur Alkoholprävention am 11. Februar 2009, an dem zusätzlich Vertreter der Bundesverbände der Medienwirtschaft (Zeitungs- und Zeitschriftenverleger, private Rundfunk- und Fernsehanstalten), der Werbewirtschaft und des Hotel- und Gaststättengewerbes teilnahmen, fand im Beisein der Drogenbeauftragten der Bundesregierung statt. Vorgestellt wurden die jeweiligen Präventions- und Informationskampagnen für einen maßvollen und verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bzw. zur Bekämpfung des zunehmenden missbräuchlichen Alkoholkonsums durch Kinder und Jugendliche der einzelnen Verbände: z. B. „Bier? Sorry. Erst ab 16.“, „Klartext reden“, „Schulungsinitiative Jugendschutz“, „Wine in moderation“, „don't drink and drive“, „Verantwortung von Anfang an“. Die Parlamentarische Staatssekretärin hat die Wirtschaftsverbände zu gemeinsamen Aktionen nach dem Beispiel „don't drink and drive“ oder „Verantwortung von Anfang an“. Das Hotel- und Gaststättengewerbe stellte seinen Aushang für Gaststätten mit den Regelungen des Jugendschutzgesetzes und die Werbewirtschaft die beschlossenen Anpassungen der freiwilligen Selbstkontrolle im Bereich der Alkoholwerbung vor. Die Parlamentarische Staatssekretärin Ursula Heinen-Esser hat die Alkoholwirtschaftsverbände zu einer gemeinsamen, schlagkräftigen, speziell an Kinder und Jugendliche gerichteten Alkoholpräventionskampagne nach dem Beispiel „don't drink and drive“ aufgefordert.“

2.3 Beratung und Behandlung

2.3.1 Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für kindliche Fehlbildungen, die nicht genetischer Ursache sind. Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Zellgift. Er hemmt das Zellwachstum und wirkt missbildend. Vor allem aber schädigt Alkohol die Nervenzellen und das Gehirn. Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft. Am schwerwiegendsten ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS). Nach vorsichtigen Schätzungen sind ca. 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. FAS tritt damit doppelt so häufig auf wie das Down-Syndrom. Das Krankheitsbild des fetalen Alkoholsyndroms äußert sich in Wachstumsstörungen, körperlichen Deformierungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen. Der Intelligenzquotient liegt im Schnitt bei 75 (Normwert: 100). Noch gravierender sind jedoch die emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule.

Münster: FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik

Die FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik Münster versorgt als erste Universitätsambulanz in Deutschland Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) sowie ihre Angehörigen, aber auch Kinder opiatabhängiger Mütter. Die FAS-Ambulanz betreute 2008 ca. 300 Familien. Die Patientenversorgung unter der Leitung von Dr. Reinhold Feldmann umfasst Diagnostik, familiäre, schulische und sozialrechtliche Beratung und Hilfestellung sowie die Begleitung der Patienten und ihrer Familien bis ins Erwachsenenalter. Neben der umfassenden Diagnosestellung (u. a. FAS-Symptomatik, Entwicklungsdiagnostik) gehört zu den Aufgaben der Ambulanz, eine gute Lebensperspektive für die Kinder und ihre Familien aufzuzeigen.

In Zusammenarbeit mit einer Einrichtung der Behindertenhilfe konnte ein Angebot des betreuten Wohnens und Arbeitens auf die Belange junger Erwachsener mit FAS ausgerichtet

werden. In der Ambulanz wird die breite Problematik des FAS und seiner Auswirkungen auf die betroffenen Kinder in wissenschaftlichen Studien untersucht. Dies gilt so auch für die Kinder opiatabhängiger Mütter, über deren Entwicklung bis ins Jugendalter noch zu wenig bekannt ist. Durch die Ambulanz wird intensive Aufklärungsarbeit zum Thema Alkohol und Schwangerschaft geleistet.

■ www.fetales-alkoholsyndrom.de

Berlin: Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder

Im März 2007 wurde die deutschlandweit erste Beratungsstelle für Kinder mit Fetalem Alkoholspektrum-Störungen im Berliner Bezirk Spandau eröffnet. Das Angebot richtet sich an Kinder, bei denen ein Verdacht auf eine vorgeburtliche Alkoholschädigung besteht, sowie an Pflegeeltern bzw. Betreuungspersonen. Die Psychologinnen der Beratungsstelle klären zunächst die Vorgeschichte ab und analysieren die individuelle Problematik. Wenn ein begründeter Verdacht auf FAS vorliegt, wird eine Diagnostik nach internationalen Standards (4-Digit Diagnostic Code nach Astley, University of Washington 2004) eingeleitet. Dabei werden u. a. verschiedene Testverfahren angewendet, um Hinweise auf Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems zu erhalten. Bestätigt sich der Verdacht auf FAS anhand der medizinischen und psychologischen Diagnostik, werden Pflegeeltern in der abschließenden Beratung dabei unterstützt, Fragen zu Therapie- und Fördermöglichkeiten, Beschulung und Unterbringung entsprechend den Bedürfnissen des Kindes bestmöglich zu lösen.

Seit Eröffnung der Beratungsstelle wurden mehr als 220 Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsene betreut. Pro Woche wurden durchschnittlich 13 Einzelberatungen – telefonisch, persönlich oder per E-Mail – durchgeführt. In diesen Zahlen sind die Betroffenen und Verdachtsfälle, die die medizinische Diagnostik in Anspruch nahmen, nicht berücksichtigt. Die Homepage wird mit durchschnittlich 600 Besuchern pro Monat häufig frequentiert. Im Rahmen verschiedener Fortbildungsveranstaltungen wurden Ärztinnen und Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sonder- und Sozialpädagogen, Hebammen und weitere Berufsgruppen für die Auswirkungen vorgeburtlicher Alkoholexposition sensibilisiert. Die Öffentlichkeitsarbeit erfuhr breite Resonanz. Die Beratungsstelle in Trägerschaft des Evangelischen Vereins Sonnenhof e.V. wird durch die Aktion Mensch gefördert. Die ärztliche Leitung obliegt Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr.

■ www.fasd-beratung.de

Hamburg: Netzwerk Schwangerschaft-Kind-Sucht

Früh Familien anzusprechen, in denen ein erhöhtes Suchtrisiko für die Kinder besteht, und entsprechend frühzeitig zu intervenieren und zu unterstützen, ist eine der Zielsetzungen des Hamburger Konzeptes zur Suchtprävention. Deshalb wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppen und der Institutionen, die in Hamburg suchtgefährdete und suchtkranke Schwangere beraten, betreuen oder behandeln, im Frühjahr 2008 eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Mehr als 70 Unterzeichnerinnen und Unterzeichner haben sich auf eine gemeinsame Haltung verständigt, mit der sie die Situation der betroffenen Frauen und der Kinder unterstützen und verbessern werden. Dazu gehört:

- Entwicklung einer Kultur des Hinschauens, des Wahrnehmens und des Ansprechens,
- Erkennen der Begrenztheit des eigenen professionellen Handelns und der Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen,
- Wertschätzung der betroffenen Frauen und Familien als Grundhaltung,
- Kindeswohl als Handlungsleitlinie.

Ziel ist es, den betroffenen Berufsgruppen Handlungssicherheit und Entlastung im Umgang mit Klientinnen und Klienten oder Patientinnen und Patienten zu bieten, die die Unterstützung unterschiedlicher Hilfesysteme in Anspruch nehmen können und dafür auch bei Bedarf motiviert werden sollen. Dafür wurden Standards für die einzelnen Zielgruppen sowie zur Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren entwickelt.

■ www.Lina-Net.de

2.3.2 Früherkennung und -intervention bei Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit

Der Entwicklungsprozess einer Alkoholabhängigkeit erstreckt sich über viele, manchmal mehr als zehn Jahre, vom riskanten Konsum alkoholischer Getränke über den schädlichen Konsum hin zu einer manifesten Abhängigkeit. Bis zur Behandlung vergehen in der Regel mehrere Jahre.

Bereits von 1994 bis 1996 finanzierte das BMG ein Modellprojekt, in dem die Früherkennung und Frühintervention in der medizinischen Basisversorgung erprobt wurde. Die Erfolge des Modellversuchs waren ermutigend. Die im Bereich einer Arztpraxis bzw. im Krankenhaus positiv auf übermäßigen Alkoholkonsum gescreenten Menschen nahmen die Beratungsgespräche an und veränderten zu einem großen Teil ihr problematisches Konsumverhalten.

Damit aus der frühen Erkennung eines problematischen Alkoholkonsums eine Frühintervention werden kann, bietet sich neben der Weiterleitung in das traditionelle Hilfesystem (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Fachkliniken) die Methode der Kurzintervention an. Diese kann mit schriftlichen Informationen, die in der Arztpraxis oder im Krankenhaus ausgehändigt werden, beginnen. Ein Feedback durch die Betreuungsperson ist notwendig. Sollte dies noch zu keiner Verhaltensänderung führen, so sind einmalige oder mehrfache Beratungen erforderlich.

Über die Methode der Kurzintervention gibt es eine Reihe von Studien, die belegen, dass durch kurze Intervention die Chancen für eine Trinkmengenreduktion um das 1,9-fache erhöht werden.

Wichtig ist es, die Motivation der Ärzte zur Früherkennung und Frühintervention zu erhöhen. Für den behandelnden Mediziner gibt es eine Reihe von Leitfäden. U. a. wurde ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ im Auftrag des BMG von der BZgA und der BÄK herausgegeben.



Vorgestellt:
Univ.-Prof. Dr. med.
Dr. h. c. mult. Manfred V. Singer,
Professor für Innere Medizin und
Direktor der II. Medizinischen
Universitätsklinik am Universi-
tätsklinikum Mannheim

„Als Lehrstuhlinhaber und Klinikdirektor habe ich einen der schönsten Jobs, den ich mir vorstellen kann.“ beschreibt Prof. Dr. Manfred V. Singer seinen vielfältigen beruflichen Alltag als Klinikdirektor, Lehrstuhlinhaber und Forscher. „Ich begegne täglich neuen Menschen in ihrer Vielfalt, versuche bei Patienten die wirklichen Krankheitsursachen herauszufinden, bin erfreut, wenn ich ihnen eine gute Nachricht übermitteln kann und versuche, schwerwiegende Diagnosen nie ohne Hoffnung zu vermitteln. In der Lehre begegne ich vielen jungen Studentinnen und Studenten, die wissbegierig sind und möglichst viel lernen wollen und in der Forschung kann ich immer wieder zu neuen Ufern aufbrechen. Diese alltägliche Freude und Wissbegierde motiviert mich immer wieder, Neues zu lernen und mein berufliches Umfeld zu gestalten – trotz aller Widrigkeiten.“

Prof. Dr. Singer ist ordentlicher Professor für Innere Medizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik (Gastroenterologie, Hepatologie und Infektionskrankheiten) am Universitätsklinikum Mannheim. Er hat die Forschung in der Pankreatologie und den alkoholassoziierten Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts über viele Jahre systematisch vorangetrieben und Großes für die Ausbildung von nachfolgenden Medizinergenerationen geleistet.

Prof. Dr. Singer war wie er sagt, durch „exzellentes wissenschaftliches und klinisches Training“ gut vorbereitet, als er 1990 seinen Lehrstuhl in Heidelberg übernahm. Er hatte zuvor nach seinem Studium in Mainz, Wien und Heidelberg als Forschungsstipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft fast drei Jahre an medizinischen Fakultäten in Marseille und Los Angeles geforscht. Innerhalb weniger Jahre gelang es ihm und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfolgreich, eine bis dahin nicht existierende Medizinische Klinik mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Hepatologie aufzubauen. Neben seinen wissenschaftlichen Veröffentlichungen erschien im letzten Jahr sein Buch über die

Kulturgeschichte des Alkohols (J. Rosta, M. V. Singer: „Über die Kunst des rechten Alkoholgenusses“).

Eines der Hauptforschungsgebiete seiner Klinik ist das Studium der Auswirkungen von Alkohol-(und Nikotin-)konsum auf die gastrointestinalen Organe und die daraus entstehenden Erkrankungen. „Unsere Forschungen ergaben zum Beispiel, dass reiner Alkohol (5–40 %v/v) und destillierte Getränke (z. B. Whiskey, Cognac) die Magensäuresekretion beim Menschen nicht stimulieren;“ so Prof. Dr. Singer, „die durch Gärung entstehenden Säuren in alkoholischen Getränken wie Bier und Wein dagegen sehr stark.“ Diese Erkenntnis ist ein wichtiger Ansatz für die weitere Erforschung der Zusammenhänge mit den alkoholbedingten Folgeerkrankungen des Magen-Darm-Trakts.

„Die Wirkung der sehr zahlreichen (zum Teil mehr als 1000 und 2000 Substanzen in Wein bzw. Bier) nicht-alkoholischen Inhaltsstoffe von alkoholischen Getränken auf die inneren Organe ist noch weitgehend unbekannt und bedarf weiterer Erforschung“, sagt Prof. Dr. Singer. „Deshalb träume ich davon, dass es mir noch gelingen wird, die Politik, die Universität Heidelberg und Sponsoren aus der Wirtschaft davon zu überzeugen, ein ‚Europäisches Institut zur Erforschung von Grundlagen und Folgen des Alkohol- und Nikotinkonsums‘ zu schaffen. Durch interdisziplinäre Anstrengungen kann es gelingen, die in Deutschland dringend notwendige Pionierarbeit auf diesem komplexen Gebiet zu leisten.“

Und der private Prof. Dr. Singer? Er hält sich fit durch Nordic Walking und andere sportliche Aktivitäten und liest sehr viel, zur Zeit besonders gerne Bücher über die Entstehung des Universums und die Theorie der Evolution.

Es überrascht nicht, dass sein Forscherdrang auch bei seinen Nachkommen durchgeschlagen ist: Sein Enkel Noah ist mit seinen sieben Jahren schon ein kleiner Forscher und Philosoph. Ihm muss der Großvater oft schon beim morgendlichen Erwachen Fragen beantworten wie: „Was war vor dem Urknall?“

- www.ma.uni-heidelberg.de/inst/med2
- www.stiftung-alkoholforschung.de

2.4 Angebotsreduzierung und gesetzliche Maßnahmen

2.4.1 Entwicklung und Prävention alkoholbedingter Verkehrsunfälle

2008 wurde der negative Trend der Unfallentwicklung des Jahres 2007 für alkoholbedingte Unfälle im Straßenverkehr gestoppt. Das am 1. August 2007 eingeführte Gesetz zur Einführung eines absoluten Alkoholverbots für Fahranfänger sowie für alle jungen Fahrer vor Vollendung ihres 21. Lebensjahres zeigt erste Auswirkungen. Nach Angaben der Bundesanstalt für Straßenwesen ist bei Unfällen mit Personenschaden, bei denen ein Unfallbeteiligter unter Alkoholeinfluss stand (Alkoholunfälle), mit einem Rückgang um mehr als 1.000 Unfälle auf weniger als 20.000 Alkoholunfälle zu rechnen (2007: 20.787). Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat e.V. erhofft sich durch vielfältige Präventionsmaßnahmen und veränderte rechtliche Konsequenzen, wie die höheren Bußgelder bei Drogen und Alkoholverstößen seit 1. Februar 2009, einen weiteren Rückgang der Unfallzahlen für alkoholbedingte Verkehrsunfälle.

Sachsen-Anhalt: Peer-Projekt für Fahrschulen

Im Jahr 2000 wurde in Sachsen-Anhalt mit einem Schnittstellenprojekt zur Suchtprävention und Verkehrssicherheitsarbeit erstmals der Ansatz der Schulung von Jugendlichen untereinander und füreinander (Peer Education) angewendet, um junge Menschen gezielt über die Gefahren des Alkohol- und Drogenkonsums in Verbindung mit motorisierter Teilnahme am Straßenverkehr aufzuklären. Beim Peer-Projekt an Fahrschulen sprechen junge Fahranfänger/innen in Fahrschulen mit Fahrschüler/innen über Alkohol- und Drogenkonsum. So erfolgen vor dem Erhalt der Fahrerlaubnis eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und eine Vorbereitung auf Situationen, in denen Suchtmittelkonsum und Fahren zusammentreffen können. Beispielsweise werden Diskounfälle und die Unfallhäufigkeit junger Fahrer/innen von den Peers dargestellt. Im gemeinsamen Gespräch werden Erlebnisse als Mitfahrer oder Konfliktsituationen ausgetauscht. Ziel ist, persönliche Strategien zur Verhinderung von Rauschfahrten und Regeln zum Umgang mit Alkohol und Drogen zu erarbeiten. Mit Unterstützung der BZgA wurde das Konzept in weitere Bundesländer übertragen. Seit 2006 steht das Prä-

ventionsprojekt mit dem Titel „Peer-Drive Clean!“ Modell für den Aufbau von Peer-Projekten zur Gefahrenaufklärung unter jungen Menschen in Europa.

■ www.peer-projekt.de

2.4.2 Fachtagung „Alkoholwerbung – Wirkung und (Selbst-)Kontrolle“

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung veranstaltete am 25. September 2008 die Fachtagung „Alkoholwerbung – Wirkung und (Selbst-)Kontrolle“ in Berlin. Ziel war es, sich über den Einfluss von Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche sowie eine Optimierung der Selbstkontrolle bzw. andere Formen der Regulierung von Alkoholwerbung auszutauschen.

Hintergrund der Diskussion waren die empfohlenen Maßnahmen zur Einschränkung der Alkoholwerbung des Drogen- und Suchtrats, der am 9. Juni 2008 „Empfehlungen für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention“ vorgelegt hatte. Der Drogen- und Suchtrat hat diese Empfehlungen einstimmig verabschiedet. Sie wurden von den Verbänden der Drogen- und Suchtprävention begrüßt, aber von den Wirtschaftsverbänden kritisiert. Umstritten waren insbesondere die Empfehlungen zur Regulierung der Alkoholwerbung.

Während der Fachtagung wurde von internationalen Wissenschaftlern und Praktikern sowie den Experten der Verbände diskutiert,

- welchen Einfluss Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche hat,
- wie der Stand der wissenschaftlichen Forschung hinsichtlich der Ergebnisse von Längsschnittstudien zu bewerten ist,
- welche Erfahrungen in europäischen Staaten mit unterschiedlichen Formen der Selbst- und Ko-Regulierung von Alkoholwerbung vorliegen.

Die Präsentationen der wissenschaftlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen in Neuseeland, USA, Großbritannien, Spanien, Frankreich und Irland zeigten, dass

Alkoholwerbung Einfluss auf Kinder und Jugendliche haben und zum frühzeitigen Alkoholkonsum verführen kann. Auch wenn Familien und Schulen durch Erziehung und Prävention einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung des Alkoholmissbrauchs leisten können, dürfen nach Meinung der internationalen Wissenschaftler, die auf der Fachtagung ihre Studienergebnisse vorstellten, die Wirkung und der Einfluss von Alkoholwerbung nicht unterschätzt werden. Das gelte vor allem für die Fernsehwerbung. Eine funktionierende und effiziente Selbstkontrolle sei notwendig. Die Selbstkontrolle im Bereich der Alkoholwerbung ohne staatliche Aufsicht – wie durch den Deutschen Werberat in Deutschland praktiziert – wurde von den nationalen und internationalen Wissenschaftlern der Fachtagung als unzureichend kritisiert.

3 Medikamente

3.1 Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

In Deutschland sind schätzungsweise 1,4–1,9 Mio. Menschen medikamentenabhängig, davon 70 % Frauen. Anders als bei der Drogen- oder Alkoholsucht verläuft die Abhängigkeit von Medikamenten unauffällig, diskret und im Alltag kaum wahrnehmbar. Sie wird daher auch als „stille Sucht“ bezeichnet. Der Abhängigkeit von Medikamenten liegt ein komplexes, individuelle wie soziale Faktoren umfassendes Ursachengeflecht zugrunde. Es bedarf der gemeinsamen Anstrengung von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie der Patientinnen und Patienten, um der Medikamentenabhängigkeit entgegenzuwirken.

Der Übergang zwischen Gebrauch und Missbrauch ist oft fließend und deshalb besonders schwer zu erkennen. 5–6 % der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential. Alle psychotropen Arzneimittel wie Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulanzien sind rezeptpflichtig. Nach Studien werden rund ein Drittel dieser Mittel nicht wegen akuter Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet.

Benzodiazepine sind die Medikamentengruppe, deren Konsumenten die größte Zahl der Medikamentenabhängigen stellt. Der Rückgang der Verordnungshäufigkeit bei Benzodiazepinen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den vergangenen Jahren (seit 1995 auf knapp ein Drittel) wird jedoch durch die zunehmenden Verordnungen von so genannten Z-Drugs wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon sowie zunehmenden Privatrezepten weitestgehend kompensiert. Es ist daher vermutlich nur von einer Halbierung der Verordnungszahlen auszugehen.

DAK: Doping am Arbeitsplatz

Das Risiko des unsachgemäßen Medikamentenkonsums wird häufig unterschätzt. Mehr als zwei Millionen Menschen in Deutschland greifen zu Medikamenten im Beruf, um die Leistung zu steigern oder zu erhalten. Diese Hochrechnung ergab im Februar 2009 eine repräsentative Bevölkerungsumfrage unter 3.000 Arbeitnehmern zu ihrem Umgang mit Stressbelastungen im Auftrag der DAK. Die betreffenden Medikamente werden auch in Bereichen eingesetzt, für die sie nicht zugelassen sind. Zwei von zehn Befragten meinten, dass die Risiken dieser Arzneimittel im Vergleich zum Nutzen vertretbar sind.

Vor allem Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit einem Missbrauchspotenzial verordnet und gebrauchen diese auch häufiger. Für die besondere Betroffenheit von Frauen kommen unterschiedliche Gründe in Betracht: Frauen leiden häufiger unter den „Grundkrankheiten“ Depressionen, Angststörungen und chronischen Schmerzen. Bei bestehenden psychischen Belastungen haben Frauen eine höhere Präferenz für Medikamenteneinnahme, Männer hingegen eine höhere Neigung zum Alkoholkonsum. Dieser Unterschied lässt sich vor allem durch die gesellschaftlich vermittelten Geschlechterrollen erklären. Auch Appetitzügler werden häufiger von Frauen eingenommen. Sie enthalten aufputschende Wirkstoffe (Amphetamine oder deren Derivate), die zu einer Abhängigkeit führen können. Frauen gehen generell häufiger zum Arzt und konsumieren insgesamt mehr Medikamente. Frauen sind häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs. Sexueller Missbrauch ist ein besonderer Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

Die sichere Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit ist im Einzelfall schwierig. Gerade bei älteren Menschen lässt sich die Grenze von risikoreichem Konsum zur nachweisbaren Abhängigkeit u. a. aufgrund altersbedingter Veränderungen des Stoffwechsels nicht eindeutig festlegen. Auswertungen von Langzeitverordnungen geben einen Hinweis darauf, dass Verordnungen in dieser Altersgruppe besonders hoch sind. Bis zu 8 % der über 70-jährigen Frauen erhalten

eine Langzeitmedikation von Benzodiazepinen. Im aktuellen Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde in der Gruppe der Teilnehmer im Alter von 60 bis 79 Jahren bei 20,1 % ein Konsum von psychotropen Medikamenten festgestellt. Um differenziertere Daten zu erhalten, wurde eine Studie am RKI speziell zum Konsum von psychotropen Medikamenten und Alkohol (Use of Psychotropic Drugs and Alcohol among Non-Institutionalized Elderly Adults in Germany) durchgeführt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die kombinierte Nutzung von psychotropen Medikamenten und Alkohol eine in Deutschland quantitativ bedeutsame Risikogruppe betrifft.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit bei älteren Menschen sind neben früherer Suchterfahrung, langer Behandlungsdauer und Dosissteigerung auch psychosoziale Belastungen wie Einsamkeit nach Partnerverlust, Einschränkungen sozialer Beziehungen/Aktivitäten durch Multimorbidität, Belastung durch Pflege des Partners, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen. Mit neuen Wohnformen und dem Modellprogramm Mehrgenerationenhäuser fördert die Bundesregierung Strukturen, die Kommunikation und soziale Teilhabe begünstigen und somit Risikofaktoren entgegenwirken.

Der im November 2007 vorgestellte Aktionsplan des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland sieht Maßnahmen und ein Forschungsprojekt vor, mit dem der Stand der AMTS in Alten- und Pflegeheimen ermittelt, die Entwicklung von Interventionsstrategien abgeleitet und deren Umsetzung in einem Modellprojekt erprobt werden soll.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Anders als bei alkoholbezogenen Störungen ist davon auszugehen, dass psychische Störungen dem Medikamentenmissbrauch häufiger vorausgehen, als sie sich in Folge des Substanzmissbrauchs entwickeln.



Vorgestellt:
Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske,
Professor an der Fakultät
„Human-/Gesundheitswissen-
schaften“ an der Universität
Bremen und im Zentrum für
Sozialpolitik (ZeS)

„Mit brennender Geduld – und immer weiter!“, so beschreibt Prof. Dr. Gerd Glaeske die Motivation für seine Forschungsarbeit. Prof. Dr. Glaeske ist Hochschullehrer an der Fakultät „Human-/Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bremen und im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). Er leitet dort zusammen mit einem Kollegen die Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt Arzneimittelanwendungsforschung.

Sein Interesse gilt schon seit langer Zeit vor allem der Qualität und der Evidenz in der Arzneimittelversorgung. „Ich möchte einen Beitrag dazu leisten, dass die ‚richtigen‘ Arzneimittel auch ‚richtig‘ eingesetzt werden“, so Prof. Dr. Glaeske. „Bereits 1981–1987 führte ich am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) eine Arzneimittelbewertungsstudie durch und stellte hier auffällige Fehlentwicklungen fest. Daher war ich ausgesprochen neugierig darauf, kennen zu lernen, warum denn Ärztinnen und Ärzte solche Arzneimittel einsetzen, die Patientinnen und Patienten eher schaden als nutzen.“

Als besonders einschneidendes Beispiel nennt Prof. Glaeske die Information zum Abhängigkeitsrisiko bei den benzodiazepinhaltigen Arzneimitteln: „Bereits Anfang der 60er Jahre kamen benzodiazepinhaltige Medikamente auf den Markt, bereits damals hatte die Herstellerfirma Erkenntnisse über Entzugssymptome nach dem Absetzen der Mittel, ein wichtiger Hinweis für ein mögliches Abhängigkeitspotenzial. Aber erst 1984, also fast ein Viertel Jahrhundert später wurde die Suchtgefahr in der deutschen ROTEN LISTE zum ersten Mal erwähnt! Dieses Informationsdefizit kann nur dadurch erklärt werden, dass die Herstellerfirma Umsatzeinbrüche vermeiden wollte. Unter den Folgen leiden heute noch viele ältere Menschen, vor allem Frauen, denen in den 70er und 80er Jahren solche Tranquilizer mit ‚leichter Hand‘ verschrieben wurden.“

Prof. Dr. Glaeskes Ziel ist es seither, der industrieabhängigen Information und dem allgegenwärtigen Marketing der Pharmaindustrie eine unabhängige „Gegenöffentlichkeit“ gegenüber zu stellen: „Gesundheit ist ohne Bildung nicht erreichbar.“ Zu diesem Zweck veröffentlichte er Informationen für Fachleute und Laien, den „Arzneimittel-Index“, die „Bitteren Pillen“, das Buch „Nebenwirkung Sucht“ oder die Medikamentenhandbücher der Stiftung Warentest. Außerdem engagiert er sich stark in der Lehre, im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), in wissenschaftlichen Beiräten wie z. B. dem der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder in Kommissionen wie dem Betäubungsmittelausschuss beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Wie bewältigt jemand wie Prof. Dr. Glaeske diese fordernden und mit viel Reisetätigkeit verbundene Aufgaben? „Ich empfinde meinen Alltag nicht als Stress“, sagt er über sich, „sondern als Privileg – ich lebe in einer Mischung aus erfahrbarer Lust und selbst gesetzter Pflicht! Ich kann schnell ‚abschalten‘ bei Musik, egal ob klassisch, Pop, Rock oder Jazz oder auch bei meinen vielen Bahnreisen und beim Wandern. Die Veränderung der Perspektive hilft mir sehr, Kopf und Psyche frei zu bekommen. Ich habe gelernt, was mir gut tut – das erscheint mir als wichtige Voraussetzung für die richtige Bewältigung.“

Für die Zukunft wünscht sich Prof. Dr. Glaeske verbesserte Gesundheitschancen für Menschen mit niedrigem sozialem Status und eine bessere Lobby für Krankenversicherte und Patienten: „Ich hoffe, dass die bisherige und noch kommende Arbeit dem Ziel näher kommt, unser Gesundheitssystem stärker patientenorientiert zu gestalten – sowohl in der Qualität, in der unabhängigen Information und in der Beteiligung. Wenn ich zur Demokratisierung unserer Gesundheitssysteme einen Beitrag leisten kann, wäre ich sehr zufrieden mit meiner Arbeit.“

■ gglaeske@zes.uni-bremen.de

3.2 Studie „Motivierende Intervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“

Aus anderen Verhaltensbereichen wie dem Rauchen ist bekannt, dass eine Krankenhausaufnahme ein Ereignis ist, aufgrund dessen die Betroffenen besonders gut für eine Verhaltensänderung zu motivieren sind. Im Rahmen der vom BMG geförderten Studie „Motivierende

Intervention bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“ (MIMIK) von November 2005 bis Ende 2008 wurde die Wirksamkeit einer proaktiven Intervention auf Basis der Motivierenden Gesprächsführung bei Medikamentenabhängigen mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesigns überprüft. Die Patientinnen und Patienten erhielten im Anschluss an die Diagnostik im Krankenhaus ein Beratungsgespräch. Nach vier Wochen erfolgte eine zweite telefonische Beratung. Ergänzend wurde ein personalisiertes Feedback erstellt und ca. vier Wochen später zugesandt. Es folgten Befragungen per Telefon drei Monate und zwölf Monate nach der ersten Intervention.

Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der Kurzintervention im Allgemeinkrankenhaus bei Patientinnen und Patienten, die keine Behandlung wegen Medikamentenabhängigkeit suchten: Nach drei Monaten wurden Interventionseffekte in Bezug auf eine Reduktion der konsumierten Menge an abhängigkeitsinduzierenden Medikamenten um mindestens 25 % gefunden. Die Effekte waren für Sedativa/Hypnotika- und Opioid-Konsumenten signifikant. Bei Kontrolle von Unterschieden zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zeigte sich auch eine signifikant höhere Rate von abstinenten Patienten nach der Intervention. Nach zwölf Monaten war für die Sedativa/Hypnotika-Konsumenten der Effekt der Intervention hinsichtlich einer mindestens 25-prozentigen Reduktion weiterhin nachweisbar, jedoch nicht für die Opioid-Konsumenten. Hinsichtlich der Abstinenz war kein Effekt bei einer der beiden Gruppen nachweisbar.

Die Ergebnisse legen die Implementierung von Interventionen im Allgemeinkrankenhaus nahe. Eine telefonische Nachbetreuung könnte helfen, die Interventionseffekte deutlicher zu stabilisieren. Weiterhin scheint eine Intensivierung der Intervention insbesondere bei älteren Patienten und Langzeitkonsumenten (mehr als zehn Jahre) notwendig, wie sich aus differenziellen Analysen ergab.

3.3 Projekt PHAR-MON

Das vom BMG geförderte und vom IFT in München durchgeführte Projekt PHAR-MON ist ein europaweit einmaliges Monitoring-System, das deutschlandweit den missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Arzneimitteln unter Klientinnen und Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen erfasst. Das Projekt beobachtet vor allem den missbräuchlichen Arzneimittelkonsum von Klienten mit Alkohol- oder drogenbezogenen Störungen, da diese Personengruppe Arzneimittel überdurchschnittlich häufig als Stimmungsmodulatoren, Ersatz für Alkohol oder Drogen, zur Beeinflussung der Wirkung anderer Substanzen (z. B. verstärkte Beruhigung) oder auch zur Behandlung psychischer und körperlicher Folgen des Substanzkonsums (wie Entzugserscheinungen) verwendet. Das IFT arbeitet in PHAR-MON mit 35 Suchtberatungsstellen zusammen, die Klienten mit Suchtproblemen behandeln und umfangreiche zusätzliche Daten zum Medikamentenkonsum erheben. Die Eigenschaften des missbräuchlichen Konsums (z. B. missbrauchte Medikamente, Konsummenge, Häufigkeit des Konsums, Bezug der Medikamente, Einnahmeart, Grund der Einnahme) werden regelmäßig und systematisch untersucht. Bei der Bewertung der Ergebnisse und Trends arbeitet das IFT eng mit Expertinnen und Experten aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zusammen. Jüngste Ergebnisse aus PHAR-MON zeigen, dass unter den Klienten mit einer primären Alkoholproblematik vor allem Antidepressiva, Tranquillantien und Hypnotika missbräuchlich oder abhängig konsumiert werden. Unter den Klienten der Hauptdiagnosegruppe Opiode zeigt sich eine stärkere Zentrierung auf wenige Substanzen; Substitutionsmittel und Tranquillizer decken in dieser Hauptdiagnosegruppe mehr als drei Viertel aller Fälle ab. Tranquillantien und Hypnotika belegen die obersten Ränge innerhalb der Klienten mit einer Problematik aufgrund des Konsums von Sedativa und/oder Hypnotika, da diese Substanzgruppen auch die Grundlage der behandlungsleitenden Diagnosen darstellen.

3.4 Evaluation des Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“

Eine sorgfältige Diagnostik und Beratung sind wichtig, um das Problem der Medikamentenabhängigkeit frühzeitig zu erkennen und passend zu reagieren. Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern kommt hier eine besondere Verantwortung zu. Sie kontrollieren den Zugang zu den Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Durch ihre Schlüsselrolle verfügen sie über wirksame Interventionsmöglichkeiten. So können sie ihre Akzeptanz bei Patienten nutzen, um diese direkt auf eine mögliche Medikamentenabhängigkeit anzusprechen und Hilfsangebote zum Ausstieg aus der Sucht anzubieten.

Die Bundesärztekammer hat 2007 zusammen mit einer Expertengruppe aus ambulant und klinisch tätigen Ärzten, Pharmakologen, Fachleuten des Suchthilfesystems und Vertretern von Patienten-Organisationen einen Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erstellt. Der Leitfaden informiert nicht nur Sucht-, sondern auch Allgemeinmediziner über problematische Arzneimittelgruppen und soll zu einer frühen Erkennung von Patienten mit einer Abhängigkeitsgefährdung beitragen sowie Hilfestellungen für ihre Behandlung leisten. Außerdem bietet er praktische Hilfen zur Kontrolle des ärztlichen Verschreibensverhaltens und informiert schließlich über weiterführende Hilfsangebote für betroffene Patienten.

In einer vom BMG finanzierten Evaluationsstudie wird seit Herbst 2008 am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald untersucht, wie der Leitfaden von der Ärzteschaft genutzt wird. Die 18-monatige Evaluation erfolgt in zwei Teilschritten:

- In einer ersten Teilstudie soll die Nutzung des Leitfadens bei Ärztinnen und Ärzten untersucht werden, die eine Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ absolviert haben.
- Die zweite Studie soll die Anwendung des Leitfadens unter 1.200 zufällig bestimmten Hausärzten

in Deutschland ermitteln, die randomisiert einer Interventions- und einer Kontrollgruppe zugewiesen werden. Die Interventionsgruppe wird den Leitfaden erhalten, die Kontrollgruppe nicht.

Bei den Suchtmedizinerinnen und den Hausärzten der Interventionsgruppe soll ermittelt werden, welche Personen- und Praxismerkmale eine häufige Nutzung des Leitfadens mitbestimmen, bei der Befragung der Kontrollgruppe hingegen, welche Formen der Information und Unterstützung die Ärzte bei der Erkennung und Behandlung der Medikamentenabhängigkeit als hilfreich ansehen und welche Anforderungen sie an Form und Inhalt eines Leitfadens stellen würden.

■ www.bundesaerztekammer.de

3.5 Leitfaden gegen Medikamentenmissbrauch für Apotheken

Die Bundesapothekerkammer hat den Leitfaden „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“ erstellt. Er wurde am 18. Juni 2008 im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums der Öffentlichkeit vorgestellt.

Angesichts der breiten Palette von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Nahrungsergänzungsmitteln und des vorhandenen Gefährdungs- und Missbrauchspotenzials ist die individuelle Beratung und Aufklärung von Patienten durch qualifiziertes pharmazeutisches Personal in der Apotheke wichtig. Zudem sind medizinischen Laien die Risiken oft nicht oder nicht hinreichend bekannt oder werden nicht ernst genommen. Da täglich mehr als vier Millionen Menschen öffentliche Apotheken aufsuchen, können die Apothekerinnen und Apotheker vor Ort einen Beitrag bei der Suchtprävention und Bewältigung des Problems Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit leisten.

Der 48-seitige Leitfaden soll Apothekerinnen und Apothekern sowie dem gesamten pharmazeutischen Personal in den Apotheken praktische Hilfestellung bei der Früherkennung und Differenzierung zwischen schädlichem Arzneimittelgebrauch und Arzneimittel-

missbrauch geben. Er stellt die wichtigsten Gruppen von Arzneimitteln mit bekanntem und relevantem Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial vor. Der Leitfaden geht auch auf die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und berufsrechtlichen Pflichten der Apotheker ein, die im Hinblick auf die Abhängigkeitsproblematik beachtet und eingehalten werden müssen. Darüber hinaus werden der Apotheke als Anlaufstelle für Menschen mit Arzneimittelmisbrauchs- und Suchtproblemen Adressen, weiterführende Informationsquellen sowie Empfehlungen im Umgang mit Suchtkranken oder Patienten mit einer Abhängigkeitsgefährdung zur Verfügung gestellt.

■ www.abda.de/659.html

3.6 Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport

3.6.1 Gesetzliche Regelungen, nationale und internationale Regelwerke

Die Rahmenbedingungen zur Bekämpfung des Dopings im Sport wurden in den vergangenen Jahren national und international verbessert. In Deutschland ist 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport (BGBl I S. 2510) sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnung (BGBl I S. 2607) in Kraft getreten. Schwerpunkt des Gesetzes ist die Bekämpfung krimineller Strukturen, die vielfach international vernetzt über die Grenzen der Bundesrepublik Deutschland operieren.

Eine Konzentrierung der Ermittlungsverfahren gegen den international organisierten Handel wurde dem Bundeskriminalamt (BKA) übertragen. Strafverschärfungen für banden- und gewerbsmäßige Dopingstraftaten nach dem Arzneimittelgesetz sowie ein Besitzverbot für besonders gefährliche Dopingmittel, z. B. Anabolika und bestimmte Hormone (Erythropoietin, Wachstumshormone) sind aufgenommen worden. Bestraft wird, wer die im Gesetz genannten Dopingmittel in nicht geringen Mengen besitzt. Die Bundesregierung wird im Jahr 2012 einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorlegen.

Die Bundesregierung hat im Jahr 2008 mit zahlreichen Maßnahmen zur Bekämpfung des Dopings die Organisationen des Sports unterstützt und sowohl im Bundesministerium des Innern (BMI) als auch im BKA eigene Arbeitseinheiten zur Dopingbekämpfung bzw. zum illegalen Arzneimittelhandel eingerichtet.

Bereits Ende 2007 verabschiedete die World Anti Doping Agency (WADA) eine überarbeitete Fassung des WADA-Codes als weltweit gültiges Regelwerk zur Dopingbekämpfung, der am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Für die Umsetzung des WADA-Codes in Deutschland ist von der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) ein eigenes Regelwerk, der NADA-Code, entsprechend neu gefasst und im Oktober 2008 endgültig fertig gestellt worden. Bei der Umsetzung des NADA-Codes (NADC) in die verbandsinternen Regelwerke wurden die Bundessportfachverbände unterstützt.

Um die Umsetzung des NADC sowie eine aktive Dopingbekämpfung der Sportverbände sicherzustellen, verwendet das BMI seit 2008 in allen Bewilligungsbescheiden der Verbands- und Stützpunktförderung aktualisierte Anti-Doping-Klauseln und bindet Förderungen des Bundes an deren Umsetzung. Die Bundessportfachverbände wurden dazu verpflichtet, jährlich (erstmalig 2008) einen Anti-Doping-Bericht vorzulegen, in dem sie ihre Fortschritte zur Dopingbekämpfung in einem standardisierten Verfahren berichten. Dieses Verfahren wird in enger Zusammenarbeit mit der NADA und dem Bundesverwaltungsamt durchgeführt.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung das Dopingkontrollsystem gestärkt, das von der NADA in Zusammenarbeit mit den Doping-Kontrolllaboren organisiert wird. Hierzu hat das BMI im Jahr 2008 der NADA Finanzmittel in Höhe von 2,3 Mio. Euro und den Kontrolllaboren in Höhe von 1,6 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, das ist mehr als das Dreifache der Vorjahreszahlungen. Diese Mittel sind notwendig, um die personelle und finanzielle Ausstattung der NADA nachhaltig zu verbessern. Die NADA wird so in die Lage versetzt, ihre Aufgaben zu erfüllen. Bereits 2008 konnte sie mit mehr als 8.000 Trainings-Kontrollen fast doppelt so viele Kontrollen durchführen wie im Vorjahr.

Zur Vereinheitlichung und Beschleunigung der Verfahren in Dopingstreitigkeiten wurde im Auftrag der NADA bei der Deutschen Institution für Schiedsgerichtsbarkeit in Köln das Deutsche Sportschiedsgericht eingerichtet, das seine Tätigkeit im Januar 2008 aufgenommen hat.

Die für die Dopingbekämpfung unerlässliche Präventionsarbeit soll künftig koordinierter durchgeführt werden. Bund und Länder haben zu diesem Zweck in 2008 eine Studie durch die TU München erstellen lassen, die den „Ist-Stand“ der Präventionsmaßnahmen aller Partner erfasst. Auf dieser Basis soll eine gemeinsame Planung von erforderlichen Maßnahmen des Bundes und der Länder, aber auch der NADA, des Deutschen Olympischen Sportbundes, der Deutschen Sportjugend und anderer Partner entwickelt werden. Eine wirksame Dopingpräventionsarbeit in Deutschland hängt entscheidend von der abgestimmten Zusammenarbeit aller Beteiligten ab, was durch eine verbesserte Netzwerkbildung und Kooperation erreicht werden kann.

Die Dopingbekämpfung hat sich auch international weiter gefestigt. In Deutschland ist am 1. Mai 2008 das Zusatzprotokoll zum Übereinkommen des Europarats gegen Doping in Kraft getreten. Hierdurch soll die Wirksamkeit der Dopingkontrollen u. a. durch eine gegenseitige Anerkennung der Ergebnisse erhöht werden. Mit diesem Instrument ist ein international rechtlich verbindlicher Regelungsbereich zur Dopingbekämpfung auch für Deutschland wirksam geworden.

3.6.2 Medikamentenmissbrauch im Freizeit- und Breitensport

Die Einnahme leistungssteigernder Mittel ist nicht nur im Profisport, sondern ebenso im Breiten- und Freizeitsport verbreitet. Die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, lud am 25. November 2008 in Berlin zur öffentlichen Diskussionsveranstaltung „Muskeln auf Pump – Medikamentenmissbrauch im Freizeit- und Breitensport“ ein. Experten aus dem Profi- und Freizeitsport diskutierten über den Anabolikamissbrauch in Fitnessstudios und in Jugendfreizeitzentren. Trotz präventiver Anstrengungen beispielsweise der BZgA

oder verschiedener Sportverbände sind die Beteiligten über die mit diesem Medikamentenmissbrauch einhergehenden Gesundheitsgefährdungen nicht immer ausreichend informiert. Zudem liegen aussagekräftige Angaben zum Ausmaß des Medikamentenmissbrauchs im Freizeit- und Breitensport bisher lediglich für den Bereich der kommerziell betriebenen Fitnessstudios vor. Noch in der ersten Jahreshälfte 2009 soll deshalb eine breit angelegte repräsentative Untersuchung beginnen, die die Verbreitung des Medikamentenmissbrauchs im Freizeit- und Breitensport insgesamt erforschen wird.

4 Cannabis

4.1 Situation in Deutschland

Nach dem Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist Cannabis nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge.

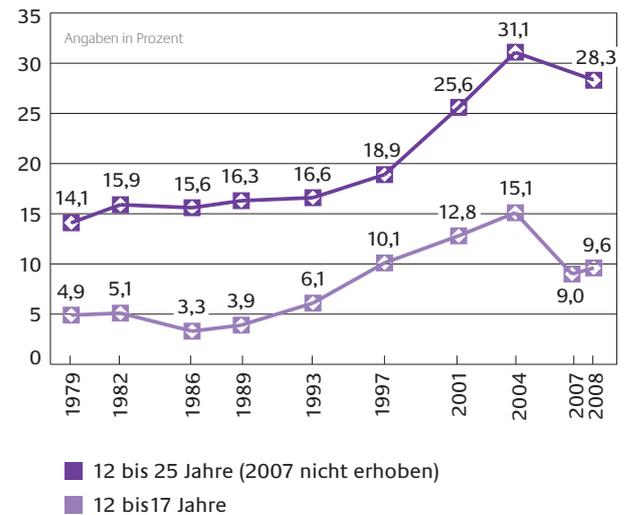
Der aktuell vorliegende Epidemiologische Suchtsurvey von 2006 geht davon aus, dass in Deutschland insgesamt etwa 600.000 Personen zwischen 18 und 64 Jahren Cannabis entweder missbrauchen (380.000) oder von Cannabis abhängig sind (220.000). Für den Missbrauch bzw. für die Abhängigkeit gelten dabei die international gebräuchlichen Definitionen des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Der Vergleich zu den Zahlen von 2003 zeigt, dass dagegen die Lebenszeitprävalenz und die 12-Monatsprävalenzraten in allen Altersgruppen (zum Teil stark) rückläufig sind.

4.1.1 Cannabiskonsum von Jugendlichen

Zur Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums liegen seit 1979 Daten für Jugendliche und junge Erwachsene ab einem Alter von 12 Jahren vor. Mit der Lebenszeitprävalenz wird der Anteil der Jugendlichen beschrieben, der mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat.

Von 1979 bis 2004 stieg der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, deutlich an. Diese Entwicklung zeigte sich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zwischen 2004 und 2008 geht die Lebenszeitprävalenz in dieser Altersgruppe zurück. Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, die Quote von Cannabiskonsumenten in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis 2008 auf unter 28 % zu senken, wurde mit 28,3 % fast erreicht (Abb. 8).

Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums

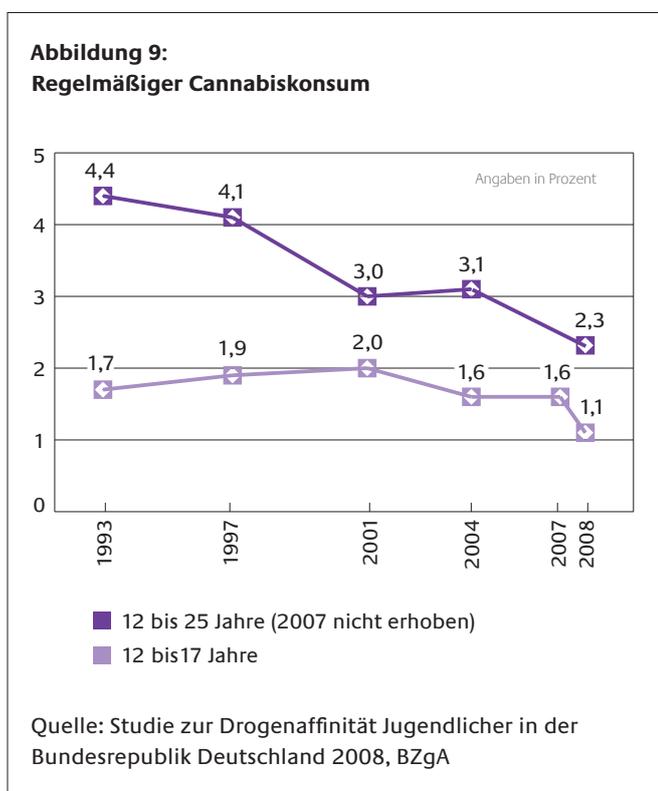


Quelle: Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, BZgA

Während die Lebenszeitprävalenz anzeigt, ob überhaupt schon einmal Cannabis konsumiert wurde, ist der regelmäßige Cannabiskonsum ein Indikator für ein Konsumverhalten, das enger mit einem Risiko für die Entwicklung cannabis-bezogener Probleme verknüpft ist. Als regelmäßiger Cannabiskonsum wird in der BZgA-Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland ein Konsum von mehr als zehnmal im letzten Jahr bezeichnet.

- Der regelmäßige Konsum von Cannabis ist in der Gruppe der 12- bis 25-Jährigen rückläufig. Diese Entwicklung lässt sich bei den männlichen und bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachten.
- In der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen ist der Anteil regelmäßiger Konsumenten seit 2001 leicht gesunken. Dies gilt sowohl für männliche als auch für weibliche Jugendliche.

Das Ziel des Drogen- und Suchtrates, den Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2008 auf unter 3 % zu senken, ist mit 2,3 % erreicht worden (Abb. 9).



4.1.2 Daten der Ermittlungsbehörden (siehe auch Ziffer B 5.1.2)

Bei den Cannabisprodukten stiegen im Jahr 2008 sowohl die Fallzahl (+10 %) als auch die Gesamtsicherstellungsmenge (+122 %) von Zoll sowie Polizeivollzugsbehörden des Bundes und der Länder an.

Bei Haschisch stieg die Zahl der Sicherstellungen auf 10.313 Fälle (+6 %), vor allem aber die beschlagnahmte Menge infolge einer Einzelsicherstellung von rund 4.000 kg auf insgesamt 7.632 kg (+108 %). Auch bei Marihuana stiegen die Zahl der Sicherstellungsfälle auf 24.594 (+13 %) und, weitaus deutlicher, die beschlagnahmte Menge auf 8.932 kg (+137 %). Die hohe Stei-

gerung ist auf eine Einzelsicherstellung von 5.470 kg zurückzuführen.

Wie in den Vorjahren waren die Niederlande der mit Abstand bedeutendste Herkunfts- bzw. Transitstaat von Cannabisprodukten für Deutschland. Mitunter gelangten größere Mengen Haschisch aber auch über Belgien und Frankreich nach Deutschland. Zudem wurde Marihuana in meist kleineren Mengen, aber hoher Frequenz, aus Österreich und der Schweiz nach Deutschland geschmuggelt. Im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Cannabisprodukten traten weit überwiegend deutsche, gefolgt von türkischen Staatsangehörigen in Erscheinung.

Im Jahr 2008 wurde wie im Vorjahr ein verstärkter Anbau von Cannabis auf Außenflächen und in Gebäuden festgestellt. Es wurden zwei Outdoor-Profiplantagen, 15 Outdoor-Großplantagen und 85 Outdoor-Kleinplantagen sichergestellt. Ferner wurden 18 Indoor-Profianlagen, 112 Indoor-Großplantagen und 285 Indoor-Kleinplantagen aufgefunden. Die meisten Außenanlagen wurden in Bayern (28 %) registriert, die meisten Indoor-Plantagen in Nordrhein-Westfalen (19 %), Niedersachsen (14 %) und Bayern (12 %).

4.2 Beratung und Behandlung

4.2.1 Jahrestagung „Bewährtes übertragen – Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“

Am 27. Oktober 2008 fand in Berlin die vom BMG geförderte Jahrestagung der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) mit dem Titel „Bewährtes übertragen – Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“ statt. Ziel war es, nach der Vorstellung von Modellprojekten dem Aspekt des Transfers dieser Programme in die Praxis größeres Gewicht zu verleihen. Die Überführung einzelner Projekte in Angebote der regulären Versorgung stellt Einrichtungen und ihre Mitarbeiter, aber auch die Entwickler der Programme immer wieder vor Herausforderungen, die zum Teil bereits bei der Entwicklung der Modellvorhaben berücksichtigt werden können. Der Transfer in

die Versorgung wurde aus verschiedenen Perspektiven dargestellt. Zum einen wurden Ansätze präsentiert, bei denen konkrete Projekte nach Auslaufen eines Modellvorhabens in einem weiteren Schritt in zahlreichen Einrichtungen umgesetzt wurden. Zum anderen wurden regionale Ansätze vorgestellt, bei denen die Vernetzung der Versorgungsangebote durch verschiedene Anbieter auf regionaler oder kommunaler Ebene zu einem umfassenden regionalen Gesamtangebot geführt hat. Die Beiträge der Tagung sind im Internet verfügbar und werden voraussichtlich im Frühsommer 2009 als Zusammenfassung publiziert.

■ www.dbdd.de

4.2.2 Projekt „AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs“

Das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) und der LWL-Koordinationsstelle Sucht „AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs“ erleichtert die Arbeit mit und den Zugang zu jugendlichen Cannabiskonsumenten/innen. Viele Einrichtungen der Suchthilfe begegnen der wachsenden Anzahl Hilfe suchender Cannabiskonsumenten/innen und deren Angehörigen mit guten Ideen und Konzepten. Diese effektiven und effizienten Interventionen werden unter dem Leitgedanken „Von der Praxis – für die Praxis“ bereitgestellt, um entsprechende Hilfeangebote flächendeckend anzubieten und dauerhaft zu optimieren.

Inhaltlich ist „AVerCa“ in zwei Module gegliedert. Eine internetgestützte Arbeitsplattform für Mitarbeiter/innen, Einrichtungen und Träger enthält Good Practice-Arbeitsmaterialien. Methoden und Verfahren zur Verbesserung des Zugangs zu jungen Konsumenten/innen wurden kriterienbezogen ausgewertet und gebündelt. Interessierte können so die Plattform zum Aufbau von Angeboten beziehungsweise zu deren Weiterentwicklung nutzen.

Außerdem wurde untersucht, welche sekundärpräventiven Angebote und Programme gerade die Eltern jugendlicher Cannabiskonsumenten/innen besonders gut erreichen. Die Bestandsaufnahme macht deutlich, dass nur punktuell Interventions- und Unterstützungskonzepte für Eltern auffällig gewordener junger Cannabiskonsumenten/innen zur Verfügung stehen. Es besteht demnach die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung und zum Ausbau der Arbeit mit Eltern junger Konsumenten/innen.

■ www.averca.de

Nordrhein-Westfalen: Cannabis-Präventionsprogramm „Stark statt breit“

Das Cannabis-Präventionsprogramm „Stark statt breit“ wurde von der ginko-Stiftung für Prävention im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt und soll dazu beitragen, den Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu reduzieren und Konsumenten zur Aufgabe ihres Cannabiskonsums zu motivieren. Die modular aufgebauten Angebote umfassen

- frühe Präventionsmaßnahmen in Schule und Jugendarbeit, die die Heranwachsenden in ihren persönlichen Handlungskompetenzen stärken sollen,
- kulturpädagogische Aktionen, die den Cannabiskonsum problematisieren,
- Informationsmaterialien, die über die Risiken und Gefahren des Cannabiskonsums aufklären sowie
- Handlungsanleitungen (z. B. MOVE), die Eltern und pädagogische Fachkräfte befähigen, adäquat mit Suchtgefährdungen von Kindern und Jugendlichen umzugehen.

Darüber hinaus richten sich landesweite Postkarten-Infoaktionen zur Verkehrssicherheit an junge Führerscheininhaber/innen sowie -bewerber/innen und unterstützen örtliche Maßnahmen zur Verhinderung des Cannabiskonsums im Straßenverkehr. Die bereits auf Bundesebene erfolgreich erprobten Beratungsangebote bzw. Hilfestrategien (z. B. FreD, Realize it, Quit the shit) wurden integriert. Für Cannabiskonsumenten stehen damit nahezu flächendeckend differenzierte Hilfen zur Verfügung.

■ www.stark-statt-breit.de

4.2.3 Projekt FreD in Deutschland – „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“

Ausgangslage für das Bundesmodellprojekt „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) war die niedrige Erreichungsquote junger Konsumenten/innen durch das Drogenhilfesystem. Das Projekt ging zwischen 2000 und 2002 der Frage nach, ob bei einer polizeilichen Erstauffälligkeit 14- bis 21-Jährige motiviert werden können, ein Beratungsgespräch mit anschließender Kurzintervention in Anspruch zu nehmen. Die Intervention besteht aus einem Einzelgespräch und einem Gruppenangebot über acht Stunden (zwei bis vier Termine). In diesem „Konsum-Reflexions-Kurs“ werden interaktive Methoden eingesetzt, um sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen und darüber einer möglichen Suchtentwicklung vorzubeugen.

FreD war das erste Projekt in Deutschland, das neue Zugangswege zu (riskant) konsumierenden Jugendlichen erschlossen und gleichzeitig Mitarbeiter/innen in Drogenberatungsstellen ein in sich geschlossenes Beratungskonzept für diese Zielgruppe an die Hand gegeben hat. Lokale Projektträger im „klassischen“ FreD sind in der Regel Drogenberatungs- bzw. Präventionsfachstellen, die Kooperationen mit der Polizei, den Jugendgerichtshilfen und Gerichten eingehen.

Im Auftrag der LWL-Koordinationsstelle Sucht, gefördert vom BMG, hat das Institut FOGS (Köln) in 2007 die Ergebnisse einer Nachbefragung zur Verbreitung und Umsetzung von FreD in Deutschland vorgelegt: Mehr als 150 Standorte haben inzwischen das FreD-Konzept übernommen, teils unter dem gleichen Label, teils als weiterentwickelte Eigenkreation.

Seit Januar 2009 bietet die LWL-Koordinationsstelle Sucht-Zertifikatskurse zum FreD-Trainer/in an. Die Qualifikation kann entweder über eine fünftägige Ausbildung oder – für FreD-erfahrene Fachkräfte – in einem eintägigen „Update“ absolviert werden. Diese Zertifizierung entstand auf Nachfrage vieler Fachkräfte aus der Drogen- und Suchthilfe nach einer Fortbildung in diesem

Bereich. Zudem sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung des FreD-Angebots sowie der Weiterentwicklung implementiert werden.

Grundlage dieser Zertifikatsausbildungen bildet das überarbeitete FreD-Handbuch, das auch die Ergebnisse der deutschen Recherchearbeit aus dem europäischen FreD goes net-Projekt (siehe B 4.2.4) zu den rechtlichen Bedingungen bei den Zugangswegen Schule und Arbeitsplatz ausführlich behandelt. Bis Ende 2008 wurde das ursprüngliche FreD-Handbuch 3.185-mal von der Homepage der LWL-Koordinationsstelle Sucht heruntergeladen. 500 Printversionen wurden versandt. Im Zuge der Maßnahmen zur Qualitätssicherung von FreD gibt es die Möglichkeit des Herunterladens nicht mehr. Das neue FreD-Handbuch wird nur noch in Kombination mit einer Zertifikats-Ausbildung oder eines „Updates“ ausgegeben.

■ www.fred-projekt.de

4.2.4 Implementierung in Europa: FreD goes net

FreD goes net ist das europäische Transferprojekt von „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (siehe B 4.2.3). Gegenstand des dreijährigen von der EU und dem BMG finanzierten Projektes ist sowohl der Transfer des „klassischen“ Zugangsweges über die Polizei bzw. Justiz in verschiedene europäische Länder als auch die Weiterentwicklung des Projektes im Sinne der Erprobung neuer Zugangswege – vornehmlich der Schule und dem Arbeitsplatz.

Im Projekt wird zwischen Pilot- (11) und assoziierten Partnerländern (6) unterschieden. Von den insgesamt 17 Partnern führen die elf „Piloten“ seit Dezember 2008 die ersten Kurse durch.

Das Projekt startete Ende 2007. Das erste Jahr war geprägt durch die länderspezifische Recherche zur Ausgangssituation. Es galt, auf der Basis der vorhandenen rechtlichen Rahmenbedingungen die geeigneten Zielgruppen für das Land herauszufinden.

Die meisten Partner haben sich hinsichtlich des Zuganges zunächst für die Kombination aus Polizei bzw. Justiz und Schule entschieden (Belgien, Lettland, Polen, Slowenien, Rumänien, Luxemburg). Die Auffälligkeit in der Schule als Zugangsweg zum Kurs haben Irland und Island gewählt. Österreich, Schweden und Zypern gehen ausschließlich den Weg über die Polizei bzw. Justiz.

In Deutschland ist die besondere Situation, dass der Zugang über eine polizeiliche Auffälligkeit schon ausgiebig evaluiert wurde und daher im Transferprojekt ausschließlich die Zugänge über die Schule und – als einziges teilnehmendes Land – über den Arbeitsplatz erprobt wird.

Projektpartnerin ist die Krisenhilfe e.V. Bochum. Weitere Standorte zur Durchführung der FreD-Kurse sind in Nordrhein-Westfalen die Anonyme Drogenberatung Unna (ADU) und in Hessen die Jugendberatung und Suchthilfe am Merianplatz in Frankfurt/Main (JJ). Als Regel sind in der Projektkonzeption zwei Standorte vorgesehen. JJ Frankfurt wurde zusätzlich angefragt, da kurz vor Projektstart der gemeinsame Runderlass „Zusammenarbeit bei der Verhütung und Bekämpfung der Jugendkriminalität“ des Innen-, Justiz- und anderer Ministerien in NRW (2007) befürchten ließ, dass dieser Erlass den Zugangsweg über eine Auffälligkeit in der Schule erheblich behindern wird.

Acht Pilotländer nehmen konzeptionell – neben illegalen Drogen wie vor allem Cannabis – auch eine Auffälligkeit mit Alkohol als Interventionsanlass für einen FreD-Kurs auf.

Im Herbst 2008 wurden 26 europäische FreD-Trainer/innen ausgebildet. Gemeinsam mit ihren Co-Trainer/innen werden sie bis Ende 2009 die Interventionsmethode in den Pilotländern erproben. Die rechtlichen Rahmenbedingungen bei Suchtmittelmissbrauch unterscheiden sich in den verschiedenen Staaten und damit auch die Grundhaltung, mit der Konsumenten/innen illegaler Drogen entgegengetreten wird. Alle Kollegen/innen arbeiten auf der Basis eines gemeinsamen „FreD goes net-Manuals“ (Prototyp). Die Erfahrungen der ersten zwölf Monate fließen in die Überarbeitung ein,

so dass im dritten Jahr der Transferphase die endgültige Fassung als Grundlage zur weiteren Verbreitung des Projektes in den bisher beteiligten Ländern sowie in weitere europäische Länder erfolgen kann.

■ www.fred-goes-net.org

4.2.5 Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“

Ziel des im Jahr 2003 entwickelten Cannabisausstiegsprogramms „quit the shit“ ist es, innerhalb eines Zeitfensters von 50 Tagen den individuellen Konsum von Cannabis signifikant zu reduzieren. Zentrales methodisches Instrument ist ein internetbasiertes Tagebuch, das seit 2004 im Internet zugänglich ist. Über den genannten Zeitraum haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, ihren Cannabiskonsum und alle damit zusammenhängenden Aspekte (Menge, sozialer Kontext, Gründe/Motive) festzuhalten.

Mit Hilfe des Tagebuches werden sie im Sinne eines Self-Monitorings dazu angehalten, kontinuierlich sich selbst und ihre Konsumgewohnheiten zu beobachten. Dieser Ansatz wurde im Rahmen eines zweistufigen Modellprojekts auch in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert. Die Akzeptanz liegt auf einem hohen Niveau und die Evaluation der Wirkung weist eine signifikante Konsumreduktion bei den Klientinnen und Klienten auf. Dieses Ergebnis basiert auf der hohen fachlichen Beratungsqualität und dem Erfahrungshintergrund der Kolleginnen und Kollegen aus den Transfer-Beratungsstellen und den Maßnahmen der Qualitätssicherung beim Transfer.

Mit Ablauf der zweiten Transferphase im Sommer 2009 ist die Implementierung eines qualitätsgesicherten regionalen Netzwerks „quit the shit“ geplant.

■ www.drugcom.de

4.2.6 Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“

Das Projekt „Realize it!“ wurde vom BMG, vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit, von den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Aargau sowie vom Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation von 2004 bis 2007 gefördert. Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren sollen durch das Angebot ihren Konsum einstellen oder deutlich reduzieren. Das Programm beinhaltet fünf Einzelberatungen und eine Gruppensitzung, die innerhalb von zehn Wochen absolviert werden. Diese Form der Kurzintervention ist wirksam. Durch die wissenschaftliche Begleitforschung wurde belegt, dass das Programm einen signifikanten und nachhaltigen Einfluss auf das Konsumverhalten und die Befindlichkeit von Cannabiskonsumenten hat. Seit Oktober 2007 befindet sich das Projekt in der Transferphase mit dem Ziel, dieses effektive Interventionsprogramm in die Arbeit von möglichst vielen Drogen- und Suchtberatungsstellen zu integrieren. Bis zum Ende des Jahres 2008 haben bundesweit ca. 150 Beratungsstellen an den Schulungen für „Realize it“ teilgenommen.

■ www.realize-it.org

4.2.7 Bundesmodellprojekt CANDIS

CANDIS ist ein individuelles Behandlungsprogramm für Personen, die ihren Cannabiskonsum überdenken, einschränken oder beenden wollen. Im Unterschied zu Kurzinterventionsprogrammen wie „Realize it“ (siehe B 4.2.6) besteht das kognitiv-behaviorale Entwöhnungsprogramm CANDIS aus drei baukastenartigen Therapiemodulen:

- motivationale Gesprächsführung,
- kognitive Verhaltenstherapie sowie
- Problemlösetraining.

Zur Behandlung gehören z. B. Psychoedukation, Zielfindung, Vorbereitung des Konsumstopps, Rückfallprophylaxe, Umgang mit Suchtdruck, Ablehnen von Cannabisangeboten und Umgang mit Problemen. Neben dem Cannabiskonsum werden in der Therapie auch andere

Problemfelder wie Alltag, Beruf und soziales Umfeld berücksichtigt, die mögliche Hindernisse bei der Einschränkung des Konsums darstellen könnten. Darüber hinaus werden Strategien für den Umgang mit Depressionen und Ängstlichkeit vermittelt. Durchgeführt wird die Therapie von Fachkräften, die speziell für die Behandlung von Cannabiskonsumenten ausgebildet sind. Die Therapie umfasst zehn Sitzungen, verteilt über zwei bis drei Monate. Das Programm ist gleichermaßen für Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene geeignet.

Nach der ersten Modellphase im Rahmen der Suchtforschungsverbünde, an der 122 Klientinnen und Klienten teilnahmen, begann Ende 2007 eine Fortführungsstudie zur Praxiserprobung und Evaluierung der CANDIS-Therapie in elf ambulanten Suchthilfezentren bundesweit. Ziel ist der Transfer in die Routineversorgung sowie die Überprüfung der Wirksamkeit unter realen Behandlungs- und Rahmenbedingungen von bestehenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Das Projekt wird vom BMG finanziert.

■ www.candis-projekt.de

4.3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

4.3.1 Änderungsverordnung Modedroge „Spice“

In den letzten Monaten des Jahres 2008 rückte die so genannte „Spice“-Problematik in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses. Laut Packungsaufdruck der in Verkehr befindlichen Produkte handelte es sich um aus verschiedenen, getrockneten Pflanzenteilen bzw. aromatischen Extrakten bestehende Räuchermischungen, die sich als legaler Cannabis-Ersatz stark unter Konsumenten verbreitete und im Joint oder in der Wasserpfeife geraucht wurde. Analyseergebnisse zuständiger deutscher Stellen haben gezeigt, dass Proben von „Spice“ als Beimischungen die synthetischen Cannabinoide JWH-018 und CP 47,497 einschließlich seiner Homologen enthielten, die ähnlich dem natürlichen Cannabinhaltsstoff Tetrahydrocannabinol (THC) wirken. Aufgrund der psychotropen Wirkung, des Ausmaßes der missbräuchlichen Verwendung und der unmittelbaren und mittelbaren Gefährdung der Gesundheit sind die o. g. Cannabinoide

mit der 22. BtMG-Änderungsverordnung Anfang 2009 in einem Eilverfahren der Anlage II des BtMG (verkehrs-, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel) unterstellt worden.

4.3.2 Studie zu „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat im Oktober 2002 beim „Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht“ (MPI) in Freiburg eine rechtsvergleichende Studie zum Thema „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ in Auftrag gegeben, die 2006 veröffentlicht wurde. Durch die Studie wurde die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31 a BtMG – die Möglichkeit des Absehens von der Strafverfolgung – im Kontext anderer Einstellungsvorschriften evaluiert. Im Ergebnis stellt das MPI fest, dass § 31 a BtMG in den Bundesländern eine unterschiedliche Anwendung erfahre. Die Studie des MPI löste in den Bundesländern einen Angleichungsprozess aus, nach dem die Justizministerinnen und -minister der Länder nun von einer im Wesentlichen einheitlichen Rechtsanwendung ausgehen.

4.4 Forschung

4.4.1 Fünf-Länder-Projekt INCANT

INCANT (International Cannabis Need of Treatment) ist eine europäische multizentrische Therapiestudie, mit der die Effektivität eines in den USA entwickelten Behandlungsprogramms für minderjährige Jugendliche mit Cannabisstörungen und deren Familienangehörige evaluiert wird. Im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns wird die „Multidimensionale Familientherapie – MDFT“ mit einem einzeltherapeutischen Standardprogramm („Treatment as usual“) verglichen. Nach den bisherigen internationalen Studienergebnissen gilt MDFT als ein effektives Behandlungsprogramm für minderjährige Jugendliche mit Suchtstörungen und damit verbundenen Verhaltensproblemen. Der suchtspezifische systemische Familientherapieansatz

bezieht Eltern und andere wichtige Bezugspersonen in die Behandlung ein und strebt insgesamt eine Verbesserung der oft komplexen Problemlage der betroffenen Jugendlichen und Familien an. Projektbeginn der INCANT Hauptstudie war der 1. September 2006. Bis zum 31. Dezember 2008 konnten im Berliner Therapieladen e.V. 106 Jugendliche/Familien in die Studie aufgenommen werden. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,3 Jahren, der Anteil weiblicher Klientinnen beträgt etwa 20 %. Die Eingangsuntersuchungen ergeben bisher neben dem Vorliegen von Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit ein hohes Vorkommen zusätzlicher Alkoholstörungen und weiterer psychiatrischer Komorbidität, z.B. ADHS, Depression sowie externalisierte Verhaltensstörungen wie Delinquenz und Schuldistanz. Etwa die Hälfte der Jugendlichen lebt aktuell nicht mehr bei den Eltern, sondern wird bereits in einer Jugendhilfemaßnahme pädagogisch betreut.

Erste Zwischenergebnisse aus den Nachbefragungen („Follow-up“) der Berliner Stichprobe verweisen auf eine deutlich höhere Effektivität bei MDFT sowohl hinsichtlich der Reduzierung des Drogenkonsums als auch einer besseren Haltequote als beim einzeltherapeutischen Standardprogramm. Die Behandlungsphase soll im Juli 2009 abgeschlossen sein, wegen der Follow-up-Untersuchungen werden die wissenschaftlichen Ergebnisse zur europäischen Studie im Sommer 2010 erwartet.

■ www.incant.eu

4.4.2 Projekt „Can Stop“

Im Rahmen des Projekts „Can Stop“ wird ein Gruppentraining zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum im Alter zwischen 14 und 21 Jahren entwickelt. Das Gruppentraining wurde auf die Bedürfnisse dieser Altersgruppe abgestimmt und thematisiert beispielsweise verstärkt die Bedeutung von Gleichaltrigen beim problematischen Cannabiskonsum. Eine erste Durchführung im Rahmen einer Pilotuntersuchung ergab positive Rückmeldungen der Teilnehmer. Das Gruppentraining „Can Stop“ begann als vom BMG gefördertes Projekt im Februar 2008 und wird in unterschiedlichen

Settings angewandt und evaluiert: In der ambulanten Jugend- und Suchthilfe, in der ambulanten medizinischen Versorgung, in stationären medizinischen Versorgungseinrichtungen und im Jugendstrafvollzug. Dafür wurden Kooperationspartner gewonnen, die in Zusammenarbeit mit den Projektzentren am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters an der Universitätsklinik in Hamburg und der Universität Rostock die Durchführung der Gruppentrainings übernehmen. Die Fachkräfte vor Ort wurden angeleitet und werden weiterhin begleitet. Eine psychotherapeutische Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kooperationspartner ist für die Durchführung des Gruppentrainings nicht erforderlich, so dass durch z. B. Pädagogen, Krankenpflegepersonal oder Justizvollzugsbeamte ein schneller, effizienter und flächendeckender Einsatz von „Can Stop“ befördert werden kann. Eine niedrigschwellige und zeitlich frühe Betreuung des problematischen Cannabiskonsums innerhalb der Konsumkarriere von jungen Menschen soll damit besser erreicht werden. Die Evaluation des Gruppentrainings erfolgt getrennt für die verschiedenen Settings. Das Forschungsdesign folgt einer Prä-, Post- und Katamneseuntersuchung und einem Vergleich von Interventions- und Wartekontrollgruppen.

5 Heroin und andere Drogen

5.1 Situation in Deutschland

Schätzungen gehen davon aus, dass rund 200.000 Menschen in Deutschland illegale Drogen, d. h. Opiate, Kokain und Amphetamine sehr riskant konsumieren, d. h. injizieren. Nach dem Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD 2008 werden vor allem in jüngeren Altersgruppen bis etwa 40 Jahre illegale Drogen konsumiert. Dies gilt jedoch nicht für Heroin: hier ist das Durchschnittsalter über 35 Jahre.

5.1.1 Drogentodesfälle

Im Jahr 2008 wurden in der Falldatei Rauschgift des BKA 1.449 Drogentodesfälle in Deutschland registriert (Abb. 10). Gegenüber dem Vorjahr (1.394) bedeutet dies einen Anstieg um 3,9%. Zur Entwicklung in den Großstädten vgl. Abb.11.

Auch wenn noch nicht abschließend klar ist, womit diese Entwicklung zusammenhängt, ist es nach den vorliegenden Daten so, dass die Todesfälle unter den älteren Drogenabhängigen zunehmen. Viele von ihnen sind gesundheitlich geschwächt und psychisch vielfach belastet. Jeder zweite hat schon einen Selbstmordversuch unternommen. Zunehmend wird es in den nächsten Jahren auch zu Todesfällen auf Grund von Folgeerkrankungen des Drogenkonsums wie Hepatitis-Infektionen kommen, durch eine Leberzirrhose, denn ein sehr großer Teil der Heroinabhängigen ist mit Hepatitis C infiziert. Nach den bisherigen Erkenntnissen sind die meisten der Drogentodesfälle aber auf eine Überdosierung von Heroin, oft in Kombination mit Alkohol und Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, zurückzuführen.

Abbildung 10:
Drogentodesfälle in Deutschland

Bundesland	01.01.–31.12.2007	01.01.–31.12.2008	Veränderung
Schleswig Holstein	44	48	+9,1 %
Hamburg	59	58	-1,7 %
Niedersachsen	74	94	+27,0 %
Bremen	38	31	-18,4 %
Nordrhein-Westfalen	374	380	+1,6 %
Hessen	120	118	-1,7 %
Rheinland-Pfalz	60	57	-5,0 %
Baden-Württemberg	155	192	+23,9 %
Bayern	242	247	+2,1 %
Saarland	13	18	+38,5 %
Berlin	158	152	-3,8 %
Brandenburg	12	7	-41,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	3	9	+200,0 %
Sachsen	24	18	-25,0 %
Sachsen-Anhalt	13	6	-53,8 %
Thüringen	5	14	+180,0 %
Insgesamt	1.394	1.449	+3,9 %

Quelle: Bundeskriminalamt, 2008

Abbildung 11:
Drogentodesfälle im Vergleich ausgewählter Großstädte

Stadt	01.01.–31.12.2007	01.01.–31.12.2008	Veränderung
Dortmund	24	18	-25,0%
Düsseldorf	22	20	-9,1%
Essen	32	22	-31,25%
Frankfurt/Main	44	33	-25,0%
Hannover	22	22	-
Köln	58	54	-6,9%
Mannheim	7	11	+57,1%
München	50	50	-
Nürnberg	13	19	+46,2%
Stuttgart	12	12	-
Dresden	5	5	-
Leipzig	12	8	-33,3%

Quelle: Bundeskriminalamt, 2008

5.1.2 Daten zur Drogenkriminalität

Grundlagen der folgenden Darstellung der Drogensituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei.

Die darin erfassten Daten basieren auf von den zuständigen Strafverfolgungsbehörden (der Zollverwaltung sowie Polizeivollzugsbehörden des Bundes und der Länder) getroffenen Feststellungen; dementsprechend unterscheidet dieser Bericht bei den Fallzahlen nicht zwischen Zoll und Polizeibehörden.

Die statistischen Angaben zur Drogenkriminalität spiegeln den Erfassungsstand der FDR zum Stichtag 31. Januar 2009 wider. Der Darstellung der Drogensituation werden die Indikatoren Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD), Sicherstellungsfälle und -mengen, Herkunfts- und Bestimmungsstaaten sowie die Nationalitäten der Tatverdächtigen zugrunde gelegt. Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus Ermittlungsverfahren im Bereich der Drogenkriminalität und spiegeln das in der FDR erfasste Hellfeld dieses Kriminalitätsbereiches wider. Verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie Sicherstellungen

größerer Einzelmengen können die Lageentwicklung wesentlich beeinflussen.

Aktuelle Entwicklungen

Die Gesamtzahl der EKHD stieg erstmals seit dem Jahr 2004 wieder an. Im Vergleich zum Vorjahr sind Rückgänge der Sicherstellungsmengen von Heroin und Kokain zu verzeichnen. Grobsicherstellungen mit zum Jahr 2007 vergleichbaren Mengen blieben in Deutschland aus. Die Sicherstellungsmenge von Amphetamin stieg im siebten Jahr in Folge. 2008 erfolgte mit 284 kg die bislang größte Einzelsicherstellung von Amphetamin in Deutschland. Die Zahl der Drogenlabore stieg, insbesondere wurden vermehrt Kleinlabore zur Methamphetaminherstellung sichergestellt.

Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der EKHD im Jahr 2008 um 3 % von 18.620 auf insgesamt 19.203 Personen (Abb. 12). Insbesondere bei den synthetischen Drogen wurden Steigerungen festgestellt. So stieg die Zahl der EKHD bei Amphetamin (+9 %), LSD (+9 %) und Ecstasy (+7 %) an. Auch bei Kokain war eine Zunahme (+4 %) zu verzeichnen, während die Entwicklungen bei Heroin (-6 %) und vor allem bei Crack (-30 %) und kristallinem Methamphetamin (-22 %) deutlich rückläufig waren.

Abbildung 12:
Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Zeitraum	Gesamt (*)	Heroin	Kokain	Meth-/Amphetamin (**)	Ecstasy	Crack	Sonstige (***)
01.01.–31.12.2007	18.620	4.153	3.812	9.949	2.038	498	456
01.01.–31.12.2008	19.203	3.900	3.970	10.631	2.174	350	444
Veränderungen	+3,1 %	-6,1 %	+4,1 %	+6,9 %	+6,7 %	-29,7 %	-2,6 %

- (*) Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als Erstauffälliger Konsument harter Drogen registriert. Zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich.
- (**) Unter den 10.631 Personen im Jahr 2008 befinden sich 443 erstauffällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamin. Gegenüber dem Jahr 2007 (567 Personen) bedeutet dies einen Rückgang um 21,9%.
- (***) Unter den 444 Personen im Jahr 2008 befinden sich 158 erstauffällige Konsumenten von LSD. Gegenüber dem Jahr 2007 (145 Personen) bedeutet dies einen Anstieg um 9,0%.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2008

Heroin

Im Jahr 2008 wurden in 6.638 Fällen 503 kg Heroin beschlagnahmt. Dies entspricht einem leichten Rückgang der Sicherstellungsfälle (-3 %) bei einer zugleich deutlich gesunkenen Sicherstellungsmenge (-53 %). Der Rückgang der Gesamtmenge ist vor allem auf das Ausbleiben von Einzelsicherstellungen in Größenordnungen des Vorjahres, als in zwei Fällen insgesamt rund 450 kg beschlagnahmt worden waren, zurückzuführen. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle wurde Heroin im Rahmen von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland eingeschmuggelt. Im Zusammenhang mit größeren Heroinsicherstellungen in Deutschland wurde die Türkei als Herkunfts- bzw. Transitstaat ermittelt, von wo aus der Weitertransport über die Staaten des Balkans sowie über Italien und Österreich nach Deutschland erfolgte. Dass die Niederlande wichtiger Bestimmungsstaat von Großlieferungen nach bzw. über Deutschland sind, zeigte sich im Jahr 2008 u. a. angesichts einer im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens des BKA erfolgten Sicherstellung von rund 460 kg in den Niederlanden. Im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen traten insbesondere deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den Nichtdeutschen dominierten türkische Staatsangehörige.

Kokain und Crack

Im Jahr 2008 wurden in 3.956 Fällen insgesamt 1.069 kg Kokain sichergestellt. Gegenüber dem Vorjahr bedeutete dies einen Rückgang der Fallzahl (-6 %) und in stärkerem Maße auch der beschlagnahmten Gesamtmenge (-43 %). Sicherstellungen in Größenordnungen der beiden Vorjahre, als jeweils in Bremerhaven für den innereuropäischen Weitertransport bestimmte Containerladungen von 400 kg Kokain und mehr beschlagnahmt worden waren, blieben im Jahr 2008 aus. Einfuhrschmuggel von Kokain wurde häufig im Rahmen von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland betrieben. Beim Schmuggel aus Südamerika nach Deutschland wurden Brasilien, Peru und Argentinien am häufigsten als Herkunfts- bzw. Transitstaaten registriert. In selteneren Fällen mit jedoch durchschnittlich größeren Einzelmengen wurden diesbezüglich Kolumbien und Venezuela ermittelt. Auch der Kokainschmuggel über Westafrika nach Europa hat nach wie vor eine große Relevanz, wenngleich die Zahl der Sicherstellungsfälle und -mengen in Deutschland im Jahr 2008 rückläufig war. In vielen Fällen war in Deutschland sichergestelltes Kokain für den innereuropäischen Weitervertrieb bestimmt. In hoher Frequenz war der Transport vor allem nach Spanien und Großbritannien

beabsichtigt. Zudem sollten des Öfteren vergleichsweise größere Mengen in die Niederlande und nach Italien verbracht werden. Bei Sicherstellungen von Kokain traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen befanden sich insbesondere türkische, gefolgt von italienischen Staatsangehörigen.

Bei Crack sank die Fallzahl (-10%), während die Sicherstellungsmenge von rund 5 kg auf rund 8 kg (+71%) anstieg. Nachdem im Jahr 2007 noch etwa drei Viertel der Gesamtmenge in Hamburg beschlagnahmt worden waren, betrug der Anteil Hamburgs im Berichtsjahr 96%. Bei den im Zusammenhang mit Sicherstellungen ermittelten Tatverdächtigen dominierten deutsche vor türkischen Staatsangehörigen.

Amphetamin und Methamphetamin

In 8.425 Fällen wurden 1.283 kg Amphetamin und Methamphetamin sichergestellt. Dies bedeutet einen Anstieg sowohl der Fallzahl (+10%) als auch der beschlagnahmten Menge (+56%) gegenüber dem Jahr 2007. Der weitaus überwiegende Teil der sichergestellten Amphetaminmenge mit ermittelter Herkunft stammte aus den

Niederlanden. In mehreren Fällen erfolgte der Schmuggel zudem aus Belgien oder Polen und bei kleineren Mengen auch aus der Tschechischen Republik. Mit 284 kg wurde im Jahr 2008 in Nordrhein-Westfalen die bislang größte Einzelmengung von Amphetamin in Deutschland sichergestellt. In den Sicherstellungszahlen zu Amphetamin und Methamphetamin sind 356 Fälle (-22% im Vergleich zu 2007) enthalten, in denen insgesamt etwas mehr als 4 kg kristallines Methamphetamin (Crystal) (-58% gegenüber 2007) beschlagnahmt wurden. Rund 83% dieser Menge wurden in Sachsen und Bayern sichergestellt. Wie schon im Vorjahr wurden in Thüringen zahlreiche Sicherstellungen registriert, bei denen allerdings durchschnittlich weitaus geringere Einzelmengen beschlagnahmt wurden. Beim Handel und Schmuggel mit Amphetamin und Methamphetamin traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den Nichtdeutschen spielten vor allem türkische und polnische Staatsangehörige eine Rolle.

Ecstasy

Mit 2.698 Fällen ist die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy im Jahr 2008 gestiegen (+8%), während die Menge mit 751.431 Tabletten gegenüber dem Vorjahr

Abbildung 13:
Sicherstellungen

Rauschgiftart	01.01.-31.12.2007		01.01.-31.12.2008		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.853	1.073,5 kg	6.638	502,8 kg	-3,1 %	-53,2 %
Opium	59	27,5 kg	72	82,5 kg	+22,0 %	+200,0 %
Kokain	4.199	1.877,5 kg	3.956	1.068,6 kg	-5,8 %	-43,4 %
Crack	1.817	4,8 kg	1.628	8,2 kg	-10,4 %	+70,8 %
Meth-/Amphetamin (davon Crystal)	7.662 (454)	820,1 kg (10,0 kg)	8.425 (356)	1.283,2 kg (4,2 kg)	+10,0 % (-21,6 %)	+56,5 % (-58,0 %)
Ecstasy	2.495	985.218 KE	2.698	751.431 KE	+8,1 %	-23,7 %
LSD	236	10.525 Tr.	243	12.875 Tr.	+3,0 %	+22,1 %
Haschisch	9.762	3.677,5 kg	10.313	7.632,3 kg	+5,6 %	+107,5 %
Marihuana	21.831	3.769,8 kg	24.594	8.932,2 kg	+12,7 %	+136,9 %
Pflanzen	1.463	135.252 St.	1.526	121.663 St.	+4,3 %	-10,0 %
Khat	132	13.485,3 kg	126	29.488,6 kg	-4,5 %	+118,7 %
Psilocybine Pilze	605	55,8 kg	501	17,6 kg	-17,2 %	-68,5 %

Quelle: Bundeskriminalamt, 2008

gesunken ist (-24 %). Der weit überwiegende Teil der sichergestellten Tabletten, zu dem ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammte aus den Niederlanden. In Einzelfällen konnte ein beabsichtigter Weitertransport von größeren Mengen in Deutschland beschlagnahmter Ecstasy-Tabletten nach Südost- und Osteuropa ermittelt werden. Bei Sicherstellungen von Ecstasy wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige festgestellt. Bei den nichtdeutschen Tatverdächtigen dominierten türkische, gefolgt von polnischen Staatsangehörigen.

Cannabis (siehe B 4.1.2)

Labore

Im Jahr 2008 wurden 25 illegale Drogenlabore sichergestellt (Abb. 14). Alle Labore verfügten über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmerkreises. Insbesondere stieg die Zahl sichergestellter Kleinlabore zur Herstellung von Methamphetamin.

Abbildung 14:
Illegale Herstellung/Labore

Rauschgiftart	01.01.–31.12.2007	01.01.–31.12.2008
ATS*	8	22
GHB	1	3
Fentanyl	1	0
Gesamt	10	25

* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances; bei den im Jahr 2008 sichergestellten 22 ATS-Laboren handelte es sich um Produktionsstätten von Amphetamin und Methamphetamin. In einem Fall war DOB (2,5-Dimethoxy-4-bromamphetamin) das Hauptsyntheseziel.

Quelle: Bundeskriminalamt, 2008

5.2 Prävention von Begleiterkrankungen sowie Prophylaxe von Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum

Oberste Ziele der Prävention sind unverändert Aufklärung der Drogenabhängigen über Infektionsrisiken und Vermeidung derselben. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, auch auf die Risiken hinzuweisen, die nicht direkt auf den gemeinsamen Spritzengebrauch zurückzuführen sind, z. B. durch gemeinsame Benutzung anderer Spritz- und Drogenzubereitungsutensilien (Filter u. ä.), aber auch von Haushaltsgegenständen (Rasierer, Zahnbürsten, Nagelscheren u. ä.). Auch die sexuelle Übertragung von Hepatitis B spielt eine Rolle in der Weiterverbreitung unter Drogenabhängigen und ihren Partnern.

Während mit der Hepatitis B-Impfung eine aktive Präventionsmaßnahme zur Verfügung steht, liegen keine Daten zur Abschätzung der Inanspruchnahme dieser Leistung bzw. des bestehenden Schutzes bei Drogenabhängigen vor. Es ist anzunehmen, dass nur ein geringer Teil der Betroffenen gegen eine Hepatitis B-Infektion geschützt ist.

Um die Planung von Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Hepatitis-B-, Hepatitis-C- und HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zu verbessern, sind die epidemiologischen Daten für Deutschland, welche das Ausmaß der Verbreitung unter injizierenden Drogenkonsumenten beziffern, weiter zu verbessern. Gegenwärtige Erkenntnisse hierzu beruhen auf regionalen, nicht-repräsentativen und länger zurückliegenden Erhebungen, wodurch die Einschätzung des Problems sowie die gezielte Planung erschwert werden.

5.2.1 Niedrigschwellige Drogenhilfe

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Drogennotfallprophylaxe, „Therapie sofort“, Naloxon-Einsatz, Drogenkonsumräume und Ausweitung der Substitution. In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist die Konsumform von erheblichem Interesse, wenn es um die Minimierung von Folgeschäden geht. Nach wie vor ist in Deutschland der intravenöse Konsum stark mit Heroin verknüpft. Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin von rund 150.000 Personen. Heroin wird von knapp zwei Drittel der Klienten vorwiegend injiziert, wobei der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zugunsten des Rauchens gesunken ist. Diese Art des Konsums findet sich ebenfalls bei knapp einem Drittel der Kokainkonsumenten. Von den Klienten mit primären Opiatproblemen weisen 27,5 % auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) und 27,1 % eine Kokainstörung auf. Auch der Missbrauch von Tranquilizern vom Benzodiazepin-Typ und von Sedativa/Hypnotika stellt ein zusätzliches Gesundheitsrisiko dar.

Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit wird an vielen Stellen durchgeführt. Von den ca. 1.000 anerkannten ambulanten Beratungsstellen und Kontaktläden bieten mindestens 25 % Spritzenaustauschprogramme an.

Impfprogramme für intravenös Drogenkonsumierende sind in Anbetracht der hohen Infektionsrisiken für Hepatitis A und B wichtige Instrumente der Infektionsprophylaxe, die mittlerweile auch eingesetzt werden. Mit finanzieller Unterstützung des BMG erstellte das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ im Jahr 2006 das Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“, das aktuelle Informationen über Prävention und Therapie von Hepatitis C in dieser Personengruppe sowie Hinweise und Material für Beratung, Betreuung und Rechtslage enthält. Allerdings sind die Möglichkeiten, derartige Angebote im niedrigschwelligen Bereich

der Drogenhilfe bzw. im Rahmen einer Substitutionsbehandlung anzubieten, nicht ausgeschöpft.

Für Drogenkonsumenten, bei denen zusätzlich zur Drogenproblematik behandlungsbedürftige psychische Störungen vorliegen, muss die Betreuung beide Fachgebiete berücksichtigen.

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin stellen Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Bereich von frühzeitigen Hilfen für die betroffenen Menschen dar. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot. Mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten.

Auf der Grundlage des § 10a BtMG, der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen. Im Jahr 2008 gab es in Deutschland 26 Drogenkonsumräume in 16 Städten. Im Jahr 2008 wurde unter 900 Drogenkonsumenten, die Drogenkonsumräume aufsuchen, vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe eine Befragung durchgeführt. Sie zeigte, dass die Gruppe von Heroinkonsumenten, die diese niedrigschwelligen Einrichtungen nutzt, erhebliche Bildungsdefizite aufweist. Über 16 % haben keinen Schulabschluss, über 40 % lediglich einen Hauptschulabschluss. Über 50 % haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Fast 20 % wohnen bei Freunden und Bekannten oder in einer Notunterkunft, 4 % leben auf der Straße. Ein knappes Viertel ist weiblich und ebenfalls ein Viertel hat einen Migrationshintergrund. Über 90 % wurden mindestens einmal von der Polizei wegen Drogenbesitzes überprüft, fast 80 % haben Haft Erfahrung (im Schnitt drei Haftaufenthalte mit einer Gesamtzeit von 51 Monaten). In der Haft wurde von einem Viertel der Drogenkonsum fortgesetzt und deshalb wurden auch Spritzenutensilien

geteilt. Weniger als ein Drittel wurde in der Haft substituiert.

Die gesundheitliche Situation der Konsumraumnutzer ist erheblich beeinträchtigt: 4,8 % weisen eine HIV-Infektion auf (wobei allerdings ein großer Teil der Befragten den aktuellen Infektionsstatus mit HIV nicht kennt), 53,5 % eine Hepatitis-C-Infektion. Drei Viertel der Befragten beurteilen ihren psychischen Zustand als schlecht, zwei Drittel ihren gesundheitlichen Zustand. Überwiegend wurde von Schlafstörungen und Depressionen berichtet. Bei über einem Drittel auch von Atem- und Magen-Darm-Beschwerden oder Angstzuständen. Fast alle Befragten konsumieren nahezu täglich Heroin, nur in Hamburg und Frankfurt gibt es bei rund der Hälfte der Klienten Crack-Konsum. Heroin wird zu 75 % injiziert, Crack von 35 % der Befragten. Da das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken in dieser Gruppe hoch ist, ist das Angebot des Drogenkonsumraums für diese Gruppe langjähriger, sonst schwer erreichbarer Drogenabhängiger umso wichtiger. Auf die Frage, welche Hilfsangebote den Betroffenen wichtig sind, werden generell der Konsumraum und das Café genannt, dann die medizinische Versorgung und der Spritzentausch. Für 80 % der Befragten ist ebenfalls die Beratung wichtig und für ein Drittel die Vermittlung in eine Substitutions- oder in eine Entzugsbehandlung. Ein Drittel sucht den Konsumraum täglich auf, 40 % mehrfach in der Woche. Es gibt auch Besucher, die lediglich das Beratungsangebot nutzen. Insgesamt zeigt sich, dass mit diesem Angebot die Gruppe der Schwerstabhängigen erreicht wird, die von anderen Hilfsangeboten nicht oder nur sehr schwer erreicht werden.

Präventionsspiel „Asphaltdschungel“

In der Arbeit mit Drogen gebrauchenden Menschen bedarf es immer wieder neuer Anreize, um das Bewusstsein für die Themen Gesundheit, HIV und Hepatitis zu erhalten oder zu erhöhen. Mit Förderung der BZgA wurde ein Brett- und Würfelspiel für Drogen konsumierende Frauen und Männer entwickelt. Mit dem Präventionsspiel „Asphaltdschungel“ soll die Bereitschaft erhöht werden, eigenes Verhalten zu reflektieren und Wissensdefizite z.B. in Bezug auf Substanzwirkung und

Infektionsrisiken zu minimieren. Soziale und gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums können in „spielerischer“ Form erfasst werden. Um schneller zum Ziel vorzurücken, müssen während des Spielverlaufs Fragen z.B. zu Übertragungswegen von HIV und Hepatitis, Safer Sex, Hygiene und Maßnahmen der Infektionsvermeidung beantwortet werden. Ziel des Spiels ist es, aufgrund der vielen Informationen Impulse zu setzen, den eigenen Lebenshintergrund (z.B. Hilfsangebote, Arztbesuche, Behördengänge) zu strukturieren. Durch das (Vor-)Lesen von Fragen, die Formulierung von Antworten und das Zuhören werden unterschiedliche Formen der Wahrnehmung angesprochen und die Kommunikation der Mitspieler/innen angeregt. Auf die Einbindung individueller und taktischer Fähigkeiten des Einzelnen im Spielverlauf wird verzichtet, um die Konzentration auf den Inhalten zu belassen. Neben der Vermittlung von Wissen ist die soziale Komponente dieser neuen Präventionsmethode zu betonen. Über das Spiel kommen die Drogenkonsumenten miteinander ins Gespräch und lernen sich kennen. So entsteht ein Gefühl von Gemeinschaft – ein Wert der insbesondere bei Drogen gebrauchenden Menschen häufig zu kurz kommt. Das Spiel kommt vorrangig in Kontakt- und Cafébereichen niedrigschwelliger Einrichtungen zum Einsatz.

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

Hepatitis C ist eine typische Folgekrankheit bei injizierenden Drogenkonsumenten mit massiven individuellen wie gesellschaftlichen Folgekosten. Eine Hepatitis-C-Infektion wird oft bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der „Konsumkarriere“ erworben. Persönlicher Kontakt zur Drogenhilfe entsteht meist jedoch erst nach mehreren Jahren Konsumerfahrung, so dass neue Präventionswege definiert werden müssen. Der Berliner Verein „Fixpunkt“ führt von Oktober 2008 bis September 2010 ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Evaluierung von Hepatitis-C-Präventionsmaßnahmen durch. Das Projekt wird vom BMG finanziert, von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unterstützt und vom Forschungsinstitut ZIS (Hamburg) wissenschaftlich begleitet. Ziel ist es, Drogenkonsumierende frühzeitig in ihrer „Konsumkarriere“ anzusprechen. Dazu sollen auch Zugangswege und Aktionsfelder außerhalb des klassischen Suchthilfesystems aktiviert und genutzt werden. Die im Rahmen

des Projektes identifizierten Good Practice-Modelle werden so aufbereitet, dass sie weiterentwickelt und von anderen Einrichtungen ebenfalls durchgeführt werden können. Die aktuelle Umsetzung erfolgt hauptsächlich in Berliner Kontakteinrichtungen mit Drogenkonsumräumen. Dort verfügen die Fachkräfte über einen guten Zugang zum Klientel und über eine personenbezogene Dokumentation, die anonymisiert vom Pilotprojekt genutzt werden kann.

5.2.3 Hepatitis-C-Virus und Drogenkonsum

In Deutschland leben nach einer Schätzung, die auf den Daten des Bundesgesundheitsveys von 1998 beruht, zwischen 400.000 und 500.000 Menschen, die chronisch mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert sind. Die Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis C stieg in den vergangenen Jahren nicht mehr an. Nach den Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden 2005 8.363, 2006 7.561 und 2007 6.858 Hepatitis C-Fälle verzeichnet. Der Anteil von intravenös Drogenkonsumierenden bei den Erstdiagnosen beträgt seit 2005 kontinuierlich 35%. Insgesamt wird die Antikörperprävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden zwischen 60 und 80% geschätzt. In den ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe lag der Anteil von HCV-Infizierten bei Patientinnen und Patienten mit illegaler Drogenproblematik nach den Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik bei knapp 50%.

Angesichts hoher Hepatitisprävalenzen unter injizierenden Drogenkonsumenten (insbesondere Hepatitis B und C) wird auch die Behandlung von Hepatitis zu einem wichtigeren Bestandteil der medizinischen Versorgung von Drogenabhängigen. Dazu hat zunächst die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin „Leitlinien für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebrauchern“ veröffentlicht. Am 7. Juni 2008 fand in Hannover von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten eine Konsensuskonferenz zur Erarbeitung einer Leitlinie „Behandlung der Virushepatitis C“ statt. In diesen Leitlinien wird insbesondere eine Hepatitis-Behandlung im Rahmen einer drogenfreien Therapie oder einer

Substitutionsbehandlung empfohlen. In Anbetracht der erheblichen Folgekosten chronischer Hepatitis C ist die Behandlung dieser Erkrankung auch bei Drogenabhängigen nicht nur medizinisch sondern auch ökonomisch wichtig und sinnvoll. Die Behandlung kann unter den richtigen Bedingungen dabei durchaus erfolgreich durchgeführt werden. Im Rahmen der COBRA-Studie war die Behandlung von Hepatitis C während der Substitution bei 56% der Patienten erfolgreich. Dieser Wert entspricht den Erfolgsquoten von Studien in der Allgemeinbevölkerung. In spezialisierten Einrichtungen, wie Substitutionsambulanzen, sind noch bessere Resultate erreichbar. Auch bei gleichzeitigem Vorliegen von psychischen Störungen neben der Drogenabhängigkeit ist eine antivirale Therapie bei Drogenabhängigen möglich.

Zur Verbesserung der präventiven und behandlungsorientierten Angebote fördern das BMG und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit einigen Jahren verschiedene Modellvorhaben und Forschungsprojekte. Unter anderem fördert das BMG seit 2004 das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ bzw. dessen Internationale Fachkonferenzen in Berlin (2004), Wien (2005), Bonn (2006) und Hamburg (2007). Damit wurde nicht nur das Ziel einer erhöhten Aufmerksamkeit rund um das Thema Hepatitis C erreicht, sondern auch eine interdisziplinäre Plattform zum Wissensaustausch und damit zur Fortbildung geschaffen, an der sich neben einer wachsenden Zahl von Verbänden und Einrichtungen u. a. die Deutsche Leberstiftung und das RKI beteiligen.

■ www.hepatitisfachtag.org

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

Das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ publizierte im Rahmen der Dokumentation zum 3. Internationalen Fachtag Hepatitis C Hamburg 2007 ein Factsheet „Fakten zu Hepatitis-C-Virus-Infektionen“. Es ist zur Auslage und Mitnahme in Einrichtungen und Praxen gedacht und zielt als kompakte Kurzinformation auf Mitarbeiter/innen von Drogen- und AIDS-Hilfeeinrichtungen, Betroffene und Infektionsgefährdete sowie Mediziner und deren Mitarbeiter/innen. Es informiert über die Epidemiologie, Prävention und Behandlung der Hepatitis-C-Infektion sowie über den Verlauf der Erkrankung. Individuelle sowie gesundheits- und gesellschaftspolitische Folgen werden beschrieben. Ende 2008 erschien die zweite Auflage.

■ www.hepatitisfachtag.org/aktionsbundnis/pdf_08/factsheet_5.pdf

5.2.4 HIV und Drogenkonsum

In der Gesamtbevölkerung lag die HIV-Inzidenz 2007 bei 3,3 pro 100.000 (2006: 3,2). Eine der bislang wenig bekannten Ursachen für den Anstieg der HIV-Infektionen ist die hohe Zahl der Syphilis-Infektionen in Deutschland. Das Syphilis-Bakterium und andere sexuell übertragbare Erreger führen über die Förderung von entzündlichen Prozessen dazu, dass daran Erkrankte sich leichter mit HIV anstecken. Ist der z. B. an Syphilis Erkrankte bereits mit HIV infiziert, dann kann er das HI-Virus leichter weitergeben.

Das insgesamt relativ gut ausgebaute Substitutionsangebot in Deutschland trägt sicherlich dazu bei, dass die HIV-Infektionsrate unter injizierenden Drogenkonsumenten relativ gering ist. Nach Angaben des RKI stammten 2007 5,5 % (2006: 6,1 %) der Personen mit einer HIV-Erstdiagnose aus der Gruppe der injizierenden Drogenkonsumenten. Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10,1 %. Nach Angaben des BKA wurde bei 3,4 % der Drogentoten (2007: 48 von 1.394) ein positiver HIV-Status festgestellt (2006: 2,9 %). Die Daten der ambulanten Beratungsstellen zeigen im Jahr 2007 eine HIV-Prävalenz von 5,6 % (N=198) unter den Opiatkonsumenten und 4,6 % (N=223) unter den Konsumenten aller illegalen Drogen.



Vorgestellt:
Dr. Doris Radun,
MSc in Infectious Diseases und
Fachärztin für Innere Medizin,
Abt. für Infektionsepidemiologie
am Robert Koch-Institut
(HIV/AIDS und andere sexuell
oder durch Blut übertragbare
Infektionen)

„An meinen Aufgaben schätze ich, dass diese einen gewissen Wirkungsgrad besitzen und dass sie abwechslungsreich und anspruchsvoll sind“, sagt Dr. Doris Radun über ihre Arbeit. „Wichtig ist mir dabei auch die kritische Auseinandersetzung mit Kollegen sowie transparente Kommunikationsstrukturen, und natürlich nette Kollegen bzw. Vorgesetzte.“

Dr. Doris Radun ist Fachärztin für Innere Medizin und Infektions-Epidemiologin.

Seit 2003 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts (RKI). In ihrem Fachgebiet „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ hat sie sich auf die Überwachung der infektionsepidemiologischen Entwicklungen bei Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen spezialisiert.

Zusammen mit ihren Kollegen wertet sie die Meldedaten zu Hepatitis B und C aus, die beim RKI nach dem Infektionsschutzgesetz eingehen. Sie informiert und berät Laien und Fachleute über die Meldepflicht, Übertragungswege und -risiken. Sie geht Häufungen von Hepatitis-B- oder -C-Fällen nach und untersucht gegebenenfalls das Ausbruchsgeschehen.

„Besonders die Hepatitis-C-Meldedaten zeigen immer wieder, dass ein Großteil der Infektionen auf ‚injizierenden Drogenkonsum‘, d. h. auf das Tauschen und Teilen von Injektionszubehör unter Drogenkonsumenten zurückzuführen ist“, berichtet sie. „Besonders jüngere Männer sind davon betroffen. Im medizinischen Bereich (einschließlich des Blutspendewesens) sind die Übertragungsrisiken für Hepatitis C dagegen minimiert worden.“

Sie arbeitet zur Zeit an wissenschaftlichen Projekten zur Evaluierung des Meldesystems, zur Ermittlung von Risikoverhaltensweisen und zur Häufigkeit von Infektionskrank-

heiten unter Haftinsassen in Deutschland sowie zur Schätzung der Anzahl Opiatabhängiger in Berlin.

Der Austausch über aktuelle Forschungsergebnisse und Forschungsaktivitäten auf internationaler Ebene ist ihr wichtig. So vertritt sie Deutschland beim jährlichen Treffen zu Infektionskrankheiten an der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (dem EMCDDA).

Seit Sommer 2008 gibt Dr. Radun ihr Fachwissen auch als wissenschaftliche Koordinatorin des European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) an den wissenschaftlichen Nachwuchs weiter.

Sofern es das berufliche Pensum zulässt, sind ihre bevorzugten Freizeitaktivitäten „Trödeln“, Gartenarbeit, Lesen oder Kochen. „Neue Impulse“ bekommt sie beim Erlernen des Segelns und des Geigenspiels.

EPIET – European Programme for Intervention Epidemiology Training:

■ www.epiet.org

Infektionsepidemiologisches Jahrbuch:

■ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/

5.2.5 Verbreitung von Infektionskrankheiten und Risikoverhaltensweisen in Haft

Daten zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug lagen bislang nur aus vereinzelten Haftanstalten vor, die kaum Rückschlüsse auf die Gesamtversorgungssituation zuließen. Mit der Veröffentlichung von zwei deutschen multizentrischen epidemiologischen Studien (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg/Bremer Institut für Drogenforschung an der Universität Bremen; Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) liegen nun erstmals konsistente Daten über die Anzahl von aktuellen/ehemaligen injizierenden Drogenkonsumenten und drogenassoziierten Infektionserkrankungen aus mehreren deutschen Haftanstalten vor (Abb. 15).

Die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effiziente Substitutionsbehandlung kann auch unter

Haftbedingungen durchgeführt werden. Während sich die Zahl der Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den vergangenen fünf Jahren um 50 % auf über 70.000 Patienten erhöht hat und etwa 45 % der geschätzten 150.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht ab: Lediglich etwa 500–700 der geschätzten 10.000–15.000 in Frage kommenden Gefangenen befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung. Als primäre Behandlungsindikation steht die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Behandlung von HCV-/HIV-Infektionen. Auch hier besteht die Versorgungsleistung vornehmlich in der Therapieweiterführung außerhalb von Haftanstalten begonnener Behandlungen.

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Länder statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern.

■ www.zis-hamburg.de

■ www.wiad.de

Abbildung 15:
Anteil intravenöser Drogenkonsumenten und drogenassoziiierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	IDUs*	HCV	HIV
Haftanstalten ^{1,2}	21,9–29,6 %	14,3–17,6 %	0,8–1,2 %
Allgemeinbevölkerung	0,3 %	0,4–0,7 %	0,05 %
Faktor	73–98-fach	26–32-fach	16–24-fach

* Intravenöse Drogenkonsumenten

Quelle:

¹ Radun et al. 2007: Infektionserkrankungen unter Gefangenen in Deutschland;

² Schulte et al. (im Druck): Suchttherapie und HCV/HIV-Infektionen in deutschen Justizvollzugsanstalten

5.3 Beratung und Behandlung

5.3.1 Psychosoziale Begleitung

Im Nachklang zum Fachtag vom 14. Februar 2007 in Berlin wurden am 23. Mai in Berlin und am 10. Oktober 2008 in Hannover weitere Fachtagungen durchgeführt, um den Stellenwert und die Wirksamkeit der psychosozialen Begleitung einer medikamentengestützten Behandlung Opiatabhängiger zu diskutieren. Im Mittelpunkt stand,

- zu welchen Wirkungen eine gezielte, zielorientierte Betreuung von Substitution führen kann,
- ob die psychosoziale Betreuung von der Zielgruppe akzeptiert wird,
- welchen Nutzen substituierende Arztpraxen durch die psychosoziale Betreuung erfahren,
- welche Fragen zur psychosozialen Betreuung und deren Beantwortung durch Praxis und Forschung offen sind.

Was eine psychosoziale Begleitung im Detail ausmacht und welchen Stellenwert sie für den Erfolg einer Substitutionsbehandlung hat, ist nicht abschließend geklärt. Nach wie vor grenzen sich die bestehenden unterschiedlichen Hilfesysteme von einander ab, statt in Schnittbereichen zu kooperieren. Unbestritten positiv ist allerdings die Akzeptanz der psychosozialen Begleitung bei den Klienten.

Im bundesdeutschen Modellprojekt der heroingestützten Behandlung wurde der Einfluss zweier Ansätze psychosozialer Begleitung untersucht: Die Fortführung der etablierten Drogenberatung mit ergänzender Psychoedukation in wöchentlichen Gruppensitzungen (16 Termine) und das Case Management als strukturiertes, personenzentriertes, nachgehendes Einzelsetting unter Einbezug von Motivierender Gesprächsführung. Die Studie zeigte, dass die Teilnahme an der Psychoedukation sich positiv auf die Compliance bei der Substitutionsbehandlung auswirkt, ebenso wie eine manualgetreue (strukturelle) Umsetzung der psychosozialen Begleitung. Eine längere Betreuungsdauer (Haltekraft) und eine höhere Intensität der psychosozialen Begleitung (Anzahl Kontakte) wirken sich positiv auf den Behandlungserfolg aus.

Die psychosoziale Begleitung ist niederschwelliger Gesprächspartner für die Betroffenen, hilft bei der Orientierung im Umgang mit Ämtern, Formularen, Anträgen; vermittelt Information über Hilfsangebote im sozialen Rahmen und Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung. Die psychosoziale Begleitung konfrontiert aber auch mit Verhaltensauffälligkeiten und stellt letztlich die Verbindung zum Arzt her. Die Drogensozialarbeit stellt die Verbindung zu den Institutionen des sozialen Netzes her und zur realen Lebenswelt des Patienten (z. B. Drogenkonsum, Umgang, Wohnen, Gerichte, Arbeit, Kinder). Sie ist für den Arzt ein notwendiges Korrektiv für die Beurteilung der sozialen und persönlichen Entwicklung des Patienten. In der Schwerpunktpraxis ist es der Idealfall, dass die Drogensozialarbeit in das Team der behandelnden Ärzte und des Krankenpflegepersonals integriert ist. Es finden Qualitätsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

Auf der Fachtagung im Oktober 2008 wurde festgelegt, dass unter Federführung der DHS „Leitlinien für Psychosoziale Begleitung“ erarbeitet werden sollen. In der Arbeitsgruppe sollen Vertreter der Suchtkrankenhilfe, der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung sowie der Kommunalen Spitzenverbände mitwirken.

Was kann in der psychosozialen Begleitung vom psychiatrischen Versorgungssystem gelernt werden? Die Zielsetzung der Psychiatriereform besteht darin, dass sich die Hilfen in diesem Bereich an der Personenzentriertheit orientieren sollen, weg von der Institutionenzentriertheit. Nicht die verfügbare „Bettenzahl“ in den Einrichtungen ist dabei Maßstab der Hilfen, sondern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Bezug auf Wohnform, Arbeit, Tagesgestaltung, Freizeit und Kontakten ermittelt am individuellen Bedarf. Das 2001 eingeführte SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe – hat diesen Prozess maßgeblich unterstützt. Der Mensch mit psychischen Beeinträchtigungen ist Subjekt einer unterstützenden Entwicklung, nicht Objekt von Hilfeleistungen. Eine zentrale Errungenschaft stellt z. B. das „persönliche Budget“ dar (Selbstbestimmung, Flexibilisierung,

Leistungen aus einer Hand). Allerdings ist vieles noch immer nicht (flächendeckend) umgesetzt: die integrierte Versorgung findet nur in Ansätzen statt (auch die im Bereich des SGB V möglichen Medizinischen Versorgungszentren sind nur selten auf die Behandlung von Suchterkrankungen ausgerichtet),

- es gibt kaum Leistungserbringerverbände,
- die Soziotherapieindikation wurde nicht auf Suchtkranke erweitert und
- das „persönliche Budget“ wird bundesweit erst von rund 400 Klientinnen und Klienten in Anspruch genommen.

Der oft der Psychiatrie nachgesagte Hang zur „Medi-zinisierung der Suchtkrankenhilfe“ versperrt den Blick auf die Chancen der Kooperation, um regionale Versorgungsverbände sicherzustellen.

5.3.2 Substitution Opiatabhängiger

Die BÄK hat auf Grundlage der 15. BtMÄndV (Betäubungsmittel-Änderungsverordnung) im Jahr 2002 erstmals den aktuellen Stand des medizinischen Wissens zur Substitution Opiatabhängiger in „Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ niedergelegt. Für 2009 ist eine Novellierung der Richtlinien geplant, um sie an veränderte Erkenntnisse in der Substitution sowie Erfordernisse der Praxis anzupassen. Dazu wurde Anfang 2008 bei den Landesärztekammern eine Umfrage zu aktuellen Problemen der Substitution Opiatabhängiger durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahl der Substituierten in den vergangenen Jahren weiter angestiegen ist, während die Zahl aktiv substituierender Ärzte im gleichen Zeitraum weitgehend konstant blieb, was einer kontinuierlichen Zunahme der Zahl zu substituierender Patienten pro Arzt entspricht. Mehrere Landesärztekammern berichteten insbesondere über zunehmende Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen, die sich vor allem in Urlaubszeiten und an Wochenenden verschärfen. Die Umfrageergebnisse machten zudem deutlich, dass die Motivation, sich dieser Aufgabe zu widmen, in der Ärzteschaft sinkt. Als Gründe wurden

u. a. benannt: hoher Dokumentationsaufwand, verschlechterte Vergütungssituation, vermehrte Kontrollen der Strafverfolgungsbehörden, restriktive Vergaberegulungen insbesondere in Urlaubszeiten sowie an Wochenenden, Probleme bei der Sicherstellung der psychosozialen Betreuung und ein wachsender Anteil schwer kranker Opiatabhängiger.

5.3.3 Substitutionsregister

Nach § 13 Abs. 3 BtMG i.V. 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 opiatabhängige Patientinnen und Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5 a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben (d. h. den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Verschreibung, Name und Adresse der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte sowie ggf. Name und Anschrift des Konsiliarius) zu melden. Ferner haben die Ärztekammern zum 31. März und 30. September eines jeden Jahres der Bundesopiumstelle die Ärztinnen und Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, mitzuteilen.

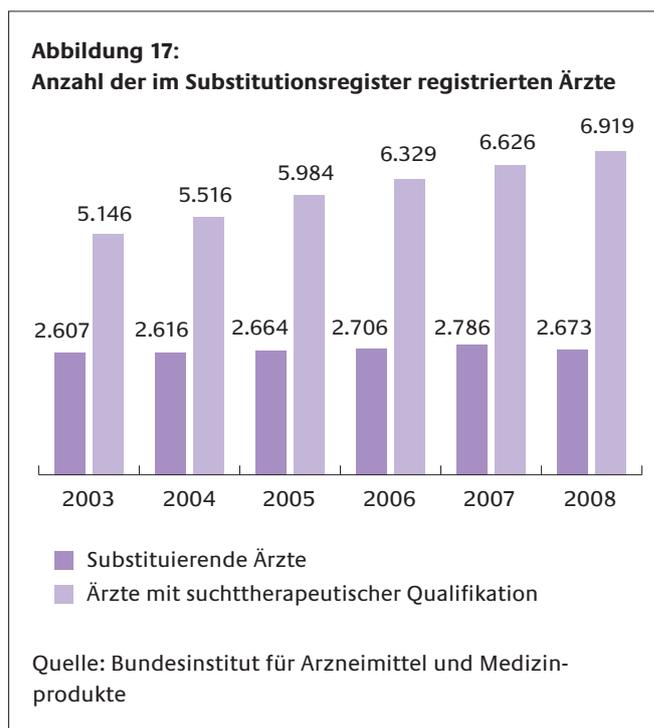
Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Verhinderung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte für dieselben Patienten, die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument und Lieferant valider Daten auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit und Kontrolle im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Informationen zum Substitutionsregister stehen im Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel“ zur Verfügung. Die Meldungen erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder verschlüsselt auf dem elektronischen Weg. In 2008 ging der beim BfArM eingerichtete internetbasierte Formularserver in Betrieb, über den die Meldungen im gesicherten Online-Verfahren an das Substitutionsregister versandt und hier elektronisch in die Datenbank übertragen werden können. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchtherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst.

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich an: Zum 1. Juli 2002 waren 46.000 Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet, zum 1. Juli 2008 waren im Substitutionsregister bereits 72.200 Patientinnen und Patienten verzeichnet (Abb.16).

Im Jahr 2008 wurden rund 47.700 Abmeldungen sowie 50.800 Anmeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohen Zahlen sind die Folge davon, dass oftmals dieselben Patientinnen und Patienten innerhalb weniger Monate entweder durch dieselben Ärztinnen und Ärzte oder verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet werden. Auch seitens der Ärztinnen und Ärzte besteht eine nicht zu vernachlässigende Fluktuation (z. B. in Substitutionsambulanzen), die mit Folgeummeldungen der Patientinnen und Patienten verbunden ist.

Bei der Zahl der meldenden Substitutionsärzte lässt sich bis 2007 ein kontinuierlicher leichter Anstieg feststellen. Im Jahr 2008 haben Ärztinnen und Ärzte mit nur wenigen angemeldeten Patientinnen und Patienten auf individuelle Nachfrage des BfArM rückwirkend mitgeteilt, dass sie keine Substitutionsbehandlungen mehr durchführen, so dass die Zahl in 2008 auf 2.673 substituierende Ärztinnen und Ärzte gesunken ist. Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und registrierten suchtherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und



Ärzte (2008: ca. 6.900) liegt deutlich höher als die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte (Abb. 17).

In 2008 haben ca. 450, das entspricht in etwa 17 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzte die Konsiliar-Regelung genutzt (2007: etwa 18 %).

Rund 15 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

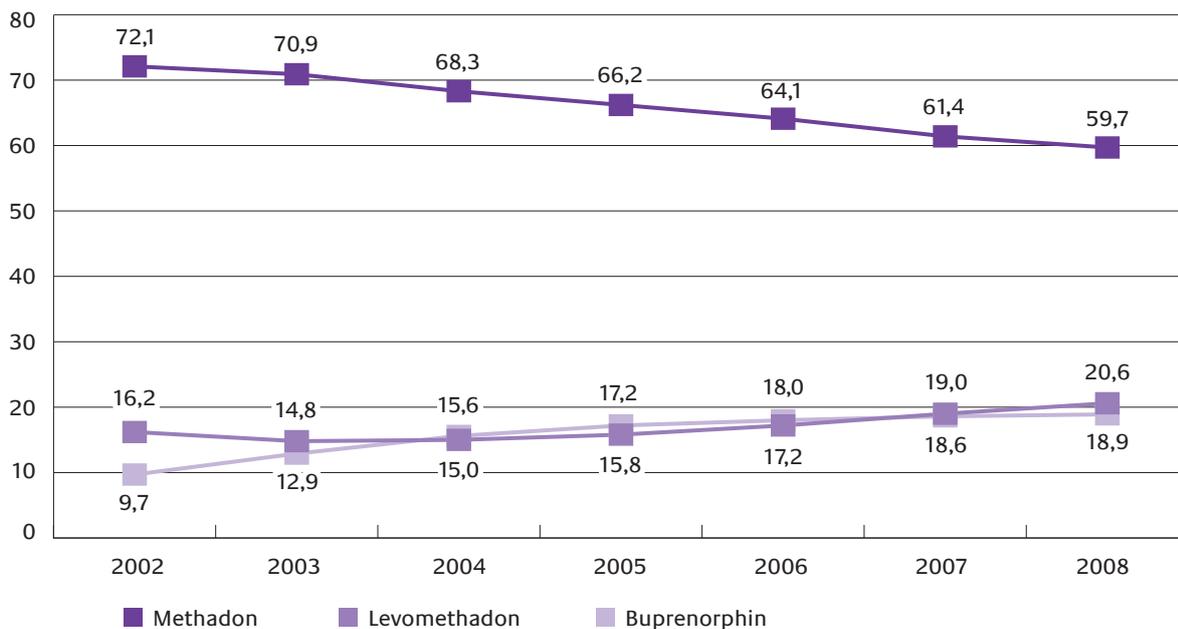
Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon (2008: 59,7%). Allerdings steigt seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin (von 9,7% in 2002 auf 18,9% in 2008) und Levomethadon (von 16,2% in 2002 auf 20,6% in 2008, Abb. 19). Weitere gemeldete Substitutionsmittel im Jahr 2008 waren: Dihydrocodein (0,4%), Diamorphin (0,3%) und Codein (0,1%).

Abbildung 18:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Ärztin und Arzt

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Ärztin/Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärztinnen/Ärzte (Stichtag 01.07.2008)
bis zu 3	25,2 %
4–50	56,5 %
51–150	16,6 %
über 150	1,7 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abbildung 19:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

2008 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 220 Doppelbehandlungen von Patientinnen und Patienten (2007: ca. 210) bestätigt, die von den betroffenen Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 181 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (d.h. die Namen und Adressen der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, der Konsiliaren und der suchtherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte sowie die Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung (Abb. 20). Dies erfolgt – in Anpassung an moderne elektronische Kommunikationswege unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Aspekte – über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungsbehörden half diesen – wie in den vergangenen Jahren – bei Verstößen gegen das BtM-Recht korrigierend tätig zu werden.

Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister.

Die durchschnittliche Relation der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierender/n Ärztin/Arzt beträgt bundesweit 27,5.

Die durchschnittliche Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl variiert stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, weisen Stadtstaaten wie Hamburg und Bremen auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen dürften (Abb. 22). In den neuen Ländern ist im Gegensatz zu den meisten alten Bundesländern von einer relativ geringen Zahl an Substitutionspatientinnen und -patienten auszugehen.

Die Validität (Realitätsnähe) der statistischen Auswertungen des Substitutionsregisters ergibt sich aus den Vorgaben der BtMVV und steht in unmittelbarem

Abbildung 20:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und der im Substitutionsregister erfassten Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2008	substituierende Ärzte in 2008
Baden-Württemberg	9.981	431
Bayern	8.220	298
Berlin	4.599	158
Brandenburg	64	8
Bremen	1.779	72
Hamburg	4.825	108
Hessen	6.614	230
Mecklenburg-Vorpommern	230	20
Niedersachsen	6.977	270
Nordrhein-Westfalen	21.982	756
Rheinland-Pfalz	2.239	85
Saarland	744	20
Sachsen	756	24
Sachsen-Anhalt	698	34
Schleswig-Holstein	3.343	134
Thüringen	404	25

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Zusammenhang mit der Vollständigkeit und Qualität der Meldungen der Ärztinnen und Ärzte.

■ www.bfarm.de

Abbildung 21:
Durchschnittliche Relation der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt

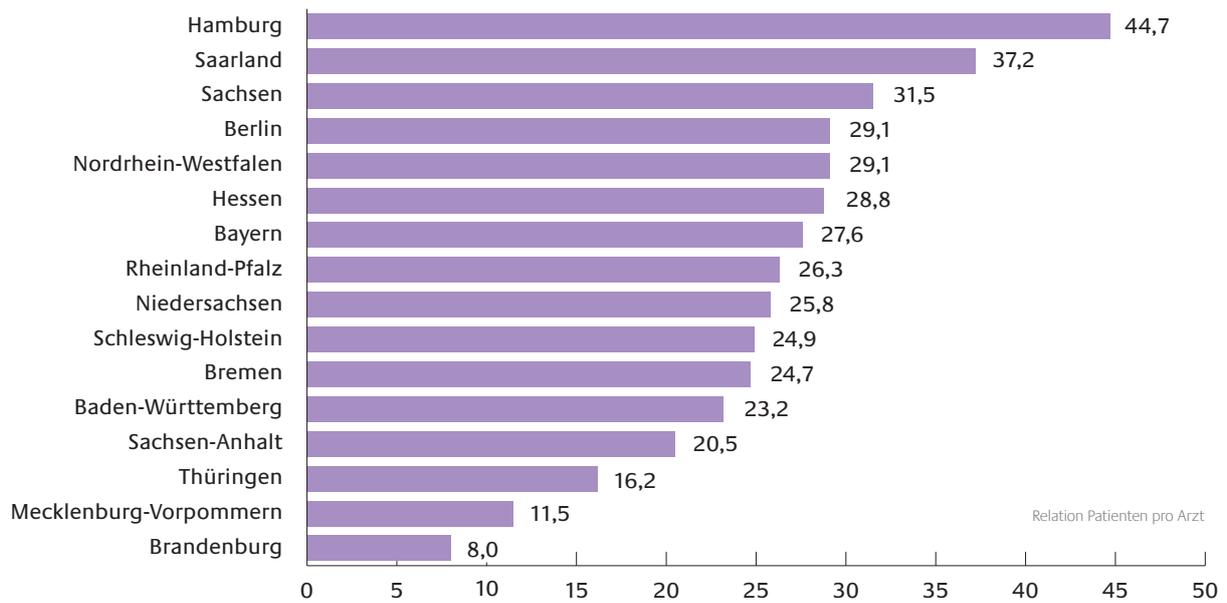
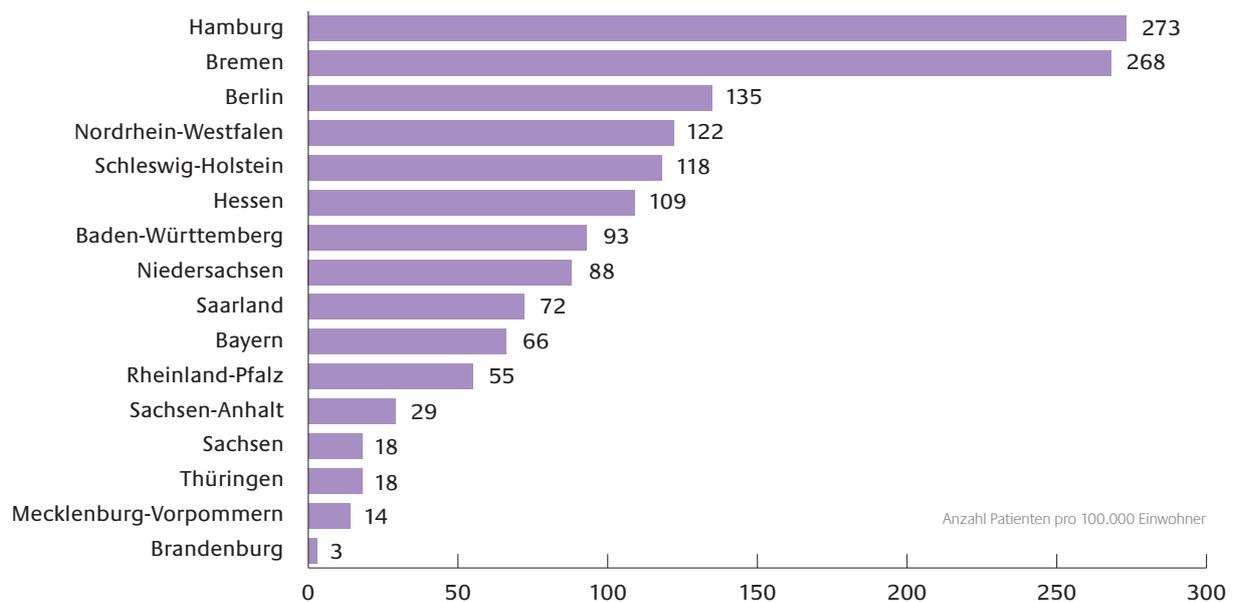


Abbildung 22:
Gemeldete Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.10.2008)



Quelle Abb. 21/22: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

5.3.4 Modellprojekt zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger

Das Bundesmodellprojekt zur diamorphingestützten (heroingestützten) Behandlung, das die Effekte der Diamorphin, einerseits im Vergleich zur Methadonbehandlung und andererseits im langfristigen Verlauf untersuchte, wurde von 2001 bis Ende 2007 durchgeführt. Es wurde von einer gemeinsamen Initiative des BMG, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt/Main, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die BÄK beratend begleitet. Die wissenschaftliche Projektleitung lag beim Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. Zentraler Bestandteil war eine multizentrische, randomisierte und stratifizierte Kontrollgruppenstudie.

Seit 2008 liegen alle Auswertungen des Bundesmodellprojekts zur heroingestützten Behandlung vor. Mit den jüngsten Ergebnissen wurden erstmalig Erkenntnisse über den kontinuierlichen Verlauf einer mindestens vierjährigen Diamorphinbehandlung gewonnen. Dabei werden die Resultate aus den vorangegangenen Studienphasen untermauert. Die Diamorphinbehandlung erweist sich hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verringerung bzw. Abstinenz des Konsums harter Drogen sowie der verbesserten sozialen Integration langfristig als erfolgreiche Therapie schwerstabhängiger Heroinkonsumenten. Die größten Effekte sind in den ersten zwölf bzw. 24 Monaten der Therapie festzustellen. Eine positive Beendigung der Behandlung im Sinne eines Wechsels in eine andere Substitution- oder Abstinenzbehandlung erfolgt im Mittel nach 18 Monaten. Dennoch sind bei denjenigen, die noch nicht in weiterführende Therapien vermittelt werden konnten, auch im dritten und vierten Behandlungsjahr noch wichtige Verbesserungen insbesondere in Bezug auf den Beikonsum illegaler Drogen (v. a. Kokain), der Wohn- und Arbeitssituation bzw. sozialer Integration erreicht worden. Die positive Entwicklung der beruflichen Integration ist ein weiteres Beispiel dafür, dass sich soziale Veränderungen bei langjährig Drogenabhängigen erst zu einem späteren Zeitpunkt der Substitutionsbehandlung einstellen. Die (zwei- bis

dreimal tägliche) Einnahme des Diamorphins behindert die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit kaum bzw. sie kann an die (beruflichen) Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

Der Einsatz von Diamorphin ist zurzeit auf Basis einer Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 des BtMG zu einem im öffentlichen Interesse liegenden Zweck möglich. Alle an dem Heroinprojekt beteiligten Städte haben die Erlaubnis zur Fortführung der Diamorphintherapie für die noch in der Behandlung befindlichen Patienten beim BfArM beantragt und erhalten. In Frankfurt/Main, Köln und Karlsruhe wurden darüber hinaus neue Patienten in die heroingestützte Therapie aufgenommen. Derzeit werden ca. 300 Patienten und Patientinnen mit Diamorphin behandelt (Stand Ende 2008).

Mit Abschluss des Modellprojekts wurde ein – vom BMG gefördertes – Qualitätssicherungsprojekt eingeführt. Unter Verwendung eines im Rahmen des Projekts entwickelten Dokumentationsinventars kann ein umfassendes und langfristiges Monitoring sowie im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Diamorphinbehandlung in Deutschland erfolgen. Damit ist die gleich bleibende Kontinuität der Qualität der Diamorphinbehandlung gegeben. Auf der Basis der strukturierten Verlaufsbeobachtung können aktuelle Informationen zur diamorphingestützten Behandlung in Deutschland zeitnah erfasst und ausgewertet werden.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung besuchte im August 2008 die Heroinambulanzen in Frankfurt/Main und Karlsruhe sowie im Oktober in Bonn, um sich vor Ort über die aktuelle Entwicklung zu informieren. Sie konnte sich von der Qualität der Behandlung überzeugen und war mit der Sorge der Klienten und Mitarbeiter konfrontiert, dass es noch immer keine abschließende rechtliche Implementierung dieser zusätzlichen Behandlungsform langjähriger Heroinabhängiger, denen andere Behandlungen nicht geholfen haben, gibt.

Im November 2007 hatte der Bundesrat einen Gesetzentwurf zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in den Deutschen Bundestag eingebracht (Drs 16/7249). Im März 2009 folgte ein weiterer

Gesetzentwurf von Abgeordneten der Fraktion der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke (BT Drucksache 16/11515). Beide Gesetzentwürfe zielen darauf ab, die diamorphingestützte Behandlung in die Regelversorgung zu überführen. Die CDU/CSU-Fraktion hat zeitgleich einen Antrag auf den Weg gebracht, nach dem zunächst künftige Optionen durch ein neues Modellprojekt zur heroingestützten Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger evaluiert werden sollen (BT Drucksache 16/12238).

Eine Entscheidung des Bundestages über diese Initiativen wird bis zum Abschluss der 16. Legislaturperiode erwartet.



Vorgestellt:
Martin Gauly,
stellvertretender Leiter der
Heroinambulanz der Arbeiter-
wohlfahrt (AWO), Karlsruhe
(bis März 2009)

„Mich fasziniert immer wieder, zu welchen Veränderungen Menschen in der Lage sind. Wichtig ist, dass man den Menschen zutraut, ihrem Leben eine neue Wendung zu geben, und mit Ihnen Schritt für Schritt daran arbeitet“, sagt Martin Gauly, Diplomsozialarbeiter und stellvertretender Leiter der Heroinambulanz der AWO. Dieser „therapeutische Optimismus“ motiviert Martin Gauly bei seiner täglichen Arbeit mit Drogenabhängigen.

Jeden Vormittag kommen 60 bis 70 Drogenpatienten in die AWO-Ambulanz in Karlsruhe. Sie nehmen dort ihre Medikamente ein und nutzen auch die anderen therapeutischen Angebote. Für Martin Gauly bedeutet das, dass er an einem Vormittag 15 bis 20 Einzelgespräche führt. „Wenn ich frei bin, steht meine Tür offen. Die Patienten wissen dann, dass ich Zeit habe für ein Gespräch mit Ihnen. Zweimal wöchentlich können die Patienten an unserer Gruppentherapie teilnehmen“, berichtet Martin Gauly über seine Arbeit. Nachmittags, wenn es in der Ambulanz ruhiger wird, nimmt er sich Zeit für längere Gespräche mit den Patienten und erledigt

Dokumentationsaufgaben, Korrespondenz, Telefonate oder Hausbesuche.

Wie findet man privat einen Ausgleich, wenn man täglich mit den Lebensschicksalen von drogenabhängigen Menschen konfrontiert wird? „Ich bin gerne in der Natur aktiv, ich rudere, wandere und fahre Fahrrad. Das hilft mir abzuschalten.“

Schon als Jugendlicher war Martin Gauly gerne nah bei den Menschen. Das wurde ihm klar, als er sich ehrenamtlich in der Jugendarbeit engagierte. Nach dem Abitur entschloss er sich dann, Sozialarbeit zu studieren. 30 Jahre Berufserfahrung als Sozialarbeiter in verschiedensten Bereichen liegen nun hinter ihm und er ist immer noch mit Leib und Seele dabei.

Nach Tätigkeiten in einer Einrichtung der Jugendhilfe und einem Projekt der Wohnungslosenhilfe war er lange Jahre für den Sozialen Dienst der Stadt Karlsruhe tätig. „Das war eine wichtige Station für mich“, berichtet Martin Gauly, „weil ich da mit allen möglichen Problemen von Menschen in einem Stadtteil zu tun hatte.“

Zur Drogenhilfe kam er vor 14 Jahren fast zufällig und ist gerne dabei geblieben. Eine befreundete Substitutionsärztin beteiligte sich an einem Modellprojekt des Landes Baden-Württemberg und bat ihn, als Sozialarbeiter mitzuarbeiten. Als sich dann die Stadt Karlsruhe und die AWO an der Studie zur heroingestützten Behandlung beteiligten, habe er das als interessante Aufgabe angesehen: „Das Projekt machte mir viel Freude, ich habe viele neue Erfahrungen gesammelt.“

Die AWO-Ambulanz Karlsruhe wurde 2002 als das Karlsruher Zentrum für die Heroinstudie gegründet. Seit 2004 bietet sie auch unabhängig von dem Modellprojekt Substitutionsbehandlung an. Aktuell werden in der AWO-Ambulanz 80 Drogenpatienten behandelt, davon etwa ein Viertel mit Diamorphin, der größere Teil mit Substitutionsmitteln.

„Für eine bestimmte Gruppe von Heroinabhängigen ist die Diamorphinbehandlung die richtige und notwendige Hilfeform. Das hat die Heroinstudie eindeutig gezeigt“, so Gauly. „Ich hoffe nun, dass die Politik die Möglichkeit schafft, dass sich die heroingestützte Behandlung in Deutschland etablieren kann. 2.000 bis 3.000 Menschen in Deutschland brauchen diese Behandlung. Wir dürfen sie nicht dem Elend der Drogenszene überlassen.“

■ www.awo-karlsruhe.de

(Seite der AWO-Ambulanz unter „Einrichtungen“ und „Drogenhilfe“)

5.4 Regulierung und Angebotsreduzierung

5.4.1 Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften

Mit der 23. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (23. BtMÄndV) sollen die Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) über die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen erweitert werden. Vor allem soll § 5 BtMVV zu zwei wichtigen Punkten ergänzt werden:

- Um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärztinnen und Ärzte besser überbrücken zu können, soll eine modifizierte Vertreterregelung geschaffen werden.
- Es soll die zusätzliche Möglichkeit des Verschreibens eines Substitutionsmittels für bis zu zwei Tage geschaffen werden, um die durchgehende und flächendeckende Versorgung der Substitutionspatientinnen und -patienten, z. B. an Wochenenden, zu gewährleisten.

Zudem ist beabsichtigt, die Höchstverschreibungsmenge für Fentanyl und die Liste der Substitutionsmittel an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen sowie die Höchstverschreibungsmengen für die Stoffe Modafinil und Phenmetrazin zu streichen, da diese Wirkstoffe nicht mehr der Anlage III zum BtMG unterstellt sind. Die BtMVV soll auch an die Anlagen der Dritten Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen vom 5. September 2007 angeglichen werden. Die 23. BtMÄndV ist am 25. März 2009 in Kraft getreten.

5.4.2 Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Droгенаusgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die in großem Umfang legal gehandelt werden, aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt werden. Die welt-

weite Kontrolle und Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen stellt daher einen unverzichtbaren und wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar. Sie wird durch ein System internationaler, gemeinschaftsrechtlicher und nationaler Vorschriften geregelt. So ist der Verkehr mit Grundstoffen Teil des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das Gemeinschaftsrecht regelt sowohl den europäischen Binnenhandel mit Grundstoffen als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern. Die 23 Chemikalien unterliegen hier je nach Stoffkategorie unterschiedlich strengen Kontrollen, um den normalen Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren. Die Kontrollverfahren berücksichtigen die Eigenschaften, den Handelsumfang und Verwendungszweck sowie die Bestimmungsländer der Grundstoffe. Diese Gemeinschaftsvorschriften werden gegenwärtig evaluiert; in der zweiten Jahreshälfte 2009 ist hierzu ein Bericht der Europäischen Kommission vorgesehen. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 ergänzt die drei unmittelbar geltenden EG-Verordnungen um erforderliche Regelungen zur behördlichen Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

5.5 PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger – Prädiktoren, Moderatoren und Outcome

Obwohl die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit und Sicherheit einer auf Dauer angelegten („maintenance“) Substitutionsbehandlung erwiesen ist, ist der mehrjährige Langzeitverlauf substituierter Opiatabhängiger unklar und schlecht untersucht. National und international fehlen bislang Daten darüber, wie häufig die zentralen Erfolgsparameter stabile Substitution, Besserung der somatischen und psychischen Gesundheit, Reduktion von Delinquenz, Freiheit von begleitendem Drogengebrauch sowie Abstinenz überhaupt und langfristig erreicht werden und welche Patienten- und Versorgungsmerkmale mit dem langfristigen Therapieerfolg einer Substitutionstherapie assoziiert sind. Um

diese Erkenntnislücke zu schließen, wird auf der Grundlage einer bundesweit repräsentativen klinisch-epidemiologischen Studie der klinische, psychopathologische, soziale und substanzbezogene Verlauf und Outcome von mehr als 2.600 Patienten und Patientinnen aus 223 Einrichtungen längsschnittlich über bis zu fünf Jahre untersucht und beschrieben. Die Studie, durchgeführt im Forschungsverbund ASAT (Bayern/Sachsen, siehe F 2), stellt somit eine Kombination

- einer bundesweiten, klinisch-epidemiologischen Studie zu zentralen Parametern der Versorgungsstruktur für Heroinabhängige in Substitution und
- einer längsschnittlichen Kohortenstudie repräsentativ ausgewählter Patientinnen und Patienten mit vier Messzeitpunkten zum Untersuchungsbeginn sowie nach 12, 36 und 48 Monaten dar.

Mitte 2009 werden erste Ergebnisse der Studie vorgelegt, die durch das BMG gefördert wird.

- www.premos-studie.de

6 Pathologisches Glücksspiel

6.1 Glücksspielverhalten in Deutschland

In einer bundesweiten Repräsentativbefragung im Jahr 2007 hat die BZgA 10.000 Bundesbürger im Alter von 16 bis 65 Jahren zu ihrem Glücksspielverhalten befragt. Die Studie bildet den Ausgangspunkt für die Beobachtung der Entwicklung des Glücksspielverhaltens in Deutschland und soll durch weitere Befragungen in den kommenden Jahren Auskunft über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verhinderung von Glücksspielsucht geben.

Die im Jahr 2008 veröffentlichten Studienergebnisse zeigen, dass die Teilnahme an Glücksspielen um Geld in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet ist. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) hat in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung ein oder mehrere Glücksspiele gespielt, dabei ist die Teilnahme am Glücksspiel bei Männern (60 %) höher als bei Frauen (50 %). Am weitesten verbreitet ist die Teilnahme an den Lotterien „Lotto 6 aus 49“, „Super 6“ und „Spiel 77“. Mehr als ein Drittel der Befragten (35 %; Männer 40 %, Frauen 31 %) haben „6 aus 49“ gespielt, mehr als ein Viertel von allen Befragten (28 %; Männer 32 %, Frauen 25 %) „Spiel 77“ oder „Super 6“.

Nicht alle Teilnehmenden an Glücksspielen können mit den Glücksspielangeboten verantwortungsvoll umgehen. Für einige sind die Verlockungen des Glücksspiels so groß, dass sie die Kontrolle über ihr Spielverhalten verlieren und eine Glücksspielsucht entwickeln. Nach den Studienergebnissen ist das Glücksspielverhalten von rund 0,2 % der Befragten als äußerst kritisch einzustufen und als Glücksspielsucht einzuordnen. Umgerechnet auf die Bevölkerung ist damit von etwa 100.000 Glücksspielsüchtigen auszugehen. Weitere 0,4 % in der Untersuchungsgruppe – dies sind umgerechnet etwa weitere 225.000 Glücksspielende in Deutschland – weisen ein Glücksspielverhalten auf, das als problematisch betrachtet werden muss und möglicherweise in ein süchtiges Glücksspielverhalten führt.

Dabei weisen die einzelnen Glücksspielangebote bei Spielenden mit einem unproblematischen Glücksspiel-

verhalten im Vergleich zu glücksspielsüchtigen Spielenden deutliche Unterschiede auf. Die größte Anziehungskraft für Glücksspielsüchtige findet sich im Bereich der Sportwetten, beim kleinen Spiel in Spielbanken (Glücksspielautomaten), Glücksspielen im Internet und bei Geldspielgeräten. So ist z. B. die Wahrscheinlichkeit, dass problematische oder süchtige Glücksspielende an Geldspielgeräten spielen oder am kleinen Spiel in Spielbanken teilnehmen, um das Neunfache höher als für Personen, deren Glücksspielverhalten unproblematisch ist.

Im Vergleich zu anderen Suchterkrankungen sind von Glücksspielsucht bisher nur wenige Personen betroffen. Für diese stellt jedoch die Glücksspielsucht eine existentielle Bedrohung dar. Durch die Intensivierung der Maßnahmen zur Prävention von Glücksspielsucht kann erreicht werden, dass sich diese in der Bevölkerung nicht weiter ausbreitet. Zusätzliche Anstrengungen sind dafür notwendig.

6.2 Zweites Werkstattgespräch zur Glücksspielsuchtprävention

Das erste bundesweite Werkstattgespräch zum Pathologischen Glücksspiel wurde im Januar 2007 gemeinsam mit Vertretern der Suchtprävention der Länder, des Deutschen Lotto- und Totoblocks, der BZgA sowie Wissenschaftlern durchgeführt und diente dem Austausch über die bestehenden Konzepte und der Verständigung auf abgestimmte Standards der aktiven Suchtprävention im Pathologischen Glücksspiel. Ziel war ein überzeugendes Gesamtbild mit gemeinsamen Kriterien für eine aktive und effektive Suchtprävention des Glücksspiels.

Im März 2008 fand erneut auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ein zweites Werkstattgespräch statt. Im Vordergrund stand die Darstellung der Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen seit in Kraft treten des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen am 1. Januar 2008. Dabei wurden der Handlungsbedarf und die erforderliche Stan-

dards zur Suchtprävention als Kernziel der staatlichen Glücksspielangebote diskutiert.

Als bereits realisierte Maßnahmen wurden bundesweit differenzierte Hilfs- und Beratungsangebote für Menschen mit einem problematischen Glücksspielverhalten hervorgehoben. Dazu zählen die Bereitstellung von Informationsmaterialien, telefonische Beratungsangebote, eine breite mediale Informationskampagne sowie Beratungsangebote in den Suchthilfeeinrichtungen und im Internet zur Glücksspielsucht. Es wurde deutlich, dass die Aktivitäten der Bundesländer wesentlich dazu beitrugen, dass die Angebote zur Prävention flächendeckend möglich sind und deren Qualität steigt. Es wurden ergänzende Anforderungen an die Suchtprävention des Glücksspiels sowie zum Umsetzungsbedarf einzelner Regelungsbereiche nach dem Staatsvertrag diskutiert.

6.3 Staatsvertrag zum Glücksspielwesen

Das Bundesverfassungsgericht forderte in seinem Urteil vom 28. März 2006 zur Aufrechthaltung des staatlichen Wettmonopols die Länder auf, den Bereich der Sportwetten neu zu regeln und konsequent am Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren auszurichten. Von den Ministerpräsidenten der Länder wurde dies im neuen Staatsvertrag zum Glücksspielwesen vom 13. Dezember 2006 umgesetzt, der am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist. Die Zweckbindung der Gewinne aus dem staatlichen Glücksspiel wurde im Staatsvertrag um verbindliche Angebote zur Suchtprävention ergänzt. Die Landeslotteriegesellschaften haben nach dem Staatsvertrag über die Ausführungsgesetze die Aufgabe, im Rahmen von Sozialkonzepten ein bundesweit zur Verfügung stehendes, aktives Angebot zur Suchtprävention innerhalb eines bundesweiten Gesamtkonzepts zu gewährleisten. Drei Jahre nach Inkrafttreten des Staatsvertrages wird dieser durch die Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder unter Mitwirkung des Fachbeirats evaluiert.

6.4 Beitrag der Länder zur Prävention des pathologischen Glücksspiels

6.4.1 Einrichtung von Fachberatungen für Glücksspielsucht im ambulanten Netzwerk der Hessischen Suchthilfe

Im Zuge des seit 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Hessischen Glücksspielgesetzes übertrug das Land Hessen der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) die Aufgabe, Hilfen im Bereich der Prävention und der Beratung für pathologische Glücksspieler und Glücksspielerinnen sowie deren Angehörige zu organisieren. Seit dem Frühjahr 2008 wurden in Hessen in 15 Suchtberatungsstellen mit 13 zusätzlichen Vollzeitstellen spezielle Angebote für Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten und deren Angehörige eingerichtet. 19 Fachberaterinnen und Fachberater für Glücksspielsucht stehen damit seit Mitte 2008 insgesamt zur Verfügung, die regelmäßig im Rahmen der Qualitätssicherung in Fortbildungen und einem landesweiten Arbeitskreis themenaktuell geschult werden. Diese Weiterbildungen dienen dem Wissenstransfer und dem fachlichen Austausch und ermöglichen eine Rückkopplung der Aktivitäten auf Bundesebene. Die verbindliche Arbeitsgrundlage bildet eine mit dem hessischen Sozialministerium abgestimmte Rahmenkonzeption. Die Dokumentation der Aktivitäten erfolgt mit dem EDV-gestützten Dokumentationssystem Horizont und auf Basis des von der HLS erarbeiteten Dokumentationskataloges. Dieser lehnt sich an das Bundesmodell „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ (siehe B 6.5) an. Die HLS erstellte zum Bekanntmachen des neuen Angebotes einrichtungsübergreifende Materialien in Form einer sechsseitigen Broschüre und eines Flyers. Mit dem Landesprojekt wird der Schwerpunkt „Glücksspielsucht“ in die bestehenden Netzwerkstrukturen der hessischen Suchthilfe integriert und gleichzeitig mit themenbezogenen Projektmaßnahmen auf der Bundesebene koordiniert.

■ www.hls-online.org/Lotto.html

6.4.2 Verstärkung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei problematischem und pathologischem Glücksspielverhalten

Das Land Niedersachsen hat im Rahmen der Neuordnung des Glücksspielrechts am 17. Dezember 2007 beschlossen, zukünftig dem Schutz der Bevölkerung vor übermäßigem Spiel und dem Schutz der Jugend Vorrang einzuräumen. Hierfür investiert das Niedersächsische Ministerium für Inneres, Sport und Integration in den Jahren 2008–2011 insgesamt 3,2 Mio. Euro. Seit Jahresbeginn 2008 haben niedersachsenweit 24 Fachkräfte zur Prävention und Beratung bei Glücksspielsucht ihre Arbeit aufgenommen. Sie sind – gezielt intendiert und konzeptioniert – organisatorisch und fachlich ein- und angebunden an die regionalen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und stellen somit eine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen sicher.

Die Fachkräfte bringen sich in die Planung, Entwicklung und Durchführung von Konzepten und Strategien zur Suchtprävention, dem Knüpfen regionaler Netzwerke, der Aufklärung und Beratung aktiv in die regionale Glücksspielsuchtprävention ein. Zusätzlich gilt es, Glücksspieler mit einem riskanten oder süchtigen Spielverhalten möglichst frühzeitig zu erreichen und spezielle Angebote für diese Zielgruppe vorzuhalten. Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen koordiniert diese Aktivitäten und berät darüber hinaus themenbezogen die Glücksspielaufsicht des Landes. Der flächendeckende dezentrale Versorgungsansatz hat sich bewährt, was sich durch eine Zunahme an Beratungs-Nachfrage belegen lässt. Zudem hat sich die länderübergreifende Zusammenarbeit mit Hessen und Bremen als erfolgreich sowohl bei der konzeptionellen Vorbereitungsarbeit als auch in der gegenseitigen Öffnung für eine Beratung nachsuchender Klienten erwiesen.

■ www.nls-gluecksspielsucht.de

6.4.3 Kampagne „Ich mach das Spiel nicht mit“

In Nordrhein-Westfalen (NRW) werden im Rahmen der Kampagne „Ich mach das Spiel nicht mit“ ein breites Spektrum von Präventions- und Hilfsmaßnahmen zur Eindämmung der Glücksspielsucht vorgehalten. Dazu gehört ein differenziertes Netz spezieller Präventions- und Hilfeangebote für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen. Sie reichen von niedrigschwelligen Angeboten wie der telefonischen Infoline „Glücksspielsucht NRW“ über spezialisierte Beratungsangebote an inzwischen 17 Standorten bis hin zu Angeboten der ambulanten Rehabilitation für Glücksspielsüchtige an mittlerweile zehn Standorten in NRW. Die fachliche Koordination und Begleitung der Maßnahmen erfolgt durch die bereits 2002 eingerichtete Landesfachstelle Glücksspielsucht in Herford. Neben ihren koordinierenden Aufgaben führt die Landesfachstelle insbesondere Qualifizierungsmaßnahmen für Beschäftigte in Suchtberatungsstellen durch und wirkt bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der Präventions- und Hilfsmaßnahmen mit. Ihre Arbeit wird durch die drei Schwerpunktberatungsstellen in Herford, Unna und Neuss unterstützt. Dies ermöglicht es insbesondere, dass das Infotelefon Glücksspielsucht durchgängig mit erfahrenen Suchtberatern besetzt ist und damit eine sehr frühe Hilfe geleistet werden kann. Für rund drei Viertel der Anrufer war diese Infoline der erste Kontakt zum Suchthilfesystem. Außerdem umfasst die Kampagne umfassende Informations- und Aufklärungsmaterialien, die im Internet abrufbar sind.

■ www.gluecksspielsucht-nrw.de

6.4.4 Landesprogramm zur Spielsuchtbekämpfung

Im Zuge der Umsetzung des Landesglücksspielgesetzes Rheinland-Pfalz wurde beim Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. eine Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ eingerichtet. Die Aufgaben der Fachstelle umfassen die modellhafte Erprobung von Präventionskonzepten, die Unterstützung der Fachkräfte vor Ort, die landesweite Koordination von Präventionsmaßnahmen, die Durchführung von Fachtagungen sowie

die Entwicklung von geeigneten Präventionsmaterialien. Die Suchtberatungsstellen haben die Möglichkeit, einen Schwerpunkt „Glücksspielsucht und andere Verhaltenssuchte“ zu bilden und dieses Aufgabenfeld mit einer zusätzlichen Fachkraft zu besetzen. Mit 15 Vollzeitstellen, die eine Landesförderung von 90 % aus Mitteln von Lotto Rheinland-Pfalz und einen einmaligen Sachkostenzuschuss erhalten, wird eine flächendeckende Versorgung, auch in ländlichen Regionen, angestrebt. Aufgabenschwerpunkt ist – neben der Prävention, Frühintervention, Beratung, Therapievermittlung und der Begleitung von Selbsthilfe – auch die Beratung überschuldeter Spielsüchtiger. Darüber hinaus wird das Kompetenzzentrum Verhaltenssucht des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für die wissenschaftliche Beratung und Begleitforschung der Präventions- und Interventionsstrategien sowie der Beratungs- und Behandlungskonzepte gefördert.

■ www.lzg-rlp.de/html/fachstelle_gluecksspielsucht.html

6.5 Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“

Das im Herbst 2007 begonnene dreijährige Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“, das vom BMG finanziert wird, befindet sich nach erfolgreicher Startphase nun in der Umsetzung. Hauptziele des Projektes sind die fachliche Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ambulanten Suchtberatungsstellen im Umgang mit Pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern sowie deren Angehörigen, um in diesem Zusammenhang mehr Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten zu einem früheren Zeitpunkt der Sucht zu erreichen. Innerhalb von neun Fortbildungen, von denen im Jahr 2008 bereits drei stattgefunden haben, wird das Qualifizierungscurriculum umgesetzt und kontinuierlich fortgeschrieben. Die Seminararbeit wird von Experten aus der Glücksspiel(sucht)forschung, -beratung und -therapie unterstützt. Insgesamt nehmen Vertreter von bundesweit 17 Suchtberatungsstellen teil. Zur Zielerreichung vor Ort werden unterschiedliche öffentlichkeitswirksame Maßnahmen erprobt sowie Kooperationen

u. a. mit Spielerselbsthilfegruppen, Arbeitsagenturen, Schuldnerberatungsstellen ausgebaut bzw. neue Gruppen initiiert. Das Bundesmodell ist mit den Länderprojekten vernetzt. Erste Auswertungsergebnisse lassen die Aussage zu, dass die Anzahl der vom Suchthilfesystem erreichten Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten durch die Angebote gesteigert werden kann. Die DHS koordiniert das Projekt und führt die Schulungen durch. Die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH evaluiert und begleitet das Modellprojekt.

■ www.dhs.de/web/projekte/gluecksspiel.php



Vorgestellt:
Wolfgang Schmidt,
Geschäftsführer der
Hessischen Landesstelle
für Suchtfragen (HLS)

„Kompetent durch Erfahrung – Innovativ durch Flexibilität“. Das ist der Leitspruch der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS), den sich auch ihr Geschäftsführer Wolfgang Schmidt zu eigen gemacht hat: „Hierin drückt sich meine Haltung aus, auf Vorarbeiten aufzubauen, allerdings nicht darin zu verhaften, sondern offen zu sein, um kreativ neue Ideen zu entwickeln und umzusetzen. Ohne gut funktionierendes Teamwork geht das natürlich nicht.“

Gute Arbeitsorganisation ist erforderlich, wenn man wie Wolfgang Schmidt noch in fünf weiteren nationalen wie internationalen Gremien aktiv ist, wie zum Beispiel in der Arbeitsgruppe Prävention des Nationalen Drogen- und Suchtrates und in der Plattform „Prävention“ der Pompidou-Gruppe im Europa-Rat. Wolfgang Schmidt ist Erziehungswissenschaftler und Suchttherapeut und schon seit 1983 in der Suchthilfe tätig.

Die Faszination, die die Wirkung psychoaktiver Substanzen auf Menschen seit Alters her ausübt, hat ihn schon als Jugendlicher interessiert. „Auch wenn sich das Wort ‚Sucht‘

nicht von ‚suchen‘ ableitet, sondern von ‚siechen‘, bin ich überzeugt“, so Schmidt, „dass der Konsum von Suchtmitteln durchaus mit der Suche nach ‚etwas‘ zu tun hat, oftmals nach unerfüllten spirituellen Bedürfnissen. Dass diese ‚Ersatzbefriedigungen‘ auch bis zur Zerstörung des eigenen Lebens führen können, musste ich bereits in jungen Jahren in meinem persönlichen Umfeld erfahren.“

Nach vielen Praxisjahren in der Drogentherapie, der Drogenberatung und der Suchtprävention, ermöglichte es ihm die Übernahme der Geschäftsführung der HLS vor mehr als zehn Jahren, seinen Wunsch zu realisieren, konzeptionell zu arbeiten, neue Felder zu erschließen und mit anderen Organisationen und gesellschaftlichen Bereichen zu kooperieren: „Ich wollte dazu beitragen, die unbestreitbar vorzeigbaren Leistungen der Suchthilfe in der Öffentlichkeit und bei der Politik adäquat zu präsentieren, und mich für die Weiterentwicklung dieses wichtigen Bereiches einsetzen.“

Für die Zukunft wünscht sich Wolfgang Schmidt, dass besonders junge Menschen im Umgang mit Suchtmitteln bezüglich der Wirkungen und Folgen sensibler handeln und dass in der Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen trotz begrenzter Mittel weiterhin genügend Zeit und Raum bleibt, um Menschen in Not zu helfen. Er hofft, dass die Suchthilfe als multidisziplinäres Versorgungssystem weiterhin Bestand hat und dass es frühzeitig und nachhaltig gelingt, die Strukturen in der ambulanten Suchthilfe den sich stetig ändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Im Bereich der Suchtprävention findet er es anstrengenswert „eine stärkere Integration der uralten menschlichen Bedürfnisse nach Rausch und Genuss zu erreichen“.

Privat ist Wolfgang Schmidt das Zusammensein mit Familie und Freunden sehr wichtig. Große Freude hat er an ästhetischem Design z. B. in der Architektur. Er liebt Fernreisen und „alles was mit Computern zu tun hat“. Aktiv beschäftigt er sich mit Fotografie und Innenarchitektur. Hier bemüht er sich durch „Weglassen von ‚Überflüssigem‘ ‚das Wesentliche‘ zu unterstreichen“. Ein Bestreben, das auch sein berufliches Handeln immer wieder durchdringt.

Homepage der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS):

■ www.hls-online.org

■ **Emailadresse:** w.schmidt@hls-online.de

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

Um Maßnahmen zur Vermeidung von Glücksspielsucht neben den regionalen Angeboten bundesweit zu verstärken und zu intensivieren, sind der Deutsche Lotto- und Totoblock und die BZgA eine Kooperation eingegangen. In diesem Rahmen ist auch die bundesweite Repräsentativbefragung zum Glücksspielverhalten (siehe B 6.1) durchgeführt worden.

Zu den bundesweiten Maßnahmen gehört das kostenlose, telefonische Beratungsangebot zum Thema Glücksspielsucht unter der Nummer 0800 1 37 27 00. Weiterhin besteht ein umfangreiches Informations- und Hilfeangebot unter der Internetadresse www.spielen-mit-verantwortung.de. Interessierte Nutzer und Nutzerinnen haben hier die Möglichkeit, mit einem automatisierten Selbsttest ihr Glücksspielverhalten zu überprüfen und sich über Glücksspiele, Glücksspielsucht und entsprechende Hilfeangebote zu informieren. Menschen mit Glücksspielproblemen können an einem internetbasierten, vierwöchigen Ausstiegsprogramm teilnehmen oder die wöchentliche Chat-Sprechstunde besuchen. Diese beiden Beratungsangebote werden von einer psychologischen Psychotherapeutin durchgeführt. Darüber hinaus werden gedruckte Informationsmaterialien angeboten, die kostenfrei bei der BZgA zu bestellen sind. Mit einer Anzeigenkampagne, die zum Ziel hat, die Bevölkerung über die Folgen problematischen Glücksspielverhaltens und die Hilfeangebote zu sensibilisieren und zu informieren, wurde in der zweiten Jahreshälfte 2008 begonnen.

■ www.spielen-mit-verantwortung.de

7 Computerspiel- und Internetsucht

7.1 Pathologischer Internetgebrauch

Im Jahr 2008 hat das Thema Onlinesucht oder pathologischer Internetgebrauch an Relevanz gewonnen. Verschiedene Tagungen haben sich mit problematischen Nutzungsformen der neuen Medien auseinandergesetzt. Auch der Ausschuss für Kultur und Medien des Deutschen Bundestages hat am 9. April 2008 eine öffentliche Anhörung zum Thema „Onlinesucht“ durchgeführt.

Pathologischer Internetgebrauch ist eine neue und unzureichend erforschte Impulskontrollstörung oder Verhaltenssucht, deren Symptome dem pathologischen Spielen vergleichbar sind. Ein charakteristisches Merkmal ist eine exzessive und in der Selbstkontrolle so stark beeinträchtigte Nutzung von Internetanwendungen, dass psychosoziale Folgeprobleme auftreten. Dabei ist das Ursache- und Wirkungsgefüge weitgehend unerforscht. Bislang liegen auch keine verlässlichen Zahlen zu Personen vor, die sich wegen problematischen Internetkonsums in Beratung und Behandlung begeben haben.

Insbesondere das Internet hat ein Gefährdungspotential. Nach verschiedenen Studien gelten 3–7 % der Internetnutzer als „onlinesüchtig“ und ebenso viele als stark suchtfähig. Im Blickpunkt steht dabei die ausufernde Teilnahme an Onlinespielen oder Chats ebenso wie der übermäßige Konsum sexueller Inhalte. „Onlinesüchtige“ verbringen im Extremfall nahezu ihre gesamte Zeit (10 bis 18 Stunden pro Tag) mit Computerspielen. In Folge dessen vernachlässigen sie ihre Umwelt mehr und mehr und verlieren ihre übrigen sozialen Kontakte.

Mangels ausreichender wissenschaftlicher Expertise ist „Onlinesucht“ bisher international noch nicht als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt, weshalb noch keine Statistiken zur Häufigkeit in der Bevölkerung vorhanden sind. Gleichwohl sieht die Bundesregierung im problematischen Internetgebrauch ein reales, ernst zu nehmendes Problem. Maßnahmen müssen sowohl auf die Behandlung Betroffener als auch auf Prävention gerichtet sein (siehe B 7.2).

Es bedarf zunächst vor allem einer vertieften Forschung zu Störungsbildern und der Entwicklung entsprechender diagnostischer Instrumente, damit problematische Formen des Internetgebrauchs sicher erkannt werden können. Erst auf der Basis verlässlicher statistischer Zahlen lassen sich Behandlungsmethoden sowie gezielte Präventionsmaßnahmen – von staatlichen Einrichtungen und der Wirtschaft gemeinsam – entwickeln. Notwendig ist die Förderung und Unterstützung von Medienkompetenz sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene durch Zusammenarbeit von Eltern, Schulen und Medienpädagogik. Dabei kommt Schulen, Universitäten und anderen Bildungseinrichtungen eine Multiplikatorenfunktion zu. Ziel muss sein, die Medienkompetenz zu stärken, problematisches Nutzungsverhalten zu meiden und Symptome einer möglichen Sucht frühzeitig zu erkennen.

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

Zur Aufarbeitung des bisher vorhandenen Forschungs- und Behandlungsstandes hat das BMG die Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“ im Februar 2008 beim Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Auftrag gegeben. Zunächst wurde ein systematischer Überblick zum Forschungsstand erarbeitet. Die Hauptergebnisse dieses Überblicks werden im Frühjahr 2009 zum Teil online und zum anderen Teil in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden. Im Herbst 2008 wurde eine Breitenbefragung von 130 Behandlungseinrichtungen mit einem Onlinefragebogen begonnen. Ziel ist es, möglichst viele Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Deutschland zu befragen, bei denen Menschen mit pathologischem Internetgebrauch Hilfe nachfragen. Die Erhebung sammelt u. a. Informationen darüber, wie viele Personen Beratung oder Behandlung gewünscht haben, mit welchen Methoden eine Unterstützung versucht worden ist und gegebenenfalls, wie erfolgreich geholfen werden konnte. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Frühjahr 2009 vorliegen. Ergänzt wird die

Studie mit einer vertieften Befragung von 20 Einrichtungen mit besonders qualifizierten Angeboten, die im Rahmen der Breitenbefragung identifiziert worden sind. Die Ergebnisse beider Befragungen sollen dazu genutzt werden, im Rahmen einer Expertentagung zu ersten Empfehlungen zur Beratung und Behandlung von pathologischem Internetgebrauch zu gelangen. Zu dem für 2010 vorgesehenen Gesamtergebnis der Studie wird auch zielgruppenspezifisches Informationsmaterial für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene gehören.

7.3 Modellprojekt zur Behandlung von Computerspiel- und Internetsucht

Aus gesundheitspolitischer Sicht hat die suchtartige Nutzung des Internets an Gewicht gewonnen: vor allem männliche Jugendliche und junge Erwachsene zeigen häufiger ein sich verlierendes, entgleitendes und in Extremfällen psychopathologisch auffälliges Online-nutzungsverhalten insbesondere in Bezug auf Online-Spielwelten. Die Betroffenen haben – ähnlich wie bei anderen nichtstoffgebundenen Süchten – Symptome mit nahezu vollständiger Übereinstimmung im Vergleich zu stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen.

Im März 2008 startete im Rahmen der Eröffnung der „Ambulanz für Spielsucht“ an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ein Modellprojekt zur Therapie und wissenschaftlichen Erforschung der Computerspielsucht. Patienten haben die Möglichkeit, eine eingehende psychologische Diagnostik und weiterführende Beratungsgespräche in Anspruch zu nehmen. Bei Vorliegen einer gesicherten Therapieindikation von Computerspiel- oder Onlinesucht können Patientinnen und Patienten an ambulanten verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppentherapien teilnehmen. Von Beginn an wird dieses Beratungs- und Therapieangebot hoch frequentiert genutzt. Insgesamt kontaktierten ca. 300 Personen mit einem Hilfesuch die Ambulanz. Mehr als 50 Patienten konnten bisher im ambulanten Gruppen- und einzeltherapeutischen Setting versorgt werden.

Als erste bundesweit eingerichtete Versorgungsstelle im Bereich Verhaltenssuchte schließt die „Ambulanz für Spielsucht“ eine existierende Versorgungslücke im deutschen Gesundheitssystem. Die Versorgung wird durch eine umfangreiche wissenschaftliche Begleitforschung ergänzt. Studienergebnisse zeigen Ähnlichkeiten bei den neurobiologischen Verarbeitungsprozessen der Computerspielsucht zu Substanzabhängigkeiten und geben Auskunft über die Verbreitung des Phänomens.

In der „Ambulanz für Spielsucht“ wurden 2008 Daten erhoben, die ein detailliertes Bild über das Spektrum komorbid auftretender Störungen ermöglichen. So zeigt die Auswertung der Symptom-Checkliste (SCL-90 R) deutliche Auffälligkeiten in allen psychometrisch abgebildeten Skalen wie Zwanghaftigkeit, Depressivität, soziale Unsicherheit.

7.4 Fachtagung „NetGeneration“ zur Prävention von Onlinesucht

Am 22. Oktober 2008 veranstaltete die Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln in Kooperation mit dem Landschaftsverband Rheinland in Köln-Deutz die Fachtagung „NetGeneration“ zum Thema Prävention von Onlinesucht. Ziel war, auf Suchtrisiken hinzuweisen und den Reiz zu erklären, den das Medium auf die jungen Nutzer ausübt. Die Veranstaltung, gefördert vom BMG, informierte Fachkräfte aus Schule, Prävention, Beratung und Behandlung sowie Multiplikatoren über die virtuelle Jugendkultur. Neben einem Überblick zum aktuellen Forschungsstand, zu Behandlungsansätzen und Möglichkeiten der Prävention wurden praxisnahe Projekte zur Prävention der Onlinesucht vorgestellt und von 200 Teilnehmenden aus Deutschland diskutiert.

■ www.sucht-bildung.de/netgeneration

Bremen: „Helden im Netz – Ein Theaterstück über Computersucht und Identitätssuche“

Im Theaterstück „Helden im Netz“ der Wilden Bühne e.V. Bremen setzen sich die Akteure des soziokulturellen Forums für ehemals Drogenabhängige mit der Computersucht auseinander. Es erzählt von Jonas, einem jungen Außenseiter, der auch bei seinen Eltern keinen Halt findet. Die verlockenden Geschichten der Computerspiele bieten ihm Ablenkung von dem erlebten Mobbing, den schlechten Noten und der Einsamkeit. Dort ist er der starke, gut aussehende Held, der gebraucht wird. Eines Tages verwischt die Grenze zwischen realer und virtueller Welt. Er muss sich entscheiden.

Im Anschluss an jede Aufführung findet ein Gespräch statt, indem sich die Schauspieler den Fragen zu ihrer Suchtgeschichte stellen und dazu anregen über die Computernutzung nachzudenken. Die Akteure bestechen durch ihre direkte, authentische Art und sprechen gerade Jugendliche in besonderer Weise an.

Die Wilde Bühne e.V. Bremen wird seit 2007 von Aktion Mensch gefördert und ist inzwischen über die Grenzen der Stadt bekannt. Die Gruppe tourt durch Deutschland und erreichte mit ihren Theaterstücken in Schulen und auf Tagungen bisher mehr als 10.000 Zuschauer.

■ www.wilde-buehne-bremen.de

Köln: Präventionsprojekt „Onlinesucht“

Die Drogenhilfe Köln e.V. hat 2007 das Präventionsprojekt „Onlinesucht“ konzipiert und dafür eine Personalstelle eingerichtet. Neben der schon bestehenden Systeme der Suchthilfe und Suchtvorbeugung wurde damit ein zusätzliches Hilfsangebot für Köln und den Rhein-Erft-Kreis geschaffen, dessen Angebote auf die Lebenswelt der Jugendlichen abgestimmt sind. Es richtet sich einerseits an Jugendliche, die sich mit der virtuellen Welt beschäftigen. Dabei finden aufgrund von Erfahrung mit dieser Kernzielgruppe die Internetangebote der Online-Rollenspiele (z. B. „World of Warcraft“) und der „Social Networks“ (z. B. www.schuelervz.de) Berücksichtigung.

Andererseits sollen Eltern, Erziehungsberechtigte und Multiplikatorinnen angesprochen werden. Neben Informationsvermittlung und Schulungen stellt die Förderung von Medienkompetenz für Jugendliche und deren Eltern die wesentliche Zielsetzung dar. Durch die gezielte Vermittlung der Möglichkeiten des Internets sollen Vorurteile abgebaut, Risiken besser eingeschätzt und ein kompetenter Umgang

mit dem Medium erlernt werden. Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, Elternseminare, Fortbildungen, Pressearbeit, Broschüren und Flyer zu Erscheinungsformen, Folgen und Interventionsmöglichkeiten sollen differenziert über Onlinesucht informieren. Eltern, Pädagogen und Interessierte sollen sensibilisiert und handlungsfähig gemacht werden. Ziel ist es, nicht einseitig auf Suchtrisiken zu fokussieren, sondern zunächst den Reiz der Medien für ihre Nutzer verstehen zu können. Das bedeutet, Erfahren ohne einseitig zu verurteilen. Beim Kennenlernen der gängigen Spiele wird ein Einblick in die Spielwelten von Kindern und Jugendlichen verschafft. Derzeit werden eine innovative Homepage für Jugendliche, die über das Thema informiert und Betroffenen den Austausch erleichtert, sowie eine informative Homepage für Eltern konzipiert.

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe: Berliner Mediensucht-Konferenzen

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. gestaltet das Arbeitsfeld Internet- und Computerspielsucht für die Fachöffentlichkeit und Betroffene seit langem entscheidend mit. Im Januar 2008 wurde gemeinsam mit der Universität Mainz die 1. Berliner Mediensucht-Konferenz durchgeführt. Die 2. Mediensucht-Konferenz folgte im März 2009 in Berlin. Zudem wurde die Tascheninfo „Mediensucht“ veröffentlicht und eine neue Fortbildungsreihe „Mediensuchtberatung“ begründet. Auch in der Zukunft wird der Verband die Entwicklung aktiv mitgestalten und unterstützt damit auch die nachfolgenden Projekte:

Kassel: Projekt „Real Life“

Das Diakonische Werk Kassel bietet im Rahmen des Projekts „Real Life“ Beratung bei exzessiver Computer-, Internet- und Mediennutzung sowie die Vermittlung von Medienkompetenz und Medienschutz an. Das Angebot richtet sich an gefährdete und abhängige Jugendliche, junge Erwachsene und deren Eltern. Seit dem Projektstart Ende 2007 ist die Nachfrage nach Beratung und Behandlung stark gestiegen.

Zusätzlich zur Einzel- und Familienberatung wurde zu Beginn 2008 ein spezifisches therapeutisch strukturiertes auf den pathologischen Medienkonsum zugeschnittenes Gruppenangebot eingerichtet. Es berücksichtigt, dass pathologische Mediennutzung oftmals auf einer komplexen tief greifenden Störung aufgrund sozialer Ängste sowie Beziehungs- und Selbstwertproblematiken beruht. Um eine stabile Verände-

rung des Medienkonsums der Klienten nicht nur in Form einer Symptombekämpfung zu erreichen, werden diese Problematiken mit bedacht und behandelt.

In Zusammenarbeit mit dem Familientreffpunkt International „i-punkt“ findet Medienpräventionsarbeit u. a. auch mit Migranten statt. Sie richtet sich an Schulen, ambulante Erziehungshilfen, Unternehmen und sonstige Interessenten.

Region Osnabrück-Emsland: Virtuelle Onlinesuchtberatung im regionalen Verbund

Fünf Diakonie-Suchtberatungsstellen der Region Osnabrück-Emsland betreiben gemeinsam eine Onlineberatungsstelle, die auch Rat und Hilfe bei Onlinesucht für Betroffene und Angehörige gibt. Die Beratung findet bei größtmöglicher Datensicherheit webbasiert in Gruppen- und Einzelchats mindestens fünfmal wöchentlich oder auch per E-Mailwechsel statt. Die E-Mails werden in der Regel binnen 48 Stunden individuell beantwortet. Bei Bedarf kann ein Wechsel in die klassische Beratungsstelle mit zeit- und wohnortnahen Terminen vermittelt werden.

Dort gibt es Beraterinnen und Berater, kompetent im Bereich Onlinesucht ausgebildet, die bei zutreffender Indikation Betroffene auch zügig in stationäre Therapien vermitteln können. Außerdem wird mit einer regionalen Online-Community (ca. 300.000 User) kooperiert, deren Administratoren einerseits bei entsprechenden Fragen einen Ansprechpartner in der Onlineberatungsstelle haben. Andererseits wird die Arbeit der Onlineberatungsstelle im dortigen Magazinbereich redaktionell begleitet und mit einer direkten Verlinkung ein spezielles Serviceangebot für die User vorgehalten.

Berlin/Brandenburg: Wohngruppe Konfetti

Im Dezember 2006 wurde die Wohngruppe Konfetti in Hohen Neuendorf bei Berlin vom Evangelischen Johannesstift als eine vollstationäre Jugendsuchthilfeeinrichtung für stoffungebundene Süchte mit dem Schwerpunkt Mediensucht etabliert. Die Einrichtung arbeitet mit Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren, bei denen sich der Medienmissbrauch oftmals mit starkem Übergewicht bis hin zu Adipositas, teils mit psychiatrischen Problemlagen und fast immer mit massiven Schulschwierigkeiten bis hin zur Schulverweigerung paart.

Zur täglichen Therapie gehört: tägliches Arbeitstraining, sozialpädagogische und psychologische Betreuung, ▶

► interne Beschulung, begleitende Familienarbeit. Alle Bewohner und Bewohnerinnen haben einen verbindlichen hoch strukturierten Tagesablauf. Ein Punktebelohnungssystem honoriert und verstärkt wünschenswertes Verhalten. Neben der Verselbständigung ist wesentliches Ziel der Maßnahme ein kontrollierter und reflektierter Umgang mit den modernen Medien. Daher geht es in der Wohngruppe nicht um eine komplette Abstinenz. Vielmehr sollen die vielfältigen Ressourcen der Jugendlichen in angemessener Weise in der realen Lebenswelt genutzt werden können.

Schwerin: Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessiven Mediengebrauch und -abhängigkeit

Die Mediensuchtberatung Schwerin ist ein Kooperationsprojekt der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern und der HELIOS Klinik Schwerin. Ziel ist, Betroffene und deren Angehörige bei exzessiver Nutzung medialer Angebote zu beraten. In der Praxis wird meistens von ausserndem Spielen am Computer oder exzessiver Internetnutzung berichtet. Die Beratung erfolgt durch Gespräche in der Beratungsstelle, wobei die Möglichkeit einer langfristigen Beratung mit regelmäßigen Kontakten angeboten wird.

In akuten Fällen kann aufgrund der Kooperation die Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Klinik für Abhängigkeitserkrankungen des Krankenhauses erfolgen. Überregionale Anfragen werden durch Beratungsgespräche am Telefon und im Internet beantwortet. Durch die gute Vernetzung ist es zunehmend möglich, an andere spezifische Fach- und Beratungsstellen vor Ort zu verweisen.

Eine weitere Aufgabe ist die landesweite Prävention in Form von Informationsveranstaltungen für Eltern oder Projekten mit Schülern. Aufgrund des Interesses werden auch Fortbildungen für Multiplikatoren wie Lehrer, Suchtberater oder Schulsozialarbeiter angeboten.

Berlin: Beratungsstelle „Lost in Space“

„Lost in Space“ ist eine Berliner Beratungsstelle für Menschen, die Probleme im Umgang mit den Medien, Computer und Konsolen sowie dem Internet haben. Am häufigsten sind Schwierigkeiten in den Bereichen Online-Rollenspiele, Strategiespiele, Simulationen, Archivierungsarbeiten, Surfen, Chatten, Mailen, Onlinesex und Internetpornografie zu beobachten. Träger des Projekts ist der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Schwerpunkte der Arbeit sind individuelle Beratungsgespräche und eine angeleitete Gesprächsgruppe für Betroffene. In der Gruppe können die Teilnehmer ihr Konsumverhalten kritisch hinterfragen und neue Wege erproben, um sich einen vernünftigen und verantwortungsvollen Umgang mit den genannten Medien zu erarbeiten. Es finden regelmäßig freizeitpädagogische Aktivitäten statt. Aufgrund des hohen Bedarfs von Rat suchenden Angehörigen werden seit Ende 2008 regelmäßig Informationsveranstaltungen und ebenfalls eine angeleitete Gesprächsgruppe durchgeführt. Seit Gründung im Jahr 2006 wurde kontinuierlich mehr Beratung nachgefragt. 2008 kamen 309 Personen zu einem Erstgespräch.

■ www.sucht.org

Suchtstoffübergreifende Prävention

1 Programm für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010

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

Medienberichte von Todesfällen nach schwerer Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in den vergangenen Jahren haben dazu geführt, den Kinderschutz in Deutschland nachhaltig zu verstärken und das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Bereits im Koalitionsvertrag von 2005 wurde vereinbart, im Rahmen eines Projektes von frühen Hilfen für gefährdete Kinder „soziale Frühwarnsysteme“ durch die „Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement“ zu entwickeln.

Ziel ist es, vor allem den Schutz von Säuglingen und Kleinkindern aus besonders belasteten Familien vor Vernachlässigung und Misshandlung durch die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern und die effektivere Vernetzung der unterstützenden Institutionen und Akteure zu verbessern.

2006 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ initiiert und in Abstimmung mit Ländern und Kommunen in jedem Bundesland ein Modellprojekt zu „Frühe Hilfen“ und eine begleitende Evaluation auf den Weg gebracht. Es wurde das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) eingerichtet, das u. a. durch die Bündelung der Evaluationsergebnisse der Modellprojekte eine Wissensplattform aufbaut, den Transfer in die Praxis befördert und die (Fach-) Öffentlichkeit zu „Frühen Hilfen“ informiert.

Zentrales Ziel des NZFH ist es, Verständigungsprozesse von Akteurinnen und Akteuren aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Disziplinen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens zu fördern. Die BZgA und das Deutsche Jugendinstitut tragen das Zentrum gemeinsam, um diese Verständigungsprozesse in beiden Bereichen zu befördern. Seinen Sitz hat das NZFH bei der BZgA in Köln.

„Frühe Hilfen“ sind gemäß dem Aktionsprogramm der Bundesregierung präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes. Sie richten sich vorwiegend an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen, z. B. an suchterkrankte Eltern und deren Kinder. Die aus diesen Bedingungen resultierenden (statistischen) Risiken für ein gesundes Aufwachsen sollen frühzeitig erkannt werden. Außerdem gilt es, die Eltern zur Inanspruchnahme passender Angebote zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz zu motivieren. Auf diese Weise soll der Schutz von Kindern vor einer möglichen späteren Vernachlässigung und/oder Misshandlung verbessert werden. „Frühe Hilfen“ sind im Idealfall Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl präventive Angebote als auch Interventionen zum Schutz des Kindeswohls umfasst.

Die ausgewählten Modellprojekte zu „Frühe Hilfen“ in den Ländern decken ein breites Spektrum ab hinsichtlich des inhaltlichen Fokus der Modellvorhaben und der Methodik der wissenschaftlichen Begleitungen. Ein Modellprojekt richtet sich schwerpunktmäßig an suchterkrankte Eltern und deren Kinder.

In Mecklenburg-Vorpommern hat das Interventions- und Vernetzungsprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtblasteter Eltern“ das Ziel, ein möglichst niedrigschwelliges Angebot für die Zielgruppe psychisch kranker und/oder suchtblasteter Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern zu etablieren. Der Fokus liegt dabei auf einer frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und auf der Prävention von daraus resultierender Vernachlässigung und Gefährdung des Kindes. In diesem Zusammenhang wird auch die Installierung eines Koordinierungskreises „Kindeswohl“ angestrebt. Träger dieses Projektes sind das Universitätsklinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald und die AWO-Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg in Schwerin.

Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung dar. Darüber hinaus

ergibt sich für diese Gruppe innerhalb des Versorgungs- und Beratungssystems eine gravierende Schnittstellenproblematik. Denn die allgemeine und die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und von Erwachsenen erfolgt in verschiedenen Segmenten. Ziel der Wirkungsevaluation, die von den Universitätskliniken Greifswald und Ulm durchgeführt wird, ist deshalb die qualitative und quantitative Überprüfung der Qualität des mit dem Projekt angestrebten Vernetzungsprozesses und die Messung der Interventionseffekte.

1.2 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit

Maßnahmen zur Suchtprävention sind eingebettet in umfassende, politikübergreifende Ansätze der Bundesregierung, mit denen die Gesundheit von Heranwachsenden gezielt gefördert und Gesundheitsrisiken vermindert werden sollen. So hat die vom BMG koordinierte „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ das Ziel, Kindern ein Aufwachsen unter möglichst guten Rahmenbedingungen für die Gesundheit zu ermöglichen. Sie wurde am 27. Mai 2008 vom Bundeskabinett verabschiedet. Basierend auf den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) zur gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben die Bundesministerien einen politikübergreifenden Maßnahmenkatalog entwickelt. Es gilt, Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern und ihn in den Alltag der Kinder zu integrieren sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Mit weiteren Initiativen sollen bestehende gesundheitliche Risiken im Kindes- und Jugendalter weiter gesenkt und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unterstützt werden. Ein zentrales Anliegen ist, die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern weiter zu verbessern. Möglichst viele Kinder sollen diese Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, damit auftretende körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können. In das Maßnahmenbündel integriert sind auch Initiativen der Bundesregierung zur Alkohol-, Tabak- und Cannabisprävention.

Klasse2000: Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule

„Klasse2000“ ist das bundesweit größte Programm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Kinder von der ersten Klasse bis zum Ende des vierten Schuljahrs werden kontinuierlich begleitet. Im Schuljahr 2007/08 beteiligten sich mehr als 290.000 Kinder aus 12.350 Grundschulklassen daran. Das Programm, 1991 am Klinikum Nürnberg entstanden, wird fortlaufend evaluiert und aktualisiert.

Auf der Basis des Lebenskompetenzansatzes der WHO stärkt „Klasse2000“ persönliche und soziale Kompetenzen und vermittelt Gesundheits- und Körperwissen sowie eine positive Einstellung zur eigenen Gesundheit. Anhand eines detaillierten Konzepts und mit vielen handlungsorientierten Materialien gestalten die Lehrkräfte pro Schuljahr ca. zwölf „Klasse2000“-Unterrichtseinheiten. Sie kooperieren dabei mit externen Gesundheitsförderern, die drei weitere Stunden gestalten. Themen sind z. B. gesund essen, sich viel bewegen, richtig entspannen, mit Gefühlen und Problemen umgehen, im Team arbeiten und Konflikte gewaltfrei lösen, Tabak und Alkohol kritisch beurteilen, Werbung durchschauen, trotz Gruppendruck Nein sagen können. „Klasse2000“ setzt damit zur gesunden Ernährung, Bewegung und zum Nichtrauchen wichtige Ziele der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit um. Schulen, die das Programm langfristig durchführen, strukturell verankern und evaluieren, können seit 2007 das „Klasse2000“-Zertifikat beantragen. Es wurde inzwischen an 95 Schulen verliehen.

■ www.klasse2000.de

2 Runder Tisch „Jugendschutz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“

Zur Optimierung des Jugendschutzes ist neben gesetzlichen Maßnahmen wichtig, dass die geltenden Regelungen in der Praxis auch entsprechend umgesetzt werden. Die zu diesem Zweck von Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ursula von der Leyen, mit Teilnehmern des Runden Tisches „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“ im Jahr 2007 vereinbarten Maßnahmen wurden unter wissenschaftlicher Begleitung des Hans-Bredow-Institutes entscheidend vorgebracht:

- Die begonnene Einführung von Kassensystemen mit Warnfunktionen bei der Abgabe jugendschutzrelevanter Artikel im Einzelhandel wird ausdrücklich begrüßt und unterstützt.
- Im Rahmen der Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ wird die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt, um eine Teilnahme an der Distribution der Informationsmaterialien (Broschüren, Plakate, Aufkleber) gezielt auszuweiten.
- In Abstimmung mit den Verbänden von Einzelhandel, Gastronomie und Tankstellengewerbe wird das BMFSFJ einen Film für die Schulung von Auszubildenden, darüber hinaus von Beschäftigten mit geringer praktischer Erfahrung im Umgang mit jugendlichen Kunden (z. B. Quereinsteiger, Aushilfen) herausgeben. Dieser soll Handlungsempfehlungen für die Bewältigung schwieriger Situationen im Zusammenhang mit der Abgabe jugendschutzrelevanter Produkte bzw. dem Aufenthalt an potenziell gefährlichen Orten geben. Der Vertrieb wird in 2009 erfolgen.
- Für die Bereitstellung leicht verständlicher und schnell verfügbarer Informationen zu jugendschutzrechtlichen Bestimmungen entwickelt das BMFSFJ ein Internetportal für interessierte Bürgerinnen und Bürger, vorrangig für Eltern und Jugendliche sowie für Einzelhandel, Gastronomie und Veranstaltungsgewerbe. Die Online-Schaltung ist für 2009 vorgesehen.

3 Kampagne „Kinder stark machen“

„Kinder stark machen“ ist eine Kampagne der BZgA zur substanzübergreifenden Suchtvorbeugung. Mit ihr soll das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen gestärkt und ihre Konfliktfähigkeit gefördert werden, damit sie nicht auf Suchtmittel ausweichen, wenn Schwierigkeiten und Probleme auftreten. Eine gesunde Entwicklung kann durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers, die Entwicklung der Sinne, Freude an der Bewegung und eine gute Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit schon sehr früh gefördert und unterstützt werden. Damit Kinder und Jugendliche diese Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigen können, sind sie deshalb auf die Unterstützung aus ihrem nahen Umfeld angewiesen.

Die Kampagne wendet sich auch an alle Erwachsenen und soll ihnen ihre Rolle als Vorbilder vor Augen führen. Dazu zählt: kritische Selbstbeobachtung, Ehrlichkeit gegenüber dem oft verharmlosten eigenen Substanzkonsum (vor allem Tabak und Alkohol), Kenntnis der kindlichen Entwicklung und des Entstehens von Sucht sowie die Bereitschaft zum Gespräch.

Die Kampagne ist eine Kombination von zwei zentralen Konzepten:

- **Lebenskompetenzförderung:** Diesem Ansatz zufolge sind Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit u. a. die Folge von Problemen bei der Lebensbewältigung. Das Training zur Kompetenzförderung dient dazu, Kindern und Jugendlichen alltags- und lebensnahe Strategien aufzuzeigen, die es ihnen ermöglichen, in Konfliktsituationen oder auch einfach in einer geselligen Runde sich angemessen zu verhalten, d. h. gesundheitsbewusst und sozialverträglich. Bei „Kinder stark machen“ wird dies z. B. durch das Lernen von Teamfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit oder dem Aufbau und der Pflege sozialer Beziehungen verdeutlicht.
- **Kommunale Orientierung:** Die Förderung von Lebenskompetenzen ist besonders Erfolg versprechend, wenn sie mit einem gemeinde- und stadt-

teilbezogenen Ansatz etabliert wird. Er geht davon aus, dass Gesundheitsbotschaften und -maßnahmen Kinder, Jugendliche und Erwachsene am besten dort erreichen können, wo sie alltäglich sind, also in der Schule, im Stadtteil, im Betrieb, im Freizeitverein. In diesen Lebenswelten können mit vergleichsweise geringem Aufwand viele Menschen erreicht und zu gesundheitsgerechtem Wissen, Einstellungen und Verhalten befähigt werden.

Insbesondere im Bereich Breitensport werden Eltern, Kinder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sportvereinen durch „Kinder stark machen“ mit wichtigen psychosozialen Kompetenzen ausgestattet. Dazu nutzt die BZgA Sport- und Familienveranstaltungen, um über den persönlichen Kontakt der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter in Vereinen, mit den Eltern und Kindern über das Thema Suchtprävention ins Gespräch zu kommen.

Für die Arbeit mit Kindern direkt im Sportverein hat die BZgA Fortbildungsmaterialien zum Thema Suchtprävention entwickelt. Damit liegen zielgruppengenaue Arbeitshilfen für Übungsleiterinnen und Übungsleiter vor. Sie sollen es ermöglichen, dass die Partner der Kampagne aus dem Bereich Breitensport dieses Fortbildungskonzept zur Suchtprävention für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Arbeit mit Kindern übernehmen.

In 2008 wurde diese Implementierung von Fortbildungsangeboten in die Verbände eingeleitet. Hierzu wurde in Kooperation mit dem Deutschen Fußball-Bund e.V. ein Pilotprojekt durchgeführt. Die bisherigen Ergebnisse sind positiv:

- Der Referentenordner, insbesondere der Bezug zwischen Theorie und Praxis, wurde sehr gut bewertet.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten das Seminar als insgesamt sehr gut bis gut, was 92 % zu der Aussage veranlasste, dass sie die vermittelten Inhalte bei ihrer Arbeit im Verein einsetzen wollen.

- 72 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben nach sechs Monaten an, dass die vermittelten Inhalte für sie in der Arbeit mit Kindern im Verein hilfreich sind.

Diese Erfolge haben die Deutsche Sportjugend, den Deutschen Leichtathletikverband, den Deutschen Handballbund und den Deutschen Turnerbund überzeugt, das Fortbildungskonzept der BZgA zur Suchtprävention in ihr Regelangebot zu übernehmen. Damit ist es gelungen, ein flächendeckendes Angebot für die Arbeit mit Kindern im Breitensport aufzubauen.

Zusätzlich zu dem Multiplikatorenschwerpunkt bietet die Kampagne mit dem Vereinsservice und Angeboten der personalen Kommunikation weitere Unterstützung an.

- **Vereinsservice:** Die Vereine können eine basisorientierte Zusatzleistung erhalten, die aus Unterstützerpaketen, Telefon- und E-Mail-Beratung besteht. Bis Dezember 2008 wurden bundesweit 1.180 Sportvereine hier unterstützt und ca. 3.500 Multiplikatoren in Vereinen konnten aktiviert werden, sich mit dem Thema Suchtprävention inhaltlich auseinanderzusetzen.
- **Personale Kommunikation:** Insbesondere Großereignisse wie das Deutsche Turnfest 2009 in Frankfurt/Main, die Leichtathletikweltmeisterschaft 2009 in Berlin, Kinderbürgerfeste, Familiensporttage, Weltkindertage bieten eine öffentlichkeitswirksame Plattform für das Thema Suchtprävention. Über diese Form der Veranstaltungsbegleitung wurde die Kampagne bundesweit ca. 700.000 Besuchern in 2008 vorgestellt.

- www.kinderstarkmachen.de

4 Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Seit 2005 veranstaltet die BZgA regelmäßig Jugendfilmtage zum Thema Nikotin und Alkohol. Kinos werden als attraktive außerschulische Lernorte genutzt, an denen Jugendliche gern die Freizeit verbringen. Filme setzen Impulse, damit sich Jugendliche persönlich mit dem Thema Nikotin- und Alkoholkonsum auseinandersetzen können. Zudem wird durch Spiel- und Aktionsstände ein Rahmenprogramm geboten, das Gesprächsanlässe zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens und des Alkoholtrinkens schafft. Regionale Partner werden eingeladen, sich am Rahmenprogramm mit eigenen Aktionen zu beteiligen. Damit wird ein Beitrag zur Struktur- und Netzwerkbildung im Bereich der Suchtprävention auf kommunaler Ebene geleistet. Über die Presse- und Medienarbeit wird über den Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinaus eine hohe Aufmerksamkeit für das Thema erreicht. 2008 wurde das bislang auf Großkinos ausgerichtete Konzept angepasst, um die Jugendfilmtage auch in kleineren Kinos durchführen zu können. In NRW wurden dazu erste Erfahrungen gesammelt, die noch ausgewertet werden. Insgesamt haben bis Ende 2008 bundesweit mehr als 70.000 Schülerinnen und Schüler sowie mehr als 5.300 Lehrkräfte die Filmtage besucht.



Vorgestellt:
Jörg Schmitt-Kilian,
 stellv. Leiter des Kommissariats
 für verhaltens- und deliktorien-
 tierte Prävention beim Polizei-
 präsidium Koblenz und Jugend-
 buchautor

„Kinder brauchen unsere Zeit, Zuwendung und Liebe dann am meisten, wenn sie es am wenigsten ‚verdient‘ haben“, sagt Jörg Schmitt-Kilian, ehemaliger Drogenfahnder, stellv. Leiter des Kommissariats für verhaltens- und deliktorientierte

Prävention beim Polizeipräsidium Koblenz. „Wir müssen auf junge Menschen offen zugehen und ihnen signalisieren, dass wir mit ihnen auch über das Thema Drogen und Sucht angstfrei reden können. Allen jungen Menschen wünsche ich deshalb Eltern, Lehrer und Erzieher, die nicht aus Angst vor dem Gerede der Nachbarn oder um den guten Ruf der Schule Probleme verdrängen, sondern stattdessen die helfende Hand ausstrecken.“

Jörg Schmitt-Kilian möchte etwas für junge Menschen bewegen. Deshalb führt er nicht nur Präventionsprojekte und Beratungen von Lehrerinnen und Lehrern in Krisensituationen durch. Er ist auch Autor von Jugendbüchern, die sich mit der Drogenproblematik beschäftigen. Sein erstes Buch, den Elternratgeber „Drogen gefährden unsere Kinder“, veröffentlichte er 1992. Zwei seiner Bücher („Jenny“ und „Lauf um dein Leben“) wurden bereits verfilmt. Seine Präventionsbotschaften vermittelt er aber auch im direkten Kontakt mit den Jugendlichen, den Eltern und Lehrern vor Ort, d. h. in Schulklassen, auf Elternabenden oder auf Fachtagungen und Fortbildungen.

„Ausschlaggebend für meine schriftstellerische Tätigkeit waren die Begegnungen mit vielen jungen Cannabiskonsumern, die mir in Gesprächen versicherten, sie würden niemals harte Drogen nehmen. Aber einige sind auf Heroin umgestiegen und den einen oder die andere fand ich tot auf einer Parkbank oder im Kinderzimmer. Das Schreiben half mir, diese Erlebnisse zu bewältigen. Gleichzeitig wollte ich damit die Sprachlosigkeit in Elternhaus und Schule überwinden“, sagt Schmitt-Kilian.

Um diese Sprachlosigkeit zu überwinden entwarf er das Konzept IMPULSE, das Lehrern, Eltern, Sozialarbeitern, Jugendbetreuern und allen interessierten Personen Handlungsstrategien vermitteln soll, wie sie mit Jugendlichen in einen glaubwürdigen Dialog eintreten und Projekte durchführen können.

„Wir müssen realistische Ziele in der Suchtprävention ansteuern“, so Schmitt-Kilian. „Selbst bei aller Vorsorge in Elternhaus und Schule werden wir nicht verhindern, dass viele Jugendliche früher oder später mit legalen und illegalen Drogen in Berührung kommen. Aber wir könnten bei vielen den weiteren Missbrauch und den Einstieg in die Abhängigkeit verhindern, wenn wir auch ‚Erwachsene stark machen‘. Und dazu ist eine Vernetzung von Schule, Elternhaus, allen Bezugspersonen und Fachdisziplinen erforderlich.“

■ www.schmitt-kilian.de

5 Mitmach-Parcours „KlarSicht“ zu Tabak und Alkohol

Im Kontext ihrer Präventionsmaßnahmen für den Bereich legaler Suchtmittel hat die BZgA den interaktiv und spielerisch ausgerichteten „KlarSicht – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol“ entwickelt. Er steht im Zusammenhang mit der „Rauchfrei“-Jugendkampagne (siehe B 1.2.4) und der Kampagne „NA TOLL!“ zur Alkoholprävention (siehe B 2.2.5).

An acht moderierten Stationen wird in Gruppendiskussionen der Alkohol- und Tabakkonsum thematisiert. Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren erhalten Entscheidungsgrundlagen und -hilfen, um ihr Genuss- und Konsumverhalten an einem gesundheitsförderlichen Verhaltensmuster zu orientieren. Neben der Aufklärung über Wirkungen und Suchtpotentiale zielt der Parcours geschlechtsspezifisch auf die Sensibilisierung von Schutzfaktoren ab.

Multiplikatoren werden modellhaft Qualitätskriterien für das Gelingen zielgruppenspezifischer Kommunikation vermittelt. Zudem soll mit diesem Projekt die örtliche Präventionsstruktur aktiv unterstützt, ein Forum für lokale Beratungsstellen geboten und Multiplikatoren vor Ort bzw. auf Länderebene zur späteren Adaption dieses Modells motiviert und qualifiziert werden.

Als erstes Bundesland hat Schleswig-Holstein das Konzept der BZgA übernommen und ab Januar 2008 die ersten landesweiten Einsätze des „KlarSicht-Parcours-Schleswig-Holstein“ mit lokalen Fachkräften durchgeführt. Sie wurden im Jahr 2007 durch die BZgA intensiv geschult und praxisorientiert auf ihre Aufgaben im Parcours vorbereitet.

Zudem wurden 2008 in 31 Städten in 13 Bundesländern „KlarSicht“-Einsätze unter aktiver Einbeziehung der kommunalen Fachstellen in allen Schulformen absolviert, wobei Einsätze an Haupt-, Real-, Gesamt- und berufsbildenden Schulen überwogen. Für 2009 liegen der BZgA mehr als 450 Anfragen nach „KlarSicht“-Einsätzen aus allen Bundesländern vor.

■ www.klarsicht.bzga.de

Schleswig-Holstein: „KlarSicht“

„KlarSicht Schleswig-Holstein“ wurde nach dem Konzept der BZgA adaptiert und um das Thema Glücksspielsucht erweitert. Denn trotz der gesetzlichen Altersbegrenzung können Jugendliche aufgrund technischer Möglichkeiten illegale Zugangswege finden, doch an Glücksspielen teilzunehmen. Ziel ist, Jugendliche zu einem kritischen Umgang mit Suchtrisiken anzuregen. Der „KlarSicht Schleswig-Holstein“-Parcours wurde 2008 15 Wochen in allen weiterführenden Schulformen eingesetzt (Plan 2009: 20 Wochen). So konnten 7.500 Schüler/innen erreicht werden, die zu 75 % in der Evaluation sehr positive Resonanz zeigten. Der Parcours findet im Rahmen der Kampagne „Fun statt Vollrausch Schleswig-Holstein feiert richtig“ der Landesregierung und des Aktionsbündnisses gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen statt. Neben der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung beteiligen sich unter der Leitung der Landesstelle für Suchtfragen 20 regionale Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Jugendschützer und eingetragene Vereine an der Durchführung des Parcours, der vom Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holsteins und der AOK des Landes gefördert wird.

■ www.lssh.de

6 Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes zur Drogenprävention

Das PC-Spiel „Luka und der verborgene Schatz“ für Kinder im Alter zwischen 10 und 13 Jahren verbindet Spaß und Spannung mit wichtigen Botschaften der Alkohol- und Drogenprävention. Die Hauptfigur, wahlweise eine weibliche oder männliche Spielfigur, wird zusammen mit ihren Freunden auf der Suche nach einem verborgenen Schatz mit Alltagsgefahren konfrontiert, bei denen sie sich bewusst mit den Themen Alkohol, illegale Drogen und Gewalt auseinandersetzen muss. Durch die Wahl der „richtigen“ Verhaltensalternative müssen die Mitspieler für einen erfolgreichen Spielverlauf Stärke und Selbstbewusstsein demonstrieren. Es werden auch Brücken zur realen Welt geschlagen, z. B. durch eine Bastelanleitung für einen Drachen oder ein Rätsel zum Erkennen von Sternkonstellationen. Bei der Spielentwicklung wurden Experten des JFF – Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis, der BZgA sowie Fachleute aus dem Kultus- und Schulbereich beteiligt. Für Fachkräfte in der Erziehungs- und Jugendarbeit gibt es eine spezielle „Lehrerversion“ mit pädagogischem Begleitmaterial, die gegen eine Schutzgebühr und Versandkosten im Internet erhältlich ist. Die Schülerversion des PC-Spiels steht kostenlos als Download zur Verfügung.

- www.luka.polizei-beratung.de
- www.polizei-shop.net

7 Suchtprävention im Internet und bundesweite Vernetzung

Das Internet ist auch im Bereich Drogen- und Suchtprävention eine der am häufigsten genutzten Informationsquellen. Insbesondere Jugendliche und junge Menschen informieren sich zuerst im Internet über legale und illegale Substanzen. Um diesem Bedürfnis mit qualitativ hochwertigen Angeboten zu begegnen, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene suchtpräventive Internetportale entwickelt, die meist durch interaktive Elemente wie Online-Beratung, Chats oder Selbsttests ergänzt werden.

Das Internetangebot www.drugcom.de der BZgA ist ein niedrigschwelliges, selektiv präventives Projekt, das drogenaffine Jugendliche über den Freizeitsektor anspricht. Mit Hilfe internetgestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten sollen jugendliche Drogenkonsumentinnen und -konsumenten dazu angeregt werden, den eigenen Konsum kritisch zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Hauptziele sind, über Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum zu informieren und eine (selbst-)kritische Einstellung gegenüber Substanzkonsum zu fördern. Ebenso steht die Förderung eines möglichst risikoarmen Konsums von psychoaktiven Substanzen und der Verzicht auf bestimmte Substanzen im Fokus. 2008 wurden monatlich im Durchschnitt 63.534 Besucher der Webseite registriert, die u. a. folgende Module enthält: Drogen- und Suchtlexikon, News-Bereich mit wöchentlichen News und monatlichem Topthema, Beratungsangebote (E-Mail, Chat), Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen, Informationen zum Mischkonsum, Verhaltenstests zu Alkohol (check your drinking) und Cannabis (cannabis check), Ausstiegsprogramm für Cannabis konsumierende (quit the shit), Beratungsprogramm für Alkoholkonsumierende (change your drinking).

- www.drugcom.de

Die BZgA stellt in Kooperation mit den Bundesländern computer- und internetgestützte Systeme zur Vernetzung und Kompetenzsteigerung in der Suchtprävention bereit. Die etablierten Anwendungen schaffen Transparenz über bundesweit zum Einsatz kommende Präven-

tionsmaßnahmen. Darüber hinaus fördern sie durch die Bereitstellung qualitätsgesicherter Informationen und die Vernetzung von Fachkräften den Prozess der Qualitätsentwicklung der Suchtprävention.

Das Dokumentationssystem „Dot.sys“ dient dem Monitoring der Versorgungssituation suchtpräventiver Maßnahmen in Deutschland. Die aus „Dot.sys“ gewonnenen Ergebnisse werden seit 2006 als Grundlage der Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene herangezogen. Die Erhebung basiert auf der Dokumentation durchgeführter Maßnahmen durch die Fachkräfte und der jährlichen Übermittlung an die verantwortlichen Länderkoordinierungsstellen, welche die anonymisierten Daten an die BZgA weiterleiten. Im Jahr 2007 beteiligten sich 356 von 471, d. h. mit 76 % ca. drei Viertel aller „hauptamtlich in der Suchtprävention Tätigen“ aus Fach- und Beratungsstellen, Fachambulanzen, Ämtern, Vereinen und Landeskoordinierungsstellen. Die Beteiligungsquote im Vorjahr 2006 betrug 62 %. Insgesamt wurden 2007 31.441 Maßnahmen dokumentiert, was einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von 10 % entspricht.

Bericht „Dot.sys – Dokumentation suchtpräventiver Maßnahmen in Deutschland 2007“

■ www.bzga.de

„PrevNet“ ist ein Internetfachportal, das für Fachkräfte in der Suchtvorbeugung entwickelt wurde. Es ist seit September 2004 online. In dem Portal arbeiten Fachkräfte aus zwölf Bundesländern zusammen: Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Saarland. Aktuell sind mehr als 1.000 aktive Mitglieder aus etwa 750 Einrichtungen der Suchtvorbeugung registriert. Ziel ist es, das in Deutschland bestehende Wissen zur Suchtprävention zentral und strukturiert zugänglich zu machen und den fachlichen Austausch in diesem Arbeitsbereich zu fördern.

Die Präsentation neuer Projekte und aktueller Materialien führt zu deutlichen Synergieeffekten bei der Entwicklung von Arbeitsmitteln oder neuen Maßnahmen.

Darüber hinaus lassen sich Arbeitsbeziehungen intensivieren (z. B. Arbeitsgruppen, Foren) oder der Zugang zu Fachkräften der Suchtvorbeugung wird erleichtert (z. B. Referatensuche). Zur Zeit sind ca. 380 unterschiedliche Materialien (Broschüren, Flyer, Bücher, Videos, Plakate, Zeitschriften und CD-Roms) und 100 Studien verfügbar, 390 Projekte in unterschiedlichen Settings eingestellt und ca. 60 Veranstaltungshinweise veröffentlicht.

■ www.prevnet.de

DAK: Wanderausstellung „Einfach menschlich“

Sucht hat viele Gesichter. Bei der Ausstellung „Einfach menschlich“ stehen nicht Verbote und der erhobene Zeigefinger im Vordergrund. Vielmehr sollen die Besucher z. B. in einer begehbaren Suchtspirale erfahren, wie beklemmend Sucht ist und wie schwer der Ausweg werden kann. Viele Stationen laden zum Berühren und Mitmachen ein. Dabei geht es nicht nur um Drogen wie Alkohol oder Heroin, sondern das Thema wird in all seinen Erscheinungsformen behandelt. Betroffene erzählen per Video von ihrer Suchterkrankung, sprechen aber auch über ihre Genesung. Entwickelt wurde die Wanderausstellung vom Regensburger Verein Suchtprävention und Genesung. Seit mehreren Jahren tourt sie mit großem Erfolg durch Deutschland, gefördert von der DAK. Die betreute Ausstellung kann bei der DAK von Interessenten wochenweise gegen Gebühr ausgeliehen werden.

AOK Bayern: Informationsangebot „Sauba bleim“

Das Informationsangebot „Sauba bleim“ wurde in rund 90 Schulklassen von geschulten Multiplikatoren der AOK Bayern in Zusammenarbeit mit der örtlichen Kriminalpolizei angeboten. „Wo ist die Grenze zur Sucht?“ Dieser Frage gehen Schülerinnen und Schüler in einer Informationsveranstaltung nach. Übungen, Rollenspiele, Diskussion, Kurzvorträge und Reflexionen in thematisch geordneten Modulen sollen zum Nachdenken bewegen. Zwei Holzfiguren, eine grüne und eine rote, sollen Süchtigen und Genießer darstellen. Die Jugendlichen müssen aufschreiben, welche Konsumartikel (von Computer bis Cannabis) ihnen einfallen. Sie machen dabei die Erfahrung, dass Sucht und Genuss im Alltag oft fließend ineinander über gehen.

8 Bundesweite Sucht & Drogen Hotline

Mit der „Sucht & Drogen Hotline“ (01805 31 30 31) bündeln seit November 2003 acht regionale Drogennotrufeinrichtungen die bestehenden Ressourcen an Telefonberatung im Suchthilfebereich. An die Hotline können sich Menschen mit Suchtproblemen und auch deren Angehörige, Freunde oder Kollegen 24 Stunden am Tag wenden, um telefonische Hilfe von allgemeinen Informationen über Beratung bei Angst vor Rückfällen bis zur Vermittlung von örtlichen Hilfsangeboten durch erfahrene Fachleute zu erhalten. So wird ein bundesweites und effektives Netz sich gegenseitig unterstützender und ergänzender Drogennotrufeinrichtungen geschaffen. Die BZgA koordiniert dieses Angebot.

2008 wurde die Kooperation des BMG mit einer bekannten Vorabend-Serie, die die Fernsehschaffenden bei der Darstellung einer Drogengeschichte fachlich beratend unterstützt, genutzt, um die „Sucht & Drogen Hotline“ bundesweit unentgeltlich zielgruppenspezifisch und breitenwirksam zu bewerben. Die Vorabend-Serie richtet sich vorwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene.

■ www.sucht-und-drogen-hotline.de

9 Suchtprävention in der Bundeswehr

Die Suchtprävention in der Bundeswehr hat zum Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern. Durch konkrete Maßnahmen und eine strukturelle Verankerung wird Suchtprävention in der Bundeswehr als dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet. Sie umfasst Aufklärung sowie Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Vorgesetzten.

In diesem präventiven Ansatz arbeiten die Streitkräfte, der Sanitätsdienst der Bundeswehr, der psychologische Dienst, der Sozialdienst, die Militärseelsorge, zivile Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen (wie z. B. Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.) in einem psychosozialen Netzwerk zusammen. Dieses Netzwerk bietet Soldatinnen und Soldaten, zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten Beratung und Unterstützung an.

Durch die Förderung von interaktiven Angeboten, die ein aktives Mitgestalten und Weiterentwickeln ermöglichen, werden die Bundeswehrangehörigen erreicht und vorhandene Ressourcen gestärkt.

Die Soldatinnen und Soldaten werden bereits in der Grundausbildung offensiv mit dieser Thematik konfrontiert und belehrt, dass Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet, sondern konsequent sanktioniert wird. Die militärischen Vorgesetzten sind sich ihrer Verantwortung bewusst und nehmen eine entsprechende Vorbildfunktion wahr.

Die Aufklärung über die Gefahren von Sucht und das Stärken des Abwehrverhaltens erfolgt nach der Grundausbildung in Form von Belehrungen, Unterrichtungen, Aktionen, Broschüren, Plakaten und digitalen Medien. Die Weiterentwicklung einer auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Bundeswehrangehörigen ausgerichteten Gesundheitskommunikation (z. B. CD-ROM „Suchtprävention in der Bundeswehr“, Internetauftritt, Printmedien) stellt dabei einen Schwerpunkt dar.

Die Website der Bundeswehr zur Suchtprävention (s.u.) konnte für das Jahr 2008 mit insgesamt 109.000 Besuchern und mehr als 256.000 Seitenaufrufen eine weitere Attraktivitätssteigerung verbuchen.

Das seit dem Jahr 2000 am Zentrum Innere Führung bestehende „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“ steht allen Dienststellen der Bundeswehr als die zentrale Informationsstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung zur Verfügung. In zahlreichen Lehrgängen wird dem Führungspersonal der Bundeswehr Handlungssicherheit im Umgang mit Suchtkranken vermittelt.

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr aller Statusgruppen flächendeckend in Deutschland und an bestimmten Auslandsstandorten Beratung und Betreuung in persönlichen Angelegenheiten an. Das Hilfsangebot des Sozialdienstes richtet sich auch an Vorgesetzte.

Im Psychologischen Dienst der Bundeswehr arbeiten approbierte Klinische Psychologinnen und Psychologen diagnostisch und therapeutisch, auch zur Vorbeugung von Rückfällen, insbesondere bei Suchterkrankungen zusammen. Im Rahmen der Ausbildung von Truppenpsychologinnen und Truppenpsychologen und bei der fachlichen Aus- und Fortbildung des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr ist das Thema „Drogen- und Suchtprävention“ ein integraler Bestandteil. Weiter werden Wehrpsychologinnen und Wehrpsychologen insgesamt befähigt, zu dieser Thematik mit fachlichem Schwerpunkt anforderungsgerecht vorzutragen, zu beraten (Führungs- und Einzelfallberatung) sowie im Rahmen der primären Prävention zu unterstützen. Das findet sowohl im Auslandseinsatz als auch an den Heimatstandorten statt und kommt auch im psychosozialen Netzwerk zum Tragen.

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V., eine ehrenamtliche Einrichtung zur Betreuung, Beratung und Begleitung von alkoholkranken Angehörigen der Bundeswehr und deren Familien, hat die fachliche Aus- und Weiterbildung ihrer Suchtkrankenhelferinnen und -helfer kontinuierlich weiterentwickelt. Diese stehen in zahl-

reichen Standorten als Ansprechpartner zur Verfügung und können auch zur Präventionsarbeit herangezogen werden.

Das Bundesnichtraucherschutzgesetz vom 20. Juli 2007 wurde für die Bundeswehr mit dem Erlass „Schutz der nichtrauchenden Personen vor Passivrauchen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg)“ mit Inkraftsetzung zum 1. September 2007 umfassend umgesetzt. In Gebäuden und sonstigen umschlossenen Räumen, soweit sie in den Verantwortungsbereich des BMVg fallen, ist das Rauchen grundsätzlich nicht erlaubt. Die Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher wurden bei der Umsetzung vor Ort begrüßt und finden Akzeptanz.

In den Auslandseinsätzen der Bundeswehr wird der Drogen- und Suchtprävention besondere Aufmerksamkeit gewidmet und bereits in der den Einsatz vorbereitenden Ausbildung deutlich thematisiert. Die Erlaubnis zum begrenzten Alkoholkonsum wird in allen Einsatzkontingenten sehr sorgsam gehandhabt und der Konsum entsprechend kontrolliert. Hierzu gehört, dass das Warenangebot der Marketenderläden in den Einsatzkontingenten seit 2007 keine hochprozentigen Spirituosen (über 18 % Alkoholanteil) mehr enthält.

Die aus dem Meldeaufkommen ersichtliche Tendenz zu Verstößen gegen das BtMG ist in der Bundeswehr seit mehreren Jahren stark rückläufig.

■ www.suchtpraevention-bundeswehr.de

10 Integrationsprojekte zur Suchtprävention für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten

Ergänzend zu den gesetzlichen Integrationsangeboten fördert das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Projekte zur sozialen und gesellschaftlichen Eingliederung von jugendlichen und erwachsenen Zuwanderern mit dauerhafter Bleibeperspektive. Ziel dieser Integrationsprojekte ist, insbesondere die wechselseitige Akzeptanz (interkulturelle Öffnung) von Zuwanderern und Einheimischen zu fördern und damit das Zusammenleben zu verbessern. Die Projekte sollen dazu beitragen, die individuellen Kompetenzen der Zuwanderer zu stärken sowie deren gesellschaftliche Teilhabe allgemein und im Sozialraum zu ermöglichen.

Die beste Suchtprävention für Zuwanderer ist die Integration. Alle vom Bundesamt geförderten Integrationsprojekte haben grundsätzlich auch einen präventiven Charakter. Das sind u. a. Projektmaßnahmen zur aufsuchenden Sozialarbeit, zur interkulturellen Öffnung der Regeldienste, zum Aufbau des Selbsthilfepotentials, zur Heranführung an örtliche Einrichtungen und Angebote, zum Konfliktmanagement, zur sinnvollen Freizeitgestaltung und zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern.

Hervorzuheben ist das Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund durchgeführt wird. Die Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolgserlebnisse und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine geben den Zuwanderern Halt und Orientierung in der für sie schwierigen Eingewöhnungsphase. Dies macht sie weitgehend immun gegen Gefährdungen aller Art wie dem Konsum legaler und illegaler Drogen.

Im Haushaltsjahr 2008 standen für die Projektförderung zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zuwanderern 14,4 Mio. Euro (davon 5,4 Mio. Euro für das Projekt „Integration durch Sport“) zur Verfügung. 220 gemeinwesenorientierte Projekte wurden neben dem Projekt „Integration durch Sport“ durchgeführt.

Auch wenn nach den Fördergrundsätzen der Integrationsansatz vornehmlich auf gemeinwesenorientierte Projekte zielt, werden auch insbesondere Maßnahmen zur Sucht- und Drogenprävention gefördert. Dabei geht es hauptsächlich um eine Verbesserung des Zugangs zu den Angeboten der Sucht- und Drogenhilfesysteme. Zuwanderer, die durch Regelangebote häufig nicht erreicht werden, sollen durch sozialpädagogische Begleitung motiviert werden, Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungsangebote wahrzunehmen. Sieben Projekte erhielten 2008 eine Gesamtbundeszusammenfassung von 278.356,50 Euro.

Versorgungssystem

1 Entzugsbehandlung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Aufgaben der GKV in der Behandlung von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ergeben sich aus dem Sozialrecht (SGB V), konkretisiert in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker) vom 4. Mai 2001. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol machen seit 2000 weitgehend konstant (auch in den einzelnen Bundesländern) im Bundesdurchschnitt 77 % der Krankenhausfälle wegen Störungen durch psychotrope Substanzen aus. 2007 wurden 57 % dieser Patienten in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit ist von 34 auf 38 je 10.000 Einwohner angestiegen. Sie schwankt – mit einem angedeuteten Nord-Süd-Gefälle – zwischen den Bundesländern erheblich (2007: z. B. 32 in Hessen, 60 in Mecklenburg-Vorpommern). Die Krankenhausverweildauern haben von 12 auf 8 Tage im Bundesdurchschnitt (2007: 7,2 Tage in Rheinland-Pfalz, rund 10 Tage in Hamburg und Sachsen) abgenommen, die Belegungstage sanken je 10.000 Einwohner von 392.000 auf 325.000. Die Aufnahmen wegen akuter Alkoholintoxikation (F10.0) haben sich seit 2000 fast verdoppelt (2007: 98.561) und machen inzwischen rund 30 % der Aufnahmen wegen Störungen durch Alkohol (F10) aus, obwohl die Wiederaufnahmerate seit 2006 (40 %) erheblich abgenommen hat (2008: 14 %). Die Verweildauern sind hier von 4 auf 2,5 Tage zurückgegangen. Der Anteil der Heranwachsenden (jünger 20 Jahre) ist von 18 % auf 24 % gestiegen. 4 % der akut Alkoholintoxikierten sind jünger als 15 Jahre. Obwohl sie nur durchschnittlich 1,2 Tage verweilen, hat sich ihr Anteil an den Belegungstagen seit 2000 fast verdoppelt (2007: 11 %).



Vorgestellt:
Rolf Hüllinghorst,
Geschäftsführer der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) von 1990 bis Februar 2009

„Gottes sind Wogen und Wind, Segel aber und Steuer, dass ihr den Hafen gewinnt, sind Euer.“ (Johann Kienau alias Gorch Fock) Diese Einstellung hat Rolf Hüllinghorsts jahrzehntelange erfolgreiche Arbeit für die Suchthilfe geprägt: „Man muss akzeptieren, dass es Dinge gibt, die man nicht ändern kann, man hat es aber dennoch in der Hand, Dinge zu ändern und zu beeinflussen. Aber es geht nicht ohne Einsatz, ohne Vorstellung, ohne Vision, und nicht ohne Unterstützung anderer Menschen. Und man darf nicht verzagen, wenn es Rückschläge gibt, sondern muss positiv denken. In unserer Arbeit verzweifeln wir manchmal an den ‚harten Brocken‘ und vergessen das, was wir alles geschafft haben.“

Als Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), dem Dachverband fast aller bundesweit in der Suchthilfe und Suchtprävention tätigen Verbände, hat Rolf Hüllinghorst viel für die Suchtkrankenhilfe erreicht.

Aus seiner eigenen Geschichte erklärt sich, dass er besonders der Suchtselbsthilfe eng verbunden ist. In Kindertagen musste er die Alkoholkrankheit seines Vaters miterleben, der nur durch die Unterstützung der Guttempler vom Alkohol loskam.

„Ich erinnere mich an viele Sonntage“, erzählt Rolf Hüllinghorst, „die wir mit Freunden verbracht haben und wo mir erst sehr viel später klar wurde, dass meine Eltern auf diese Weise Familien, in denen ein Elternteil abhängig war, geholfen haben, das Wochenende alkoholfrei zu überstehen.“

Seit er 13 Jahre alt ist, ist er selbst bei den Guttemplern aktiv. Diese Arbeit ist ein wichtiger Teil seines Lebens geworden und geblieben, von persönlichen Einstellungen bis zur Entscheidung, in diesem Arbeitsfeld beruflich tätig zu sein. „Zum Alkohol nein zu sagen, bedeutet in unserer Gesellschaft auch immer, sich zu verantworten,“ sagt Hüllinghorst, „es bedeutete für mich aber auch, immer wieder bewusste Entschei-

dungen zu treffen, das Nein-Sagen zu üben und nicht alles, was andere tun, einfach mitzumachen.“

Beruflich kam Rolf Hüllinghorst erst auf „Umwegen“ zur Suchtkrankenhilfe.

Nach einer Lehre zum „Kaufmann im Groß- und Einzelhandel“ im Thyssen-Konzern war er einige Jahre im erlernten Beruf tätig, bis er sich mit 30 Jahren entschloss, das Abitur nachzuholen und ein Studium der Sozialarbeit zu absolvieren. Bis er 1990 Geschäftsführer der DHS wurde, war er „Praxisberater für Selbsthilfegruppen Suchtkranker“, Mitarbeiter beim Paritätischen Wohlfahrtsverband in Bielefeld und später „Fachberater Sucht“ für das Land Nordrhein-Westfalen, Vorstandsmitglied der Nordrhein-Westfälischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren und in der DHS.

Seit Anfang 2009 ist Rolf Hüllinghorst im Ruhestand und er hat große Fußstapfen hinterlassen. Es überrascht nicht, dass er sich für seinen Ruhestand mehr vorgenommen, als nur zu Hause zu sitzen, Puppenmöbel für seine Enkel zu bauen (obwohl er das gerne tut), Keller und Garten in Schuss zu halten oder Fotos zu katalogisieren. Er steckt noch voller Pläne und will sich auch weiter außerhalb der DHS für das Suchtthema engagieren: „Ich werde mich selbstständig machen und das tun, von dem ich der Meinung bin, dass es getan werden sollte. Ich werde beraten, moderieren oder Vorträge halten und frei sein zu entscheiden, was ich tun werde.“ Ihm ist es wichtig, dass mehr Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Problemen und Störungen frühzeitig erreicht und die Interventionen vor allem durch eine gute Zusammenarbeit von professioneller Hilfe und Selbsthilfe verbessert werden. Und er tritt für eine Reduzierung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln ein. Dafür wird er sich auch weiter einsetzen.

Für seinen weiteren Lebensweg und seine vor ihm liegenden Projekte wünschen wir Rolf Hüllinghorst viel Kraft und Energie. Wir sind dankbar, dass er der Suchthilfe auf diesem Wege auch weiterhin wertvolle Impulse geben kann.

■ www.dhs.de

2 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

2.1 Leitlinienprogramm

Unter Beteiligung der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und Experten aus Klinik, Forschung und Verbänden ist im Rahmen des Leitlinienprogramms der Deutschen Rentenversicherung eine Leitlinie für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit mit evidenzbasierten Therapiemodulen fertig gestellt worden und soll jetzt in die Pilotphase übergehen.

2.2 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 3. Dezember 2008

Das Gemeinsame Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker baut auf der zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (4. Mai 2001) auf. Es beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ambulanten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Vergleich zu den Anlagen 1 und 3 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ wird detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz, personelle, räumliche und apparative Ausstattung, Vernetzung und die Qualitätssicherung eingegangen.

Auf der Grundlage eines von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung vorgelegten Entwurfs haben sich die Deutsche Rentenversicherung und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verständigt. Es ist am 3. Dezember 2008 in Kraft getreten. Die Wohlfahrts- und Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden. Einige Anregungen der Verbände wurden aufgegriffen und führten zu sinnvollen Ergänzungen des Konzepts.

2.3 Kombinationsbehandlungen

Aufgrund der bundesweit zahlreich angebotenen Modelle für Kombinationstherapien nimmt die Deutsche Rentenversicherung Bund vielfältige und unterschiedliche Kombinationstherapien in Anspruch. Die Kombinationstherapie ist eine Grenzöffnung zwischen stationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitation einerseits und ambulanter Rehabilitation andererseits. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen im Einzelfall die verschiedensten psychiatrischen Begleit- und Grunderkrankungen vorliegen können und dass unterschiedlichste soziale Kontextsituationen gegeben sein können.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat daher Eckpunkte definiert, nach deren Maßgabe sie angebotenen Kombinationsmodellen zustimmen kann. Dadurch ist die therapeutisch sinnvolle Möglichkeit geschaffen, die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen weiter zu flexibilisieren und zu individualisieren. Wichtiges Ziel ist dabei auch eine bundesweite Öffnung dergestalt, dass jede stationäre bzw. ganztägig ambulante Einrichtung mit jeder anerkannten ambulanten Einrichtung in Wohnortnähe des Versicherten kombiniert werden kann, wobei auf die Kompatibilität der Interventionsformen geachtet werden muss.

2.4 Ambulante Rehabilitationsangebote

Entwicklungspotenzial wird weiterhin vor allem in ganztägig ambulanten und ambulanten Rehabilitationsangeboten gesehen. Vor diesem Hintergrund wurde auf dem Gebiet der ambulanten Rehabilitation das Angebot im Jahr 2008 auf insgesamt rund 470 Standorte erweitert. Ebenso konnten in diesem Jahr zwei ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen hinzugewonnen werden.

2.5 Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen

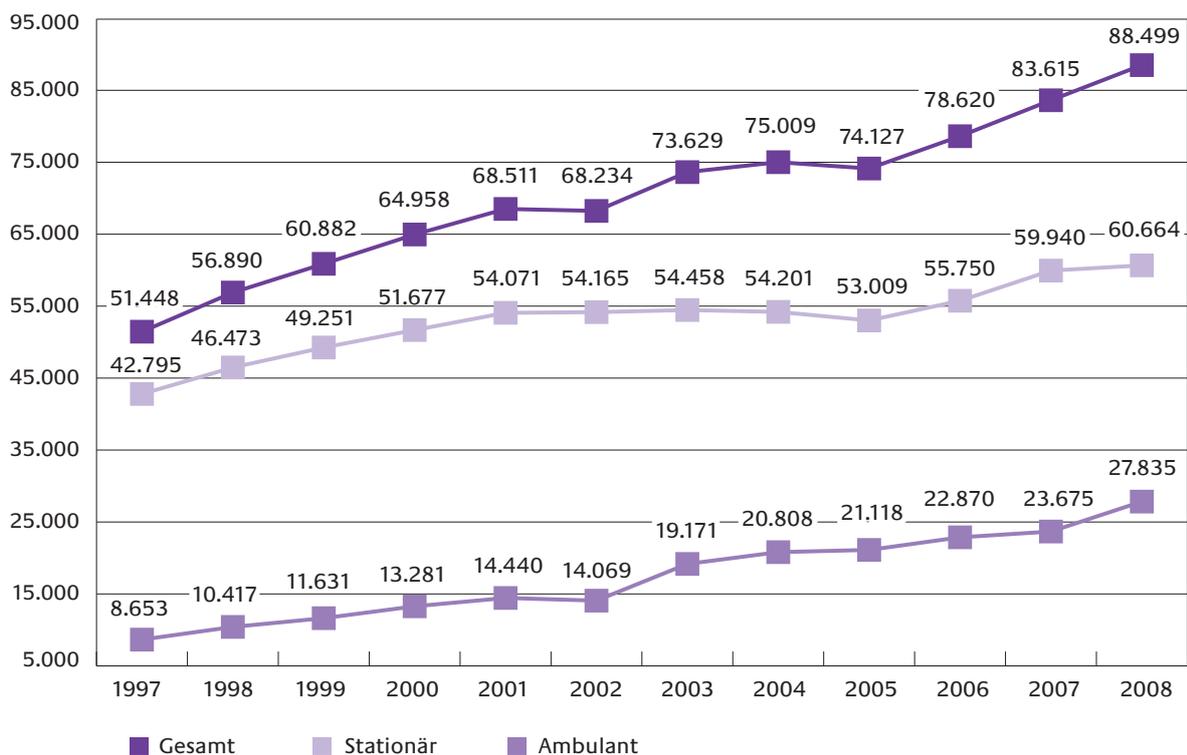
Bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung von 1997 bis 2008 stieg die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen bis 2004 und sank aufgrund des allgemeinen Antragsrückganges im Jahr 2005 leicht. Mit dem Jahr 2006 ist, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, ein Anstieg sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Bewilligungen festzustellen. Diese Entwicklung setzt sich in den Jahren 2007 und 2008 fort (Abb. 23).

2.6 Qualitätssicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung (RV) stellt seit mehr als zehn Jahren den stationären Reha-Einrichtungen regelmäßig Berichte zur Reha-Qualitätssicherung zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um einrichtungsbezogene Analysen auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Es wird davon ausgegangen, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit entscheidende prognostische Faktoren hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach Rehabilitation darstellen. Die Rehabilitanden werden acht bis zwölf Wochen nach Abschluss der Reha-Maßnahme befragt. Die subjektive Zufriedenheit der im Jahr 2007 befragten Abhängigkeitskranken (n=5.515) war wie in den Jahren zuvor sehr hoch.

Die Leistungen zur Sucht-Rehabilitation wurden bei einem Notenspektrum von „1“ (sehr gut) bis „5“ (sehr schlecht) mit Werten um „2“ positiv bewertet. Von mehr als drei Viertel der Befragten wurde eine Besserung in Bezug auf die körperliche Gesundheit, Depressivität und Furchtsamkeit angegeben. Das Peer Review-Verfahren dient der Überprüfung der Prozessqualität. Es wird erstmalig für stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen gemeinsam durchgeführt.

Abbildung 23:
Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen
(Deutsche Rentenversicherung 1997–2008)



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

Neben den explizit für die Qualitätssicherung erhobenen Daten (Rehabilitandenbefragung, Peer Review) können auch die Routinedaten der RV zur Qualitätsbewertung genutzt werden. Die RV verfolgt entsprechend ihres gesetzlichen Auftrages das Ziel, durch medizinische Rehabilitation die Eingliederung in das Erwerbsleben bzw. die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben durch Erwerbsminderung zu erreichen. Zur Messung dieses Ergebnisses werden die Daten zur Rehabilitation von der RV routinemäßig für Längsschnittbetrachtungen mit weiteren Leistungs- und Versicherungsdaten personenbezogen zusammengeführt. Damit kann der sozialmedizinisch relevante Verlauf nach einer Rehabilitation dargestellt

werden. Der Zwei-Jahres-Verlauf für Rehabilitanden, die im Jahr 2004 eine Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit beendet haben zeigt, dass 90% dieser Gruppe im Beobachtungszeitraum im Erwerbsleben verblieben waren.

Ferner wird durch die Auswertungen der dokumentierten therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht nicht nur das therapeutische Leistungsspektrum der Sucht-Einrichtungen berücksichtigt, sondern auch die Erfüllung der evidenzbasierten Reha-Leitlinienanforderungen bewertet, die u. a. für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit entwickelt wurden.

Fachverband Sucht e. V.: Effektivität stationärer Suchtrehabilitation

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX liegt u. a. darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Dieses Ziel ist in der Behandlung Abhängigkeitskranker nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. Rückfallhäufigkeit, -dauer und -schwere zu minimieren. Der Fachverband Sucht e. V. (FVS) führt seit dem Entlassjahrgang 1996 regelmäßig aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen durch und publiziert diese. Die Ein-Jahres-Katamnesen orientieren sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Als „abstinent“ werden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen haben. Als „abstinent nach Rückfall“ wird eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens zwölf Wochen abstinent war, alle anderen Personen gelten als „rückfällig“. Die FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 umfasst 10.306 Patienten aus 17 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Die katamnestiche Erfolgsquote (abstinent und abstinent nach Rückfall lebende Patienten) für die planmäßig entlassenen Antworter beträgt 75,9 % (abstinent: 64,2 %, abstinent nach Rückfall: 11,7 %).

2.7 Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung

2.7.1 Studie „Modulare Kombinationsbehandlung“

Die „Modulare Kombinationsbehandlung“ (MoKo) gehört seit einigen Jahren zu dem im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover angewendeten Therapieverfahren für Suchtkranke. Dort werden neue, an den individuellen Erfordernissen der Rehabilitanden flexibel angepasste Therapieformen angeboten sowie Potenziale durch die Verknüpfung sich ergänzender Behandlungsangebote (ambulant, ganztags ambulant, stationär) in definierten Regionen erschlossen, Transparenz der Prozesse und Mitsprache für die Rehabilitanden verwirklicht und die Starrheit von Behandlungsformen traditionellen Zuschnitts überwunden. Seit 1. Oktober 2005 untersucht eine Arbeits-

gruppe der Universität Oldenburg die Zusammenarbeit des Verbundsystems. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die Einführung und Umsetzung der MoKo erfolgreich gelungen ist. Sie wird bei den beteiligten Rehabilitanden und Therapeuten gut akzeptiert. Durch den positiven Einfluss der Kooperation und regionaler Verbundarbeit wurden Schnittstellenproblematiken erheblich vermindert. Die Antritts- und Haltequoten haben sich signifikant verbessert und es konnten Patienten erreicht werden, bei denen ansonsten eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten gewesen wäre. Es entstand ein Übergabemanagement für den Wechsel von einer Therapieform in die andere.

Diese Erfolge haben zu einer Vereinbarung der norddeutschen regionalen Leistungsträger der Rentenversicherung geführt, ihren Versicherten ein einheitliches Verfahren zur Kombi-Therapie, die so genannte „Kombi-Nord“, anzubieten. Dieses gemeinsame Konzept soll 2009 umgesetzt werden.

2.7.2 Ausbau der Kombibehandlung

Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd wurde die bereits im Jahr 2006 anerkannte Kombitherapie der Fachklinik Annabrunn mit ambulanten Fachambulanzen im Jahr 2008 auf vier weitere Suchtbehandlungsstellen ausgeweitet. Es besteht nunmehr die Möglichkeit die in der Fachklinik Annabrunn begonnene Kombitherapie in vierzehn Fachambulanzen weiterzuführen.

2.7.3 Ambulante Behandlungsstellen für pathologisches Glücksspiel

Die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd hat im Jahr 2008 erstmalig ambulante Behandlungsstellen für pathologisches Glücksspiel anerkannt. Es handelt sich dabei um die klientenzentrierte Problemlösung in Dachau und München. Damit ist die Möglichkeit geschaffen, dem Personenkreis im Ballungsraum München eine adäquate Versorgung zukommen zu lassen und dem steigenden Bedarf gerecht zu werden.

2.7.4 Modellprojekt Direktverlegung in die Entwöhnungsbehandlung

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland erprobt in Zusammenarbeit mit den MEDINOS Kliniken im Rahmen eines zweijährigen Modellprojektes die Direktverlegung aus dem Akutkrankenhaus in die Entwöhnungsbehandlung ohne Sozialbericht. Bei entsprechender Indikation prüft der im Krankenhaus tätige Nervenarzt, ob ausreichende Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Erwerbsprognose und eine Grundmotivation gegeben sind. Der Sozialdienst des Krankenhauses übernimmt die Aufgaben der Suchtberatungsstelle und motiviert den/die Versicherte/n in mehreren Gesprächen. Antragsstellung und Bewilligung erfolgen zeitnah per Fax.

2.7.5 Berufsorientierungscenter zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz als Träger der Fachklinik Eußerthal hat mit Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige in der Region Landau eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Ziel ist es, gemeinsam ein Berufsorientierungscenter in Landau vorzuhalten. Rehabilitanden, die sich mindestens vier bis acht Wochen in einer Entwöhnungsbehandlung befinden, können konzeptgeleitet und mit einer speziellen Fragestellung an das Berufsorientierungscenter vermittelt werden.

Ergänzend zur Routinediagnostik in den Rehabilitationseinrichtungen werden sie zusätzlichen arbeitsweltbezogenen Assessmentverfahren unterzogen. Fachkundige Untersucher geben Rückmeldungen an die Rehabilitanden und Hinweise zu Sozialkompetenz und Kommunikationsverhalten, die im Einzelfall für die weiteren therapeutischen und berufsintegrierenden Maßnahmen genutzt werden können. Hierzu wird ein Ergebnisbericht angefertigt, der auch Hinweise zur beruflichen Perspektive und konkreten Vermittlungschancen in den Arbeitsmarkt beinhalten soll.

3 Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein Element dabei ist die Suchtberatung (§ 16 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 SGB II). Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherung hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbefugnis darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor. Dennoch kann festgestellt werden, dass sich die für die Teilhabe am Arbeitsleben relevanten Akteure umfassend mit der Situation durch das SGB II beschäftigt haben. Beispielsweise haben sich alle Suchthilfeverbände umfassend mit der Thematik auseinandergesetzt, ihre Beschäftigten fortgebildet, Konzepte erarbeitet und Kooperationsvorschläge gemacht, um die Zusammenarbeit mit den Jobcentern zu verbessern.

Das BMG hat aufgrund der Empfehlungen des Drogen- und Suchtrats vom November 2007 eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben, die bundesweit Maßnahmen, Initiativen und Kooperationen erheben soll, die die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und der Agentur für Arbeit (ARGE), Institutionen in den optierenden Kommunen sowie die Grundsicherungsträger mit getrennter Aufgabenwahrnehmung im Rahmen des SGB II hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung getroffen haben. Darüber hinaus sollen die in den vergangenen Jahren erprobten Ansätze guter Praxis bei der Integration suchtkranker Arbeitsuchender ins Erwerbsleben identifiziert und dokumentiert werden.

Gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz fördert das BMG das Modellprojekt FAIRE in Rheinland-Pfalz mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. FAIRE bietet ein differenziertes Dienstleistungsangebot für die Suchtkrankenhilfe, die Arbeitsverwaltung und andere Akteure, die mit der beruflichen Integration befasst sind. Dazu gehören: Weiterbildungsangebote zur aktuellen Sozialgesetzgebung, die Fachkunde „Sucht“, Zertifizierungskurse im „Case Management“, die Initiierung von Netzwerkgesprächen zum Abbau von Schnittstellenverlusten bei der Schaffung regionaler Verbundsysteme, die Fachberatung für die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe und der Arbeitsverwaltung, die Unterstützung von Trägern bei der Konzipierung und Umsetzung von spezifischen Arbeitsprojekten, die Aktualisierung des „Jobwärts“-Leitfadens zur Arbeitsmarktintegration und der „Jobwärts“-Beratungs- und Dokumentationssoftware sowie ein Newsletter zu aktuellen Themen. Seit Oktober 2008 unterstützt das BMG gemeinsam mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern darüber hinaus den Transfer von FAIRE in Mecklenburg-Vorpommern.



Vorgestellt
Rita Hornung,
Geschäftsführerin der Marianne
von Weizsäcker Stiftung –
Integrationshilfe für ehemals
Suchtkranke e. V.

„Man braucht bei unserer Arbeit eine große Portion Gelassenheit, Humor, Furchtlosigkeit, großes Einfühlungsvermögen und natürlich positives Denken“, sagt Rita Hornung, Geschäftsführerin der Marianne von Weizsäcker Stiftung – Integrationshilfe für ehemals Suchtkranke e. V. mit Sitz in Hamm.

Es ist ein steiniger Weg zurück ins Leben, wenn man eine Sucht überwunden hat, und nur allzu oft führt berufliche Perspektivlosigkeit und Überschuldung zu einem Rückfall

in die Sucht. Ehemals Suchtkranke haben durchschnittlich 10.000 Euro Schulden. Bessere Startchancen für ehemals Suchtkranke zu schaffen, war deshalb das Anliegen Marianne von Weizsäcker, als sie die Stiftung 1989 ins Leben rief. „Frau von Weizsäcker arbeitet bis heute im Vorstand und im Vergabeausschuss und unterstützt und begleitet die Aufgaben der Stiftung mit großem persönlichen Einsatz, mit Warmherzigkeit und sehr viel Sachverstand,“ berichtet Rita Hornung. „Ohne sie wäre unsere erfolgreiche Arbeit nicht möglich gewesen.“

Seit 1992 ist Rita Hornung für die Stiftung tätig, seit 1994 als Geschäftsführerin. Sie hat die Arbeit der Stiftung maßgeblich mit auf- und ausgebaut.

Zweck der Stiftung ist es, die wirtschaftliche und berufliche Integration von ehemals Suchtkranken durch Gewährung von entsprechenden Entschuldungsdarlehen und durch Verhandlungen mit den Gläubigern zu unterstützen. „Wir leisten Hilfe zur Selbsthilfe, wir nehmen den Menschen die Schulden nicht ab, sondern machen sie bezahlbar und überschaubar,“ sagt Rita Hornung. Kosten für die berufliche Wiedereingliederung werden vorfinanziert. „Unseren Klienten nutzt das, weil sie dadurch nur noch uns als Gläubiger haben und ihre Schulden in kleinen Raten bei überschaubaren Laufzeiten zurückzahlen können. Die Gläubiger profitieren, weil wir ihnen das Rückzahlungsrisiko abnehmen. Wir sind so etwas wie eine kleine ‚Spezialbank‘“, berichtet die gelernte Bankkauffrau.

Durch den direkten Kontakt zu den Betroffenen spürt die Stiftung gesellschaftliche Veränderungen meist sehr schnell. Zur Zeit sieht sie sich u. a. mit dem Problem konfrontiert, dass die Einkommen ihrer Klientinnen und Klienten seit Jahren rückläufig sind, während die Ausgaben und die Schulden steigen. „In vielen Berufen ist der monatliche Verdienst so gering, dass kein pfändbares Einkommen mehr erwirtschaftet wird“, berichtet Rita Hornung. „Der Spielraum für eine angemessene Schuldensanierung wird immer geringer und die Umsetzung des Sanierungskonzeptes bei der Gläubigerseite wird immer schwieriger.“

Unter Kollegen gilt Rita Hornung als „Energiebündel“, die ihre Aufgaben mit großem Elan und Freude erledigt. „Trotz schwieriger gewordenen Rahmenbedingungen macht es mir große Freude, zu gestalten und wirklich helfen zu können“, sagt sie. „Ich erwarte durch die Finanzkrise eine weitere Verschärfung der Verschuldungsprobleme unserer Klienten und rechne mit einer Zunahme der Anträge. Darauf sind wir aber vorbereitet.“

Rita Hornung ist viel im gesamten Bundesgebiet unterwegs, ist beratend tätig und hält Vorträge. Sie ist Mitautorin des Standardwerkes „Praxishandbuch Schuldnerberatung“.

In ihrer Freizeit geht die Mutter zweier erwachsener Töchter, die privat am liebsten Goethe, Gedichte von Annette von Droste-Hülshoff, Biografien, Krimis und Gedichte liest, gerne zusammen mit Freunden und ihrem Hund wandern.

Für die Zukunft wünscht sich Rita Hornung eine sachgerechte Anpassung der Rahmenbedingungen für Schuldner und Gläubiger an die veränderte Arbeits- und Lebenswelt der heutigen Zeit. „Ein großer Traum von mir ist es, eine weitere Stiftung für nicht suchtkranke Schuldner zu errichten, weil ich sehe, wie viele Menschen insgesamt Hilfe benötigen und wie viel Erfolg wir mit unserem Konzept haben.“

4 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen

Die psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland stellen einen wesentlichen Teil der stationären und ambulanten Behandlung von Suchtkranken sicher. Während die psychiatrischen Fachkrankenhäuser inzwischen über spezialisierte Therapieeinrichtungen für Suchtkranke verfügen, wurden in den vergangenen Jahren auch in den Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den psychiatrischen Abteilungen zunehmend Spezialangebote für diese Patientengruppe eingerichtet. Dem Modell der qualifizierten Entzugsbehandlung folgend werden Patienten neben der körperlichen Entgiftung durch geeignete Maßnahmen für weiterführende Behandlungen motiviert. Zudem gibt es spezialisierte Angebote für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige, wo z. T. längere stationäre Behandlungen durchgeführt werden, bevor die Patienten entweder zurück nach Hause oder in entsprechend betreute Wohnheime verlegt werden können. Darüber hinaus weisen viele Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie auch Spezialstationen zum qualifizierten Heroinentzug auf.

Nach im Rahmen der „Personalverordnung Psychiatrie“ erhobenen Daten (2006: 247 Kliniken und Abteilungen

mit 42.000 Betten) beträgt der Anteil Suchtkranker stabil 18 %. Bei insgesamt ca. 70.000 psychiatrischen Betten werden hochgerechnet etwa 12.000 Behandlungsplätze für Suchtkranke genutzt. Bei einer mittleren Behandlungsdauer von 14 Tagen werden pro Jahr ca. 300.000 Behandlungen durchgeführt. Entsprechend dem Behandlungsbedarf werden sechs Bereiche für Suchtkranke unterschieden: Regel-, Intensiv-, rehabilitative Behandlung einschließlich Entwöhnung, lang andauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie Suchtkranker, tagesklinische Behandlung. Seit 1991 ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes in zunehmend intensivere Behandlungsformen zu verzeichnen, während die rehabilitative Behandlung kaum noch stattfindet.

Die ambulante Betreuung von Suchtpatienten in psychiatrischen Einrichtungen wurde vor allem durch die Etablierung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit Behandlungsauftrag für Suchtpatienten stark ausgebaut. In 414 psychiatrischen Institutsambulanzen werden ca. 650.000 Behandlungen pro Jahr durchgeführt. 12 % davon sind Suchtkranke. Pro Patient werden etwa 2,6 Behandlungen durchgeführt, so dass ca. 25.000 Suchtkranke pro Jahr in den PIAs behandelt werden. Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen Beratungsstellen und den stationären und ambulanten Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen. In einigen Bundesländern wie in Baden-Württemberg gibt es inzwischen fest etablierte kommunale Suchthilfenetze, in denen die zuvor genannten Leistungsanbieter gemeinsam mit Vertretern der niedergelassenen Ärzteschaft und der regionalen Allgemeinkrankenhäuser sowie der gesetzlichen Rentenversicherung und Krankenkassen eine verbindliche Zusammenarbeit praktizieren. Zunehmend werden auch mehr Suchttageskliniken eröffnet, die eine bedeutende Rolle im Gesamtbehandlungsangebot einnehmen.

Die Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin gemeinsam führen mit dem Suchtausschuss

der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Kliniken regelmäßige und intensive Fachdiskussionen durch. Der gewachsene Stellenwert der Suchtkrankenbehandlung im Rahmen der Psychiatrie findet verstärkt Berücksichtigung in der Suchtforschung (siehe F). Der jährlich mit mehr als 7.500 Teilnehmern attraktive Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat in den vergangenen Jahren zunehmend die Suchtforschung und -behandlung thematisiert.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe: Manual „Männlichkeiten und Sucht“

Nach allgemeiner Einschätzung ist die Suchtkranken- bzw. Suchtgefährdetenhilfe nicht ausreichend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken vorbereitet. Diskussionen über männerspezifische Hilfe- und Unterstützungsansätze werden in Therapieeinrichtungen, in Publikationen und auf Fachtagungen zwar seit einigen Jahren geführt. Die Erkenntnis jedoch, dass ein solcher Arbeitsansatz zur Qualitätssteigerung, zum größeren Erfolg der Hilfestrategien beitragen kann, hat sich in Deutschland im Unterschied zur Schweiz noch nicht ausreichend in der Praxis der Behandlung Suchtkrankter durchgesetzt.

Gendergerechtes therapeutisches Arbeiten ist seit Jahrzehnten in Deutschland bezogen auf den Bereich weiblicher Drogenabhängigkeit gute Praxis. Die Notwendigkeit einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik und -praxis im Suchtbereich auch für männliche Patienten ist in den letzten Jahren allerdings aus zwei Gründen notwendig geworden: Gender-Mainstreaming-Ansätze fordern eine Orientierung auf das ‚soziale Geschlecht‘ für beide Geschlechter. Eine geschlechtsspezifische Beachtung des Genderaspektes bei beiden Geschlechtern trägt zu einer differenzierten und individualisierten therapeutisch-beraterischen Praxis bei. Eine ‚geschlechtslose‘ Suchtkrankenhilfe stößt an die Grenzen ihrer Effektivität, sie blendet die geschlechtsspezifischen Ursachen und Verlaufsformen der Sucht und demgemäß Ansätze der Suchtkrankenbehandlung aus.

Ein Grund für die mangelnde Umsetzung männerspezifischer Fragestellungen in Therapie und Beratung liegt im Fehlen praxisnaher Materialien, mit denen das abstrakte Thema „Gender und Sucht“ mit männlichen Patienten in Beratungsstellen und Fachkliniken in spezifischen Männergruppen

bearbeitet werden kann. Im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (Landesjugendamt Koordinationsstelle Sucht, Münster) ist deshalb ein Manual erarbeitet worden, das erstmalig eine ausführliche und praxisnahe Arbeitshilfe zur therapeutischen und Beraterischen Bearbeitung des Genderaspektes männlicher Suchterkrankungen bietet.

■ www.lwl-ks.de

DAK: Integrierte Versorgung - Suchthilfenetzwerk

Einen neuen Weg der Zusammenarbeit bei der stationären und ambulanten Behandlung Suchtkrankter beschreiten seit Oktober 2008 die Facharztpraxis für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie-Suchtmedizin Dr. Volker Kielstein im Verbund mit der „Tagesklinik an der Sternbrücke“ (Magdeburg), das AMEOS Klinikum für Psychiatrie und Neurologie (Haldensleben), die medizinische Klinik des Krankenhauses Pfeiffersche Stiftung (Magdeburg) und niedergelassene Ärzte mit einem Vertrag über integrierte Versorgung mit der DAK. Neben der im Fokus stehenden Alkoholsucht werden auch andere Abhängigkeitserkrankungen wie Medikamenten-, Drogen-, Spielsucht sowie Essstörungen behandelt. Nach der Überweisung der Patienten vom Hausarzt an die Suchtschwerpunktpraxis wird entschieden, ob eine ambulante (70–80% der Fälle) oder stationäre Entgiftung durchgeführt wird. Danach folgen eine sechswöchige tagesklinische „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ und eine ambulante, wöchentlich stattfindende Gruppentherapie mindestens ein Jahr lang.

■ www.suchttagesklinik.de

Selbsthilfe

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

Die Sucht-Selbsthilfe leistet in Deutschland anerkannte und unverzichtbare Arbeit in der Hilfe und Nachsorge für Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörige. Neben einer Vielzahl von Gruppen werden Einzelberatungen und eine breite Palette von weiterführenden Aktivitäten im Bildungs- und Freizeitbereich angeboten. Die Angebotsstrukturen sind grundsätzlich auf Veränderungsprozesse – weg von der Sucht und hin zu einer abstinenten, zufriedenen Lebensführung – ausgerichtet. Oftmals fällt es Menschen jedoch schwer, ihren Lebensstil in dem notwendigen Ausmaß (Abstinenz vom Suchtmittel bzw. Veränderung des suchtbezogenen problematischen Verhaltens) zu verändern.

Rauchen, Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Stress und ungesunde Lebensrhythmen werden beibehalten. Die durch den Suchtmittelkonsum oder den andauernden Stress als Angehörige/r bedingten Schädigungen können langfristig negative Folgen für die Gesundheit, für das Wohlbefinden und die psychische Stabilität haben. Ändert sich der Lebensstil nicht, besteht erhöhte Rückfallgefahr in alte Konsummuster und Verhaltensweisen.

Aus diesem Grund fördert das BMG seit April 2008 für zweieinhalb Jahre das Projekt „S. o. G. – Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung“ der fünf Sucht-Selbsthilfeverbände in der DHS (siehe E2). Bei diesem Vorhaben sollen die Angebotsstrukturen in den Gruppen gezielt um Themen besonders im Bereich der körperlichen Gesundheit erweitert werden. Die Arbeit der Sucht-Selbsthilfe geht über die unmittelbare Bewältigung der Sucht(mittel)problematik hinaus. Daher ist zur langfristigen Stabilisierung und zur positiven Veränderung des Lebensstils sowohl körperliche als auch psychosoziale Gesundheit von hoher Bedeutung. Im Projekt „S. o. G.“ werden folgende Themenkomplexe bearbeitet und für die Umsetzung in die Gruppenarbeit vor Ort aufbereitet:

- Leiblichkeit – Bewegung und Sport
- Gesundheitsbewusste Ernährung

- Tabakkonsum – Rauchfrei leben (Problematisierung des Rauchens und Tabakentwöhnungsangebote für „ausstiegswillige“ Raucher/innen).

In einer Auftaktveranstaltung mit Teilnehmenden aus allen Verbänden wurden im Oktober 2008 die Rahmenbedingungen von positiver Veränderung und gesundheitsförderndem Verhalten in der Sucht-Selbsthilfe vermittelt und bearbeitet. Die positive „Aufbruchstimmung“ dieser Veranstaltung zeigt bereits Wirkung in der Arbeit der Gruppen und Verbände: Themen der Gesundheitsförderung werden besprochen, Kurse zur Raucherentwöhnung veranstaltet, Bewegung und gesunde Ernährung rücken mehr ins Blickfeld und führen zu gemeinsamen Aktivitäten und zur Veränderung in Einstellungen, Haltungen und Handlungen. Im Jahr 2009 sollen die Themenkomplexe Ernährung – Bewegung/ Sport und (Nicht-)Rauchen in vier Regionen in Workshops den engagierten ehrenamtlichen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen vermittelt werden. Ziel ist es, diese Themen dann weiter in die Arbeit der Verbände bzw. in die Arbeit der Gruppen vor Ort zu transportieren. Ein Praxisleitfaden für Gruppen und Arbeitskreise wird die Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts festhalten. Mit diesem Leitfaden sollen ehrenamtliche Kräfte in die Lage versetzt werden, wichtige gesundheitsbezogene Themen aufzugreifen, um damit die Arbeit ihrer Gruppe zu optimieren und um einen weitreichenden gesundheitsbewussten Ansatz zu ergänzen.

Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES: „Profis fördern Selbsthilfe“

Selbsthilfen von Junkies, Ehemaligen und Substituierten sind seit vielen Jahren im Bereich Drogen, HIV/Aids und Hepatitis tätig. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass auch die Mitarbeit in der JES Selbsthilfe die Abstinenzmotivation stärken und die Entstehung sozialer Netzwerke fördern kann. Sie erhöhen u. a. die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen und leisten in diesem Zusammenhang wertvolle Dienste im Sinne der HIV/Aids- und Hepatitis- Prävention sowie der Schadensminimierung. Trotz dieser positiven Effekte haben viele Einrichtungen der Drogenhilfe keinen Bezug zur Selbsthilfe Drogen gebrauchender Menschen bzw. zu geringe

► Kenntnisse über Möglichkeiten der Selbsthilfe-Förderung. Deshalb wurde eine neue Veranstaltungsreihe des JES Netzwerks organisiert, die 2007 und 2008 in sechs Städten durchgeführt wurde. Ziel ist es, die Relevanz der Peer-Arbeit zu vermitteln. Die Teilnehmer/innen sollten ermutigt werden, im Rahmen ihrer täglichen Begegnung mit Drogenkonsumenten als Multiplikatoren zu agieren und sie zu einem Engagement in der Selbsthilfe zu motivieren. Es wurden einerseits das JES Selbstverständnis und andererseits Grundlagen der Selbsthilfeförderung vorgestellt.

■ www.jes.aidshilfe.de

2 Sucht-Selbsthilfeverbände bei der DHS

Die DHS übernimmt als Dachorganisation Koordinierungs- und Vertretungsaufgaben für die bundesweite Sucht-Selbsthilfe: Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher, Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund.

Es bestehen eine Reihe von Selbsthilfegruppen, die sich direkt den Wohlfahrtsverbänden der Arbeiterwohlfahrt, dem Deutschen Caritasverband oder dem Deutschen Roten Kreuz angeschlossen haben oder aber Fachverbänden wie dem Fachverband Glücksspielsucht oder dem Bundesfachverband Essstörungen. Sie alle sind Mitgliedsverbände der DHS.

Die Selbsthilfe leistet einen unverzichtbaren Beitrag im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe. Ihr Hilfsangebot richtet sich an den Suchtkranken vor, während und nach der Therapie, an die Angehörigen und sie ist Ansprechpartner für Dienstleister (u. a. Betriebe, Arztpraxen, Beratungsdienste). Es gibt Selbsthilfegruppen für alle Formen von Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Computer, Internet, Essstörungen). Sie leisten Motivationshilfe und Unterstützung für Betroffene, Begleitung und Stärkung für Angehörige und vielfach auch allgemeine Aufklärung über die Suchterkrankungen in der Öffentlichkeit.

In 2008 wurde die 8. Sucht-Selbsthilfe-Konferenz von der DHS mit dem Thema „Von der Konkurrenz zur Kooperation – Sucht-Selbsthilfe auf dem Weg in die Zukunft“ veranstaltet. Ziel war es, Anregungen, Strategien und Maßnahmen für die Zusammenarbeit der Selbsthilfe mit der professionellen Suchthilfe zu diskutieren. Mit der Konferenz wird generell die verbandsübergreifende Zusammenarbeit der Sucht-Selbsthilfeverbände gefördert. Eine bessere Zusammenarbeit kann eine frühere Hilfe durch das Suchthilfesystem für mehr Menschen bedeuten. Die Konferenz hat einen hohen Stellenwert für die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter der Sucht-Selbsthilfe.



Vorgestellt:
Dirk Schäffer,
Referent und Leiter des Fach-
bereichs Drogen und Strafvollzug
der Deutschen AIDS-Hilfe

„DrogengebraucherInnen besitzen ein Recht auf Menschenwürde. Sie brauchen es sich nicht erst durch ein abstinentes und angepasstes Verhalten erwerben.“

Dieser Satz aus der Gründungserklärung des Selbsthilfenetzwerks **Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES)** steht für die Grundhaltung der akzeptierenden Drogenarbeit und ist für Dirk Schäffer, den ehemaligen Bundeskoordinator des JES-Netzwerks, zugleich wesentlicher Leitspruch und Motivation für seine alltägliche Arbeit für die Deutsche AIDS-Hilfe.

Dirk Schäffer ist seit dem Jahr 2000 Referent und Leiter des Fachbereichs Drogen und Strafvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe. Er kennt die Sorgen und Nöte von Drogenabhängigen und weiß um die gesundheitlichen Gefahren, die mit dem intravenösen Drogenkonsum verbunden sind:

„Meine Arbeit bei der AIDS-Hilfe gibt mir die Chance“, so Schäffer „mich mit Akteuren der Aids- und Drogenarbeit

– Praktikern, Medizinern, politisch Verantwortlichen, Wissenschaftlern und Drogengebrauchern auszutauschen und auseinanderzusetzen. Dadurch ist es möglich, passgenaue Präventionsansätze zu entwickeln, die nicht nur beim Einzelnen ansetzen, sondern auch an den Strukturen.“

Für die Deutsche AIDS-Hilfe entwickelt er zusammen mit seinem Team Präventions- und Infomaterialien (z. B. Broschüren, Poster, Handbücher) für Drogenkonsumenten und Mitarbeiter aus der Aids- und Drogenhilfe. Er konzipiert Fortbildungsseminare und -workshops für Mitarbeiter aus den Mitgliedsorganisationen der AIDS-Hilfe, sowie für Fachkräfte aus der Drogenhilfe und für Multiplikatoren der Selbsthilfe.

Sein Ziel ist es, Menschen, die sich für den Konsum illegaler Substanzen entschieden haben, zu informieren und zu unterstützen, „sei es im Hinblick auf Strategien des risikominimierten Drogenkonsums, der Erleichterung von Behandlungszugängen oder der Schaffung von möglichst passgenauen Wohn- und Reha-Angeboten.“

Eine seiner Kernaufgaben sieht er in der Stärkung und Förderung der Selbsthilfe, in deren Tradition er fest verwurzelt ist: „Nur so können wir eine szenenahe und authentische HIV- und Hepatitisprävention bei Drogengebrauchern und Inhaftierten erreichen.“

Für die Zukunft wünscht sich Dirk Schäffer, dass es in der HIV- und Hepatitisprävention gelingt, neben der Veränderung individuellen Verhaltens auch eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zu erwirken, in denen Drogen gebrauchende Menschen leben. „Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die heroingestützte Behandlung habe ich die Erwartung“, so Schäffer, „dass die verantwortlichen Akteure aus Praxis und Politik fachlich-wissenschaftlichen Daten und Fakten Vorrang vor ideologischen Sichtweisen und persönlichen Moralvorstellungen einräumen und das Wohl Drogen gebrauchender Menschen in den Mittelpunkt stellen.“

Und der private Dirk Schäffer? Die Zeit mit seiner Familie bedeutet ihm sehr viel, auch wenn sie knapp bemessen ist. Fußball ist seine große Leidenschaft: Als ehemals aktiver Fußballer genießt er es, seinem Lieblingsverein im Fernsehen zuzusehen oder sich mit seinem Sohn virtuelle Fußballduelle an der Spielekonsole zu liefern.

■ www.jes.aidshilfe.de

■ www.aidshilfe.de

3 Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV fördert Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen nach § 20 c SGB V. Damit wird die gesundheitsbezogene Arbeit der Selbsthilfe unterstützt. Mit der Novellierung der Selbsthilfeförderung nach § 20 c SGB V zum 1. Januar 2008 wurde eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung neben der krankenkassenindividuellen Förderung eingeführt. Eine gute Umsetzung der Neuerung des § 20 c SGB V erforderte Aufklärungsarbeit und Kraftanstrengungen für alle Beteiligten. Die Verbände wurden über die neuen Förderrichtlinien informiert. Die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, der Paritätische Gesamtverband und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen führten gemeinsam mit den Krankenkassen eine Tagung im August 2008 durch. Ziel war, Erfahrungen mit der bisherigen Umsetzung des § 20 c SGB V auszutauschen und noch vorhandene Missstände aufzudecken. Die kommunizierten Erfahrungen und Ergebnisse der ca. 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren überwiegend positiv.

Gefördert wurden originäre selbsthilfebezogene Aufgaben der Bundesverbände der Sucht-Selbsthilfe, der Landesverbände und die Selbsthilfegruppen vor Ort. Zusätzlich wurden Projekte, wie die Entwicklung von Infoblättern zur Sucht und Selbsthilfeveranstaltungen der Verbände durch Fördermittel der Gesetzlichen Krankenkassen unterstützt.

4 Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die regionalen Träger

Auch im Jahr 2008 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund die Sucht-Selbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gem. § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB VI unterstützt. Gefördert werden sowohl einzelne Selbsthilfegruppen in pauschalierter Form als auch die Arbeit der überregional tätigen Suchtreferenten der einzelnen Suchtverbände, die innerhalb der DHS organisiert sind. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hat die Selbsthilfe einen sehr hohen Stellenwert. Sie unterstützt chronisch suchtkranke Menschen bei der Bewältigung ihrer Krankheit im Alltag und hilft so, Rückfälle zu verhindern. Die einzelnen Selbsthilfegruppen (regionale Selbsthilfe) bieten hierbei den Abhängigkeitskranken eine lebensnahe, praktische Unterstützung. Für diese Arbeit wurden von der Deutschen Rentenversicherung Bund für das Jahr 2008 Zuwendungen in Höhe von 760.794,32 EUR zur Verfügung gestellt. Diese Mittel erhalten die bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen direkt. Es werden davon Schulungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer gefördert und einzelne Projekte unterstützt, die einen engen Bezug zur Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung aufweisen.

Die Arbeit der insbesondere im Bereich der Selbsthilfe tätigen Suchtreferenten/innen wurde im Jahr 2008 mit finanziellen Zuwendungen in Höhe von 1.309.271,80 EUR gefördert. Die Suchtreferenten/innen sind Mitarbeiter der einzelnen Suchtverbände, die in der DHS organisiert sind. Sie unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie die Kontakte untereinander pflegen und verbessern, die freiwilligen Helfer/innen fachlich unterstützen und fortbilden, neue Projekte initiieren und sich aktiv an Weiterentwicklungen in allen Bereichen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beteiligen.

Deutsches Suchtforschungsnetz

Das Deutsche Suchtforschungsnetz wird durch vier regionale Suchtforschungsverbände gebildet und vom BMBF finanziell seit 2001 mit ca. 25 Mio. Euro gefördert. Im Juni 2008 fand der 1. Deutsche Suchtkongress, gefördert vom BMG, unter Mitwirkung des Deutschen Suchtforschungsnetzes mit mehr als 500 Teilnehmern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in Mannheim statt. Er diente u. a. der Darstellung der jüngsten Forschungsergebnisse der Suchtforschungsverbände. Vom 16. bis 19. September 2009 ist ein Folgekongress in Köln geplant. Auch dort wird das Deutsche Suchtforschungsnetz Auswertungen der aktuellen Suchtforschung vorstellen.

Zusätzlich engagiert sich das Deutsche Suchtforschungsnetz für den Transfer von Forschungsergebnissen in die therapeutische Praxis, z. B. in Zusammenarbeit mit der DHS bei deren Fachkonferenz „Sucht, Abhängigkeit, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten“ im November 2008 in Bielefeld. Unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Bühringer (Dresden) und Prof. Dr. med. Karl F. Mann (Mannheim) diskutierten Wissenschaftler aus den vier beteiligten Forschungsprojekten praxisrelevante Ergebnisse ihrer Arbeit mit Vertretern des Deutschen Suchthilfesystems.

■ www.psychologie.tu-dresden.de/bmbf/

1 Forschungsverbund Baden-Württemberg

Der Forschungsverbund Baden-Württemberg (BW-Verbund) kommunizierte 2008 intensiv die Ergebnisse seiner Projekte. Zum Beispiel konnte in der inzwischen auch publizierten randomisierten Studie zur Raucherentwöhnung in Arztpraxen gezeigt werden, dass die kostenlose Abgabe von Nikotinersatzstoffen zusätzlich zur ärztlichen Beratung einen signifikant besseren Erfolg zeitigt als die ärztliche Beratung alleine (Leitung: Prof. Hermann Brenner, Heidelberg). Dieser Unterschied ist auch gesundheitsökonomisch bedeutsam, da die besser wirksame Kombinationsbehandlung aus Beratung und Nikotinersatz mittelfristig Kosten spart (Leitung: Prof. Hans Joachim Salize, Mannheim).

In einer Langzeitstudie wurde der Zusammenhang von Umwelteinflüssen und Genotyp bei der Entwicklung von Suchtverhalten bei 15-Jährigen nachgewiesen (Leitung: Prof. Manfred Laucht, Mannheim). Die im Alter von 15 Jahren häufig und viel Alkohol konsumierenden Jugendlichen waren im Alter von 19 Jahren ebenfalls durch problematische Konsummuster auffällig.

Die Individualisierung der Therapie im Bereich Alkohol und Rauchen stellt einen innovativen Forschungsansatz des BW-Verbundes dar (Prof. Anil Batra, Tübingen; Prof. Karl F. Mann, Mannheim). Nach ersten Befunden laufender Studien erscheint es möglich und sinnvoll, z. B. bei Alkoholabhängigen Untergruppen zu definieren, die dann spezifisch behandelt werden können und daraufhin bessere Therapieergebnisse zeigen.

Die im Verbund geförderte DNA-Bank „Sucht“ war Grundlage für die weltweit erste genomweite Assoziationsstudie bei Alkoholabhängigen. Darin wurden Risikogene für Alkoholabhängigkeit gefunden, deren mögliche Bedeutung für eine differentielle Therapie derzeit geprüft wird.

Bildgebende Verfahren bei Suchtpatienten und die translationale Suchtforschung an geeigneten Tiermodellen (Prof. Rainer Spanagel, Mannheim) sind weitere Schwerpunkte des BW-Verbundes. Beide Ansätze werden in Zukunft noch stärker zusammengeführt, nachdem mit Mitteln des BMBF ein 9,4-Tesla-Kernspintomograph für Tiere angeschafft werden konnte.

Der BW-Verbund führt seinen Ansatz integrativer Suchtforschung nach der Beendigung der Förderung durch das BMBF im Jahr 2008, u. a. zu neuen Themen wie der „Spielsucht“, fort.

■ www.bw-suchtweb.de

2 Forschungsverbund Bayern/Sachsen

Der Forschungsverbund „Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity“ (ASAT) hat im Jahr 2008 über Institutsmittel und neue Fördermittel (BMG, EU-Programme) sein Arbeitsprofil ausgebaut und intensiviert. Ergebnisse zur neurobiologischen Grundlagenforschung und Neuroimaging („Addiction and the Adolescent Brain“) werden derzeit zur Publikation vorbereitet.

Ausbildung

Seit März 2009 erhalten Doktoranden aus ganz Europa eine Ausbildung auf dem Gebiet der Suchtforschung an der neu gegründeten „European Post-Graduate School in Addiction Research (ESADD)“ der TU Dresden (Leitung: Prof. Dr. Gerhard Bühringer). Vom Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden wurde ein Curriculum für Doktoranden entwickelt, welches die VolkswagenStiftung mit einer Fördermaßnahme unterstützt. Die Bewerber erwartet eine promotionsbegleitende Ausbildung auf hohem, international kompetitivem Niveau. Das Programm erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren, in denen die Doktoranden u. a. an sechs einwöchigen Seminaren in Dresden teilnehmen, die von anerkannten Suchtforschern geleitet werden.

■ www.asat-verbund.de

Frühintervention

Für die gezielte Planung von Präventions- und Frühinterventionsmaßnahmen bei Suchterkrankungen ist das Wissen über den Zeitpunkt der kritischen Übergänge – z. B. vom gelegentlichen zum „problematischen Gebrauch“ – essentiell. Erstmals konnte in den Studien des ASAT-Verbunds bevölkerungsbezogen gezeigt werden, dass die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie für Übergänge zu regelmäßigem Konsum, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit fast immer früh – und zwar in der Mitte der zweiten Lebensdekade liegen. 40% der Konsumenten von Alkohol und/oder Nikotin beginnen den Konsum dieser Substanzen im Alter von unter 14 Jahren. Das Übergangsrisiko zu

Substanzmissbrauch betrug unter allen Konsumenten zwischen 9,6 und 38,6%; das Risiko des Übergangs zur Substanzabhängigkeit variierte je nach Geschlecht, Substanz und Stadium zwischen 4,1 und 36,4%. Für Nikotin wurde das höchste Übergangs-Risiko ermittelt, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Cannabiskonsum

Cannabiskonsum ist kein vorübergehendes „Jugendphänomen“. Das ist der zentrale Befund der bevölkerungsbezogenen Studie EDSP zur Langzeit-Stabilität und den Folgen von Cannabiskonsum. Ein langfristiges Fortdauern problematischen Cannabisgebrauchs bis ins Erwachsenenalter ist umso wahrscheinlicher je regelmäßiger und problematischer das Konsumverhalten in der frühen Adoleszenz ist. Für Personen, die einmal die Kriterien einer Cannabisabhängigkeit erfüllten, ist ohne eine professionelle Intervention nur in Ausnahmefällen von einer Spontanremission auszugehen. Weitere Faktoren, die die Chronizität vorhersagten, waren: Cannabiskonsum von Freunden und Bekannten, belastende Lebensereignisse und eine komorbide Alkoholabhängigkeit.

Der frühe Konsum von Alkohol und Nikotin ist mit einem höheren Risiko für Cannabiskonsum verbunden. Beinahe alle Adoleszenten mit Cannabiskonsum berichteten auch Alkohol- (99,6%) und Nikotinkonsum (94,7%). In der Mehrheit der Fälle ging der Konsum von Alkohol und Nikotin dem Konsum von Cannabis voraus. Die Untersuchung zeigte weiterhin sowohl für Alkohol als auch für Nikotin, dass ein früherer Konsumbeginn mit einem erhöhten Risiko für Cannabiskonsum und mit einem früheren Beginn des Cannabiskonsums assoziiert war. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävention von frühem Alkohol- und Nikotinkonsum auch für die Prävention der späteren Entwicklung von Cannabiskonsum und -störungen von Bedeutung sein kann.

Angesichts der hohen Prävalenz des regelmäßigen Cannabiskonsums (über 15%) und von Cannabisstörungen (5%) bei Jugendlichen, stellt sich bei begrenzten professionellen Ressourcen die Frage, welche Cannabiskonsumern vordringlich Interventionen erhalten

sollten, um die Progression in eine schwergradige Abhängigkeit bzw. das Fortschreiten von Komplikationen zu verhindern. Auf der Grundlage der Verlaufsbefunde der EDSP-Studie konnte erstmals die versorgungsrelevante Größenordnung verschiedener Hochrisikogruppen in der Gesamtpopulation aller regelmäßigen Cannabiskonsumanten bestimmt werden. Etwa die Hälfte aller Personen mit wiederholtem Cannabis-Konsum hat einen unproblematischen 10-Jahres Verlauf. Für die andere Hälfte konnten vier verschiedene versorgungsrelevante Risikogruppen mit unterschiedlichen problematischen Merkmalsprofilen identifiziert werden.

In einem weltweit einzigartigen Modellprojekt wurden die Erkenntnisse der 10-jährigen Verlaufsstudie der EDSP zur Entwicklung von Suchterkrankungen fall- und problembezogen aufbereitet und regionsbezogen (Stadt und Land München) mit den einschlägigen Sucht-Hilfeeinrichtungen, Clearing- und Koordinationsstellen in ein Aktionsprogramm übersetzt. Unter Koordination der Bayerischen Akademie für Suchtfragen wurden auf der Grundlage der individuellen „Suchtkarrieren“ analysiert, in welchen Indikations- und Versorgungsbereichen Defizite bestehen, und wie durch eine verbesserte Allokation der vorhandenen Ressourcen Fehlsteuerungen vermieden und die Versorgung optimiert werden kann.

■ www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/projekte/edsp/edsp.html

Aktuell wird überprüft, wie wirksam das am Institut entwickelte modulare Behandlungskonzept CANDIS für Erwachsene mit cannabisbezogenen Störungen unter den realen Bedingungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist (Förderung BMG, siehe B 4.2.7). Insgesamt elf Einrichtungen aus den Städten München, Stuttgart, Dresden, Bautzen, Hannover, Braunschweig, Osnabrück, Münster, Hamburg und Berlin beteiligen sich mit etwa 300 Patienten an der Studie. Eine im Studienverlauf durchgeführte Evaluation zeigt, dass die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Studientherapeuten und Einrichtungsleiter das Programm als große Bereicherung und Erweiterung ihres aktuellen Angebots einschätzt.

Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken (WIRK)

Ziel dieses Projekts ist die Verbesserung der Versorgung von Rauchern und die Sensibilisierung der Institutionen und Berufsgruppen für die Problematik durch die Entwicklung und Implementierung professioneller Hilfsangebote in relevanten Institutionen der Gesundheitsversorgung. Es wurden Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung in Rehabilitationskliniken entwickelt, implementiert und evaluiert. Neben den individuumsbezogenen Interventionen wurde der Einfluss der Tabakkontrollpolitik in Kliniken auf das Rauchverhalten von Patienten untersucht. In der zweiten Phase des Projekts war das Interesse an Raucherentwöhnung stark gestiegen, so dass im Unterprojekt „Suchtreha“ 1.578 Patienten aus 39 Suchtrehabilitationskliniken in ganz Deutschland befragt werden konnten. In das zweite Unterprojekt „Mutter-Kind-Reha“ wurden 18 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter einbezogen und insgesamt 527 Frauen nahmen an den Maßnahmen zur Tabakentwöhnung teil. Mit dem DNRfK wurde im Rahmen dieses Projekts kooperiert. In den Kliniken wurde so ein Prozess angestoßen, der auch nach Ende des Projektes weitergeführt wird. Die Tabakentwöhnungskurse wurden von einem großen Teil der Einrichtungen in die Routineversorgung integriert. Das Instrument zur Erfassung der Tabakkontrollpolitik wird in einem neuen Forschungsprojekt weiter eingesetzt und dient als Rückmeldung bei dem Prozess zur Verbesserung der Versorgungssituation rauchender Patienten. Die entwickelten Klinikprogramme konnten aufgrund der Rückmeldungen weiter ausdifferenziert werden und werden zukünftig über Schulungen in Kliniken zur Verfügung gestellt.

Die Rauchprävalenz der Patienten in deutschen Suchtrehabilitationskliniken liegt bei 84%. Es wurde ein Instrument entwickelt, das die Tabakkontrollpolitik in sieben Bereichen erfasst: Aufstellen von Regeln, Konsequenzen bei Regelverletzung, Erfassung des Rauchstatus der Patienten, Nichtraucherenschutz, Tabakentwöhnungsangebote, Schulung von Mitarbeitern, Engagement der Klinik. Die Tabakabstinenzraten einer Klinik lassen sich durch die Prädiktoren „Schulung der Mitarbei-

ter“ und „Regelwerk der Klinik“ vorhersagen. In allen Kliniken besteht noch Entwicklungspotenzial, wobei die strukturellen Bereiche (Regelwerk, Konsequenzen, Erfassung des Rauchstatus) bisher am stärksten entwickelt sind. Am geringsten entwickelt sind die Bereiche Schulung der Mitarbeiter und Engagement der Klinik. In 27 Suchtrehabilitationskliniken konnten Maßnahmen zur Verbesserung der Tabakkontrollpolitik implementiert werden.

In den 18 teilnehmenden Kliniken für Mütter wurde ebenfalls ein Tabakentwöhnungsprogramm implementiert und der Effekt verschiedenartiger telefonischer Nachsorge untersucht. Eine direktive, rauchspezifische Telefonnachsorge erwies sich der Kontrollgruppe signifikant überlegen und führte zu den höchsten Abstinenzquoten nach sechs und zwölf Monaten (Abstinenzquote von 25%). Eine non-direktive, allgemein unterstützende Nachsorgebedingung zeigte dagegen keine signifikante Verbesserung der Abstinenzraten. Der Status als allein erziehende Mutter, niedrige Schulbildung, die Stärke der Tabakabhängigkeit und die Selbstwirksamkeit erwiesen sich als wichtige Einflussfaktoren auf den Abstinenzserfolg.

Substitutionstherapie

Im Rahmen der längsschnittlichen Untersuchungen an über 2.400 Substitutionspatienten zeigte sich eine geringe Mortalitätsrate (1%). Zudem sprechen die ermutigenden Daten dafür, dass über 11% aller Patienten abstinent werden oder im Studienverlauf den Wechsel in eine weiterführende drogenfreie Abstinenztherapie schaffen. Ebenso zeichnete sich eine positive Haltemotivation bei 60% aller Patienten ab, welche erfolgreich über ein Jahr in der Therapie gehalten werden und erfolgreich ihren Substanzkonsum reduzieren. Der durch vielfache Komorbiditäten bei chronischen körperlichen Erkrankungen gekennzeichnete, extrem kritische Gesundheitszustand der Patienten wird deutlich gebessert. Besonders bemerkenswert ist, dass substituierende Hausärzte, die nur wenige Patienten und keine speziellen personellen Zusatzressourcen haben, zumindest ähnlich gute Ergebnisse erzielen, wie die großen Substitutionszentren. Die medizinischen und

sonstigen Gesamtkosten einer Ersatzstoffbehandlung sind angesichts der hohen Krankheitslast der Patienten mit im Mittel 8.100 Euro/Jahr vergleichsweise niedrig. Die Kosten werden in erster Linie durch die Behandlung der körperlichen Krankheitslast bedingt, während die direkten substitutionsbedingten Kosten pro Fall nur 3.800 Euro ausmachen. Auch die durchschnittlichen Fallkosten in den kleinen hausärztlichen Einrichtungen sind mit im Mittel 7.148 Euro günstig.

Die Daten der ASAT Substitutionsstudie sprechen dafür, dass Hepatitis C als häufigste komorbide Komplikation der Opiatabhängigkeit häufig gar nicht bzw. nicht hinreichend intensiv behandelt wird. Die Annahme, dass eine teure Interferonbehandlung während der Substitution aufgrund von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen problematisch sei, und deshalb bei dieser Patientengruppe abzulehnen ist, konnte nicht bestätigt werden. Die Befunde zeigen, dass eine HCV-Behandlung mit Interferonen bei substituierten Opiatabhängigen wirksam ist.

Substitutionsärzte beschreiben die psychosoziale Betreuung als positiv, die Situation bei der psychotherapeutischen Fachbehandlung wird hingegen als beunruhigend defizitär charakterisiert. 40–50% aller Substitutionseinrichtungen beurteilen das psychotherapeutische bzw. fachpsychiatrische Versorgungsangebot für ihre Substitutionspatienten als „ungenügend“ oder „mangelhaft“.

Zur langfristigen Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger werden Mitte 2009 Ergebnisse aus der PREMOS-Studie (siehe B 5.5) vorliegen.

Zur Optimierung der Substitutionsbehandlung durch Indikative Zuordnung von Patientenproblemen und Therapiebausteinen kann das Manual für psychotherapeutische Behandlung während einer Substitution von Heroinabhängigen in unterschiedlicher Weise verwendet werden:

- als Einführungstext in die psychotherapeutische Behandlung von Drogenabhängigen,
- für die Planung eines Therapieprogramms,

- als Planungshilfe für einzelne Therapiesitzungen,
- als Sammlung von Materialien für die Durchführung von Therapiesitzungen und
- für das Training von angehenden Therapeuten für die Suchtbehandlung.

Keine signifikanten Unterschiede bestehen zwischen den Substitutionsmitteln Methadon und Buprenorphin – auch wenn die Haltequote unter Methadon leicht höher war als unter Buprenorphin. Die Intensität der Entzugssymptome war am stärksten mit dem Therapieabbruch korreliert, danach folgten das Auftreten von Nebenwirkungen und die Anzahl positiver Urin-Tests. Das Alter bei Beginn des Drogenmissbrauchs und die Dauer kontinuierlichen Drogenkonsums korrelierten signifikant mit dem Therapieabbruch nur in der Buprenorphin-Gruppe. Dagegen ergab sich weder in der Methadon- noch in der Buprenorphin-Gruppe ein Zusammenhang zwischen der Dosis des Substitutionsmittels und der Haltequote. Nach acht bis zehn Wochen zeigte sich unter beiden Substitutionsmitteln eine Besserung der Konzentrationsfähigkeit und der exekutiven Funktionen (Wortflüssigkeit, kognitive Flexibilität).

3 Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen

In der sechsjährigen Förderzeit durch das BMBF hat sich der Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen erfolgreich etabliert. Die Errichtung einer Professur für klinische Suchtforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen ist eine strukturelle Voraussetzung für die Fortsetzung der Suchtforschung in NRW auch jenseits der Förderung durch das BMBF. Dementsprechend betrifft die Arbeit des Suchtforschungsverbundes NRW nicht nur die vom BMBF geförderten Einzelprojekte, sondern auch weitere Themen (z. T. in Fortführung aus den Vorjahren) wie

- die Behandlung von Abhängigkeit im Alter (Projekt KOALA),
- Präsenz von Drogen im Internet (von der EU gefördertes Projekt unter Beteiligung der Essener Arbeitsgruppe),
- suchstoffübergreifende Entwöhnungsbehandlung sowie
- die ambulante Entzugsbehandlung Opiatabhängiger (Kooperationsprojekt in Förderung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW).

In Essen wurde zudem die Kooperation mit Fächern der somatischen Medizin gestärkt, z. B. durch Untersuchungen zu Hepatitis C bei Drogenabhängigen (DFG-Förderung im Rahmen des Graduiertenkollegs „Modulation von Wirtszellfunktionen zur Behandlung viraler und bakterieller Infektionen“) sowie eine Untersuchung zum Zusammenhang von sexuellem Risikoverhalten, Suchtmittelkonsum und psychischen Beschwerden bei HIV-Infizierten (Förderung durch das BMG).

Am 17. September 2008 wurde in Essen das nunmehr 4. Update Suchtmedizin mit dem diesjährigen Thema „20 Jahre Erprobungsvorhaben zur Substitutionsbehandlung NRW“ mit großer Resonanz durchgeführt.

Die Rekrutierung der INCA Studie (Intervention and Neuropsychology in Cannabis Abusers), eine Art „Cannabis TÜV“, die in Kooperation der Standorte Bonn (Arbeitsgruppe PD Dr. med. Christian G. Schütz) und

Essen (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Norbert Scherbaum) durchgeführt wurde, ist abgeschlossen. Mit Hilfe einer individualisierten Kurzintervention sollte bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Reduktion des Konsums erreicht werden. Tatsächlich zeigt sich gegenüber der Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion des Konsums. Die neuropsychologischen Ergebnisse bei einer Gruppe von Cannabiskonsumern ohne psychiatrische Komorbidität weisen nicht auf deutliche Defizite hin, allerdings zeigt sich psychometrisch eine erhöhte Impulsivität. Im Fokus der begleitenden fMRI Untersuchung, die bei einem Teil der Probanden durchgeführt wurde, standen Unterschiede in Entscheidungsprozessen. Die Ergebnisse zeigen bei Cannabiskonsumern eine stärkere Aktivität im medialen präfrontalen Cortex bei Entscheidungsprozessen.

In einem zweiten Projekt in Bonn (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Michael Wagner) wurden Aspekte der automatischen (unwillkürlichen) attentionalen und affektiven Reaktivität auf suchtbezogene Reize vor und nach einer klinischen Entwöhnungsbehandlung sowie nach Langzeitabstinenz untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die affektive Bewertung suchtbezogener Reize mit zunehmender Abhängigkeit einer Entwertung unterliegt, die motivationale Bedeutung und somit die automatische Zuwendung der Aufmerksamkeit zu Suchtreizen jedoch eher zunimmt und auch nach längerer Abstinenz fortbesteht. Der bewusste Umgang mit solchen automatischen „Versuchungsreaktionen“ dürfte Grundlage jeder Abstinenz sein.

Die Essener Arbeitsgruppe (Leitung: Prof. Dr. Norbert Scherbaum) beendete planmäßig die klinische Untersuchung „Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“. In der Untersuchung wurde geprüft, ob durch die verhaltenstherapeutische Strategie der Verhaltensverstärkung (Contingency Management) der Konsum weiterer Suchtmittel von Patienten in Substitutionsbehandlung reduziert werden kann. In der Interventionsgruppe wurden bereits einzelne suchtmittelfreie Drogenurinscreenings mit so genannten Mitgabedosen belohnt. Die Kontrollgruppe benötigte für Mitgabedosen über Monate suchtmittelfreie Urine. Bei Untersuchung von mehr als

120 Patienten war der so genannte Beigebruch der Patienten in der Interventionsgruppe nicht geringer als der Beigebruch in der Kontrollgruppe. Somit erwies sich der unter den Routinebedingungen des deutschen Suchthilfesystems am wenigsten aufwendige Verstärker als nicht wirksam. Zur Reduktion des Beigebruchs sind mutmaßlich aufwendigere Verstärker notwendig wie Gutscheine für Freizeitaktivitäten.

Das Projekt der Düsseldorfer Arbeitsgruppe „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ wurde bereits zum 31. Dezember 2007 planmäßig beendet. In dieser multizentrischen, randomisierten und hinsichtlich der Medikation doppelblinden Studie wurde in einer dreiarmligen Studie geprüft, ob eine Kombinationstherapie aus Acamprosat und Verhaltenstherapie den jeweiligen Einzelbehandlungen in der ambulanten abstinenzorientierten Therapie Alkoholabhängiger überlegen ist. Alkoholabhängige unter Integrativer Verhaltenstherapie wiesen am Ende der sechsmonatigen Therapie Erfolgsraten von 47,6 % bei einer Kombination mit Acamprosat bzw. von 48,0 % bei einer Kombination mit Placebo auf. Diese Erfolgsraten lagen um etwa 10 % höher als bei Patienten in Standardbehandlung (Acamprosat und supportive Visitengespräche). Bei Vergleich der drei Therapiebedingungen waren keine statistisch signifikanten Unterschiede der Erfolgsraten feststellbar. Zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Therapieende waren noch über 30 % der Studienteilnehmer abstinent oder gebessert. Auch hier ergab sich kein signifikanter Vorteil einer einzelnen Therapiebedingung.

■ www.suchtforschungsverbund-nrw.de

4 Forschungsverbund Nord-Ost

Der Verbund „Research collaboration in early substance use intervention“ (EARLINT) hat seinen Schwerpunkt in frühen Interventionen bei Tabak- sowie problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum. Ziel ist es, Interventionen zu entwickeln, auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und zu implementieren. Die Interventionsansätze sollen auf ihre Bevölkerungswirksamkeit hin überprüfbar sein, d.h. in wie starkem Ausmaß Risikoverhaltensweisen und mit ihnen in Zusammenhang stehende verbreitete Krankheiten in der Bevölkerung nach Einsatz dieser Intervention zurückgehen.

Die Auswertungsarbeiten der randomisierten Kontrollgruppenstudien in diesem Bereich haben 2008 zu 20 internationalen Publikationen geführt. Weitere Arbeiten sind eingereicht oder in Vorbereitung. Dabei konnte die Wirksamkeit für eine Reihe von Frühinterventionen nachgewiesen werden. Im Bereich der Hausarztpraxis erwiesen sich computerisierte Beratungsbriefe als besonders wirksam und kostengünstig, um bei Rauchern eine Abstinenz zu erwirken. In Bezug auf problematischen Alkoholkonsum erwies sich ein gestuftes Vorgehen (stepped care) in der Steuerung von Kurzinterventionen als wirksam und zeitsparend.

Für ehemalige Raucherinnen konnte nach der Geburt ihres Kindes durch eine Beratung kurzfristig (nach sechs Monaten) ein Effekt im Hinblick auf die Vermeidung eines Rückfalls erreicht werden, der jedoch nach zwölf Monaten nicht mehr anhielt.

Junge Raucherinnen in gynäkologischen Arztpraxen profitierten von einer motivierenden Beratung und reduzierten ihren Konsum. Intensivere Interventionen erscheinen hier sinnvoll, um bedeutsame Abstinenzraten zu erreichen.

Im Allgemeinkrankenhaus konnten Beratungen die Motivation zur Verhaltensänderung bei Patienten mit problematischem Alkoholkonsum erhöhen, allerdings nicht eine bedeutsame Reduktion bewirken. Eine computerisierte Intervention hingegen, die auch einen weiteren Kontakt nach der Entlassung der Patienten be-

inhalten, führte bei Allgemeinkrankenhauspatienten zu einer Verminderung der Trinkmenge.

Bei Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum wurde nach drei Monaten eine bedeutsame Reduktion erzielt, die aber nach zwölf Monaten nicht mehr nachweisbar war. Eine Reihe weiterer Analysen beschäftigen sich mit der differenziellen Wirksamkeit von Interventionen (z.B. bei Frauen und Männern oder bei Menschen mit psychischen Erkrankungen) sowie der Implementierung von Interventionen.

Die Ergebnisse der Publikationen wurden im Rahmen einer Reihe von Kongressen, Tagungen und Weiterbildungsveranstaltungen präsentiert.

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

Europäische und internationale Zusammenarbeit

1 Europäische und internationale Tabakpolitik

Die internationale und europäische Tabakpolitik hat zunehmenden Einfluss auf die nationalen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Viele der in den vergangenen Jahren in Deutschland umgesetzten Initiativen und gesetzlichen Maßnahmen in der Tabakpolitik gehen auf Empfehlungen der WHO oder auf Richtlinien der EU zurück. Mit der Ratifizierung der WHO-Tabakrahmenkonvention (siehe G 1.2) im Jahr 2005 ist Deutschland vertragliche Verpflichtungen zur Reduzierung des Tabakkonsums eingegangen, die in die nationale Gesetzgebung umzusetzen sind. Die europäische Tabakpolitik setzte durch den Konsultationsprozess zum Grünbuch für ein rauchfreies Europa und die Fortschreibung der Tabakproduktrichtlinie aus dem Jahr 2001 (siehe G 1.1.2) wichtige Impulse zum Nichtraucherschutz. Bei den nationalen Gesetzesvorhaben und in der Prävention kommt der europäischen aber auch der internationalen Dimension eine zentrale Bedeutung zu. Deshalb beteiligt sich Deutschland auch auf internationaler wie europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

1.1 Maßnahmen in Europa

1.1.1 Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie in deutsches Recht

Die Europäische Kommission hat am 28. Mai 2008 einen Bericht über die Durchführung der Tabakwerberichtlinie (Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003) vorgelegt. In Deutschland wurde die Tabakwerberichtlinie mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes umgesetzt. Damit ist das Verbot der Werbung und des Sponsorings zugunsten von Tabakerzeugnissen in § 21 a mit grenzüberschreitender Wirkung in Printmedien, in Hörfunk und Internet am 29. Dezember 2006 in Kraft getreten. Die Europäische Kommission plant zurzeit keine Vorschläge für Änderungen der Tabakwerberichtlinie.

1.1.2 Umsetzung der EU-Tabakproduktrichtlinie

Mit der Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 05. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (Tabakproduktrichtlinie) wurden die Anforderungen an Tabakerzeugnisse auf Gemeinschaftsebene festgelegt. Gemäß Art. 11 dieser Richtlinie legt die Europäische Kommission dem Europäischen Parlament und dem Rat alle zwei Jahre einen Bericht über deren Anwendung vor.

Anliegen des zweiten Berichtes der Europäischen Kommission vom 27. November 2007 war es, eine Diskussion für zukünftige Rechtssetzungsaktivitäten im Bereich der Tabakerzeugnisse anzuregen. So wurden im Jahr 2007 Leitlinien für ein einheitliches Format zur Meldung der verwendeten Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen veröffentlicht. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe bei der Gemeinsamen Forschungsstelle der Kommission sollen die gemeldeten Daten hinsichtlich ihrer Toxizität und süchtigmachenden Wirkungen mit dem Ziel ausgewertet werden, die Verwendung bestimmter gefährlicher Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen zu verbieten. Im Bericht werden weiterhin mögliche Bereiche zur Änderung der Richtlinie umrissen, wie die Festlegung rechtsverbindlicher Formate zur Meldung der Zusatzstoffe oder die Weiterentwicklung von Warnhinweisen auf Tabakerzeugnissen.

Die von der Europäischen Kommission in Aussicht gestellte Überarbeitung der Tabakproduktrichtlinie wird von der Bundesregierung grundsätzlich begrüßt. Es ist eine umfassende Erörterung des Berichtes mit den Mitgliedsstaaten und dem Europäischen Parlament vorgesehen. Auf der Grundlage dieser Beratungen will die Kommission dann die Vorlage eines Vorschlages zur Änderung der Richtlinie prüfen.

Deutschland plant im Rahmen des „Nationalen Aktionsprogramms zur Tabakprävention 2009–2012“ die Einführung bildgestützter Warnhinweise auf allen Tabakprodukten auf Grundlage der Empfehlung der EU (2003/641/EG). Dabei werden die im Laufe des

Jahres 2009 erwarteten Ergebnisse der Evaluation der EU zur Wirkung der von der EU vorgesehenen Bildauswahl zugrundegelegt.

1.1.3 Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Das „Zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit (2008–2013)“ ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten. Ziele sind:

- besserer Gesundheitsschutz der Bürger und Bürgerinnen,
- Gesundheitsförderung, einschließlich der Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung,
- Schaffung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen.

Die geförderten Aktionen sollen zur Verbesserung und zum Schutz der menschlichen Gesundheit beitragen und den Mitgliedsstaaten Impulse für ihre nationalen Maßnahmen geben. Akteure aus verschiedenen Mitgliedsstaaten werden einbezogen. Die Ergebnisse sollen auch in anderen Ländern und Regionen Europas anwendbar sein. Ein Arbeitsplan wird jährlich veröffentlicht, der die vorrangigen Bereiche sowie die Kriterien für die Finanzierung von Aktionen festlegt.

Im Bereich Suchtprävention war die Prävention und Eindämmung des Rauchens und des Tabakkonsums Bestandteil des Arbeitsplans 2008. Gefördert wurden u. a. die Projekte

- Smoking in movies: Impact on European youth and policy options (IFT-Nord, Deutschland),
- Families and Adolescence Quit Tobacco (Institute of Preventive Medicine Environmental and Occupational Health, Griechenland),
- Access strategies for teen smoking cessation (IFT-Nord, Deutschland),
- Smokefree Class Competition Networks (IFT-Nord, Deutschland).

- http://ec.europa.eu/health/ph_programme/health_programme_en.htm
- <http://ec.europa.eu/eahc/>

1.1.4 Kampagne „HELP – Für ein rauchfreies Leben“

Auf Initiative der Europäischen Kommission wird in der EU die Kampagne „HELP – Für ein rauchfreies Leben“ (2005–2010) durchgeführt. Sie richtet sich in den 27 EU-Mitgliedsstaaten an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 30 Jahren. Ziel ist es, durch verschiedene crossmediale Aktionen im Rahmen ausgewählter Events die Zielgruppe junger Menschen zu überzeugen, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. nicht damit anzufangen. „HELP“ informiert zudem umfassend über die Gefahren des Passivrauchens. Kooperationspartner in Deutschland sind die BZgA und das DKFZ. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung trägt für die nationalen Aktionen die Schirmherrschaft. Seit 2005 wurde in Europa mit „HELP“ bislang erreicht, dass

- sich 152 Mio. EU-Bürger an die TV-Spots erinnerten,
- 59 % der Jugendlichen berichteten, wenigstens einen TV-Spot gesehen zu haben,
- sieben Millionen Besucher auf die Kampagnen-Website kamen,
- sich 140.000 Teilnehmer beim HELP-E-Mail-Coaching-Programm zum Rauchausstieg anmeldeten,
- mehr als 7.900 Presseartikel und Medienberichte über die Kampagne erschienen.

„HELP“ ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern, tabakbedingte CO-Anteile in der Atemluft zu messen, und versucht mit dieser interaktiven und unterhaltenden Methode, Jugendlichen die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit bewusst zu machen. Die HELP-COMETS-Studie (Carbon monoxide measure of exposure to tobacco smoke) basiert auf einer EU-weiten Erhebung der Kohlenmonoxid-Belastung in allen 27 EU-Mitgliedsstaaten. Seit März 2006 wurden während 1.154 Veranstaltungen in Europa insgesamt mehr als 363.000 Messungen durchgeführt. Neben öffentlichen Veranstaltungen wie Jugendmessen gab es CO-

Messungen am Arbeitsplatz (Help@work) und in der Schule (Help@school). 2007 und 2008 wurden EU-weit 7.464 Unterrichtssets bestellt, die zur Aufklärung von rund 220.000 Schülern genutzt wurden.

■ www.help-eu.com

1.1.5 Konferenz „Communicating health, the tobacco example“

Die Europäische Kommission führte im Oktober 2008 in Brüssel die Konferenz „Communicating Health, the tobacco example“ durch. Im Mittelpunkt stand, wie jungen Menschen das Thema Gesundheit und Nichtraucher näher gebracht werden kann. Ziel war es, die aktuelle Situation zu bewerten und unter Berücksichtigung der vierjährigen Erfahrung von „HELP“ beim Aufbau von Partnerschaften, insbesondere mit europäischen Jugendorganisationen, Empfehlungen für zukünftige Handlungsstrategien zu erarbeiten. Good Practice-Beispiele, innovative Medienstrategien und Erfahrungen aus Medienkampagnen für junge Menschen wurden von 172 Experten der Tabakkontrolle, Gesundheits- und Medienfachleuten sowie Vertretern von Jugendorganisationen aus 29 Ländern diskutiert.

■ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/help/docs/ev_20081009_rec_de.pdf

1.2 Umsetzung der WHO-Tabakrahmenvkonvention

Im Mai 2003 ist die Tabakrahmenvkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) von allen 193 Mitgliedern der WHO verabschiedet worden. Es ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen mit dem Ziel der Eindämmung des Tabakkonsums. Deutschland hat die Konvention am 29. November 2004 unterzeichnet. Sie ist am 16. März 2005 in Deutschland in Kraft getreten. Die Konvention sieht die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch nationale Maßnahmen vor, wie einen verbesserten Jugendschutz, die Verringerung der Nachfrage über steuerpolitische Instrumente, Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen, Werbeverbote für Tabakprodukte, die Regulierung der Inhalts-

stoffe von Zigaretten oder breite Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Gefahren des Rauchens.

Die Umsetzung des Übereinkommens wird durch die regelmäßig stattfindende „Conference of the Parties (CoP)“ überwacht, die sich aus den Staaten zusammensetzt, die das Übereinkommen ratifiziert haben. Das erste Treffen der Vertragsparteien fand im Februar 2006 in Genf statt. Dort wurde beschlossen, ein Protokoll zur Tabakwerbung und zur Bekämpfung des Tabaksmuggels sowie Leitlinien zur Kennzeichnung der Inhaltsstoffe von Zigaretten und zum Schutz vor Passivrauchen zu verhandeln. Die Leitlinien sollen die Vertragsparteien bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen unterstützen und maßgebliche gesetzgeberische, vollziehende, administrative oder sonstige Maßnahmen zur Umsetzung aufzeigen.

Die zweite Sitzung der Vertragsparteien fand im Juli 2007 in Bangkok (Thailand) statt. Dort wurden Leitlinien zum Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren durch Passivrauchen beschlossen und vereinbart, in den kommenden Jahren prioritär ein Protokoll zu Tabaksmuggel und eine Leitlinie zu grenzüberschreitender Tabakwerbung zu verhandeln.

Die dritte Vertragsparteienkonferenz fand im November 2008 in Durban (Südafrika) statt, wo die drei Leitlinien

- „Schutz vor kommerziellen und sonstigen Interessen der Tabakindustrie“,
- „Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen“,
- „Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring“

verhandelt und verabschiedet wurden. Am „Protokoll zu illegalem Handel mit Tabakprodukten“ soll mit dem Ziel weitergearbeitet werden, es im Jahr 2010 zu verabschieden. Darüber hinaus wurde beschlossen, eine Leitlinie zu Art. 14 („Maßnahmen zur Verminderung der Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“) zu erarbeiten. Hierbei wird sich Deutschland aktiv beteiligen. Das BMG hat in Südafrika die deutschen Erfahrungen bei der Umsetzung von Art. 8 der

Tabakrahmenkonvention (Schutz vor Passivrauchen) im Rahmen eines Vortrages und einer Podiumsdiskussion mit Delegierten aus allen WHO-Regionen vorgestellt.

Gemäß Art. 12 FCTC haben sich die Vertragsparteien zur Förderung und Stärkung der Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit in Fragen der Eindämmung des Tabakgebrauchs unter Nutzung aller verfügbaren und geeigneten Kommunikationsmittel verpflichtet. Im Rahmen der zweiten Konferenz der Vertragsparteien wurde im Juli 2007 eine internationale Arbeitsgruppe mit Vertretern aus 30 Vertragsparteien gebildet, um einen Zwischenbericht zu Art. 12 zu stellen. Deutschland hat sich neben Schweden, der Türkei und Palau bereit erklärt, die Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Zwischenberichtes hierzu zu leiten. Im Februar 2008 hat das BMG in Zusammenarbeit mit dem DKFZ das erste Arbeitsgruppentreffen in Berlin ausgerichtet, wo ein Arbeitspapier für einen Leitlinienentwurf erarbeitet wurde. Auf der dritten Konferenz der Vertragsparteien im November 2008 wurde das Arbeitspapier einstimmig angenommen und der Arbeitsgruppe das Mandat erteilt, bis zur vierten Konferenz im Jahr 2010 einen Leitlinienentwurf zur Umsetzung von Art. 12 vorzulegen.

2 Europäische und internationale Alkoholpolitik

2.1 Situation in Europa – Daten und Fakten

Europa ist der Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Welt. In etablierten Marktwirtschaften wie den EU-Mitgliedsstaaten ist die volkswirtschaftliche Belastung durch alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle sehr hoch: 7,4% aller Gesundheitsstörungen und Todesfälle in der EU werden durch den schädlichen und riskanten Alkoholkonsum verursacht mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung und die Produktivität. Daher stellt die Bekämpfung alkoholbedingter Schäden in vielen EU-Mitgliedsstaaten und auf EU-Ebene eine Priorität des Gesundheitswesens dar. Besorgniserregend sind nicht nur die gesundheitlichen Folgen im engeren Sinne. Auch die soziale Dimension ist zu berücksichtigen:

Gewalttaten, Kriminalität, Familienprobleme, soziale Ausgrenzung, Probleme am Arbeitsplatz und Trunkenheit am Steuer.

2.1.1 Umsetzung der EU-Alkoholstrategie

Die Europäische Kommission hat im Oktober 2006 eine Mitteilung angenommen, in der die Strategie der EU zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden festgelegt wird. Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen sind bereits Teil der Alkoholpolitik der Bundesregierung. Zur Unterstützung dieser Strategie wurde im Juni 2007 das „Forum für Alkohol und Gesundheit“ eingerichtet, dem mehr als 40 Wirtschaftsunternehmen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) angehören, die sich verpflichten, Schritte zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden zu unternehmen. Begleitet wird das Forum von zwei Facharbeitsgruppen zu den Bereichen „Jugend-spezifische Aspekte von Alkoholkonsum“ sowie „Werbung und Marketing“. Zudem wurde eine multidisziplinäre wissenschaftliche Fachgruppe eingerichtet. Unter dem Schirm von EURO CARE, einer europäischen NGO im Bereich Alkoholpolitik, nimmt die DHS am Forum teil und stellt einen Experten für die Facharbeitsgruppe „Werbung und Marketing“. Zielgruppe sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Jugendhilfe, der Gesundheitsförderung und des Verbraucherschutzes in Deutschland sowie die Alkoholkonsumenten selbst. Das Forum kommt zweimal jährlich zusammen. Die EU-Mitgliedsstaaten, die Europäischen Institutionen, die WHO und zahlreiche NGOs nehmen an den Zusammenkünften als Beobachter teil. Aktuell wird im Auftrag der EU-Kommission untersucht, welche Auswirkungen der Preis für alkoholische Getränke auf den Konsum bzw. Missbrauch von Alkohol hat. Der Bericht soll Mitte 2009 vorliegen. Im Rahmen der EU-Alkoholstrategie werden auch die Auswirkungen von Warnhinweisen (für Schwangere) auf Alkoholika diskutiert.

- http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/alcohol_forum_en.htm

2.1.2 Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Im Arbeitsplan 2008 des EU-Gesundheitsprogramms (siehe G 1.1.3) wurden auch Projekte zur Vorbeugung von schädlichem Alkoholkonsum bei jungen Menschen und – als besonderer Schwerpunkt – bei älteren Menschen berücksichtigt. Gefördert werden u. a. die Projekte

- Protect – Alcohol labelling policies to protect young people (unter Mitwirkung der DHS, Deutschland)
- Alcohol Policy Youth Network – Youth Empowerment for a Better Life (Alliance House Foundation, Großbritannien)
- Vintage – Good Health into Older Age sowie Club Health – Healthy and Safer Nightlife for Youth (unter Mitwirkung der Kath. Fachhochschule Köln und der Universität Koblenz-Landau, Deutschland).

Im Bereich Gesundheitsinformationen soll das Projekt „AMMIE – Monitoring Alcohol Commercial Communications in Europe“ unter Beteiligung der DHS gefördert werden.

2.1.2.1 Projekt „FASE – Focus on Alcohol Safe Environment“

Ziel des Projektes „FASE – Focus on Alcohol Safe Environment“ ist es, auf Ebene der Länder und der EU Kompetenzen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden in der Gesellschaft zu sammeln, zu evaluieren und zu veröffentlichen. Dazu sollen Beispiele guter Praxis aus drei Bereichen zusammengestellt werden:

1. Strategien am Arbeitsplatz zur Reduzierung des schädlichen und gefährlichen Alkoholkonsums für die Wirtschaft
2. gemeindeorientierte Strategien und Interventionsprogramme zur Herstellung sicherer Trinkumgebungen bei Alkoholkonsum
3. Monitoringverfahren im Bereich (Alkohol-)Werbung und Selbstregulierung.

Bei der Umsetzung kooperieren verschiedene europäische Partnerorganisationen. Als deutscher Partner ist die DHS zuständig für den Bereich „Alkoholprävention am Arbeitsplatz“. Das auf zwei Jahre angelegte Projekt wird von der Europäischen Kommission und der Barmer Ersatzkasse gefördert. Auf Basis einer internationalen Literaturrecherche sowie einer Fragebogenabfrage bei Netzwerkpartnern nach europäischen Good Practice-Beispielen, Richtlinien und Strukturen u. a. in Unternehmen, Branchen, Gewerkschaften, Genossenschaften werden Empfehlungen für eine effektive (Sucht-)Prävention am Arbeitsplatz entwickelt und in verschiedenen Datenbanken online und mehrsprachig zur Verfügung gestellt.

■ www.dhs.de/web/dhs_international/fase_de.php

2.1.2.2 Projekt „Building Capacity“

Ziel des Projektes „Building Capacity“ ist die Reduzierung alkoholbedingter Schäden durch eine Optimierung der Alkoholpolitik in Europa. Deutschland ist in diesem von der Europäischen Kommission und dem BMG geförderten Projekt durch die DHS vertreten. Sie koordiniert die Netzwerkarbeit der Projektpartner und der Mitglieder des alkoholpolitischen Netzwerkes (APN) aus 30 europäischen Ländern. 2008 fand die „Europäische Konferenz zur Alkoholpolitik“ in Barcelona mit fast 400 Teilnehmern aus Europa statt und setzte inhaltlich die früheren Konferenzen in Warschau (2004) und Helsinki (2006) fort. Kontrovers diskutierten Vertreter der Europäischen Kommission, WHO, nationaler Regierungen, Experten aus dem Public Health Sektor sowie Repräsentanten der Alkoholindustrie über effektive Maßnahmen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden.

2.2 Erarbeitung der WHO-Alkoholstrategie

Auf der 61. Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Jahr 2008 wurde beschlossen, dass bis 2010 ein Entwurf für eine „Globale Strategie zu Verminderung schädlichen Konsums von Alkohol“ vorgelegt werden soll. Diese Strategie kann sich auf die Ergebnisse des „WHO-European

Alcohol Action Plan 2000–2005“ stützen, in dessen Rahmen u. a. eine Datenbank eingerichtet wurde, die über die Alkoholpolitik in verschiedenen Ländern informiert und damit Fakten liefert, die für weitere politische Aktivitäten und Evaluationen von Aktivitäten genutzt werden können. Die Erarbeitung der neuen WHO-Strategie hat im Oktober 2008 mit einer breit angelegten, schrittweise erfolgten Befragung von Vertretern von Staaten, von NGOs und zwischenstaatlichen Organisationen sowie der Alkoholindustrie und verwandten Firmen begonnen. Nach Abschluss der Konsultationen wird ein erster Entwurf für die globale Strategie erstellt und weltweit in allen sechs WHO-Regionen diskutiert. Ziel ist es, dem WHO-Exekutivausschuss im Januar 2010 eine abgestimmte Fassung vorzulegen und im Mai 2010 bei der nächsten WHA zu verabschieden.

3 Europäische und internationale Drogenpolitik

Die Drogenproblematik ist eine der großen Herausforderungen für die internationale Gemeinschaft. Der Umsatz mit Drogen wird auf weltweit 320 Mrd. US-Dollar jährlich (ca. 0,9 % des Welt-Bruttosozialprodukts) geschätzt. Die globale Dimension des Drogenproblems erfordert gebündelte internationale Anstrengungen. Neben den Vereinten Nationen (UN) beschäftigen sich auch regionale Zusammenschlüsse mit der Drogenbekämpfung, vor allem die EU mit der Horizontalen Drogengruppe, Europarat, OAS (Organization of American States), aber auch ASEM (Asia-Europe Meeting), ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), SADC (Southern African Development Community) und sektorale Organisationen, wie die Financial Task Force zur Bekämpfung der Geldwäsche, Interpol, Weltzollorganisation und die Dublin-Gruppe. Letztere ist ein informelles Gremium, dem alle EU-Mitgliedsstaaten sowie die USA, Kanada, Australien, Japan und Norwegen angehören. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Drogenproblematik weltweit zu beobachten und zu einer besseren Koordinierung der Bekämpfungsmaßnahmen beizutragen. Deutschland hat in dieser Gruppe bis Ende 2008 den Regionalvorsitz für die Westbalkan-Staaten ausgeübt, ab 2009 wird

dieser von Österreich übernommen. Seit Mitte 2008 leitet Deutschland den Vorsitz der Mini-Dublin-Gruppe in Teheran, Iran.

3.1 Situation illegaler Drogen in Europa

Der Jahresbericht 2008 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) informiert über den aktuellen Stand der Drogenproblematik in Europa:

In den letzten fünf Jahren ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung in Europa insgesamt gestiegen. Der Großteil der gemeldeten Delikte betrifft dabei den Konsum und den Drogenbesitz für den Eigengebrauch, weniger den Drogenhandel. Cannabis ist nach wie vor die am häufigsten mit Drogen delikten in Verbindung stehende Droge.

Der Cannabiskonsum hat sich laut der jüngsten Erhebungsdaten in einigen Ländern stabilisiert oder geht zurück. Sinkende Prävalenzraten sind vor allem in den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Ungeachtet dieser Tendenzen bewegen sich die Prävalenzraten des Cannabiskonsums in Europa nach wie vor auf historisch hohem Niveau.

Stimulanzien spielen in Europa nicht nur in Gruppen problematischer Drogenkonsumenten eine wichtige Rolle, sondern auch unter den sozial besser integrierten Gruppen junger Menschen, die vorwiegend in ihrer Freizeit Drogen konsumieren. In vielen Ländern Süd- und Westeuropas ist Kokain derzeit die am häufigsten konsumierte Stimulanz, mit weiter steigender Tendenz. In den meisten mittel-, nord- und osteuropäischen Ländern, wie auch in Deutschland, werden Amphetamine häufiger konsumiert als Ecstasy und sind in einigen Ländern für einen wesentlichen Teil der Drogenproblematik verantwortlich.

Der Konsum von Heroin hat sich auf europäischer Ebene aktuell stabilisiert, ohne allerdings weiterhin eine rückläufige Tendenz zu zeigen, wie sie sich in den Vorjahren abzuzeichnen schien. Heroinkonsum stellt in Europa

nach wie vor ein gravierendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar und ist für einen Großteil der insgesamt mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitsbezogenen und sozialen Kosten verantwortlich.

Durchschnittlich werden in Europa jährlich etwa 7.000 bis 8.000 drogeninduzierte Todesfälle gemeldet. Opioide, vor allem Heroin, sind die am häufigsten mit Überdosierungen in Zusammenhang gebrachten Drogen. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ging in den ersten Jahren dieses Jahrzehnts zurück und hat sich nun stabilisiert. Insgesamt stellt die Prävention von Überdosierungen jedoch nach wie vor einen Bereich dar, dem verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

Eine vor kurzem durchgeführte Erhebung der EBDD ergab, dass in Europa mehr als 200 psychoaktive Erzeugnisse über Online-Shops verkauft werden. Viele dieser Substanzen werden als legal oder natürlich bezeichnet und als Alternative zu kontrollierten Substanzen angepriesen, obwohl sie tatsächlich innerhalb Europas durchaus nicht überall denselben Rechtsstatus haben. Die Zahl der Online-Händler für diese Erzeugnisse nimmt zu, wobei die Verkäufer in der Lage sind, auf Versuche einer Marktkontrolle rasch zu reagieren, indem sie z. B. neue Erzeugnisse mit ähnlicher Wirkung anbieten. Insgesamt stellt der Vertrieb über das Internet eine beträchtliche Herausforderung sowohl für die internationalen als auch für die nationalen drogenpolitischen Strategien und Kontrollmechanismen dar (siehe auch Einleitung Modedroge „Spice“).

3.1.1 Tagung „Strukturen und Prozesse der Europäischen Sucht- und Drogenpolitik – Mehrwert für die EU-Mitgliedsstaaten?“

Drogen und Sucht sind Themen, die nicht nur national von hoher politischer Relevanz sind, sondern auch hoch auf der Agenda der Europäischen Union stehen – sowohl im Rahmen der EU-Gesundheitspolitik als auch im Rahmen der Gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik sowie der polizeilichen und justiziellen Zusammenarbeit. Um dieses Geflecht europäischer Aktivitäten transparenter zu machen und bewerten zu können, hat das

BMG unter dem Titel „Strukturen und Prozesse der Europäischen Sucht- und Drogenpolitik – Mehrwert für die EU-Mitgliedsstaaten?“ am 29. Januar 2009 eine Tagung in Berlin durchgeführt. Expertinnen und Experten des Bundes, der Länder und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, Vertreterinnen und Vertreter der EU-Kommission, der EBDD und anderer Mitgliedsstaaten nahmen daran teil. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung leitete inhaltlich in die Thematik ein. Die Tagung zeigte, dass europäische Strukturen und Prozesse für die Sucht- und Drogenpolitik einen Mehrwert erzeugen können, wenn sie untereinander und mit den Mitgliedsstaaten gut vernetzt sind und deren Kompetenzen beachten. Bei Einhaltung dieser Grundvoraussetzungen sprachen sich viele Teilnehmer für einen integrierten Ansatz der Sucht- und Drogenpolitik auch auf EU-Ebene aus. Dies schließt spezifische Maßnahmen etwa im Bereich der Angebotsreduzierung bei illegalen Substanzen nicht aus. Nationale und soziokulturelle Besonderheiten müssten berücksichtigt werden können. Zudem gebe es Bereiche bei legalen Suchtmitteln wie bei der Werbung oder Warnhinweisen, in denen EU-Vorgaben sinnvoll sein könnten. Unbedingt „kundenfreundlicher“, so eine einhellige Forderung, müsse die Antragsbürokratie für EU-Fördermittel ausgestaltet werden.

3.1.2 Horizontale Gruppe Drogen

Drogenpolitische Themen in den verschiedenen Bereichen der EU (u. a. Gesundheit, Innen und Justiz, Strafrecht, Zoll) werden von der Horizontalen Gruppe Drogen (HDG) koordiniert und zu einer Europäischen Drogenpolitik zusammengefasst. Die HDG ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Vertreter der Regierungen aller Mitgliedsstaaten mitarbeiten. Die HDG hat im Jahr 2008 insbesondere die Umsetzung und Evaluierung der Maßnahmen des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 begleitet, den neuen EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 erarbeitet und das gemeinsame Vorgehen der EU im Rahmen der Vereinten Nationen, insbesondere bei der Bewertung und Neuausrichtung der Internationalen Drogenpolitik ab 2009, koordiniert. Sie befasste sich zudem mit neuen Bedrohungen wie dem Kokainschmuggel über Westafrika nach Europa

sowie Initiativen der verstärkten polizeilichen Zusammenarbeit im Atlantik- und Mittelmeerraum.

Unter französischer Ratspräsidentschaft wurden folgende Projekte verschiedener Mitgliedsstaaten zu Suchtprävention und -behandlung vorgestellt, um den Austausch bester Praktiken zwischen den Mitgliedsstaaten zu fördern. Hierzu gehörten:

- „INCANT“ (INTERNATIONAL Cannabis Need of Treatment) – eine wissenschaftliche Untersuchung zur multidimensionalen Familientherapie in derzeit fünf europäischen Staaten (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Belgien, Schweiz),
- „Quit the shit“ – ein deutsches, internetgestütztes Hilfsprogramm zur Verringerung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen,
- „Hombre“ – ein spanisches Projekt zur ambulanten Behandlung von Kokainkonsumenten,
- „Horizons“ – ein französisches Tageszentrum für drogenabhängige schwangere Frauen und Eltern,
- „Tu, alinhas?“ – ein portugiesisches Internet-Projekt, das Informationen und Hilfe für jugendliche Drogenkonsumenten anbietet.

3.1.3 EU-Drogenstrategie und EU-Drogenaktionsplan

Der Europäische Rat hat im Dezember 2004 in Brüssel die Drogenstrategie der EU für die nächsten acht Jahre verabschiedet. Diese Drogenstrategie wird durch zwei aufeinanderfolgende Aktionspläne umgesetzt. Nach Auslaufen des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 wurde am 8. Dezember 2008 der EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 verabschiedet. Der Aktionsplan folgt dem Aufbau der EU-Drogenstrategie 2005–2012, d. h. er ruht auf den zwei Pfeilern Nachfrage- und Angebotsreduzierung, flankiert durch die Querschnittsthemen Koordination, internationale Zusammenarbeit sowie Information, Forschung und Evaluierung. Er konkretisiert die in der Drogenstrategie formulierten Ziele und schlägt insgesamt 72 konkrete Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele vor. Bei allen Maßnahmen wird angegeben, von welcher Stelle und innerhalb welchen Zeitraums

sie verwirklicht werden sollen. Außerdem benennt er die Bewertungsinstrumente und Indikatoren, mit deren Hilfe festgestellt werden soll, ob die Maßnahme das gesetzte Ziel erreicht hat. Der EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 ist aus deutscher Sicht positiv zu bewerten. Ein gemeinsames Vorgehen der EU in der Drogenpolitik ist aus deutscher Sicht wichtig, um dem globalen Drogenphänomen in Deutschland, der EU und darüber hinaus erfolgreich zu begegnen. Insbesondere ist zu begrüßen, dass der Drogenaktionsplan alle Bereiche der Drogenpolitik gleich gewichtet und damit den integrierten und ausgewogenen Ansatz der Strategie verwirklicht. Der Aktionsplan bildet eine solide Grundlage für die EU-Drogenpolitik der nächsten vier Jahre.

3.1.4 Verbesserte Kooperation zur Bekämpfung der internationalen Drogenkriminalität

Im Abschnitt Angebotsreduzierung des neuen EU-Drogenaktionsplans 2009–2012 (siehe G 3.1.3) wird als oberste Priorität eine messbare Verbesserung der Wirksamkeit der Strafverfolgung im Drogenbereich auf EU-Ebene formuliert. Der Abschnitt Angebotsreduzierung umfasst insgesamt fünf Ziele und 20 Maßnahmen. Die Mitgliedsstaaten werden u. a. dazu aufgefordert, sich noch stärker an internationalen Strafverfolgungsoperationen zu beteiligen und die diesbezügliche Kooperation – gemeinsam mit Europol und Eurojust – weiter zu verbessern. Gemeinsame Kooperationsinitiativen können z. B. in Form von gemeinsamen Ermittlungsgruppen (so genannte Joint Investigation Teams) oder gemeinsamen Zoll Operationen (so genannte Joint Customs Operations) durchgeführt werden. Die seitens des BKA bei der Bildung von Joint Investigation Teams gesammelten Erfahrungen haben gezeigt, dass die Arbeit gemeinsamer Ermittlungsgruppen durch Reduzierung des administrativen Aufwands im Rahmen der rechtlichen Vorgaben weiter verbessert und beschleunigt werden kann. Der neue EU-Drogenaktionsplan gibt den Mitgliedsstaaten daher auf, das hier bestehende Verbesserungspotential auszuschöpfen. Die Einrichtung gemeinsamer Ermittlungsgruppen könnte so im EU-Raum zum Zukunftsmodell für die Kooperation der Justiz- und Polizeibehörden werden, um interna-

tional operierende Tätergruppierungen effizient zu bekämpfen.

Ein weiteres Instrument der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene stellt die Durchführung gemeinsamer drogenbezogener Projekte bei Europol dar. Das BKA leistet auch hier wichtige Beiträge und begleitet insbesondere auch die Analysetätigkeit von Europol. Um die Kooperation weiter zu verbessern, sieht der neue EU-Drogenaktionsplan auf Initiative Deutschlands u. a. vor, die Mitarbeit der zuständigen Fachleute zu intensivieren und so zugleich den zu erzielenden fachlichen Mehrwert stärker in den Blickpunkt zu rücken. Auch dies wird dazu beitragen, die europäische Kooperation bei der Bekämpfung der internationalen Rauschgiftkriminalität zu verbessern.

Schließlich wird mit dem EU-Drogenaktionsplan 2009–2012 der Aufbau eines EU-weiten Systems zur kriminaltechnischen Profilanalyse von synthetischen und gegebenenfalls auch anderen Drogen vorangetrieben.

3.1.5 Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Noch vor etwa 15 Jahren war es aufgrund unterschiedlicher nationaler Konzepte und des Fehlens zuverlässiger und auf europäischer Ebene vergleichbarer Informationen unmöglich, zuverlässige Aussagen über die Muster und Trends des Drogenkonsums in Europa zu machen. Um dem abzuhelfen, wurde 1993 die EBDD ins Leben gerufen und 1995 in Lissabon eröffnet. Die EBDD soll der EU und ihren Mitgliedsstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und einen gemeinsamen Informationsrahmen zur Untermauerung der Drogendebatte schaffen. Sie versorgt heute politische Entscheidungsträger mit dem grundlegenden wissenschaftlichen Faktenmaterial, das diese zur Ausarbeitung von Drogengesetzen und Strategien zur Drogenbekämpfung benötigen, und sie hilft Fachleuten und Forschern, optimale Verfahren und neue analysebedürftige Bereiche zu bestimmen. Ziel ist es, objektive, verlässliche und vergleichbare Informationen über die Situation der Drogenproblematik in den Mit-

gliedsländern zu liefern. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen („Focal Points“) wirken dabei als Schnittstellen zu den Mitgliedsstaaten der EU. Sie sammeln die nötigen Informationen und tragen im Gegenzug die Ergebnisse der EBDD in den jeweiligen Mitgliedsstaat zurück. In Deutschland wurden mit dieser Aufgabe gemeinsam die BZgA, DHS und das IFT betraut, die seit 1999 unter dem Namen Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) Aktivitäten durchführen. Die Geschäftsführung und Koordination der Arbeiten liegt beim IFT. Neben der Durchführung zweier Fachtagungen zu Projekten der Behandlung von Cannabiskonsumenten (REITOX-Academy im März 2007, DBDD Workshop am 27. Oktober 2008) lagen weitere Schwerpunkte der Arbeit auf der Erstellung von Übersichten zur drogenbezogenen Forschung in Deutschland, der Situation besonders vulnerabler Menschen, dem Zusammenhang von Drogen und Straßenverkehr und einer vertiefenden Analyse des Kokain/Crack-Konsums. Diese Themen wurden auf europäischer Ebene auch von der EBDD vergleichend untersucht und veröffentlicht. 2009 wird von der EBDD eine Publikation zu den Unterschieden in den Strafverfolgungstatistiken der EU-Mitgliedsstaaten veröffentlicht. Die DBDD wird im November 2009 in deutscher Sprache zwei Sonderkapitel zur Situation älterer Drogenkonsumenten in Behandlung und zu Cannabismärkten vorlegen.

Vom 6.–8. Mai 2009 führt die EBDD eine europäische Konferenz in Lissabon durch, um eine Bilanz ihrer bisherigen Arbeit zu ziehen und den zukünftigen Bedarf der Mitgliedsstaaten und der Forscher zu ermitteln.

- www.emcdda.europa.eu
- www.dbdd.de

3.1.6 Außenbeziehungen der EU

Die EU nimmt auch nach außen eine aktive Rolle ein. Sie bemüht sich, gegenüber Drittstaaten und internationalen Organisationen, insbesondere den Vereinten Nationen, gemeinsame Positionen zu formulieren und mit einer Stimme zu sprechen. Sie ist in allen internationalen Foren als gewichtiger und geschätzter Partner vertreten.

Die EU hat in den vergangenen Jahren ihre drogenpolitischen Außenbeziehungen erheblich ausgeweitet. Dabei hat sie Schwerpunkte auf bestimmte Regionen gelegt, wie etwa Afghanistan und seine Nachbarn, Lateinamerika und Karibik sowie West-Afrika. In diesen Regionen haben die Mitgliedsstaaten und die Kommission u. a. mit großem finanziellem Aufwand Projekte im Bereich der polizeilichen Drogenbekämpfung, der alternativen Entwicklung und im Gesundheitsbereich gefördert. Eine Übersicht über diese Aktivitäten der EU mit Drittstaaten und -regionen kann den Politischen Schlussfolgerungen entnommen werden, die die Kommission dem Rat im Dezember 2007 vorgelegt hat (Dokument des Rates der Europäischen Union 15998/07 CORDROGUE 89 RELEX 936).

Mit den Staaten Lateinamerikas und der Karibik hat die EU im Jahre 1999 zur Förderung der regionalen Zusammenarbeit den „Panama Action Plan“ gegen Drogen vereinbart, der einen institutionellen Rahmen für die Zusammenarbeit im so genannten „EU-LAC (Latin America Caribbean)-Mechanismus der Kooperation und Koordination“ bildet. Mit mehreren Staaten Zentralasiens wurde 2002 ein vergleichbarer Aktionsplan vereinbart; ein gemeinsamer Aktionsplan besteht seit 2003 auch für die Zusammenarbeit der EU mit den Balkanstaaten.

Unter der deutschen EU-Präsidentschaft wurde 2007 der Aktionsplan von Panama evaluiert und fortgeschrieben. In der Erklärung von Port of Spain vom Mai 2007 wurden neue Prioritäten für die Zusammenarbeit bei der Nachfrage- und Angebotsreduzierung und anderen Aspekten der Drogenbekämpfung (u. a. Geldwäschebekämpfung, Zusammenarbeit der Zoll-, Justiz- und

Polizeibehörden) festgelegt. Auf dem X. hochrangigen Treffen des EU-LAC Kooperations- und Koordinationsmechanismus zur Drogenbekämpfung, das am 04. und 05. März 2008 in Wien stattfand, wurden die in Port of Spain festgelegten Ziele bestätigt und eine erweiterte und verstärkte Zusammenarbeit auf der Basis des Panama-Aktionsplans vereinbart. Ziel ist es, einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den für die Drogenbekämpfung zuständigen Behörden zu erreichen. Weitere wichtige Themen waren eine verbesserte maritime Zusammenarbeit sowie die Unterstützung der von der Europäischen Kommission ins Leben gerufenen Initiative gegen chemische Vorläuferstoffe in der LAC-Region. Das nächste Treffen des EU-LAC-Mechanismus findet im Mai 2009 in Ecuador statt.

3.1.7 Projekte der Drogenprävention im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms

Ein Bestandteil des EU-Gesundheitsprogramms in 2008 waren Projekte zur Vorbeugung des Drogenkonsums und damit verbundener Schädigungen. Im Rahmen des Arbeitsplan 2008 wurde die „5. European Conference on Clinical and Social Research on AIDS and Drugs“ vom 28.–30. April 2009 in Vilnius (Litauen) mit 100.000 Euro kofinanziert.

3.1.8 Forschungsprojekt „Drogenpolitik und Harm Reduction“

Ziel des Forschungsprojektes „Drogenpolitik und Harm Reduction“ (SANCO/2006/C4/02) war es, eine Übersicht über Good Practice-Modelle der Suchtkrankenhilfe für die Europäische Kommission zu erstellen. Es wurden wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen der Suchtkrankenbehandlung in Europa zusammengefasst, Good Practice-Modelle der Suchtkrankenhilfe im Justizvollzug analysiert und letztendlich ein Vorschlag einer Ratsempfehlung mit dem Ziel „Prävention, Behandlung und Harm Reduction für Menschen in Haft, Wiedereingliederung und Methoden der Beobachtung und Analyse des Drogengebrauchs unter Gefangenen“ vorbereitet. Darüber hinaus wurde eine

Übersicht zum Stand der Forschung und Praxis zum Nichtraucherschutz in Gefängnissen erstellt. Das Forschungsprojekt wurde verantwortlich und federführend vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) an der Universität Hamburg vom Dezember 2006 bis Dezember 2007 durchgeführt. An den Berichten, die im Februar und April 2008 publiziert wurden, hat ein Konsortium von weiteren Experten mitgewirkt.

■ <http://ec.europa.eu/health/>

3.1.9 EU-Drogenpräventionsprogramm

Im September 2007 wurde als Teil des Generellen Programms „Grundrechte und Justiz“ das spezifische Programm „Drogenprävention und -aufklärung“ als Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus und zur Reduzierung drogenbedingter Gesundheitsschäden von der EU aufgelegt. Von 2007 bis Ende 2013 werden Projekte und andere Aktivitäten gefördert, die zur Prävention und Reduzierung des Drogenkonsums, der Drogenabhängigkeit und drogenbedingter Schädigungen beitragen, die Aufklärung über Drogenkonsum verbessern und die Umsetzung der EU-Drogenstrategie fördern. Zu den Zielgruppen gehören Jugendliche, Frauen, gefährdete Gruppen und Menschen, die in sozial benachteiligten Gebieten leben (Risikogruppen), aber auch Lehrer und pädagogische Fachkräfte, Eltern, Sozialarbeiter, Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes, medizinisches Personal, Justizbedienstete, Strafverfolgungs- und Strafvollzugsbehörden, NGOs, Gewerkschaften und Religionsgemeinschaften.

Besonders gefördert werden grenzübergreifende Maßnahmen, z. B. zur Errichtung multidisziplinärer Netze, zum Informationsaustausch bewährter Vorgehensweisen, zur Sensibilisierung für gesundheitliche und soziale Probleme aufgrund von Drogenkonsum sowie zur Verringerung drogenbedingter Schädigungen durch Behandlungsmethoden, die die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen.

Antragsberechtigt sind vor allem öffentliche oder private Organisationen und Einrichtungen (z. B. lokale Behörden, Hochschulfakultäten und Forschungszentren),

die im Bereich der Drogenprävention und -aufklärung tätig sind. Bis 2013 stehen im Rahmen dieses Programms 21,35 Mio. Euro zur Verfügung. Eine genaue Bestimmung der einzelnen Förderbereiche erfolgt entsprechend den jährlichen Arbeitsprogrammen.

Im Arbeitsprogramm 2009 ist festgelegt, dass die Projektdauer zwei Jahre nicht überschreiten darf und die EU-Kofinanzierung bis zu 80% der jeweiligen Projektkosten betragen kann, wobei die Kofinanzierung zwischen 75.000 und 500.000 Euro liegen muss.

■ http://ec.europa.eu/justice_home/funding/drugs/funding_drugs_en.htm

3.1.10 Twinning-Projekte in Europa

Ziel eines Twinning-Projektes im Auftrag der Europäischen Kommission ist es, in den neuen EU-Mitgliedsstaaten den Aufbau der Verwaltung oder der Hilfestrukturen zu unterstützen sowie Erfahrungen mit dem EU-Recht zu vermitteln. Die Unterstützung erfolgt in einem Partnerschaftsprozess, in dem öffentliche Verwaltungen aus den Mitgliedsstaaten einerseits und den Beitritts- sowie Kooperationsländern andererseits zur Verwirklichung konkreter Twinningprojekte zusammenarbeiten.

Im Jahr 2008 hat Deutschland – vertreten durch das IFT und die Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) – gemeinsam mit Lettland – vertreten durch die lettische Agentur für Öffentliche Gesundheit – ein achtmonatiges Twinning-Light-Projekt durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen. Ziel war es, den Aufbau eines Beobachtungs- und Informationssystems für Tabak in Lettland zu unterstützen, welches zukünftig evidenz-basierte Daten für die Entwicklung von Interventionen und Steuerungsmaßnahmen in Übereinstimmung mit den Vorgaben der EU und der WHO zur Verfügung stellt.

Ende Februar 2008 wurde das 18-monatige Twinning-Projekt Deutschland-Kroatien erfolgreich unter der Leitung des Landes Berlin in Zusammenarbeit mit dem BMG sowie Experten u. a. der BZgA, DHS, dem IFT und

BKA abgeschlossen. Europäische Kooperationspartner waren Österreich, Polen, Spanien sowie die EBDD. Ziel war es, den Aufbau des kroatischen Knotenpunktes für die EBDD zu unterstützen, Strukturen im Drogen- und Suchtbereich auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zu vernetzen sowie ein Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen zu entwickeln.

Seit Frühjahr 2009 führt Deutschland – vertreten durch das IFT und die GTZ – gemeinsam mit Partnern aus Griechenland (University Mental Health Research Institute und dem griechischen Knotenpunkt für die EBDD) ein zweijähriges Twinning-Projekt mit der Türkei durch. Schwerpunkte sind u. a., den Ausbau des türkischen Knotenpunktes für die EBDD zu unterstützen, die für die Berichterstattung notwendigen Datenquellen zu identifizieren und nationale Netzwerke zur Berichterstattung aufzubauen sowie erste Pilotstudien durchzuführen. In das Projekt sind darüber hinaus Experten aus Frankreich, Großbritannien, Österreich, Polen und der Tschechischen Republik eingebunden.

3.1.11 Treffen der EU-Drogenkoordinatoren 2008

Die slowenische Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr widmete das Frühjahrstreffen der europäischen Drogenkoordinatoren am 15. Mai 2008 in Brüssel der Entwicklung der Substitutionsbehandlungen in Europa. Zudem wurde auf den möglichen Angebotsdruck von Heroin aus Afghanistan auf Europa und zukünftig eventuell wieder steigende Konsumentenzahlen, trotz gegenwärtig rückgängiger Zahlen vor allem im westlichen Europa, verwiesen. Bei der Diskussion über die begriffliche Eingrenzung von Substitutionsbehandlung versus bloßer Abgabe eines Medikamentes wurde auf die Evidenz im Erfolg der Substitutionsbehandlung verwiesen. Zudem ist die Methadonbehandlung Teil einer effektiven HIV-Prävention unter injizierenden Drogenkonsumenten. Nach Daten der EBDD waren 1993 rund 50.000 Opiatabhängige in Europa in Behandlung, im Jahr 2006 waren es bereits 600.000. Einige Mitgliedsstaaten wie Italien, Großbritannien, Deutschland und Kroatien haben einen sehr hohen Behandlungsanteil der Substitutionsbehandlung bezogen auf die Anzahl

problematischer Heroinkonsumenten, andere noch relativ niedrige Anteile wie die Slowakei, Finnland oder Schweden. In Europa wird zu 70 % Methadon verwendet, wobei der Anteil von Buprenorphin (Subutex/Suboxone) steigt. In der Zukunft werden drei Probleme mehr Aufmerksamkeit verlangen:

1. Alkoholmissbrauch innerhalb einer Substitutionsbehandlung,
2. Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und
3. die Behandlung älterer Substitutionspatienten.

Zudem soll die Qualität der Behandlung gesteigert, Behandlungsoptionen erweitert und geklärt werden, welchen Platz Harm Reduction und Substitutionstherapie im Gesamtkonzept der Prävention und Behandlung haben. Die Diskussion hat gezeigt, dass die Substitutionsbehandlung in den Mitgliedsstaaten der EU als fester Bestandteil der Behandlung einer Opiatabhängigkeit gilt, dass aber Fragen existieren über Behandlungsziele und Behandlungsdauer.

Die französische Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr widmete das Treffen am 21. und 22. Oktober 2008 in Paris innovativen Formen der Kommunikation über die Risiken des Drogenkonsums. Die Kommunikation zu illegalen Drogen muss auch die Risiken des Konsums legaler Suchtmittel, wie Alkohol, einschließen. Die EBDD verwies auf das Problem fehlender Evidenzstudien zu (massenmedialen) Präventionskampagnen, um Verhaltensveränderungen darzustellen. Prozessevaluationen hingegen liegen vor.

Eine neue britische Kokain-Kampagne sollte vor allem die Gesundheitsrisiken klar kommunizieren in Bezug auf Herzrhythmusstörungen, Gefahr der psychischen Abhängigkeit, Gefahren von Nasenscheidenentzündungen, Persönlichkeitsveränderungen durch die Entwicklung einer „coke arrogance“ und die Verbindung zur organisierten Kriminalität. Es gehe darum, die „dark side“ von Kokain herauszustellen.

Eine lebhafte Diskussion entwickelte sich zu den Fragen, wie im Hinblick auf Drogen kommuniziert werden soll und wie europaweit nützliche Lehren in Bezug auf

die Kommunikationsart gezogen werden können. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung berichtete über die Möglichkeit der produktiven Nutzung des Mediums TV, wo sie im Rahmen einer unter Jugendlichen sehr bekannten Vorabend-Soap-Opera die Möglichkeit bekam, sich selbst in ihrer Funktion als Drogenbeauftragte zu präsentieren, um in einer Schule über die Risiken des Kokainkonsums zu informieren. Damit konnte ein Millionenpublikum vorwiegend Jugendlicher erreicht werden.

Die Europäische Kommission informierte über die geplante Kampagne „Europäische Allianz gegen Drogen“, die am 26. Juni 2009 im Rahmen des Weltdrogentages vorgestellt werden soll. Ziel ist, eine koordinierte Botschaft zu formulieren und zu kommunizieren, einen globalen Rahmen für nationale Aktivitäten zu bilden und die Verantwortung der Familie für die Prävention des Drogenkonsums sowie einen praxisorientierten Umgang mit Abhängigkeit zu thematisieren. Die „Risikokommunikation“ soll, um zu funktionieren, auf der Basis einer politisch einigen Botschaft erfolgen. Massenmedienkampagnen müssen zudem in die existierenden Strukturen von Präventionsarbeit eingebunden sein, wie die Erfolge der langfristig angelegten und strukturierten Kampagnen im Bereich Tabak zeigen. Die EU Kommission (DG Sanco) will darüber hinaus eine Internetplattform zum Austausch von Erfahrungen und zur Einstellung von Praxisbeispielen von Kampagnen aus den Mitgliedsstaaten einrichten.

3.2 Bilaterale Zusammenarbeit

3.2.1 Deutsch-österreichische Zusammenarbeit

Im Rahmen der Kooperation auf dem Gebiet der Drogen- und Suchtpolitik wurde 2008 die Zusammenarbeit mit der Republik Österreich verstärkt. Eine Delegation unter Leitung des Drogenkoordinators der österreichischen Bundesregierung, Dr. Franz Pietsch, besuchte am 1. Dezember 2008 Berlin. Die Drogenbeauftragten beider Länder tauschten sich über den Stand der heroingestützten Behandlung und die Entwicklung von Nationalen Aktionsprogrammen zur Tabak- und Alkoholprävention aus. Das österreichische Tabakgesetz trat zum

Jahresanfang 2009 in Kraft, und so war das Interesse an einem Erfahrungsaustausch mit Deutschland zu den Nichtraucherschutzgesetzen groß. Österreich war ebenso wie Deutschland seit dem Spätsommer mit dem zunehmendem Verkauf und Konsum der Mode Droge „Spice“ konfrontiert. Diese wurde in Österreich noch im Dezember 2008 als nicht zugelassenes Arzneimittel eingestuft und damit für den Verkauf verboten. Die österreichische Delegation besuchte zudem einen Drogenkonsumraum in Berlin, um sich über die Einrichtung, dessen Betrieb und die positiven Erfahrungen zu informieren. Außerdem besuchten sie die Einrichtung „Therapieladen“, in der insbesondere cannabisabhängige Jugendliche im Rahmen des Forschungsprojektes INCANT (siehe B 4.4.1) ambulant behandelt werden.

3.2.2 Deutsch-französische Zusammenarbeit

Seit 2003 besteht eine enge Zusammenarbeit in der Drogenpolitik zwischen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der französischen nationalen Drogenkoordinierungsstelle MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie). Im Jahr 2006 erhielt diese Zusammenarbeit mit einer eigenen Kooperationsvereinbarung ein besonderes Fundament. Der Besuch einer französischen Delegation der MILDT unter der Leitung ihres Präsidenten Etienne Apatire am 5. Juni 2008 in Berlin galt der Fortsetzung des Dialogs auf der Grundlage der Gemeinsamen Absichtserklärung vom 20. November 2006. Es sollte zudem insbesondere im Rahmen der Ratspräsidentschaft Frankreichs erörtert werden, in welchen Bereichen die Zusammenarbeit in den kommenden Monaten noch vertieft werden könne. Es fand ein Austausch über die Entwicklung der Drogensituation und -politik in beiden Ländern, die Schwerpunkte anlässlich der französischen Ratspräsidentschaft sowie den Entwurf des EU-Drogenaktionsplans 2009–2012 statt. Beide Seiten stimmten überein, dass der neue Aktionsplan kürzer, klarer und verständlicher sein muss und die Maßnahmen auf eine realistisch umsetzbare Zahl im Prozess der Prioritätensetzung deutlich reduziert werden sollte. Darüber hinaus sollten bessere Indikatoren gefunden werden, um den Erfolg der Europäischen Drogenpolitik zu messen.

Weitere Themen waren u. a. eine mögliche Kooperation im Bereich der internetgestützten Prävention bei Cannabiskonsum, die Herausforderungen durch die Verbreitung von Hepatitis C unter injizierenden Drogenkonsumenten, die Entwicklung eines Schwarzmarktes von Subutex im Saarland und dessen Folgen für die dortige Substitutionsbehandlung, die künftige Struktur und Aufgabe der HDG sowie die Treffen der Drogenkoordinatoren. In Deutschland und Frankreich existieren einheitliche Suchtpolitiken und in den nationalen Aktionsplänen sind Zielsetzungen und Maßnahmen für legale und illegale Suchtmittel festgelegt. Auf EU-Ebene bestehen jedoch mit der HDG einerseits und dem Forum Alkohol und Gesundheit andererseits getrennte Strukturen. Beiden Partnern scheint deshalb ein intensiver Diskussionsprozess notwendig, um eine mögliche Doppelarbeit zu vermeiden. Einigkeit bestand auch, dass die Erfahrungen in der Evaluation des EU-Drogenaktionsplanes für den Evaluierungsprozess der UNGASS-Beschlüsse von 1998 (siehe G3.5.2) dienen könnten. Das Gespräch verlief in einer sehr freundschaftlichen und vertrauensvollen Atmosphäre und soll fortgesetzt werden.

3.2.3 Deutsch-peruanische Zusammenarbeit

Deutschland und Peru kooperieren seit vielen Jahren im Drogenbereich. Am 15. Mai 2008 wurde eine gemeinsame Absichtserklärung über die Zusammenarbeit am Rande des EU-Lateinamerika-Gipfels in Lima unterzeichnet. Sie umfasst

- die Bekämpfung des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen, der illegalen Drogenherstellung sowie des illegalen Drogenhandels, die Kontrolle von Vorläuferstoffen, die Bekämpfung der Geldwäsche,
- die Verringerung des Drogenkonsums sowie die Behandlung und Resozialisierung von Drogenabhängigen,
- die alternative Entwicklung.

Die gemeinsame Absichtserklärung setzt den politischen Rahmen für bereits laufende und in der Zukunft durchzuführende Projekte. Peru ist das zweitgrößte Anbauland für Koka-Pflanzen und stellt derzeit ein

Drittel der Weltkokaproduktion her. Die peruanischen Behörden haben ihre Bemühungen, dem Anbau von Koka sowie dem illegalen Handel mit Koka/Kokain und synthetischen Drogen entgegenzuwirken, in den vergangenen Jahren intensiviert, zuletzt durch die Nationale Strategie zur Bekämpfung des Drogenhandels für 2007–2011. Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt die Anstrengungen, u. a. im Bereich der Polizeizusammenarbeit (z. B. durch die Ausbildung peruanischer Polizeibeamter zu Spürhundführern) sowie der Entwicklungszusammenarbeit (z. B. durch ein erfolgreiches Projekt der alternativen Entwicklung in der Provinz Tocache-Uchiza).

Bei den Regierungsverhandlungen 2008 wurde vereinbart, zusätzlich 10 Mio. Euro an Mitteln, die durch den Erlass von peruanischen Schulden freigeworden sind, in ein gemeinsames Vorhaben der alternativen Entwicklung zu investieren.

3.2.4 Deutsch-chinesische Zusammenarbeit

3.2.4.1 Besuch chinesischer Suchtforscher in Deutschland

Auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung besuchte eine Delegation Wissenschaftler und Praktiker aus dem Bereich der Drogenforschung bzw. -behandlung der Volksrepublik China (VR China) vom 1. bis 5. September 2008 Berlin und Frankfurt/Main, um einen umfassenden Überblick über das bundesdeutsche Drogenhilfesystem zu erhalten, wovon die Teilnehmer sehr positiv beeindruckt waren. Nach einem Treffen im BMG wurden verschiedene Projekte zur Behandlung Drogenabhängiger besichtigt. Im Mittelpunkt standen konzeptionelle Ansätze, die bislang in der VR China noch nicht angewendet werden, wie dass Süchtige in Selbstorganisation den Arbeitsalltag bewältigen, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte durchführen und die soziale Reintegration der Betroffenen aktiv unterstützen. Ferner bestand Interesse an der Arbeit der Schwerpunktpraxen für drogenabhängige Patienten mit einer HIV/AIDS- und Hepatitis-erkrankung sowie für langjährige, schwer gesundheitlich und psychisch beeinträchtigte Heroinabhängige, an der stationären Rehabilitations-

behandlung als abstinenzbasierte Langzeittherapie sowie an der Grundlagenforschung im Bereich Sucht. Mit Unterstützung des Drogenreferates des Magistrates konnte die Delegation sich in Frankfurt/Main über das „Frankfurter Modell“ – die enge Kooperation von Drogenhilfe und Ordnungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaften) sowie Nachbarschaften von Einrichtungen – informieren. Auf dem Besuchsprogramm standen auch Themen wie Suchtberatung, Drogenkonsumräume, heroingestützte Behandlung, Onlineberatung, Frühintervention, betreutes Wohnen, Präventionsfachstellen oder spezielle Präventionsprojekte in der jugendlichen „Partyszene“ mit Konsum von hauptsächlich Amphetaminen und so genannten biogenen Drogen. Letztere stellen ein zunehmendes Problem in den großstädtischen Zentren Chinas wie Beijing oder Shanghai dar. Die chinesischen Gäste zeigten sich zuversichtlich, dass deutsche Erfahrungen in der VR China beim Aufbau des Drogenhilfesystems einfließen werden.

3.2.4.2 Besuch der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in der VR China

Auf Einladung des chinesischen Gesundheitsministeriums besuchte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung vom 21. bis 24. November 2008 die VR China und traf in Beijing und Shanghai Vertreter der zuständigen Ministerien und Behörden und Experten der Drogenhilfe. Es fand ein Austausch der Erfahrungen auf dem Gebiet der Hilfe für Suchtkranke sowie der Grundlagen für mögliche weitere Kooperationen statt.

Das neue chinesische Drogengesetz trat am 1. Juni 2008 in Kraft. Es legt die koordinierende Zuständigkeit für Drogenpolitik bei der Nationalen Kommission fest, die ihr Büro im Ministerium für öffentliche Sicherheit hat, das auch für die Polizei zuständig ist. China hat sich verpflichtet, die Internationalen Suchtstoffkonventionen der Vereinten Nationen umzusetzen. Neben der Drogenkontrolle ist aber auch das Angebot von Prävention und Behandlung und sozialer Rehabilitation notwendig. Nach wie vor werden dabei Maßnahmen der zwangsweisen Therapie angewendet, aber seit 2004 auch die Langzeitsubstitutionsbehandlung mit

Methadon. Die Anzahl der Substitutionsbehandlungen ist mittlerweile auf mehr als 100.000 in mehr als 500 Ambulanzen gestiegen. Die Umstrukturierung der Drogenarbeit befindet sich in der Umsetzung.

Die chinesischen Partner wünschen sich Unterstützung aus Deutschland, um der zunehmenden Verbreitung von Ketamin bei Jugendlichen zu begegnen und diese Substanz international zu verbieten. Im Bereich der Kontrolle der Vorläuferstoffe, die im Rahmen auch anderer, legaler chemischer Produktionsprozesse benötigt werden, hat China ein Abkommen mit der EU zur engeren Zusammenarbeit mit den europäischen Kontrollbehörden unterzeichnet. In diesem Bereich gibt es bereits eine enge Kooperation mit deutschen Spezialisten sowie internationalen Organisationen. Im Bereich der Eindämmung des Drogenhandels besteht ein intensiver Austausch mit dem BKA.

Die regelmäßige Zusammenarbeit mit China wird nach dem Besuch der Delegation der Drogenbeauftragten der Bundesregierung auf dem Gebiet der Suchtbehandlung intensiviert. Vor allem bei der Erprobung von Substitutionsbehandlungen will die VR China von den langjährigen Erfahrungen in Deutschland profitieren. Die Drogenbeauftragte sagte zu, einen Expertenaustausch zu unterstützen.

3.3 Pompidou-Gruppe beim Europarat

Die Pompidou-Gruppe („Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs“) wurde 1971 auf Initiative des damaligen französischen Präsidenten Georges Pompidou durch ein Teilabkommen im Rahmen des Europarats gegründet. Ihr gehören 35 Staaten (von den derzeit 47 Mitgliedern des Europarats) an. Zweck ist die Zusammenarbeit ihrer Mitgliedsstaaten im Bereich der Bekämpfung des Drogenmissbrauchs und des illegalen Drogenhandels. Sie ist die erste – und damit älteste – europäische Institution im Bereich der Internationalen Drogenpolitik. Die Pompidou-Gruppe führt Politik, Wissenschaft und Praxis zusammen. Zu diesem Zweck hat sie seit 2004 sechs themenbezogene Plattformen eingerichtet, in denen sich Expertinnen und Experten

der Mitgliedsstaaten aus Wissenschaft unterschiedlicher Disziplinen und Praxis mit vier Arbeitsbereichen (Behandlung, Prävention, Strafjustiz, Flughäfen) und zwei übergreifenden Themen (Forschung, Ethik/Menschenrechte) befassen. Diese Plattformen kommen ein bis zwei Mal jährlich zusammen, um Kenntnisse und aktuelle Entwicklungen auf dem jeweiligen Gebiet auszutauschen sowie Probleme und Handlungsbedarf zu identifizieren. Ihre Ergebnisse kommunizieren sie in Form von Stellungnahmen und Empfehlungen an die politische Ebene.

Die Pompidou-Gruppe setzt derzeit ihr Arbeitsprogramm für den Zeitraum 2007–2010 unter polnischem Vorsitz um. Zur Bewertung der ersten Hälfte dieses Arbeitsprogramms fand am 26. November 2008 in Warschau eine so genannte Mid Term Conference unter dem Titel „Are we able to meet policy maker’s needs?“ statt. Ziel war die Abstimmung, ob die Aktivitäten der Pompidou-Gruppe den Bedürfnissen der Politik entsprechen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung nahm an dieser Konferenz teil. Sie würdigte im Schlusswort die bisherige Arbeit der Pompidou-Gruppe und zeigte Entwicklungsmöglichkeiten für die Zukunft auf. So schlug sie u. a. vor, konkrete, zeitlich und inhaltlich begrenzte Arbeitsaufträge an die Expertengremien zu richten, um so die Aufmerksamkeit besser auf aktuelle Probleme mit politischem Handlungsbedarf zu lenken.

Europa: Netzwerk EXASS Net

Das Netzwerk EXASS Net (European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems) ist ein erfolgreiches Projekt der Pompidou-Gruppe, das Anfang 2007 aufgrund einer gemeinsamen Initiative mit der EU (Finnische Ratspräsidentschaft 2006) gegründet wurde. Es bringt Praktikerinnen und Praktiker einzelner Städte in Europa zusammen, die auf kommunaler Ebene entweder bereits behördenübergreifend (Polizei, Sozial- Gesundheits- und Schulämter) im Drogenbereich arbeiten oder dies in Zukunft verstärkt tun wollen. Im Mittelpunkt stehen dabei der direkte Kontakt und Austausch untereinander. In Partnerschaften wird voneinander gelernt, welche Ansätze in der Praxis erfolgreich waren. Es beteiligen sich derzeit Städte aus

13 europäischen Ländern – neben Deutschland auch Finnland, Großbritannien, Irland, Kroatien, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Russland, Slowenien, Ukraine und Ungarn. Deutscher Partner des Netzwerks ist die Stadt Frankfurt/Main. Bisher haben vier EXASS Net-Treffen stattgefunden: im April 2007 in Turku, Finnland, im Oktober 2007 in Preston, Großbritannien, im Mai 2008 in Frankfurt/Main und im Oktober 2008 in Moskau.

■ www.exass.net

Europa: Schülerumfrage ESPAD

Die Schülerumfrage ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ist ein Projekt der Pompidou-Gruppe und seit 1995 eine der wichtigsten Quellen für Erkenntnisse über das Konsumverhalten von Jugendlichen in Europa. Deutschland beteiligt sich seit 2002, allerdings nur in sieben Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen). Im Frühjahr 2007 wurden zum vierten Mal in 39 europäischen Staaten Daten erhoben. Der im März 2009 erschienene, über 400 Seiten umfassende Gesamtbericht enthält vergleichbare Daten aus 35 Staaten.

■ www.espad.org/espad-reports

Vorschlag für eine Europäische Drogenkonvention

Das Ministerkomitee des Europarates befasste sich am 14. Mai 2008 mit dem Vorschlag für eine Europäische Drogenkonvention. Die Parlamentarische Versammlung hatte den Abschluss solch einer Konvention bereits im Oktober 2007 gefordert. Ziel dieser Konvention wäre es, drogenbedingte Gesundheitsschäden zu verringern und einen Rahmen für nationale Drogenstrategien zu bilden. Sie würde die Bereiche Prävention und Ausbildung, Behandlung, Rehabilitation und Resozialisierung sowie Datensammlung und Evaluierung umfassen. In seiner Sitzung beschloss das Ministerkomitee, zunächst die Pompidou-Gruppe mit der Durchführung einer Machbarkeitsstudie zu beauftragen. Die Studie soll untersuchen, ob eine Europäische Drogenkonvention angesichts der bereits existierenden drei so genannten Suchstoffkonventionen auf Ebene der Vereinten Nationen notwendig und sinnvoll ist. Sie soll außerdem Aktivitäten anderer internationaler Organisationen

berücksichtigen. Die Pampidou-Gruppe hat ihre Arbeit an der Studie begonnen. Erste Konsultationen mit dem Europäischen Gesundheitskomitee des Europarates und mit anderen internationalen Organisationen (EU, WHO, UNODC und EBDD) haben stattgefunden. Die Ergebnisse der Studie werden Mitte 2009 erwartet.

3.4 Leitfäden zur Substitutionsbehandlung der WHO

Der Leitfaden der WHO (Regionalbüro in Europa) „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. A Practical Guide“ basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den Erfahrungen von Ärzten und Psychiatern, die im Bereich der Substitutionsbehandlung im Gefängnis tätig sind, und darüber hinaus auf einer ausführlichen internationalen Literatur- und Datenbankenrecherche. Er folgt Anleitungen und Empfehlungen wie der vom WHO (Regionalbüro in Europa) veröffentlichten Publikation „Health in Prison“ mit wichtigen Punkten zur Gesundheit im Gefängnis. Der Leitfaden über Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige soll Gefängnisärzte, Pflegepersonal, Gefängnisleitung sowie NGOs unterstützen.

■ <http://www.archido.de/index.php?lang=en>

Außerdem hat die WHO in Genf im März 2009 die „Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence“ als weltweit gültige Qualitätsstandards zur Substitutionsbehandlung veröffentlicht. Diese „Richtlinien“ sind als Arbeitsauftrag der Commission on Narcotic Drugs (CND) von weltweit führenden Experten erstellt worden, um Mindeststandards für eine qualitätsgestützte Substitutionsbehandlung zu entwickeln.

■ http://www.who.int/substance_abuse/en/



Vorgestellt:
Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen,
Professor für Sozialpsychiatrie
a. D. und Präsident des Instituts
für Sucht- und Gesundheits-
forschung in Zürich

„Alle meine Arbeiten beruhen auf der Wahrnehmung drängender Defizite im Verständnis und in der Versorgung psychischer Störungen und auf der Entwicklung und Prüfung neuer Antworten auf diese Herausforderungen. Das hält mich aktiv“, sagt Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen über sich.

Seit 1995 ist der Professor für Sozialpsychiatrie an der Universität Zürich und ehemaliger Co-Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich emeritiert.

Während andere sich nach Eintritt in den Ruhestand ins Privatleben zurückziehen, leitet der mittlerweile 80-jährige Schweizer Professor seit 1993 das von ihm gegründete Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Das Institut ist mit der Universität Zürich assoziiert und ein World Health Organisation (WHO) Collaborating Centre.

Als international anerkannter Experte für die Therapie Drogenabhängiger und als Mitglied des Expert Council on Drug Problems der WHO leitet er seither Forschungsprojekte für die WHO und die Drogenbehörde der Vereinten Nationen (UNODC). Er berät Expertengremien, hält weltweit Vorträge und publiziert wissenschaftliche Artikel.

Schon in seiner aktiven Zeit als Psychiater und Psychotherapeut baute Prof. Uchtenhagen einen sozialpsychiatrischen Dienst auf, der spezialisierte, ambulante und teilstationäre Dienste für chronische Psychosepatienten und psychogeriatrische Patienten, aber auch für Suchtpatienten bereit stellte. „Das war nicht nur wegen der epidemieartigen Zunahme der Drogenprobleme notwendig, sondern auch weil die traditionelle stationäre Behandlung den Bedürfnissen nicht gerecht werden konnte und es an brauchbaren Präventions- und Therapiemodellen mangelte“, so Prof. Uchtenhagen. Um die Qualität dieser Dienste zu überprüfen, gründete er zugleich eine Abteilung für evaluative Begleitforschung. Seine Berufung auf einen Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie an der Universität Zürich ermöglichte es ihm, diese neuen Erfahrungen in

die Ausbildung der Mediziner und Psychiater einzubringen. „Es ist mir ein wichtiges Anliegen, meine Erfahrungen und Erkenntnisse weiterzugeben, wo immer und solange ein Interesse dafür besteht. Ich will jüngere Kolleginnen und Kollegen für diese Arbeit begeistern, damit sie ihrerseits bereit sind, Antworten auf die künftigen Herausforderungen zu geben“, so Uchtenhagen.

Woraus schöpft er trotz seines hohen Alters diese enorme Energie?

„Ich verfolge das politische Geschehen und lasse mich in gesundheitspolitischen Belangen vernehmen, ich verfolge die literarischen Entwicklungen und ihre Schwerpunkte, woraus ich viel für die aktuellen gesellschaftlichen Anliegen erfahre, ich versuche emotionelle Spannungen in konstruktive Bilder umzusetzen“, sagt Prof. Uchtenhagen. „Ich genieße den Kontakt mit sehr unterschiedlichen Menschen und Freunden, das Aufgehobensein in der Familie, und die Freuden, die das Leben bietet.“

■ www.suchtforschung.ch

3.5 Vereinte Nationen

Die Zusammenarbeit im Drogenbereich auf der Ebene der Vereinten Nationen (VN) erfolgt auf der Grundlage der drei UN-Drogenkonventionen von 1961, 1971 und 1988. Sie verpflichten die Mitgliedsstaaten, die Produktion und den Vertrieb von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu kontrollieren, den Drogenmissbrauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen, die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen hierfür zu schaffen und den internationalen Organen über ihre Tätigkeit zu berichten. Die wichtigsten mit Drogenfragen befassten Institutionen im Rahmen der UN sind:

- die UN-Suchtstoffkommission (Commission on Narcotic Drugs – CND), die bereits 1946 als Fachkommission des Wirtschafts- und Sozialrats eingerichtet wurde und das zentrale Richtlinienorgan der UN im Drogenbereich darstellt; sie tritt jährlich zumeist im März etwa eine Woche lang zusammen;

- das Internationale Suchtstoffkontroll-Amt (International Narcotics Control Board – INCB) der UN, das die Aufgabe hat, Handel und Anwendung von psychotropen Stoffen für medizinische Zwecke ebenso wie von Vorläuferchemikalien zu kontrollieren und die Einhaltung der Internationalen Suchtstoffübereinkommen zu überwachen;
- das UN-Drogenkontrollprogramm UNDCP (United Nations International Drug Control Programme), das 1990 geschaffen wurde, um alle drogenrelevanten Aktivitäten der UN zu koordinieren, die Staaten bei der Einhaltung der Drogenkonventionen zu unterstützen und Drogenbekämpfungsprogramme zu planen, zu koordinieren und durchzuführen bzw. deren Durchführung zu überwachen. Die engere Zusammenführung von UNDCP (Hauptsitz in Wien und 21 Regionalbüros) und CICP (Centre for International Crime Prevention) unter dem Dach des UN Büros für Drogen- und Verbrechensbekämpfung UNODC (UN Office on Drugs and Crime) seit 2003 hat dazu geführt, dass in der Regel nur noch UNODC in der Öffentlichkeit in Erscheinung tritt.

Die 20. Sonder-Vollversammlung zum Weltdrogenproblem vom 08. bis 10. Juni 1998 in New York verdeutlichte den hohen Stellenwert der Drogenbekämpfung für die internationale Staatengemeinschaft. In einer Politischen Erklärung und in mehreren politisch verbindlichen Dokumenten (Aktionsplänen) wurden Ziele festgelegt und Aktionen in folgenden Bereichen vereinbart:

- Nachfragereduzierung: Eine deutliche Senkung der Nachfrage nach Drogen wird als der Schlüssel zur Lösung des globalen Drogenproblems bezeichnet.
- Reduzierung illegalen Anbaus und alternative Entwicklung: Neben der Reduzierung des illegalen Drogenanbaus mit repressiven Maßnahmen wird die Beseitigung der sozialen und ökonomischen Ursachen des Drogenanbaus als wichtige langfristige Strategie zur Bekämpfung des Drogenangebots angesehen. Mit Hilfe von Maßnahmen zur Schaffung von landwirtschaftlichen und nicht-landwirtschaft-

lichen Alternativen, der infrastrukturellen Erschließung des Landes (Verkehr, Schulen, Gesundheitswesen) und des Aufbaus eines funktionstüchtigen Vermarktungswesens für bäuerliche Produkte sollen nachhaltige Einkommensalternativen vor allem für kleinbäuerliche Drogenproduzenten geschaffen werden.

- Chemische Vorläufersubstanzen: Die Verbreitung chemischer Vorläufersubstanzen, die zur Herstellung von illegalen Drogen dienen, ist in den letzten Jahren zu einer ernsthaften Herausforderung geworden.
- Synthetische Drogen: Amphetamine, Methamphetamine und Ecstasy (englisch: Amphetamine Type Stimulants, ATS) ersetzen weltweit betrachtet in zunehmendem Maße klassische Drogen wie Kokain und Heroin, vor allem unter Jugendlichen.
- Geldwäschebekämpfung: Das Waschen von Geldern aus Drogengeschäften stellt eine zunehmende Gefahr für die Volkswirtschaften vieler Staaten dar. Restriktive Vorschriften zum Bankgeheimnis und Offshore Banking sind große Herausforderungen für eine effektive Geldwäschebekämpfung.
- Justizielle Zusammenarbeit: Die Globalisierung der Märkte führte auch zu einer Globalisierung der Drogenkriminalität. Den daraus resultierenden Gefahren kann nur durch eine verstärkte internationale Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden begegnet werden.

3.5.1 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen

Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), das vom UNODC in Wien durchgeführt wird, wird von der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren Projekten von UNODC. Die 51. Sitzung der CND fand vom 10. bis 14. März 2008 in Wien statt. Die deutsche Delegation unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beteiligte sich aktiv an der Arbeit der CND sowohl im Plenum als auch im „Committee of the Whole“ und in kleineren Arbeitsgruppen, in denen die Resolutionen verhandelt wurden. Insgesamt wurden 21 Resolutionen verabschiedet (insbesondere zu den Themen Afghanistan, Cannabis, Früherkennung von Drogenmissbrauch, Alternative Entwicklung, Grundstoffüberwachung, Angebotsreduzierung, illegaler Drogenhandel, Vorbereitung der 52. CND-Sitzung, Management bei UNODC und Finanzierung von UNDCP).

Die 51. CND hatte die Aufgabe, die Umsetzung der von der 20. UN-Sonder-Generalvollversammlung im Jahre 1998 (UNGASS) beschlossenen Grundsätze und Aktionspläne für die internationale Zusammenarbeit in der Drogenbekämpfung zu überprüfen und die Grundlagen für die künftige Drogenpolitik der UN nach 2009 zu schaffen. Deshalb war auch die Thematische Debatte ausschließlich diesem UNGASS-Review-Prozess gewidmet (siehe G 3.5.2).

Am Rande der Sitzung fanden Gespräche der Drogenbeauftragten der Bundesregierung mit Vertretern aus den Niederlanden, Peru, der Türkei sowie dem Leiter der AIDS/HIV-Abteilung bei UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) statt.

Die 51. CND war aus deutscher Sicht erfolgreich: Die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgebrachten deutschen Statements in der thematischen Debatte lösten ein sehr positives Echo aus. Die von der EU eingebrachte UNGASS-Resolution (zum Follow-Up

zur Sonder-Generalversammlung von 1998) wurde nach schwierigen Verhandlungen letztlich ohne wesentliche Änderung verabschiedet. Damit konnten der weitere Verlauf und das Ziel des UNGASS-Review-Prozesses unter Berücksichtigung der deutschen Ziele bzw. Positionen festgelegt werden.

3.5.2 UNGASS-Review-Prozess

Die Politische Erklärung von 1998 hatte die Mitgliedsstaaten aufgefordert, im Zweijahres-Rhythmus der CND über die Umsetzung der Ziele und Vorgaben der Erklärungen und Aktionspläne zu berichten. Auf dieser Grundlage sollte die CND im Jahre 2003 eine Zwischenbilanz ziehen und im Jahre 2008 eine abschließende Analyse der Fortschritte und der Lücken in der Umsetzung vornehmen. Im Rahmen eines Ministertreffens wurde 2003 Zwischenbilanz gezogen, die von UNODC mit der Formel zusammengefasst wurde: „encouraging progress towards still distant goals“. Die von den Ministern und Ministerinnen verabschiedete Gemeinsame Erklärung war skeptischer, sprach weniger von Erfolgen als vielmehr von den großen Anstrengungen, die weiterhin in allen Bereichen notwendig sind.

Bei der 51. CND im März 2008 legte UNODC eine Bestandsaufnahme über die Umsetzung der UNGASS-98-Beschlüsse vor, die neben den Zweijahresberichten auch zusätzliche Informationen berücksichtigte. Auch die Thematische Debatte der 51. CND befasste sich ausschließlich mit der Evaluierung der UNGASS-Beschlüsse. Während UNODC die Entwicklung des Drogenproblems während der letzten Dekade als konstant („containment“) bezeichnete, kamen die meisten Beteiligten zu dem Ergebnis, dass trotz gewisser Fortschritte in einigen Bereichen (Prävention, Schadensminderung, Datengewinnung, Evidenzbasierung, Forschung) doch insgesamt und global betrachtet die Ziele der UNGASS-98-Beschlüsse – jedenfalls im Hinblick auf die Reduzierung von Angebot und Nachfrage – nicht erreicht wurden.

Die Zeit zwischen der 51. und der 52. CND wurde als eine „period of reflection“ für die Vorbereitung der

Beschlüsse des High Level Segments genutzt. Auf EU-Ebene wurden in vier Arbeitsgruppen (Drafting Groups) die gemeinsamen EU-Positionen zu den einzelnen Themenkreisen abgestimmt, um als EU bei den Verhandlungen auf UN-Ebene so weit wie möglich mit einer Stimme zu sprechen. Auf UN-Ebene tagten zwischen Ende Juni und Mitte September 2008 in Wien fünf Experten-Arbeitsgruppen der CND zu den Themenkreisen:

- Angebotsreduzierung (Herstellung und Schmuggel)
- Bekämpfung der Geldwäsche und justitielle Zusammenarbeit
- Vernichtung von Drogenpflanzen und alternative Entwicklung
- Nachfragereduzierung
- Kontrolle der Vorläuferstoffe und amphetamin-ähnlichen Stimulanzien.

Diese Expertengruppen erarbeiteten „Conclusions“ mit Empfehlungen für die künftige Drogenpolitik der UN. Sowohl bei den „Drafting Groups“ der EU als auch den Expertengruppen der CND wirkten die jeweiligen deutschen Ministerien bzw. Experten aktiv mit.

Die NGOs haben mehrere Konferenzen zur Evaluierung der Umsetzung der UNGASS-Beschlüsse durchgeführt und in einer abschließenden Konferenz im Juli 2008 Empfehlungen zur künftigen UN-Drogenpolitik „Beyond 2009“ verabschiedet.

Auf der Grundlage der „Conclusions“ der Expertengruppen und anderer Materialien wurden im Rahmen einer Reihe von Zwischen-Sitzungen der CND und Informellen Konsultationen die Entscheidungen des Hochrangigen Treffens im März 2009 vorbereitet: Die Vorsitzende der CND hat im Januar 2009 den Entwurf einer Politischen Erklärung und schon im Oktober 2008 den Entwurf eines Annexes vorgelegt, der Aktionspläne zur Umsetzung der Politischen Erklärung enthält. Beide Dokumente wurden intensiv beraten. Ein besonders strittiger Punkt war die Bilanz der Umsetzung der Beschlüsse von 1998 und die Verankerung des Ansatzes der Schadensreduzierung („harm reduction“) im System der internationalen Drogenpolitik. Dieser Ansatz wird von sehr vielen Staaten, Internationalen Organisationen und NGOs anerkannt

und praktiziert, von einigen Staaten aber kategorisch abgelehnt.

Auf einem hochrangigen Treffen (High Level Segment) im Rahmen der 52. CND im März 2009 verabschiedeten hochrangige Vertreter von über 130 Mitgliedsstaaten eine neue Politische Erklärung zur Ausrichtung der künftigen UN-Drogenpolitik. Diese Erklärung formuliert die zukünftigen Ziele und Grundsätze der Drogenpolitik sowie die zukünftigen Prioritäten in den einzelnen Aktionsbereichen.

Aus deutscher Sicht gibt es eine gemischte Bilanz. In einigen Bereichen wurden Fortschritte erzielt. Heute ist mehr über die weltweite Drogensituation bekannt, die internationale Zusammenarbeit wurde verstärkt. Auch wurden mehr und bessere Programme zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation entwickelt. Allerdings ist auf der anderen Seite festzustellen, dass die Ziele aus dem Jahr 1998 nicht erreicht wurden. Insbesondere konnte der Konsum illegaler Drogen nicht deutlich verringert werden. Er ist im Gegenteil in einigen Teilen der Welt weiter gestiegen. Dies gilt auch für den Anbau von Drogenpflanzen (etwa Schlafmohn zur Herstellung von Opium und Heroin in Afghanistan) und für den weltweiten Drogenmarkt. Deutschland ist der Ansicht, dass neue Ansätze erforderlich sind. Nach deutscher Auffassung müssen vor allem auch die negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Drogenmissbrauchs mehr Beachtung finden. Mittlerweile wenden über 80 Länder der Welt – insbesondere auch Deutschland – so genannte schadensmindernde Maßnahmen („harm reduction“) an, z. B. Sprizentausch und Substitutionsbehandlung. Diese Maßnahmen sind notwendige Bestandteile eines Gesamtpakets an Hilfen für drogenabhängige Menschen. Sie richten sich vor allem an diejenigen, die trotz vielfältiger Präventions- und Behandlungsangebote nicht erreicht werden können und sich durch riskante Konsummuster auch der Gefahr einer Infektion mit HIV/AIDS oder Hepatitis aussetzen.

Die Politische Erklärung, die nach langwierigen Verhandlungen verabschiedet wurde, hat den Begriff „harm reduction“ leider nicht übernommen, stattdessen den Begriff „drug related support services“ eingeführt.

Deutschland hat – zusammen mit weiteren 25 Staaten – erklärt, dass es unter diesem Begriff auch schadensmindernde Maßnahmen versteht. Auch wenn es der verabschiedeten Politischen Erklärung aus deutscher Sicht an neuen Ansätzen und zukunftsweisenden Konzepten mangelt, bieten die verabschiedeten Dokumente eine gute Grundlage, auch künftig international im Drogenbereich zusammenzuarbeiten, um gemeinsam den neuen Herausforderungen in der Drogenpolitik international begegnen zu können.

3.5.3 UNODC/WHO „Joint Action Programme on Drug Dependence Treatment“

Auf der internationalen Fachtagung von UNODC „The Technical Seminar on Drug Addiction Prevention and Treatment: From Research to Practice“ vom 15. bis 17. Dezember 2008 in Wien wurde der Entwurf von UNODC und WHO für ein „Joint Action Programme on Drug Dependence Treatment“ vorgestellt. Deutschland begrüßt diese Initiative der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Prävention, Behandlung/Beratung und Schadensreduzierung von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. Das Programm wurde auf dem „High Level Segment“ der UN Suchtstoffkommission Mitte März in Wien offiziell vorgestellt. Das Joint Action Programme ist eine gute Grundlage, um die in den vergangenen Jahren erfolgten weltweiten Initiativen von WHO, UNODC sowie UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) im Bereich der Prävention und Nachfragereduzierung bei (injizierendem) Drogenkonsum zusammenzuführen. Positiv ist, dass sich diese Initiative auf alle Bereiche der Nachfragereduzierung, insbesondere auch den Bereich der „Reduction of Health and Social Consequences of Drug Use and Dependence“, erstreckt. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Schnittbereich von injizierendem Drogenkonsum und HIV/AIDS-Prävention. Beide Organisationen sowie UNAIDS haben dazu bereits eine Reihe von wegweisenden Materialien und Tools vorgelegt und verschiedene Programme durchgeführt, bislang allerdings ohne einen aufeinander abgestimmten Rahmen. Ebenfalls weitgehend unabgestimmt erfolgen derartige Initiativen von Internationalen Regierungsorganisationen zur Entwicklungszusammenarbeit wie

GTZ, DFID, USAID, AUSAID, Global Fund, niederländische oder schwedische Organisation der Entwicklungszusammenarbeit sowie Internationalen NGOs (wie Family Health International, World Bank, Medico International, Medicines sans Frontiers, Caritas International, AWO International, AIDS Alliance u. v. a.). Auch diese Initiativen sollten entsprechend abgestimmt berücksichtigt werden.

Laut dem World Drug Report 2008 gibt es weltweit zurzeit etwa 24,7 Mio. Missbraucher von Amphetaminen, 16,5 Mio. Opiat- und 16 Mio. Kokainmissbraucher. Von den Opiatmissbrauchern sind nur ein Teil in Behandlung, hauptsächlich methadongestützt und in zunehmendem Maße auch mit Hilfe von Buprenorphin. Die Substitutionsbehandlung hat weltweit an Bedeutung gewonnen. Dennoch befinden sich die Behandlungssysteme häufig erst im Aufbau und sind vielfach nur rudimentär vorhanden. Es fehlt an Infrastruktur, solider Finanzierung und an ausgebildeten Fachkräften. Die Gemeinschaftsinitiative von WHO und UNODC zielt darauf ab, eine weltweite evidenzbasierte und ethisch fundierte Politik zur Behandlung einer Drogenabhängigkeit zu planen.

Bislang hat nur ein Bruchteil der Betroffenen tatsächlich Zugang zur Behandlung. Um erfolgreich zu sein, müssen noch immer weit verbreitete Vorurteile und die Stigmatisierung von Drogenabhängigkeit abgebaut werden. Nötig ist auch die Entwicklung von Rechtssystemen, die den Strafvollzug nicht mehr als „Behandlungsoption“ vorsehen.

Mit dem Programm werden konkrete Zielsetzungen verfolgt, an denen die Umsetzung gemessen werden soll. Allerdings fehlen bislang entsprechende Datenquellen und die Entwicklung eines soliden Monitoring und Evaluationssystems. Das Programm kann sich auf bereits existierende Netzwerke und fachliche Vorarbeit stützen: z. B. UNODC-Projekt treatnet, das von 2006–2008 tätig war, oder verschiedene Netzwerke und Interventionen, die bereits von der WHO oder UNODC gefördert wurden.

3.6 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

3.6.1 Entwicklungen in Afghanistan

Für die weltweite Drogenbekämpfung ist insbesondere die zunehmende Verbreitung von synthetischen Drogen und die Opium- und Heroinproduktion in Afghanistan problematisch. Afghanistan stellte nach Angaben der UNODC im Jahr 2007 93 % des weltweit produzierten Opiums her. Seit 2008 konnte ein leichter Rückgang der Opiumproduktion festgestellt werden (Rohopiumproduktion: 7.700 t, ein Rückgang um 500 t gegenüber dem Vorjahr). Produktionsmenge und Anbaufläche (157.000 ha, Rückgang in 2008 um 5.400 ha) bleiben jedoch auf sehr hohem Niveau.

Die Entwicklungen beim Schlafmohnanbau verlaufen in den verschiedenen Landesteilen jedoch sehr unterschiedlich. Während im Norden und Teilen des Ostens der Anbau sehr stark rückläufig war, konzentriert sich die Opiumproduktion zunehmend auf einige wenige besonders unsichere Provinzen im Süden des Landes (Helmand, Kandahar, Uruzgan).

Positiv zu vermerken ist der Anstieg der schlafmohnfreien Provinzen 2008 auf 14 (von 34), drei davon im deutschen Verantwortungsbereich im Norden sowie Nangarhar im Osten, 2007 das zweitgrößte Anbaugbiet des Landes. Dieser Trend sollte nach Einschätzung von UNODC auch 2009 anhalten, so dass mit bis zu 22 schlafmohnfreien Provinzen gerechnet werden kann. Aus deutscher Sicht besonders hervorzuheben ist dabei Badakhshan, das sich im Laufe von vier Jahren vom zweitgrößten Opiumproduzenten weltweit zu einer weitgehend schlafmohnfreien Provinz gewandelt hat. Labore zur Heroinherstellung und Drogenschmuggel sind jedoch auch in den schlafmohnfreien Regionen weiterhin an der Tagesordnung.

Im Rahmen der internationalen Arbeitsteilung beim Wiederaufbau Afghanistans hat Großbritannien die Führungsrolle und Koordination bei der Drogenbekämpfung übernommen. Deutschland leistete im Rahmen der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit und durch die Übernahme der Führungsrolle beim Wiederaufbau der Polizei, insbesondere durch den Aufbau der

Drogenpolizei, einen wichtigen Beitrag. Inzwischen wird diese Führungsrolle von der EU-Polizeimission (EUPOL Afghanistan) ausgeübt.

Darüber hinaus sind Maßnahmen gegen den Schmuggel von Opium und Heroin aus Afghanistan (Balkanroute und Seidenstraße) sowie die regionale Zusammenarbeit, insbesondere der Nachbarn Afghanistans, von großer Bedeutung. Diesen Zielen dient die aus einer Initiative der damaligen französischen G8-Präsidentschaft (Konferenz in Paris um 21. und 22. Mai 2003) mit Unterstützung von UNODC entwickelte Paris-Pakt-Initiative, in deren Rahmen regelmäßig Expertengespräche in verschiedenen Ländern organisiert werden.

Unter anderem im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Taliban in Afghanistan und des von ihnen unterstützten terroristischen Netzwerks der Al Qaida rücken auch mögliche Verbindungen zwischen Drogenhandel und internationalem Terrorismus in das Bewusstsein der internationalen Staatengemeinschaft.

3.6.2 Entwicklungen zur Harm Reduction

Vor dem Hintergrund der besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklungen der HIV-Übertragung in Osteuropa, Zentralasien und Südostasien, die mehrheitlich durch intravenösen Drogenkonsum und Prostitution verursacht wird, ist vor allem auch der Harm Reduction-Ansatz in den Maßnahmen der Bundesregierung von großer Relevanz. Zu diesen zählen Maßnahmen wie Spritzentausch- und Substitutionsprogramme.

Der HR-Ansatz findet zunehmend in vielen Ländern und im UN-Kontext Anerkennung. Er gewinnt vor allem in Ländern mit konzentrierten Epidemien an Bedeutung und wird verstärkt umgesetzt. Deutschland vertritt den Ansatz international und kann auf eine jahrelange breite Erfahrung in diesem Bereich zurückgreifen. Aufgrund einer zunehmenden internationalen Nachfrage nach spezifisch deutschem Know-how in diesem Bereich werden von Deutschland auch verstärkt erfahrene Fachleute im Rahmen von Projekten und Programmen der GTZ im Ausland eingesetzt. Gefördert werden vor allem

die Themen Substitutionstherapie und genderspezifische Ansätze.

Im Bereich der Substitutionstherapie unterstützt Deutschland durch ein GTZ Public Private Partnership (PPP)-Projekt zusammen mit einem deutschen auf Suchtmedizin spezialisierten Unternehmen, u. a. in Indien und Nepal, die Einführung und Verbesserung der Methadon-Substitutionstherapie mit der entsprechenden Medizintechnik (Dokumentations- und Dosiersystem) sowie der Aus- und Weiterbildung medizinischen Fachpersonals. Gefördert wird in diesem Zusammenhang vor allem auch der Ansatz einer umfassenden integrierten medizinischen Versorgung, bei dem die Betroffenen sowohl die Behandlung von HIV und Tuberkulose als auch psychosoziale Betreuung an einem Ort („one point of treatment“) bekommen sollen. Das Projekt befindet sich derzeit in der Implementierung.

In der Ukraine wird die Einführung und Verbesserung der Substitutionstherapie als eine Komponente des bilateralen deutsch-ukrainischen HIV-Programms unterstützt. Im Rahmen dessen werden sowohl Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal gefördert als auch die Partner bei der Umsetzung fachlich unterstützt und beraten.

Connect plus e. V.: Engagement in Osteuropa

Bereits im Jahr 1987 wurden in der Ukraine die ersten HIV-Infektionen registriert, doch bis 1995 galt das Land als eines mit der niedrigsten Zahl an registrierten HIV-Fällen in der Welt. Ein Jahrzehnt später jedoch leidet die Ukraine unter der größten Epidemie in Europa. Vor mehr als zehn Jahren wurden erste HIV-Infektionen unter Drogengebrauchern festgestellt. Seitdem gibt es ein starkes und ständiges Wachstum der HIV-Epidemie mit einer derzeit geschätzten Prävalenz von 1,4%. Zwischen 250.000 und 680.000 Menschen leben nach Schätzungen der UNAIDS mit HIV und AIDS in der Ukraine. Im April 2001 wurde Connect plus e. V. von Sozialarbeitern, Ärzten, Psychologen, Pädagogen sowie Betroffenen der AIDS-Selbsthilfe und Projektarbeit aus Deutschland gegründet, um die Erfahrungen und Kompetenz der AIDS-Arbeit in Deutschland den Selbsthilfenetzwerken, Kliniken, AIDS-Zentren und NGOs in Osteuropa zur Verfügung zu stellen. Das erfolgt ins-

besondere durch den gegenseitigen Austausch von Experten zur Förderung von Erfahrung und Expertise auf den für die Prävention und Versorgung von HIV notwendigen Arbeitsgebieten sowie durch Fort- und Weiterbildungsprogramme für professionelle und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen von AIDS-Projekten zur Stärkung der Selbsthilfe von Menschen mit HIV und AIDS. Mit Unterstützung des BMG im Rahmen der Deutsch-Ukrainischen Partnerschaftsinitiative und der GTZ werden verschiedene Projekte, gefördert von der Aktion Mensch und der Robert-Bosch-Stiftung, vor Ort in staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen umgesetzt.

■ www.connect-plus.org

Im Bereich Genderspezifika werden vor allem Ansätze in der Arbeit mit weiblichen Drogenkonsumenten gefördert. Sie stellen in vielen Ländern, besonders im Zusammenhang mit HIV, eine sehr vulnerable Gruppe dar, die von Serviceangeboten kaum erreicht wird und für die es oft keine spezifischen Angebote gibt. Deutschland fördert besonders in der Ukraine im Rahmen des bilateralen deutsch-ukrainischen HIV-Programms innovative Ansätze. So wurde 2008 in Zusammenarbeit mit dem Open Society Institute und dem Harm Reduction Knowledge Hub for Europe and Central Asia ein Seminar für HR-Serviceanbieter durchgeführt, das Methoden und Ansätze für die Arbeit mit weiblichen Drogenkonsumenten vermittelt hat. Diese Weiterbildung basierte auf einem von der GTZ entwickelten ausführlichen Training zum Thema. Zudem wurde im September 2008 in einer Region in der Westukraine ein Pilotprojekt für weibliche Drogenkonsumenten in Zusammenarbeit mit lokalen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen gestartet. Die Angebote sind auf die Bedürfnisse und die Lebenswelt der weiblichen Drogenkonsumenten abgestimmt und bieten den Frauen neben niedrigschwelligem Angeboten auch spezifische Angebote wie verschiedene Therapiemöglichkeiten, psychosoziale Betreuung und Weiterbildungsmöglichkeiten.

3.6.3 Entwicklungsorientierte Drogenpolitik

Die Anzahl der injizierenden Drogenabhängigen wird weltweit auf rund 13 Mio. Menschen geschätzt, davon leben ca. 78 % in Entwicklungs- und Transformationsländern. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklungen der HIV-Übertragung in Osteuropa, Zentralasien und Südostasien zu betrachten, die mehrheitlich durch intravenösen Drogenkonsum und Prostitution verursacht wird. Die Bundesregierung fördert suchtpreventive und andere Maßnahmen in der Ukraine, in Indien, Vietnam, Nepal, Pakistan und Afghanistan.

Der Anbau illegaler Drogenpflanzen wie Koka und Schlafmohn resultiert aus einer Vielzahl von Entwicklungsproblemen: Armut, gewaltsame Konflikte, schwache staatliche Institutionen, mangelnde soziale und wirtschaftliche Infrastruktur sowie langfristige fehlende Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sind wesentliche Ursachen dafür, dass kleinbäuerliche Familien außerhalb geltender Gesetze handeln, sich in illegale Strukturen integrieren und dementsprechend starkem Druck, Gewalt und Abhängigkeiten ausgesetzt sind. Dies ist in Ländern wie Afghanistan und Kolumbien besonders deutlich erkennbar, wo 2008 87 % bzw. 55 % des weltweiten Anbaus von Schlafmohn bzw. Koka stattfanden. Aber auch die übrigen größeren Anbauregionen dieser Welt (z.B. Peru, Bolivien, Myanmar, Laos) lassen das Ursachen-Folgen-Geflecht zwischen Marginalisierung, Armut, Konflikt und Drogenanbau deutlich werden.

Dabei stellt die ökonomische Dimension von Drogenanbau und besonders auch Handel in den betroffenen Ländern ein erhebliches Hindernis für die Umsetzung von nachhaltigen Entwicklungsmaßnahmen dar. Die Drogenökonomie durchdringt Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und schwächt den Staat. In vielen Produktionsländern spielt sie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewaltkonflikten eine wesentliche Rolle. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit setzt sich deshalb gemeinsam mit den Partnerländern und internationalen Organisationen konsequent für die Durchsetzung von Maßnahmen einer entwicklungsori-

entierten Drogenpolitik ein. Ziel ist es, die Drogenproduzenten bei der Verwirklichung alternativer sozialer und ökonomischer Lebensperspektiven zu unterstützen, damit diese langfristig ihre ökonomische Abhängigkeit vom Drogenanbau reduzieren können. Maßnahmen werden erst nach einer sorgfältigen Akteursanalyse ergriffen, um bestehende Konflikte nicht noch weiter zu schüren oder gar neue Konflikte zu schaffen. Zudem werden – vielfach im Zusammenspiel mit der Prävention von HIV-Übertragungen – Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs in betroffenen Partnerländern unterstützt.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) fördert hierzu seit Anfang der 80er Jahre Projekte der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit mit Partnerländern in Asien und Lateinamerika sowie mit internationalen Institutionen wie der UNODC. Das BMZ wird beraten durch das Sektorvorhaben „Entwicklungsorientierte Drogenpolitik – EOD“, das von der GTZ durchgeführt wird.

Bei der entwicklungsorientierten Drogenpolitik verfolgt die Bundesregierung den Ansatz der so genannten Alternativen Entwicklung. Für die Drogenanbaugelände in Ländern wie Kolumbien, Peru, Afghanistan oder auch Laos ist dieser Entwicklungsansatz sehr eng mit Instrumenten der ländlichen Entwicklung, Konfliktminderung und der Förderung partizipativer und rechtsstaatlicher Strukturen verknüpft. Armutsminderung, Ernährungssicherung, lokale und regionale Wirtschaftsförderung sowie der Aufbau von dezentralen Entscheidungsstrukturen und die Stärkung friedensfördernder Akteure stehen dabei im Mittelpunkt. Alternative Entwicklung zielt auf die wirtschaftliche, politische und soziale Entwicklung der betroffenen Regionen. Zu den Maßnahmen gehören die Förderung der Landwirtschaft, der Verkehrsinfrastruktur, die Stärkung von Bauernorganisationen, die Verrechtlichung von Landbesitz, die Verbesserung staatlicher Dienste in Bereich Gesundheit und Bildung und die Integration dieser entwicklungsfördernden Maßnahmen in die nationalen Antidrogenpolitiken.

Dabei ist Deutschland in einer Reihe von Ländern aktiv:

- Afghanistan: Eingedenk der dortigen multikausalen Drogenproblematik gewinnt entwicklungsorientierte Drogenkontrolle weiter an Bedeutung. Dies berücksichtigen die von der Bundesregierung geförderten Programme und Projekte als Querschnittsthema. So trägt Deutschland z. B. mit den von der GTZ durchgeführten Projekten im Norden und Nordosten des Landes (2002–2009: rund 56 Mio. Euro vom BMZ und BMVg) zur nachhaltigen Entwicklung bei. Die Mittel fließen in Bereiche wie ländliche Entwicklung, Wirtschaftsförderung, Ernährungssicherung, entwicklungsorientierte Not- und Übergangshilfe und Regionalentwicklung. Die Vorhaben leisten zudem einen Beitrag zur Schaffung zivilgesellschaftlicher Strukturen auf der Dorf- und Gemeindeebene, stärken die administrativen und politischen Strukturen auf Provinzebene und fördern Einkommen schaffende Maßnahmen.
- Bolivien: Die Zusammenarbeit findet im Rahmen des neuen nationalen bolivianischen Entwicklungsplanes statt. Sie ist primär auf Armutsbekämpfung, Förderung von partizipativen Strukturen, nachhaltige landwirtschaftliche Entwicklung und ausgewogene Ressourcennutzung ausgerichtet. 2008 konnte wieder ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden, Menschen aus marginalisierten und strukturschwachen Regionen Alternativen zu einer Abwanderung in Kokaanbauregionen aufzuzeigen.
- Peru: 2009 wird eine zweite Phase des Projektes „Alternative Entwicklung in Tocache-Uchiza“ starten (10 Mio. Euro). Der Erfolg der ersten Phase dieses Projektes basierte auf einem komplementären Ansatz von Formalisierung der Bodenbesitzverhältnisse (Landtitel), nachfrageorientierter Einführung technischer und organisatorischer Standards für den Aufbau von Familienbetrieben und einer Nicht-Konditionierung dieser Leistungen (losgelöst von Eradikationsmaßnahmen). Dieser Ansatz wird nun auf weitere Kokaanbauregionen übertragen.

- Kolumbien: Es werden Maßnahmen gefördert, die mittelbar zur entwicklungsorientierten Drogenkontrolle beitragen. Dazu gehört das „Forstentwicklungsprogramm Rio Magdalena“, welches von der Kfw Entwicklungsbank durchgeführt wird. Mit einem Finanzrahmen von 8,1 Mio. Euro befindet es sich mittlerweile in der zweiten Phase und unterstützt unter ökologischen Gesichtspunkten die nachhaltige Kleinindustrie im Holzsektor als Alternative zum Kokaanbau. Das Projekt wurde weiterhin um eine Komponente zur nachhaltigen Produktion und Weiterverarbeitung von Kaffee ergänzt (13,8 Mio. Euro). Im Rahmen des Programms „Friedensentwicklung durch Stärkung der Zusammenarbeit von Staat und Zivilgesellschaft“ der GTZ beteiligt sich Deutschland mit insgesamt 20 Mio. Euro an der Umsetzung regionaler Friedens- und Entwicklungsprogramme und unterstützt insbesondere die regionale und kommunale Ebene (staatliche und nichtstaatliche Akteure) bei der Stärkung vorhandener Friedensinitiativen, was die Förderung legaler Einkommensmöglichkeiten umschließt.

Eine nachhaltige Drogenkontrolle kann nur durch gemeinsame und koordinierte Anstrengungen aller relevanten Akteure wie Regierungen, internationale Organisationen, NGOs, traditionelle Entscheidungsträger wie auch der kleinbäuerlichen Erzeuger gelingen. Die Bundesregierung unterstützt deshalb – über Projekte der bilateralen Zusammenarbeit hinaus – die UNODC finanziell im Rahmen der Suchtprävention und -behandlung. Das BMG stellt der UNODC jährlich 600.000 Euro zur Verfügung, die nicht zweckgebunden sind.

Zusätzlich unterstützt das BMZ gemeinsam mit UNODC alternative Entwicklungsmöglichkeiten in Partnerländern. 2008 wurden Auszahlungen für laufende Projekte im Umfang von rund 500.000 Euro vorgenommen.

2008 beschlossen die EU-Mitgliedsstaaten einen neuen EU-Drogenaktionsplan (2009–2012), worin Deutschland den Ansatz der Alternativen Entwicklung mit den für die Bundesregierung wichtigen Prinzipien und Maßnahmen verankern konnte.

Das von der Bundesregierung und der EU finanzierte, von der UN-Food and Agriculture Organization koordinierte und von der GTZ durchgeführte Vorhaben zur Weiterentwicklung des Konzeptes der Alternativen Entwicklung konnte 2008 erfolgreich abgeschlossen werden. Die Ergebnisse und die daraus resultierenden Empfehlungen für einen regionalen entwicklungsorientierten Drogenkontrollansatz wurden auf europäischer und internationaler Ebene den relevanten entwicklungspolitischen Akteuren (UN, Weltbank) vorgestellt und debattiert.

Europa: South Caucasus Anti-Drug Programme (SCAD)

Georgien, Armenien und Aserbeidschan sollen im Rahmen der „Europäischen Nachbarschaftspolitik“ der EU u.a. die Standards der Drogenhilfe im Justizvollzug und damit einhergehend das System der gesundheitlichen Versorgung Gefangener sowie die Unterstützung Bediensteter vermittelt werden. Ziel ist, dass die nationalen Systeme der gesundheitlichen Versorgung zukünftig effektiver und auf den Grundlagen der in der EU entwickelten ethischen Prinzipien sowie der Erfahrungen und Erkenntnissen gestaltet werden können. Das EU-Nachbarschaftsprogramm „European Neighbourhood Policy“ besteht seit sieben Jahren und wird von dem UN-Entwicklungsprogramm mit Sitz in Tiflis (Georgien) umgesetzt. Für das Modul „Drogenhilfe“ ist die Fachhochschule Frankfurt/Main (Leitung Prof. Dr. Heino Stöver) verantwortlich. Zunächst wurden Bestandsaufnahmen der Drogenhilfesituation in den drei Ländern durchgeführt. Im Anschluss wurden Delegationen mit fünf Fachleuten aus jedem Land nach Deutschland eingeladen, um mit erfahrenen Praktikern und Praktikerinnen Entwicklungsnotwendigkeiten des Drogenhilfesystems sowohl im Vollzug als auch in Freiheit zu besprechen.

■ www.scad.ge

3.6.4 Beschluss des Deutschen Bundestages zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Juni 2008 einen Beschluss zum Bereich „Nationale und internationale Maßnahmen für einen verbesserten Kampf gegen Drogenhandel und -anbau in Entwicklungsländern“ (BT-Drucksache 16/8776) gefasst. Darin wird der Ansatz der deutschen Entwicklungspolitik bekräftigt, die die Drogenbekämpfung als integralen Bestandteil einer umfassenden und ausgewogenen Strategie ansieht, die sowohl Maßnahmen der Entwicklungshilfe als auch Maßnahmen zur Reduzierung von Angebot und Nachfrage erfasst. Er begrüßt auch die Bemühungen der EU und anderer Akteure im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Die Bundesregierung wird u. a. aufgefordert,

- im Rahmen der Entwicklungspolitik immer auch die Bekämpfung des Drogenanbaus, des Drogenhandels und der Drogenverarbeitung zu berücksichtigen,
- das Konzept der „Entwicklungsorientierten Drogenkontrolle (EOD)“ weiter zu entwickeln und bei der Umsetzung auf die nachhaltige Wirtschaftsförderung und die Förderung der „Guten Regierungsführung“ (good governance) zu achten,
- die Vernichtung von Drogenanbauflächen nur ausnahmsweise und nur zusammen mit flankierenden Maßnahmen zuzulassen,
- für Afghanistan besondere, breit angelegte Konzepte der drogenbezogenen Entwicklungsarbeit voranzubringen,
- die deutschen Vorstellungen zur EOD auf der Ebene der EU und der UN stärker einzubringen,
- sich in bestimmten Regionen (Lateinamerika/Karibik, Afghanistan) verstärkt zu engagieren,
- die EOD-Konzeption wissenschaftlich zu untermauern.

Unter Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hat am 27. Juni 2008 ein Fachgespräch zur Umsetzung des Beschlusses des Deutschen Bundestages zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit stattgefunden. Neben der Darstellung der gegenwärtigen Maßnahmen wurden insbesondere die Folgen des Beschlusses für die Entwicklungszusammenarbeit erörtert. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung wird die Umsetzung des Beschlusses des Deutschen Bundestages durch die betroffenen Ressorts der Bundesregierung koordinieren.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	FAS	Fetales Alkoholsyndrom
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit	FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	FDR	Falldatei Rauschgift
Art.	Artikel	FVS	Fachverband Sucht e. V.
AUSAID	Australian Agency for International Development	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
AWO	Arbeiterwohlfahrt	GTZ	Gesellschaft für technische Zusammenarbeit
BÄK	Bundesärztekammer	HCV	Hepatitis-C-Virus
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	HDG	Horizontale Gruppe Drogen
BKA	Bundeskriminalamt	HLS	Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
BKK	Betriebskrankenkasse	IFT	IFT Institut für Therapieforschung, München
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	IFT-Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH, Kiel
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	LWL	Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
BMI	Bundesministerium des Innern	MDFT	Multidimensionale Familientherapie
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung	Mio.	Millionen
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	MPI	Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht
BtMG	Betäubungsmittelgesetz	NADA	Nationale Anti Doping Agentur
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	NADC	NADA-Codes
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	NGO	Nichtregierungsorganisation
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	NRW	Nordrhein-Westfalen
CND	Commission on Narcotic Drugs	NZFH	Nationale Zentrum Frühe Hilfen
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	RKI	Robert Koch-Institut
DBDD	Deutsche Referenzstelle für die EBDD	RV	Gesetzliche Rentenversicherung
DFID	Department for International Development	SGB	Sozialgesetzbuch
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	UN	Vereinte Nationen
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen	UNDCP	United Nations International Drug Control Programme
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht	UNGASS	UN-Sonder-Generalversammlung
EKhd	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	UNODC	UN Office on Drugs and Crime
ENSH	European Network for Smoke-free Healthcare Services	USAID	United States Agency for International Development
EOD	Entwicklungsorientierte Drogenpolitik	WADA	World Anti Doping Agency
EU	Europäische Union	WHA	Weltgesundheitsversammlung
		WHO	Weltgesundheitsorganisation

Danksagung

Vorgestellt

Elf von Zehntausenden, die ehren- und hauptamtlich in der Drogen- und Suchthilfe tätig sind, werden vorgestellt: Sie forschen, klären auf, beraten, begleiten, behandeln und bilden Netzwerke. Beispiele von freiwilligem und beruflichem Engagement, die in kommenden Drogen- und Suchtberichten fortgesetzt werden.

- **Univ.-Doz. Dr. Pál L. Bölcskei**, IRT Institut für Raucherberatung & Tabakentwöhnung in München und Bayerisches Raucherberatungstelefon „HELPLINE“ (B 1)
- **Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Manfred V. Singer**, II. Medizinische Universitätsklinik am Universitätsklinikum der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (B 2)
- **Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske**, Fakultät „Human-/ Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bremen und Zentrum für Sozialpolitik (B 3)
- **Dr. Doris Radun**, Robert Koch Institut Berlin, Abt. für Infektionsepidemiologie (B 5)
- **Martin Gaulty**, Heroinambulanz der AWO in Karlsruhe (B 5)
- **Wolfgang Schmidt**, Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (B 6)
- **Jörg Schmitt-Kilian**, Kommissariat für verhaltens- und deliktorientierte Prävention beim Polizeipräsidium Koblenz und Jugendbuchautor (C 3)
- **Rolf Hüllinghorst**, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1990–02.2009) (D 1)
- **Rita Hornung**, Marianne von Weizsäcker Stiftung Integrationshilfe für ehemals Suchtkranke e.V. (D 3)
- **Dirk Schäffer**, Deutsche AIDS-Hilfe, Fachbereich Drogen und Strafvollzug (E 2)
- **Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen**, ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich (G 3)

Beispiele aus der Praxis

Beschrieben werden zahlreiche Beispielprojekte aus der Praxis. Projekte aus ungezählten Initiativen und Aktivitäten in den Ländern, Krankenkassen, Verbänden und Organisationen, die beispielhaft das breite Spektrum in der Drogen- und Suchthilfe darstellen.

- **DKFZ**: Frauen und Rauchen in Deutschland (B 1.2.3)
- **BKK Bundesverband**: Tabakprävention in Schulen – Projekt „Fiese Falle“ (B 1.2.7)
- **DAK**: Rauchstopp-Programm „Just be smokefree“ (B 1.3.1.1)
- **AOK Berlin**: Rauchfreie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (B 1.3.2)
- **AOK Rheinland/Hamburg**: „Rauchfreie Krankenhäuser“ (B 1.3.3)
- **AOK Bayern**: Kursangebot „Freier leben ohne Qualm“ (B 1.3.5)
- **DAK**: Rauchstopp im Internet (B 1.3.5)
- **Niedersachsen, Bayern**: „HaLT“ vor Ort (B 2.2.2)

- **Bremen**: Projekt „Pro Meile“ (B 2.2.6)
- **Rheinland-Pfalz**: Kampagne „Mach dir nix vor“ (B 2.2.6)
- **DAK**: „Aktion Glasklar“ (B 2.2.6)
- **Verbände der Alkoholwirtschaft**: Präventions- und Informationskampagnen für einen maßvollen und verantwortungsbewussten Alkoholkonsum (B 2.2.6)
- **Münster**: FAS-Ambulanz der Universitätskinderklinik (B 2.3.1)
- **Berlin**: Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder (B 2.3.1)
- **Hamburg**: Netzwerk Schwangerschaft-Kind-Sucht (B 2.3.1)
- **Sachsen-Anhalt**: Peer-Projekt für Fahrschulen (B 2.4.1)
- **DAK**: Doping am Arbeitsplatz (B 3.1)
- **Nordrhein-Westfalen**: Cannabis-Präventionsprogramm „Stark statt breit“ (B 4.2.2)
- **Präventionsspiel „Asphalttschungel“** (B 5.2.1)
- **Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch** (B 5.2.3)
- **Bremen**: „Helden im Netz – Ein Theaterstück über Computersucht und Identitätssuche“ (B 7.4)
- **Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe**: Berliner Mediensucht-Konferenzen (B 7.4)
- **Kassel**: Projekt „Real Life“ (B 7.4)
- **Region Osnabrück-Emsland**: Virtuelle Onlinesuchtberatung im regionalen Verbund (B 7.4)
- **Berlin/Brandenburg**: Wohngruppe Konfetti (B 7.4)
- **Schwerin**: Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessiven Mediengebrauch und -abhängigkeit (B 7.4)
- **Berlin**: Beratungsstelle „Lost in Space“ (B 7.4)
- **Köln**: Präventionsprojekt „Onlinesucht“ (B 7.4)
- **Klasse 2000**: Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule (C 1.2)
- **Schleswig-Holstein**: „KlarSicht“ (C 4)
- **AOK Bayern**: Informationsangebot „Sauba bleim“ (C 6)
- **DAK**: Wanderausstellung „Einfach menschlich“ (C 6)
- **Fachverband Sucht e.V.**: Effektivität stationärer Suchtrehabilitation (D 2.6)
- **Landschaftsverband Westfalen-Lippe**: Manual „Männlichkeiten und Sucht“ (D 4)
- **DAK**: Integrierte Versorgung – Suchthilfenetzwerk (D 4)
- **Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES**: „Profis fördern Selbsthilfe“ (E 1)
- **Europa**: Netzwerk EXASS Net (G 3.3)
- **Europa**: Schülerumfrage ESPAD (G 3.3)
- **Connect plus e.V.**: Engagement in Osteuropa (G 3.6.2)
- **Europa**: South Caucasus Anti-Drug Programme (SCAD) (G 3.6.3)

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 werden im Internet unter www.drogenbeauftragte.de veröffentlicht.