



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Drogen- und Suchtbericht

Juni 2016



Drogen- und Suchtbericht

Juni 2016

www.drogenbeauftragte.de



©Elaine Schmidt

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

der vor Ihnen liegende Drogen- und Suchtbericht 2016 ist der dritte, den ich seit meinem Amtsantritt vorstellen darf. Ich bin stolz darauf, dass es uns gelungen ist, diesen inzwischen zu einem Standardwerk gereiften Bericht in moderner, komprimierter und kurzweiliger Form präsentieren zu können. Wir hatten uns 2014 vorgenommen, das Layout schrittweise zu verbessern. Jetzt kann ich sagen: Aller guten Dinge sind drei!

Im umfangreichen Teil A beleuchten wir die Situation in Deutschland: Wir stellen aktuelle Daten und Fakten zur Verfügung und präsentieren neueste Studien- und Projektergebnisse. In Teil B finden Sie die Schwerpunkte meiner Arbeit in dieser Legislaturperiode. Wo stehen wir?

Was haben wir bereits erreicht? Was sind unsere weiteren Ziele und Maßnahmen? Hier geben wir Ihnen die Antworten auf diese Fragen. Crystal Meth war 2015 ein Schwerpunktthema. Mit zusätzlichen Haushaltsmitteln in Höhe von einer halben Million Euro konnten wir zahlreiche Projekte initiieren, die sich mit vielfältigen Aspekten rund um die insbesondere im deutsch-tschechischen Grenzgebiet weitverbreitete Modedroge auseinandersetzen. Anlässlich der Jahrestagung zum Thema konnten wir erste konkrete Ergebnisse vorstellen.

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum 2015 bis Anfang 2016. Vom letztjährigen Schwerpunktthema leiten wir über zum Thema dieses Jahres: Computerspiel- und Internetabhängigkeit. Die Entwicklungen im Bereich der Informationstechnologie und des World Wide Web sind rasant und facettenreich. Trotz der vielen positiven Möglichkeiten dürfen die daraus resultierenden Risiken nicht vernachlässigt werden. Bereits heute sprechen wir von über einer halben Million onlinesüchtigen Menschen allein in Deutschland. Hinzu kommt eine große Zahl problematischer Nutzer. Mit zielgerichteten Präventionsangeboten gilt es mögliche Gefahren frühzeitig in den Blick zu nehmen. Im Jahr 2015 haben wir diverse wissenschaftliche Studien auf den Weg gebracht. Auf meiner diesjährigen Jahrestagung im November werden wir Ergebnisse präsentieren. Medienkompetenz bedeutet auch, das Suchtpotenzial von Informationstechnologien nicht auszublenden. Das Ziel ist die Online-Offline-Balance.

Ein wesentliches Thema der Drogen- und Suchtpolitik bleibt der Umgang mit den legalen Suchtmitteln Alkohol und Tabak. Im Jahr 2015 haben wir zahlreiche positive Ergebnisse präsentieren können. Der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols ist seit 1980 um fast drei Liter zurückgegangen. Auch jugendliches Rauschtrinken nimmt ab. Beim Tabakkonsum gibt es ebenfalls erfreuliche Entwicklungen. Nur noch 7,8 Prozent der 12- bis 17-Jährigen rauchen. Rauchen ist zunehmend out! Die zielgerichteten Maßnahmen, die sich speziell an Kinder und Jugendliche wenden, werden gut angenommen. Hier gilt es weiterzumachen.

Im Teil C des vorliegenden Berichts gehen wir auf suchstoffsübergreifende Themen ein. Hierzu gehört auch das Programm „Klasse2000“. Im Sommer 2015 konnte ich mir an einer Essener Grundschule ein Bild von der hervorragenden Arbeit dieses Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramms machen. Lebenskompetenzprogramme wie „Klasse2000“ sind enorm wichtig und erfolgreich. Wenn sich Kinder frühzeitig mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen, hilft das nachweislich, späterem Suchtmittelmissbrauch vorzubeugen.

Im Teil D des Berichts stellen wir die Gesetzesregelungen und Rahmenbedingungen vor. Obwohl auch dank gesetzlicher Vorschriften nur noch etwa jeder Vierte zur Zigarette greift, sterben immer noch jedes Jahr rund 120.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des Rauchens. Neue Entwicklungen wie etwa das verbreitete Aufkommen vermeintlich harmloser E-Zigaretten und E-Shishas haben wir daher besonders im Blick. Gerade die bunten und peppigen Geräte könnten den vielversprechenden Trend zum Rauchverzicht umkehren. Auf meine Initiative hin haben wir daher im Jahr 2015 eine Reform des Jugendschutzgesetzes angepackt und E-Zigaretten und E-Shishas sowohl mit als auch ohne Nikotin zum 1. April dieses Jahres für Minderjährige verboten. Sie wurden somit den anderen Tabakprodukten gleichgestellt. Drogen machen nicht vor Ländergrenzen halt. Das zeigt sich beispielhaft an den immer neuen Psychoaktiven Stoffen, die als vermeintlich erlaubte „Legal Highs“ meist aus asiatischen Drogenküchen ihren Weg nach Europa und auf den deutschen Markt finden. Diese als Kräutermischungen oder Badesalze getarnten synthetischen Drogen sind hochgefährlich. Im vergangenen Jahr hat das Bundeskriminalamt 39 Todesfälle im Zusammenhang mit solchen Stoffen festgestellt. Wir haben engagiert gearbeitet und einen Gesetzentwurf zum vollständigen Verbot dieser Substanzen vorgelegt. Das Bundeskabinett hat diesen am 4. Mai 2016 verabschiedet.

Der Teil E des Berichts befasst sich mit der europäischen und internationalen Drogenpolitik. Hier hatten wir 2015 eine Reihe von Themen – von der Umsetzung der europäischen Tabakprodukttrichtlinie bis zur Vorbereitung

auf die Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zum internationalen Welt drogenproblem, die im April 2016 in New York stattfand. In der internationalen Entwicklungszusammenarbeit setzen wir auf Alternative Entwicklungen in den drogenanbauenden Ländern.

Moderne Drogen- und Suchtpolitik muss aufklären, informieren und zum Nachdenken anregen. Dies haben wir 2015 mit einer breiten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Auf Lesungen haben wir über Alkohol, Tabak und illegale Drogen diskutiert, bei einem internationalen Fußballturnier mit ehemaligen Drogenabhängigen um einen von mir gestifteten Sonderpokal gekickt und am Tag der offenen Tür mit zahlreichen Prominenten – von Eric Stehfest bis Ingo Insterburg – im Gesundheitsministerium über die Vorzüge eines suchtfreien Lebens gesprochen. Unsere Podcast-Reihe „HiLights“ haben wir ebenso weitergeführt wie die Rubrik „Projekt des Monats“ auf unserer Internetseite. Hier stellen wir jeden Monat einer breiten Öffentlichkeit ein innovatives Suchtprojekt vor. Wie vielfältig die Drogen- und Suchtpolitik insgesamt ist, macht ein Blick in den Anhang des vorliegenden Berichts deutlich, den wir online auf unserer Webseite zur Verfügung stellen. Er enthält eine Auswahl aktueller Projekte aus den Bundesländern, aus Vereinen und Verbänden. Projekte, die 2015 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert oder von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegeben wurden, haben wir in den vorliegenden gedruckten Bericht aufgenommen, ebenso Projekte, die unter meiner Schirmherrschaft standen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß und eine informative und anregende Lektüre!

Marlene Mortler

Inhaltsverzeichnis

VORWORT02

A	Suchtstoffe und Suchtformen	06
1	ALKOHOL	09
1	Situation in Deutschland	09
2	Projekte	16
2	TABAK	31
1	Situation in Deutschland	31
2	E-Zigaretten und E-Shishas	40
3	Projekte	45
3	MEDIKAMENTE	55
1	Situation in Deutschland	55
2	Projekte	56
4	ILLEGALE DROGEN	59
1	Situation in Deutschland allgemein	59
2	Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität	65
3	Methamphetaminkonsum	66
3.1	Situation in Deutschland	66
3.2	Projekte	69
4	Cannabis	77
5	Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	81
6	Weitere illegale Substanzen	84
5	PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL	89
1	Situation in Deutschland	89
2	Projekte	92
6	COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT	99
1	Situation in Deutschland	99
2	Projekte	103

B	Schwerpunktthemen der Drogenbeauftragten	106
1	FETALES ALKOHOLSYNDROM UND FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN (FASD)	108
2	CRYSTAL METH	111
3	COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT	115
4	KINDER AUS SUCHT-BELASTETEN FAMILIEN	117
5	REDUZIERUNG DES TABAKKONSUMS	119
6	PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	121

C	Suchtstoffübergreifende Prävention, Beratung und Behandlung	128
1	PRÄVENTION	130
2	BERATUNG, BEHANDLUNG UND SCHADENSMINIMIERUNG	152
2.1	Aktuelle Daten in der Suchtrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	156
2.2	Förderung der Sucht-Selbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund	156
2.3	Kooperationsvereinbarung mit allen Landesjustizverwaltungen	157
2.4	Qualitätssicherung	157
2.5	Projekte	158

D	Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen	160
1	SUCHTSTOFFÜBERGREIFENDE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN	162
2	SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN	165

E	Internationales	176
1	EUROPÄISCHE DROGENPOLITIK	178
2	INTERNATIONALE DROGENPOLITIK	179
3	INTERNATIONALE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	184
4	DER EUROPÄISCHE DROGENMARKTBERICHT 2016 IM ÜBERBLICK	188
	STICHWORTVERZEICHNIS	190
	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	193
	DANKSAGUNG	194
	HINWEISE/IMPRESSUM	195





Suchtstoffe und Suchtformen

Das oberste Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist es, alles zu tun, damit Sucht gar nicht erst entsteht.

1	ALKOHOL	09
2	TABAK	31
3	MEDIKAMENTE	55
4	ILLEGALE DROGEN	59
5	PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL	89
6	COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT	99

07



1

Alkohol

1 SITUATION
IN DEUTSCHLAND

Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit. In der Rangfolge der wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod liegt Alkohol nach Tabak und Bluthochdruck in Europa an dritter Position. Zu den Erkrankungen, für die ein ursächlicher Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum belegt ist, zählen u. a. Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut, Leberzirrhose, Schädigungen des Gehirns sowie einige Krebserkrankungen, vor allem Tumoren im Mund- und Rachenraum, aber auch Speiseröhren-, Darm-, Brust- und Leberkrebs. Alkohol kann zur Abhängigkeit führen, zudem steigt unter Alkoholeinfluss das Risiko für Unfälle, Verletzungen und gewalttätige Auseinandersetzungen. Während der Schwangerschaft kann mütterlicher Alkoholkonsum erhebliche Folgeschäden für das ungeborene Kind bewirken.

Alkoholkonsum

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eine Liste mit Erkrankungen und Todesursachen erstellt, die zu 100 Prozent als alkoholbedingt anzusehen sind. Im Jahr 2013 gab es laut Krankenhausdiagnosestatistik rund 395.000 stationäre Behandlungsfälle aufgrund einer dieser ausschließlich alkoholbedingten Erkrankungen, von diesen Behandlungsfällen waren knapp drei Viertel männlich. Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Personen, die aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelt wurden, um 21,5 Prozent zugenommen. Bei Männern waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) im Jahr 2013 der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt, bei Frauen lag die entsprechende Position dagegen nur auf Rang 15 der häufigsten Einzeldiagno-

sen. Nach Angaben des AOK-Fehlzeitenreports waren bei Mitgliedern der AOK im Jahr 2012 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol für 45,2 Prozent der rund 2,4 Millionen suchtbedingten Fehltagere verantwortlich.

Todesfälle durch Alkoholkonsum

Schätzungen zufolge sterben in Deutschland pro Jahr zwischen 42.000 und 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Etwa ein Viertel dieser Todesfälle ist allein auf den Alkoholkonsum, die übrigen drei Viertel sind auf den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen. Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2013 rund 15.000 Menschen an ausschließlich alkoholbedingten Krankheiten, drei Viertel der Verstorbenen waren Männer. Die Zahl der ausschließlich alkoholbedingten Sterbefälle ist nach einem deutlichen Anstieg im Zeitraum von 1980 bis 2005 in den letzten Jahren leicht rückläufig. Das durchschnittliche Sterbealter liegt bei alkoholbedingten Krankheiten mit rund 61 Jahren knapp 17 Jahre unterhalb des durchschnittlichen Sterbealters aller Verstorbenen im Jahr 2013. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums betragen rund 26,7 Milliarden Euro im Jahr, davon sind 7,4 Milliarden Euro direkte Kosten für das Gesundheitssystem.

Datengrundlagen

In Deutschland stellen der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) des Instituts für Therapie- und Suchtforschung (IFT) und die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) sowie die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) entsprechende Daten für die Erwachsenenbevölkerung zur Verfügung. Für das Jugendalter sind neben den regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) und die „Studie zur

»Alkohol ist keine Lösung,
sondern ein Destillat.«

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des RKI wichtige Datengrundlagen.

Alkoholkonsum bei Erwachsenen

Im Jahr 2013 belief sich der für die Gesamtbevölkerung registrierte Pro-Kopf-Konsum auf 9,7 Liter Reinalkohol. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg stieg der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols zunächst von 3,2 Litern im Jahr 1950 auf 11,2 Liter im Jahr 1970 an. Nachdem im Jahr 1980 mit 12,9 Litern ein vorläufiger Höchstwert registriert wurde, ist der Pro-Kopf-Konsum seither langsam bis auf den heutigen Stand gesunken. Die Rückgänge im Reinalkoholverbrauch sind dabei insbesondere auf einen gesunkenen Bierkonsum zurückzuführen, der seit 1990 um rund ein Viertel zurückgegangen ist.

Entwicklung des Alkoholkonsums seit 1980

Der ESA wird bereits seit 1980 regelmäßig durchgeführt. Für den Zeitraum von 1995 bis 2012 können Aussagen über die zeitliche Entwicklung des Alkoholkonsums in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung getroffen werden. Bezogen auf das Trinkverhalten in den letzten 30 Tagen ist der Anteil von Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum bei Männern von 26,8 auf 16 Prozent und bei Frauen von 15,3 auf 13,9 Prozent gesunken.

Epidemiologischer Suchtsurvey

Im Rahmen des ESA 2012 wurde bei rund 9.000 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren mittels eines getränkespezifischen Frequenz-Menge-Index der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sowie in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung erfasst. Anhand der Angaben zur Häufigkeit und Menge des Konsums alkoholischer Getränke kann die Gesamtmenge reinen Alkohols bestimmt und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnet werden. Vor dem Hintergrund von Grenzwerten, die auf Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) beruhen, lassen sich abstinenten Personen von Personen mit risikoarmem Konsum (Männer: > 0–24 g, Frauen: > 0–12 g) und riskantem Konsum (Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g) unterscheiden.

Alters- und Geschlechtsunterschiede

Fast jeder 18- bis 64-jährige Erwachsene in Deutsch-

land trinkt zumindest gelegentlich Alkohol, lebenslang abstinent sind den Ergebnissen des ESA 2012 zufolge lediglich 3,6 Prozent der Bevölkerung. Rund drei Viertel der Erwachsenen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Etwa jeder siebte Erwachsene konsumiert Alkohol in gesundheitsriskanten Mengen. Riskanter Alkoholkonsum ist bei Männern mit 15,6 Prozent stärker verbreitet als bei Frauen (12,8 Prozent). Während bei Männern keine auffälligen Altersunterschiede festzustellen sind, nimmt der Anteil der Frauen mit riskantem Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter ab, wobei die niedrigste Prävalenz bereits in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen zu verzeichnen ist.

Rauschtrinken

Der exzessive Alkoholkonsum bei einer Gelegenheit wird als Rauschtrinken bezeichnet (engl. *binge drinking*). Im ESA wird Rauschtrinken bei Personen angenommen, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. Während der Schwellenwert für riskanten Alkoholkonsum insbesondere mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen zusammenhängt, ist Rauschtrinken vor allem im Kontext von akuten Gesundheitsgefahren wie Unfällen oder Vergiftungsercheinungen zu sehen.

Auch der Anteil von Personen, die innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert haben, ist zwischen 1995 und 2012 von 33,7 auf 26,9 Prozent zurückgegangen. Zwar lässt sich dieser Trend sowohl für Männer als auch für Frauen bestätigen, allerdings sind deutliche Altersunterschiede festzustellen. Während die Prävalenz des Rauschtrinkens in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen deutlich gesunken ist, hat sie sich bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren signifikant erhöht. Zwar nimmt die Prävalenz des Rauschtrinkens bei jungen Männern seit 2006 wieder ab, doch die Trendergebnisse aus dem ESA unterstreichen die Notwendigkeit für gezielte Präventionsmaßnahmen vor allem bei jungen Erwachsenen.

Alters- und Geschlechtsunterschiede treten im Hinblick auf die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens zutage. Mit 46,7 Prozent hat nahezu jeder zweite Mann innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal fünf

oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag zu sich genommen. Bei Frauen liegt der entsprechende Anteil mit 22 Prozent deutlich niedriger. Während fast sechs von zehn jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 20 Jahren Rauschtrinken praktizieren, sind es in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen lediglich 23 Prozent. Die berichteten Alters- und Geschlechtsunterschiede im riskanten Alkoholkonsum und Rauschtrinken – mit höheren Prävalenzen bei Männern und jungen Erwachsenen – werden durch die Ergebnisse der RKI-Studien GEDA und DEGS weitestgehend bestätigt. Aufgrund unterschiedlicher Betrachtungszeiträume und Definitionen ist eine direkte Vergleichbarkeit der Befunde jedoch nicht möglich.

Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter

Jugendliche müssen lernen, mit Alkohol verantwortungsvoll umzugehen. Heranwachsende sind nicht nur aufgrund ihrer Unerfahrenheit gefährdet, sondern auch wegen der erhöhten Vulnerabilität ihres noch nicht ausgereiften Organismus: Alkohol als starkes Zellgift kann gerade bei ihnen gravierende gesundheitliche Schäden anrichten. Daher sollten sowohl der regelmäßige als auch der episodisch exzessive Alkoholkonsum im Jugendalter vermieden werden.

Der von der BZgA im Jahr 2014 durchgeführte Alkoholsurvey liefert aktuelle Zahlen zur Verbreitung und Intensität des Alkoholkonsums bei Jugendlichen im

Alter von 12 bis 17 Jahren in Deutschland. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 38,3 Prozent der Mädchen und 36,5 Prozent der Jungen Alkohol getrunken. Dabei zeichnet sich ein deutlicher Einfluss des Lebensalters ab: Während weniger als jeder vierte Jugendliche im Alter von 12 bis 15 Jahren in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken hat, gilt dies für 70,8 Prozent der 16- bis 17-jährigen Mädchen und 67,5 Prozent der gleichaltrigen Jungen. Ein regelmäßiger – mindestens wöchentlicher – Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten wird von 8,5 Prozent der Mädchen und 14,9 Prozent der Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren berichtet. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinken, hat sich von Mitte der 1980er-Jahre bis zum Jahr 1997 deutlich verringert. Nach einem neuerlichen Anstieg in den darauffolgenden zehn Jahren sind die Prävalenzen bis 2014 sogar unter den Ausgangswert von 1997 gesunken, wobei der stärkste Rückgang im Zeitraum von 2007 bis 2010 zu verzeichnen war.

<http://www.rki.de/gbe>

Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener

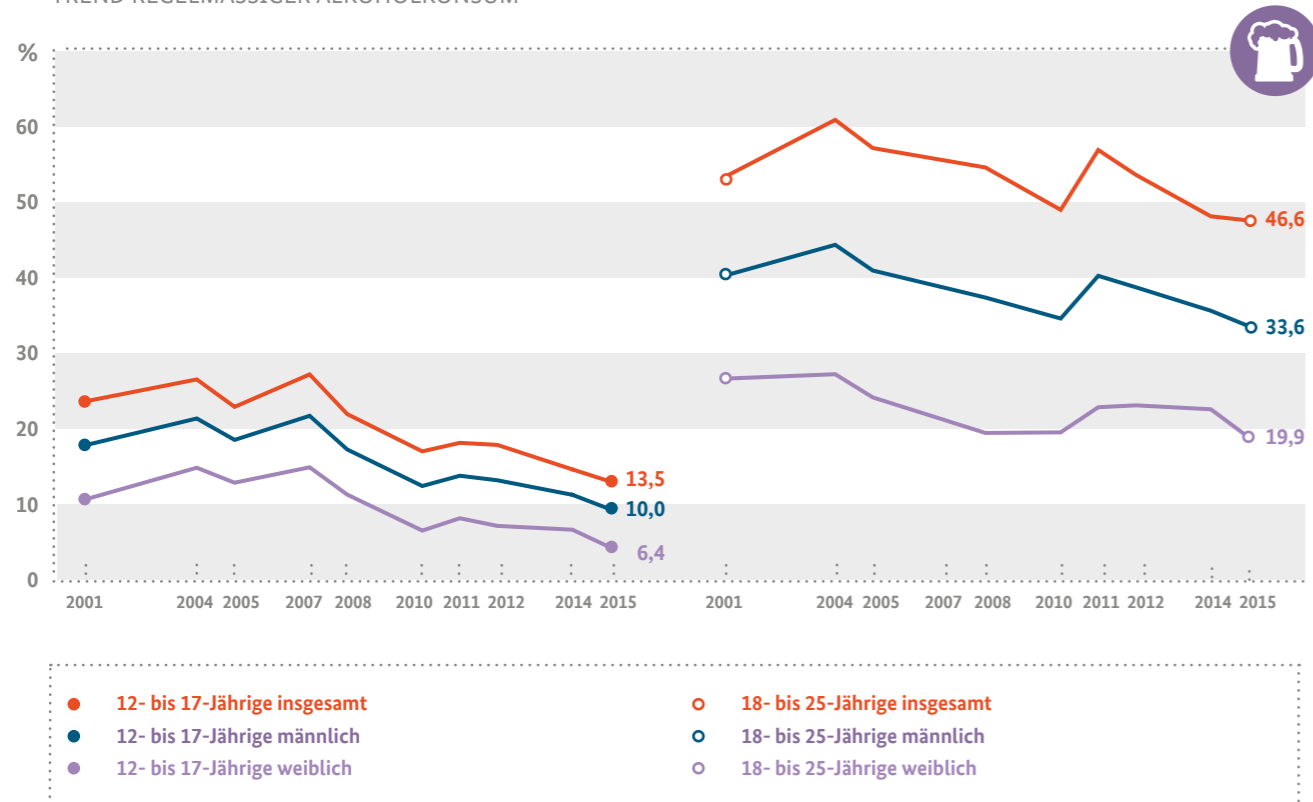
Die BZgA führt seit 1973 regelmäßig Repräsentativbefragungen zum Alkoholkonsum junger Menschen in Deutschland durch. Die aktuellen Ergebnisse beruhen auf der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2015, an der

Der Anteil von Personen, die innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert haben, ist zwischen 1995 und 2012 von 33,7 auf 26,9 Prozent zurückgegangen.

Der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols von Erwachsenen lag 1980 bei 12,9 Litern jährlich und ist bis 2013 auf 9,7 Liter zurückgegangen.



ABBILDUNG 01:
TREND REGELMÄSSIGER ALKOHOLKONSUM



Quelle: BZgA, 2016

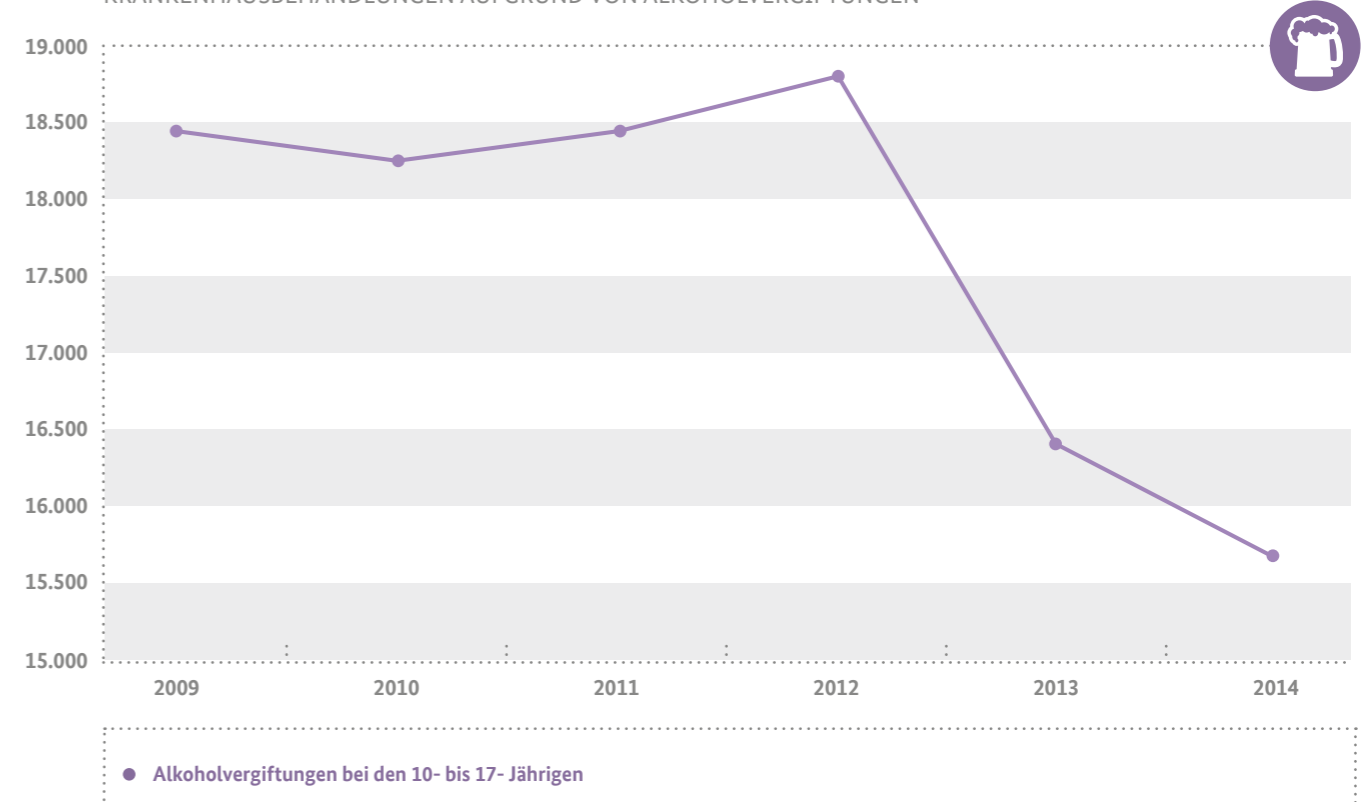
insgesamt 7.004 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren teilnahmen. In der Abbildung ist der regelmäßige Alkoholkonsum für den Zeitraum von 2001 bis 2015 dargestellt (Abb. 01). Regelmäßiger Alkoholkonsum heißt, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist der regelmäßige Alkoholkonsum im dargestellten Zeitraum zurückgegangen. Im Jahr 2015 gaben 10 Prozent der Jugendlichen an, dass sie mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken. Dabei war der Anteil bei männlichen Jugendlichen mehr als doppelt so hoch wie bei weiblichen Jugendlichen. Ein Rückgang ist im Zeitraum von 2001 bis 2015 auch bei den 18- bis 25-Jährigen zu verzeichnen. 2015 trank fast jeder zweite junge Mann (46,6 Prozent) und jede fünfte junge Frau (19,9 Prozent) regelmäßig Alkohol.

Auch die Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums ist bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren im Vergleich zu 2007 gesunken. Im Jahr 2015

betragen die entsprechenden Anteilswerte der männlichen 12- bis 17-Jährigen 3,5 Prozent (2007: 12,7 Prozent) und die der weiblichen 12- bis 17-Jährigen 4,3 Prozent (2007: 11,1 Prozent). Mit riskantem Alkoholkonsum ist hier gemeint, dass die konsumierten Alkoholmengen über den Grenzwerten liegen, die für Erwachsene als gesundheitlich riskant gelten. Auch bei den 18- bis 25-jährigen jungen Männern ist der Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen in den letzten Jahren zurückgegangen. Im Jahr 2015 tranken 15,6 Prozent der jungen Männer zu große Mengen Alkohol (2004 bis 2008 lagen die entsprechenden Anteilswerte noch bei 23 bis 24 Prozent). Von den jungen Frauen im Alter von 18 bis 25 trank 2015 ein Achtel (12,3 Prozent) gesundheitlich riskante Alkoholmengen (2004: 16,1 Prozent).

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

ABBILDUNG 02:
KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON ALKOHOLVERGIFTUNGEN



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnosestatistik

Alkohol in der Schwangerschaft und Stillzeit

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann schwerwiegende Folgen für das ungeborene Kind haben. Auch durch den Konsum geringer Mengen können Wachstumsstörungen, geistige und soziale Entwicklungsstörungen auftreten. Diese vorgeburtlich verursachten Schädigungen durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden als Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bezeichnet. In der Vollaussprägung – dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) – ist die Hirnentwicklung bei den Betroffenen so stark beeinträchtigt, dass sie ein Leben lang auf Hilfe angewiesen bleiben. Bei schwächeren Ausprägungen treten Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten auf, die eine intensive Frühförderung nötig machen, aber trotzdem lebenslange Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Weil Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit diesen gravierenden langfristigen Entwicklungsstörungen einhergehen kann, sollten werdende Mütter auf jeglichen Alkoholkonsum verzichten. Das gilt auch in der Stillzeit. Noch immer trinken in Deutschland etwa

14 Prozent der Schwangeren gelegentlich Alkohol. Die BZgA legt daher im Rahmen ihrer Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ bewusst einen Schwerpunkt auf die

FAST JEDER FÜNFTE BUNDESBÜRGER

18,0%

HÄLT ES FÜR VERTRETBAR, DASS SCHWANGERE AB UND ZU EIN GLAS WEIN, BIER ODER SEKT TRINKEN.

Quelle: Erhebung im Auftrag der Privaten Krankenversicherung (PKV), ermittelt im Rahmen der „Sonntagsfrage“ vom September 2015

Aufklärung von werdenden Müttern und Vätern. Um Frauen und ihre Partner darin zu unterstützen, während der Schwangerschaft und Stillzeit konsequent alkoholfrei zu leben, hat die BZgA ein umfassendes Informations- und Hilfsangebot entwickelt:

Die Broschüre „Andere Umstände – neue Verantwortung“ bietet umfassende Informationen zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit und unterstützt Frauen dabei, ihren Alkoholkonsum zu hinterfragen und einzustellen.

<http://www.bzga-k.de/aunv>

Suchtgefährdete Erwachsene mit FASD

Insgesamt ist für Deutschland von ca. 1,5 Millionen Menschen auszugehen, die von FASD betroffen sind. Somit wäre fetale Alkoholexposition eine der häufigsten Ursachen für angeborene Erkrankungen.

Für Jugendliche und Erwachsene mit FASD bestehen eine Reihe spezifischer Risikofaktoren, die die Gefahr erhöhen, dass sie eine Suchtstörung entwickeln:

- Geburt in Familien mit riskantem Konsum/Suchtbelastung
- Mangelförderung durch Verbleib in suchtblasteten Herkunftsfamilien

- epigenetische Faktoren
- Schlafstörungen, Spannungs- und Erregungszustände
- psychische Störungen (komorbide und sekundäre Störungen)
- Suggestibilität verführt in besonderer Weise zum Mittrinken in Peergroups
- Veränderungen des Stress- und Belohnungssystems
- „physiologische Programmierung“ z. T. bereits auf den Geruch von Alkohol

Menschen mit FASD gehören damit zu den Risikogruppen, bei denen durch die oben genannten Faktoren schneller pathologische Konsummuster entstehen können.

Für die Kinder und Jugendlichen konnten in Deutschland durch eine diagnostische Leitlinie Verbesserungen der Versorgung erreicht werden. Für Erwachsene sieht die Lage jedoch aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades in den Helfefeldern sowie aufgrund der Unterdiagnostik bisher deutlich ungünstiger aus. Noch wenig bekannt ist zudem, dass ein substanzieller Teil der FASD-Betroffenen eine Suchtproblematik entwickelt (29 Prozent der 12- bis 20-Jährigen und 46 Prozent der Erwachsenen). Der Anteil von Menschen mit FASD an der Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen könnte damit – bislang meist unerkannt – im zweistelligen Bereich liegen.



- Der Flyer „Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner“ fasst die wichtigsten Fakten zusammen:

<http://www.bzga-k.de/asup>

- Ergänzt werden diese Medien durch Informationen auf der Internetseite der BZgA unter:

<http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit/>

- Allgemeine Informationen der BZgA rund um Schwangerschaft und Geburt finden Sie auf:

<http://www.familienplanung.de>



VORGESTELLT:

Sophie Schütt

SCHAUSPIELERIN

Die Schauspielerin Sophie Schütt unterstützt das FASD-Präventionsprojekt der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) „Schwanger? Mein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!“. Das Thema „Schwangerschaft und Alkoholverzicht“ ist ihr eine Herzensangelegenheit.

Jede Frau ist Mutter – vom ersten Moment der Empfängnis an. Und von diesem ersten entscheidenden Moment an trägt sie Sorge für ihr Baby. Dieses Bewusstsein zu schaffen, ist entscheidend, und darum schätze ich die Kampagne „Schwanger? Mein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!“ der ÄGGF sehr.

Seit ich selber Mama geworden bin, weiß ich, wie glücklich es macht, ein gesundes Baby auf die Welt zu bringen. Alkohol schadet der Gesundheit des ungeborenen Kindes, und deswegen ist es wichtig, KEINEN Alkohol in der Schwangerschaft zu trinken! Und deshalb ist so wichtig, dass hierüber alle, also auch schon Jugendliche, möglichst früh informiert werden. Und es ist wichtig, dass wir den schwangeren Frauen

in unserer Umgebung helfen, sie unterstützen und ihnen KEINEN Alkohol anbieten!

Ich finde es erschreckend, dass in Deutschland jedes Jahr Tausende Babys ihren ersten folgenschweren Rausch schon vor der Geburt haben. Und dass viel zu viele kleine und große Menschen ihr Leben lang an den unheilbaren Folgen leiden müssen: Jedes 70. Baby wird mit den Schäden des unheilbaren fetalen Alkoholsyndroms (FASD) geboren.

Darum wünsche ich den Ärztinnen der ÄGGF, dass sie mit ihrem FASD-Projekt in ihren schulischen und außerschulischen Ärztinneninformationsstunden viele Menschen erreichen – egal ob Frauen oder Männer und egal ob jung oder alt. Es ist Aufgabe für eine ganze Gesellschaft, sensibel mit dem Thema umzugehen. Als Schauspielerin, die viel in der Öffentlichkeit steht, ist es mir darum ein echtes Anliegen, diese Kampagne zu unterstützen: „Kein Schluck – kein Risiko!“ – man kann es eigentlich gar nicht oft genug sagen.

<http://www.aeggf.de>

2 PROJEKTE

Ergänzung der S3-Leitlinie um die Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)

In Deutschland ist das Wissen um die möglichen gravierenden Schädigungen des Ungeborenen durch Alkoholexposition im Mutterleib nicht ausreichend verbreitet und verinnerlicht. Laut GEDA-Studie zeigen ca. 20 Prozent der schwangeren Frauen einen moderaten und ca. 8 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum. 12 Prozent der Schwangeren gaben an, Rauschtrinken (≥ 5 Getränke pro Gelegenheit) seltener als einmal pro Monat zu betreiben, knapp 4 Prozent betreiben es jeden Monat und 0,1 Prozent mindestens einmal pro Woche.

Eine für das ungeborene Kind ungefährliche Menge an Alkoholfuhr kann nicht bestimmt werden. Schätzungen aus aufsuchenden Studien in Italien gehen von einer Prävalenz der FASD von mehr als 2 Prozent aller Kinder aus. In Deutschland und den USA sind die Expertenschätzungen mit ca. 1 Prozent FASD-Prävalenz etwas niedriger.

Bisher werden Menschen mit FASD häufig über lange Zeit nicht oder fehldiagnostiziert.

Eine frühe Diagnose ist jedoch wichtig, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen adäquat zu fördern und damit den Langzeit-Outcome der von FASD Betroffenen, insbesondere hinsichtlich eines selbstständigen Lebens und der Vermeidung von sekundären Erkrankungen, zu verbessern.

Die Entwicklung und Verbreitung der S3-Leitlinienkriterien für die Diagnose des Vollbildes Fetales Alkoholsyndrom (FAS) (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html) war ein erster Schritt im Hinblick auf eine frühzeitige und einheitliche Diagnose bei Kindern und Jugendlichen.

Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines evidenzbasierten, formalen Expertenkonsens über die notwendigen diagnostischen Kriterien und relevanten Empfehlungen für FASD bei Kindern und Jugendlichen. Durch einheitliche und wissenschaftlich basierte diagnostische Kriterien für FASD können Betroffene frühzeitig diagnostiziert und in ihrer Entwicklung gefördert werden, um damit auch ihr Langzeit-Outcome hinsichtlich des alltäglichen Funktionsniveaus in der Gesellschaft zu verbessern. Fehldiagnosen bei Kindern können vermieden und Pflege-, Adoptiv- und biologische Eltern frühzeitig und adäquat unterstützt werden.

Den professionellen Helfern im Gesundheits- und Sozialsystem werden mit den konsentierten Empfehlungen zur Diagnose der FASD klinisch relevante und praktisch anwendbare Hilfsmittel für den klinischen Alltag zur Verfügung gestellt. Durch die Vermittlung von Wissen zum Störungsbild FASD im professionellen Kreis wird zugleich die Grundlage dafür geschaffen, die deutsche Bevölkerung besser über Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und FASD aufzuklären.



VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren für die Behandlung der tabak- und alkoholbezogenen Störungen

Im Januar 2015 konnte mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinien „Screening, Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum“ und „Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen“ auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (www.awmf.org) der Leitlinienerstellungsprozess in seiner ersten Stufe abgeschlossen werden. Die Leitlinie, der zugehörige Methodenreport und die Evidenzbewertung der verwendeten Literatur sind verfügbar unter:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html>

Mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Behandlungsleitlinien Alkohol und Tabak sollen die Effekte einer Implementierung der beiden S3-Leitlinien in das deutsche Versorgungssystem zuverlässig messbar sein.

Im Rahmen eines strukturierten, mehrstufigen Prozesses gemäß der Vorgehensweise der Nationalen Versorgungsleitlinien zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis der beiden Leitlinientexte Qualitätsindikatoren für die Messung der Behandlungsqualität im ambulanten und stationären Setting erarbeitet.

Aus starken A-Empfehlungen der Leitlinien wurden Proto-Qualitätsindikatoren (P-QI) entwickelt und in einer online durchgeführten QUALIFY-Befragung einer Expertengruppe (AG-Leiter der Leitlinien, Vorstände suchtbezogener Fachgesellschaften) zur Abstimmung vorgelegt. Auf der Basis der Rückmeldungen erfolgten ggf. Umarbeitungen, ehe Vertreter der am Leitlinien-Konsensusprozess beteiligten Fachgesellschaften im Rahmen eines DELPHI-Verfahrens abschließend über die Annahme oder Ablehnung abstimmten.

Aus ehemals neun alkohol- und zehn tabakbezogenen P-QI wurden im DELPHI-Verfahren alle tabakbezogenen

nen P-QI als Qualitätsindikatoren durch Konsens oder starken Konsens bestätigt, des Weiteren fünf der neun alkoholbezogenen P-QI. Damit stehen für den Bereich der alkohol- und der tabakbezogenen Störungen QUALIFY-geprüfte und konsentiertere Qualitätsindikatoren zur Verfügung und ermöglichen eine Qualitätsbestimmung bei der Umsetzung zentraler Empfehlungen der neuen Leitlinien in den Behandlungsalltag.

Die Entwicklung der QI wurde mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt.

Clearinggruppe für Menschen mit FASD

Im Rahmen eines vom BMG geförderten interdisziplinären Modellprojekts wurde im Sonnenhof in Berlin-Spandau eine Clearinggruppe für Erwachsene mit FASD bzw. einer vergleichbaren Beeinträchtigung und Suchtproblematik entwickelt. Ziel des in Buchform publizierten Projekts (Becker, G., Hennicke, K. und Klein, M. (Hrsg.) (2015): Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin: De Gruyter. [ISBN 978-3-11-042511-6]) ist es u. a., Hinweise für die Fachöffentlichkeit der Suchthilfe zu geben, damit bestehende suchtherapeutische Angebote auch auf Menschen mit FASD zugeschnitten werden können. Dies ist wichtig, weil die gut erscheinenden sprachlichen Fähigkeiten der Betroffenen zu überfordernden Angeboten in der Suchtberatung und -therapie verführen und damit zu Abbrüchen beitragen. Ein weiteres Ziel des Projekts ist die Förderung der Teilhabe an den Angeboten der Suchthilfe für Erwachsene mit FASD. Das Projekt hilft bei der Entwicklung von „maßgeschneiderten Bausteinen“, die den Zugang zur Regelversorgung behinderungsgerecht ergänzen. Im Rahmen der Vordiagnostik und der ersten Gruppensitzungen werden personalisierte Ressourcenkarten und Flyer erarbeitet, die in den Folgeeinrichtungen der Suchthilfe helfen können, sich auf Menschen mit FASD einzustellen.

Das innovative Vorgehen des Modellprojekts besteht in der Entwicklung multimodaler Zugänge, die anhand der im Rahmen der Eingangsdiagnostik erstellten

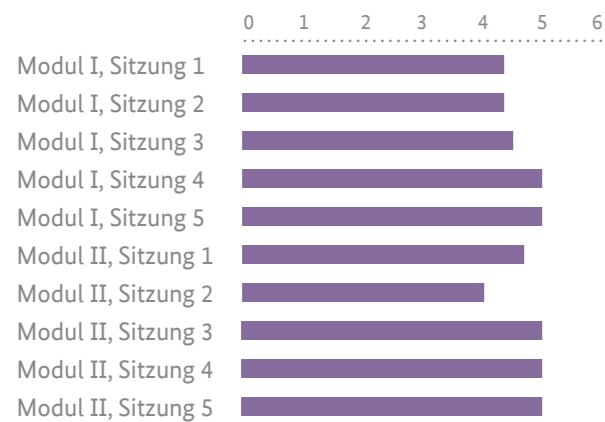
Funktionsprofile mit den Einzelnen erarbeitet werden. Verarbeitungshilfen und Materialien werden auf die Funktionsprofile zugeschnitten. Bewährte Strategien und Gesprächstechniken aus Sucht- und Behindertenhilfe werden neu kombiniert und an die Fähigkeiten der Teilnehmenden angepasst.

Aufgrund des breiten Spektrums der Zielgruppe werden die Beeinträchtigungen nach Schweregraden gewichtet. Diese Schweregrade können von „High Functioning FASD“ bis in den Bereich der schweren geistigen Behinderung reichen.

Aus diesen Schweregraden ergeben sich Interventionsstrategien, die für Umsetzungen in Gruppensituationen den Einzelnen gerecht werden sollen. Dafür ist eine gute personelle Ausstattung der Clearinggruppe mit zwei Trainern erforderlich.

Die Durchführung und Nachhaltigkeit der Clearinggruppe, die auch prätherapeutische Funktionen hat, ist aufgrund der Beeinträchtigungen der Betroffenen nur durch Einbindung und Schulung von Bezugspersonen (Angehörige, Ehrenamtliche, Fachkräfte) zu gewährleisten. Teilnehmer mit schwereren Beeinträchtigungen müssen abgeholt, gebracht sowie während der Sitzungen begleitet werden. Die intensive Einbeziehung von Bezugspersonen und deren Weiterbildung zu Co-Therapeuten ist auch deshalb essenziell, da die

PROBANDENBEURTEILUNG



■ Mittelwert Zufriedenheit

Motivation zur Gruppenteilnahme und zur Suchtmittelreduktion oft von außen bestimmt und gehalten werden muss.

In einer vorläufigen Auswertung der Pilotstung zeigt sich eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer und ihrer Bezugspersonen. Gleichzeitig liegen Hinweise für mögliche Weiterentwicklungen vor, die in den nächsten Jahren erprobt und den Fachkräften der Hilfesysteme zur Verfügung gestellt werden sollen.

<http://www.fasd-fachzentrum.de/home/>
<http://www.degruyter.com/view/product/455727?rskey=ON9MrN&result=1>

Schwanger? Mein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!

In Deutschland ist das Bewusstsein dafür, dass jeder Schluck Alkohol für das Ungeborene ein Risiko bedeutet, noch nicht genügend ausgeprägt. Das BMG fördert deshalb für drei Jahre das von der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF) initiierte FASD-Präventionsprojekt „Schwanger? Mein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!“ in Schulen.

FASD sind bei konsequentem Alkoholverzicht in der Schwangerschaft zu 100 Prozent vermeidbar. Da während der Pubertät und Adoleszenz entscheidende Weichen für das spätere Verhalten gestellt werden, ist es für die Prävention von FASD entscheidend, junge Menschen schon in den Jahren vor Eintritt einer Schwangerschaft über FASD zu informieren.

Die ÄGGF-Ärztinneninformationsstunden zur Gesundheitsförderung und Prävention im Klassenverband



unter dem Motto „Informieren – Motivieren – Kompetenzen stärken“ wurden auf das Thema „Primärprävention von FASD für Jugendliche im Setting Schule“ ausgerichtet. Hierbei werden ausschließlich die 8. bis 13. Klassen an Haupt-/Mittel-, Sekundar-/Real-, Gesamt- und Berufsschulen aufgesucht. Begleitend werden auch die Lehrkräfte und Eltern der genannten Zielgruppen informiert.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung zeichnete „FASI“ im August 2014 als Projekt des Monats aus (www.ana-tomie.de). Bei FASI ging es um die Entwicklung einer naturgetreuen FASD-Puppe, mit deren Hilfe die FASD-Aufklärungsarbeit unterstützt wird.

Ziel des Projekts ist es, in der Gruppe der zukünftigen Elterngeneration ein Bewusstsein für die FASD-

typischen schwerwiegenden, lebenslangen Einschränkungen, Behinderungen und Probleme zu schaffen und Handlungskompetenz zu deren sicherer Verhinderung zu vermitteln. Gleichzeitig wird das Hinterfragen des eigenen Alkoholkonsums angeregt, um einen kritischen Umgang damit zu fördern.



Zur Förderung der Nachhaltigkeit erhalten alle Teilnehmer am Ende der Veranstaltung den im Rahmen des Projekts entwickelten Flyer „Schwanger? Mein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!“.

Zur Unterstützung der Handlungskompetenz und multiplikativen Wirkung wurden typische Situationen in Form von Bildern und FAQs sowie Handlungsempfehlungen erstellt.

Von Mai bis Dezember 2015 wurden im Rahmen des BMG-Projekts mehr als 400 Veranstaltungen für die oben beschriebenen Zielgruppen durchgeführt und ausgewertet. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten 8.348 Teilnehmer erreicht werden, davon waren 6.803 weiblich und 1.545 männlich. Die Rückmeldungen waren überaus positiv.

<http://www.aggf.de>



»ES GIBT DANN KEINE BREMSE«



© Heiko Pinkowski

VORGESTELLT:

Heiko Pinkowski

SCHAUSPIELER

Mit 17 Jahren habe ich meine ersten Erfahrungen mit Rausch, also mit Alkohol, gehabt. Später kamen auch andere Sachen hinzu. Ich bin in Krefeld groß geworden, das liegt nicht weit entfernt von der holländischen Grenze. Die „Tour nach Venlo“ stand etwa jedes zweite Wochenende auf unserem Programm. Dort haben wir Dope – also Cannabis – gekauft. Es war ja legal in Holland, und wir haben es illegal nach Deutschland eingeführt. Gott sei Dank war Cannabis nicht „meine Droge“, und so habe ich es schnell wieder sein lassen.

Wie viele andere Jugendliche habe ich dann hier und da auch andere Sachen ausprobiert. Amphetamine, Ecstasy und Ähnliches. Aber auch diese Stoffe waren zum Glück nicht so meins. Hängen geblieben bin ich schließlich am Alkohol. Er war relativ einfach zu beschaffen, war immer da und gern gesehen. Es war beinahe ein Sport bei uns, mit den Jungs, mit denen ich rumgezogen bin: Wer verträgt am meisten? Es gab viele lustige Saufspiele und Saufabende. Leider ging es dann irgendwann fließend in meinen Alltag über. Ich habe gemerkt: Mit Alkohol ging vieles leichter, Gespräche, das Kontaktknüpfen, mein Beruf als

Schauspieler. Gerade im Beruf war ich viel unterwegs und auf Anlässen, wo es fast zwangsläufig dazugehört, etwas zu trinken.

Mit 25 war ich der, der immer am längsten auf der Party war und am meisten getrunken hat. Anfangs fanden wir das noch ganz lustig und ich bin mit meiner Frau damals auch gemeinsam um die Häuser gezogen. Doch das Problem ist, es gibt dann keine Bremse.

Ich habe nach und nach immer mehr getrunken, habe angefangen, auch zu Hause zu trinken. So geriet ich immer tiefer in diese Spirale. Und am Schluss, als ich am Abend drei Flaschen Wein getrunken habe, ohne richtig betrunken gewesen zu sein, habe ich gedacht: Irgendwas ist nicht richtig. Gott sei Dank hat meine Frau die Notbremse gezogen und gesagt, dass es so nicht weitergeht. Es war eine Grenze erreicht. Sie sagte: „Du musst etwas tun!“

Ich hatte damals gar keine Sucheinsicht. Ich glaubte, es sei doch alles nur ein Spaß. Aber ich dachte, bevor sich meine Frau von mir trennt, gehe ich halt zur



Suchtberatung und hole mir meinen „Stempel“ ab, dass alles gut ist. Also bin ich zur Suchtberatungsstelle gegangen. Das Ergebnis war ernüchternd: Sie haben mich gleich dabegehalten! Sie sagten mir, ich hätte ein massives Suchtproblem und ich sei bereits schwerer Alkoholiker. Und man fragte mich, wann ich denn die Therapie beginnen könne, am besten gleich am nächsten Tag.

Ich begann dann zunächst eine sechswöchige Therapie, an deren Ende sich im Einzelfall entscheidet, ob eine weitere ambulante Therapie ausreicht oder eine stationäre erforderlich ist. Bei mir genügte die ambulante. Diese habe ich dann fast zwei Jahre lang dreimal wöchentlich besucht. Das ist jetzt fast

elf Jahre her. Und mein Motto ist heute: Man kann auch ohne Drogen glücklich sein. Es lebt sich sogar besser! Das ist die Erfahrung, die ich in den letzten zehn Jahren gemacht habe.

Heute mache ich Filme wie „Alki Alki“, weil ich glaube, dass Sucht ein relevantes Thema ist. Jeder hat in irgendeiner Form mit Süchten zu tun. Und mir hat es für mein Leben so viel Positives gebracht, als ich aufgehört habe, Alkohol zu trinken, dass ich diese Erfahrung gerne weitergeben möchte. Wir konzipieren gerade ein Serienformat, in dem wir das Thema aufgreifen werden. Die Serie soll ab 2017 im Fernsehen laufen.

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

„Null Alkohol – Voll Power“ – Alkoholpräventionskampagne für Kinder und Jugendliche

Mit der Alkoholpräventionskampagne „Null Alkohol – Voll Power“ richtet sich die BZgA seit 2012 gezielt an Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren, um sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol anzuregen. Da nach den Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes die Abgabe jeglicher Form von Alkohol an 12- bis 16-Jährige verboten ist, werden diese im Rahmen der Kampagne verstärkt als nicht Konsumierende angesprochen. „Null Alkohol – Voll Power“ informiert zum einen über alkoholbedingte Probleme und Risiken und rückt zum anderen positive Verhaltensalternativen in den Fokus.

2015 wurde mit der „Voll-Power-Schultour“ eine neue personalkommunikative Maßnahme zur Förderung und Einübung von Lebenskompetenzen entwickelt. Die „Voll-Power-Schultour“ bietet Workshops zu den Themen urbaner Tanz, Parcours, Theater, Band und

Gesang/Rap an. Hier haben die Schüler u. a. die Möglichkeit, neue Aktionsbereiche kennenzulernen, ihr Selbstvertrauen zu stärken, ihre Teamfähigkeit auszubauen und den richtigen Umgang mit Stress zu erlernen.

NULL ALKOHOL
VOLL POWER

www.null-alkohol-voll-power.de



Die „Voll-Power-Schultour“ richtet sich an Schulen, die die Alkoholprävention bereits im Vorfeld intensiv unter substanz- und wissensspezifischen Aspekten

aufgegriffen haben. Mit dieser personalkommunikativen Maßnahme können sie das Thema in eine konkrete handlungsorientierte Lebenskompetenzförderung einmünden lassen.

Das Pilotprojekt wurde 2015 erfolgreich in zwei Bundesländern getestet. Nach Auswertung des Pilotprojekts ist für 2016 eine Modellprojektphase zur bundesweiten Implementierung geplant.

<http://www.null-alkohol-voll-power.de>

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – BZgA-Kampagne für Jugendliche

Seit 2009 führt die BZgA mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) die bislang größte deutsche Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch durch: die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“. Die Kampagne richtet sich an die 16- bis 20-Jährigen und hat zum Ziel, den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern und riskante Konsummuster wie das Rauschtrinken zu reduzieren. Die bundesweite Mehrebenenkampagne umfasst massenmediale, personalkommunikative und internetbasierte Maßnahmen.

Massenmediale Kommunikation

Durch ihre starke mediale Präsenz ist „Alkohol? Kenn dein Limit.“ bei über 80 Prozent der Zielgruppe bekannt. Über 98 Prozent der Jugendlichen begrüßen, dass BZgA und PKV über die Risiken des Alkoholkonsums aufklären.

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/?sub=92>

Im Jahr 2015 wurden drei neue Plakatschichten vorgestellt, die das Thema „Freundschaft und Verantwortung“ aufgreifen. Sie zeigen positive, lebensweltnahe Situationen junger Menschen – so etwa eine Clique beim Feiern, den gemeinsamen Torjubel eines Fußballteams oder wie sich ein junges Paar küsst. Diese gemeinsamen Erlebnisse werden in der aktuell beliebten Selfie-Optik dargestellt. Mit dem Claim „Nichts kann uns trennen/stoppen/aufhalten. Außer zu viel Alkohol“ appellieren die Plakate an die Eigenverantwortung und an die Verantwortung für Freunde.

NEUER KINOSPOT
WURDE 2015 IN
508 KINOS AN
401 ORTEN GEZEIGT.

Auch ein neuer Kinospot wurde produziert, der verschiedene Situationen einer Privatparty zeigt, in denen Jugendliche ihren Freunden verantwortungsvoll zur Seite stehen. Durch die Kopfkameraperspektive wird dem Betrachter das Gefühl gegeben, selbst mitten im Partygeschehen zu sein. Der Kinospot wurde in insgesamt 508 Kinocentern an 401 Orten geschaltet. Eine Kurzfassung des Kampagnenspots war auf großen Musikfestivals wie „Rock am Ring“, „Rock im Park“, „Chiemsee Summer“, „Highfield Festival“ und „Vainstream“ zu sehen.

Sämtliche Informationsmaterialien der Kampagne – darunter der Flyer „Alkohol – Die Fakten“ und die Broschüre „LIMIT. Das Magazin“ –, das Design der Internetseite und des Facebook-Auftritts wurden überarbeitet und an die neue Motivlinie angepasst. Zudem wurden 2015 über 13.500 City-Light-Poster und Großflächenplakate in der Nähe von Bahnhöfen und Schulen geschaltet. Ambientmedien wie Sanitärplakate, Postkarten, Kinoplakate und Thekenaufsteller in Geschäften waren ebenfalls Teil der massenmedialen Streuung. Allein die Postkarten wurden über zwei Millionen Mal an Universitäten und in der Gastronomie verteilt.

Persönliche Ansprache

Im Zentrum der personalkommunikativen Aktionen steht das persönliche Gespräch mit Jugendlichen im Freizeitbereich. Insgesamt 50 geschulte Kampagnenpeers im Alter von 18 bis 24 Jahren waren 2015 deutschlandweit im Einsatz, um mit Jugendlichen auf Augenhöhe über das Thema Alkohol und seine Risiken zu sprechen und sie zu einem verantwortungsbewussten Umgang zu motivieren. In 70 Städten und auf zahlreichen Festivals und Veranstaltungen haben die Peers mit über 33.000 Jugendlichen Gespräche geführt, die im Schnitt über elf Minuten dauerten.

Schulbezogene Maßnahmen

Neben dem Freizeitbereich ist auch das Setting Schule für die Ansprache der Zielgruppe von zentraler Bedeutung. Hier war die Kampagne erneut mit ihren beliebten Mitmachangeboten, den Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (siehe Seite 24) und dem interaktiven „KlarSicht“-Mitmachparcours präsent.

Klar bleiben – feiern ohne Alkoholrausch

Im Auftrag des BMG unterstützt die BZgA seit 2015 die Durchführung des Modellprojekts „Klar bleiben – feiern ohne Alkoholrausch“. Hier verpflichteten sich zehnte Klassen, für neun Wochen auf Rauschtrinken und riskanten Alkoholkonsum zu verzichten. Halten sie diese Verpflichtung ein, haben sie die Chance auf eine Belohnung in Form von attraktiven Preisen. Die Klassen geben regelmäßig Rückmeldung darüber, in welchem Umfang sie die Verpflichtung einhalten. Den Lehrkräften wird zudem didaktisches Material zum Thema Alkohol zur Verfügung gestellt. Die Maßnahme wird 2016 erstmals in Niedersachsen und Schleswig-Holstein erprobt und durch eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit über 4.500 Schülern aus insgesamt 63 Schulen hinsichtlich ihrer Akzeptanz und Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert

<http://www.klar-bleiben.de>

Onlinekommunikation

Die Onlineaktivitäten wurden 2015 erweitert und zielgruppenspezifischer zugeschnitten. Die Website www.kenn-dein-limit.info ist das zentrale Informationsmedium der Kampagne und erzielt mit durchschnittlich 85.000 Besuchern pro Monat eine stabil hohe Reichweite. Das Portal umfasst neben detaillierten Sachinformationen auch interaktive Module wie die Alkohol-Bodymap, den Alkohol-Einheitenrechner, den Alkohol-Kalorienzähler sowie den Selbsttest „Check Your Drinking“, bei dem die Nutzer ein individuelles Feedback zu ihrem Konsumverhalten und anschließend die Möglichkeit bekommen, an dem Online-Verhaltensänderungsprogramm „Change Your Drinking“ teilzunehmen. Das Programm wird kontinuierlich evaluiert und ist wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit hin untersucht worden. Zwischen 2009 und Ende 2014 haben mehr als 5.400 Personen am Programm teilgenommen.

Über die Facebook-Fanpage mit mehr als 310.000 Likes findet der unmittelbare Austausch mit der Kampagnenzielgruppe statt. Neben aktuellen Beiträgen werden auch vier verschiedene Informationsformate regelmäßig gepostet: Die „Fun facts“ enthalten unterhaltsame Aspekte zum Thema Alkohol; die „Zahl des Tages“ vermittelt auf ansprechend visualisierte Weise solide Fakten. Halbwissen hingegen ist Gegenstand der

„Mythos“-Postings, die zum Beispiel darüber aufklären, ob Alkohol wirklich eine wärmende Wirkung hat. Der erfolgreichste Postingtyp sind die „Quotes“. Sie transportieren Informationen in Zitatform und erreichen über die Fans der Kampagne hinaus auch die Freunde sowie die Freunde der Freunde.

Der im August 2015 eingerichtete YouTube-Kanal der Kampagne beinhaltet alle Kampagnenspots. Neue Formate, etwa „Short Facts“ zu Zahlen und Daten rund um das Thema Alkohol oder „Vox pops“ mit Umfragen zu verschiedenen Aspekten des Alkoholkonsums, ergänzen das Angebot. Unter der Kategorie „Frag Dr. Limit“ beantwortet seit 2016 die imaginäre Person Dr. Limit die Fragen der Jugendlichen zu medizinischen, rechtlichen oder persönlichen Folgen des Alkoholkonsums.

Auf dem Kampagnenblog blog.kenn-dein-limit.info können Blogger zwischen 18 und 24 Jahren über alltägliche Erlebnisse und Erfahrungen rund um das Thema „verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ berichten. Zu den Bloggern gehören auch zwei Kampagnenpeers. Übergreifende Themen bearbeitet die Onlineredaktion der Kampagne, Gastautoren werden erstmals 2016 bloggen.

Kommunale Vernetzung fördern

Auch 2015 unterstützte die Kampagne wieder die Durchführung von Länderkonferenzen zu kommunalen Ansätzen der Alkoholprävention bei Jugendlichen. Damit sollen die lokale Vernetzung der vor Ort tätigen Akteure und Institutionen intensiviert und die kommunalen Strukturen der Alkoholprävention gefördert werden. So nahmen über 180 Personen an der Länderkonferenz in Mecklenburg-Vorpommern mit dem Titel „Kommunale Alkohol- und Gewaltprävention in Mecklenburg-Vorpommern stärken“ teil. In Rheinland-Pfalz wurde die Länderkonferenz in Kooperation mit der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) ausgerichtet. Rund 80 Besucher diskutierten auf der Fachtagung „Kommunale Alkoholprävention in Rheinland-Pfalz stärken“.

Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch – GigA

Ziel des Modellprojekts „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (GigA) ist es, die Zusammenarbeit von Suchtberatung,

Jugendhilfe, Ordnungsämtern, Polizei und anderen Akteuren in der Kommune zu fördern.

Die bundesweite Transferphase des Projekts konnte seit 2015 in Kreisen und Kommunen in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg eingeleitet werden. Schwerpunkt der Projektfortführung sind Schulungen von Akteuren vor Ort, in denen vor allem die Voraussetzungen für eine gelingende Netzwerkarbeit vermittelt werden.

<http://www.gemeinsaminitiativ.de>

<http://www.kenn-dein-limit.info>

<http://www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit>

<http://blog.kenn-dein-limit.info>

<http://www.youtube.com/channel/UCNd3Yr0ait1YGD-0zOQD6h0Q/>

Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Im Jahr 2015 wurden mit Unterstützung des PKV-Verbandes in 14 Städten und Landkreisen erneut die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ durchgeführt und auf diesem Weg 10.744 Personen erreicht, davon 10.062 Schüler und 682 Lehrkräfte.

Themenbezogene Spielfilme für junge Leute, interessante Mitmachaktionen und jugendgerechte Medien machen die Jugendfilmtage zu einer attraktiven

Kinoveranstaltung. Ziel der Jugendfilmtage ist es, Schüler zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum anzuregen. Berücksichtigt werden hierbei auch neue Entwicklungen und Konsumformen, so etwa der Konsum von E-Zigaretten und E-Shishas. Die Lehrer der teilnehmenden Schulklassen werden vor der Veranstaltung in einem Workshop oder im Rahmen eines „Lehrkräfte-Service“ vorbereitet, damit sie die Themen im Unterricht entsprechend vor- und nachbereiten können. Für den themenbezogenen Austausch während der zweitägigen Veranstaltungen werden in den Kinos zudem „Lehrkräfte-Cafés“ angeboten.

Die BZgA entwickelte in Kooperation mit den Länderkoordinatoren für Suchtprävention sowie den kommunalen Akteuren ein Verstärkungskonzept für die Jugendfilmtage. Für die Pretest- und Erprobungsphase wurden ein praxisorientierter Leitfaden mit Vorlagen, Planungs- und Checklisten sowie ein Set mobiler Mitmachaktionen entwickelt, das von regionalen Akteuren eingesetzt werden kann. Ein erster Pretest des Konzeptes für verselbstständigte Jugendfilmtage wurde im Jahr 2015 erfolgreich in Offenbach durchgeführt, an dem 1.100 Schüler und 25 Lehrkräfte aus 15 Schulen in Stadt und Kreis Offenbach teilnahmen.

<http://www.rauch-frei.info/aktiv-dabei/jugendfilmtage.html>



„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – BZgA-Kampagne für Erwachsene

Die Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ informiert über die Gesundheitsschädlichkeit und das Suchtpotenzial von Alkohol und zeigt Verhaltensalternativen auf. Hierbei wendet sie sich besonders an Eltern und Schwangere.

Eltern steht seit November 2015 eine E-Mail-Beratung zur Verfügung, die sie bei der Begleitung ihrer alkoholkonsumierenden Kinder unterstützt. Eltern können sich hier per E-Mail an die BZgA wenden, wenn Unsicherheiten und Fragen zum Thema „Alkoholkonsum bei den eigenen Kindern“ bestehen. Das Angebot baut auf den Ergebnissen des BMG-geförderten Modellprojekts ELSA („Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“) auf.

Das Maßnahmenpaket für Schwangere und deren Partner wurde 2015 um ein weiteres zentrales Medium ergänzt: In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte e. V., der Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe und dem Deutschen Hebammenverband e. V. hat die BZgA das Praxismodul „Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft“ zur Beratung Schwangerer herausgegeben. Der modular aufgebaute Leitfaden richtet sich an Gynäkologen und Hebammen, da diese die Schwangeren und deren Partner über eine lange Zeit begleiten und als Experten für alle Themen rund um Schwangerschaft und Geburt die primären Ansprechpersonen sind.

Gerade Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftsbetreuung bieten einen vertraulichen Rahmen, in dem das sensible Thema „Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“ angesprochen werden kann.

Zudem wurden Schwangere 2015 erstmals gezielt über Anzeigen in Printmedien angesprochen und so für den Alkoholverzicht während der Schwangerschaft sensibilisiert

Internet und Twitter

Eine zentrale Rolle als Informationsquelle spielt der Internetauftritt www.kenn-dein-limit.de, der wissenschaftlich fundierte Informationen bereithält. 2015



wurde zudem verstärkt Twitter für die Kommunikation von Inhalten genutzt. Eine steigende Zahl von Followern zeigt das Interesse der Bevölkerung, auf diesem Weg zum Thema Alkoholprävention angesprochen zu werden.

Telefonaktionen

Auch die Telefonaktionen in Kooperation mit regionalen Tageszeitungen haben sich für die Ansprache der Allgemeinbevölkerung bewährt und etabliert. Die Leser erhalten hierbei die Möglichkeit, ihre Fragen zum Thema Alkohol telefonisch vom BZgA-Beratungsteam beantworten zu lassen. Mit über 28 Telefonaktionen und einer Gesamtauflagenhöhe von knapp fünf Millionen Zeitungsexemplaren, in denen über die Aktionen berichtet wurde, konnte erneut eine breite Leserschaft erreicht werden.

<http://www.kenn-dein-limit.de>

Alkoholfrei Sport genießen

Als Ergänzung zu den Angeboten rund um das Thema „Frühe Suchtvorbereitung“ unter dem Motto „Kinder stark machen“ kooperiert die BZgA mit den Sportverbänden auch im Bereich Alkoholprävention. Sportvereine in ganz Deutschland sind aufgerufen, ein Wochenende oder eine Sportveranstaltung unter das Motto „Alkoholfrei Sport genießen“ zu stellen und dabei auf den Ausschank und den Konsum von Alkohol zu verzichten. Ziel ist es, das Thema Alkoholprävention zu einem festen Bestandteil des Vereinslebens zu machen.

Hierzu zählen auch die unbedingte Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen, eine verantwortungsvolle Preisgestaltung in Bezug auf alkoholfreie Getränke sowie eine ausgewogene Produktauswahl, bei der Alkoholika nicht den Schwerpunkt darstellen.

Bis Ende 2015 fanden rund 5.500 Vereinsaktivitäten dazu statt. 2016 wird die Aktion gemeinsam mit den Dachverbänden des Sports fortgeführt und verstärkt.

<http://www.alkoholfrei-sport-geniessen.de>

PROJEKTE UNTER DER SCHIRMHERRSCHAFT DER DROGENBEAUFTRAGTEN



Aktionswoche Alkohol 2015 „Alkohol? Weniger ist besser!“

Vom 13. bis 21. Juni 2015 fand die fünfte Aktionswoche Alkohol statt. An den über 1.200 Veranstaltungen in ganz Deutschland nahmen erneut Tausende Engagierte teil: Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Fachleute von Beratungsstellen, Fachkliniken und aus der Suchtprävention, Ärzte, Apotheker, Hochschulen und Menschen, die in Vereinen und in Kirchen aktiv sind. 2015 erweiterte sich zudem der Kreis der Kooperationspartner auf nationaler und internationaler Ebene – und damit auch die Reichweite der Botschaft „Alkohol? Weniger ist besser!“. Da im Jahr 2015 die Prävention am Arbeitsplatz und die Verkehrssicherheit stärker ins Blickfeld gerückt sind, kamen zwei Botschaften hinzu: „Alkohol? Nicht am Arbeitsplatz!“ und „Alkohol? Nicht im Straßenverkehr!“.

Die DHS unterstützte erneut federführend die Veranstalter in den Regionen, indem sie den organisatorischen Rahmen der Veranstaltungen setzte und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellte. Schirmherrin der Aktionswoche war die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

<http://www.aktionswoche-alkohol.de>

<http://www.facebook.com/aktionswochealkohol>

ALKOHOL? WENIGER IST BESSER!

Hackedicht – Schultour der Knappschaft

Die „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“ war auch im fünften Jahr auf nachhaltigem Erfolgskurs. 2015 übernahm zudem die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Schirmherrschaft für das Alkoholpräventionsprojekt. Gemeinsam besuchten die Krankenkasse Knappschaft und der Deutsche Kinderschutzbund Bundesverband e. V. (DKSB) 15 Schulen in ganz Deutschland. Etwa 4.500 Schüler wurden stark gemacht, Nein zum Alkoholmissbrauch zu sagen.

Um die Nachhaltigkeit im Rahmen des Projekts zu verstärken, gibt es seit Neuestem vier interaktive Geschichten, durch die sich die Jugendlichen scrollen können. Bei den Geschichten im Comicstil können die Nutzer erleben, wie ein Abend mit unterschiedlich starkem Alkoholkonsum verlaufen und enden kann. In jeder Geschichte gibt es einen „Point of no Return“, ab dem – wie im richtigen Leben auch – kein Zurück mehr möglich ist.

<http://www.hackedicht-tour.de>

IM RAHMEN DER FÜNFTEN AKTIONSWOCHE ALKOHOL VOM 13.– 21. JUNI 2015 FANDEN IN GANZ DEUTSCHLAND ÜBER **1.200** REGISTRIERTE VERANSTALTUNGEN STATT.



»Glaube an das was du tust, verleugne dich nicht und bleibe selbstkritisch!«

VORGESTELLT: Eisi Gulp SCHAUSPIELER

Ich setze mich nunmehr seit fünf Jahren für das bundesweite Alkoholpräventionsprojekt „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“ zusammen mit der Krankenkasse Knappschaft und dem Deutschen Kinderschutzbund Bundesverband e. V. ein. Wir wollen die Jugendlichen zum kritischen Nachdenken über die Risiken des Alkoholkonsums anregen und sie stark machen, zum Alkoholmissbrauch Nein zu sagen.

Auch ich habe in meinem Leben Erfahrungen mit verschiedenen Drogen gemacht. Als junger Mensch war ich selber neugierig und habe mich durchprobiert. Allerdings habe ich Drogen nie als Flucht oder aufgrund von Problemen genommen, sondern ausschließlich, um meine eigenen Erfahrungen zu sammeln und vielleicht Spaß daran zu haben. Wenn es mir nach dem einen oder anderen Konsum im Anschluss nicht gut ging, dann war für mich die Sache gegessen und abgehakt. Meine körperliche und geistige Gesundheit war mir immer wichtiger!

Genau deshalb ist es mir ein großes Anliegen, bereits früh mit der Aufklärung über die Folgen von Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen zu beginnen. Hier ist es mir besonders wichtig zu vermitteln, welche gravierenden Folgen ein exzessiver Missbrauch von harten Drogen haben kann. Dazu habe ich ein Kabarettprogramm entwickelt, das sich mit dem Genuss und Missbrauch sämtlicher legaler und illegaler Drogen auseinandersetzt, allen voran mit der legalen Volksdroge Nummer eins, dem Alkohol. Dabei steht für mich der Humor im Mittelpunkt meines Bühnenprogramms und nicht der erhobene Zeigefinger. Ich möchte den Jugendlichen durch meine Bühnenshow vermitteln: Glaube an das, was du tust, verleugne dich nicht und bleibe selbstkritisch!

Für mich ist diese Arbeit die sinn- und wertvollste Art, meine Talente einzusetzen, und ich wünsche mir, dass ich noch lange die Kraft dazu habe, dieses Programm zu spielen und es auf Dauer auch weiterhin einem breiten Publikum zeigen zu können.



GEDICHT

Der Kaiser

Das nachfolgende Gedicht stammt von Andrea Lorenz, die es geschafft hat, nach 32 Jahren erfolgreich einen Alkohol- und Medikamentenentzug durchzustehen. Sie hat es vor 32 Jahren für ihren Ehemann, einen Alkoholiker, verfasst. Andrea Lorenz kennt beide Seiten: als Co-Abhängige und Süchtige. In der Therapie wurde sie ermutigt, ihr Gedicht öffentlich zu präsentieren, da es eindrucksvoll die zerstörerische Kraft des Alkohols verdeutlicht.

DER KAISER

Kennst Du den König Alkohol?
Es heißt: „Ich trinke auf Dein Wohl!“
Er ist nicht König, sondern Kaiser!
Er bringt den Tod Dir immer leiser.
Du stirbst nicht schnell, sondern kaum merklich,
Du siehst es nicht mehr; er beherrscht Dich!
Er macht aus Menschen wilde Tiere,
es hilft dann gar nichts, auch nicht Liebe.
Ich kann Dich nicht mehr sterben seh'n,
Ich sterbe selbst ganz ungesch'n.
Er saugt Dein ganzes Blut Dir aus,
doch Du tust blind, es macht nichts aus.

Er nimmt Dir jede Lebensfreude,
er nimmt die Chance auch für uns beide.
Du willst mit ihm allein nur sein,
es reicht Dir Schnaps und Bier und Wein.
Ich hab' geschrien, ich bin ganz heiser.
Er ist in Deinem Leben Kaiser!
Ich weiß, Du wolltest ihn besiegen,
ich weiß, Du wolltest nicht mehr lügen.

Ich kann nicht beten, nicht mehr weinen,
ich hab's getan, doch es half keinem.
Ich muß es jetzt auch eingesteh'n,
Du wirst den Weg des Kaisers geh'n,
ich kann Dich nicht mehr daran hindern,
ich kann doch auch Dein Leid nicht lindern!
Ich weiß es doch, ja, Du bist krank.
Ich seh' Dich sitzen auf der Bank,
und in der Flasche neben Dir,
da sitzt der Kaiser, trinkt mit Dir.

Ich hab's gelernt in all den Gruppen:
Menschen sind für Dich nur Puppen.
Sie sind so klein in diesem Spiel,
denn sie bedeuten Dir nicht viel.
Du brauchst des Kaisers Untertanen,
die Dich vor diesem Weg nicht warnen,
die ganz genauso sind wie Du.
Und nur der Tod, der sieht Euch zu.
Ich hoffe so, Du hast noch Kraft,
es haben manche doch geschafft,
aus dieser Hölle zu entkommen,
sie haben diesen Kampf gewonnen.

Entscheiden musst Du ganz allein,
doch werd' ich nicht mehr bei Dir sein.
Ich bin ein bisschen mitgestorben,
ich habe Angst mit Dir vor morgen.
Er schwingt sein Zepter bald aufs Neue,
Du hältst nicht Dir, nein ihm die Treue.
Er gibt Dir mehr als ich vermag,
doch steht es nicht auf Deinem Grab:
Hier liegt ein Mensch, besiegt vom Kaiser!
Und ich, ich weine immer leiser.
Ich hasse König Alkohol!
Ich trinke nie mehr auf Dein Wohl!

(Andrea Lorenz)



REZEPTE

ALKOHOLFREIE COCKTAILS



Frühlingsgrün

- 60 ml Ananassaft
- 20 ml Limettensaft
- 20 ml grüner Pfefferminzsirup
- Tonicwater zum Auffüllen

Zubereitung

Ananassaft, Limettensaft und Pfefferminzsirup in ein mit Eiswürfeln befülltes Glas geben und umrühren. Zum Schluss mit kaltem Tonicwater auffüllen.
Tipp: Der Drink lässt sich auch mit Mineralwasser auffüllen, verwende dann aber 80 ml Ananassaft.



Frischling

- 20 ml Grenadine
- 60 ml Orangensaft
- 60 ml Grapefruitsaft
- 60 ml Ananassaft
- 1 Cocktailkirsche zum Garnieren

Zubereitung

Alle Zutaten im Shaker durchmixen und in ein mit Eiswürfeln befülltes Glas geben.



Spring Paradise

- 140 ml Orangensaft
- 20 ml Zitronensaft
- 20 ml Mandelsirup
- 20 ml Blue-Curacao-Sirup

Zubereitung

Alle Zutaten im Shaker kräftig durchmixen und in ein mit Eiswürfeln befülltes Glas geben.





Tabak

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen vom Robert Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt (Destatis), gibt in seinem aktuellen Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vom November 2015 einen guten Überblick über die Gesamtsituation in Deutschland:

Tabakkonsum

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Rauchern vermehrt auftreten, gehören Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Außerdem wirkt sich das Rauchen nachteilig auf den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus. An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen. Zu berücksichtigen sind auch Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden sowie vorzeitige Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchbelastung verursacht werden. Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich Schätzungen zufolge auf 8,7 Milliarden Euro jährlich. Werden Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfälle – die sogenannten indirekten Kosten (24,9 Milliarden Euro) – mitberücksichtigt, ist sogar von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 33,6 Milliarden pro Jahr auszugehen.

Tabakkonsum bei Erwachsenen

Für Aussagen zur Verbreitung und zeitlichen Entwicklung des Rauchens steht in Deutschland eine breite Datengrundlage zur Verfügung. Allerdings unterscheiden sich die verfügbaren Erhebungen in Bezug auf die Generierung der Stichproben und die

Operationalisierung des Rauchens, sodass die Ergebnisse nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können.

Die aktuellsten Daten stammen aus dem Mikrozensus 2013. Demnach rauchen 20,3 Prozent der Frauen ab 15 Jahre und 29 Prozent der gleichaltrigen Männer. Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Erst ab einem Alter von 60 Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang beobachten, der auch vor dem Hintergrund steigender tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle in dieser Altersgruppe zu sehen ist. Nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 erhoben wurden, rauchen 29,7 Prozent der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen täglich oder gelegentlich.

Frauen rauchen zu 26,9 Prozent und damit seltener als Männer, von denen 32,6 Prozent zumindest gelegentlich zur Zigarette oder einem anderen Tabakprodukt greifen. Weitere 22,8 Prozent der Frauen und 33,7 Prozent der Männer haben früher geraucht, mittlerweile das Rauchen aber aufgegeben. Dass sie nie geraucht haben, trifft auf die Hälfte der 18- bis 79-jährigen Frauen und auf ein Drittel der gleichaltrigen Männer zu. Die Verbreitung des Rauchens variiert mit dem Alter. Bei 18- bis 29-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz für das aktuelle Rauchen (täglich oder gelegentlich) 40 Prozent, bei gleichaltrigen Männern 47 Prozent. Im mittleren Lebensalter liegen die Prävalenzen mit Werten um die 30 Prozent bei Frauen und zwischen 30 und 40 Prozent bei Männern etwas niedriger. Etwa ein Viertel der Frauen und Männer, die zumindest gelegentlich rauchen, konsumieren 20 und mehr Zigaretten am Tag. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren kann die Prävalenz des starken Rauchens mit 8,3 Prozent beziffert werden, wobei der Wert für Frauen mit 6 Prozent unter dem Vergleichswert für Männer (10,6 Prozent) liegt. Für

»Ein leidenschaftlicher Raucher,
der immer von der Gefahr des
Rauchens für die Gesundheit liest,
hört in den meisten Fällen auf –
zu lesen.« *(Winston Churchill)*

Bitte lesen Sie weiter!

die Auswirkungen auf die Gesundheit ist von Bedeutung, ob und ggf. in welchem Alter mit dem Rauchen wieder aufgehört wurde.

Die DEGS1-Daten sprechen dafür, dass von den 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern, die jemals geraucht haben, 26,5 Prozent bzw. 21,1 Prozent wieder aufgehört haben. Im weiteren Altersgang steigt die Ausstiegsquote sukzessive an, bis auf 69 Prozent bzw. 81,5 Prozent bei den 65- bis 79-jährigen Frauen und Männern. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede im Rauchverhalten nach dem sozialen Status. Dieser wird anhand von Angaben zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zur beruflichen Stellung sowie zur Einkommenssituation (Netto-Äquivalenzeinkommen) bestimmt. Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus rauchen etwa zweimal häufiger als diejenigen mit hohem Sozialstatus. Noch deutlicher fallen die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf das starke Rauchen aus. Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt: je niedriger der Sozialstatus, desto höher der Raucheranteil.

Aussagen über längerfristige zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen sind mit den Daten der Gesundheitssurveys des RKI für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung möglich. Ab den 1990er-Jahren belegen die Daten für Frauen einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz um mehr als fünf Prozentpunkte bis auf 32 Prozent im Jahr 2003, während sich für Männer keine wesentlichen Veränderungen beobachten lassen. Im Zeitraum von 2003 bis 2012 ging die Rauchquote allerdings bei beiden Geschlechtern um drei bis vier Prozentpunkte zurück. Auch die Ergebnisse des

Epidemiologischen Sucht-surveys (ESA) und des Mikrozensus sprechen für einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung. Legt man die Daten des ESA zugrunde, dann ist im Zeitraum von 2003 bis 2012 die 30-Tage-Prävalenz des Rauchens bei 18- bis 59-jährigen Frauen von 30 auf 24,4 Prozent und bei gleichaltrigen Männern von 37,1 auf 30,6 Prozent gesunken. Nach den Daten des Mikrozensus hat der Anteil der Raucherinnen bezogen auf die 15-jährige und ältere Bevölkerung in den letzten zehn Jahren von 22,1 auf 20,3 Prozent abgenommen, während der Anteil der Raucher von 33,2 auf 29 Prozent zurückgegangen ist.

Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Eine altersdifferenzierte Betrachtung spricht dafür, dass der Rückgang beim Rauchen vor allem auf Verhaltensänderungen in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen ist. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind. Der Vergleich mit den früheren Erhebungen zeigt, dass das Rauchen bei Jugendlichen seit 2001 schrittweise zurückgeht. In den letzten Jahren lagen die Prävalenzen so niedrig wie zu keinem anderen Zeitpunkt des mehr als 30 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraums (vgl. auch Abb. 03).

Auch bei Jugendlichen zeichnen sich soziale Unterschiede im Rauchverhalten ab. Nach den Daten aus der KiGGS Welle 1 zählen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger zu den regelmäßigen oder täglichen Rauchern als Gleichaltrige aus Familien

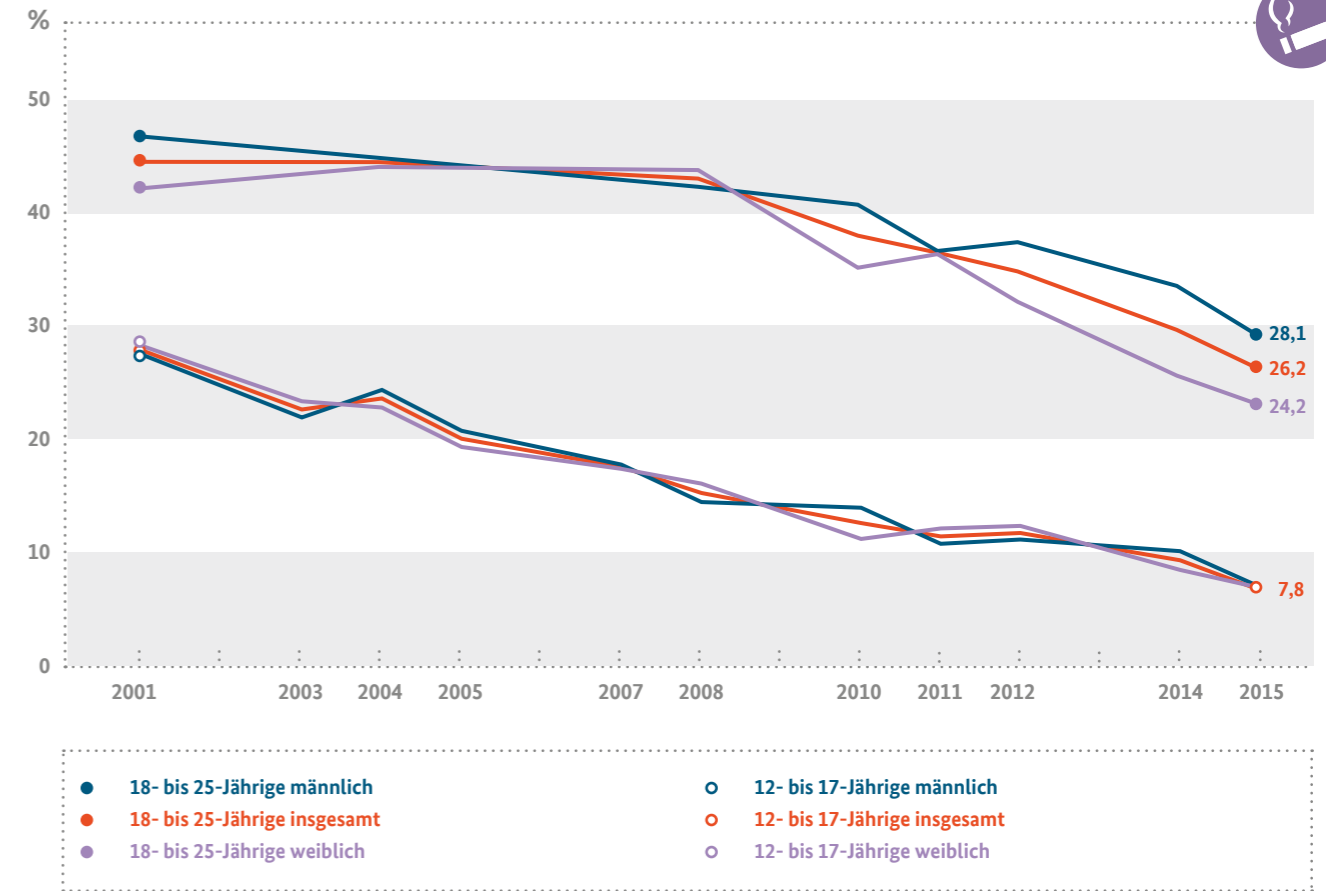


DEFINITION DES RAUCHSTATUS

Als Raucher werden Personen bezeichnet, die Zigaretten oder andere Tabakwaren konsumieren, beispielsweise Zigarren, Zigarillos oder Pfeifentabak. Bisweilen wird dabei zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen unterschieden. Von starkem Rauchen wird gesprochen, wenn täglich 20 oder mehr Zigaretten geraucht werden – andere Tabakwaren

werden nicht berücksichtigt. Als Jemals-Raucher werden Personen bezeichnet, die jemals angefangen haben zu rauchen: Diese Gruppe umfasst die aktuellen sowie die ehemaligen Raucher. Die Ausstiegsquote bezeichnet den Anteil der ehemaligen Raucher bezogen auf alle Personen, die jemals mit dem Rauchen angefangen haben.

ABBILDUNG 03: VERBREITUNG DES RAUCHENS BEI DEN 12- BIS 17-JÄHRIGEN UND DEN 18- BIS 25-JÄHRIGEN UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2014



Quelle: BZgA, 2016

mit hohem Sozialstatus. Die KiGGS-Basiserhebung und andere Studien zeigen zudem deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der besuchten Schulform der Jugendlichen. Gymnasiasten rauchen demzufolge seltener als Gesamt-, Haupt- und Realschüler.

<http://www.rki.de/gbe>

Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zur Verbreitung des Rauchens unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

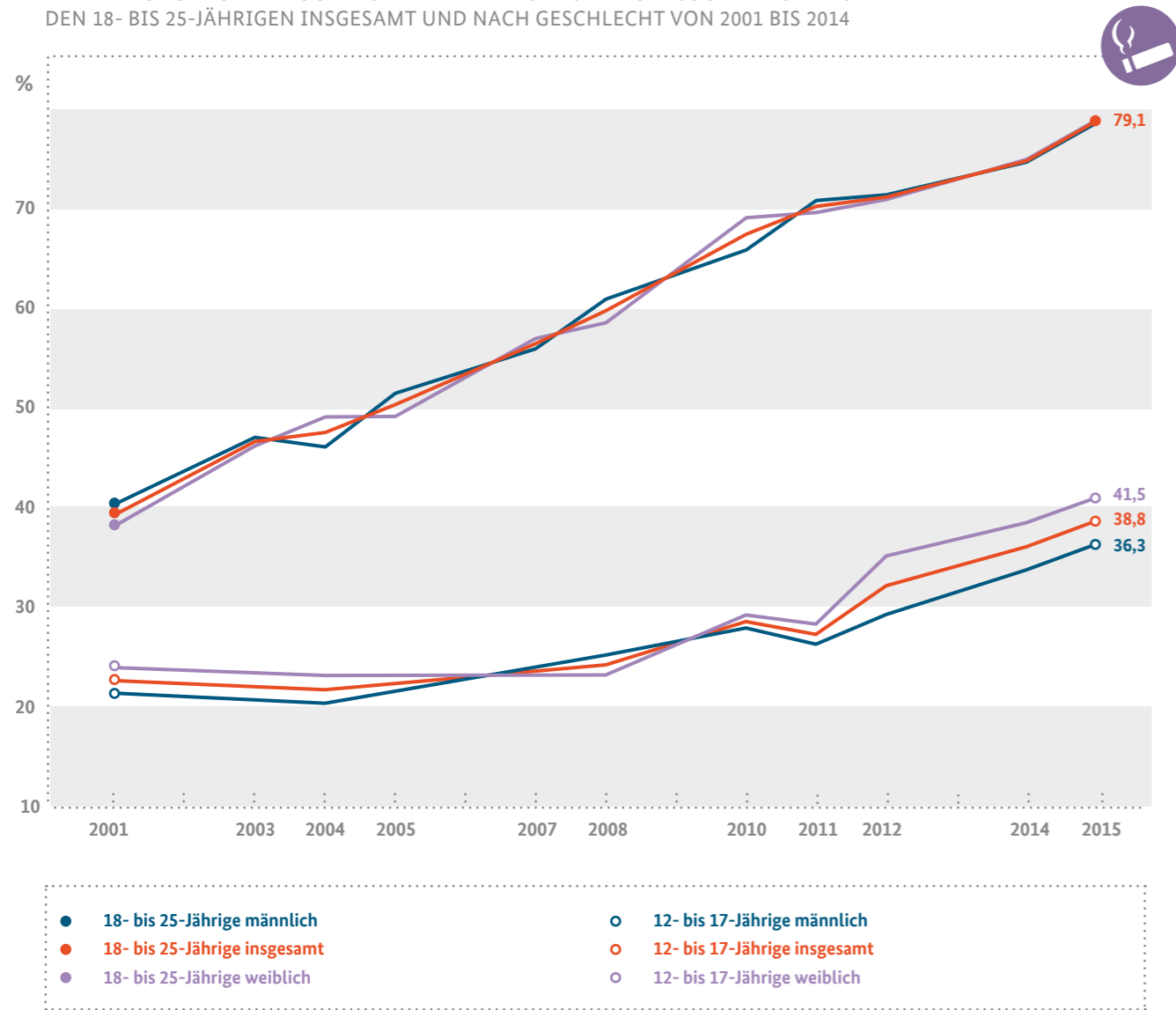
Die Repräsentativbefragungen der BZgA zeigen, dass sich der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen seit dem Jahr 2001 um mehr als zwei Drittel reduziert hat (siehe Abb. 03). Er ist von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 7,8 Prozent im Jahr 2015 gesunken. Dabei sind die

Geschlechtsunterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern unter den 12- bis 17-Jährigen in allen Erhebungsjahren sehr gering.

Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht das Rauchen zurück. Während 2001 noch 44,5 Prozent dieser Altersgruppe rauchten, taten dies im Jahr 2015 nur noch 26,2 Prozent. Laut aktueller Drogenaffinitätsstudie von 2015 ist das Rauchen unter den 18- bis 25-jährigen Männern weiter verbreitet als unter den gleichaltrigen Frauen.

Gleichzeitig ist der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher im Zeitraum von 2001 bis 2015 deutlich gestiegen (siehe Abb. 04). Bei der Befragung 2001 hatten 40,5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen noch nie geraucht,

ABBILDUNG 04:
VERBREITUNG DES NIERAUCHENS BEI DEN 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND DEN 18- BIS 25-JÄHRIGEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2014



Quelle: BZgA, 2016

2015 waren es 79,1 Prozent – und damit fast doppelt so viele wie 2001. Bei den 18- bis 25-Jährigen ist der Anteil des Nierauchens von 23,1 Prozent (2001) auf 38,8 Prozent (2015) gestiegen. Sowohl bei den 12- bis 17-Jährigen als auch bei den 18- bis 25-Jährigen verlaufen die Entwicklungen des Nierauchens in beiden Geschlechtergruppen ähnlich.

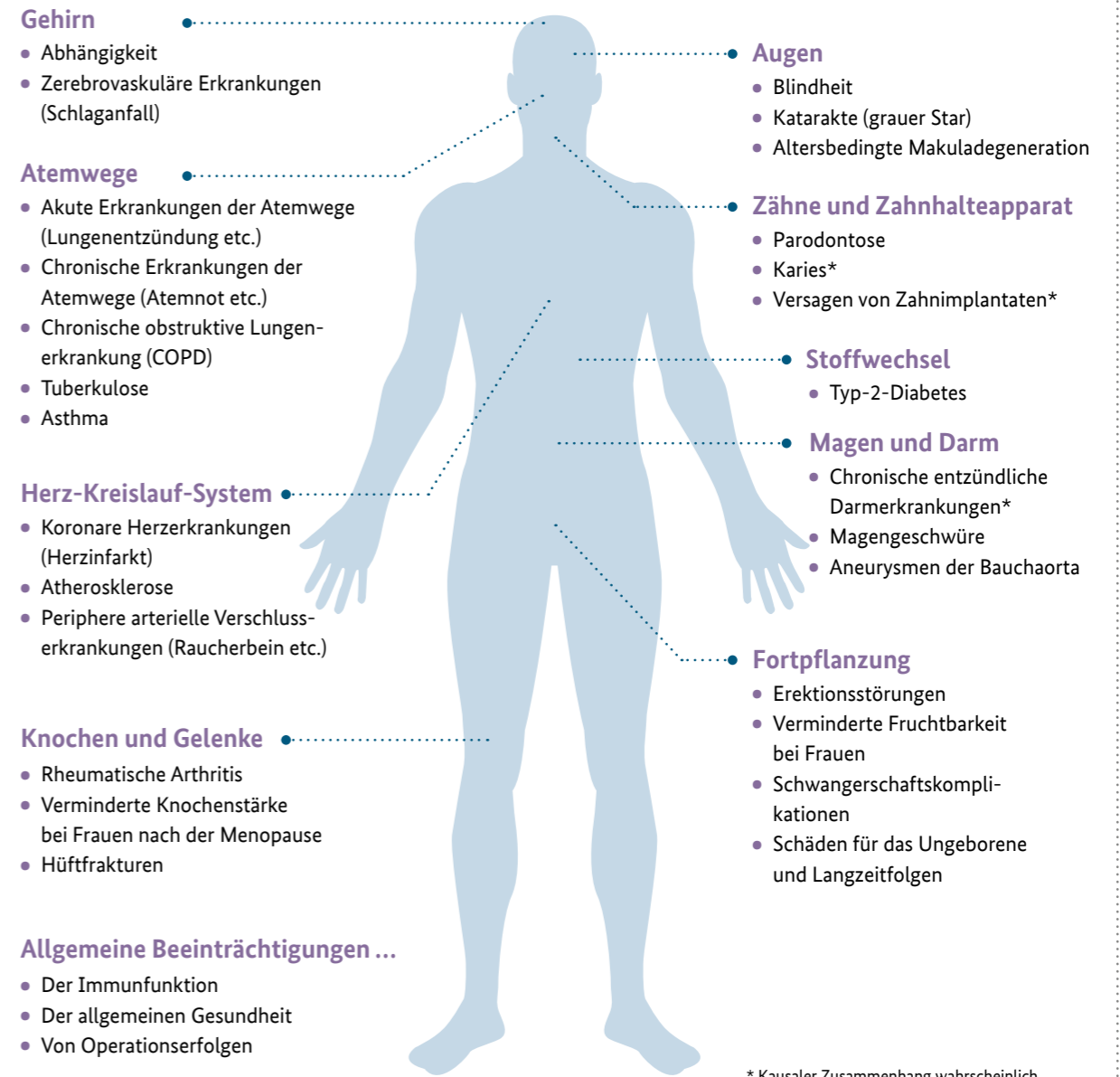
<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>



IM FOKUS

FOLGEN DES RAUCHENS

ERKRANKUNGEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN INFOLGE DES RAUCHENS BEI MÄNNERN UND FRAUEN



* Kausaler Zusammenhang wahrscheinlich.

Krebs

- Rachen
- Kehlkopf
- Speiseröhre
- Luftröhre
- Lunge
- Akute Myeloische Leukämie
- Brust*
- Magen
- Leber
- Bauchspeicheldrüse
- Nieren und Harnleiter
- Blase
- Dick- und Enddarm
- Gebärmutterhals

Krebspatienten

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Krebspatienten und Überlebenden
- Erhöhtes Risiko für weitere Krebserkrankungen bei Überlebenden

Verbreitung des Rauchens in Deutschland

Die höchsten Raucheranteile unter Männern (mehr als 34 Prozent) verzeichnen Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt; die geringsten Anteile mit weniger als 28 Prozent finden sich in Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland. Auch bei den Frauen liegen die Raucheranteile in Bremen, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern mit über 23 Prozent am höchsten; an vierter Stelle folgt Nordrhein-Westfalen. Mit Abstand am wenigsten Frauen rauchen in Sachsen (siehe Abb. 06 und 07).

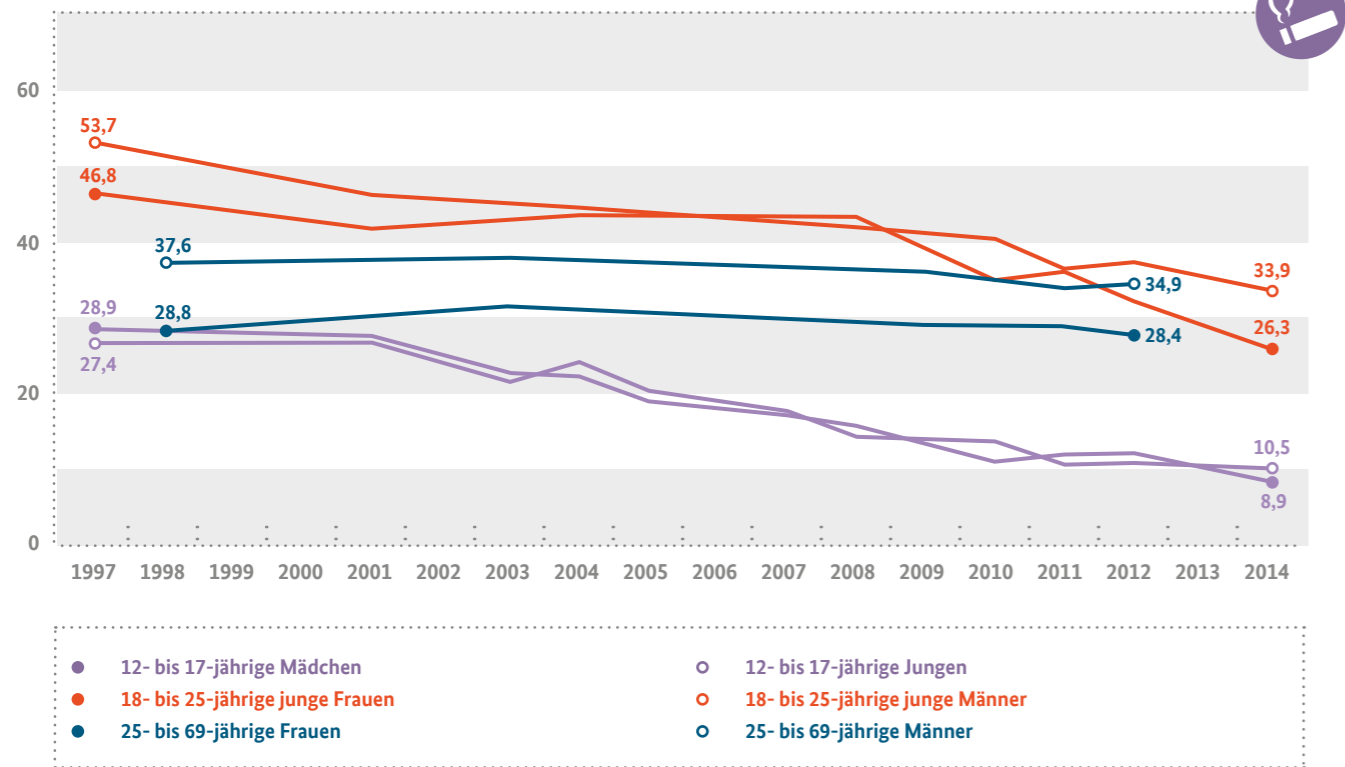
Im Osten Deutschlands ist der Raucheranteil unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher als im Westen (siehe Abb. 08 und 09). In allen östlichen Bundesländern rauchen mindestens 30 Prozent der Jungen und jungen Männer – Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt mit 36,4 Prozent. Die wenigsten Raucher finden sich im Saarland (21,3 Prozent), in Hamburg (22,2 Prozent) und in Nordrhein-Westfalen (22,8 Prozent). Auch bei den Mädchen und jungen Frauen ist der Raucher-

anteil in Sachsen-Anhalt mit über 30 Prozent am höchsten, gefolgt von Thüringen (27,6 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (27,3 Prozent). Am niedrigsten ist der Raucheranteil mit 15,4 Prozent in Niedersachsen, gefolgt von Baden-Württemberg mit 17,1 Prozent.

Tabakkonsummengen

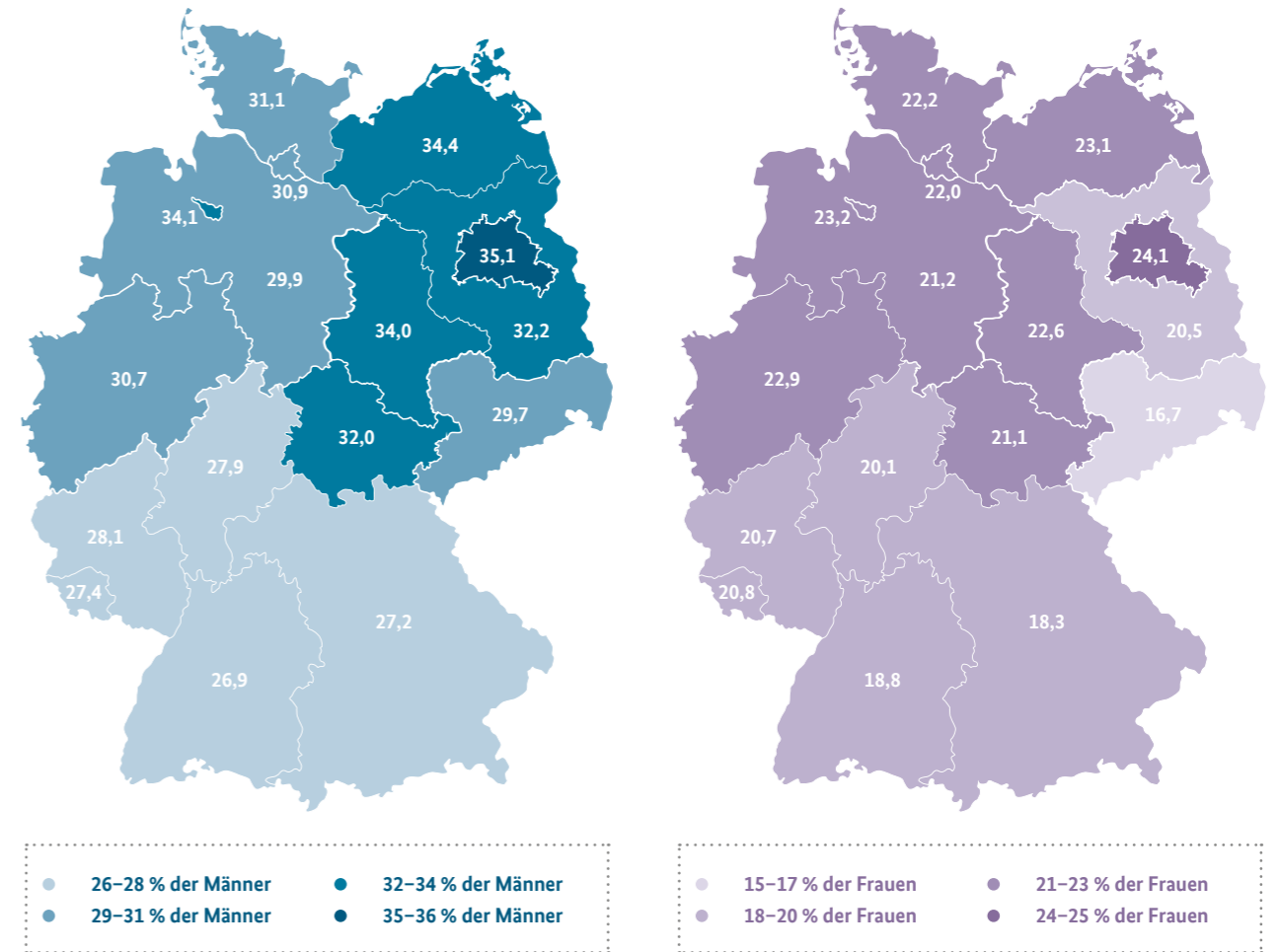
Der Tabakkonsum steigt mit zunehmendem Alter: Junge Menschen rauchen meist nur gelegentlich, erst mit zunehmendem Alter wird vermehrt täglich und stärker geraucht. So rauchen mehr als die Hälfte der 18- bis 20-jährigen Raucher nur gelegentlich (Männer: 49,7 Prozent, Frauen: 58,7 Prozent). Unter den 30- bis 39-jährigen Rauchern ist ein Viertel Gelegenheitsraucher, und mehr als ein Drittel (35,2 Prozent) rauchen stark (mehr als 20 Zigaretten am Tag). Unter den Raucherinnen dieser Altersklasse sind 32,3 Prozent Gelegenheitsraucherinnen und 13,4 Prozent starke Raucherinnen. Von den 60- bis 64-jährigen männlichen Rauchern sind nur 18,2 Prozent Gelegenheitsraucher,

ABBILDUNG 05:
ENTWICKLUNG DER RAUCHERANTEILE IN PROZENT IN %



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 37

ABBILDUNG 06 UND 07:
DEUTSCHLANDKARTEN RAUCHERANTEILE BEI ÜBER 18-JÄHRIGEN MÄNNERN UND FRAUEN IN DEUTSCHLAND



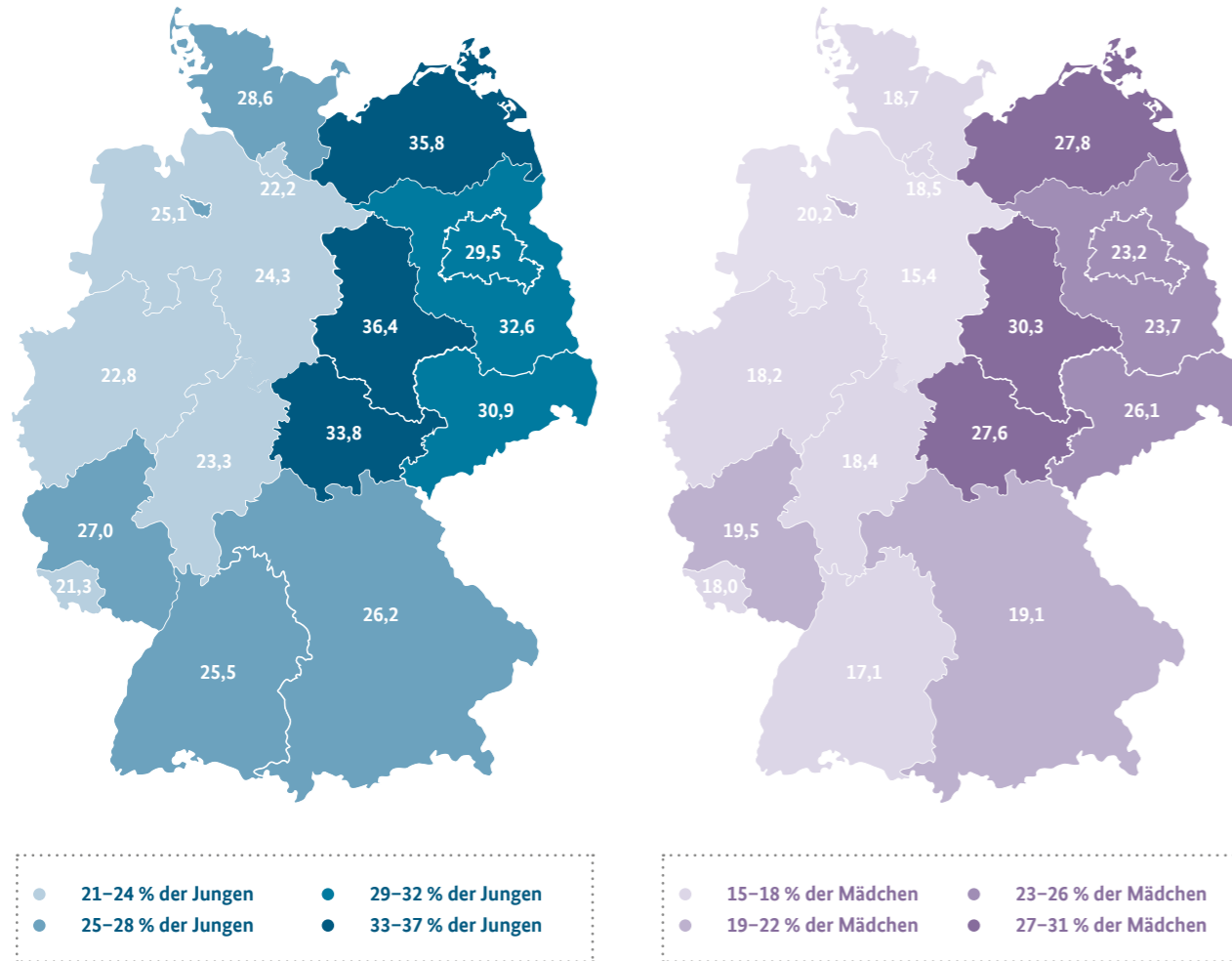
Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 38 und 39

aber 44,5 Prozent starke Raucher; unter den Raucherinnen dieser Altersklasse sind 27,4 Prozent Gelegenheitsraucherinnen und 31,5 Prozent starke Raucherinnen.

Jugendliche fangen durchschnittlich im Alter von 15,1 Jahren an zu rauchen. Unter den 11- bis 17-Jährigen rauchen insgesamt 12 Prozent zumindest gelegentlich, wobei der Anteil der Raucher mit zunehmendem Alter ansteigt. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren rauchte im Jahr 2013 etwa jeder Vierte: 25,9 Prozent der Jungen und jungen Männer und 19,2 Prozent der Mädchen und jungen Frauen.

Das Rauchverhalten unterscheidet sich auch nach dem Sozialstatus, der anhand des Bildungsniveaus, der beruflichen Stellung und der Einkommenssituation gemessen wird: Mit steigendem Sozialstatus sinkt der Raucheranteil – bei Männern in allen Altersgruppen, bei Frauen lediglich im mittleren Lebensalter. Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialen Status rauchen häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit hohem sozialen Status. Zudem rauchen sie auch eher täglich als nur gelegentlich.

ABBILDUNG 08 UND 09:
DEUTSCHLANDKARTEN RAUCHERANTEILE BEI KINDERN, JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 38 und 39

Durch Rauchen bedingte Todesfälle

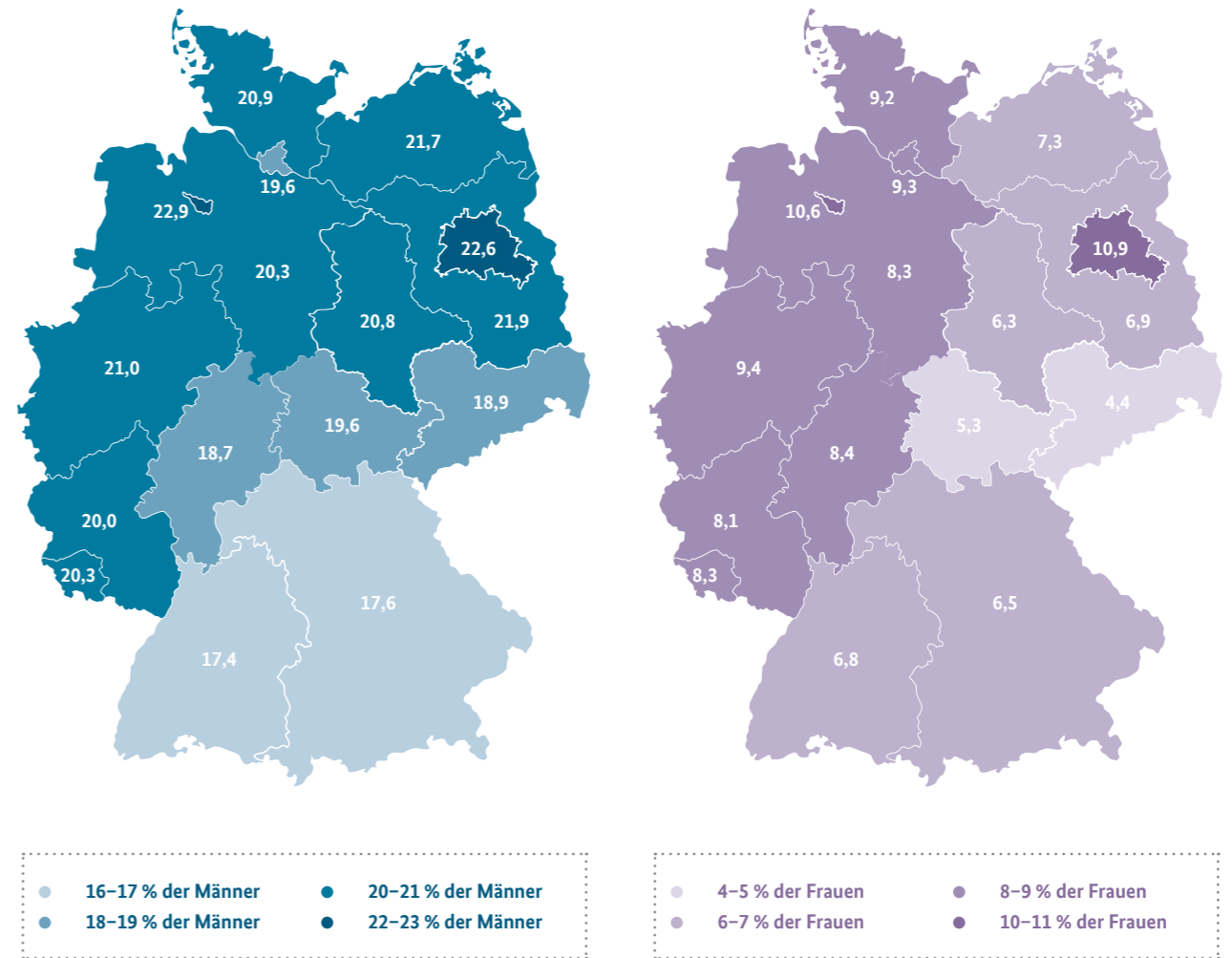
Im Jahr 2013 starben in Deutschland rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Damit waren 13,5 Prozent aller Todesfälle durch das Rauchen bedingt. Der größte Anteil der durch das Rauchen bedingten Todesfälle entfällt auf Krebserkrankungen (bei Männern: 51,9 Prozent, bei Frauen: 40,5 Prozent), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes (bei Männern: 29,1 Prozent, bei Frauen: 31,8 Prozent) und Atemwegserkrankungen (bei Männern: 18,9 Prozent, bei Frauen: 27,6 Prozent) (siehe Abb. 10 und 11).

Frauen sterben deutlich seltener an den Folgen des Rauchens als Männer. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Frauen schon immer seltener und in geringerem Ausmaß geraucht haben als Männer. Zum anderen ist der Raucheranteil unter Frauen erst angestiegen, als das Rauchen bei Männern schon mehrere Jahrzehnte weit verbreitet war. Daher macht sich die erhöhte Sterblichkeit infolge von tabakbedingten Krankheiten bei Männern um Jahr-

zehnte früher bemerkbar als bei Frauen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Anzahl der tabakbedingten Todesfälle der Frauen zunehmend jener der Männer angleichen wird.

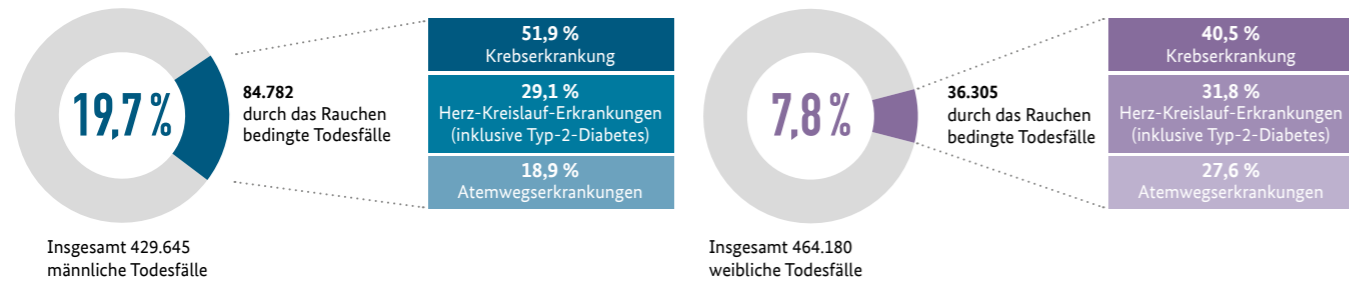
Im Norden Deutschlands sterben mehr Menschen infolge des Rauchens als im Süden – dies spiegelt das unterschiedliche Rauchverhalten in den verschiedenen Bundesländern wider (siehe Abb. 06 und 07).

ABBILDUNG 10 UND 11:
DEUTSCHLANDKARTEN DURCH RAUCHEN BEDINGTE TODESFÄLLE



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 48 und 49

ABBILDUNG 12 UND 13:
GESAMTTODESFÄLLE UND ANTEILE DER DURCH RAUCHEN BEDINGTEN TODESFÄLLE INFOLGE VON KREBS-,
HERZ-KREISLAUF- UND ATEMWEGSERKRANKUNGEN



2 E-ZIGARETTEN UND E-SHISHAS

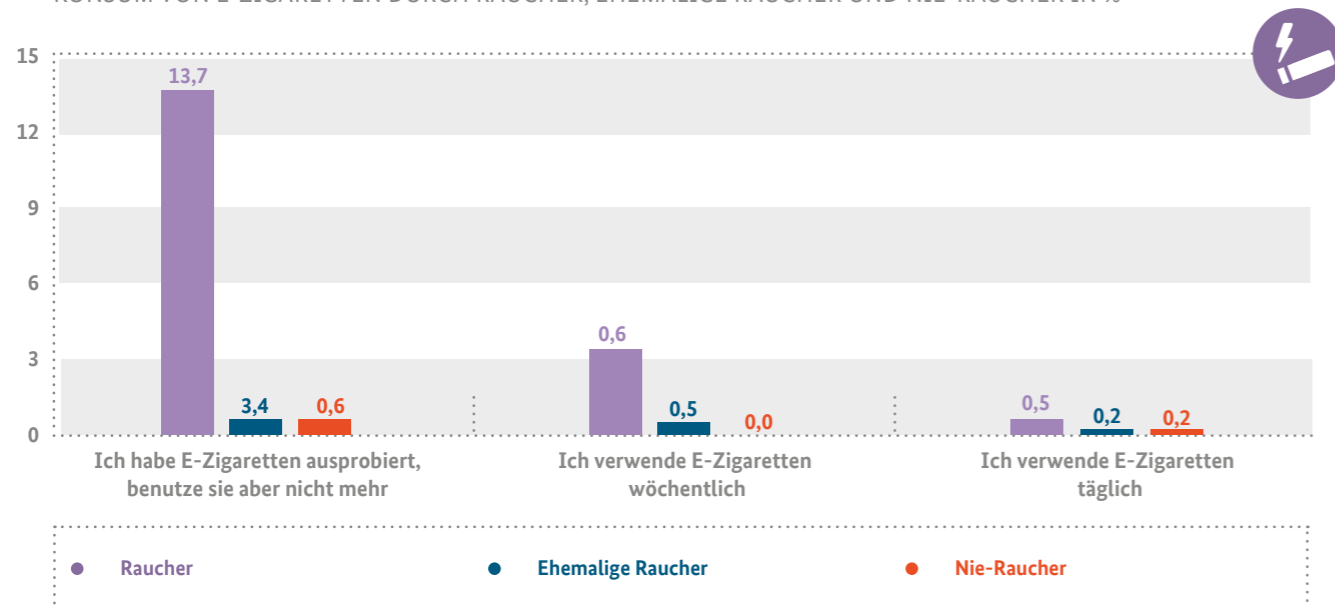
Verbreitung

In Deutschland haben im Jahr 2015 knapp 6 Prozent der Bevölkerung (16 Jahre und älter) E-Zigaretten konsumiert oder zumindest ausprobiert. Interessant sind die Produkte vor allem für Raucher und junge Menschen. Fast 14 Prozent der Raucher haben sie ausprobiert, aber nur 1 Prozent der Raucher verwendet sie dauerhaft (siehe Abb. 14). Die meisten Raucher probieren E-Zigaretten, um weniger zu rauchen (35,4

Prozent) oder verwenden sie als weniger schädliche Alternative zu Tabakzigaretten (28 Prozent) bzw. als Hilfsmittel zum Rauchstopp (18 Prozent). 10,8 Prozent der Raucher gebrauchen sie in Nichtraucherbereichen und 7,8 Prozent, um die Menschen in ihrer Umgebung weniger zu beeinträchtigen.

2014 haben von den 12- bis 17-Jährigen 27,6 Prozent schon einmal E-Zigaretten oder E-Shishas verwendet,

ABBILDUNG 14:
KONSUM VON E-ZIGARETTEN DURCH RAUCHER, EHEMALIGE RAUCHER UND NIE-RAUCHER IN %



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 20. Daten: GfK, 2015

darunter auch viele, die noch nie eine Zigarette geraucht haben. Etwa jeder neunte Jugendliche dieser Altersgruppe hat zwar schon E-Zigaretten oder E-Shishas, aber noch nie Tabakzigaretten ausprobiert (siehe Abb. 15).

Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas

Nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. November 2014 stellen nikotininhaltige Flüssigkeiten (Liquids), die mittels elektronischer Zigaretten verdampft und inhaliert werden, keine Arzneimittel dar. E-Zigaretten sind keine Medizinprodukte. Bei elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, bei denen Liquids verdampfen, handelt es sich zudem nicht um Tabakwaren im Sinne des Jugendschutzgesetzes, sodass die dort aufgeführten strikten Abgabe- und Konsumverbote (§ 10 JuSchG) nicht galten. Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von E-Zigaretten und E-Shishas wurde diese Gesetzeslücke zum 1. April 2016 geschlossen.

Mit der Gesetzesnovellierung wurden die Abgabe- und Konsumverbote des Jugendschutzgesetzes und des Jugendarbeitsschutzgesetzes für Tabakwaren auch auf

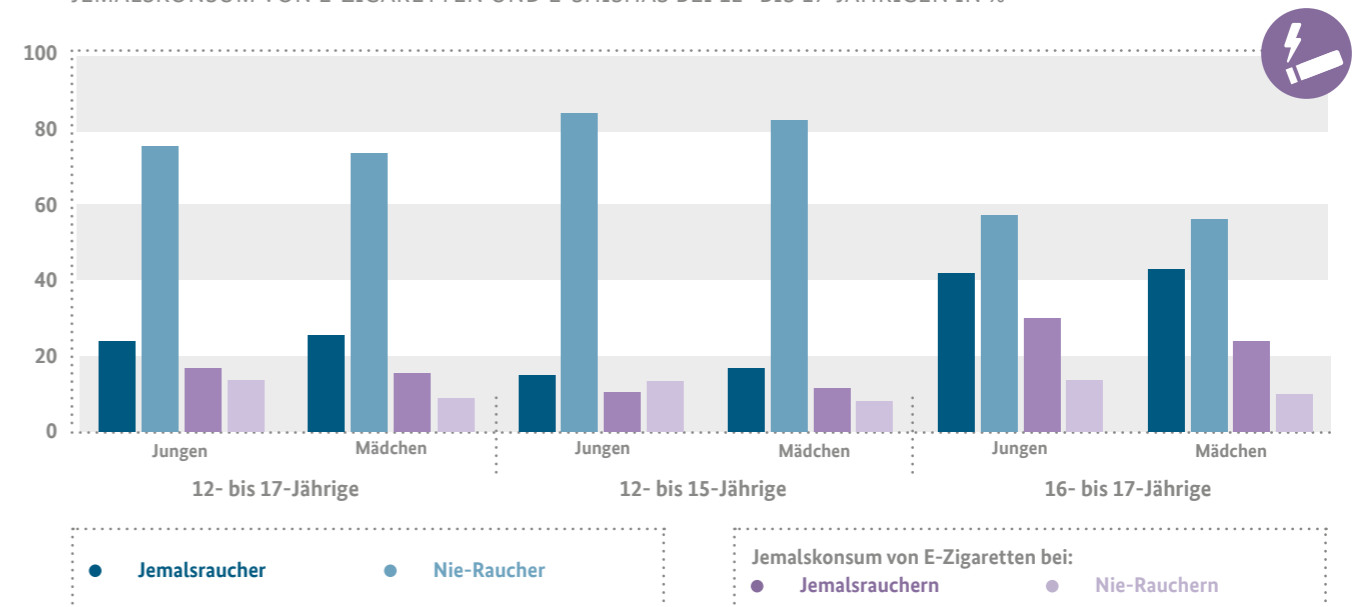
E-Zigaretten und E-Shishas ausgedehnt. Zudem wurde sichergestellt, dass die Abgabeverbote von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche auch im Rahmen des Versandhandels Anwendung finden.

Gesundheitliche Risiken von E-Zigaretten und E-Shishas

Nachdem die gesundheitlichen Risiken des Suchtstoffs und Nervengifts Nikotin, darunter physische Abhängigkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, seit Längerem bekannt sind, haben nun auch Studien des Bundesinstituts für Risikobewertung und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) die gesundheitlichen Risiken des Konsums von nikotinfreien E-Shishas und E-Zigaretten belegt.

E-Zigaretten, E-Shishas und ähnliche Produkte verdampfen eine Flüssigkeit, das sogenannte Liquid, das u. a. aus Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und zumeist Nikotin besteht; das dabei gebildete Aerosol wird wie beim Rauchen inhaliert. In ihm wurden auch geringe Mengen krebserzeugender Substanzen und giftige oder krebserzeugende Metalle nachgewiesen. Das Aerosol zeigt in Zell- und Tierversuchen schädigende Wirkung. Langzeitstudien über die

ABBILDUNG 15:
JEMALS KONSUM VON E-ZIGARETTEN UND E-SHISHAS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN IN %



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 21. Daten: BZgA 2014.

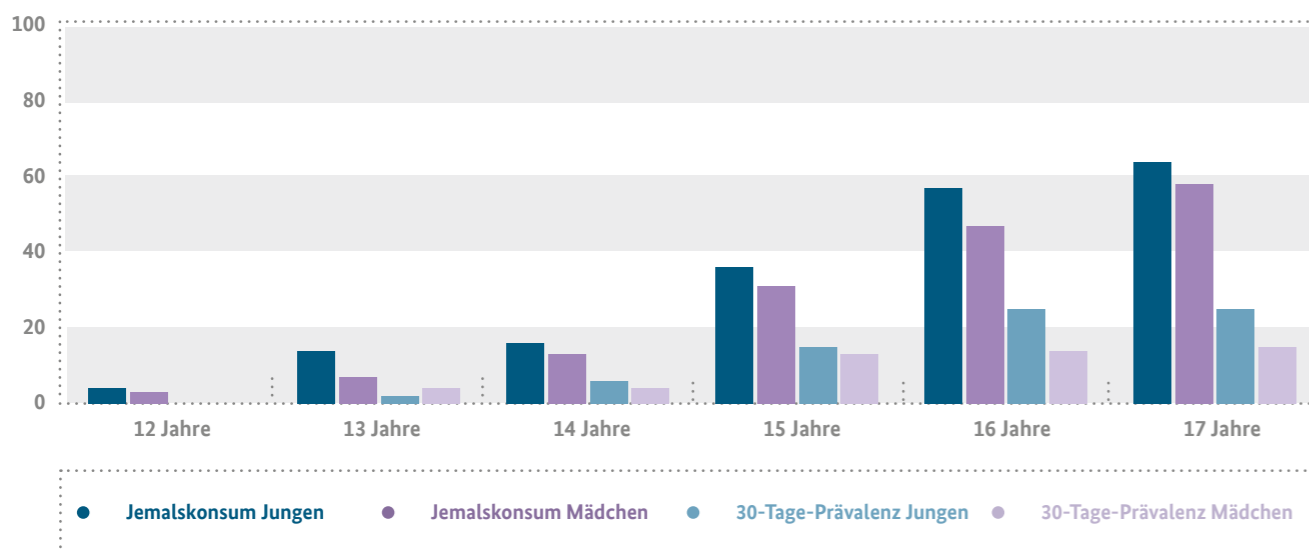
JEDER NEUNTE JUGENDLICHE ZWISCHEN 12 UND 17 JAHREN HAT BEREITS E-INHALATIONS-PRODUKTE AUSPROBIERT, ABER NOCH NIE GERAUCHT.

gesundheitlichen Auswirkungen liegen derzeit nicht vor, sodass die Wirkung einer täglich vielfach wiederholten Inhalation des Aerosols noch nicht abgeschätzt werden kann. Zur Risikovorsorge wurden auch nikotinfreie elektronische Produkte in den Jugendschutz einbezogen. Zurzeit arbeitet die Bundesregierung an einem Vorschlag, diesen Schutz auch auf nichtelektronische Produkte zu erweitern.

Verbreitung des Wasserpfeifenrauchens unter Jugendlichen

In Deutschland haben knapp ein Drittel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren und mehr als die Hälfte der Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren schon einmal Wasserpfeife geraucht, Jungen häufiger als Mädchen. Jeder zehnte Jugendliche hat innerhalb der letzten 30 Tage Wasserpfeife geraucht.

ABBILDUNG 16: WASSERPFEIFENKONSUM VON 12- BIS 17-JÄHRIGEN; JEMALSKONSUM UND KONSUM INNERHALB DER LETZTEN 30 TAGE IN %



Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015, S. 42

Osteoporose. Wasserpfeifenrauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko des Neugeborenen für ein geringes Geburtsgewicht und für Lungenprobleme. Darüber hinaus macht das im Rauch enthaltene Nikotin abhängig.

Passivrauchen

Mit dem Wasserpfeifenrauch gelangen polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, die als möglicherweise krebserzeugend eingestuft sind, lungengängige Partikel, Kohlenmonoxid und Nikotin in die Raumluft. Daher ist davon auszugehen, dass Wasserpfeifenrauch ein ähnliches Gesundheitsrisiko durch Passivrauchen birgt wie Zigarettenrauch.

Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum Konsum von Wasserpfeifen, E-Zigaretten und E-Shishas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die BZgA reagiert in ihren Repräsentativerhebungen auf sich abzeichnende neue Entwicklungen. Sie untersucht seit 2007 den Konsum von Wasserpfeifen, seit 2012 den von E-Zigaretten und seit 2014 den von E-Shishas bei 12- bis 25-Jährigen. Die letzte Erhebung erfolgte mit der Drogenaffinitätsstudie 2015. In der Erhebung zeigt sich, dass jeder vierte (25,7 Prozent) 12- bis 17-Jährige den Konsum von Wasserpfeifen, jeder achte (12,8 Prozent) den von E-Shishas und jeder zehnte (10,9 Prozent) den von E-Zigaretten ausprobiert hat. Das Ausprobieren von E-Shishas ist bei den Jugendlichen weiter verbreitet als bei den 18- bis 25-jährigen Erwachsenen (2015: 9,6 Prozent). Mit dem Konsum von Wasserpfeifen und E-Zigaretten haben die jungen Erwachsenen die größere Erfahrung.

Der Anteil der Jugendlichen, die schon einmal eine Wasserpfeife probiert haben, war in den letzten Jahren rückläufig (siehe Abb. 17). Von 2014 bis 2015 nahm in dieser Gruppe außerdem die Konsumerfahrung mit E-Zigaretten und E-Shishas ab. Der Anteil der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen, die schon einmal Wasserpfeife geraucht haben, ist zwischen 2008 und 2011 auf knapp 70 Prozent angestiegen und hat sich seitdem nicht mehr verändert. Die Erfahrung dieser Altersgruppe mit dem Konsum von E-Zigaretten und E-Shishas ist zwischen 2014 und 2015 etwas gesunken.

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

TABELLE 01: DURCHSCHNITTLICHES NUTZUNGSVERHALTEN BEI WASSERPFEIFEN/ZIGARETTEN

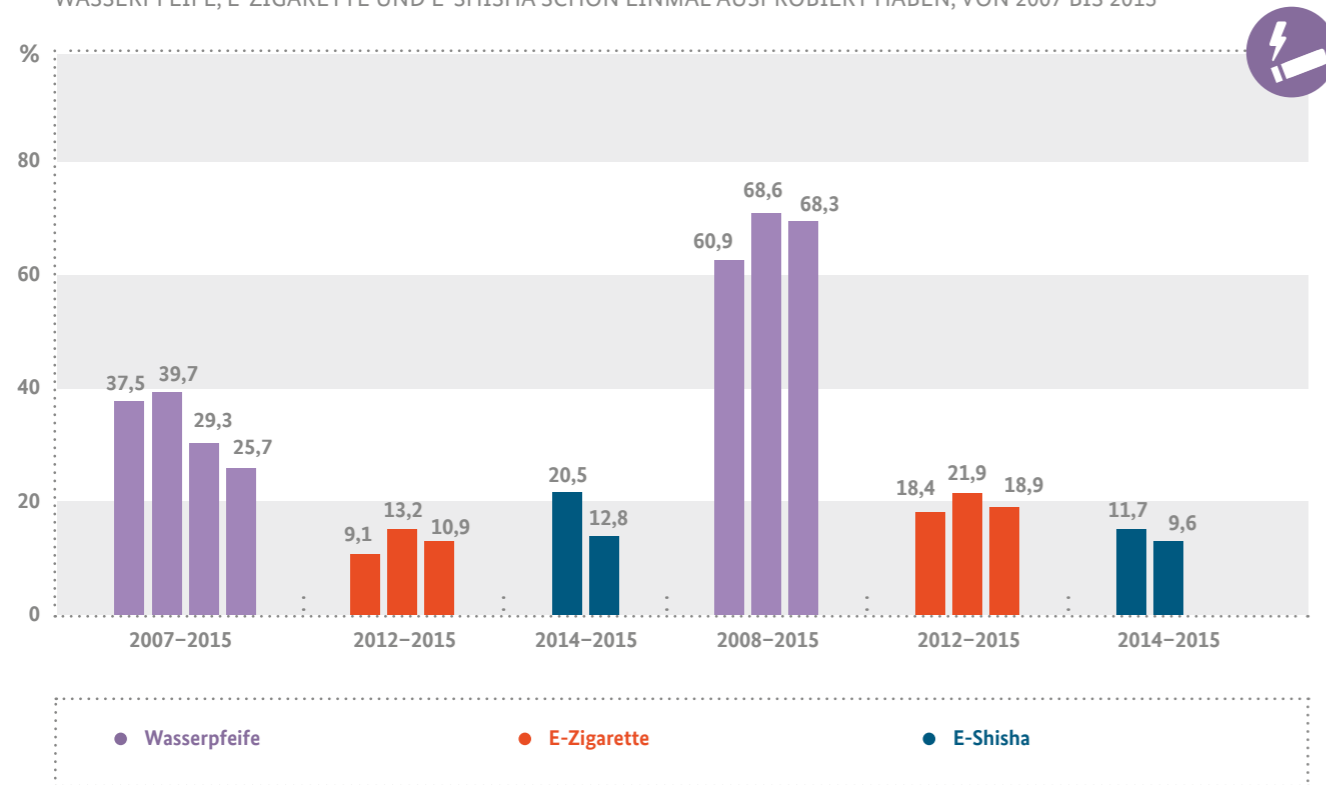
	Wasserpfeife	Zigarette
Anzahl der Züge	70-220	11-15
Zugdauer in Sekunden	2,6-2,8	1,2-1,5
Zugvolumen in Millilitern	500-800	30-70
Gesamtvolumen in Litern	50-130	0,5-1,0

Eine Wasserpfeifensitzung entspricht für jeden Teilnehmer dem Rauch von 100 Zigaretten.



ABBILDUNG 17:

ANTEILE DER 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND DER 18- BIS 25-JÄHRIGEN, DIE DEN KONSUM VON WASSERPFEIFE, E-ZIGARETTE UND E-SHISHA SCHON EINMAL AUSPROBIERT HABEN, VON 2007 BIS 2015



Quelle: BZgA, 2016

Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Nach Artikel 13 des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle (FCTC) sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Werbeausgaben der Tabakindustrie offenzulegen. In Deutschland vereinbarten im Jahr 2005 die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und der damalige Verband der Cigarettenindustrie (VdC), dass die Werbeaufwendungen der Tabakindustrie nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich mitgeteilt werden. Die Vereinbarung wurde ab dem Berichtsjahr 2008 vom neu gegründeten Deutschen Zigarettenverband (DZV) und vom nicht mehr dem DZV angeschlossenen Tabakhersteller Philip Morris GmbH übernommen.

TABELLE 02:

ZUSAMMENSTELLUNG DER JÄHRLICHEN TABAKWERBEAUSGABEN (IN 1.000 EURO)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Direkte Werbung	34.281	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270	80.225	70.186	73.957
• Werbung in Printmedien	8.612	436	504	1.536	719	345	235	300	156
• Außenwerbung	20.020	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807	72.718
• Werbung im Kino	2.150	2.065	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78	1.080
• Werbung im Internet	2.756	295	188	277	1	7	4	1	4
• Sonstige Werbung	712	1.103	6.005	8.494	480	0	50	0	0
• Keine Zuordnung	31	0	77	53	0	0	0	0	0
• Promotion	41.930	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887	135.397	128.944	116.557
• Sponsorship	3.689	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517	5.139	6.509	5.610
Gesamte Werbeausgaben	79.900	128.942	192.769	222.262	199.089	200.883	220.761	205.639	196.124

Quelle: Deutscher Zigarettenverband

3 PROJEKTE

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Onlineumfrage zu Konsumgewohnheiten und Motiven von E-Zigaretten-Konsumenten in Deutschland

In den letzten Jahren ist eine Zunahme des Gebrauchs von E-Zigaretten zu beobachten. Obgleich Hinweise und erste Erkenntnisse zum E-Zigaretten-Konsum in unterschiedlichen Populationen vorliegen, erlauben die derzeit verfügbaren Befunde keine zufriedenstellenden Rückschlüsse auf die unterschiedlichen Konsumententypen und ihre Um- oder Einstiegsmotive in den Gebrauch elektronischer Dampferzeugnisse.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat daher ein Projekt gefördert, um Erkenntnisse über die Konsumentengruppe der E-Zigaretten-Nutzer einschließlich ihrer Rauchbiografien, ihrer Umstiegs- oder Einstiegsmotive und ihrer Konsummuster zu gewinnen. Die Studie lief von April 2015 bis März 2016 und wurde vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

Das Hauptinteresse besteht darin, die Motive dafür zu identifizieren, warum E-Zigaretten-Nutzer vom konventionellen Tabakkonsum auf elektronische Dampferzeugnisse umsteigen oder als Nichtraucher den Konsum von E-Zigaretten beginnen.

Das Studiendesign war als deskriptive Querschnittsbefragung angelegt. Mithilfe eines umfangreichen Onlinefragebogens zu unterschiedlichen Fragekomplexen wurden E-Zigaretten-Konsumenten in der Zeit von August bis Oktober 2015 befragt.

Durch Onlinebanner auf Seiten der Hersteller und Händler von E-Zigaretten und Liquids sowie durch Flyer in spezialisierten Ladengeschäften wurde auf die Studie aufmerksam gemacht. So wurden E-Zigaretten-Nutzer aus dem gesamten Bundesgebiet erreicht und die angestrebte Zielgröße von 1.000 Teilnehmern weit überschritten.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass 91 Prozent der Befragten vollständig von Tabakprodukten auf E-Zigaretten umgestiegen sind. Lediglich 8 Prozent sind sogenannte duale Konsumenten, d. h., sie gebrauchen E-Zigaretten und Tabakprodukte gleichermaßen. Nur 33 Befragte (1 Prozent) nutzen E-Zigaretten, ohne vorher geraucht zu haben. Diese sind mit knapp 36 Jahren im Mittel fünf Jahre jünger als die Teilnehmer der beiden anderen Gruppen. In der befragten Gruppe dominierten die Männer mit 81 Prozent, während sie unter den tabakkonsumierenden Personen in Deutschland lediglich 61 Prozent ausmachen.

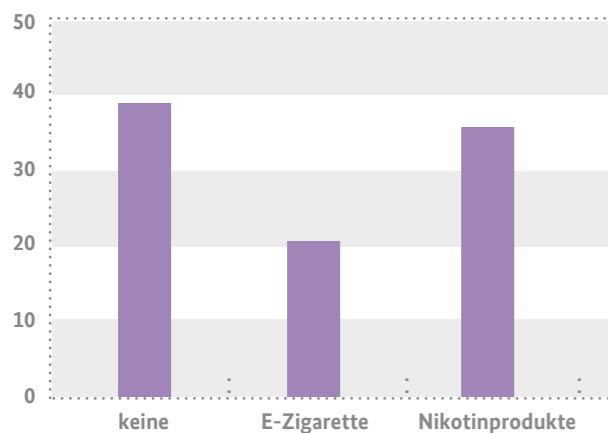
Weitere Analysen zu Konsummotiven und -gewohnheiten, zur Einschätzung der Abhängigkeit sowie zu gesundheitlichen Veränderungen und politischen/rechtlichen Einstellungen stehen noch aus.

Nutzen und Nutzung der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung (IFT München)

Etwa 8 Prozent der Raucher, die einen Aufhörversuch unternehmen, versuchen dies mithilfe einer E-Zigarette. Die 2015 veröffentlichte deutsche interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums (AWMF Leitlinien-Registernummer 076-006) spricht sich gegen das Anbieten der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung aus, weil die Datenlage derzeit unzureichend ist.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der vom BMG geförderten Beobachtungsstudie, den Einsatz der

ABBILDUNG 18:
ABSTINENZQUOTE NACH EINEM JAHR IN %



E-Zigarette in Tabakentwöhnungskursen und ihren Nutzen für die Erlangung der Abstinenz zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden von Dezember 2014 bis Juni 2015 über 600 Kursteilnehmer des „rauchfrei“-Programms ein Jahr nach Kursende telefonisch befragt. Das „rauchfrei“-Programm ist ein seit vielen Jahren im deutschsprachigen Raum etabliertes Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung, das vom Institut für Therapieforschung (IFT) entwickelt wurde und von der BZgA gefördert wird.

12,5 Prozent der Teilnehmer hatten während des Kurses die E-Zigarette genutzt. Von den Anwendern der E-Zigarette gaben 88 Prozent an, dass die E-Zigarette sie beim Rauchstopp unterstützen sollte. Zum Zeitpunkt der Befragung benutzten 67 Prozent die E-Zigarette nicht mehr.

Die Nutzer der E-Zigarette waren im Durchschnitt stärker körperlich von der Zigarette abhängig als die Teilnehmer, die keine zusätzlichen Hilfsmittel in Anspruch nahmen. E-Zigaretten-Nutzer waren ein Jahr nach Kursende deutlich seltener abstinent als die übrigen Kursteilnehmer. Nur 20 Prozent der E-Zigaretten-Nutzer waren abstinent, während 39 Prozent der Kursteilnehmer, die keine E-Zigarette genutzt hatten, und 36 Prozent der Nutzer medizinischer Nikotinprodukte (Nikotinplaster, Nikotinkaugummi, Nikotinspray) angaben, abstinent zu sein. Auch wenn man in der statistischen Auswertung berücksichtigt, dass die Nutzer der E-Zigarette stärker abhängig waren und somit eine geringere Erfolgswahrscheinlichkeit für einen Rauchstopp aufwiesen, ist der Unterschied signifikant.

Das Ergebnis zeigt, dass die Nutzung der E-Zigarette als Hilfsmittel in einem strukturierten Gruppenprogramm zum Rauchstopp den langfristigen Erfolg deutlich verringert. Möglicherweise verhindert die Ähnlichkeit im Nutzungsverhalten von Tabakzigaretten und E-Zigaretten die Ausbildung einer stabilen Abstinenzmotivation und das Etablieren eines rauchfreien Lebensstils und begünstigt somit einen Rückfall. Anders als bei den medizinischen Nikotinprodukten gibt es auch keine spezifischen Regeln, wie die E-Zigarette als zeitlich befristete Hilfsmaßnahme konkret eingesetzt und wieder abgesetzt wird.

„rauchfrei plus“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung

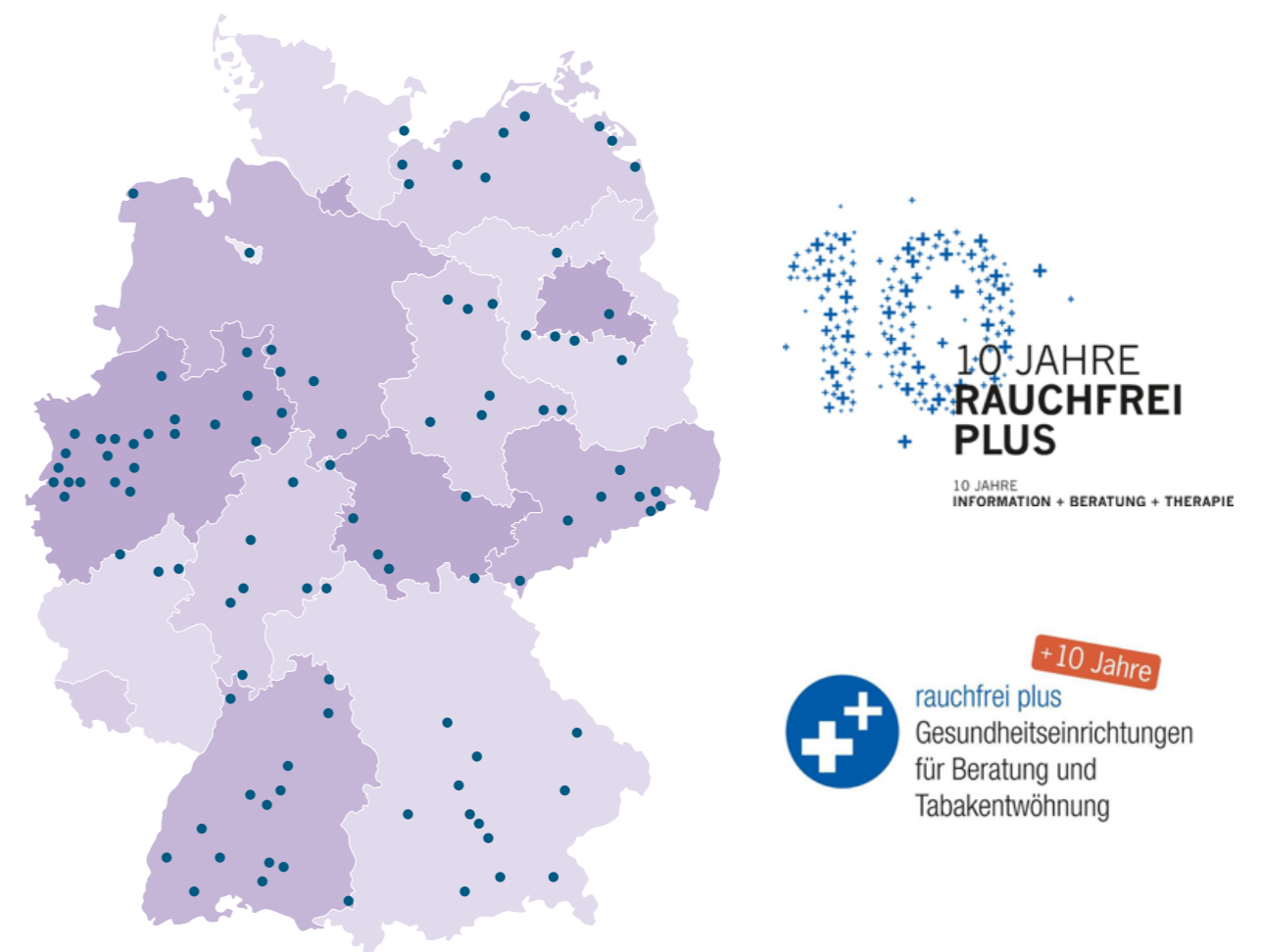
Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNRfK) wurde auf der Grundlage eines Förderprojekts des BMG etabliert. Es leistet mit „rauchfrei plus“ die Beratung und Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen. Das Konzept basiert auf dem Kodex und den Standards des ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services.

Im DNRfK engagieren sich bundesweit etwa 200 Kliniken und Gesundheitseinrichtungen für die Umsetzung der Qualitätsstandards. Schulen für Gesundheitsberufe steht seit 2013 mit dem astra-Programm ein Modul zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung, das schon in der Ausbildung beginnt.

Das Programm wird aktuell um ein innovatives Modul zur Raucherberatung in der Pflege ergänzt. Als Grundlage dienen hier die Konzepte aus dem DNRfK, darunter das „ABC der Raucherberatung“, die Weitervermittlung in eine kostenfreie proaktive Telefonberatung wie das „Fax to Quit“ der BZgA und das Programm „Weniger ist mehr – Rauchfreiberatung von Anfang an“ für die Raucherberatung von Schwangeren. Zur nachhaltigen Entwicklung werden der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung der Akteure in den Pflegeschulen und Gesundheitseinrichtungen im DNRfK unterstützt. Das DNRfK unterstützt darüber hinaus Kliniken und Hebammenschulen bei der Umsetzung.

ABBILDUNG 19:

10 JAHRE „RAUCHFREI PLUS“ – GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FÜR BERATUNG UND TABAKENTWÖHNUNG



Astra-Implementationsforschung

Ein erheblicher Anteil der Mitarbeiter in den Pflegeberufen (etwa 30–40 Prozent) und ein noch größerer Anteil der Auszubildenden (> 50 Prozent) weisen noch immer und entgegen der Entwicklung in der Gesamtbevölkerung einen überdurchschnittlichen Tabakkonsum auf. Um diesem zu begegnen, hat das BMG das Modellprojekt „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ gefördert, das im Zeitraum von April 2013 bis Januar 2015 durchgeführt wurde. In einer Kooperation zwischen dem IFT, dem DNRfK und der Hochschule Esslingen sowie unter Beteiligung pflegeberuflicher Bildungseinrichtungen wurde ein komplexes Interventionsprogramm modellhaft erprobt und erfolgreich evaluiert. Eine Beschreibung des astra-Programms sowie ergebnis- und prozessevaluative Publikationen sind auf der Webseite abrufbar.

<http://www.astra-programm.de>

Das aktuelle Anschlussprojekt „astra-Implementationsforschung“ (Februar 2015 bis September 2016) hat zum Ziel, basierend auf den Ergebnissen des Modellprojekts und den Erkenntnissen der internationalen Implementationsforschung die nachhaltige Verbreitung des astra-Programms vorzubereiten. Konkret werden hierbei vier Bereiche in einem abgestimmten Prozess bearbeitet und wissenschaftlich evaluiert:

- Kompetenzentwicklung: Fortbildung von astra-Trainern und Förderung der Beratungskompetenz in der pflegeberuflichen und hochschulischen Bildung
- Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung: Steigerung des Problembewusstseins bei Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen und deren Bereitschaft, astra zu implementieren
- Unterstützung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite Implementation
- Evidenzgenerierung für und zu Implementationsprozessen

Damit wird in diesem Projekt, das die beruflichen wie akademischen Strukturen und Akteure einer innovativen Pflegebildung integriert, eine bundesweite, nachhaltige und zugleich qualitätsgesicherte Implementierung und Verbreitung einer evidenzbasierten Tabakprävention und -reduktion in Pflegeberufen aufgebaut.

Im Januar 2016 war das astra-Programm „Projekt des Monats“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

<http://www.astra-programm.de>
<http://www.astra-programm.de/news/astra-implementation/>

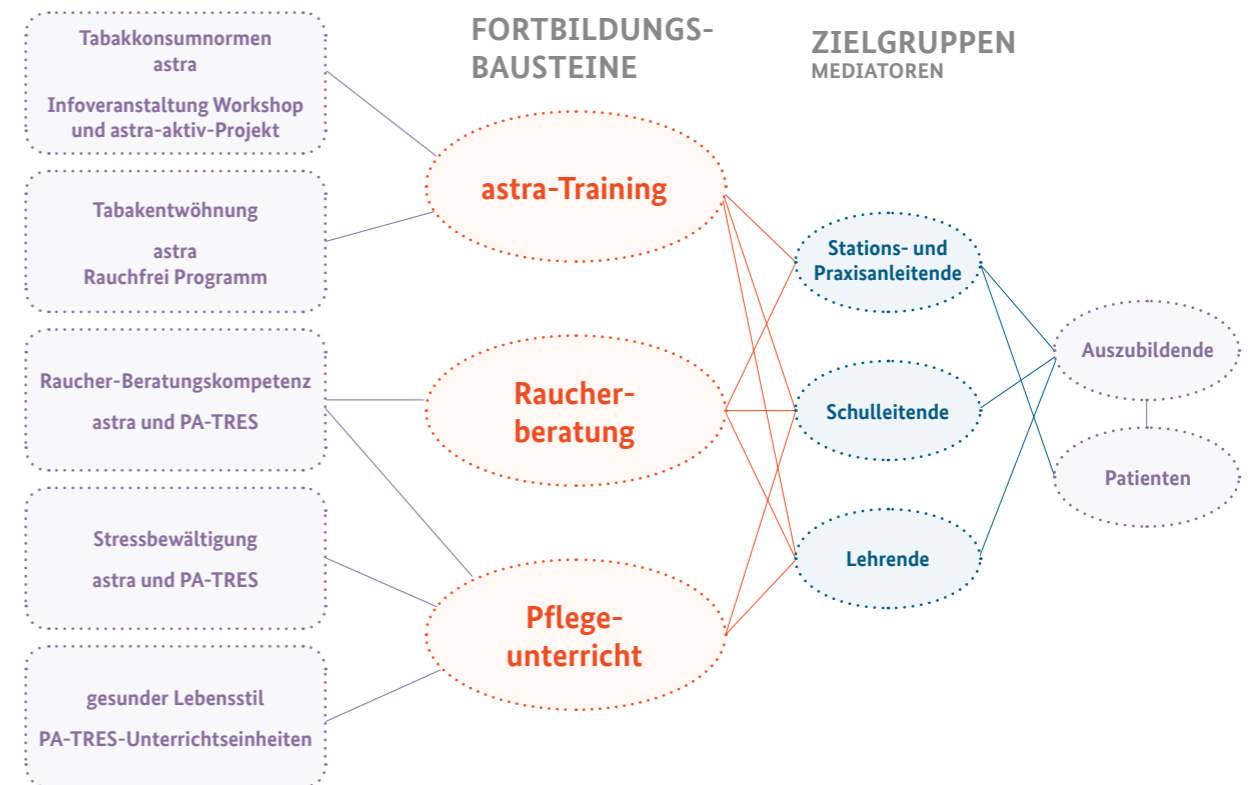
PA-TRES 2 (Verstetigung)

Seit April 2013 förderte das BMG das Projekt „Pflegeausbildung Tabakkonsumprävention und -reduktion“ (PA-TRES), in dessen Rahmen ein Präventionskonzept entwickelt und evaluiert wurde mit dem Ziel, bereits in der Pflegeausbildung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren, einen Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern und Rauchenden den Ausstieg zu erleichtern. Das Konzept wurde gemeinsam mit Auszubildenden und Lehrkräften entwickelt. Kernelement ist ein zwölfstündiges Unterrichtscurriculum, in dem ein gesundheitsförderlicher Lebensstil (Bewegung und Ernährung), Sucht, Raucherberatung und Tabakentwöhnung sowie Stressbewältigung und Burn-out-Prävention im Pflegeberuf thematisiert werden.

Daten von mehr als 400 Pflegeschülern belegen auch in diesem Projekt den deutlich höheren Anteil an Rauchern gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Da ein Zusammenhang zwischen Rauchen und ungesundem Lebensstil, höherem Stresserleben und ungünstigeren Stressbewältigungsstilen gefunden wurde, erscheint es sinnvoll, die PA-TRES-Unterrichtsthemen in Pflegeschulen einzusetzen. Das Ziel des Folgeprojekts „PA-TRES 2“ ist es daher, die PA-TRES-Unterrichtseinheiten in Berufsfachschulen für Pflegeberufe zu verbreiten und die Berufsschullehrenden zu diesen Themen fortzubilden. Während das Parallelprojekt astra schwerpunktmäßig verhältnispräventive Ansätze verfolgt, versteht sich PA-TRES mit seinem Ansatz primär als verhaltenspräventive Maßnahme. Da beide Projekte aus diesen unterschiedlichen Perspektiven erfolgversprechende Techniken beinhalten, werden in das Folgeprojekt beide Qualifizierungskonzepte theoretisch und praktisch integriert (siehe Abb. 20). Beide Projekte werden noch bis September 2016 vom BMG gefördert.

Das PA-TRES-Unterrichtsmaterial ist auf der Homepage vollständig verfügbar. Auch sämtliche Materialien wie

ABBILDUNG 20:
QUALIFIZIERUNGSANGEBOTE VON PA-TRES UND ASTRA



Präsentationen und Arbeitsblätter sind auf Anfrage kostenfrei erhältlich. Um das PA-TRES-Unterrichtskonzept zu verstetigen, wurde im Sommer 2015 eine Train-the-Trainer-Fortbildung für Lehrende an Pflegeberufsfachschulen entwickelt. Dabei geht es um die Vermittlung des theoretischen Hintergrundes, der Inhalte und didaktischen Kompetenzen zur selbstständigen Durchführung des PA-TRES-Curriculums.

Des Weiteren hat sich in Befragungen der Lehrkräfte gezeigt, dass ein hoher Informationsbedarf hinsichtlich der motivierenden Beratung von Pflegeauszubildenden besteht. Auch zu diesem Thema wurde 2015 eine Fortbildung für Lehrkräfte und Praxisanleitende konzipiert, um Pflegeauszubildende zum Rauchstopp zu motivieren. Hierzu werden Techniken der Raucherkurzberatung und des Motivational Interviewing vermittelt.

Die ersten Fortbildungen wurden im Oktober 2015 durchgeführt und evaluiert. Beide Fortbildungen wurden von den Teilnehmern als sehr gut bewertet.

Die Fortbildungen wurden in wesentlichen Teilen planungsgemäß durchgeführt, sodass fast alle Themen angesprochen und fast alle Methoden eingesetzt werden konnten.

Eine dritte Fortbildung für Klinikpersonal und Praxisanleitende zur motivierenden Beratung von rauchenden Patienten wurde im Frühjahr 2016 erstmals in der Fortbildungsakademie des Universitätsklinikums Würzburg erprobt. Diese Fortbildung umfasst zwei mal vier Stunden. Sollte sich dieses Format bewähren, soll es ebenfalls dauerhaft in die Versorgung implementiert werden und auch Pflegeschülern offenstehen.

Über die Projektförderung hinaus sollen die PA-TRES-Fortbildungen über die Strukturen des Zentrums Patientenschulung, der Fortbildungsakademie des Universitätsklinikums Würzburg und des DNRfK verstetigt angeboten werden.

<http://www.pa-tres.de/>

Miteinander Rauchbelastung senken (MIRAS) – Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern

Kinder und Jugendliche sind in einem besonderen Maße durch das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch gefährdet, da sie noch im Wachstum begriffen sind und ihre Organsysteme besonders sensibel reagieren. Etwa die Hälfte aller Kinder in einem Haushalt mit mindestens einem rauchenden Elternteil sind potenziell dem Passivrauch ausgesetzt.

Um die Passivrauchbelastung bei Kindern zu verringern, fördert das BMG das Projekt „Miteinander Rauchbelastung senken“ (MIRAS), bei dem Zugangswege und Aufklärungsmaterialien für die Zielgruppen der sozial Benachteiligten erarbeitet werden sollen. Durchgeführt wird es vom ZIS am UKE in Zusammenarbeit mit der FOGS GmbH in Köln. Die Hauptziele bestehen darin, sozial benachteiligte Eltern mit und ohne Migrationshintergrund zu erreichen, Möglichkeiten der Aufklärung zum Schutz ihrer Kinder vor Passivrauchbelastung zu entwickeln und die Akzeptanz dieser Maßnahmen zu erproben.

An den beiden Standorten Hamburg und Köln werden im Sinne einer partizipativen Konzeptentwicklung sowohl Fachkräfte aus verschiedenen Organisationen (insbesondere aus Migrantenorganisationen, Familienzentren und Einrichtungen des Gesundheitswesens) als

auch Eltern, die rauchen und einen niedrigen sozialen Status aufweisen, in den Erarbeitungsprozess einbezogen. In beiden Städten werden Eltern befragt, die aus Deutschland stammen und keinen Migrationshintergrund haben. Zudem werden in Hamburg Eltern mit einem türkischen Migrationshintergrund und in Köln Eltern mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund einbezogen. In herkunfts- und geschlechterhomonogenen Fokusgruppen werden das Rauchverhalten, das Wissen zu Passivrauchbelastung sowie mögliche Vorgehensweisen erforscht.

In einer zweiten Phase konzentrieren sich die Fokusgruppengespräche darauf, die erarbeiteten Konzepte (Aufklärungsmaterialien und Zugangswege) mit den Eltern zu diskutieren und anschließend entsprechend anzupassen. Die so entwickelten Konzepte werden schließlich mit den beteiligten Fachkräften diskutiert.

Das Ziel ist es, lebenslagebezogene kultur- und genderspezifische Zugangswege und Aufklärungsmaßnahmen zur Verringerung der Passivrauchbelastung von Kindern zu entwickeln. Die jeweiligen Zugangswege und Materialien werden gegen Ende des 18-monatigen Projekts auf ihre Akzeptanz hin überprüft.

<http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/MIRAS-Miteinander-Rauchbelastung-senken/>

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

„rauchfrei“-Kampagne der BZgA für Jugendliche

Mit ihren „rauchfrei“-Kampagnen für Jugendliche und Erwachsene leistet die BZgA einen Beitrag zur Strategie der nationalen Tabakprävention in Deutschland. Wesentliches Ziel der Kampagnen ist es, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern bzw. einen möglichst frühzeitigen Ausstieg aus dem Rauchen zu fördern. Weitere Ziele sind der Schutz von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vor Passivrauch, die Bereitstellung und Bekanntmachung von Hilfsangeboten zum Rauchverzicht sowie die Qualifizierung von Multiplikatoren.

Die „rauchfrei“-Jugendkampagne richtet sich an die 12- bis 17-Jährigen und will bei diesen eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten fördern. Zentrales Element der Jugendkampagne ist die Internetseite www.rauch-frei.info, die altersgerechte Informationen zum Thema Nichtraucher, interaktive Elemente und ein Online-Ausstiegsprogramm zur Verfügung stellt. 2015 wurde die Internetseite über 400.000 Mal besucht, und 454 junge Menschen nahmen am Online-Ausstiegsprogramm teil. Da die Nutzung über mobile Geräte wie Tablets und Smartphones stetig zunimmt, wurde die Internetseite für die mobile Nutzung optimiert.

Im Jahr 2015 wurde erneut ein Online-Fotowettbewerb durchgeführt: Unter dem Motto „Freihändig. Du hast es in der Hand. Zeig uns, wie frei du ohne Zigaretten bist.“ waren die Nutzer aufgerufen, sich aktiv mit den Vorteilen des Nichtrauchens auseinanderzusetzen und kreativ zu werden. Die Besucher der Internetseite konnten die eingereichten Fotos im Zeitraum des Wettbewerbs anschauen und bewerten. Für die ersten zehn Plätze gab es attraktive Preise, und die Gewinnerfotos wurden auf der Wettbewerbsseite veröffentlicht.

Als weitere Onlineaktion wurde im Dezember ein Adventskalender veröffentlicht: Zwei Blogger – ein Junge und ein Mädchen – stellten sich vom 1. bis zum 24. Dezember zwei unterschiedlichen Aufgaben: Benedikt wollte mit dem Rauchen aufhören und beschrieb seine Schwierigkeiten und Erfolgserlebnisse, während seine Freundin Andrea, selbst Nichtraucherin, ihn dabei un-

terstützte. Beide präsentierten ihre Projekterfahrungen in Form von Texten, Videos und Bilderstreifen.

Des Weiteren hält die BZgA verschiedene Materialien für Jugendliche und Multiplikatoren vor, darunter die Broschüren „Rauchfrei durchs Leben“ mit allgemeinen Informationen zum Rauchen und die Broschüre „Schluss mit Rauchen“ für ausstiegsbereite Jugendliche, die dazu anregt, das eigene Rauchverhalten zu überdenken, den Ausstieg zu planen und erfolgreich durchzuführen. Beide Broschüren wurden im Jahr 2015 insgesamt über 80.000 Mal verteilt. Zudem stehen weitere themenspezifische Infomaterialien zur Verfügung, so etwa der Flyer „Vorsicht Wasserpfeife“, von dem im Jahr 2015 knapp 70.000 versandt wurden.

Zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen werden u. a. die Leitfäden „Förderung des Nichtrauchens in Berufsbildenden Schulen“ und „Schülermentoren zur Förderung der rauchfreien Schule“ angeboten (im Jahr 2015 wurden insgesamt über 1.300 Exemplare verteilt).

Im Rahmen der personalen Kommunikation ist das Setting Schule eines der wichtigsten Handlungsfelder zur Vermittlung der Kampagnenbotschaften. Auf dieser Ebene werden unterschiedliche Aktionen durchgeführt, darunter die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ (siehe Kapitel A.1.2) oder der „KlarSicht“-Mitmachparcours zu Tabak und Alkohol“. Auch der Klassenwettbewerb „Be Smart – Don't Start“, der von der BZgA gefördert wird, ist in diesem Zusammenhang zu nennen.

Be Smart – Don't Start

Nur wenige Präventionsprojekte werden bereits so lange erfolgreich durchgeführt wie der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen „Be Smart – Don't Start“. Seit dem Schuljahr 1997/98 motiviert er Jugendliche in ganz Deutschland zu einem rauchfreien Leben und hat mittlerweile in vielen Schulen einen festen Platz im Stundenplan gefunden. Im Schuljahr 2015/16 haben sich insgesamt 7.512 Schulklassen mit rund 200.000 Schülern angemeldet und bekennen damit: Wir sind rauchfrei!



Jugendliche darin zu bestärken, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen, ist das Ziel des bundesweiten Wettbewerbs. Seit 19 Jahren vermittelt er Schülern erfolgreich, dass Nichtrauchen der bessere Lebensstil ist. So hat er wohl mit dazu beigetragen, dass heute deutlich weniger Jugendliche rauchen als noch vor zehn Jahren.

Trotz dieses Erfolges ist kontinuierliche Aufklärung wichtig. Neue Produkte wie E-Zigaretten und E-Shishas drängen auf den Markt und können Jugendliche dazu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen – bei „Be Smart – Don't Start“ werden diese Trends und Themen aufgegriffen und Jugendliche darin gestärkt, Nein zu jeglicher Form von Zigaretten und Nikotin zu sagen. Im Schuljahr 2015/16 fand der Wettbewerb vom 16. November 2015 bis zum 29. April 2016 statt. Klassen, die bis April 2016 rauchfrei blieben, nahmen an einer Verlosung teil. Als bundesweiter Hauptpreis winkte eine Klassenfahrt im Wert von 5.000 Euro. In einzelnen Bundesländern wurden zudem weitere Geld- und Sachpreise vergeben. Auch Klassen, die zum wiederholten Mal am Wettbewerb teilnahmen oder mit besonders kreativen Ideen das Thema Nichtrauchen im Un-



Das Logo „Be Smart – Don't Start“ ist im Besitz des Transport for London und ein eingetragenes Warenzeichen

terricht umsetzen, konnten bis zu 5.000 Euro gewinnen.

Der Wettbewerb wird vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert, mit Kooperationspartnern in den Bundesländern umgesetzt und u. a. von der BZgA, der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Herzstiftung, der AOK und der Deutschen Lungenstiftung gefördert.

„rauchfrei“-Kampagne der BZgA für Erwachsene

Die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne beinhaltet als zentrales Element eine umfangreiche Informationsplattform im Internet. Das Portal www.rauchfrei-info.de bietet neben Informationen zum Rauchen, Passivrauchen und Rauchstopp sowie zu den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz auch ein Online-Ausstiegsprogramm. Das Angebot beinhaltet des Weiteren Informationen zu E-Zigaretten, deren Konsum sich in den letzten Jahren verbreitet hat. Die Internetseite konnte im Jahr 2015 erneut einen Besucherzuwachs verbuchen. Sie wurde im Laufe des Jahres mehr als eine Million Mal aufgerufen. Die Verweildauer auf der Internetseite ist mit durchschnittlich über sieben Minuten sehr hoch. Insbesondere das Forum, in dem sich die Nutzer rund um das Thema Nichtrauchen austauschen können, erfreut sich weiterhin zunehmender Beliebtheit. Die Startseite des Forums wurde im Jahr 2015 knapp zwei Millionen Mal aufgerufen.

Zum Erfolg des Forums tragen auch die „Rauchfrei-Lotsen“ bei. Sie haben den Rauchstopp bereits hinter sich und kennen daher mögliche Hürden auf dem Weg dorthin sehr gut. Mit dieser Erfahrung sind sie als Mentoren online auf www.rauchfrei-info.de aktiv, wo sie andere beim Rauchausstieg beraten und unterstützen. Hierfür wurden sie zuvor von der BZgA geschult. Das „Rauchfrei-Lotsen“-Projekt wurde im Jahr 2015 weiterentwickelt und ausgebaut. Einmal pro Woche haben die Nutzer der Internetseite zudem die Möglichkeit, an einem professionell betreuten „rauchfrei“-Chat teilzunehmen.

Zur Förderung des Rauchstopps bietet die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne außerdem vielfältiges kostenloses Informationsmaterial, so etwa die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ und den „Kalender für die ersten 100 Tage“, die sich u. a. auch im „rauchfrei“-Startpaket

befinden. Die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ wurde im Jahr 2015 knapp 100.000 Mal verteilt, das Startpaket wurde über 36.000 Mal versandt. Neben den Materialien für ausstiegswillige Raucher werden im Rahmen der Kampagne auch zahlreiche Materialien für Multiplikatoren, beispielsweise Fachkräfte im Gesundheitswesen, zur Verfügung gestellt.

Die im Jahr 2014 produzierten Hörfunkspots wurden auch im Jahr 2015 von Radiosendern ausgestrahlt und sprechen unterschiedliche Zielgruppen von Rauchern an.



Das „rauchfrei“-Startpaket der BZgA

Das webbasierte Online-Ausstiegsprogramm begleitet auf www.rauchfrei-info.de ausstiegswillige Raucher bei ihrer Tabakentwöhnung. Im Rahmen dieser Ausstiegsgestützung erhalten die Teilnehmer über einen Zeitraum von mindestens 24 und maximal 31 Tagen – dies richtet sich nach der selbstgewählten Dauer der Vorbereitungszeit vor dem Rauchstopp – E-Mails mit Empfehlungen und Tipps. Darüber hinaus haben die Teilnehmer die Möglichkeit, auf ihr persönliches „Konto“ im Rahmen des Ausstiegsprogramms zuzugreifen und dort weiterführende Informationen zu beziehen und beispielsweise Angebote wie das Erfolgsdiagramm zu nutzen.

Im Jahr 2015 haben sich über 13.000 Menschen beim Online-Ausstiegsprogramm angemeldet. Eine Befragung zur Wirksamkeit des Online-Ausstiegspro-

gramms hat gezeigt, dass sich knapp 60 Prozent der Programmteilnehmer, die an der Befragung teilnahmen (n = 843), als rauchfrei bezeichnen – und das sechs Monate, nachdem sie das Programm beendet hatten. Sogar wenn man alle Programmteilnehmer, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, als Raucher wertet, ergibt sich noch eine Abstinenzquote von 9,3 Prozent nach sechs Monaten (Intention-to-Treat-Analyse).

<http://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm/>

Telefonberatung zur Rauchentwöhnung

Unter der kostenfreien Servicenummer 0800 8313131 bietet die BZgA montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr und freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr eine telefonische Beratung zum Nichtrauchen an. Neben der Beantwortung allgemeiner Fragen zum Rauchen und insbesondere zum Rauchstopp erhalten Interessierte auch individuelle Beratung und persönliche Tipps, die beim Rauchstopp helfen können. Sie können BZgA-Medien zum Rauchstopp anfragen und sich über Kursangebote in der Nähe informieren. Anrufer, die mit dem Rauchen aufhören möchten, haben auch die Möglichkeit, eine proaktive Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei werden sie auf Wunsch im ersten Monat nach ihrem Rauchstopp bis zu fünf Mal kostenfrei von den Beratern zurückgerufen. Im Jahr 2015 wurden 11.580 eingehende Anrufe verzeichnet und rund 800 proaktive Beratungsgespräche geführt.

Die BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung wird kontinuierlich evaluiert und bietet ausstiegswilligen Rauchern somit eine wirksame Unterstützung bei der Umsetzung des Rauchstopps.

**TELEFONBERATUNG ZUR
RAUCHENTWÖHNUNG:**

0800 8313131

3

Medikamente

1 SITUATION
IN DEUTSCHLAND

Medikamente sind ein unerlässlicher Bestandteil medizinischer Therapien. Einige Medikamente besitzen jedoch ein oftmals unterschätztes Abhängigkeitspotenzial. Hierzu zählen vor allem Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel. Werden sie nicht bestimmungsgemäß und über einen zu langen Zeitraum eingenommen, so kann sich daraus unbemerkt eine Suchterkrankung entwickeln. Ein besonderes Problem stellt dies für Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter dar. Vor allem die meistverschriebenen Schlafmittel, Benzodiazepine, können bei einer Langzeitverschreibung zu nachlassender Gedächtnisleistung und nachlassenden körperlichen Energien führen. Auch Stürze können vermehrt auftreten. Durch zahlreiche jüngere Studien ist belegt, dass die dauerhafte Einnahme von Sedativa auch die Entwicklung von Demenz fördern kann. Eine Medikamentenabhängigkeit steht somit einem gesunden Altern entgegen.

Eine wichtige Orientierungshilfe für einen angemessenen Einsatz dieser Medikamente in der medizinischen Versorgung ist die sogenannte 4K-Regel:

- klare Indikation (Verordnung nur bei klarem Grund der medikamentösen Therapie und bei Aufklärung über das bestehende Abhängigkeitspotenzial)
- korrekte Dosierung (Verschreibung kleinster Packungsgrößen; für die Krankheit angezeigte Dosierung)
- kurze Anwendung (Dauer der Behandlung mit Patienten vereinbaren, sorgfältige Überprüfung der Weiterbehandlung)

- kein abruptes Absetzen (zur Vermeidung von Entzugserscheinungen soll die Behandlung nach und nach mit niedrigeren Dosierungen langsam abgesetzt werden)

Schätzungen, wie viele Menschen in Deutschland tatsächlich medikamentenabhängig sind, gehen weit auseinander. Dies liegt vor allem daran, dass eine Medikamentenabhängigkeit schwer zu erheben ist. Sie unterscheidet sich von anderen Suchtproblematiken und geht oft nur mit einer schleichenden Dosissteigerung einher. Bisherige Studien gingen davon aus, dass 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland von Medikamenten abhängig sind. Während der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2012 von 2,3 Millionen Menschen in Deutschland ausgeht, die von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig sind, nennt der Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (RKI) eine Zahl von etwa 1,3 Millionen Betroffenen. Die deutlich differierenden Zahlen sind vor allem auf die unterschiedlichen Methoden bei der Erhebung zurückzuführen.

Unabhängig von der Datenlage ist es jedoch wichtig, eine breite gesellschaftliche Debatte über die Prävention von Medikamentenabhängigkeit zu führen. Hierfür sind weitere Grundlagen zu erarbeiten, weshalb das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Projekte zum Thema „Benzodiazepine und Z-Substanzen“ fördert. Die Ergebnisse aus den Projekten werden im Herbst 2016 vorliegen.

»Ein Medikament kann als wirksam bezeichnet werden, wenn dessen Begleiterscheinungen die Gesundheit weniger gefährden, als die Krankheitsursache.«

*(Daniel Mühlemann, *1959: Naturfotograf, Aphoristiker und Übersetzer)*

2 PROJEKTE

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten

Benzodiazepine sind aufgrund ihres Wirkspektrums und ihrer guten Dosierbarkeit wirksame Arzneimittel bei unterschiedlichen Indikationen. Eine langfristige Verschreibung und Einnahme kann auch im Niedrigdosisbereich zur Ausbildung einer Abhängigkeit führen und das Auftreten von Nebenwirkungen wahrscheinlich machen.

Im Rahmen seines Aktionsplans Arzneimittelsicherheit (AMTS) fördert das BMG bis Mitte 2016 das Projekt „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“. Es wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) und vom Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

Das erste Teilprojekt wurde bereits erfolgreich abgeschlossen. Um die Ursachen und Gründe der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu ermitteln, wurden 288 Patienten mit leitliniengerechter und 221 Patienten mit leitlinienabweichender Verschreibung quantitativ befragt. Zudem wurden vertiefende Einzelinterviews mit den Patienten und Ärzten geführt. Es zeigte sich, dass Patienten mit leitlinienabweichenden Verschreibungen älter und zu einem größeren Anteil pflegebedürftig sind. Sie nehmen vermehrt sogenannte Z-Substanzen (v. a. Zopiclon) ein. Schlafstörungen sind der Hauptgrund für Verschreibungen in dieser Gruppe. Bei Patienten mit leitliniengerechten Verordnungen kommen psychische Symptome (Unruhe, Ängste, Depressionen) hinzu. Für beide Gruppen ist der Hauptverordner der Hausarzt.

Die durchgeführten Fokusgruppen, je eine mit Patienten, Ärzten, Apothekern und Mitarbeitern der Altenhilfe, verdeutlichen unterschiedliche Sichtweisen und Erwartungshaltungen. Während sich die Patienten von der Ärzteschaft nicht ausreichend aufgeklärt fühlen,

erwarten die Ärzte, dass sich die Betroffenen eigenständig informieren (z. B. über den Beipackzettel). Die Apotheker sehen sich in der Verantwortung, die Patienten aufzuklären, ohne jedoch in Konkurrenz zu den behandelnden Ärzten treten zu wollen. Die Altenhilfe dagegen sieht ihre Aufgabe darin, darauf zu achten, dass die Patienten ihre Medikamente entsprechend der Verschreibung einnehmen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt/Apotheker und Patient notwendig ist. Genau hiermit beschäftigt sich das zweite, noch nicht abgeschlossene Teilprojekt, in dessen Rahmen auf der Basis der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) eine Strategie zur Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient entwickelt und evaluiert werden soll.

Dieses Teilprojekt besteht aus drei Phasen:

1. der Entwicklung einer ärztlichen Fortbildung und der Erstellung von Patienteninformationen,
2. der Durchführung mehrerer ärztlicher Schulungen in zwei Bundesländern und
3. einer Evaluation der ärztlichen Schulung und der dazugehörigen Patienteninformationen.

In der ersten Phase wurden eine ärztliche Schulung und dazugehörige Materialien zur Risikokommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch auf der Basis der PEF erarbeitet. Es wurde ein Schulungskonzept entwickelt, das die Verschreibungs- und Einnahmeproblematik von Benzodiazepinen/Z-Substanzen thematisiert und eine Lösungsstrategie für eine adäquate Medikation bietet. Wichtig sind dabei die Kommunikation der Risiken und der aktive Einbezug des Patienten in den Entscheidungsprozess. Weiterhin wurden Materialien entwickelt, die bei der ärztlichen Schulung praktisch ausprobiert werden sollen: eine lange Version der Entscheidungshilfe, die den Fokus auf verschiedene Behandlungsoptionen sowie deren Vor- und Nachteile legt und dem Patienten (bzw. seinen Angehörigen) mitgegeben werden soll, und eine kurze Version für die Verwendung im Arzt-Patienten-Gespräch.

In der zweiten Phase werden mehrere ärztliche Schulungen zur Risikokommunikation unter Berücksichtigung der PEF und der Patientenaufklärung durchgeführt. Jeder Schulungstermin der Ärzte dauert 240 Minuten und besteht aus theoretischem Input, einem praktischen Teil und einer abschließenden Evaluation.

In der dritten Phase findet die Evaluation der ärztlichen Schulungen statt, die in Form einer Prä-Post-Befragung und einer dreimonatigen Follow-up-Erhebung der teilnehmenden Ärzte durchgeführt wird. Auch die Patienten werden zu zwei Zeitpunkten befragt.

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

Das Frauengesundheitsportal und das Männergesundheitsportal der BZgA

Seit Juni 2014 stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf ihren Onlineportalen qualitätsgesicherte Informationen zum Thema Medikamente zur Verfügung. Damit bietet die BZgA eine zusätzliche Hilfestellung für ratsuchende Frauen und Männer. Sie will über einen verantwortungsbewussten Umgang mit Medikamenten informieren und so dazu beitragen, der Abhängigkeit und dem Missbrauch von Arzneimitteln vorzubeugen.

Neben Antworten auf allgemeine Fragen, beispielsweise zur richtigen Lagerung von Medikamenten, erhalten Interessierte über die Gesundheitsportale auch verlässliche Informationen über Wirkstoffe mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial sowie über Alternativen zur Einnahme von Medikamenten. All diese Informationen ersetzen jedoch keinesfalls die Behandlung durch einen Arzt und die Beratung durch einen Apotheker.

Zudem geben die Portale Auskunft darüber, worauf Frauen und Männer im Gespräch mit medizinischem Personal zur Einnahme von Medikamenten achten sollten. Verständlich erklärte Leitsätze aus der ärztlichen Praxis wie die „4K-Regel“ (siehe Kapitel A.3.1) sollen Interessierten helfen, sich im ärztlichen Gespräch besser zu orientieren, und sie dazu ermutigen, Aufklärung über mögliche Risiken einzufordern.

Die Internetportale zur Frauen- und Männergesundheit der BZgA gehen insbesondere auch auf die geschlechtsspezifischen Besonderheiten hinsichtlich

der Medikamentennutzung ein. So verweist das Frauengesundheitsportal darauf, dass vor allem Frauen in verschiedenen Lebensphasen – etwa in der Schwangerschaft – besondere Risiken bei der Einnahme von Medikamenten berücksichtigen müssen. Darüber hinaus bestehen auch bei der Verschreibung von Arzneimitteln und bei der Arzneimittelabhängigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede. Schätzungen gehen von 1,5 bis 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Personen in Deutschland aus. Zwei Drittel der Arzneimittelabhängigen sind Frauen, wobei Frauen im höheren Lebensalter in besonderem Maße betroffen sind.

Das Männergesundheitsportal wiederum legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Themen „Medikamentenmissbrauch am Arbeitsplatz“ und „Hirndoping“. Der Begriff Hirndoping („pharmakologisches Neuro-Enhancement“ oder auch *cognitive enhancement*) bezeichnet den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen durch Gesunde, die solche Mittel einnehmen, um die geistige Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Das Männergesundheitsportal gibt hier insbesondere zu den möglichen Nebenwirkungen einen zusammenfassenden Überblick.

Über weiterführende Verlinkungen zu Broschüren und interaktiven Angeboten, einen detaillierten Quellenachweis und ein Glossar für Begriffserklärungen können sich die Nutzer der Portale noch näher informieren.

<http://www.frauengesundheitsportal.de/>

<http://www.maennergesundheitsportal.de/>

»Entweder ist gerade ein grünes Zebra in meinen Kleiderschrank gekrochen und singt jetzt die Nationalhymne oder das waren gar keine Kopfschmerztabletten.«

4

Illegale Drogen

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND ALLGEMEIN

Der regelmäßige Konsum illegaler Drogen kann zu einer Abhängigkeit führen, die in aller Regel mit weiteren gesundheitlichen Folgen einhergeht. Insbesondere der intravenöse Konsum von Opioiden birgt ein hohes Risiko für Infektionen mit HIV- und Hepatitis-Erregern, die ebenso wie die vielfältigen psychischen Folgen des Drogenkonsums einer weiterführenden Behandlung bedürfen. Hinzu kommen schwerwiegende soziale Folgen: Die von illegalen Drogen abhängigen Menschen sind stark auf die Beschaffung und den Konsum ihrer Droge fixiert und vernachlässigen daher ihre sozialen Kontakte und Aktivitäten.

Obwohl der riskante Gebrauch von Suchtmitteln wie Alkohol oder psychoaktiven Medikamenten sowie der Konsum von Tabak deutlich weiter verbreitet sind, stellt auch der Gebrauch illegaler Drogen – abhängig von der Regelmäßigkeit und der Menge des Konsums – ein bedeutendes Mortalitätsrisiko dar. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt der Drogenkonsum in Ländern mit einem hohen Volkseinkommen zu den zehn wichtigsten Risikofaktoren für durch Krankheit verlorene Lebensjahre. Im Jahr 2015 verzeichnete die Kriminalitätsstatistik 1.126 Drogentote in Deutschland. Obgleich die Zahl der Drogentoten damit niedriger liegt als zu Beginn der 2000er-Jahre, besteht weiterhin Grund zur Aufmerksamkeit: Fortlaufend werden neuartige, zumeist chemische Substanzen entwickelt, um das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zu umgehen. Durch den Anschein der Legalität kommen so vermeintlich harmlose Drogen mit ungewissen Folgen für die Konsumenten in Umlauf. Auch Varianten bereits bekannter illegaler Drogen führen zu neuen Problemlagen: Die unter dem Namen „Crystal Meth“ bekannte Substanz, ein Stimulans aus der Gruppe der Amphetamine, dessen Konsum schwerwiegende

körperliche und psychische Folgen verursacht, stellt die Einrichtungen der Suchthilfe besonders in den Grenzregionen zu Tschechien vor neuartige Herausforderungen.

i

ILLEGALE DROGEN

Der Konsum von Substanzen mit bewusstseinsverändernder Wirkung (psychotrope oder psychoaktive Substanzen) unterliegt zum Teil strengen gesetzlichen Beschränkungen, etwa dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das den Umgang mit Betäubungsmitteln regelt. Es begrenzt den legalen Einsatz einiger dieser Substanzen auf medizinisch-therapeutische Anwendungen, etwa in der Schmerzmedizin, und verbietet andere Substanzen grundsätzlich. Dem BtMG unterliegen Opiode wie Morphin und Heroin, Kokain, Cannabis (Marihuana, Haschisch), Stimulanzien (wie Amphetamine) und Halluzinogene (etwa LSD). Epidemiologisch wird die Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen über repräsentative Bevölkerungsbefragungen gemessen. Dabei wird unterschieden, ob die Befragten mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz, Drogenerfahrung), in den zwölf Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz, aktueller Konsum) oder mehr als zehnmal innerhalb der letzten zwölf Monate (regelmäßiger Konsum) Drogen konsumiert haben. Missbrauch und Abhängigkeit werden über das Münchener Composite International Diagnostic Interview erfasst. Da es sich beim Konsum illegaler Drogen um ein strafrechtlich relevantes Verhalten handelt, ist die Aussagekraft von Selbstauskünften eingeschränkt. Dennoch sind Befragungen die einzige Möglichkeit, einen bevölkerungsweiten Überblick über die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen zu erhalten.

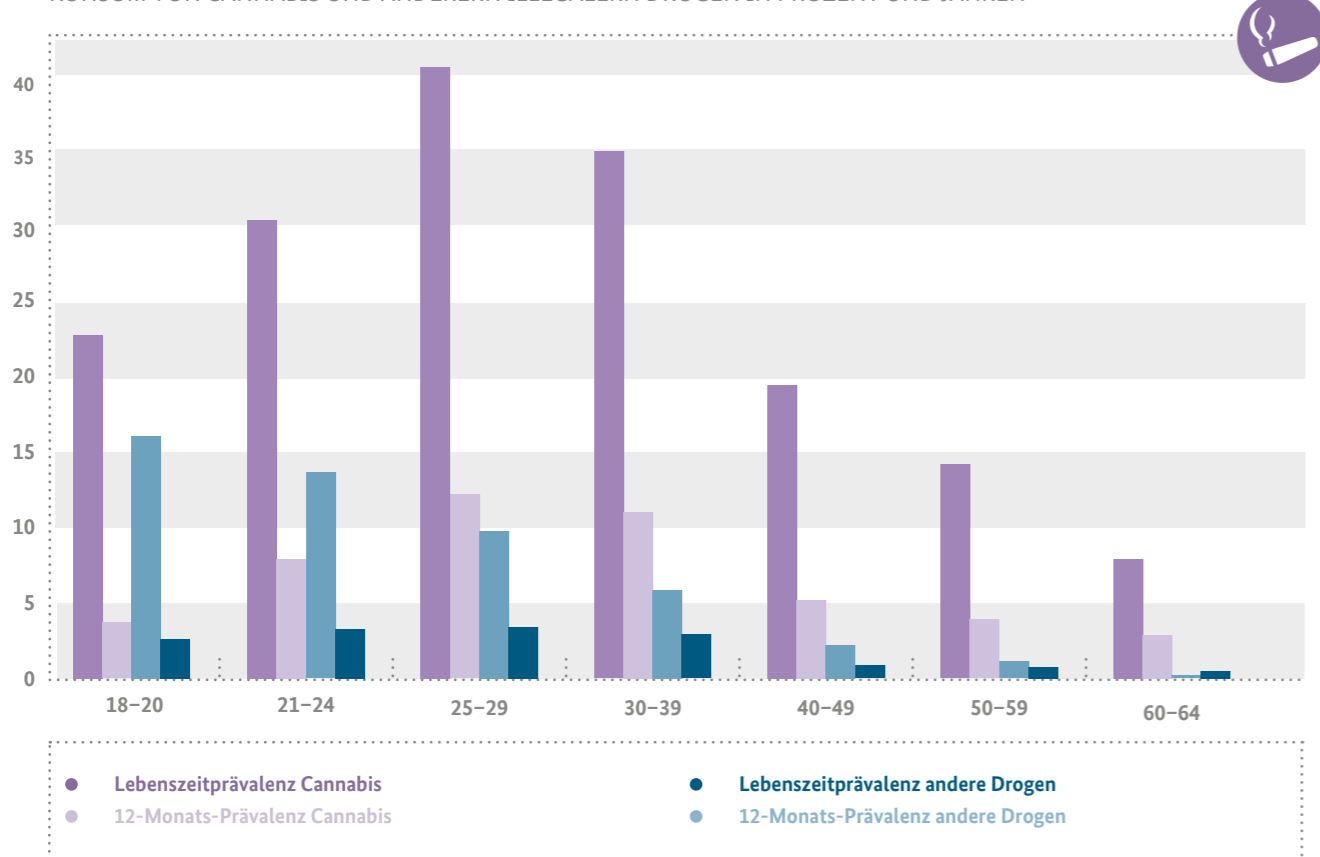
GEBRAUCH ILLEGALER DROGEN

Repräsentative Daten zum Gebrauch illegaler Drogen liefern vor allem zwei regelmäßige Erhebungen: die Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; Alter: 12 bis 25 Jahre) sowie der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) des Instituts für Therapieforschung (IFT; Alter: 18 bis 64 Jahre). Nach der Auswertung der BZgA-Studie haben 10,2 Prozent der Jugendlichen und 34,7 Prozent der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert. Die ESA-Zahlen zeigen für die Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) im Jahr 2012 eine Lebenszeitprävalenz von 23,9 Prozent. Die Häufigkeit von Missbrauch oder Abhängigkeit liegt in der erwachsenen Bevölkerung bei 1 Prozent in Bezug auf Cannabis und deutlich unter 1 Prozent in Bezug auf andere illegale Drogen. Beide Datenquellen zeigen übereinstimmend, dass der Gebrauch illegaler Drogen bei Männern weiter

verbreitet ist als bei Frauen und mit dem Ende des jungen Erwachsenenalters stark zurückgeht. Zudem macht der Konsum von Cannabis den überwiegenden Anteil des illegalen Drogenkonsums in Deutschland aus. Andere illegale Drogen wie Kokain oder Heroin werden vergleichsweise selten konsumiert. Sie werden daher in den folgenden Betrachtungen zu einer Gruppe zusammengefasst (sogenannte andere illegale Drogen).

Im Jahr 2015 gaben nach Angaben der BZgA 11,2 Prozent der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen und sogar 41,9 Prozent der 18- bis 25-jährigen Männer an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Bei den Frauen lagen die Lebenszeitprävalenzen mit 8,2 Prozent unter Jugendlichen und 26,6 Prozent bei jungen Erwachsenen deutlich darunter. Bei den meisten drogengebrauchenden Personen bleibt es bei einem einmaligen oder allenfalls gelegentlichen

ABBILDUNG 21:
KONSUM VON CANNABIS UND ANDERERN ILLEGALERN DROGEN IN PROZENT UND JAHREN



Erläuterung: in Prozent und Jahren
Quelle: BZgA, 2016

Konsum. So geben vergleichsweise wenige Befragte an, auch in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben: 20,6 Prozent der 18- bis 25-jährigen Männer und 9,7 Prozent der gleichaltrigen Frauen.

Der einmalige oder regelmäßige Konsum anderer illegaler Drogen ist in allen Altersgruppen deutlich seltener. Auch bei diesen Drogen wird der Konsumhöhepunkt erst im jungen Erwachsenenalter, also nach der Adoleszenz, erreicht.

ZEITLICHE ENTWICKLUNG

Der Blick auf die Lebenszeitprävalenzen verdeutlicht, dass Menschen in höheren Altersgruppen seltener von Drogen Erfahrungen berichten als die in jüngeren. Dies deutet darauf hin, dass die Probierbereitschaft in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen ist. Zeitreihen der BZgA bestätigen diesen Trend: Bis 2004 haben vor allem die Erfahrungen mit Cannabis deutlich zugenommen. Damit korrespondiert, dass sich die Anteile regelmäßig Cannabis konsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener in den 1990er-Jahren auf einem Höchststand befanden, in den Folgejahren jedoch wieder rückläufig waren.

Zwischen 2004 und 2011 sind sowohl bei den 12-Monats-Prävalenzen als auch beim regelmäßigen Konsum im Zeitverlauf nur geringfügige Veränderungen zu verzeichnen. 2012 zeichnete sich bei beiden Indikatoren ein Wiederanstieg der Konsumprävalenzen ab, der weiter zu beobachten ist.

Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die Konsumprävalenzen bei den 12- bis 17-Jährigen waren verglichen mit dem Jahr 2004 lange Zeit rückläufig. Bei den 18- bis 25-Jährigen waren in den letzten 15 Jahren keine statistisch bedeutsamen Veränderungen zu verzeichnen. In der Erhebung des Jahres 2012 zeigte sich insbesondere bei jungen Männern wieder eine ansteigende Tendenz, die sich 2014 fortsetzte. Während also der frühe Konsum im Jugendalter seltener geworden ist, hat in der Hauptkonsumentengruppe der jungen Erwachsenen der Anteil jener, die gelegentlich oder regelmäßig Cannabis konsumieren, nicht abgenommen.

Festzuhalten bleibt, dass sich der Gebrauch illegaler Drogen besonders bei Erwachsenen auf einen kleinen Konsumentenkreis beschränkt. Die meisten drogengebrauchenden Personen geben ihren Konsum mit dem Ende des jungen Erwachsenenalters auf. Bei einem Teil der Konsumierenden mündet der Gebrauch illegaler Drogen aber auch in eine manifeste Suchterkrankung und zieht dann häufig eine langjährige Drogenbiografie nach sich. Besondere Bemühungen zur Prävention und Therapie konzentrieren sich eher auf Jugendliche und junge Erwachsene. In diesen Altersgruppen erfolgt die Herausbildung jener problematischen Konsummuster, die sich relevant im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen niederschlagen. Jungen und junge Männer müssen dabei als stärker gefährdet angesehen werden, denn sie neigen nicht nur häufiger, sondern auch regelmäßiger zum Konsum illegaler Drogen.

In den letzten Jahren waren die deutsche Drogenpolitik und Suchtprävention einem sukzessiven Wandel unterworfen. Elemente der Schadensminimierung, von Empowerment und Ressourcenförderung sowie von akzeptierender Drogenarbeit werden heute stärker berücksichtigt. Im Jahr 2012 wurde die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik durch den Bundestag verabschiedet. Darin bekennt sich die Bundesregierung zu einer Drogen- und Suchtpolitik, die auf den vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung sowie Repression beruht. Insbesondere durch den Bereich der Schadensminimierung erkennt die Nationale Strategie an, dass für einen Teil der Konsumenten das Ziel der vollständigen Abstinenz kurz- und mittelfristig nicht erreichbar ist. Ansätze wie die Substitutionsbehandlung, Safer Use, Drogenkonsumräume und Spritzen-tauschprogramme finden heute breite Anerkennung und tragen dazu bei, Konsumenten aufzuklären und Suchtkranke gesundheitlich und sozial zu stabilisieren. Im Bereich Prävention engagiert sich die BZgA als ein zentraler Akteur. Mit Angeboten wie „drugcom.de“ oder „Quit the Shit“ (siehe Kapitel A.4.4) richtet sich die BZgA über das Internet an die Konsumenten, um einen reflektierenden Umgang mit dem eigenen Drogengebrauch zu fördern.

DROGENKONSUMRÄUME

Drogenkonsumräume sind Einrichtungen, die die Ausstattung für einen risikominimierenden, meist intravenösen Konsum von illegalen Drogen bereitstellen. Dies beinhaltet zum Beispiel die Abgabe von sterilem Spritzbesteck und die Ausgabe von Pflastern, Tupfern oder sterilen Einweghandschuhen.

Um Infektionen mit Krankheiten durch unsauberen Drogenkonsum zu verhindern, geben Drogenkonsumräume den Konsumenten die Möglichkeit, vor dem Spritzen der Drogen ihre Hände und Unterarme gründlich zu waschen und zu desinfizieren. Der Besitz der mitgebrachten Substanz zum Eigenverbrauch wird passiv geduldet, er ist damit Bestandteil der akzeptierenden Drogenarbeit.

ABBILDUNG 22:

DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND – ALLE STANDORTE

HAMBURG: 5

21073 Hamburg
20097 Hamburg
20099 Hamburg
22767 Hamburg
22765 Hamburg

NIEDERSACHSEN: 1

30161 Hannover

NORDRHEIN-WESTFALEN: 10

40233 Düsseldorf
33602 Bielefeld
53115 Bonn
42103 Wuppertal
48155 Münster
44137 Dortmund
53840 Troisdorf
44787 Bochum
50667 Köln
45127 Essen

SAARLAND: 1

66123 Saarbrücken

BERLIN: 2

10999 Berlin
10559 Berlin

HESSEN: 4

60329 Frankfurt a. M.
60329 Frankfurt a. M.
60329 Frankfurt a. M.
60314 Frankfurt a. M.

Quelle: <http://drogenkonsumraum.net/standorte>

TABELLE 03:

DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND – ALLE STANDORTE

	PLZ Ort	Straße	Link
Berlin			
Fixpunkt Berlin (SKA)	10999 Berlin	Reichenberger Str. 131	www.fixpunkt-berlin.de/index.php?id=41
Vista-Birkenstube	10559 Berlin	Birkenstr. 51	www.vistaberlin.de/index.php?id=46
Hamburg			
Freiraum Hamburg e.V. ABRIGADO	21073 Hamburg	Schwarzenbergstr. 74	www.freiraum-hamburgev.de
Jugendhilfe e.V. DROB INN	20097 Hamburg	Besenbinderhof 71	www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-3.html
ragazza e.V.	20099 Hamburg	Brennerstr. 19	www.ragazza-hamburg.de
Jugendhilfe e.V. STAY ALIVE	22767 Hamburg	Virchowstr. 15	www.jugendhilfe.de/stay-alive.de/index.html
Jugend hilft Jugend – Kobrobs Altona	22765 Hamburg	Hohenesch 13–17	www.de.jugend-hilft-jugend.de/verein/kobrobs/index.php
Hessen			
AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. La Strada	60329 Frankfurt a. M.	Mainzer Landstr. 93	www.frankfurt-aidshilfe.de/
Integrative Drogenhilfe e.V. NIDDASTRASSE	60329 Frankfurt a. M.	Niddastr. 49	www.idh-frankfurt.de
Drogennotdienst ELBESTRASSE	60329 Frankfurt a. M.	Elbestraße 38	www.jj-ev.de
Integrative Drogenhilfe e.V. EASTSIDE	60314 Frankfurt a. M.	Schielestr. 26	www.idh-frankfurt.de
Niedersachsen			
Fixpunkt Hannover	30161 Hannover	Hamburger Allee 75	www.step-hannover.de
Nordrhein-Westfalen			
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	40233 Düsseldorf	Erkrather Str. 18	www.drogenhilfe.eu/cms
Drogenberatung e.V. Bielefeld/DrogenHilfeZentrum	33602 Bielefeld	Borsigstr. 13	www.drogenberatung-bielefeld.de
Verein für Gefährdetenhilfe (VFG) gB-GmbH	53115 Bonn	Quantiusstr. 2a	www.vfg-bonn.de
Gleis 1 Drogenhilfe Wuppertal	42103 Wuppertal	Döppersberg 1	www.sucht-hilfe.org
INDRO e.V.	48155 Münster	Bremer Platz 18–20	www.indro-online.de
Aidshilfe Dortmund e.V. KICK	44137 Dortmund	Eisenmarkt 5	www.kick-dortmund.de
Diakonie Suchthilfe	53840 Troisdorf	Poststr. 91	www.ekasur.de/diakonisches-werk-sieg-rhein/suchthilfe/cafе-koko
Krisenhilfe e.V. Bochum	44787 Bochum	Viktoriastr. 67	www.krisenhilfe-bochum.de
SKM Köln Drogenkonsumraum	50667 Köln	Bahnhofsvorplatz 2a	www.skm-koeln.de/4.0/4.4/4.4.5/4.4.5.5/bahnnot.html
Suchthilfe direkt – Essen	45127 Essen	Hoffnungstr. 24	www.suchthilfe-direkt.de
Saarland			
Drogenhilfezentrum Saarbrücken gGmbH	66123 Saarbrücken	Brauerstr. 39	www.drogenhilfezentrum.de

Quelle: <http://drogenkonsumraum.net/standorte>



IM FOKUS

HEROIN

Produktion

Heroin wird in einem relativ einfachen chemischen Prozess aus Rohopium, dem getrockneten „milchigen“ Saft aus der angeritzten Kapsel der Schlafmohnpflanze, gewonnen. Die in einem ersten Bearbeitungsschritt gewonnene Morphinbase wird durch Zusatz von Essigsäureanhydrid und Natriumcarbonat zur Heroinbase umgewandelt. Unter Zugabe von organischen Lösungsmitteln (z. B. Aceton) und Chlorwasserstoffgas oder Salzsäure entsteht in einem weiteren Schritt Heroinhydrochlorid. Auf dem deutschen Rauschgiftmarkt ist die in Afghanistan (seit Jahren bedeutendster Heroinproduzent weltweit) hergestellte braune Heroinbase am gebräuchlichsten, das vorwiegend in Südostasien produzierte weiße Heroin ist von relativ geringer Bedeutung.

Handel/Schmuggel

In Afghanistan produziertes Heroin

- Für die lukrativen Märkte in Asien, Europa, Russland, Amerika und Afrika
- Beträchtliche Mengen werden auch nach Europa geschmuggelt
- Zudem Schmuggel über Häfen in Iran und Pakistan nach Ost- und Westafrika (Südroute)



Bedeutende Transportrouten nach Europa und Deutschland

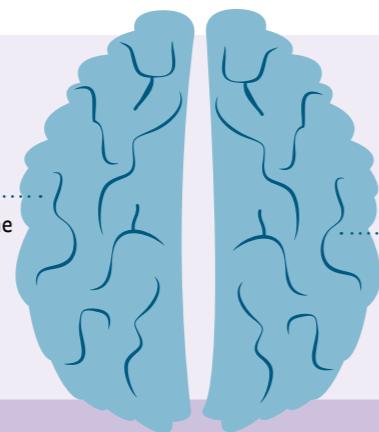
- Klassische Balkanroute (AFG – IRAN – TR – EU/D)
- Sogenannte Südroute (AFG – PAK – Ostafrika – EU/D)
- Sogenannte „nördliche Schwarzmeerroute“ (AFG – Kaukasusregion/Schwarzmeeranrainerstaaten – EU)

Einnahme

Überwiegend intravenöser Konsum (auch Schnupfen, Rauchen).

Wirkung

Rasch einsetzende schwerste psychische und physische Abhängigkeit bis zum körperlichen und geistigen Verfall



Beruhigende und entspannende Wirkung, gleichzeitig bewusstseinsmindernd und stark euphorisierend

Rauschgifttodesfälle stehen zumeist direkt oder indirekt im Zusammenhang mit dem Konsum von Heroin

EXTREM SCHNELLER KÖRPERLICHER VERFALL

2 DATEN DER ERMITTLUNGS-BEHÖRDEN ZU DROGEN UND KRIMINALITÄT

Drogenbedingte Todesfälle

Im Jahr 2015 wurden 1.226 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert. Dies entspricht einem Anstieg von 18,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr (1.032). Der größte Anstieg wurde in Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland registriert.

Die meisten Drogentoten wurden, wie bereits in den Vorjahren, in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Bayern (314 Tote, dies entspricht einem Anteil von 25,7 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (182 Tote bzw. 14,9 Prozent) festgestellt. Gemessen an der Belastungszahl (Anzahl der Todesfälle pro 100.000 Bewohner) waren – analog zum Vorjahr – die Stadtstaaten Berlin (4,4), Hamburg (3,3) und Bremen (2,9) am stärksten betroffen. Der Bundesdurchschnitt lag hier bei 1,5. Die polizeilich registrierten Rauschgifttoden wurden wie 2014 auch im Berichtsjahr durchschnittlich knapp über 38 Jahre alt. Der Anteil der männlichen Rauschgifttoden belief sich auf 84 Prozent, der der weiblichen auf 16 Prozent.

Wie bereits in den Vorjahren war hauptsächlich der Konsum von Opioiden/Opiaten allein oder in Verbindung mit anderen Rauschgiftarten/Substanzen todesursächlich. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anstieg der Drogentoten infolge polyvalenter Vergiftungen durch Opioide/Opiate am höchsten.

Die Anzahl der Verstorbenen aufgrund von Vergiftungen in Verbindung mit Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS) ist auf 39 (2014: 25) Personen angestiegen; die Anzahl der Verstorbenen mit der Todesursache Vergiftungen in Verbindung mit Fentanyl beläuft sich auf 87. Bei beiden Todesursachen ist allerdings aufgrund der schwierigen Erkennbarkeit bzw. Feststellungsmöglichkeit von einer größeren Dunkelziffer auszugehen.

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Die Gesamtzahl der EKHD stieg im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 Prozent auf insgesamt 20.890 (2014: 20.120) an.

Der größte Anstieg (+109,8 Prozent) war bei den 235 polizeilich erstmals registrierten Konsumenten von Crack (2014: 112) zu verzeichnen, gefolgt von einem Zuwachs der erstauffälligen Konsumenten von LSD um 49 Prozent auf 286 (2014: 192). Allerdings handelt es sich bei beiden Rauschgiftarten nach wie vor um jeweils eine äußerst geringe absolute Zahl von EKHD. Die mit deutlichem Abstand größte Anzahl entfiel, wie in den vorherigen Jahren auch, auf zuvor nicht registrierte Konsumenten von Amphetamin mit 11.765 (2014: 11.356; +3,6 Prozent).

Der stetig ansteigende Trend der erstmals registrierten Konsumenten synthetischer Drogen ist seit 2010 ungebrochen festzustellen. Rückläufig hingegen waren erstmalig seit Erfassung die Zahlen der erstmals polizeilich erfassten Crystal-Konsumenten, die nach wie vor in den östlichen Bundesländern und in Bayern festzustellen sind.

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ist um **18,8 Prozent** angestiegen.



2015 wurde nach jahrelanger rückläufiger Entwicklung nun wieder eine zunehmende Anzahl an EKHD der klassischen Drogenarten Heroin (1.888; +14,6 Prozent) und Kokain (3.149; +6,5 Prozent) registriert.

Sicherstellungen allgemein

Die Gesamtzahl der gemeldeten Sicherstellungsfälle stieg im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 2,4 Prozent an und beläuft sich auf 66.591 (2014: 65.007).

3 METHAMPHETAMINKONSUM

3.1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Methamphetamin gehört zu den Psychostimulantien, einer chemisch heterogenen Gruppe von Medikamenten, die auf das sympathische Nervensystem wirken und zu einer Adrenalin- und Dopaminausschüttung führen. Die Hauptwirkung von Psychostimulantien besteht in der Unterdrückung von Müdigkeit und Schlafbedürfnis, einem Gefühl subjektiv erhöhter Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie der Unterdrückung von Hungergefühlen. Typischerweise kommt es zu einer Steigerung der Herzfrequenz und

einer Erhöhung des Blutdrucks. Steigerung von Euphorie und Wohlbefinden sind die markanten Effekte.

Dass Amphetamine abhängig machen, ist belegt. Dabei geht man davon aus, dass vor allem die psychischen Abhängigkeitsmerkmale im Vordergrund stehen.

Verlässliche Daten zum Konsum von Methamphetamin fehlten für Deutschland bislang. Laut dem ESA lag der Konsum (12-Monats-Prävalenz) in der gesamten Gruppe der Amphetamine unter 1 Prozent. Derzeit werden im Rahmen des ESA und der Drogenaffinitätsstudie der BZgA Daten zur Prävalenz differenziert nach Amphetamin/Methamphetamin erhoben. Die Ergebnisse werden Ende 2016 vorliegen. Nach der aktuellen Drogenaffinitätsstudie der BZgA, die erstmals nach dem Konsum von Crystal Meth gefragt hat, gibt 1 Prozent der Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren an, schon einmal Crystal Meth konsumiert zu haben.

Einen Hinweis auf ein wachsendes Problem bietet die Kriminalstatistik. Danach wurden bei den synthetischen Drogen des Amphetamintyps mit 48.497 Delikten (+11 Prozent) die höchsten Steigerungsraten und ein bisheriger Höchstwert erreicht.

Aktuell beschäftigt Crystal Meth die Suchthilfe insbesondere in den Grenzregionen zu Tschechien und Polen, doch auch in anderen Bundesländern steigen die Zahlen der hilfesuchenden Konsumenten. Während die Zahl erstauffälliger Konsumenten von Ampheta-

Die Zahl der EKHD ist um **3,8 Prozent angestiegen**. Die mit deutlichem Abstand größte Anzahl entfiel, wie in den Jahren zuvor, auf EKHD von **Amphetamin mit 11.765**.



Einen Hinweis auf ein wachsendes Problem bietet die Kriminalstatistik. Danach wurden bei den **synthetischen Drogen des Amphetamintyps mit 48.497 Delikten (+11 Prozent) die höchsten Steigerungsraten** und ein bisheriger Höchstwert erreicht.



min bzw. Methamphetamin nahezu konstant blieb, stieg die Konsumentenzahl bei kristallinem Methamphetamin – dem sogenannten Crystal – 2013 um etwa 7 Prozent an (Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2013). Bundesweit wurden 2011 in der ambulanten Suchtberatung und -betreuung Amphetamin-Typ-Stimulantien (ATS) mit 11,2 Prozent als Hauptproblemsubstanz angegeben. Bedingt durch die Grenzlage nehmen Probleme im Zusammenhang mit Stimulantien beispielsweise in Sachsen seit 2009 jährlich um 25 Prozent zu.

Vor diesem Hintergrund hatte der Bundestag 2014 eine Aufstockung der Mittel für Modell- und Forschungsprojekte beschlossen, mit deren Hilfe 2015 mehrere Projekte gestartet wurden, um neue Konzepte der Prävention, der Frühintervention und der Hilfe für Crystal-Konsumierende zu entwickeln.

Sicherstellungen von Methamphetamin

Die Jahressicherstellungsmengen von kristallinem Methamphetamin (Crystal) waren im zweiten Jahr in Folge erneut im Jahr 2015 rückläufig und gingen um 9,7 Prozent auf 66,8 kg Crystal zurück. Seit Jahren

erstmalig wurde ein Rückgang der Fälle um 15,7 Prozent auf 3.292 Fälle verzeichnet. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der rückläufigen Zahl der EKHD wider. Ein Rückgang der Gesamtfallzahl um ungefähr 600 Fälle ist auf die Entwicklung in insbesondere zwei Bundesländern zurückzuführen. Ob ein anderweitiger Ressourceneinsatz zuständiger Behörden (z. B. im Rahmen der angestiegenen Zuwanderungen) damit in Zusammenhang steht, ist nicht belegt.

Im Jahr 2015 sind die regionalen Schwerpunkte des Crystal-Aufkommens – wie schon 2014 – in Sachsen und Bayern sowie in geringerer Ausprägung in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg und Berlin zu verzeichnen. Darüber hinaus erfolgten im Jahr 2015 erstmals mehrere Sicherstellungen in Westdeutschland (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Saarland), bei denen das Crystal durch vietnamesische Tätergruppierungen in der Tschechischen Republik beschafft wurde.

Analog zu den Vorjahren stammt kristallines Methamphetamin nach wie vor fast ausschließlich aus der Tschechischen Republik.



IM FOKUS

AMPHETAMINE

Produktion

Vollsynthetische Drogen werden ausschließlich unter Verwendung von Chemikalien in illegalen Laboren hergestellt. Aufgrund der Vielzahl produzierender Staaten sind keine seriösen Schätzungen zu Produktionsmengen möglich.

Schwerpunkt ist die Gruppe der Amphetamine (intern. Sprachgebrauch ATS [Amphetamine-Type-Stimulants]), hierzu gehören:

- Amphetamin – zumeist Pulverform (in D), seltener Tabletten
- Methamphetamin – zumeist Pulverform, kristalline Form (in D „Crystal“), Tabletten
 - Methamphetamin ist die weltweit am meisten produzierte synthetische Droge
 - Synthese v. a. aus Grundstoffen Ephedrin bzw. Pseudoephedrin (z. T. Extraktion aus Arzneimitteln), aber auch über BMK (Benzylmethylketon)
- Ecstasy – der Begriff umfasst die Erscheinungsform Tablette oder Kapsel, die einzelne oder kombinierte Wirkstoffe enthält

Handel/Schmuggel

Ausgehend von den Hauptproduktionsländern Niederlande, Belgien und Polen europaweiter Vertrieb; aus Tschechien v. a. für den deutschen und österreichi-

schen Markt. Deutschland ist häufig als Transitstaat beim Schmuggel aus den Beneluxstaaten nach Nord-, Ost- und Südeuropa tangiert.

Preise

Durchschnittspreis in Deutschland 2013

Straßenhandel:

Amphetamin	11,60 Euro/g
Ecstasy	7,90 Euro/Stück
Crystal	79,60 Euro/g

Großhandel (Handelsmenge 0,5–1,5 kg):

Amphetamin	3.944 Euro/kg
Ecstasy	2.664 Euro/1.000 Stück
Crystal	31.733 Euro/kg

Einnahme

Zumeist orale (sniffen oder rauchen) Anwendung, auch intravenös.

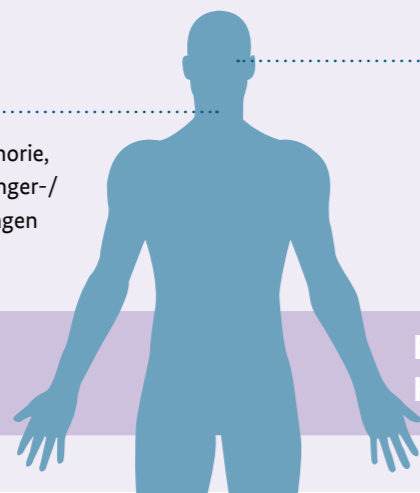


Wirkung

- Leistungssteigernde Wirkung, Euphorie, Unterdrückung von Müdigkeit/Hunger-/Durstgefühl, Gefahr: Kreislaufversagen

Bei regelmäßigem Konsum: psychische Abhängigkeit

PSYCHISCHE
ABHÄNGIGKEIT



BIS ZU
KREISLAUFVERSAGEN

3.2 PROJEKTE

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Therapie von Crystal-Meth-Abhängigen

Ärzte und Mitarbeiter von Kliniken, Praxen und Suchthilfeeinrichtungen sind – vor allem in den südöstlichen Regionen Deutschlands – zunehmend mit Methamphetaminabhängigen konfrontiert. Methamphetamin weist im Vergleich zu anderen amphetamin-typischen Substanzen charakteristische Eigenschaften im Hinblick auf die Wirkung, die Symptomatik und das Abhängigkeitspotenzial auf. Zudem wird die Substanz aus verschiedenen Motiven heraus von sehr unterschiedlichen Personengruppen konsumiert. Daraus resultiert ein spezifischer Behandlungsbedarf.

Bislang lagen in Deutschland keine Therapiekonzepte für Methamphetaminabhängige vor, die auf Erkenntnissen aus systematisch recherchierten und bewerteten Studien („evidenzbasiert“) beruhen. Das medizinisch-therapeutische Wissen beschränkte sich weitgehend auf Erfahrungs- und Einzelfallberichte. Aufgrund dieses Mangels wurden häufig Studienergebnisse und klinische Erfahrungen aus der Therapie mit anderen Stimulanzienabhängigen auf Methamphetaminabhängige übertragen. Verfügbare Leitlinien aus dem Ausland weisen ähnliche Defizite auf oder sind auf hiesige Verhältnisse zum Teil nicht übertragbar.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurde daher von der Bundesärztekammer (BÄK) damit beauftragt, evidenzbasierte therapeutische Handlungsempfehlungen für Ärzte und andere in der Suchthilfe tätige Berufsgruppen für die ambulante und stationäre Behandlung von Methamphetaminabhängigen zu entwickeln und dieses BMG-finanzierte Projekt fachlich-methodisch zu begleiten. Zu den 21 federführend beteiligten Experten gehörten klinisch tätige und niedergelassene Suchtmediziner sowie Psychotherapeuten, Krankenpfleger und Sozialarbeiter aus suchttherapeutischen Einrichtungen. Zunächst wurde in internationalen medizinisch-wissenschaftlichen Datenbanken eine systematische Recherche nach Studien durchgeführt, die Therapien explizit bei Methamphetaminabhängigen untersuchten. Auf der

Basis von über 100 identifizierten und auf ihre methodische Güte hin geprüften Studien sowie des vorhandenen Expertenwissens wurden Handlungsempfehlungen erstellt und anhand eines strukturierten Konsensverfahrens in der Expertengruppe abgestimmt.

Der entstandene Leitfaden gibt Empfehlungen zur Therapie im Rahmen der Notfallsituation, des akuten Entzugs und der postakuten Rehabilitation unter Berücksichtigung der Behandlung von Komorbiditäten. Ein Schwerpunkt liegt hierbei auf psychotherapeutischen und medikamentösen Interventionen. Da es sich bei einer Methamphetaminabhängigkeit um ein komplexes Problem handelt, mit dem nicht nur Mitarbeiter des Suchthilfesystems in Berührung kommen, werden über die rein medizinische Therapie hinaus weitere Aspekte der Versorgung thematisiert. Dazu gehören Diagnostik, Symptomatik und Behandlungsplanung, Rückfallprophylaxe sowie Schärfung des Bewusstseins für das mögliche Vorliegen einer Methamphetaminproblematik. Berücksichtigung finden zudem Betroffene in besonderen Situationen, wie Schwangere und junge Mütter, Familien und Homosexuelle.

Mit dem Handlungsleitfaden kann zukünftig die Versorgung von Betroffenen optimiert und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch tätige Personen in der klinischen Praxis ermöglicht werden.

Der Leitfaden kann beim BMG und der BÄK als Druckfassung angefordert werden und steht als PDF unter folgendem Link zum Download bereit:

<http://www.aeqz.de/aeqz/crystal-meth/>

Spotting

Das vom BMG geförderte Projekt „Spotting“ unter der Trägerschaft der mudra-Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e. V. richtet sich an junge (Risiko-)Konsumenten insbesondere von Methamphetamin und ATS. Ziel des Projekts ist es, durch erlebnisorientierte Ansätze in der Gemeinschaft (Bouldern,

Klettern) Erlebnisse und Erfahrungswerte zu vermitteln, die den bisherigen Drogenkonsum in den Hintergrund treten lassen.

„Spotting“ legt den Fokus auf den Bereich der selektiven Prävention vor der Entwicklung manifester Drogenproblematiken. Nach bisheriger Auswertung von Entwicklungsverläufen können in erster Linie Verbesserungen im freizeitstrukturellen Bereich im Sinne einer bewusst drogenfreien und dennoch erlebnisintensiven Freizeitgestaltung beobachtet werden. Die Teilnehmer entwickeln ein Zugehörigkeitsgefühl zur Kletterszene, in der sie ehrliche Anerkennung statt Stigmatisierung erfahren – der Einsatz von ehemals konsumierenden Peers und Ehrenamtlichen hat sich bewährt.

Über die angestrebte Zielgruppe hinaus stellt sich „Spotting“ als ein attraktives und erfolgreiches Angebot für Menschen über 25 heraus, die nach ausgeprägten Suchterfahrungen – z. T. nach Therapie- oder Haftaufenthalt – auf der Suche nach alternativen, drogenfreien Möglichkeiten der bedürfnisorientierten Freizeitgestaltung sind. „Spotting“ kann mit seinen Methoden den Risikofaktoren Langeweile und Szenekontakte entgegenwirken und dadurch im Bereich der Rückfallprävention und Stabilisierung für Süchtige seine Wirkung entfalten.

Breaking Meth



„Breaking Meth“ ist ein vom BMG gefördertes Selbsthilfeportal für Methamphetaminkonsumierende, das vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) entwickelt wurde. Es wird wissenschaftlich begleitet und in Kooperation mit dem szenenahen Präventionsprojekt „Drug Scouts“ (Träger: SZL Suchtzentrum GmbH, Leipzig) durchgeführt. Das Portal ist über internetfähige Computer und über Mobilgeräte/Smartphones zugänglich und zeichnet sich durch ansprechende und lustige grafische Elemente sowie regelmäßigen aktivierenden Input durch die Moderatoren aus.

TABELLE 04:

Sieben Typen von Methamphetamin – Konsumierenden in Deutschland

- Konsumierende im Freizeitbereich
- Konsum in Schule und Ausbildung („Leistungssteigerung“)
- Konsumierende Berufstätige
- Konsumierende mit psychiatrischer Komorbidität/ Traumaerfahrungen
- Spezifische sexzentrierte Szenen
- Konsumierende mit exzessiven Konsummustern/ wahllosem Mischkonsum

Quelle: Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U. und Schäfer, I. 2014. Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Studienbericht, Hamburg, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.

Im anmeldepflichtigen Mitgliederbereich können in virtuellen Räumen unterschiedliche Zielgruppen miteinander kommunizieren.

Neben bislang noch unauffällig Konsumierenden mit beginnender Problemwahrnehmung und ohne Kontakt zum Hilfesystem sollen besonders Menschen während und nach einer Suchttherapie, Rehabilitation oder Nachsorge angesprochen werden, die entweder im Anschluss an eine Behandlung oder komplementär die Online-Suchtselbsthilfe als Rückfallprophylaxe nutzen möchten. Beiträge, die Suchtdruck auslösen oder bei Menschen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen zu Retraumatisierungen führen könnten, werden mittels einer speziellen Funktion („Triggerwarnung“) im Kommunikationsfluss ausgeblendet. Sie werden nur dann angezeigt, wenn Mitglieder nach

TABELLE 05:

Nutzergruppen des Portals

- Konsumierende mit beginnender Problemwahrnehmung
- Ambulante Patienten (komplementäre Nutzung)
- Patienten nach postakuter stationärer Therapie (Rückfallprophylaxe)

Kenntnisnahme des Warnhinweises den jeweiligen Beitrag bewusst auf „sichtbar“ stellen. Aufgrund der speziellen Raumstruktur des Mitgliederbereichs kann das Angebot sowohl für noch Konsumierende mit Abstinenzwunsch als auch für bereits abstinente Betroffene empfohlen werden.

Der bisherige Projektverlauf ist positiv. Es konnten sowohl zu den unterschiedlichen Subtypen von Menschen mit Methamphetaminerfahrung als auch zu den angestrebten Nutzergruppen des Portals umfangreiche Erkenntnisse gewonnen werden, die zu konzeptionellen und technischen Modifikationen führten. Vertiefte Erkenntnisse hierzu werden zum Abschluss des Entwicklungsprojekts anhand einer Analyse und Zusammenführung aller bis dahin vorliegenden qualitativen und quantitativen Forschungsergebnisse vorgelegt.

<https://breaking-meth.de>

MethCare

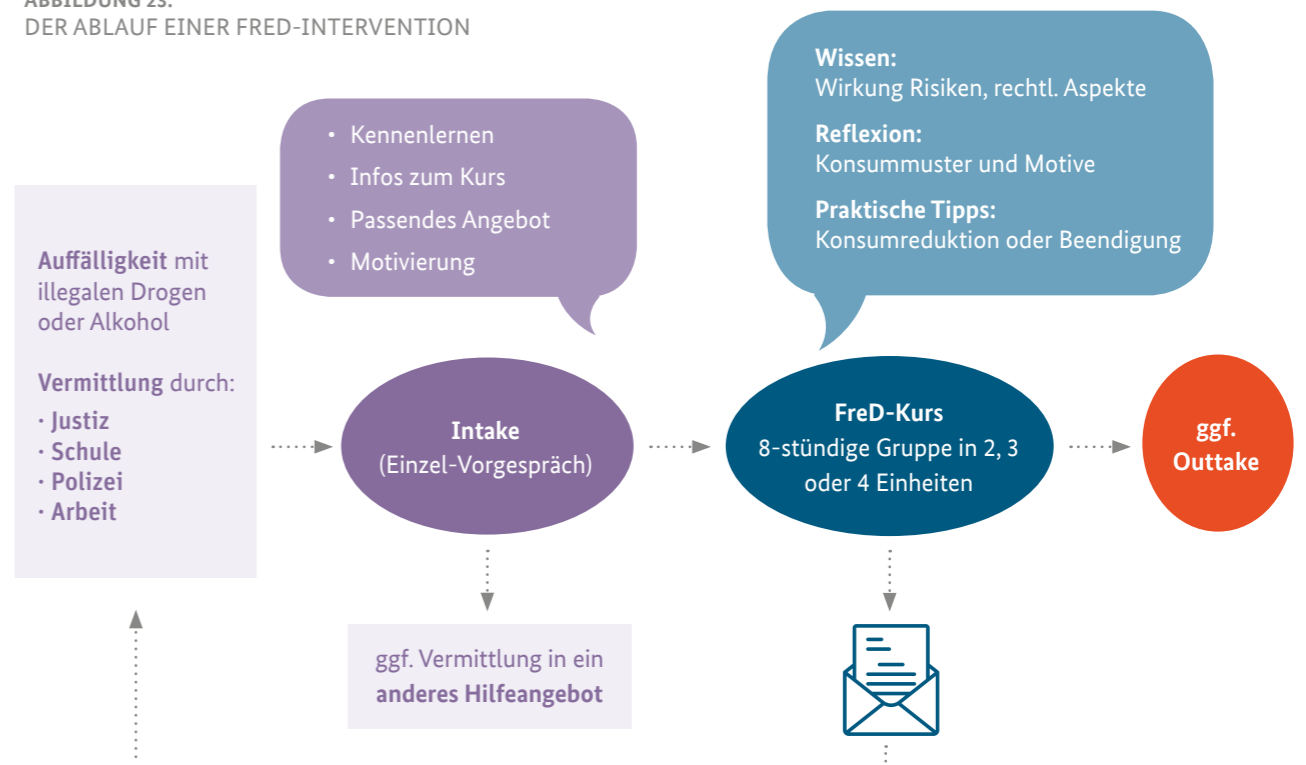
„MethCare“ ist eine umfassende, kostenfrei zu nutzende deutschsprachige Datenbank, die unter der Träger-

schaft des Vereins SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e. V. vom BMG gefördert wird. In der Datenbank wird die weltweit vorhandene Forschungsliteratur zu Methamphetamin (u. a. zu Prävalenz, Folgeschäden, Therapieoptionen, Komorbidität) nicht nur zusammengetragen, sondern auch im vom jeweiligen Autor genehmigten Umfang in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Somit ist sie direkt, ohne aufwendige Literaturrecherche und ohne Fremdsprachenkenntnisse von allen in der Suchthilfe Tätigen nutzbar, sodass diese die international bereits evaluierten Forschungs- und Behandlungsansätze für den deutschsprachigen Raum leicht einbeziehen können. „MethCare“ soll auf diese Weise zur Optimierung der qualifizierten Arbeit und zur Fortbildung der Behandler und damit zur Verbesserung des suchtmmedizinischen und psychiatrischen Hilfesystems beitragen.

FreD – ATS

Mit dem Projekt „FreD – ATS“ wird der bereits erfolgreich erprobte und bundesweit implementierte Ansatz FreD („Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten“) erweitert. Träger des vom BMG geförderten Projekts ist der

ABBILDUNG 23:
DER ABLAUF EINER FRED-INTERVENTION



Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Das Projekt richtet sich an Konsumenten von (Crystal-Meth-) Amphetamin bzw. Amphetamin-Typ-Stimulanzien (ATS). Da die Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen von der Crystal-Problematik besonders betroffen sind, wurden sie als Schwerpunktregionen ausgewählt. Fachkräfte aus diesen Ländern sollen gemeinsam mit erfahrenen FreD-Praktikern aus Nordrhein-Westfalen die Ursprungsintervention hinsichtlich notwendiger Veränderungen für die Zielgruppe prüfen und weiterentwickeln. Bei der Modifikation der Intervention berücksichtigt die Arbeitsgruppe die Kooperationsebene (Zugangswege etc.) und nimmt eine inhaltliche Anpassung (z. B. zum Intake-Gespräch, den Kursinhalten etc.) vor. Auf der Grundlage der Arbeitsergebnisse wird das bestehende Curriculum ergänzt.

In den Schwerpunktregionen werden ebenfalls neue FreD-Trainer zertifiziert. Neue Standorte, die nicht über Kooperationsstrukturen verfügen, die zur Umsetzung von FreD erforderlich sind, werden in Form einer Vor-Ort-Beratung unterstützt. Hiermit soll erreicht werden, dass schnellstmöglich mit der praktischen Durchführung der Intervention begonnen werden kann. Die bereits etablierten Strukturen und das Praxiswissen in Nordrhein-Westfalen werden unterstützend einbezogen. Dortige FreD-Trainer können die erarbeiteten ergänzenden substanzbezogenen Inhalte in Kurzschulungen kennenlernen.

Nach dem derzeitigen Stand hat sich der Bedarf an einer Frühintervention, wie sie durch „FreD – ATS“ entwickelt werden soll, in der Schwerpunktregion bestätigt. Darüber hinaus wurde auch aus anderen Bundesländern (Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Berlin) Interesse gemeldet. Da viele Konsumierende Mischkonsum betreiben, sollte im weiteren Projektverlauf geprüft werden, ob gemischte Kurse ebenso sinnvoll sind wie Kurse, die sich ausschließlich auf Amphetamine konzentrieren.

Quadros

„Quadros“ ist ein vom BMG gefördertes Projekt unter der Trägerschaft der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. Es richtet sich an schwule Männer, die aufgrund ihres Drogenkonsums Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen wollen. Sie sehen sich

oftmals mit einem Hilfesystem konfrontiert, das bisher nur vereinzelt auf ihre Bedürfnisse eingehen kann. Bestehende Drogenberatungsstellen sind auf eine Beratung zum Konsum von illegalen Drogen im Kontext von Sexualität zwischen Männern (MSM) bisher nicht ausgerichtet, und HIV-Präventionsprojekten für schwule Männer fehlen bislang noch detaillierte Kenntnisse hinsichtlich der Wirkweisen, Risiken und Behandlungsmöglichkeiten der konsumierten Substanzen und der Substanzabhängigkeit.

Genau an dieser Schnittstelle setzt das Projekt „Quadros“ an, das in den Städten München, Nürnberg, Köln, Frankfurt, Hamburg, Leipzig und Berlin durchgeführt wird. Im Zentrum stehen Aidshilfen bzw. Präventionsprojekte für MSM und regional jeweils assoziierte Drogeneinrichtungen.

Im Rahmen von Trainings sollen Mitarbeiter schwuler Präventionsprojekte zum Thema „Drogenkonsum und schwule Sexualität“ fortgebildet werden. Hierbei gilt es, insbesondere die Auseinandersetzung mit dem Drogengebrauch schwuler Männer in Verbindung zu Sexualität und Ausgehverhalten zu befördern. Darüber hinaus soll ein Brückenbau zwischen den beteiligten Aidshilfen/MSM-Präventionsprojekten und Drogenberatungsstellen initiiert werden.

Zum Abschluss des Projekts im Jahr 2016 sollen die Teilnehmer einen Wissensstand erreicht haben, der es erlaubt, in den Zielgruppen schwuler Männer offensiv für dieses neue Beratungs- und Informationsangebot zu werben. Neben der Minimierung der Risiken des Konsums von Metamphetamin und anderer Substanzen sollen damit auch die Infektionsrisiken bei HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten gesenkt werden.

Crystal Meth und Familie

Eine besonders relevante Konsumentengruppe im Bereich Crystal Meth sind konsumierende Eltern. Speziell die sexuell enthemmende Wirkung der Substanz sowie die gesteigerte Bereitschaft für riskantes (ungeschütztes) Sexualverhalten scheinen häufig zu frühen und ungewollten Schwangerschaften zu führen. Um die Situation der betroffenen Kinder in Deutschland genauer zu erfassen, wurde 2015 von der Katholischen Hochschule Köln das vom BMG geförderte



© Cornelius Stiftung

VORGESTELLT:

Kevin McKenna

Der ehemalige Profi des 1. FC Köln setzt sich für Kinder suchtkranker Eltern ein.

Als ich von der Cornelius Stiftung erfuhr, dass jedes sechste Kind in einer Familie mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwächst und allein in Köln somit über 17.000 Kinder betroffen sind, entschied ich, mich für diese Kinder und Jugendlichen einzusetzen und ihnen zu helfen. So kam es zur Unterstützung der Plakatkampagne „Süchtige Eltern? Du bist nicht allein!“, die in Straßenbahnen, an zentralen Plätzen und in 300 Schulen der Stadt zu sehen ist.

Ziel ist, möglichst viele betroffene Kinder und Jugendliche zu erreichen und ihnen Mut zu machen, sich zu melden. Aber auch schon die Erkenntnis, mit dem Problem nicht allein zu sein und mit anderen das Schicksal zu teilen, kann bereits helfen und den Schmerz lindern. Auf den Plakaten steht die Internetadresse www.kidkit.koeln, die zu dem anonymen und informativen Online-Beratungsangebot für betroffene Kinder führt. Außerdem wird auf die Rufnummer von Mikado hingewiesen, die für ein persönliches Gespräch oder eine Nachricht gewählt werden kann. Mikado bietet in Köln Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien an.

Als ehemaliger Fußballprofi und Vater weiß ich, dass Alkohol und Drogen im Leben nichts zu suchen haben. Daher kann ich den betroffenen Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern nur sagen: Habt den Mut und nutzt die Hilfsangebote! Es ist nur ein Anruf oder eine Mail und euch kann professionell geholfen werden. Es ist gut für Köln, dass es solche Angebote gibt. Daher mache ich gerne auf diese wichtige Kampagne aufmerksam und hoffe, dass sich viele Betroffene melden! Übertragbar ist diese sinnvolle Aktion auf alle deutschen Städte, die Hilfsangebote für betroffene Kinder vorhalten. Kinder mit suchtkranken Eltern sind in der Regel restlos überfordert und tragen häufig dauerhafte psychische Schäden davon. Sie schämen sich für ihre Situation und fühlen sich oft schuldig. Häufig übernehmen sie zu Hause die Verantwortung, kümmern sich um den Haushalt und um Geschwister, kommen in der Schule nicht mit und sind oft Außenseiter. Zudem sind Kinder suchtkranker Eltern die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung eigener Suchtstörungen.

Es gibt also zahlreiche Gründe, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen und diesen Kindern zu helfen.

Projekt „Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder“ durchgeführt.

Das Projekt fokussierte sich auf die Lebenssituation und den Hilfebedarf der Kinder methamphetaminabhängiger Eltern und trug dafür im Rahmen eines multimethodalen Ansatzes aus vier sächsischen Suchtberatungsstellen Daten aus verschiedenen Quellen zusammen (u. a. Aktenanalyse, qualitative Interviews mit betroffenen Eltern, psychologische Testdiagnostik mit betroffenen Kindern sowie Fokusgruppen mit Fachkräften). Die Projektergebnisse belegen schwierige bis hochproblematische Lebensbedingungen in den betroffenen Familien. In den meisten Fällen lag Arbeitslosigkeit vor und in etwa jeweils der Hälfte der Fälle konnten Verschuldung und justizielle Probleme festgestellt werden. Meistens waren die leiblichen Eltern der Kinder getrennt, häufig leben die Kinder beim nicht konsumierenden Elternteil oder sind fremduntergebracht. Die in den Akten dokumentierten Verhaltensänderungen seit Konsumbeginn der Eltern bezogen sich u. a. auf emotionale Distanziertheit, Stimmungsschwankungen, negativen Affekt, Impulsivität, Aggressivität, Vernachlässigung von Werten und Pflichten, Unruhe, sozialen Rückzug und

paranoide Symptome der abhängigen Elternteile. Aus den Interviews mit den Eltern kristallisierten sich noch deutlichere Verhaltensänderungen heraus: Neben einer generellen Vernachlässigung allgemeiner und familiärer Verpflichtungen, Verschiebungen des Tag-Nacht-Rhythmus und einer Fixierung auf bestimmte Aktivitäten (z. B. exzessives Putzen) zeigten die Eltern ihren Kindern gegenüber unvorhersehbares und impulsives Verhalten, eine vermehrte emotionale und körperliche Distanz, weniger konsequentes (oder auch vermehrt strenges) Verhalten, Aggressivität sowie eine Unfähigkeit, für das Wohlbefinden und die Sicherheit des Kindes zu sorgen. Mehr als die Hälfte der Eltern realisierte zumindest im Nachhinein, dass die Kinder ihre Verhaltensänderungen bemerkt hatten, und ebenso viele berichteten, die Kinder hätten unter den Verhaltensweisen und unter der Trennung von den Eltern gelitten. Typische Verhaltensänderungen bei den Kindern waren Rückzug, Ängste und Unsicherheit, andere zeigten auch externalisierendes Verhalten außerhalb des familiären Kontextes, z. B. Aggressivität und Hyperaktivität mit Peers. Auf der Basis der Ergebnisse soll im nächsten Jahr ein Motivierungs- und Behandlungsprogramm für methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren entwickelt werden.

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

Die BZgA verfolgt in der Prävention des Methamphetaminkonsums das Hauptziel, den Konsum in den jeweiligen Risikogruppen zu reduzieren. Im Wesentlichen soll dies durch folgende Teilschritte gelingen:

- Verbesserung der epidemiologischen Grundlagen zum Crystal-Meth-Konsum in den Bundesländern
- Vermittlung problemrelevanter Informationen in die jeweiligen Zielgruppen
- Förderung der Verhaltensänderungsbereitschaft
- Erhöhung der Bekanntheit von Hilfeangeboten (regional und bundesweit)
- Kooperationsmaßnahmen mit anderen Institutionen zum Themenbereich

Zur Erfassung von Konsumtrends in besonders betroffenen Bundesländern zu relevanten Aspekten des Methamphetamingebrauchs („Crystal Meth“) wurde 2015 zum einen die Drogenaffinitätsstudie durchgeführt (siehe Kapitel A.4.1). Zum anderen wurde mit einer epidemiologisch ergänzenden Untersuchung zur Identifikation regionalspezifischer Besonderheiten begonnen. Diese Untersuchung soll die Prävalenz des Umgangs mit Suchtmitteln wie Methamphetamin von Schülern der Jahrgangsstufen 9 und 10 in den Grenzregionen Sachsens und Bayerns zur Tschechischen Republik untersuchen (im Vergleich zu Schülern in Hamburg und Nordrhein-Westfalen).

Darüber hinaus hat die BZgA eine Expertise zur Versorgung mit zielgruppengerechten Informationsmaterialien zu Methamphetamin in Auftrag gegeben.

Ziel der beauftragten Expertise war es, einen möglichst vollständigen Überblick über die in Deutschland verfügbaren Materialien und Webseiten zum Thema Crystal Meth/Methamphetamin zu gewinnen und Empfehlungen für die Erstellung von Materialien zu erarbeiten. Anschließend wurden alle Materialien einer

systematischen Bewertung im Rahmen eines Expertenratings unterzogen. Das Ergebnis zeigt, dass für zusätzliche zielgerichtete Aufklärungsmaßnahmen geschlechtsspezifische Aspekte und eine zielgruppen-gerechte Ansprache noch stärker zu berücksichtigen sind. Besonders die Entwicklung von Materialien für die Zielgruppe der konsumunerfahrenen Personen wird als notwendig erachtet.

Um eine bundesweite Versorgung zu erzielen, wurden Best-Practice-Materialien nachgedruckt und für die bundesweite Verteilung zur Verfügung gestellt. Mit der Expertise sowie über den Fachaustausch mit Experten der Suchtprävention wird zudem deutlich, dass eine kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit Motiven, die den Konsum von Crystal Meth begünstigen, ein nächster Schritt zur Steigerung der Wirksamkeit von Maßnahmen in der Suchtprävention sein könnte. Der Leistungsgedanke und der Umgang mit Stress und Überforderung innerhalb der Gesellschaft sollten nach Meinung der Expertengruppen in einem entsprechenden Material thematisiert werden.

Zur Vermittlung von konsentierten Präventionsansätzen an Fachkräfte und Akteure im Gesundheits- oder Bildungswesen und zur Information und Hilfestellung für konsumierende und konsumgefährdete Zielgruppen, deren Betreuende und Angehörige wurde darüber hinaus ein Unterrichtsmaterial für Schulen für den Einsatz ab Klasse 8 entwickelt.

Für den 7. Bundeswettbewerb „Innovative Suchtprävention vor Ort“ erwartet die BZgA innovative Maßnahmen und Projekte auch im Bereich der suchstoffspezifischen Prävention zu Crystal Meth. Es sollen diejenigen Städte, Gemeinden und Landkreise ausgezeichnet werden, die Modellhaftes entwickelt haben, das in seinen Erfolgen übertragbar ist, und mit ihren neuen Ideen zu suchtpreventiven Aktivitäten ein gutes Beispiel für andere Kommunen geben.

<http://www.bzga.de/infomaterialien/unterrichtsmaterialien/>



»Nach und nach haben mir die Drogen meine Werte genommen.«



VORGESTELLT: Eric Stehfest SCHAUSPIELER

Herr Stehfest, in der RTL-Serie „Gute Zeiten, schlechte Zeiten“ sind Sie seit Langem erfolgreich. Mit Ihrem Team der „Station B3.1“ haben Sie das Filmprojekt der Recherchereihe ins Leben gerufen, das einen wichtigen Beitrag zur Drogenprävention leistet. Seit wann engagieren Sie sich in diesem Bereich?

Eric Stehfest: Seit fünf Jahren entwickelt sich das Projekt in meinem Kopf. Seit anderthalb Jahren arbeiten wir konkret daran. Mittlerweile sind über 20 Leute daran beteiligt. Alles fängt mit 16 Kurzfilmen an. Wir haben in 15 Monaten acht Filme gedreht. Momentan stehen wir vor Nummer neun. Diese Filme, in der richtigen Reihenfolge angeschaut, beschreiben einen Suchtverlauf. Danach wird es einen Spielfilm geben, der diese 16 Filme miteinander verbindet. Dieser Film wiederum dient als Pilot zu einem Serienformat, das wir momentan entwickeln. Im Sommer beginnt das Projekt „GRIMM“. Wir reisen durch deutsche Städte und lassen uns biografische Geschichten von Menschen erzählen. Diese werden dann in das Serienformat eingearbeitet. Außerdem wird es Anfang nächsten Jahres ein Buch geben. Ich bin weder für noch gegen Drogen. Aufklärung sollte neutral stattfinden, ohne Partei zu ergreifen. Das tue ich. Ich möchte Menschen für das Thema Sucht sensibilisieren, sie bewusst mit den damit verbundenen Risiken konfrontieren. Nach dem Ausstieg aus der Drogenkarriere hatte ich das erste Mal in meinem Leben ehrliches Interesse an ande-

ren Menschen, ohne dabei an mich zu denken. Jeden Tag begegne ich spannenden Geschichten. Sie laufen an mir vorbei, sind in ihrer Welt. Ich möchte sie gern anhalten, sie hörbar machen. Die Geschichten.

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Sucht gemacht?

Eric Stehfest: Stoffgebundene und stoffungebundene Erfahrungen. Alkohol, Cannabis, Nikotin, MDMA, Ketamin, Speed, LSD, Pilze, Crystal Meth und später eine Frau, kombiniert mit dem frühen Wunsch, Schauspieler zu werden, Rollen zu spielen, zwei Leben zu leben. Dass man Menschen konsumieren kann, erfuhr ich jedoch erst relativ spät. Für die erste große Liebe hörte ich auf mit den Drogen. Ich war fast 18. Ich wurde krankhaft eifersüchtig, was einer der Gründe dafür war, dass diese Beziehung zum Scheitern verurteilt war. So wie fast alles in der Drogenzeit. Nach und nach haben mir die Drogen meine Werte genommen. Neun Tage wach war das Ergebnis dieser Reise.

Wie haben Sie es geschafft, aus dem Kreislauf der Sucht herauszukommen?

Eric Stehfest: Wie kommt man aus einem Kreislauf? Gar nicht. Ich habe jedoch aus einem ungesunden einen gesunden Kreislauf gemacht. Habe meine Aufmerksamkeit verlagert. Priorität Nummer eins waren früher immer die Droge und die damit verbundenen



Erlebnisse. Heute sind es das Filmproduzieren, Team-Building, Familie und gesunde Langzeit-Freundschaften. Einsicht, Disziplin und ein klares Ziel sind Antriebe für mich, um immer wieder aufzustehen. Die Verbindung zu den richtigen Menschen war entscheidend für den Ausstieg. An erster Stelle möchte ich mich bei dem Team der Station B3.1 bedanken. Ihr seid die Macher.

Gibt es einen besonderen Leitspruch, der Ihre Arbeit auszeichnet?

Eric Stehfest: Im Entzug entdeckte ich ein Lächeln in meinen Händen. Beide Herzenslinien aneinanderge-

halten ergeben ein lachendes Gesicht. Dieses Symbol steht für die Kraft aus eigener Hand, sich ein Lächeln zu schenken, den Weg dorthin zu beschreiten. Am Theater schenkte ich meinem Freund und Geschäftspartner Loris Andre Blazejewski dieses Symbol. Seine Antwort: „Daraus müssen wir was machen.“ Somit wurde daraus das Fundament unserer Arbeit:

»SCHENK DIR EIN LÄCHELN«

4 CANNABIS

Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener

Die BZgA untersucht in ihren Repräsentativerhebungen auch den Cannabiskonsum der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – zuletzt mit der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2015. Von den 12- bis 17-Jährigen haben im Jahr 2015 insgesamt 6,6 Prozent in den letzten zwölf Monaten Cannabis genommen (12-Monats-Prävalenz). Das ist im Vergleich zu 2001 zwar ein Rückgang, doch im Vergleich zu 2011 war damit wieder ein leichter Anstieg um zwei Prozentpunkte zu verzeichnen (siehe Abb. 24). Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren steigt die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums seit 2008 an. Bezogen auf alle jungen Erwachsenen betrug sie im Jahr 2015 16,3 Prozent. Der größte Zuwachs zeigte sich bei den 18- bis 25-jährigen jungen Männern. Bei

den jungen Frauen dieser Altersgruppe ist der Anstieg zwar geringer, aber wie bei den jungen Männern statistisch signifikant.

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/>

Sicherstellungen von Cannabis

Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 786 (2014: 759) Indoor- und 127 (2014: 114) Outdoorplantagen sowie insgesamt 154.621 Cannabispflanzen sichergestellt. Man unterscheidet aufgrund der Anzahl der Pflanzen zwischen Klein- (20–99 Pflanzen), Groß- (100–999) und Proflantagen (> 1.000). In dem hier genannten Wert sind alle Plantagengrößen zusammengefasst.

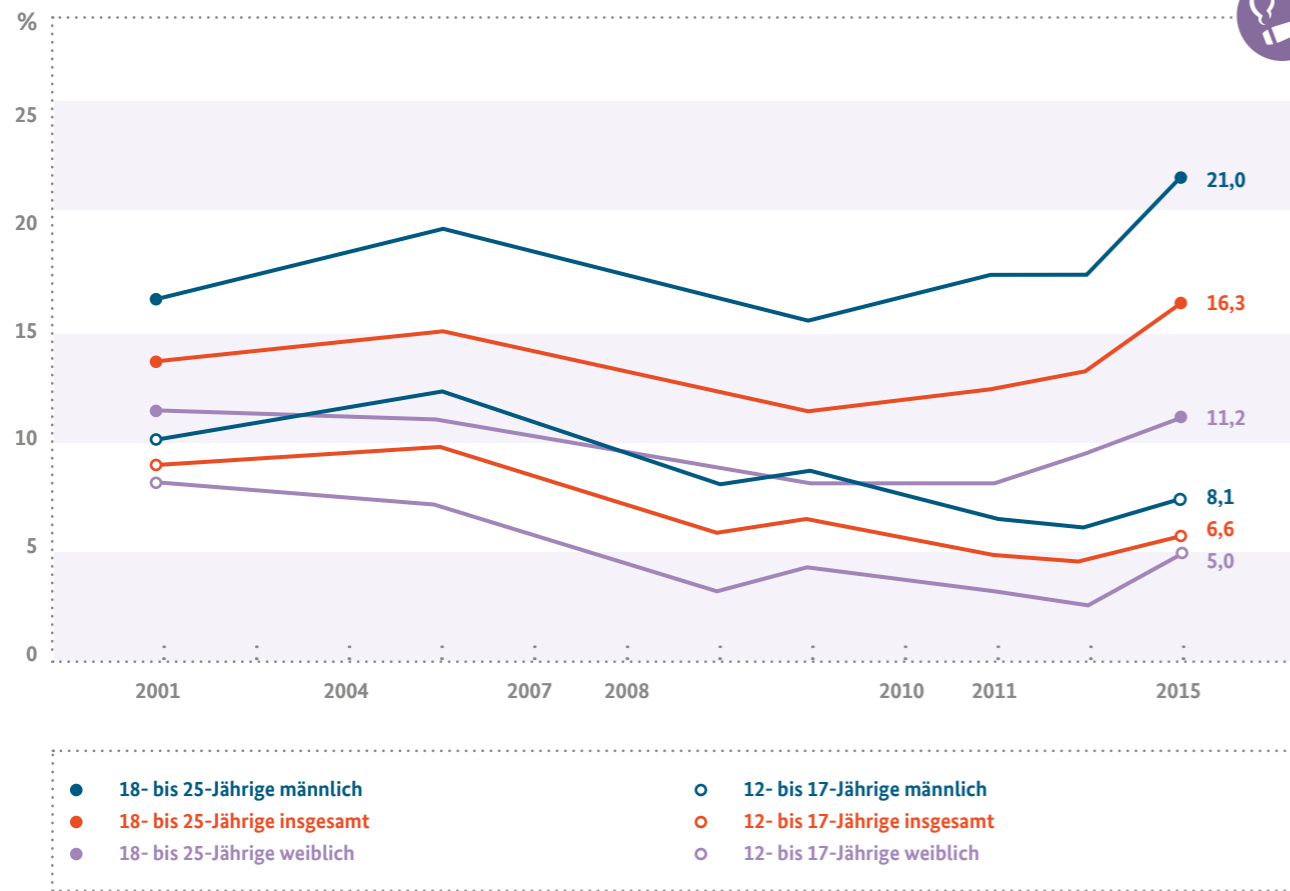
Mit einem Anstieg an sichergestellten Pflanzen um 17,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr hält somit der Trend

2015 wurden in Deutschland insgesamt
5,4 t Cannabis sichergestellt, davon
3,85 t konsumfertiges Marihuana
und 1,59 t Haschisch.



ABBILDUNG 24:

12-MONATS-PRÄVALENZ DES CANNABISKONSUMS BEI DEN 12- BIS 17-JÄHRIGEN UND DEN 18- BIS 25-JÄHRIGEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2015



Quelle: BZgA, 2016

beim Anbau von Cannabis seit inzwischen drei Jahren an. Trotz des Anstiegs an sichergestellten Pflanzen nahm die Anzahl der Fälle um 9,7 Prozent ab.

Hinsichtlich Haschisch und Marihuana wurde im vergangenen Jahr trotz Zunahme der Fälle insgesamt eine geringere Menge sichergestellt. So wurden im Zusammenhang mit Haschisch 6.059 Fälle registriert (+16,5 Prozent), was eine Unterbrechung der seit zehn Jahren rückläufigen Fallzahlen bedeutet, die Sicherstellungsmengen gingen allerdings zurück (1.598,8 kg; -8,5 Prozent). Der gleiche Verlauf ist bei Marihuana festzustellen. Zwar stieg die Fallzahl um 2,6 Prozent (32.353) leicht an, die Menge an sichergestelltem Rauschgift nahm allerdings um 53,1 Prozent ab (3.851,8 kg).

Die beträchtliche Abnahme der Gesamtsicherstellungsmenge von Marihuana liegt u. a. in der hohen Sicherstellungszahl des letzten Jahres aufgrund von drei Großsicherstellungen albanischen Marihuanas zugebunden. Darüber hinaus wurden in Albanien – einer der Hauptproduktionsstätten des in Deutschland sichergestellten Marihuanas des letzten Jahres – in den vergangenen zwei Jahren umfangreiche Maßnahmen gegen den Cannabisanbau unternommen, was sich auch auf den Handel nach Deutschland ausgewirkt haben dürfte.

Dennoch stellen die Fälle, in denen Marihuana sichergestellt wurde, fast die Hälfte aller Sicherstellungsfälle (66.591) im abgelaufenen Jahr dar. Somit ist Marihuana nach wie vor die Drogenart mit den weitaus höchsten Fallzahlen. Der Anstieg der Fälle entspricht dem Langzeitrend.



IM FOKUS

CANNABIS

Produktion

Cannabiskraut (Marihuana) wird durch die Trocknung zerkleinerter Pflanzenteile gewonnen. Cannabisarz (Haschisch) besteht aus dem Harz der Blütenstände. Die zumeist braun-schwarze Substanz wird zu Klumpen oder Platten gepresst. Durch Extraktion von Marihuana oder Haschisch mit organischen Lösungsmitteln entsteht das schwarze Haschischöl. In Deutschland ist der Anbau von Nutzhanf mit maximalem Wirkstoffgehalt von 0,3 Prozent THC (Tetrahydrocannabinol) erlaubt.

Handel/Schmuggel

Cannabisprodukte sind die weltweit meist gehandelten und verfügbaren Drogen. Der Hauptanteil des in der EU konsumierten Haschichs stammt aus Marokko; daneben ist Afghanistan als Ursprung für Haschischtransporte nach Europa von Bedeutung.

- Haschisch aus Marokko wird auf dem Seeweg (Schnellboote, Fähren, Seecontainer) an die europäischen Häfen (v. a. Iberische Halbinsel) geschmuggelt. Der Weitertransport erfolgt per Lkw oder Pkw, vielfach in die Niederlande (bedeutendes europäisches Verteilerzentrum).
- Marihuanaschmuggel aus Albanien nach Westeuropa



erfolgt insbesondere per Lkw über Griechenland/Italien sowie über Land auf der Balkanroute.

Konsum

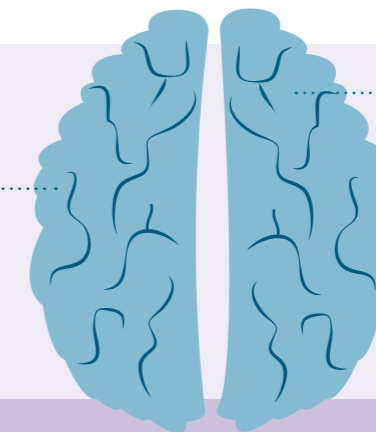
Die Staatsanwaltschaft kann das Verfahren bei Besitz von „geringen Mengen“ für den Eigengebrauch einstellen (§ 31a BtMG). Nicht geringe Menge: ab einem Wirkstoffgehalt von 7,5 g THC.

Einnahme

Konsum durch Rauchen (Vermischung mit Tabak üblich).

Wirkung

- Regelmäßiger Konsum: schwache psychische Abhängigkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisverlust, Lethargie, Realitätsverlust, Depressionen.



Wirkung ist abhängig von der Ausgangsstimmung und äußert sich in Form von intensiver Sinneswahrnehmung, „Halluzinationen“, Verlust von Zeit-/Raumgefühl sowie oft auch in Form von vermindertem Antrieb/Passivität.

PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

CaPris

Die rasante Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Cannabinoiden, den Inhaltsstoffen von Cannabis, erfordert einen beständigen Abgleich des aktuellen Forschungsstandes, um mögliche Risiken und das therapeutische Potenzial bewerten zu können.

Mit dem von der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführten Projekt „CaPris“ soll eine objektive, gesicherte und an der besten wissenschaftlichen Evidenz orientierte Bewertung erfolgen. Dabei geht es zum einen um die kurz- und langfristigen psychischen, organischen und sozialen Folgen des Konsums von pflanzlichen und synthetischen Cannabisprodukten zum Freizeitgebrauch. Zum anderen sollen die Indikation/Kontraindikation bzw. die kurz- und langfristige Wirksamkeit (positiv, fehlend, unerwünscht) von Cannabisarzneimitteln und der Kenntnisstand zur Selbstmedikation dargestellt werden.

Zu diesem Zweck wird ein systematisches Review der internationalen Literatur nach den höchsten wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Für die zu bearbeitenden Themenbereiche werden klinische Fragen formuliert, systematische Literaturrecherchen durchgeführt, eingeschlossene Studien methodisch und inhaltlich bewertet sowie Evidenz- und Konfidenzgrade vergeben. Erste Projektergebnisse werden 2017 vorliegen.

Internetplattform

Der Konsum legaler und illegaler Drogen ist besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet. Mit der Internetplattform www.drucom.de wendet sich die BZgA daher in erster Linie an drogenaffine junge Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren.



Seit 2001 können die Nutzer der Website auf ein umfangreiches, stetig weiter ausgebauten Informationsangebot zurückgreifen, das ergänzt wird durch verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung. Bei persönlichen Fragen können sie sich zudem per E-Mail oder im Chat an das Beratungsteam wenden.

2015 wurde die Website um interaktive Animationen erweitert, die auf spielerische Art und Weise über die Risiken des Cannabiskonsums informieren: Mit einer Comicfigur wird das Wirkspektrum von Cannabis veranschaulicht und auf die vielfältigen möglichen Folgeprobleme hingewiesen, wozu verminderte Fruchtbarkeit, beeinträchtigte Gehirnentwicklung, Abhängigkeit, Psychose und verringerte Fahrtüchtigkeit gehören.

Angesichts der zunehmenden Internetnutzung via Smartphone wurde das Onlineprogramm „Change your Drinking“, das bei der Reduzierung des Alkoholkonsums unterstützt, für die Darstellung auf mobilen Endgeräten optimiert.

Die Inanspruchnahme der Internetplattform steigt weiter kontinuierlich an. Mit mehr als 120.000 Besuchern pro Monat gehört www.drucom.de in Deutschland weiterhin zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich der Suchtprävention.

Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“

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

Trotz dieses großen Engagements übersteigt die Nachfrage das Angebot weiterhin deutlich. Aus diesem Grund wird aktuell geprüft, wie sich die zur Verfügung stehenden Ressourcen besser nutzen lassen, um eine noch größere Anzahl an Personen in das Programm aufnehmen zu können. Zu diesem Zweck wird eine Kontrollgruppenstudie durchgeführt, in der verkürzte

Varianten des Programms auf ihre Effektivität hin getestet werden. Aufgrund der großen Bereitschaft der „Quit the Shit“-Nutzer, an der Studie teilzunehmen, konnte die ursprünglich bis Anfang 2016 geplante Rekrutierungsphase schon Ende Oktober 2015 abgeschlossen werden. Nachbefragungen werden bis Ende 2016 durchgeführt.

5 NEUE PSYCHOAKTIVE STOFFE (NPS)

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

In den letzten Jahren sind immer wieder neue derartige Stoffe aufgetaucht: Die EBDD hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems zwischen 2005 und 2011 mehr als 164 NPS ermittelt. In den Jahren 2012, 2013, 2014 und 2015 wurden Rekordzahlen von 73, 81, 101 bzw. 100 erstmalig entdeckten Stoffen gemeldet. Synthetische Cannabinoide und synthetische Phenylethylamine/Cathinone machen seit 2005 zwei Drittel aller NPS aus, die über das Frühwarnsystem gemeldet werden. Zudem gibt es vermehrt Meldungen über Stoffe aus eher seltenen chemischen Gruppen.

Oft ist bei diesen Stoffen die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Die für Missbrauchszwecke geeignete Wirkung auf die Psyche bleibt jedoch erhalten oder wird sogar noch verstärkt.

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der in Ergänzung zu den Vorgaben des BtMG eine Stoffgruppenregelung enthält, um NPS effektiver begegnen zu können (vgl. S. 166).

NPS werden nach bisherigen Erkenntnissen maßgeblich im asiatischen Raum produziert. Zahlreiche Internetseiten und eine Vielzahl an Sicherstellungen deuten darauf hin, dass sich im asiatischen Raum eine

2015
WURDEN IN DEUTSCHLAND INSGESAMT 15 WEITERE STOFFE DEM BTMG UNTERSTELLT.

Industrie entwickelt hat, die gezielt die westlichen Märkte mit Rauschstoffen beliefert. Die europäischen Händler verkaufen die erworbenen Stoffe oder Produkte häufig in kleineren Mengen über sogenannte Head- und Onlineshops an kleinere Händler oder direkt an die Konsumierenden. Die Drogen werden häufig als Kräutermischungen, Badesalze, Lufterfrischer oder Pflanzendünger verpackt und verkauft, ohne die wirklichen Inhaltsstoffe anzugeben. Dabei wird fälschlicherweise der Eindruck vermittelt, sie seien ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich. Tatsächlich aber zieht der Konsum teilweise schwere Folgen nach sich: Die Symptome reichen von Übelkeit, heftigem Erbrechen, Herzerasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Ohnmacht, Lähmungserscheinungen und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Vitalfunktionen. Betroffene mussten künstlich beatmet oder sogar reanimiert werden. In Deutschland und dem übrigen Europa sind auch Todesfälle aufgetreten, bei denen der vorherige Konsum einer oder mehrerer NPS nachgewiesen werden konnte.

Briefing „Drogen im Blickpunkt“ der EBDD:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-infocus/responding-to-new-psychoactive-substances>

Jahresbericht 2015 der EBDD zu Trends und Entwicklungen der Drogenproblematik in Europa:

<http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>

EBDD-Europol-Jahresbericht 2014 zu neuen Drogen in Europa:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2014>

Beschluss des Europäischen Rates zu neuen psychoaktiven Substanzen:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32005D0387:EN:HTML>

UNODC: The challenge of new psychoactive substances:

http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf

Sicherstellungen von Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS)

Gültige Fall- bzw. Sicherstellungszahlen liegen aufgrund eingeschränkter Erfassungsmöglichkeiten zum Phänomenbereich NPS nicht vor.

Im Jahr 2015 wurden von Deutschland insgesamt 39 NPS an die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) bzw. an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDDA) übermittelt, die erstmalig auf dem deutschen Rauschgiftmarkt sichergestellt wurden und zum Zeitpunkt der Meldung noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt waren. Einzelne dieser Stoffe wurden zwischenzeitlich dem BtMG unterstellt bzw. sind für eine Unterstellung vorgesehen.

Nachdem im Jahr 2014 mit der 28. Betäubungsmitteländerungsverordnung (BtMÄndV) zum 13. Dezember 2014 insgesamt 32 neue Stoffe in die Anlagen des BtMG aufgenommen worden waren, wurden im Jahr 2015 im Rahmen der 29. und 30. BtMÄndV insgesamt 15 weitere Stoffe dem BtMG unterstellt.

Ein deutlicher Indikator für die Gefährlichkeit von NPS sind zunehmende Meldungen über Intoxikationsfälle, die im Zusammenhang mit dem Konsum von NPS bzw. sogenannten Legal Highs stehen. An dieser Stelle wird auch auf den oben genannten Anstieg der Todesfälle durch Einnahme von NPS verwiesen.

Die zunehmende Verbreitung von NPS im internationalen Bereich wird auch von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (EMCDDA) und dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) bestätigt.



IM FOKUS

LEGAL HIGHS

Neue Psychoaktive Stoffe »Legal Highs«

Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) sind Wirkstoffe, die nicht in den Anlagen des BtMG gelistet sind („Designerdrogen“). Sie werden häufig als Inhaltsstoffe in sogenannte Legal Highs eingebracht.

Angebot/Vertrieb

- Werden als Kräutermischungen, Pflanzendünger, Badesalz, Partypillen, Lufterfrischer etc. in Form von Pulver, Tabletten, Kräutern, Kapseln u. a. angeboten
- Werden fälschlicherweise als angeblich legale Alternativen zu Betäubungsmitteln wie Cannabis, Kokain, Ecstasy, LSD oder Amphetamin beworben
- Werden durch eine bunte und „flippige“ Verpackung und unter Vermittlung des Eindrucks angeblicher Legalität vermarktet
- Es entsteht fälschlicherweise der Eindruck, dass diese Produkte keine gesundheitsgefährdenden Stoffe enthalten
- Darüber hinaus erfolgen zunehmend Sicherstellungen von NPS als Reinsubstanzen (Research Chemicals)
- Der Verkauf erfolgt hauptsächlich über Onlineshops

Gefahrenpotenzial

Das Gefahrenpotenzial dieser Produkte wird häufig unterschätzt.

Bundesweit kam es bereits zu zahlreichen, teilweise lebensgefährlichen Intoxikationen nach dem Konsum von sogenannten Legal Highs/NPS (u. a. Kreislaufversagen, Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Psychosen/Wahnvorstellungen bis hin zum Ausfall vitaler Funktionen wie Atmung und Puls). In vielen Fällen war eine notfallmedizinische Behandlung erforderlich.

Mitunter werden in Deutschland Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von NPS registriert (2015: 39 Fälle).



Wirkstoffe

Als Wirkstoffe enthalten sogenannte Legal Highs Betäubungsmittel oder häufig nicht dem BtMG unterstellte sogenannte Designerdrogen

- Es handelt sich in der Regel um wissenschaftlich noch nicht erforschte Stoffe (keine Erkenntnisse zu Langzeitfolgen, Gesundheitsgefahren, Toxizität)
- Die Wirkstoffe sind meist gar nicht, unvollständig oder falsch deklariert und Konsumenten sowie Händlern häufig unbekannt
- Art und Zusammensetzung der Wirkstoffe vieler Produkte unterliegen ständigen Veränderungen

Konsum und Wirkung

- Pulver/Tabletten/Kapseln: Aufnahme oral oder nasal, Wirkung meist stimulierend, vergleichbar Amphetamin oder Kokain
- Kräutermischungen: rauchen (als Joint oder in der Bong), Wirkung vergleichbar mit Cannabis, z. T. wesentlich stärker

PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT BIS ZUM TOD

6 WEITERE ILLEGALE SUBSTANZEN

Heroin

Die Anzahl der Heroin-Sicherstellungsfälle belief sich im vergangenen Jahr auf 3.061 Fälle (2014: 2.857) und unterbrach den langjährigen rückläufigen Trend dieses Indikators mit einem Anstieg um 7,1 Prozent. Der Anstieg der Fälle korreliert mit dem deutlichen Anstieg der EKHD von Heroin und spricht für eine verstärkte Erfassung von konsumnahen Delikten.

Die im Rahmen der vermehrten Fälle sichergestellte Gesamtmenge hingegen nahm um 73,1 Prozent ab (209,5 kg), wobei die größte Einzelsicherstellung eine Menge von 22 kg darstellte. Ursächlich für die starke Differenz der Sicherstellungsmengen sind in erster Linie die im Jahr 2014 erzielten Großsicherstellungen (330 kg und zweimal 50 kg). Im Vergleich zu 2013 ist ein Rückgang von rund 28 Prozent feststellbar. Dennoch bleibt festzuhalten, dass in den letzten 30 Jahren niemals so wenig Heroin in Deutschland sichergestellt wurde wie im vergangenen Jahr.

Opium

Im Vergleich zu den Vorjahren ist bei Opium ein starker Anstieg festzustellen: Sowohl die Menge von 95,7 kg (+523,8 Prozent), wobei die größte Einzelsicherstellung nicht höher als rund 20 kg Opium war, als auch die Fälle (65 Fälle; +85,7 Prozent) stiegen eklatant an. In den letzten 10 Jahren unterlagen die Sicherstellungsfälle und -mengen großen Schwankungen, was in der Regel auf größere Einzelsicherstellungen zurückzuführen ist.

Trotz der Aussagen des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC), dass die Anbaufläche in Afghanistan, dem weltweit bedeutendsten Opiumproduzenten, im Jahr 2015 um 19 Prozent (durchschnittlich 183.000 Hektar) und einhergehend die Rohopiumproduktionsmenge um 48 Prozent erheblich abgenommen hat (von 6.400 auf ca. 3.300 t), erfolgten einzelne Großsicherstellungen in Europa. Dies lässt weiterhin auf eine große Nachfrage im europäischen Raum und ausreichend vorhandene Depots mit Ware aus den Vorjahren schließen.

Kokain/Crack

Während die Anzahl der Sicherstellungsfälle um 5,8 Prozent auf 3.559 (2014: 3.114,4) leicht anstieg, stieg die Sicherstellungsmenge insgesamt um 98,4 Prozent auf die Rekordmenge von 3.114,4 kg (2014: 1.568 kg) Kokain an. Ursächlich für den signifikanten Anstieg des vom Markt genommenen Kokains waren insbesondere Großsicherstellungen in Überseecontainern aus Südamerika, häufig im Zusammenhang mit dem Schmuggel in Bananenlieferungen.

In Deutschland wurde dadurch bis zum Jahresende 2015 ein Rekordniveau bei der Sicherstellungsmenge erreicht. Gleichzeitig gab das UNODC einen Zuwachs der Kokainanbauflächen in Kolumbien – dem bedeutendsten Herkunftsland für Kokain – um 44 Prozent auf 69.000 Hektar Ende 2014 bekannt. An diesem Großsicherstellungsaufkommen lässt sich ein anhaltend hoher Zufuhrdruck erkennen, der seinerseits eine entsprechende Nachfrage in Deutschland und den europäischen Nachbarstaaten einschließt.

Während die Menge von sichergestelltem Crack um 24,6 Prozent auf 0,355 kg abnahm, stiegen die Sicherstellungsfälle um 51,1 Prozent auf 405 (2014: 268) an. Diese Entwicklung kann ebenfalls in unmittelbarem Zusammenhang mit dem außerordentlichen Anstieg der EKHD gebracht werden.

Amphetamin

Bei Amphetamin handelt es sich nach Cannabis weiterhin um das am weitesten verbreitete Betäubungsmittel in Deutschland. Dies belegen sowohl die Fall- und Sicherstellungszahlen als auch die Anzahl der EKHD. Im Jahr 2015 wurden 1.356,1 kg (2014: 1.335,8 kg) Amphetamin sichergestellt, was eine Steigerung um 1,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet und dem kontinuierlichen Anstieg entspricht. Dagegen nahm die Anzahl der Fälle um 4,7 Prozent auf 10.388 Fälle ab.

Ecstasy

Die Zahl der Sicherstellungsfälle von Ecstasy stieg erneut, nun um 14,7 Prozent auf 4.015 registrierte Fälle (2014: 3.499), und die Gesamtmenge um 37,7 Prozent auf 967.410 Tabletten an. Dies ist insbesondere auf die

drei Großsicherstellungen von 336.603 Tabletten in Leipzig, 100.000 Tabletten in München sowie 83.700 in Wuppertal zurückzuführen.

Die erneute, teilweise starke Zunahme von Ecstasy auf dem inländischen Markt ist vor allem auf die weiterhin bestehende hohe Verfügbarkeit u. a. durch hocheffektive Produktionsstätten in den Niederlanden und Belgien zurückzuführen. Hier ist von einem Fortbestand dieses Trends auszugehen.

LSD

Die Sicherstellungsmenge von LSD stieg um 116,8 Prozent auf 61.991 und die Fallzahlen stiegen um 12,9 Prozent auf 472 an. Hierbei ist allerdings die Einzelsicherstellung von 45.099 LSD-Trips in Leipzig von besonderer Bedeutung.

Für diese Entwicklung gibt es keine besondere Begründung, da sich die LSD-Zahlen auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen und seit Jahren auf und ab schwanken. Die Steigerung der Sicherstellungsmenge erklärt sich ausschließlich durch den Einzelfall.

Allgemeine Aussagen zu synthetischen Drogen und ihrer Herkunft

Der bereits bei den EKHD beschriebene Trend der Zunahme im Bereich synthetischer Drogen spiegelt sich auch in den steigenden Sicherstellungsmengen (Ausnahme Crystal) wider.

Synthetische Drogen werden u. a. über das Internet vertrieben: Die vorgenannten 336.603 Ecstasy-Tabletten wie auch die 45.099 LSD-Trips wurden über den Betreiber eines Onlinemarktplatzes im Internet zum

DIE BEDEUTUNG DER SYNTHETISCHEN DROGEN ZEIGT SICH UNGEBROCHEN IN DEM KONTINUIERLICHEN ANSTIEG DER SICHERSTELLUNGSMENGEN (AUSNAHME CRYSTAL METH) UND DER ANZAHL DER EKHD.

Kauf angeboten. Die Betäubungsmittel Ecstasy, Amphetamin, MDMA, MDA und LSD wurden von diesem aus den Niederlanden bezogen.

Die Herkunft synthetischer Drogen deutet wie in den Vorjahren auch auf das benachbarte Ausland hin, aus dem die Drogen ins Bundesgebiet geschmuggelt werden. So wurden Ecstasy und Amphetamin hauptsächlich aus den Niederlanden eingeführt, während Crystal fast ausschließlich aus der Tschechischen Republik stammt.

Die Anzahl der im Jahr 2015 in Deutschland beschlagnahmten illegalen Labore zur Herstellung synthetischer Drogen sind um 25 Prozent auf 12 Labore (2014: 16) zurückgegangen. Hierbei handelt es sich um 11 Produktionsstätten zur Herstellung von Amphetamin bzw. Methamphetamin sowie um eine Herstellung von Fentanyl. Wie in der Vergangenheit verfügten diese lediglich über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs bzw. zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises.

Anstieg der Sicherstellungsfälle bei den klassischen Drogen **Heroin und Kokain.**

Rückgang der Sicherstellungsmenge bei Heroin – dagegen **Rekordsicherstellungsmenge von Kokain.**



VOM BMG GEFÖRDERTES PROJEKT

Lebensqualität in der Opioidsubstitution

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein wichtiger Parameter in der Bewertung medizinischer Interventionen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu vielen medizinischen Bereichen, in denen subjektive Gesundheitsvariablen wie die Lebensqualität als wertvolle Informationsquelle für die Behandlung und Forschung verwendet werden, mangelt es in der suchtmmedizinischen Versorgung und Forschung an entsprechenden Erkenntnissen. Außerdem fehlt ein krankheitsspezifisches Instrument, das es in der Versorgung ermöglicht, die subjektive Lebensqualität Opioidsubstituierter zuverlässig zu erheben.

Deshalb fördert das BMG seit April 2015 und noch bis September 2016 das Projekt „Lebensqualität in der Opioidsubstitution“, bei dem das erste krankheitsspezifische Instrument zur Beurteilung der Lebensqualität bei Patienten in Opioidsubstitutionsbehandlung entwickelt und validiert wird. Das Projekt wird vom ZIS am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

Hierbei werden 60 Substitutionspatienten in Fokusgruppen zu ihrer persönlichen Lebensqualität befragt, um die subjektive Patientenperspektive zu erfassen. Die Daten werden anhand eines ganzheitlichen Mo-

dells der Lebensqualität von Schalock ausgewertet und strukturiert, um so Hauptkomponenten der Lebensqualität für diese Patientenzielgruppe zu identifizieren. Ziel ist es, ein umfassendes und dennoch kurzes und handhabbares Instrument für den Einsatz in der Patientenversorgung zu erhalten, das es ermöglicht, Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität zu messen.

Ein solches versorgungsrelevantes Instrument zur Erhebung und Beurteilung der Lebensqualität von Patienten in der Opioidsubstitution wird die Verbesserung der Patientenversorgung in der klinischen Praxis fördern und wichtige Erkenntnisse für die Forschung und Gesundheitspolitik bereitstellen. Mit entsprechender Validität und Zuverlässigkeit ist das Instrument dazu geeignet, den Behandlungsverlauf und die Ziele und Zwischenziele der Opioidsubstitution individueller zu definieren, die Qualität und den Erfolg von Substitutionsprogrammen beurteilbar zu machen und fester Bestandteil einer grundlegenden medizinischen und psychosozialen Dokumentation der Routineversorgung zu werden. Zudem kann das Instrument als nützliches Steuerungselement für eine Individualisierung von Behandlungsmaßnahmen genutzt werden und somit helfen, z. B. Beigebrauch und Therapieabbrüche zu verringern.

i

K.-O.-TROPFEN

Der Begriff „K.-o.-Tropfen“ stellt einen Sammelbegriff für eine Vielzahl von Substanzen dar, die für einen Missbrauch zur Begehung von Straftaten mittels Betäubens (insbesondere Vergewaltigungs- und Raubdelikte) in Betracht kommen. Bei diesen Substanzen handelt es sich zum Teil um verschreibungspflichtige Arzneimittel, die mitunter den strengen Regeln des Betäubungsmittelrechts unterliegen. Ein missbräuchlicher Bezug oder Einsatz kann dadurch allerdings nur erschwert, aber nicht unterbunden werden, zumal diese Arzneimittel wegen ihrer beruhigenden, schlafanstoßenden und muskelentspannenden Wirkung vielfältig verordnet

werden und daher verbreitet zugänglich sind. Straftaten, insbesondere Vergewaltigungsdelikte und in Einzelfällen Todesfälle, die mittels Betäubens begangen werden, werden sich aber auch durch verstärkte behördliche Überwachung und polizeiliche Maßnahmen nicht immer verhindern lassen. Hier ist jeder Einzelne gefragt, sich an Orten, an denen ein solches Risiko besteht, entsprechend vorsichtig zu verhalten. Die BZgA sowie Frauennotrufe und -beratungsstellen klären die Bevölkerung entsprechend auf. Allerdings hat auch diese Aufklärung mit Vorsicht zu erfolgen, damit sie keine Nachahmungstäter anregt und sich somit kontraproduktiv auswirkt.



IM FOKUS

KOKAIN

Herstellung

Die Kokablätter werden zunächst zur Extraktion des Wirkstoffes zu Kokapaste verarbeitet (Zusätze: Wasser und Kalk, Benzin oder Kerosin, Schwefelsäure, Ammoniak), ehe daraus Kokainbase (Zusätze: Schwefelsäure, Kaliumpermanganat, Ammoniak) und letztlich Kokainhydrochlorid (Zusätze: Aceton oder Ether und Salzsäure) hergestellt wird (ca. 200 bis 300 kg Kokablätter für 1 kg Kokain-HCl erforderlich). Auf dem deutschen Drogenmarkt wird weit überwiegend Kokainhydrochlorid festgestellt, während in anderen Regionen (Nord- und Südamerika) auch die Konsumform der Base bzw. Paste weit verbreitet ist.

Kokainproduktion

Kokaanbau und Kokainproduktion findet fast ausschließlich in der südamerikanischen Andenregion (Kolumbien, Peru, Bolivien) statt.

Handel/Schmuggel

Der überwiegende Teil des südamerikanischen Kokains ist für Nordamerika und Westeuropa bestimmt. Die bedeutendsten Transportwege nach Europa führen von Südamerika auf dem Seeweg – des Öfteren über die Karibik – Richtung Iberische Halbinsel, Niederlande oder Belgien. Größere Mengen werden überwiegend in Schiffscontainern – insbesondere unter Nutzung des modus operandi Rip-Off – nach Europa (vereinzelt an



die deutschen Häfen in Hamburg und Bremerhaven) geschmuggelt, z. T. auch nach Ost- und Südeuropa oder nach Westafrika. In hoher Frequenz erfolgt der Schmuggel nach Europa durch Flugkuriere (Direktflüge aus Südamerika, mitunter auch über Staaten Westafrikas) oder in Luftpostsendungen (meist kleinere Mengen im dreistelligen Gramm-bereich). Es finden Transporte von den westafrikanischen Häfen/Depots mittels Lkw auf dem Landweg nach Nordafrika und dann auf den etablierten Haschisch-routen vorwiegend nach Spanien und Italien statt.

Konsum

Die Staatsanwaltschaft kann das Verfahren bei Besitz von „geringen Mengen“ für den Eigengebrauch einstellen (§ 31a BtMG). Nicht geringe Menge: ab einem Wirkstoffgehalt von 5 g Kokainhydrochlorid.

Einnahme

Schnupfen oder intravenöse Anwendung (Rauchen von Crack).

Wirkung

Starke psychische Abhängigkeit bis hin zu Wesensveränderungen, Organschäden und körperlichem Verfall

Organschäden

Zunächst euphorisches Stadium (u. a. Abbau von Hemmungen, Kontaktfreudigkeit, Risikofreude, gesteigertes Sexualverlangen), gefolgt von gestörten Reizwahrnehmungen und anschließender depressiver Phase mit Erschöpfung und Niedergeschlagenheit

STARKE PSYCHISCHE
ABHÄNGIGKEIT

KÖRPERLICHER
VERFALL

5

Pathologisches Glücksspiel

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Von Glücksspiel spricht man immer dann, wenn um Geld gespielt wird. Entscheidend für alle Glücksspiele ist dabei, dass ein Geldgewinn überwiegend vom Zufall und nicht vom Wissen oder Geschick abhängt. Das Angebotsspektrum reicht von klassischen Lotterien über Automaten Spiele, Sportwetten und Poker bis zu Roulette. Verbreitete Spielorte sind Lotto-Annahmestellen, Gaststätten und Spielhallen, Spielbanken und Wettbüros. Zudem lassen sich viele Glücksspielangebote im Internet finden.

Während das Glücksspiel für viele Menschen ein unproblematisches Freizeitverhalten darstellt, können manche ihr Spielverhalten nicht kontrollieren und geraten dadurch in eine Abhängigkeit. Finanzielle Verluste, psychische und emotionale Belastungen sowie Konflikte in der Familie oder am Arbeitsplatz sind die Folgen. Besonders problematisch wird die Situation dann, wenn die eigenen finanziellen Ressourcen nicht mehr ausreichen und das Glücksspiel weite Teile des Lebens bestimmt. Zumeist wird unterschieden zwischen problematischem Glücksspiel im Sinne einer vorklinischen Belastung und Pathologischem Glücksspiel, das auch als klinisches Krankheitsbild in den medizinischen Klassifikationen definiert ist.

Das Glücksspiel ist in Deutschland weit verbreitet und unterliegt verschiedenen landes- und bundesrechtlichen Regelungen. Mit dem Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) zwischen den Bundesländern wurde 2008 erstmals versucht, das Spielgeschehen in kontrollierten Bahnen zu halten sowie Jugend- und Spielerschutz zu gewährleisten. Während Glücksspiele im Internet in Deutschland lange Zeit generell verboten waren, sind im Jahr 2012 mit dem Inkrafttreten des Glücksspielän-

derungsstaatsvertrages (GlüStV) der Vertrieb der Lotterie „6 aus 49“ und der 2012 eingeführten europäischen Lotterie „Eurojackpot“ – beides Produkte des Deutschen Lotto- und Totoblocks (DLTB) – über das Internet legalisiert worden. Die erlaubte Teilnahme an Glücksspielen aller anderen Anbieter und Arten wird derzeit durch Änderungen im Glücksspielstaatsvertrag der Bundesländer neu geregelt. Für das Aufstellen von Geldspielautomaten in Gaststätten, Spielhallen etc., das in der Gewerbeordnung gesondert geregelt ist, ist der Bund zuständig. Spielerschutzmaßnahmen hinsichtlich Verlustbegrenzungen oder Limitierungen bei der Geräteaufstellung sowie das Verbot von Automaten in sogenannten Café-Casinos sind zuletzt mit der siebten Novelle der Spielverordnung (SpielVo 2014) aktualisiert worden.

Die Attraktivität des Glücksspiels zeigt sich auch in den weiterhin hohen Umsatzzahlen. Im Jahr 2013 belief sich der Gesamtumsatz des deutschen (legalen) Glücksspielmarkts auf 33,4 Milliarden Euro. Während die staatlichen Einnahmen aus Glücksspielen auf knapp 3,23 Milliarden Euro anstiegen (Statistisches Bundesamt), was gegenüber dem Vorjahr ein Plus von 12,6 Prozent bedeutet, ging der erwirtschaftete Bruttospielertrag der Aufsteller von gewerblichen Geldspielautomaten auf gut 4,37 Milliarden Euro zurück (-0,7 Prozent).

Das Glücksspielverhalten und damit assoziierte Probleme in der Bevölkerung in Deutschland gelten mittlerweile dank insgesamt elf repräsentativer Studien, die seit 2006 durchgeführt werden, als gut erforscht. Die aktuellste Studie ist die Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2015. Die ganz überwiegende Anzahl der Befragten nimmt nur gelegentlich an Glücksspielen teil.

»Rien ne va plus – nichts geht mehr!«

»Spielen ist Kaufen von Hoffnung auf Kredit.«

(Alan Wykes)

Die Studien haben weitgehend übereinstimmend ergeben, dass sich bei den meisten Glücksspielangeboten eine höhere Nutzung unter männlichen Befragten und älteren Befragten zeigt.

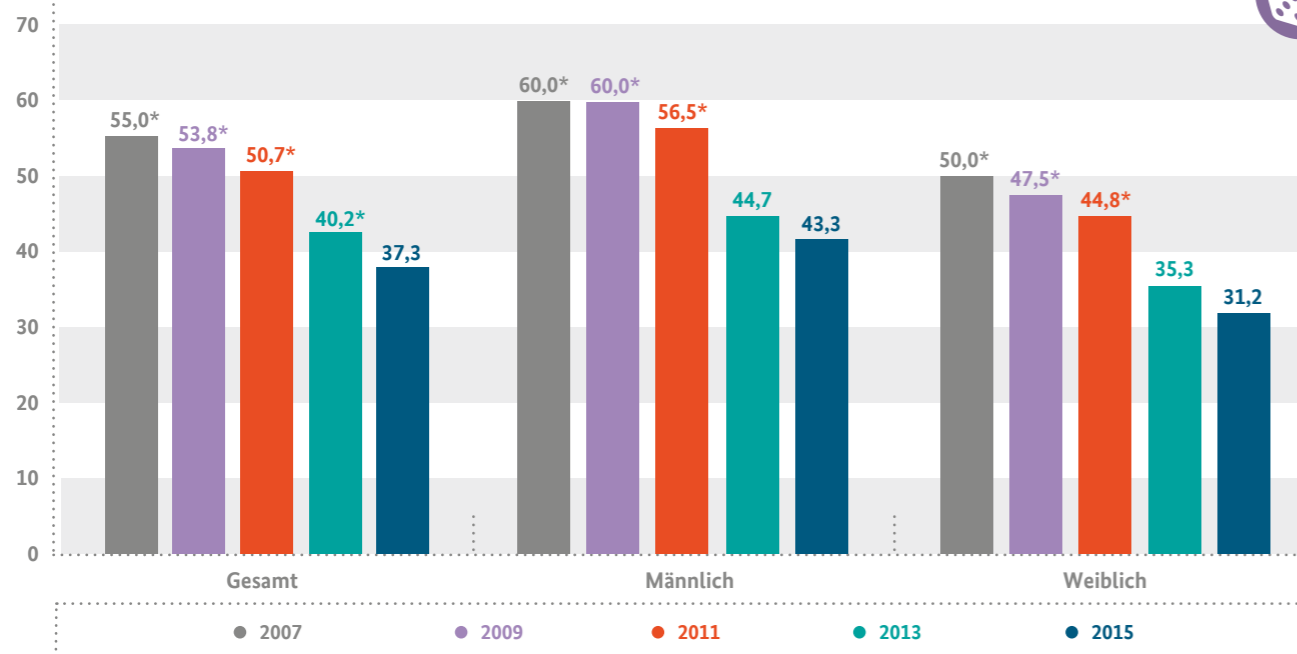
Die Glücksspielbelastung in der Bevölkerung liegt in Deutschland bei 0,3 bis 0,7 Prozent für problematisches und bei 0,2 bis 0,8 Prozent für Pathologisches Glücksspiel (die voneinander abweichenden Prozentangaben ergeben sich durch Unterschiede in der methodischen Durchführung der Studien). Dabei ist die Belastungsquote unter Männern durchweg mehr als doppelt so hoch wie unter Frauen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern liegt Deutschland im unteren Bereich der Spannweite. In vielen Studien hat sich gezeigt, dass Glücksspiele unterschiedliche Suchtpotenziale aufweisen. Insbesondere das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben scheint mit einem erhöhten Risiko für glücksspielassoziierte Probleme verbunden zu sein. Im Jahr 2013 hatten in Deutschland beispielsweise ca. drei Viertel der Spieler, die eine ambulante Suchtbera-

tung aufsuchten, an Geldspielautomaten gespielt. Risikoreich sind zudem Sportwetten, Glücksspielangebote in der Spielbank und Onlinepoker. Die 2011 durchgeführte Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ (PAGE) hat zudem gezeigt, dass bei pathologischen Glücksspielern das Risiko für das Vorliegen einer psychischen oder durch Substanzkonsum bedingten Störung (alkohol-, drogen- oder tabakbezogen) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Drei- bis Vierfache erhöht ist.

BZgA-Studie zum Glücksspielverhalten in Deutschland 2015

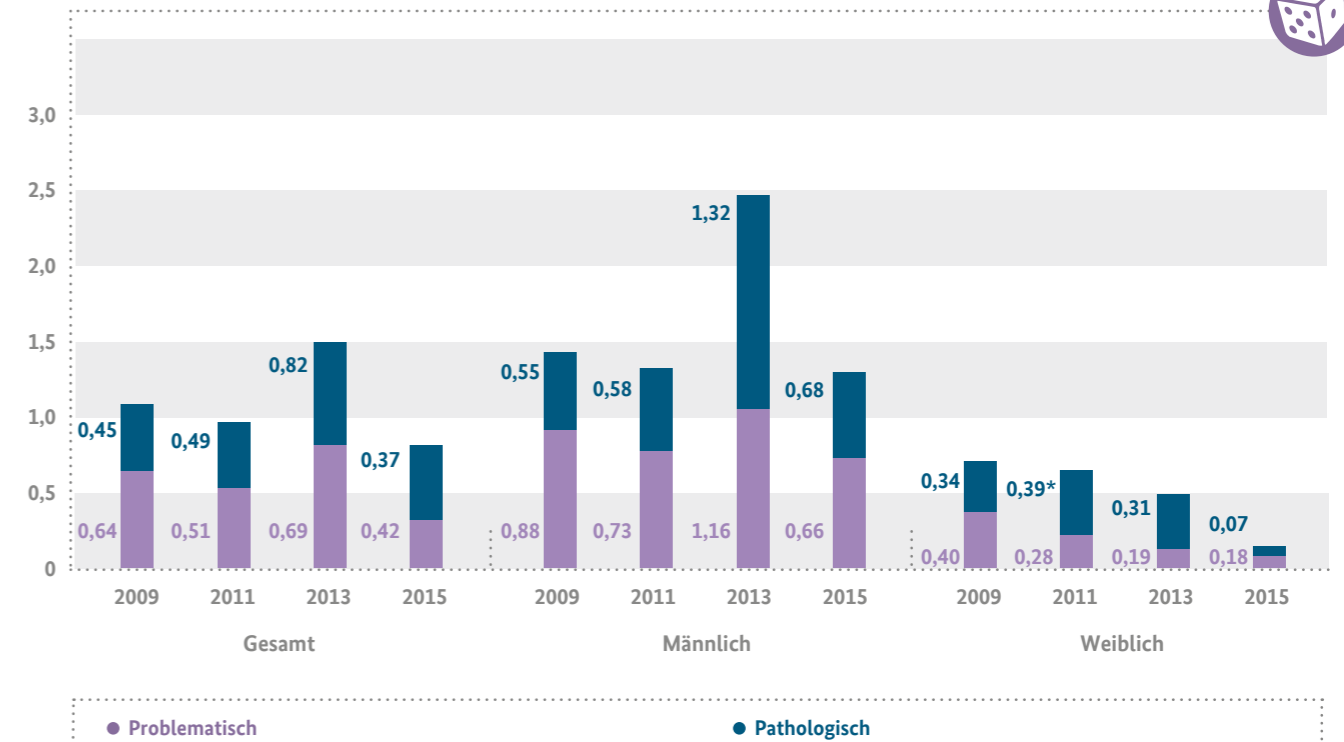
Die BZgA-Studie von 2015 ist die fünfte Untersuchung im Rahmen einer Studienserie zum Monitoring des Glücksspielverhaltens in Deutschland (n = 11.500), die 2007 begonnen wurde und seitdem in zweijährigen Intervallen wiederholt wird. Zur Verbesserung der Repräsentativität wurden, wie schon in der BZgA-Glücksspielstudie 2013, auch mobiltelefonisch (besser) erreichbare Personen im Alter von 16 bis 70 Jahren in die Studie einbezogen.

ABBILDUNG 25:
TRENDS TEILNAHME AN IRGEND EINEM GLÜCKSSPIEL IN DEN BZGA-SURVEYS 2007 BIS 2015



Zurückliegender Jahreszeitraum; Fallzahlen: 2007: 9.894, 2009: 9.915, 2011: 9.921, 2013: 11.408, 2015: 11.438; 2007 bis 2011: Festnetzstichprobe, 2013 und 2015: „Dual Frame“-Stichprobe
* p < 0,05
Quelle: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel

ABBILDUNG 26:
TRENDS PROBLEMATISCHES UND PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELVERHALTEN NACH GESCHLECHT IN DEN BZGA-SURVEYS 2009 BIS 2015



Fallzahlen: 2009: 9.915, 2011: 9.921, 2013: 11.408, 2015: 11.438; 2009 bis 2011: Festnetzstichprobe, 2013 und 2015: „Dual Frame“-Stichprobe
* p < 0,05
Quelle: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel

Die Daten zeigen, dass die Glücksspielteilnahme insgesamt, bezogen auf den zurückliegenden Jahreszeitraum, seit der ersten Erhebung 2007 kontinuierlich zurückgeht. Im Vergleich zu 2013 hat diese Quote um weitere 2,9 Prozentpunkte abgenommen, was insbesondere durch weniger weibliche Spieler bedingt ist (siehe Abb. 26). Im Jahr 2015 hat sich erstmals auch die Nutzung von Geldspielautomaten gegenüber der vorangegangenen Erhebung verringert: von 3,7 Prozent im Jahr 2013, was im betrachteten Zeitverlauf den Höchststand markierte, auf 2,6 Prozent im Jahr 2015. Ebenfalls rückläufig war der Anteil der 16- und 17-jährigen, die an einem der gewerblichen Glücksspiele teilgenommen haben (2013: 15,8 Prozent, 2015: 14,6 Prozent). Dagegen ist bei 18- bis 20-jährigen Männern die Teilnahme an illegalen Sportwetten deutlich angestiegen (2013: 5,7 Prozent, 2015: 12,8 Prozent).

Im zurückliegenden Jahreszeitraum wurde am häufigsten Lotto „6 aus 49“ gespielt (22,7 Prozent), gefolgt von Sofortlotterien (9,7 Prozent) und Eurojackpot (7,1 Prozent). Unter den 16- und 17-jährigen ist mit 9,2 Prozent die Teilnahme an Sofortlotterien am verbreitetsten. Mit einem Anteil von knapp 69 Prozent war der dominierende Ort bei der Glücksspielteilnahme weiterhin die Lotto-Annahmestelle, gefolgt vom Internet mit 11,4 Prozent. Während gegenüber 2013 der Anteil der Annahmestellen als Spielort abgenommen hat, ist der Anteil der über das Internet gespielten Glücksspiele angestiegen.



Der Anteil problematischer Glücksspieler unter allen Befragten betrug im Jahr 2015 0,42 Prozent (männlich: 0,66 Prozent, weiblich: 0,18 Prozent) und der Anteil pathologischer Glücksspieler 0,37 Prozent (männlich: 0,68, weiblich: 0,07 Prozent). Gegenüber 2013 sind damit beide Quoten zurückgegangen und liegen aktuell wieder knapp unter dem Niveau der Studie aus dem Jahr 2011 (siehe Abb. 26). Der Problemspieleranteil unter den befragten 16- und 17-Jährigen lag im Jahr 2015 bei 0,37 Prozent (ausschließlich Jungen).

Bezogen auf einzelne Glücksspiele finden sich Problemspieler am häufigsten unter den Befragten, die Keno (23,2 Prozent), an Glücksspielautomaten in der Spielbank (19,8 Prozent) oder an Geldspielautomaten (13 Prozent) spielen. Als Risikofaktoren für mindestens problematisches Spielverhalten haben sich männliches Geschlecht, junges Erwachsenenalter, ein Migrationshintergrund und ein niedriger Bildungsstatus erwiesen. Hochgerechnet auf die 16- bis 70-jährige Bevölkerung lässt sich den Daten der BZgA-Studie 2015 zufolge in Deutschland die Anzahl der Menschen mit einem

problematischen Glücksspielverhalten auf 153.000 bis 382.000 und die Anzahl jener mit einem pathologischen Glücksspielverhalten auf 111.000 bis 415.000 schätzen (jeweils 95-Prozent-Konfidenzintervalle).

Das Bewusstsein für das Thema Glücksspielsucht in der Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahren zwar positiv entwickelt, doch für das Jahr 2015 ist ein Rückgang festzustellen: Nur noch knapp 60 Prozent der Befragten schätzten sich diesbezüglich als gut informiert ein (2013: knapp 68 Prozent). Etwas zurückgegangen sind auch das Interesse am Thema, dessen Wahrnehmung in den Medien sowie die Zustimmung zur staatlichen Kontrolle des Glücksspiels und zum Glücksspielverbot im Internet. Dagegen hat der Bekanntheitsgrad von regionalen Beratungsstellen und telefonischen Beratungsmöglichkeiten zur Glücksspielsucht noch einmal geringfügig zugenommen.

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel>

2 PROJEKTE

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

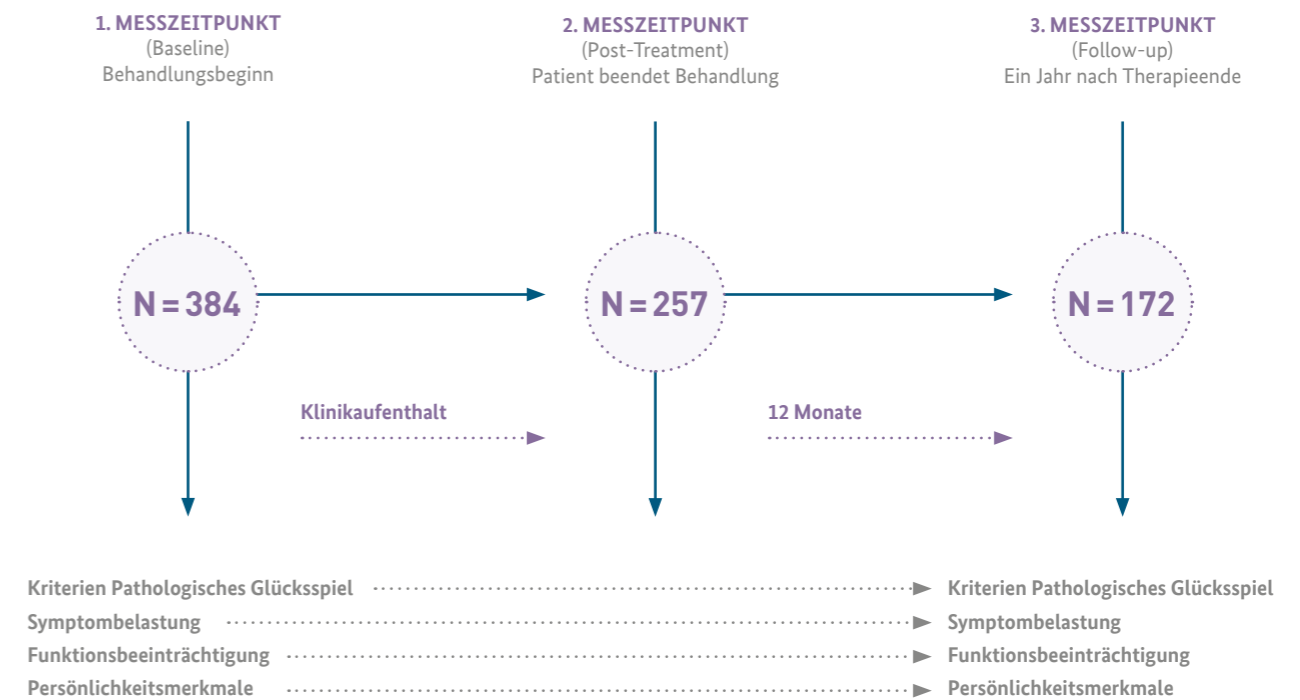
Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel

Das Pathologische Glücksspiel stellt in Deutschland ein verbreitetes Gesundheitsproblem dar, das mit schwerwiegenden Folgen in unterschiedlichen Lebensbereichen einhergeht. Während die Anzahl und Qualität epidemiologischer Studien in Deutschland als gut zu bezeichnen ist, fehlt es derzeit noch an aussagekräftigen, methodisch ausgereiften Untersuchungen zu den Effekten, die durch eine psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik erzielt werden können. Die hierzu vorliegenden internationalen Daten deuten darauf hin, dass durch eine stationäre Behandlung einerseits eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden kann, andererseits aber auch eine hohe Rate jener Patienten, die kurzfristig von der Intervention profitieren, mittel- und langfristig wieder rückfällig wird.

In Deutschland wurden nur vereinzelt Katamnesestudien durchgeführt bzw. die Erfolgsquoten der stationären Behandlung von Patienten mit Pathologischem Glücksspiel erhoben. Wichtige weiterführende Fragestellungen – etwa hinsichtlich sekundärer Erfolgskriterien, der Kontextfaktoren für Rückfälle und der Einflussfaktoren für einen stabilen Therapieerfolg – wurden bisher nicht verfolgt.

Bei der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten „Katamneseerhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel“ handelt es sich um ein Kooperationsprojekt von acht Rehabilitationseinrichtungen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und der Ambulanz für Spielsucht der Klinik für Psychosomatische Medizin (Universitätsmedizin Mainz). Hierbei wurde das Ziel verfolgt, die oben genannten offenen Fragen näher zu

ABBILDUNG 27:
ERHEBUNGSABLAUF, ZIELVARIABLEN UND TEILNAHMERATEN DER KATAMNESEERHEBUNG



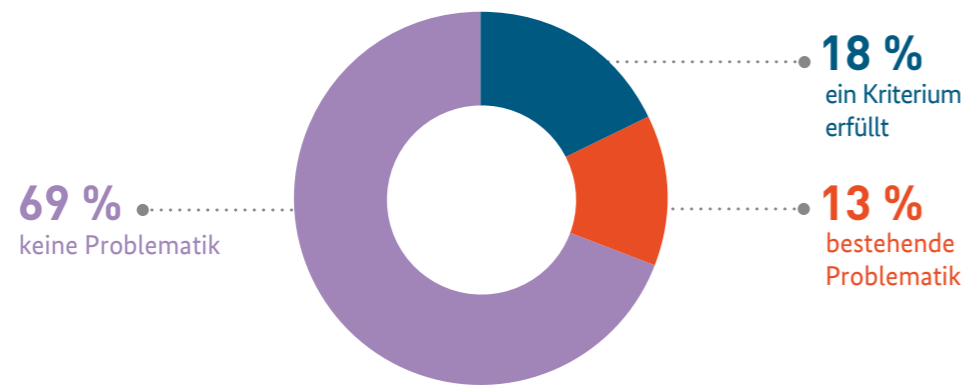
beleuchten. Zu diesem Zweck wurden alle innerhalb eines Jahres aufgenommenen Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel in Form eines längsschnittlichen Designs zu insgesamt drei Messzeitpunkten befragt. Die letzte dieser drei Befragungen erfolgte ein Jahr nach Abschluss der Therapie. Neben primären Endpunkten (diagnostische Kriterien des Pathologischen Glücksspiels) wurden sekundäre Indikatoren für den Therapieerfolg (psychosoziale Symptombelastung, Funktionsbeeinträchtigung) sowie potenziell moderierende Faktoren (Persönlichkeit) erfasst (vgl. Abb. 27).

Von den anfänglich 384 in die Studie eingeschlossenen Patienten wurden nur diejenigen nachbefragt, die die Therapie regulär abschlossen. Ein Jahr nach Therapieende konnten von diesen insgesamt 257 Patienten 172 erfolgreich abschließend befragt werden.

Die Auswertung des Follow-ups zeigt, dass ca. 70 Prozent der Patienten ein Jahr nach der Therapie nicht mehr die Kriterien für das Pathologische Glücksspiel erfüllen, obwohl die Mehrheit der Patienten (ca. 60 Prozent) nicht spielfrei ist bzw. von Rückfällen berichtet. Bei 18 Prozent ist von einem problematischen Verhalten, bei 13 Prozent von einer fortbestehenden suchtartigen Glücksspielnutzung auszugehen (siehe Abb. 28).

Ein genauerer Blick auf die Gruppe der Patienten, die von Rückfällen berichten, zeigt, dass sich der erste Rückfall überwiegend innerhalb der ersten drei Monate nach Therapieende ereignet. Bedingungen, die einen Rückfall begünstigen, sind insbesondere das Erleben negativer Gefühlszustände, soziale Konfliktsituationen, Stressbelastungen und die unmittelbare Verfügbarkeit von Bargeld.

ABBILDUNG 28:
ERFÜLLTE KRITERIEN DES PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELS EIN JAHR NACH THERAPIEENDE



Die Auswertung der sekundären Indikatoren zeigt, dass bei allen Patienten unmittelbar nach der Therapie ein Rückgang der erlebten psychischen Symptombelastung feststellbar ist. Bezieht man das Follow-up mit ein, erweist sich, dass die Symptomreduktion in der Gruppe der Patienten ohne fortbestehende Glücksspielproblematik ausgeprägter ist.

Unabhängig von einem Fortbestehen der Glücksspielproblematik lässt sich ein Jahr nach der Therapie eine deutliche Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Familie feststellen.

Zwar konnten keine direkten Faktoren identifiziert werden, die den späteren Therapieerfolg vorhersagen, doch es konnte erstmals gezeigt werden, dass dysfunktionale Persönlichkeitsmerkmale bei jenen Patienten, die die Glücksspielproblematik dauerhaft bewältigten, eine Nachreifung aufwiesen. Dies lässt darauf schließen, dass die Therapieprogramme auch auf impliziter Ebene Effekte erzielen, die bei Patienten unter Umständen ressourcenfördernd wirken.

Insgesamt betrachtet weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ein erheblicher Teil der behandelten Patienten von den Therapieangeboten profitiert. Insbesondere die Verbesserung in den zuvor deutlich beeinträchtigten Lebensbereichen Arbeit, Freizeitverhalten und Familienleben ist hierbei hervorzuheben. Innerhalb der Gruppe der ehemaligen Patienten, die keine Glücksspielproblematik mehr aufwiesen, deutet die

Verbesserung hinsichtlich der psychischen Symptombelastung zudem darauf hin, dass auch eine höhere Lebensqualität besteht. Überdies ist bei allen Patienten eine deutliche Verbesserung des Funktionsniveaus zu beobachten. Eine Identifikation von Faktoren, die den späteren Therapieverlauf vorhersagen, wäre wünschenswert, um noch stärker individualisierte Interventionsprogramme anbieten zu können.

Remissionsprozesse von pathologischen Glücksspielern im Dreijahresverlauf

Die Lebenszeitprävalenz für pathologisches Spielen liegt nach den Ergebnissen der PAGE-Studie in Deutschland bei ca. 1 Prozent, was mehr als einer halben Million Personen entspricht. Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler ist es gelungen, ihre Spielsucht aus eigener Kraft (Spontanremission) oder unter Inanspruchnahme formeller Hilfe zu überwinden. Da es sich bei der PAGE-Studie – wie bei fast allen anderen derzeit vorliegenden deutschsprachigen Studien zu Glücksspielproblemen – um eine Querschnittserhebung handelt, stellen ihre Befunde lediglich eine Momentaufnahme dar.

Die Überwindung eines Spielsuchtproblems beinhaltet oftmals eine Vielzahl von Episoden der Loslösung vom Glücksspiel (z. B. durch die Inanspruchnahme von Hilfe), des Rückfalls in problematisches oder pathologisches Spielen und erneuter Spontanremission bzw. Hinwendung zu professionellen Hilfeangeboten. Dies wiederum bedeutet, dass die Phasen der Absti-

renz bzw. des unproblematischen Spielens lediglich Teil eines über einen längeren Zeitraum andauernden Prozesses sind, dessen Ausgang ungewiss ist.

Belastbare Aussagen zum Ablauf, zur Struktur und zu den Einflussfaktoren von Remissionsprozessen lassen sich daher nur dann formulieren, wenn die zu untersuchende Stichprobe zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten – die zeitlich mehrere Jahre auseinanderliegen – befragt wurde (Nower und Blaszczynski, 2008).

Im Winter 2012/13 wurden im Rahmen der Studie „Selbsteilung bei pathologischen Glücksspielern“ mehr als 300 ehemalige und aktuelle pathologische Glücksspieler umfassend u. a. zu ihrem aktuellen und früheren Spielverhalten, zu glücksspielbezogenen Problemen, zur Inanspruchnahme von Hilfen, zu den Barrieren einer solchen Inanspruchnahme, zu Spielmotiven, kognitiven Verzerrungen und ihrem aktuellen Gesundheitsstatus befragt. Die weit überwiegende Mehrheit der damaligen Studienteilnehmer hatte ihr Einverständnis gegeben, auch zukünftig für glücksspielbezogene wissenschaftliche Studien kontaktiert zu werden. Somit bestand die Möglichkeit, diese Personen drei Jahre nach der Ersterhebung ein weiteres Mal zu befragen. Etwa 230 von ihnen wurden im Zuge dieser zweiten Befragungswelle wieder erreicht. Die auf diesem Wege gewonnenen Paneldaten ermöglichen Auswertungsstrategien, die tiefgehende Erkenntnisse über den Verlauf von Remissionsprozessen und die Adäquatheit von Hilfeangeboten bei pathologisch Glücksspielenden erwarten lassen. Befunde zu diesen Fragestellungen, die auf der Basis von Longitu-

EINE MÖGLICHST NAHTLOSE
VERMITTLUNG IN AMBULANTE
NACHSORGEPROGRAMME
KÖNNTE SICH ALS WICHTIGE
MASSNAHME ZUR STABILISIERUNG DER GLÜCKSSPIEL-
ABSTINENZ ERWEISEN.

dinaldaten ermittelt wurden, liegen derzeit national wie international kaum vor.

Die Studie ging im Einzelnen folgenden Fragestellungen nach:

- Ermittlung von Remissions- und Rückfallprävalenzen im Dreijahresverlauf
- Ermittlung von Faktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz bzw. des kontrollierten Spielens
- Ermittlung von Gründen für die Aufrechterhaltung pathologischen Spielens bzw. für den Rückfall in die Spielsucht
- Ermittlung der Art und Intensität der Inanspruchnahme, der Angemessenheit und des Erfolges von Hilfemaßnahmen im Dreijahresverlauf
- Aufdeckung möglicher Defizite bei der Versorgung von pathologisch Glücksspielenden
- Aufdeckung von Barrieren des Zugangs zu spezifischen Hilfemaßnahmen bei bestimmten Subgruppen

Die Studie wurde vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) durchgeführt und vom BMG gefördert. Ihre vorrangige Zielsetzung lässt sich inhaltlich in die folgenden zwei Teilziele untergliedern:

- Formulierung von empirisch fundierten Empfehlungen, wie mithilfe präventiver Maßnahmen eine spielproblemfreie Lebensführung gefestigt (Stabilisierung der Remission) bzw. bei bestehenden Spielproblemen herbeigeführt werden kann (Initiierung der Remission)
- Formulierung von Empfehlungen und Skizzierung konkreter Maßnahmen hinsichtlich des Abbaus von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem und der Weiterentwicklung eines auf die individuellen Erfordernisse der Betroffenen abgestimmten Beratungs- und Therapieangebotes

Der Abschlussbericht liegt seit dem Frühjahr 2016 vor.

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

Check-dein-Spiel

Das seit 2007 bestehende Internetangebot „Check-dein-Spiel“ wurde 2015 überarbeitet. Neben einem Wissenstest und einem ausführlichen Selbsttest bietet es auch ein interaktives Online-Beratungsprogramm zum Ausstieg aus der Glücksspielsucht. Die webbasierte Beratung umfasst über eine Laufzeit von vier oder alternativ sieben Wochen Funktionen wie ein Glücksspiel-Tagebuch und ein wöchentliches Therapeuten-Feedback. Seit September 2007 haben rund 110.000 Personen am Test teilgenommen und eine individualisierte Auswertung mit persönlich zugeschnittenen Hilfeempfehlungen zu ihrem Spielverhalten bekommen.

Wichtiger Ausgangspunkt für die Prävention von Glücksspielsucht in der Bevölkerung ist außerdem die Bereitstellung von themenbezogenen Informationen. Die Nutzer von Glücksspielangeboten sollen befähigt werden, mögliche Gefahren einzelner Glücksspielangebote zu erkennen und somit verantwortungsvoll und selbstkritisch zu spielen.

Im Jahr 2015 wurde ein Materialset zum Thema „Sportwetten“ erstellt, das sich vor allem an die Risikogruppe der 18- bis 25-jährigen Männer richtet und die bisherigen Basisinformationen zu Glücksspielsucht im Allgemeinen, Glücksspiel bei Jugendlichen sowie Glücksspielsucht bei Angehörigen ergänzt. Das Materialset ist in englischer, französischer, russischer, türkischer und arabischer Sprache erhältlich und kann auch bei der Arbeit mit zugewanderten Menschen eingesetzt werden.

<http://www.bzga.de/infomaterialien/gluecksspiel-sucht/>

**Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB)**

Die BZgA führt seit 2007 in Kooperation mit dem DLTB bundesweite Maßnahmen zur Prävention von Glücksspielsucht durch. Mit der Kampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ richtet sich die BZgA mit gezielten Präventionsangeboten zur Frühintervention an die Bevölkerung.

Zentrales Element der Kampagne ist das Internetportal www.spielen-mit-verantwortung.de, das Informationen zu einzelnen Glücksspielen und zur Glücksspielsucht bereithält.



Ein ähnlich niedrigschwelliges Angebot ist die BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht unter der kostenlosen **Telefonnummer 0800 1372700**. Die telefonische Beratung richtet sich an alle Spielenden sowie an Angehörige und Interessierte. Mit etwa 20.000 Anrufern jährlich ist das Angebot der Telefonberatung stark nachgefragt.

Darüber hinaus bereiten schriftliche Materialien Fakten zum Glücksspiel zielgruppengerecht auf und sensibilisieren für problemreflektierte Einstellungen in Bezug auf Glücksspiele und deren Gefahren.

Im Rahmen der bundesweiten Präventionskampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ werden seit 2007 in zweijährigem Abstand Repräsentativbefragungen zum Glücksspielverhalten in Deutschland durchgeführt (siehe Kapitel A.5.1). Die inzwischen fünf Vergleichsstudien sind als Download verfügbar.

BZgA-Telefonberatung zur Glücksspielsucht unter der kostenlosen Telefonnummer:

0800 1372700

Hanno Koffler **Matti Schmidt-Schaller**
Christian Wolff Karolina Lodyga Patrick Wolff und Ken Duken

49. internationale hofer filmtage 2015

Kinostart: 23. Juni 2016

Treppe Aufwärts
ein Film von Mia Maariel Meyer

REGIE/BUCH MIA MAARIEL MEYER KAMERA MARCO BRAUN PRODUZENT ONNI-FILM VERLEIH MISSINGFILMS
PRODUKTIONSLEITUNG BASTIAN SEITZ SCHNITT ANNE KLIEM TON TOBIAS RÜTHER LICHT STEVE SCHOLL
MUSIK MARTIN WANDERER SZENENBILD KAROLIN LESHEL KOSTÜM LENA NIENHABER MASKE TATJANA KRAUS/LENA BRENDLE
WWW.TREPPE-AUFWAERTS.DE

Leica SCHACHT MBF FILMTECHNIK Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

6

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Mit verschiedenen Begriffen wie „Computerspielabhängigkeit“, „pathologischer Internetgebrauch“ und „Internetsucht“ werden derzeit Verhaltensweisen bezeichnet, die für das Individuum tatsächlich oder potenziell schädliche Konsequenzen haben. Nicht das Internet oder der Computer als Technologie, sondern die mit ihrer Nutzung einhergehenden Verhaltensweisen werden dabei als problematisch oder pathologisch beschrieben. Vor diesem Hintergrund wird in der Wissenschaft derzeit untersucht, inwieweit extreme Formen der Mediennutzung tatsächlich zum Erleben klinisch relevanter Symptome und Beeinträchtigungen führen und somit in bestimmten Fällen als Ausdruck einer psychischen Störung zu verstehen sind. Nach derzeitiger Mehrheitsauffassung werden die neu erforschten Störungsbilder im Bereich der Computerspiel- und Internetnutzung den stoffungebundenen Suchterkrankungen (Verhaltenssüchten) zugerechnet. Während für den Bereich des Computerspielens weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass dieses Verhalten deutliche Parallelen zu einem Suchtverhalten aufweist, ist derzeit noch nicht geklärt, ob weitere internetbezogene Verhaltensweisen – hierbei ist insbesondere die exzessive Nutzung sozialer Netzwerke zu nennen – ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind.

Ein wichtiger Schritt zur Klärung der Frage, wann eine Computerspielnutzung mit Krankheitswert vorliegt, erfolgte 2013 durch die Expertengruppe für die fünfte Revision des „Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen“ (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA). Da Belege zu Störungen mit Krankheitswert vor allem im Bereich der pathologischen Computerspielnutzung vorliegen, wurde die Forschungsdiagnose auf diese begrenzt und

als Internet Gaming Disorder bezeichnet. Die Diagnose kann somit nur für die pathologisch betriebene Nutzung von Video- oder Computerspielen vergeben werden, und zwar unabhängig von der genutzten Plattform (z. B. PC, Spielkonsole, Smartphone) sowohl für die Onlinespielnutzung (Spiele mit aktiver Internetverbindung) als auch für die Offlinespielnutzung (Spiele ohne aktive Internetnutzung). Andere Formen problematischer Computernutzung, etwa bezüglich sozialer Netzwerke oder Onlinepornografie, gelten demnach zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht hinreichend untersucht. Einheitlich anerkannte Methoden zur Erfassung der Störung stehen derzeit noch aus.

Allerdings wurden inzwischen erste Screeningverfahren entwickelt, mit denen sich eine Internet Gaming Disorder verdachtsdiagnostisch erfassen lässt. So wurde 2015 in englischer Sprache die „Internet Gaming Disorder Scale“ von Lemmens und Kollegen vorgestellt, die in der Kurzform insgesamt neun Items enthält, die sich auf die neun Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder beziehen. Ferner liegt seit 2015 in englischer und in deutscher Sprache die u. a. von Rehbein entwickelte Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS) vor, die insgesamt 18 Items beinhaltet, von denen sich jeweils zwei auf eines der neun Diagnosekriterien beziehen. Ein diagnostischer Goldstandard besteht jedoch nach wie vor nicht, und auch anerkannte klinische Interviews zum Thema konnten bislang nicht etabliert werden.

Auch zur Internetabhängigkeit wurden bereits erste Screeningverfahren entwickelt, doch fehlten bis Mitte 2013 für diese Störung noch abgesicherte Schwellenwerte (Cut-offs), die pathologische Ausprägungen erkennen lassen, da Internetabhängigkeit im weiteren Sinne bislang nicht mit der Forschungsdiagnose Internet Gaming Disorder nach dem DSM-5 abgedeckt wird. Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie PINTA-DIARI (siehe Drogen-

»Du merkst, dass du ein Internetjunkie bist, wenn du dich wunderst, dass man auch im Wasser surfen kann.«

Finde deine Online-Offline-Balance!

und Suchtbericht 2014) wurden auf der Grundlage diagnostischer Interviews Schwellenwerte abgeschätzt und zur Verfügung gestellt, die für weitere Erhebungen und andere Studien genutzt werden können. Auffällig ist, dass Internetsucht kein Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten zu sein scheint, sondern vielmehr in allen sozialen Gruppen vorkommt. Menschen mit pathologischem Internetgebrauch leiden oft auch unter einer psychischen Erkrankung. Bei diesen sogenannten komorbiden Störungen handelt es sich meistens um Depressionen, Affektstörungen, ADHS, aber auch um Substanzmissbrauch (etwa von Alkohol oder Nikotin). Anders als vorhergehende Untersuchungen zeigen die Ergebnisse der PINTA- bzw. der PINTA-DIARI-Studie und der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dass es bezüglich einer Internetabhängigkeit offenbar keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, auch wenn die zugrunde liegende Nutzung des Internets (Spiele bzw. soziale Medien) unterschiedlich ist. Die Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Beratung und Therapie sollten deshalb spezifisch auf die verschiedenen Nutzergruppen ausgerichtet werden.

Angesichts der hohen Dynamik, mit der sich die Computer- und die Internetnutzung als Bestandteil des Medienkonsums verbreiten, sind Kinder und Jugendliche eine besonders wichtige Zielgruppe. Hier ist eine medienerzieherische Einflussnahme bereits in der Phase eines auffälligen gesundheitsgefährdenden und suchtfährdenden Verhaltens möglich. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) setzt sich für eine wirksame und nachhaltige Präventionsarbeit besonders für die junge Altersgruppe,



- Kontrollier ich das Web oder kontrolliert das Web mich?
- Bin ich süchtig?
- Check dich selbst:

<https://www.ins-netz-gehen.de/check-dich-selbst/bin-ich-suechtig>

pe, für entsprechende medienpädagogische Konzepte in der Familien- und Erziehungsberatung sowie für eine nachhaltige Qualifizierung medienpädagogischer Fachkräfte ein. Zudem werden Maßnahmen zur Einrichtung und zum Einsatz geeigneter Jugendschutzprogramme für den heimischen PC unterstützt.

Aktuelle Datenlage

Neue Daten zu den Prävalenzen im Bereich der Computerspiel- und Internetabhängigkeit in Deutschland wurden seit dem Drogen- und Suchtbericht 2015 nicht veröffentlicht. Daher gelten gemäß der aktuellen Studienlage die folgenden Schätzungen: Für die Internetabhängigkeit gilt nach wie vor die PINTA-Studie als wichtigste Referenzstudie, da sie bundesweite Repräsentativität beanspruchen kann. Nach dieser Studie können in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 560.000 Menschen als internetabhängig bezeichnet werden; das entspricht einer Prävalenz von 1 Prozent (Frauen: 0,8 Prozent, Männer: 1,2 Prozent). Jüngere Menschen sind häufiger betroffen: So zeigen in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen etwa 250.000 Personen (2,4 Prozent) Anzeichen einer Abhängigkeit, unter den 14- bis 16-Jährigen sind es sogar 4 Prozent. Unter ihnen sind etwa 100.000 14 bis 16 Jahre alt. In der Altersgruppe der über 25-Jährigen sind insgesamt etwa 0,7 Prozent wahrscheinlich internetabhängig.

Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zu Computerspielen und Internetnutzung

Die BZgA hat zuletzt im Jahr 2013 Ergebnisse zum Computerspielen und zur Nutzung des Internets veröffentlicht. Sie beruhen auf der Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2011. Die Studie zeigt in Deutschland eine weite Verbreitung des Computerspielens und der Internetnutzung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das Internet wird vor allem genutzt, um zu kommunizieren, Unterhaltungsangebote zu nutzen und sich zu informieren. Bei einem vergleichsweise geringen Anteil der insgesamt 5.000 befragten Personen im Alter von 12 bis 25 Jahren offenbarten sich im Umgang mit Computerspielen und dem Internet Verhaltensprobleme. Die Studie kommt zu den folgenden Ergebnissen: Der größte Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt im Umgang mit Computerspielen und dem Internet keine Verhaltensprobleme. 2,5 Prozent der 12- bis 25-Jährigen sind nach der „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) jedoch als exzessive Inter-



IM FOKUS

COMPUTERSPIELE UND ABHÄNGIGKEIT

Computerspiele

Video- und Computerspiele gehören zum Alltag vieler Menschen dazu. Gespielt wird nicht nur am PC und der Spielkonsole, sondern zunehmend auch auf mobilen Spielgeräten. Es gibt verschiedene Spielgenres, die sich z. T. deutlich voneinander unterscheiden. Männliche Jugendliche und jüngere Erwachsene verbringen statistisch gesehen besonders viel Zeit mit Computerspielen.

Exzessive Nutzung und Abhängigkeit

Einige Personen entwickeln ein zeitlich exzessives Spielverhalten. So spielen rund 16 Prozent der Neuntklässler und 4 Prozent der Neuntklässlerinnen täglich 4,5 Stunden und länger. Exzessive Nutzung ist aber nicht mit pathologischer Nutzung gleichzusetzen. Die Internet Gaming Disorder (IGD) nach DSM-5 gibt neun Diagnosekriterien vor, von denen für die Diagnose fünf vorliegen müssen.



Verbreitung von Computerspielabhängigkeit

Aktuelle deutsche Zahlen zur Verbreitung der IGD zeigen, dass unter Neuntklässlern rund 1,2 Prozent betroffen sein könnten. Bei Erwachsenen liegt die erste Prävalenzschätzung bei rund 0,8 Prozent. Hinzu kommt noch eine größere Zahl von Personen, die nicht ein pathologisches, aber ein riskantes Spielverhalten aufweisen.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

Betroffene weisen verstärkt leistungsbezogene (z. B. schlechtere Schulnoten, häufigeres Schwänzen) und gesundheitliche Belastungen (z. B. psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen, geringere Schlafzeit und Schlafprobleme) auf. Auch treten im Zusammenhang mit Computerspielabhängigkeit gehäuft weitere psychische Erkrankungen auf, insbesondere Depression.

Wer ist besonders gefährdet?

Nutzer von Onlinerollenspielen, Onlineshootern oder Strategiespielen sind gefährdeter als Spieler anderer Genres. Häufiger betroffen sind weiterhin impulsivere Personen und solche mit einer geringeren sozialen Kompetenz. Gleiches gilt für Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien, mit Problemen in der Peergroup oder einer geringeren Integration in der eigenen Schulklasse. Es gibt aber noch wenige Längsschnittstudien, die das Hineinwachsen in eine Computerspielabhängigkeit untersucht haben.

Beratung, Therapie und Prävention

In Deutschland existiert im Suchthilfekontext bereits ein breites Beratungsangebot für Betroffene. Auch ambulante und stationäre Therapieprogramme bestehen. Wirksamkeitsuntersuchungen liegen bislang jedoch kaum vor. Auch die Entwicklung und Evaluation präventiver Maßnahmen ist bedeutsam. Hier existieren bereits verschiedene Modellprojekte.



12- bis 13-Jährige
sind im Schnitt
156 Minuten online



18- bis 25-Jährige
sind im Schnitt
260 Minuten online



Der Großteil der Onlinezeit
(40 %) entfällt auf **Kommuni-**
kation

Ein Viertel der Onlinenutzung dient der Unterhaltung, ein Fünftel wird für Spiele aufgewendet und 14 Prozent dienen der Suche nach Informationen

Quelle: „JIM-Studie 2015. Jugend, Information, (Multi-)Media“ des Medienpädagogischen Forschungsverbundes Südwest

netnutzende bzw. exzessive Computerspielende einzu-
stufen. Dabei gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Bei
den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen ist mit 3 Prozent
ein etwas größerer Anteil als bei den 18- bis 25-jährigen
Erwachsenen (2 Prozent) betroffen. Schüler der Haupt-
und berufsbildenden Schulen sowie Arbeitslose haben
vergleichsweise hohe Werte zu verzeichnen, die aller-
dings nicht statistisch signifikant sind.

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

Eine 2015 in der Zeitschrift „Addiction“ veröffentlichte
Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Nie-
dersachsen (KFN) hat sich auf die DSM-5-Diagnose In-
ternet Gaming Disorder konzentriert und Computer-
spielabhängigkeit mittels der CSAS erfasst. Unter den
repräsentativ befragten 11.003 Neuntklässlern in Nie-
dersachsen im Durchschnittsalter von rund 15 Jahren
ergibt sich eine 12-Monats-Prävalenz von 1,2 Prozent.
Jungen (2 Prozent) sind wesentlich häufiger von Com-
puterspielabhängigkeit betroffen als Mädchen (0,3 Pro-
zent). Der Anteil männlicher Personen unter den Be-
troffenen beträgt damit rund 90 Prozent. Während sich
zwischen einheimisch-deutschen Jugendlichen und je-
nen mit Migrationshintergrund keine signifikanten
Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von Compu-
terspielabhängigkeit ergeben, ist das Risiko für Compu-
terspielabhängigkeit mit der Schulform verknüpft. So
beträgt die Prävalenz unter Hauptschülern rund 2,6
Prozent, unter Realschülern rund 1,3 Prozent und un-
ter Gymnasiasten rund 0,6 Prozent.

Die im November 2015 veröffentlichten Ergebnisse
einer im Auftrag der DAK erfolgten repräsentativen
Befragung unter Eltern von 12- bis 17-jährigen Kin-
dern zum „Internet- und Computergebrauch bei Kin-
dern und Jugendlichen“ ergab, dass viele Eltern bei der
Internetnutzung ihrer Kinder verunsichert sind. Die
Untersuchung erfolgte gemeinsam mit dem Deutschen
Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
(DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE). Untersucht wurden die Dauer und die Art der
Internetnutzung, der Umgang mit der Internetnutzung
und das Vorhandensein von Regeln zur Internetnut-
zung durch das Kind. Zudem erfolgten Fragen zur fa-
miliären Situation und zum Interesse an Informations-
und Beratungsangeboten zu diesem Thema. Die
Angaben der Eltern zur Internetnutzung ihrer Kinder
decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen aus
den vorliegenden Prävalenzstudien. Bei den Hinweisen
auf problematisches Internetnutzungsverhalten der
Kinder zeigte sich, dass nach den Angaben der Eltern
Kinder im Alter von 14 und 15 Jahren zu 52 Prozent
länger online bleiben, als sie es sich eigentlich vorge-
nommen haben, während dieser Anteil bei den 16-
und 17-Jährigen auf 43 Prozent sinkt. Dagegen steigt
der Anteil der Kinder, die – nach Angaben der Eltern –
schon mehrfach erfolglose Versuche unternommen
haben, die Internetnutzung in den Griff zu bekommen,
von 10 Prozent bei den 12- bis 13-Jährigen auf 14 Pro-
zent bei den 16- bis 17-Jährigen an (Näheres zum Pro-
jekt siehe Anhang A.6).

2 PROJEKTE

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten – eine Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung an Schulen, Beratungsstellen und Kliniken (AbiS)

Bereits von 2008 bis 2010 förderte das BMG ein Pro-
jekt, das den aktuellen Stand der „Beratungs- und Be-
handlungsangebote zum pathologischen Internetge-
brauch in Deutschland“ und den damals aktuellen
Forschungsstand zum pathologischen Internetge-
brauch zusammenfasste (UKE Hamburg/DZSKJ). Seit
2010 hat es jedoch auf kommunaler, Länder- und
Bundesebene in den Bereichen Prävention, Beratung,
Behandlung und Forschung zur exzessiven Medien-
nutzung zahlreiche Entwicklungen gegeben. Deshalb
wurde 2015 die Sektion für Suchtforschung und
Suchtmedizin der Universitätsklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der Universität Tübingen damit
beauftragt, einen aktualisierten und erweiterten
Überblick zu erstellen. Über den Stand in der Sucht-
hilfe und Psychiatrie hinaus sollen auch die Angebote
und deren Nutzung erfasst werden, die bei der Erzie-
hungsberatung, an Schulen und in Medienkompe-
tenzstellen sowie im Bereich der psychosomatischen
Rehabilitation existieren. Einbezogen werden sollen
auch die Aktivitäten des BMFSFJ, des Bundesministe-
riums für Bildung und Forschung (BMBF), der BZgA
und der Bundeszentrale für politische Bildung. Ein
weiterer Bestandteil des aktualisierten Überblicks ist
die Darstellung der Diskussionen auf Ebene der Welt-
gesundheitsorganisation (WHO), ob bzw. inwieweit
internetbezogene Störungen in die elfte Ausgabe der
„Internationalen statistischen Klassifikation der
Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“
(ICD-11) aufgenommen werden sollen.

Der aktualisierte Überblick wurde im Frühjahr 2016
veröffentlicht. Er bildet eine wichtige Grundlage, um
die im aktuellen Koalitionsvertrag festgehaltene Ab-
sicht, die Präventions- und Beratungsangebote zu on-
line basiertem Suchtverhalten bundesweit auszubauen
und wissenschaftlich zu begleiten, zielgerichtet
einzulösen.

Problematische und pathologische Internetnut- zung – Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK)

Problematischer und pathologischer Internetgebrauch
reicht von exzessiver Computer- und Internetnutzung
bis hin zu einem Abhängigkeitsverhalten. Allerdings ist
selbst in Fachkreisen umstritten, inwieweit es sich dabei
um eine Suchterkrankung oder eine Form der Impuls-
kontrollstörung handelt. Die bisher durchgeführten Stu-
dien, die das Ausmaß der Störung erfasst haben, basier-
ten deshalb auf unterschiedlichen Definitionen von
Internetabhängigkeit und setzten verschiedene Scree-
ning- und Diagnostikinstrumente ein. Für die Praxis der
Suchthilfe kommt erschwerend hinzu, dass die meisten
Verfahren häufig sehr aufwendig sind.

Das BMG fördert deshalb das Projekt „Problematische
und pathologische Internetnutzung – Entwicklung eines
Kurzscreenings (PIEK)“. Es wird von der Universität zu
Lübeck durchgeführt und soll ein optimiertes Kurz-
screening zur Identifikation von Menschen mit proble-
matischer und pathologischer Internetnutzung entwi-
ckeln. Das Projekt stützt sich auf die Erfahrung aus
verschiedenen Studien, in denen ein auf der CIUS beru-
hendes Screeninginstrument eingesetzt wurde. Anhand
der Ergebnisse der Studien sollen die trennschärfsten
Kriterien für Internetabhängigkeit und riskante Inter-
netnutzung identifiziert und eine genderspezifische To-
leranzgrenze (Cut-off-Wert) bestimmt werden. Im Rah-
men von PIEK soll ein optimiertes und praxistaugliches
Kurzscreening entwickelt werden, das eine schnelle und
effektive Identifikation von Menschen mit problemati-
scher und pathologischer Internetnutzung sowohl in
ambulanten als auch in stationären Bereichen der Be-
ratung und Behandlung erlaubt. Als Möglichkeit einer ver-
besserten Fallfindung könnte dieses Instrument dazu
beitragen, die bisher eher geringe Inanspruchnahme
von Beratungs- und Behandlungsleistungen zu erhöhen.
Die einheitliche Erfassung der pathologischen Internet-
nutzung ist nicht nur für die praktisch arbeitenden Ein-
richtungen, sondern auch für die Forschung von Inter-
esse. Das Screeninginstrument soll frei zugänglich sein
und ermöglicht deshalb eine weitreichende Verbreitung
und Implementierung.

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

Präventionskampagne „Ins Netz gehen – Online sein mit Maß und Spaß“ der BZgA

Die Kampagne „Ins Netz gehen – Online sein mit Maß und Spaß“ zur Prävention von exzessiver Computerspiel- und Internetnutzung bietet seit 2011 Informationsmaterial für Eltern und für Jugendliche. Der Bereich der Onlinekommunikation umfasst die Kampagnenwebsite, die sowohl zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen für die 12- bis 18-Jährigen als auch interaktive Elemente wie einen Selbsttest bereithält, bei dem die eigene Problemausprägung bezüglich exzessiver Nutzung von Computerspielen oder Internetangeboten eingeschätzt wird. Beim Verhaltensänderungsprogramm „Das andere Leben“ wiederum werden die Jugendlichen dabei unterstützt, dem übermäßigen Internetsurfen oder exzessiven Gebrauch von PC-Spielen zunehmend Aktivitäten im realen Leben entgegenzusetzen. Ein weiteres Element der Onlinekommunikation ist die Multiplikatorenseite. Eltern, Lehr- und

Fachkräften werden hier zu Fragen rund um jugendliche Mediennutzung mit Maß wissenschaftlich gesicherte Antworten und pädagogisch bewährte Tipps gegeben. Darüber hinaus wird eine E-Mail-Beratung für jene Multiplikatoren angeboten, die ein konkretes Anliegen bzw. eine konkrete Frage zum Medienkonsum bei Jugendlichen haben.



Im Bereich der personalen Kommunikation wird seit September 2014 das bundesweite peergestützte Projekt „Net-Piloten“ in der weiterführenden Schule umgesetzt. In Zusammenarbeit mit Fachstellen für Suchtprävention und mit Schulen erhalten Jugendliche und ihre Eltern im Rahmen der Projekterprobungsphase eine Anleitung zum verantwortungsvollen Umgang mit Medien. Hierbei werden ihnen auch Alternativen für die Freizeitgestaltung aufgezeigt.

<http://www.ins-netz-gehen.de>

VOM BMFSFJ GEFÖRDERTE PROJEKTE

Unter dem Dach der Initiative „Gutes Aufwachsen mit Medien“ baut das BMFSFJ seine Informationsangebote für Eltern und Erziehende zielgerichtet aus. Obwohl im Spektrum an Themen zur Medienerziehung grundsätzlich breit aufgestellt, enthält das Informationsangebot jeweils Hinweise zum Umgang mit exzessivem Medienverhalten.

Als Bestandteil der Initiative „Gutes Aufwachsen mit Medien“ wurde in Zusammenarbeit mit jugendschutz.net die Neuauflage der Broschüre „Ein Netz für Kinder“ veröffentlicht, die praxisnahe Tipps und Anregungen für einen sicheren Einstieg ins Netz bietet und Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer in der Medienerziehung unterstützt.

Zudem bietet der Medienratgeber „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.“ Orientierung in der digitalen Medienwelt und informiert Eltern und Erziehende über aktuelle Entwicklungen, Möglichkeiten zur Information, Interaktion und Unterhaltung, aber auch über Risiken wie exzessive Mediennutzung und

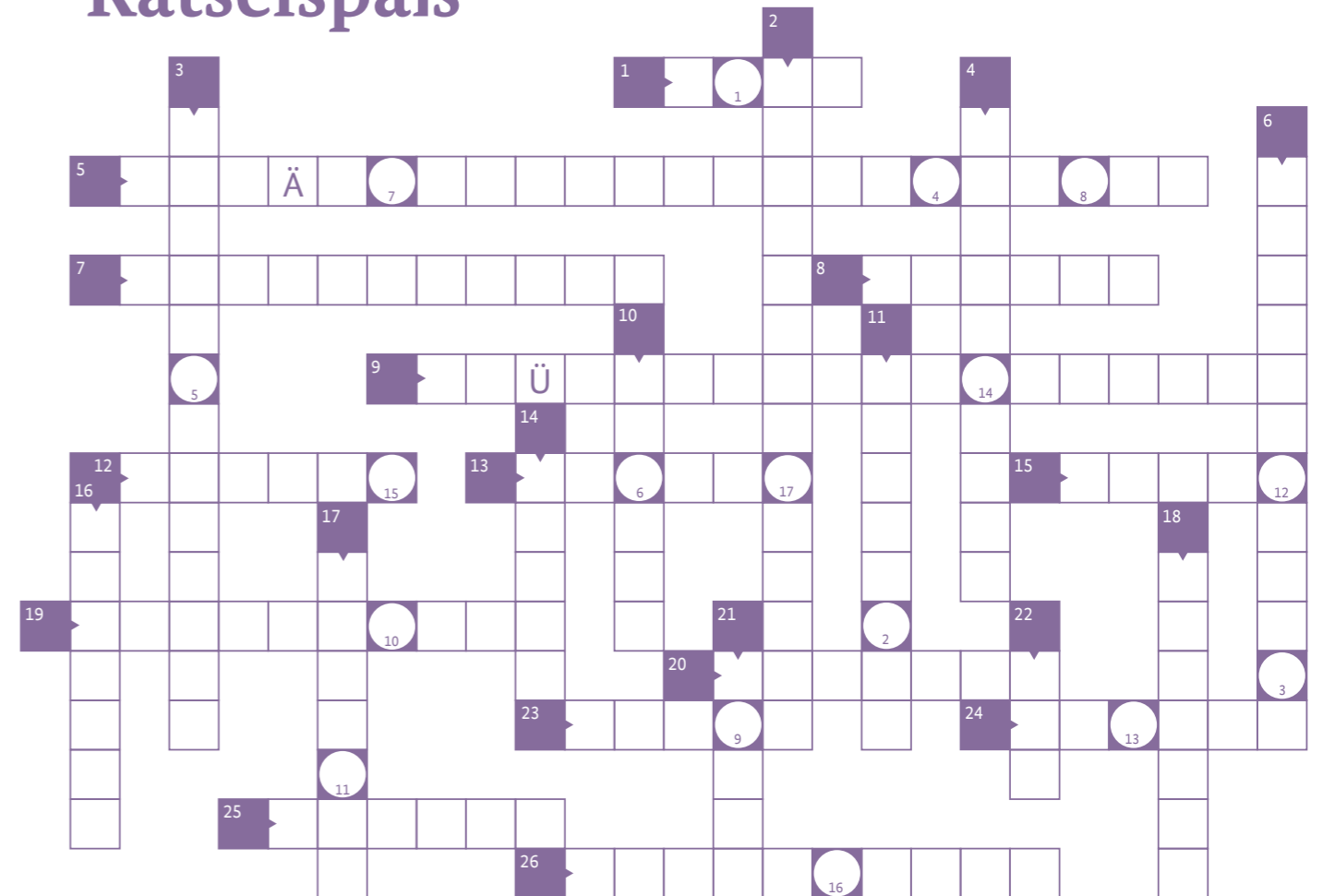
gibt konkrete, alltagstaugliche Tipps zur Medienbegleitung.

Direkt an Jugendliche richtet sich das im I-KiZ – Zentrum für Kinderschutz im Internet entwickelte Online-Hilfeportal [jugend.support](http://www.jugend.support) (www.jugend.support). Das vom BMFSFJ geförderte Informations- und Beratungsangebot schafft Zugänge bei Fragen exzessiver Medienutzung und setzt dabei auf die Vernetzung etablierter Beratungspartner wie der Nummer gegen Kummer (NgK) e.V. (www.nummergegenkummer.de).



In der Bund-Länder-Kommission Medienkonvergenz setzt sich das BMFSFJ für eine moderne Regulierung im Kinder- und Jugendmedienschutz ein, die unabhängig vom Verbreitungsweg der Inhalte Eltern und Erziehenden Orientierung für die Begleitung der Kinder und Jugendlichen im Medienalltag gibt und den Anspruch der Kinder und Jugendlichen auf ein gutes Aufwachsen mit Medien unterstützt. Insbesondere das Schutzgut der informationellen Integrität von Kindern und Jugendlichen gilt es dabei zu berücksichtigen.

Rätselspaß



Lösungswort:



Waagrecht

1. Unter welcher Abkürzung ist Ecstasy auch bekannt?
5. Welches Gesetz wird BtMG abgekürzt?
7. Was ist das Schwerpunktthema der Drogenbeauftragten im Jahr 2016?
8. Anderes Wort für Wasserpfeife?
9. Einarmiger Bandit nennt man auch ...?
12. Wie nennt man das Absetzen körperlich abhängig machender Substanzen?
13. Umgangssprachlich für Drogenabhängiger?
15. Anderes Wort für Abhängigkeit?
19. Anderes Wort für Rauschtrinken?
20. Wie heißt das Podcastangebot der Drogenbeauftragten?
23. Umgangssprachlich: nicht mehr drogenabhängig.
24. Welche Droge kann bei abruptem Absetzen den Tod verursachen?
25. Illegal mit Drogen handeln nennt man ... ?
26. Was bezeichnet man umgangssprachlich als „Speed“?

Senkrecht

2. Welche Droge wird „Crystal“ genannt?
3. Alkoholpräventionskampagne der BZgA (drei Wörter).
4. Anderes Wort für Arzneimittel?
6. Synonym für Drogensersatztherapie?
10. Welches Drogendelikt ist in Deutschland nicht strafbar?
11. Was ist der Grundstoff von Crystal Meth?
14. Anderes Wort für Haschischzigarette?
16. Welche Droge schränkt das Bewusstsein ein?
17. Anderes Wort für E-Zigarette rauchen?
18. Welche Droge fordert jährlich die meisten Todesopfer?
21. Synonym für Cannabis?
22. Wie heißt der Wirkstoff im Cannabis, der für die psychoaktive Wirkung verantwortlich ist?

LÖSUNGEN SIEHE »ANHANG« SEITE 50.

B

Schwerpunktthemen der Drogenbeauftragten

Zu Beginn ihrer Amtszeit hat sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Schwerpunkte für ihre Arbeit in der laufenden Legislaturperiode gesetzt, die wir in diesem Kapitel näher vorstellen. In ihrem ersten Amtsjahr wurde das Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ aufgegriffen (2014). Im Berichtsjahr des vorliegenden Drogen- und Suchtberichts (2015) war „Crystal-Meth“ das Schwerpunktthema. In diesem Jahr folgt mit dem Thema „Computerspielsucht und Internetabhängigkeit“ der nächste Schwerpunkt (2016). Zum Abschluss der Legislaturperiode folgt im kommenden Jahr (2017) das Schwerpunktthema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Neben den thematischen Schwerpunkten ist die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit über die gesamte Dauer der Legislaturperiode von zentraler Bedeutung und wird an dieser Stelle ebenfalls punktuell vorgestellt.

1	FETALES ALKOHOLSYNDROM UND FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN	108
2	CRYSTAL METH	111
3	COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT	115
4	KINDER AUS SUCHTBELASTETEN FAMILIEN	117
5	REDUZIERUNG DES TABAKKONSUMS	119
6	PRESSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	121



1 FETALES ALKOHOLSYNDROM UND FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit kann sich erheblich auf die Gesundheit des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes auswirken und schwerwiegende Folgen für dessen weitere Entwicklung haben: Neben Wachstumsstörungen können auch geistige und soziale Entwicklungsstörungen auftreten. Diese Schädigungen infolge eines Alkoholkonsums in der Schwangerschaft werden als Fetale Alkoholspektrumstörungen („Fetal Alcohol Spectrum Disorder“ – FASD) bezeichnet. Bei ihrer schwersten Form – dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) – bleiben die Betroffenen ein Leben lang auf Hilfe angewiesen.

Um alkoholbedingte Folgeschäden bei Neugeborenen zu vermeiden, wird zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft zu einem Verzicht auf Alkohol geraten. Eine unbedenkliche Alkoholmenge gibt es in diesem Zusammenhang nicht, doch die möglichen Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft sind in der Allgemeinbevölkerung noch zu wenig bekannt: Laut einer Befragung im Auftrag der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin wissen nur 56 Prozent der Bevölkerung, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu bleibenden Schäden für das Kind führen kann. Auch wenn heute nach der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI) 72,4 Prozent der Schwangeren auf Alkohol verzichten, weisen immer noch knapp 20 Prozent einen moderaten und 7,8 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum auf.

Schätzungen unterschiedlicher Studien zufolge kommt das FAS in Deutschland bei 0,2 bis 8 pro 1.000 Geburten vor, die Häufigkeit von FASD liegt noch deutlich höher. Um die Zahl der FAS- und FASD-Fälle zu reduzieren, setzt sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dafür ein, dass in allen Gesellschaftsschichten eine umfassendere Aufklärung über die schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft erfolgt. Dazu steht sie mit den Fachverbänden, der Selbsthilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Austausch.

Hinsichtlich der Prävention von FAS und FASD, der Versorgung sowie der Integration der betroffenen Menschen in die Gesellschaft wurde schon einiges erreicht. So wurde inzwischen eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zur Diagnostik des FAS bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Seit Vorliegen dieser Leitlinie hat sich im Gesundheitswesen und im Bereich der Jugendhilfe das Wissen zum Krankheitsbild FAS deutlich verbessert. Damit haben erheblich mehr betroffene Kinder und Jugendliche die Chance, durch frühzeitige Diagnose optimal behandelt und gefördert zu werden.

Abgesehen von den erzielten Verbesserungen in den Bereichen Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Kindern mit FAS bestehen weiterhin große Defizite bei der Versorgung von Erwachsenen mit diesem Krankheitsbild. Diagnostik und Therapie von FASD sind im Erwachsenenbereich noch weit weniger entwickelt. FASD bedeuten für viele der betroffenen Menschen lebenslang bleibende körperliche und seelische Störungen. Erwachsene mit FASD leben heute oft falsch oder gar nicht diagnostiziert in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in Justizvollzugsanstalten oder sind obdachlos. Hier gilt es, die erforderliche Unterstützung bedarfsgerecht und deutlich auszubauen.



Deckblatt FASD-Handbuch

Aktivitäten im Jahr 2015:

- Es wurde ein Handbuch zu FASD erarbeitet, das im Februar 2016 erschienen ist. Das Handbuch ist insofern ein Novum, als es sich anders als bisherige Materialien direkt an die Betroffenen wendet. Es soll ihnen helfen, mehr über FASD zu erfahren und sich selbst besser zu verstehen. In dem Handbuch wird in einfacher Sprache auf verschiedene Lebensbereiche eingegangen und es werden konkrete, praktische Tipps für die eigene Lebensgestaltung gegeben. Des Weiteren gibt es eine Broschüre der Drogenbeauftragten zu Fragen der sozialrechtlichen Praxis bezüglich FAS/FASD.
- Um das Thema FAS und FASD mehr in den politischen Raum einzubringen, zeigte die Drogenbeauftragte im Januar 2015 bei einem Expertengespräch im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages den weiteren Handlungsbedarf für die Prävention und Diagnostik von FASD sowie für die adäquate Versorgung und Integration der betroffenen Menschen auf.
- Die internetbasierten Beratungsprogramme „IRIS“ – individualisierte, risikoadaptierte, internetbasierte Interventionen zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren – und „IRIS II“ werden auch weiterhin vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.
- Des Weiteren fördert das BMG ein Projekt, in dem eine spezifische Sucht-Clearinggruppe konzipiert werden soll. Hierbei sollen für Menschen mit Beeinträchtigungen durch FASD, die zugleich einen riskanten bis abhängigen Suchtmittelkonsum aufweisen, adäquate Hilfen entwickelt werden.
- In dem ebenfalls vom BMG geförderten Projekt „Expertenkonsens Diagnose der FASD bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ soll ein evidenzbasierter formaler Expertenkonsens über die notwendigen diagnostischen Kriterien und relevanten Empfehlungen erarbeitet werden, um eine einheitliche Diagnostik der FASD zu erreichen. Oft

werden die durch Alkohol bedingten Schädigungen fehldiagnostiziert, wenn kein Vollbild des Krankheitsbildes vorliegt. Auch bei diesen Patienten ist eine frühzeitige Diagnose ausschlaggebend, damit sie ein selbstständiges Leben führen können und Folgeerkrankungen vermieden werden können.

- Mit dem Projekt „Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko! – Ärztliche Primärprävention der FASD in Schulen“ der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF) sollen FASD durch eine frühzeitige, entwicklungsbegleitende und altersgerechte Gesundheitsbildung und -aufklärung unter sozialkompensatorischen Gesichtspunkten für Schüler der Klassen 8 bis 13, für ihre Eltern und Lehrer zukünftig bekannter werden.
- Im Präventionsprojekt „Begehbare Gebärmutter“ des FASD-Netzwerkes Nordbayern wird eine mobile Ausstellungsform entwickelt und mit der FASD-Präventionsmaßnahme „Zero! Kein Schluck“ verbunden.
- Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird fortgeschrieben. Auf Initiative der Drogenbeauftragten wurde eine Maßnahme zu FAS/FASD aufgenommen. Gemäß Art. 1 Abs. 2 der Konvention zählen auch Menschen mit FAS/FASD zu Menschen mit Behinderungen. Ziel ist es, das Verständnis von FAS/FASD als Behinderung im Sinne der Konvention in Behörden und in der Gesellschaft zu erhöhen und damit eine frühzeitige Förderung der betroffenen Kinder zu erreichen. Auf diese Weise sollen Kinder die Chance auf eine möglichst altersgerechte Entwicklung erhalten und ihnen soll eine Teilhabe im täglichen Leben ermöglicht werden.

»Kein Kind muss mit einer alkoholbedingten Erkrankung zur Welt kommen.«

Marlene Mortler

CRYSTAL METH

Das Thema wichtig nehmen – Konsumenten frühzeitig für Hilfe erreichen

Das Thema Crystal Meth ist zunehmend von Bedeutung, und zwar nicht mehr nur in den grenznahen Bundesländern an der deutsch-tschechischen Grenze. Hier war man schon vor einiger Zeit konfrontiert mit dem sprunghaften Aufkommen des Konsums einer Substanz, die man zwar bereits aus den USA und aus Asien kannte, die aber in Deutschland damals noch sehr neu war: Methamphetamin bzw. besser Crystal Meth, weil diese Substanz in kristalliner Pulverform auf dem Markt ist.

Einige Zeit lang waren Suchtexperten der Meinung, das Problem werde übertrieben dargestellt, doch mittlerweile ist die gesundheitliche Dimension des Crystal-Meth-Konsums in Deutschland zunehmend in den Fokus gerückt. Gründe hierfür sind der Anstieg der Beschlagnahmungen von Methamphetamin, der Anstieg in der Nachfrage bei Therapieeinrichtungen und das daraus resultierende steigende öffentliche Interesse an den Gefahren und Folgen des Crystal-Meth-Konsums.

Nach Einschätzung aktueller Studien sind insbesondere die Bundesländer in den Grenzgebieten zu Tschechien betroffen. Der Konsum breitete sich zunächst in Sachsen und dann auch in Städten und Dörfern im Nordosten Bayerns sowie in Thüringen und Sachsen-Anhalt aus. Dass der Konsum nicht nur in großstädtischen Diskotheken und Clubs stattfindet, sondern auch in beschaulichen, ländlichen Gegenden, ist eine neue Erfahrung. Crystal Meth ist billig, und sein Reinheitsgehalt ist hoch, auch wenn die Herstellung in abenteuerlichen Küchenlaboren unter Hinzuziehung aller möglichen, oft giftigen chemischen Mixturen stattfindet.

Epidemiologische Daten liegen bisher nur zum Amphetaminkonsum in Deutschland vor, der Methamphetaminkonsum wurde noch nicht differenziert erfasst. Dem jüngsten Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zufolge wurde im Jahr 2012 für Amphetamine in der Gruppe der 18- bis 64-Jährigen eine Lebenszeit-

prävalenz von 3,1 Prozent festgestellt, die 12-Monats-Prävalenz betrug 0,7 Prozent, die 30-Tage-Prävalenz 0,4 Prozent. Die Prävalenzen wiesen damit wenig Unterschiede zu denen aus 2009 auf (Lebenszeitprävalenz: 3,7 Prozent; 12-Monats-Prävalenz: 0,7 Prozent, 30-Tage-Prävalenz: 0,3 Prozent). Werden die jüngeren Altersgruppen bezüglich ihrer 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums betrachtet, so zeigen die 21- bis 24-Jährigen (4,5 Prozent), die 25- bis 29-Jährigen (6,8 Prozent) und die 30- bis 39-Jährigen (5,3 Prozent) die höchsten Werte.

Auch die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfragte den Amphetaminkonsum insgesamt: Hierbei wurde für die jugendliche Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von 0,4 Prozent und für die 18- bis 25-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von 1,6 Prozent festgestellt.

Nach Metamphetamin- bzw. Amphetamingebrauch differenziert hatte im deutschsprachigen Raum bisher nur das Monitoringsystem Drogentrends aus Frankfurt a. M. Hier liegt die 12-Monats-Prävalenz des Methamphetaminkonsums seit 2007 konstant bei 1 Prozent, während sie sich beim Konsum von Amphetaminen zwischen 0,2 und 0,4 Prozent bewegt.

Mit der Drogenaffinitätsstudie wurde erstmals zwischen Amphetamin und Methamphetamin getrennt befragt. Mit dieser Befragung und dem ESA 2015 sollen die epidemiologischen Grundlagen zur Verbreitung des Crystal-Meth-Konsums bei 12- bis 25-Jährigen und den Erwachsenen in Deutschland verbessert werden. Im ESA 2015 werden die Substanzen Amphetamine und Methamphetamine erstmals getrennt erfasst und zusätzliche Fragen dazu gestellt. Die Länder erhalten zudem das Angebot, die Stichprobe aufzustocken, um für ihr Land repräsentative Daten zu erhalten.

Bereits 2013 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Studie in Auftrag gegeben, bei der Konsumenten von Amphetaminen und Methamphetamine befragt und die unterschiedlichen Konsum-

»Eine Methamphetamin-abhängigkeit ist behandelbar!«

(Marlene Mortler)

mentengruppen ermittelt wurden (<http://www.methstudie.de/>). Gemeinsam mit den Verantwortlichen in den besonders betroffenen Bundesländern hat die Bundesregierung sich das Ziel gesetzt, die verschiedenen Konsumentengruppen durch gezielte Präventionsarbeit zu erreichen. Die zuständigen Drogenberatungsstellen versuchen, vor allem die meist jungen Konsumenten zu erreichen und zu bewirken, dass Crystal Meth bei ihnen an Attraktivität verliert.

Warum wird Crystal Meth konsumiert?

Die Wirkung von Crystal Meth ist für viele der überwiegend jungen Konsumenten zunächst oft „überwältigend“: Sie erleben einen regelrechten Größenwahn, alles scheint zu gelingen und selbst als langweilig empfundene Tätigkeiten gehen flott von der Hand.

Die Droge täuscht dem Konsumenten vor, dass er leistungsfähig sei, dass er Dinge schaffe, die er nicht für möglich hielt, dass er hellwach sei und keinen Schlaf benötige. Sie lässt Langeweile verschwinden und Hunger vergessen. Jungen Frauen hilft sie dabei, „schlank“ zu bleiben und den stressigen Alltag mit den Kindern zu ertragen. Und sie gaukelt den Konsumenten vor, sie hätten besseren Sex. Sie nimmt die Konsumenten sehr schnell so sehr in den Griff, dass es für diese kaum noch vorstellbar ist, das alltägliche Leben ohne die Droge zu bewältigen.

Ab diesem Zeitpunkt ist der fatale Kreislauf kaum noch zu stoppen. Wenn der Konsum nun unterbleibt, fängt der Albtraum an: Die Konsumenten spüren ein unheimliches Verlangen danach, die Droge wieder zu nehmen, und leiden unter Angstzuständen bis hin zur Panik, die oft auch in Aggression umschlägt – all das jetzt auch mit der Droge. Tiefe Depressionen und Verzweiflung greifen um sich, wenn die Droge fehlt; aber auch wenn sie da ist, ist die Angst gegenwärtig. Jetzt ist der Körper am Rande der totalen Erschöpfung und signalisiert: „Ich kann nicht mehr.“ Der Konsument kann nicht mehr tagelang wach sein, sondern möchte stattdessen tagelang schlafen. Auf der Haut bilden sich Pickel, der Juckreiz wächst, und mitunter entsteht das Gefühl, unter der Haut würden Tiere krabbeln. Auch die Zähne beginnen zu faulen. Spätestens jetzt wird unbedingt Hilfe benötigt, denn allein

schafft man es nicht mehr, diesem Albtraum zu entkommen.

Den Erwerb der Droge erschweren

Auf den Asiamärkten an der tschechisch-deutschen Grenze ist Crystal Meth relativ leicht zu erwerben. Auch wenn es schwierig bleibt, den Handel mit dieser Droge vollständig zu unterbinden, unternimmt die Zollverwaltung, die Polizei in Sachsen und Bayern in Kooperation mit den tschechischen Behörden erhebliche Anstrengungen, um ihn im Grenzgebiet zu verhindern. In diesem Zusammenhang erzielen sie deutliche Erfolge in der Beschlagnahmung der Droge.

Allerdings hat sich auch die Struktur des Handels verändert. Er wird heute zunehmend professionell vorbereitet und durchgeführt, weshalb damit zu rechnen ist, dass er sich auch auf andere Gebiete Deutschlands ausweiten wird.

Handlungsfeld Prävention

Im Auftrag der BZgA wurde ein Gutachten erstellt, das den aktuellen Stand der Versorgung von Eltern und Multiplikatoren mit zielgruppengerechten Informationsmaterialien zu Methamphetamin erfasst und auch die Distributionswege berücksichtigt. Die Expertise bietet einen umfassenden Überblick über die insgesamt 38 in Deutschland verfügbaren Materialien und Webseiten zum Thema Crystal Meth/Methamphetamin. Aufbauend auf der Expertise wurden Empfehlungen für die Erstellung weiterer Materialien erarbeitet.

Näheres siehe Teil A

Handlungsfeld Beratung/Familie

Im Oktober 2014 startete ein Projekt der Katholischen Hochschule Köln zur Dokumentation und Diagnostik von Crystal konsumierenden Eltern und ihren Kindern in Schwerpunktberatungsstellen in Sachsen. Außerdem wurde die Arbeit der Projekte mit Kindern qualitativ evaluiert. Ziel ist es, Konsequenzen für Jugendhilfemaßnahmen, kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen sowie suchttherapeutische Maßnahmen abzuleiten.

Näheres siehe Teil A

Handlungsfeld Partyszene

Anlässlich der aktuellen Entwicklungen beim Crystal-Meth-Konsum in Deutschland fand im September 2014 ein Austausch statt, an dem Vertreter von 15 deutschen Beratungseinrichtungen zur Aufklärung über Risiken beim Konsum von Alkohol und illegalen Drogen auf Partys teilnahmen. Die Projekte aus diesem Bereich verfügen meist über langjährige Erfahrungen, die von Vorteil sind, um die aktuelle Situation vor Ort besser einschätzen zu können, gezielte Informationskampagnen zu starten und eine weitere Verbreitung des Konsums möglichst aufzuhalten. So wurden im Rahmen der Veranstaltung verschiedene Ideen aufgezeigt, wie Konsumenten für frühzeitige Präventions- und Interventionsmaßnahmen erreicht werden könnten.

Handlungsfeld Behandlung

Das Fachgespräch „Behandlung“ am 16. Dezember 2014 hatte zum Ergebnis, die Erstellung von Handlungsempfehlungen für die medizinische und psychosoziale Behandlung von Methamphetaminabhängigen voranzutreiben. Aktuell gibt es für den deutschsprachigen Raum noch keine evidenzbasierten Behandlungskonzepte für den Personenkreis der Crystal-Konsumierenden. Daher beschränkt sich das medizinisch-therapeutische Wissen weitgehend auf Erfahrungsberichte und Einzelfallstudien, aus denen sich noch keine gesicherten Empfehlungen für die ärztliche Praxis ableiten lassen. Über die Bundesärztekammer (BÄK), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und eine Expertengruppe wurde der aktuelle Wissensstand zur Behandlung methamphetaminabhängiger Patienten recherchiert und in einem Expertengremium diskutiert. Zudem wurden in Konsenskonferenzen im Oktober 2015 und Januar 2016 praxisorientierte Handlungsempfehlungen verabschiedet.

Näheres siehe Teil A

Jahrestagung 2015

Am 6. November 2015 fand in Berlin die Jahrestagung der Drogenbeauftragten statt, an der über 450 Experten aus allen Bereichen der Suchthilfeeinrichtungen, der Forschung, aber auch der Politik und der Polizei teilnahmen. Was muss in der Prävention und in der Behandlung getan werden? Wie können wir von

internationalen Erfahrungen lernen? Über diese Fragen diskutierten die deutschen Experten und tauschten zudem mit Fachleuten aus den USA, aus Australien und Großbritannien Erfahrungen im Umgang mit der Aufputschdroge Crystal Meth und deren Konsumenten aus.

Der Drogenbeauftragten war es gelungen, für das Jahr 2015 aus dem Bundeshaushalt zusätzlich eine halbe Million Euro für die Prävention im Bereich Crystal Meth zur Verfügung zu stellen. Hiermit konnte eine Reihe von Projekten zur Prävention und frühzeitigen Behandlung gefördert werden, deren erste Ergebnisse auf der Jahrestagung vorgestellt wurden. Unter anderem wurden die BÄK und das ÄZQ gebeten, eine Expertengruppe einzurichten, um einen Leitfaden für die medizinische und psychosoziale Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit zu erstellen. Eine Methamphetaminabhängigkeit ist behandelbar – das war die zentrale Botschaft der Tagung. Inzwischen gibt es psychotherapeutische Behandlungsmodule, die den betroffenen Menschen trotz aller Schwierigkeiten und Rückschläge einen erfolgreichen Weg aus der Sucht aufzeigen.

<http://www.drogenbeauftragte.de/presse/jahrestagungen/jahrestagung-2015.html>

DROGENBEAUFTRAGTE HANDELT:
**1/2 MILLION
 EURO**
 IN 2015 ZUSÄTZLICH FÜR
 PRÄVENTIONSPROJEKTE
 ZU CRYSTAL METH





3 COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT

Durch neue Technologien hat sich unser Leben in vielerlei Hinsicht positiv verändert, die Kommunikation und die Organisation von Arbeitsprozessen hat sich beschleunigt, verbessert und vereinfacht. Das Internet ist somit ein ganz wesentlicher Bestandteil unserer Gesellschaft geworden. Trotz aller Vorteile dürfen aber auch die damit verbundenen Risiken nicht vergessen werden.

Eine zunehmende Bedeutung kommt den Auswirkungen exzessiver Computerspiel- und Internetnutzung zu. Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte PINTA-Studie hat bereits im Jahr 2011 gezeigt, dass etwa 1 Prozent der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland als internetabhängig einzustufen ist. Das entspricht rund 560.000 Menschen, wobei die Verbreitung der Internetabhängigkeit in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen am größten ist.

Die noch junge Störung Internetabhängigkeit stellt eine besondere Anforderung an das politische Handeln dar. Die Prävalenzzahlen belegen, dass

insgesamt eine relevante Gruppe von ihr betroffen ist. Vor allem die hohen Zahlen in den jungen Altersgruppen sind bedeutsam, da in der frühen Entwicklung der Individuen negative Faktoren zu weitreichenden späteren Schäden führen können. Selbst bei vorübergehenden Störungen, die nicht chronisch verlaufen, besteht die Gefahr, dass altersgemäße Entwicklungen nicht erreicht werden. Zudem bergen die sich kontinuierlich verbessernde Verfügbarkeit des Internets und die Entwicklung neuer Anwendungen mit möglichem Abhängigkeitspotenzial die Gefahr, dass die Prävalenz in Zukunft weiter ansteigt. Frühes Handeln ist daher sinnvoll. Aus diesem Grund wird sich auch die Jahrestagung 2016 mit dem Thema Computerspiel- und Internetabhängigkeit befassen. Wie kann die Behandlung und Therapie von Computerspiel- und Internetsüchtigen weiter verbessert werden? Wie kann die Prävention gestärkt werden? Auch die Frage der Diagnostik und Klassifikation von Medienabhängigkeit soll von verschiedenen Experten weiter diskutiert werden.



SMARTPHONESUCHT?

Alltagstipps für eine Online-Offline-Balance:

- Wecker statt Smartphone im Schlafzimmer
- Armbanduhr statt Blick auf das Smartphone
- Smartphone in den Rucksack statt in der Hosentasche
- Ausmachen/lautlos stellen beim Treffen mit Freunden

Gleichzeitig wurde der Drogen- und Suchtrat damit beauftragt, Vorschläge für eine bessere Prävention sowie für zielgerichtete Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten der Betroffenen zu erarbeiten. Insbesondere die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gilt es mit neuer, innovativer Präventionsarbeit zu erreichen. Hier ist es besonders wichtig, rechtzeitig und zielgerichtet Aufklärung zu betreiben und passende Maßnahmen zu entwickeln, um die Medienkompetenz der Zielgruppe zu stärken.

Das Ziel der Drogenbeauftragten wird es nicht sein, Computerspiele oder Smartphones zu verbieten, denn diese sind heutzutage ein wesentlicher Bestandteil der alltäglichen Kommunikation. Vielmehr geht es darum, eine Diskussion über einen gesunden, maßvollen Umgang mit dem Medium Internet anzustoßen und eine „Online-Offline-Balance“ zu erreichen.

Darüber hinaus setzt sich die Drogenbeauftragte für verschiedene Projekte ein, um das Thema Computerspiel- und Internetabhängigkeit voranzutreiben:

- **Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten – eine Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung an Schulen, Beratungsstellen und Kliniken (AbiS)**
Mit dem vom BMG geförderten Projekt „AbiS“ sollen Präventions- und Beratungsangebote zu online basiertem Suchtverhalten bundesweit ausgebaut und wissenschaftlich begleitet werden.
- **Problematische und pathologische Internetnutzung – Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK)**
Das vom BMG geförderte Projekt „PIEK“ soll ein optimiertes Kurzscreening zur Identifikation von Menschen mit problematischer und pathologischer Internetnutzung entwickeln.
- **Online-Ambulanz-Service für Internetsüchtige (OASIS) – Entwicklung und Evaluation eines Online-Ambulanz-Service zur Diagnostik und Beratung von Internetsüchtigen**
Mit einer Onlineambulanz für Internetabhängige, die als niedrigschwellige Anlaufstelle sowohl für Internetabhängige als auch für deren Angehörige fungiert, soll eine größere Zielgruppe erreicht werden. Nach einem qualifizierten Selbsttest werden erwachsene Internetabhängige zu einem Webcam-basierten Onlinesprechstundentermin eingeladen, der eine ausführliche Diagnostik beinhaltet. Bei einem Folgetermin sollen dann individuelle Therapieempfehlungen vor Ort vermittelt werden.

»Das neue Ziel wird ein maßvoller Umgang mit dem Medium Internet, also die Online-Offline-Balance sein.«

Marlene Mortler



4 KINDER AUS SUCHT-BELASTETEN FAMILIEN

In Deutschland gibt es 2,65 Millionen Kinder, die bei suchtbelasteten Eltern leben – nur ca. 40.000 bis 60.000 dieser Eltern sind drogensüchtig, alle anderen sind alkoholabhängig. Derzeit wird mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Durchführung einer neuen Erhebung zur Anzahl von Kindern aus suchtbelasteten Familien geplant.

Bei Kindern suchtkranker Eltern ist die Gefahr, dass sie selbst einmal süchtig werden, drei- bis viermal so groß wie bei anderen Kindern. Festgestellt wurde auch, dass diese Kinder früher als nicht betroffene Gleichaltrige mit dem Alkoholkonsum beginnen, häufiger Rauschtrinken betreiben und früher erste Rauscherfahrungen machen.

Bei der hier notwendigen Hilfe – sowohl für die Eltern als auch für die Kinder – besteht ein großer Nachholbedarf. Die bisherigen Hilfemöglichkeiten sind eher wie ein Fleckenteppich über Deutschland verteilt, sodass es oft vom Zufall abhängt, ob betroffene Eltern die richtige Hilfe finden. Um diese Situation zu verbessern, hat sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung entschieden, dieses Thema als eines ihrer Schwerpunktthemen auszuwählen.

Eine Verbesserung der Situation dieser Kinder kann nur gelingen, wenn Eltern trotz ihrer Suchtbelastung stark genug sind, um ihre Kinder zu selbstbewussten Persönlichkeiten heranzuziehen. Hierbei tragen die Eltern eine doppelte Verantwortung: die für sich selbst und die für ihre Kinder. Die betroffenen Eltern empfinden ihre Kinder einerseits oft als einzige Ressource in ihrem Leben – sie können ihr Selbstwertgefühl stabilisieren und ihnen ein Erfolgserlebnis bescheren – und andererseits als große Belastung. Umgekehrt wirkt sich der psychische Zustand der Eltern auch auf die Kinder aus – hier könnte man von einem Teufelskreis sprechen. Für Kinder stellt das Aufwachsen mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil ein einschneidendes Lebensereignis dar. Es ist verbunden mit vielen ungünstigen alltäglichen Anforderungen, die zu Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch in

ihrem übrigen sozialen Umfeld führen können. Bis jemand auf sie aufmerksam wird, haben diese Kinder oftmals einen langen und stillen Leidensweg hinter sich. In der Regel haben sie sich dann bereits an die Ausgangssituation gewöhnt. Nicht selten übernehmen sie in ihrer Familie als „kleine Helden des Alltags“ die Rolle der Erwachsenen (Parentifizierung). Betroffene Kinder sind oft mit einer emotionalen Instabilität und fehlenden Bindungskontinuität sowie im schlimmsten Fall mit Vernachlässigung und Gewalt konfrontiert. Nicht selten geben sich die Kinder die Schuld am erklärbaren Verhalten ihrer Eltern und befinden sich ihnen gegenüber fortwährend in einem starken Loyalitätskonflikt. Passgenaue Hilfe im Sinne dieser doppelten Verantwortung, die auch die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern im Blick hat, ist Aufgabe der Hilfesysteme.

Auch der Ausschuss für Familie des Deutschen Bundestages hat sich in einer seiner letzten Sitzungen im Jahr 2015 mit dem Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ beschäftigt. Derzeit wird dort mit Unterstützung der Drogenbeauftragten geprüft, ob es sinnvoll ist, eine eigene Kommission zu diesem Thema zu gründen mit dem Ziel, Lösungen für die Schnittstellenproblematik zu finden.

Das aktuelle Hilfesystem für Kinder mit psychisch kranken Eltern ist geprägt von einer Zuständigkeitsverteilung über mehrere Sozialgesetzbücher hinweg.

»Ich will, dass in unserer Gesellschaft Kinder zu starken Persönlichkeiten heranwachsen können, die die Risiken von Suchtmitteln richtig einschätzen können.«

Marlene Mortler



Dies führt oft dazu, dass Eltern und Kinder erst dann gemeinsam in den Blick genommen werden, wenn sich bereits psychische Auffälligkeiten zeigen. Insgesamt wird die Entwicklung passgenauer Angebote für die betroffenen Familien derzeit auf einzelnes, nicht verstetigtes und oftmals ehrenamtliches

Engagement verschoben. Oft fehlt es an einer Zuarbeit der Hilfesysteme vor Ort. Bis auf § 4 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), der eine Kooperation vorsieht, existieren keine Regelungen, die eine verbindliche Kooperation – etwa zwischen der Suchthilfe und der Jugendhilfe – vorsehen. Eine sinnvolle Bündelung wird bisher auch erschwert durch die strengen Finanzierungsregelungen in den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern, die keine Mischfinanzierung zulassen.

Mehrfach bewährt hat sich stattdessen vor Ort eine freiwillige, dauerhafte Kooperation innerhalb des Hilfesystems, z. B. zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe, die von den Akteuren als verbindlich angesehen wird. Sie funktioniert allerdings nur, wenn jeweils für den einzelnen Fall eine verantwortliche Schlüsselperson benannt wird. Ein Beispiel ist das Projekt „Schulterschluss“ in Baden-Württemberg, dessen Evaluation einen hohen Kooperationsbedarf ergeben hat, der im Alltag der Fachkräfte nicht abgedeckt werden kann, sich aber als besseres Hilfsangebot für diese Kinder bewährt hat.

<http://www.suchtfragen.de/Schulterschluss-Kopie-1.395.0.html>

Aktuelle Herausforderungen: Was können wir tun?

Um die hilfesuchenden Eltern besser zu erreichen, müssen die Angebote der aufsuchenden Arbeit ausgebaut werden. Die Betroffenen scheuen sich oft, notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen, entweder aus Schamgefühl oder weil sie negative Konsequenzen fürchten, so etwa die Wegnahme des Kindes durch das Jugendamt. Im Jahr 2013 stieg die Zahl der staatlichen Inobhutnahmen gegenüber 2012 um 5 Prozent, gegenüber 1995 (erste statistische Erhebung) um 65 Prozent.

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, dass die Eltern nicht wissen, wo und bei wem sie Hilfe in Anspruch nehmen sollen. Hier mangelt es bisher an Lotsen oder einem Navigationssystem, das den Eltern das Finden der richtigen Hilfe erleichtert.

Zudem ist eine flächendeckende Hilfe im Rahmen einer Regelfinanzierung notwendig, sodass nicht nur einzelne Projekte finanziell unterstützt werden. Des Weiteren sollten bei der Umsetzung des im neuen Präventionsgesetz vorgesehenen Bereichs „Gesund aufwachsen“ auch die betroffenen Kinder berücksichtigt werden.

Während es für Kinder bis zum dritten Lebensjahr bereits die Einrichtung der Frühen Hilfen gibt, in denen Familienhebammen aktiv sind, fehlt es für 4- bis 7-jährige Kinder noch an einer institutionalisierten Hilfe. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung setzt sich zurzeit dafür ein, dass hier mit Unterstützung durch Krankenkassen und Stiftungen ein bundesweites Projekt installiert wird. 8- bis 12-Jährige wiederum erhalten Hilfe durch das Projekt „Trampolin“, das seit Anfang dieses Jahres von den Krankenkassen erstattet werden kann, nachdem die zentrale Prüfstelle des GKV-Spitzenverbandes dieses Konzept als Stressbewältigungsprogramm zertifiziert hat. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung sprach sich hierfür aus, nachdem eine Evaluation ergeben hatte, dass sich das Konzept positiv auf die beteiligten Kinder auswirkt. Sie erfahren mehr über das Konsumverhalten ihrer Eltern, entwickeln ein besseres Selbstwertgefühl und sind weniger psychisch belastet.

<http://www.projekt-trampolin.de>

5 REDUZIERUNG DES TABAKKONSUMS

Die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums bleibt eine wichtige Schwerpunktaufgabe der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung. Rund 121.000 Todesfälle pro Jahr sind in Deutschland unmittelbar auf das Rauchen zurückzuführen und vermeidbar. Das entspricht 13,5 Prozent aller Todesfälle im Jahr 2013. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) schätzt die direkten und indirekten Kosten des Rauchens auf rund 79 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik hat u. a. die Senkung des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen zum Ziel. Die Erfolge der letzten zehn Jahre in der Reduzierung der Raucherprävalenz bei Kindern und Jugendlichen von 23 auf 9,7 Prozent im Jahre 2014 sollen sich verstärkt auch in älteren Altersgruppen wie unter jungen Erwachsenen auswirken und dürfen nicht durch neue Produkte oder ein Nachlassen in der Tabakprävention gefährdet werden.

Die Maßnahmen in der Tabakprävention entsprechen der Zielsetzung der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung zur Gesundheit. Mit dem Präventionsziel zur Verringerung der Raucherquote soll erreicht werden, die vorzeitige Sterblichkeit durch das Rauchen zu verringern. Die vorrangigen Ziele sind:

- die Reduzierung der Zahl der Raucher in Deutschland,
- der Nichteinstieg in das Rauchen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie
- wirksame Hilfen bei der Tabakentwöhnung zum Rauchausstieg.

Im Jahr 2015 wurden gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht, die diese Vorhaben unterstützen. Hierfür hat sich die Drogenbeauftragte gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den federführenden Ressorts intensiv eingesetzt.

Vom Bundestag wurde am 29. Januar 2016 der Gesetzentwurf zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren elektronischer Zigaretten und elektronischer Shishas mit der Einbeziehung von



nikotinhaltigen und nikotinfreien Produkten im Jugendschutzgesetz verabschiedet, der zum 1. April 2016 in Kraft getreten ist. In einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat rund ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren angegeben, mindestens einmal eine E-Zigarette oder E-Shisha ausprobiert zu haben. Kinder und Jugendliche sollen mit den Verbesserungen im Jugendschutzgesetz auch vor den gesundheitsschädigenden Wirkungen elektronischer Zigaretten und elektronischer Shishas geschützt werden.

Des Weiteren hat das Bundeskabinett am 16. Dezember 2015 das Tabakerzeugnisgesetz zur Umsetzung der Tabakprodukttrichtlinie der EU in innerstaatliches Recht verabschiedet. Mit dem Gesetz werden u. a. größere, bildgestützte Warnhinweise auf Tabakpackungen vorgeschrieben und ein Verbot von Inhaltsstoffen erlassen, die mit einem charakteristischen Aroma den Tabakgeschmack überdecken. Zudem werden fälschungssichere Sicherheitsmerkmale zur besseren Rückverfolgung und Prüfung der Echtheit von Tabakprodukten vorgeschrieben sowie Regelungen und Werbeverbote für elektronische Zigaretten als neue Tabakprodukte eingeführt.

Ergänzend wurde im Dezember 2015 die Notifizierung für das Erste Änderungsgesetz eingeleitet, in dem das

überfällige Verbot der Plakataußenwerbung für Tabakerzeugnisse sowie der Werbung für Tabakerzeugnisse im Kino bei Filmen ohne eine Jugendfreigabe (FSK 18) geregelt werden soll.

Die Tendenz zum Nichtrauchen muss in allen Altersgruppen der Gesellschaft gestärkt werden. Mit der Verabschiedung dieser gesetzlichen Vorhaben wird die Tabakprävention in Deutschland einen großen Schritt vorankommen. Dazu sind Präventionsangebote zu verstetigen, Informationsangebote zu den Gefahren des Rauchens auszubauen und wirksame Schritte zur Tabakentwöhnung zu unterstützen.

Am 3. November 2015 wurde vom DKFZ und der Drogenbeauftragten der „Tabakatlas Deutschland 2015“ vorgestellt, der in seiner aktuellen Neuauflage zu allen wesentlichen Aspekten des Rauchens grafisch gut aufbereitete, übersichtliche Darstellungen enthält. Im Bereich der Prävention ist es 2015 neben der Fortsetzung der Präventionskampagnen zum Nichtrauchen auch gelungen, zusätzliche Haushaltsmittel des Bundes für eine breitere Förderung des Unterrichtsprogramms „Klasse2000“ bereitzustellen, das Grundschulkindern einen gesunden Lebensstil vermittelt.

https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html



**»ES IST GANZ LEICHT, SICH DAS RAUCHEN ABZUGEWÖHNEN:
ICH HABE ES SCHON HUNDERT MAL GESCHAFFT.«**

(Mark Twain, am. Schriftsteller, 1835–1903)



PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit nimmt einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der Arbeit der Drogenbeauftragten ein. Nur wenn die fachlichen Themen auch einem breiten Publikum präsentiert werden, entfaltet die tägliche Arbeit ihre Wirkung in und für die Zielgruppen. Gegenüber der Presse reagiert und agiert die Drogenbeauftragte in Gesprächen, Interviews und Pressemitteilungen. Sie lädt Medienvertreter zu besonders geeigneten Veranstaltungen ein und gibt Informationen verständlich aufbereitet an die Journalisten weiter.

Neben der reinen Pressearbeit ist auch die Öffentlichkeitsarbeit ein Baustein des Informationsangebotes der Drogenbeauftragten. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten werden verschiedene Instrumente genutzt, um die Öffentlichkeit über suchtspezifische Themen zu informieren und hierfür zu sensibilisieren. Die Drogenbeauftragte übernimmt zudem regelmäßig Schirmherrschaften für besondere Projekte oder Veranstaltungen und hält häufig Reden und Grußworte. Auf der Homepage www.drogenbeauftragte.de wird über einige ihrer Besuchstermine ebenso berichtet wie über eigene Veranstaltungen, Tagungen und Fachgespräche. Die nachfolgenden Informationen geben einen groben, nicht abschließenden Überblick über die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Pressemitteilungen

Die Drogenbeauftragte informiert die Journalisten und Medienvertreter über sämtliche aktuelle Themen der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung. Sie ist dabei erste Ansprechpartnerin für die Pressevertreter, wenn es um diesbezügliche Fragen aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geht. Neue Themen werden aktiv aufgegriffen, und regelmäßige Pressemitteilungen unterrichten die Medien über relevante Entwicklungen. Im Jahr 2015 wurden 41 Pressemitteilungen veröffentlicht. Das entspricht einem Durchschnitt von 3,42 pro Monat. Medienvertreter erreichen die Pressestelle der Drogenbeauftragten unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de/presse>





© Deffner

Schauspieler Christian Wolff, Karolina Lodyga, Regisseurin Mia Maariel Meyer, Schauspieler Hanno Kofler, Patrick Wolff (von links nach rechts)

Öffentlichkeitsarbeit in Film und Fernsehen – Treppe Aufwärts

Bereits Ende 2014 begannen in Berlin die Dreharbeiten für einen Spielfilm, der sich mit dem Thema Glücksspielsucht auseinandersetzt. Die Drogenbeauftragte hat dieses Filmprojekt sowohl finanziell als auch ideell gefördert. Hierdurch konnten die Drehs im Jahr 2015 beendet und der Film fertiggestellt werden. Auf den Internationalen Hofer Filmtagen vom 25. bis 30. Oktober 2015 feierte „Treppe Aufwärts“ schließlich Premiere.

Der prominent besetzte Film wurde für den Förderpreis Neues Deutsches Kino 2015 nominiert und kam unter die besten drei – eine großartige Leistung, die belegt, dass eine vielfältige Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen kann, auch schwierige Themen in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. „Treppe Aufwärts“ kam im April 2016 in die Kinos.

DER VON DER DROGENBEAUFTRAGTEN GEFÖRDERTE FILM »TREPPE AUFWÄRTS« WAR EINES DER HIGHLIGHTS AUF DEN INTERNATIONALEN HOFER FILMTAGEN 2015.



© Sehr gute Filme

Iris Berben mit den beiden Hauptdarstellern Heiko Pinkowski und Peter Trabner (von links nach rechts)

Alki Alki

Ein weiterer Kinofilm, der im Jahr 2015 von der Drogenbeauftragten unterstützt wurde, ist „Alki Alki“. Erfolgsregisseur Axel Ranisch kreierte als „Spielleiter“ einen Film über Männerfreundschaft, Alkoholmissbrauch und Abhängigkeiten. Die Produzenten sprechen von einer „Tragikomödie“, die die Deutsche Film- und Medienbewertung mit dem Prädikat „besonders wertvoll“ ausgezeichnet hat. Am 10. November 2015 feierte der Film Premiere im Kino der Berliner Kulturbrauerei. Die Drogenbeauftragte betonte in ihrer Begrüßungslaudatio: „In Deutschland gelten etwa 1,7 Millionen Menschen als alkoholabhängig. Bei weiteren etwa 1,6 Millionen Menschen liegt ein Alkoholmissbrauch vor. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass wir eine breite gesellschaftliche Diskussion über das Thema Alkoholkrankheit brauchen. Ich bin allen Beteiligten außerordentlich dankbar, dass sie sich dem Thema mit

ihrem Film zugewandt haben. Die Produzenten vom ‚Sehr gute Filme‘-Team machen mit ‚Alki Alki‘ ihrem Namen alle Ehre.“

Filmstart in den deutschen Kinos war am 12. November 2015. Das ZDF zeigt „Alki Alki“ im Jahr 2016 im deutschen Fernsehen.

(Siehe auch unter Projekte des Monats)

»**ALKI ALKI IST NICHT NUR EIN GROSSER KINOFILM. ER IST BESTE UNTERHALTUNG UND SUCHTPRÄVENTION IN EINEM.**«

Marlene Mortler

Projekt des Monats

Auf ihrer Internetseite www.drogenbeauftragte.de stellt die Drogenbeauftragte jeden Monat ein bestimmtes Projekt vor. Hier werden Aktivitäten präsentiert, die in der Regel wenig bundesweite Aufmerksamkeit erhalten, aber wertvolle Aspekte der Drogen- und Suchtpolitik behandeln. Indem die Projekte auf der Homepage vorgestellt werden, werden sie einem breiteren Publikum zugänglich gemacht. Häufig ergeben sich daraus auch neue Kooperationsmöglichkeiten für die Projektpartner. Im Jahr 2015 wurden folgende Projekte vorgestellt:

- Der Rotary Club Cham startete im Januar den Autorenwettbewerb „Erzähl eine kurze Geschichte gegen Alkoholmissbrauch“. Der Schreibwettbewerb war Teil der Aktion „Aktiv und kreativ gegen Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen“.
- „KidKit“ – die Kampagne für Kinder und Jugendliche von suchtkranken Kindern richtete sich allein in Köln an rund 17.000 betroffene Kinder und Jugendliche. „KidKit“ bietet ein Netzwerk für Betroffene.
- Im Landkreis Esslingen wendet sich das Projekt „Next Level“ präventiv gegen alkoholbedingte Jugendgewalt.
- Das „Suchtmobil“ von Initiator Wolfgang Kiehl tourt deutschlandweit durch Schulen und andere Einrichtungen und macht Drogen- und Suchtprävention durch Gespräche nachhaltig wirksam.
- Der „Summer of Love“ begeisterte im Mai und Juni die Besucher in Nordrhein-Westfalen. Die Veranstalter propagierten ein drogen- und suchtfreies Leben.
- Der im Frühjahr 2015 gegründete gemeinnützige „Mountain Activity Club“ setzt auf drogenfreies Leben und auf den „Kick durch Klettern“. Hier wandern ehemalige Drogenabhängige gemeinsam über die Alpen.
- Das Theaterprojekt „Sehnsüchtig“ sorgte in Fulda und über die Grenzen Hessens hinaus für Aufsehen. Das Thema „Drogen und Sucht“ wird von den Schülern von allen Seiten beleuchtet und begleitend evaluiert.
- In Stade entstand der Präventionsfilm „Die tödliche Macht der Drogen – Oder wie alles hätte anders laufen können“ als Projekt der betrieblichen Suchtprävention. Der Film richtet sich an Auszubildende und Jugendliche.
- Die „Hackedicht – Schultour der Knappschaft“ begeistert Schüler in ganz Deutschland. Der Schauspieler und Comedian Eisi Gulp greift Drogen- und Suchtthemen auf und setzt auf Humor zur Alkoholprävention.
- „Alki Alki“ heißt der mit dem Prädikat „besonders wertvoll“ ausgezeichnete Film, der am 12. November 2015 in die deutschen Kinos kam. Alkoholprävention filmisch brillant umgesetzt.
- Die Filmproduktionsfirma „Station B3.1“ bereitet Suchtprävention medial auf und leistet einen filmischen Beitrag zur Crystal-Meth-Prävention. Die Unternehmensphilosophie lautet: „Schenk dir ein Lächeln“. Ein Projekt von „Let's Dance“-Teilnehmer und GZSZ-Schauspieler Eric Stehfest.

IM JAHR 2015 WURDEN ...



41 Pressemitteilungen
veröffentlicht



15 Podcast-Interviews
online gestellt



zwei Lesungen
veranstaltet

Podcast-Angebot „HiLights“

Die Audiopodcasts „HiLights“ wurden auch im Jahr 2015 fortgeführt und waren ein ansprechender Baustein der Öffentlichkeitsarbeit. Interessante Prominente, Experten und Betroffene gaben in kurzen Interviews einen Einblick in ihr Leben und ihr Engagement gegen Drogen und Sucht. Im Jahr 2015 wurden wie im Vorjahr 15 Interviews online gestellt. Dabei verrieten die Interviewgäste auch wieder, was sie persönlich „high“ macht – und zwar ohne Drogen und Suchtmittel.

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/podcast/podcast-2015.html>

Schauspieler Marc Schöttner
im Podcast-Interview:



»TANZEN MACHT MICH HIGH!«

Sonderpokal der Drogenbeauftragten beim „Fußball ohne Drogen Cup“

Im September fand der diesjährige „Fußball ohne Drogen Cup“ (FoDC) im Berliner Sportforum statt, an dem zwölf Mannschaften aus sechs europäischen Ländern teilnahmen. Das Turnier stand unter der Schirmherrschaft von Marlene Mortler. In einem spannenden Finale siegte das Team „Megalló“ aus Ungarn gegen das Berliner „Tannenhof“-Team. Platz 3 belegte die Mannschaft „Home Balears“ aus Spanien.

Die Drogenbeauftragte hatte einen Sonderpokal für den besten Slogan gegen Drogen und Sucht ausgelobt. Ihn gewann das Team „Doroga“ aus der Ukraine mit ihrem Motto „VIA VITA“, die Straße des Lebens. Das Motto bringt zum Ausdruck, was alle Teilnehmer sich erhofften: einen drogen- und suchtfreien Weg durchs Leben. Der FoDC bringt unter dem Motto „für gewaltfreien und cleanen Sport“ Rehabilitanden aus verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen in ganz Europa zu einem cleanen Fußballturnier zusammen.

Lesungen

Ein neues Element der Öffentlichkeitsarbeit wurde 2015 mit der Reihe „Lesungen mit der Drogenbeauftragten“ eingeführt. In unregelmäßigen Abständen präsentieren Autoren in Lesungen ihre Bücher zum Thema und diskutieren mit der Drogenbeauftragten vor einem breiten Publikum. Im Januar 2015 waren zum Auftakt die Autoren Gregor Hens („Nikotin“) und Daniel Schreiber („Nüchtern“) zu Gast im BMG. Das Thema der Veranstaltung: „Die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak“.

Im Juni präsentierte Anne Phillipi ihren Debütroman „Giraffen“, in dem es um Partydrogen, Sucht und Koabhängigkeiten geht. Die Podiumsdiskussion befasste sich eingehend mit illegalen Drogen und der Abhängigkeit von betroffenen Angehörigen.



Marlene Mortler gab den Anstoß zum Fußballturnier

© Deffner

»DOROGA« AUS DER
UKRAINE GEWANN DEN
SONDERPOKAL DER
DROGENBEAUFTRAGTEN.

Tag der offenen Tür im Bundesministerium für Gesundheit

Am 29. und 30. August 2015 öffnete das BMG erneut seine Pforten zum Tag der offenen Tür. Wie jedes Jahr beteiligte sich auch die Drogenbeauftragte wieder aktiv am Angebot des Ministeriums. Am großen Informationsstand konnten sich die zahlreichen Besucher rund um das Thema „Drogen und Sucht“ einen Überblick verschaffen und sich von den fachkundigen Mitarbeitern des Arbeitsstabes der Drogenbeauftragten beraten lassen. Als besonderer

Programmpunkt war der Besuch von Ingo Insterburg inszeniert, der im Rahmen einer „Maueraktion“ gemeinsam mit der Drogenbeauftragten, dem Verein MyTheo e. V. und den Gewinnerinnen eines Sonderpreises im Rahmen des „Summer of Love“ ein Originalteil der Berliner Mauer gestaltete und seine „Raucher- und Trinkerlyrik“ präsentierte. Ergänzend lud ein „Raucherquiz“ zum Mitspielen und Gewinnen ein.



© Deffner

Die Preisträgerinnen Shna Kani und Emilia Stadler (von links nach rechts) am Originalstück der Berliner Mauer mit Marlene Mortler und Ingo Insterburg



© BMG

Bühnengespräch im BMG – Loris Andre Blazejewski, Eric Stehfest, Moderatorin Sarah Zerdick und Marlene Mortler (von links nach rechts)

Am Samstag begrüßte die Drogenbeauftragte zudem auf der großen Bühne des BMG die Regisseurin, einige Schauspieler sowie weitere Mitglieder des Produktionsteams von „Treppe Aufwärts“. In einem Bühnengespräch wurde das Thema des Films (Glücksspielsucht) aufgegriffen und Ausschnitte erstmals dem Publikum präsentiert. Ein weiterer Gast war an diesem Tag der Seriendarsteller Eric Stehfest (u. a. „Gute Zeiten,

schlechte Zeiten“), der ebenfalls in einem Bühnengespräch mit der Drogenbeauftragten sein persönliches Engagement im Kampf gegen die synthetische Droge Crystal Meth erläuterte. Stehfest, der früher selbst Crystal Meth konsumierte und abhängig war, stand den Besuchern für Fragen zur Verfügung und schrieb Autogramme.



»WER AUFHÖRT ZU WERBEN, UM SO GELD ZU SPAREN, KANN EBENSO SEINE UHR ANHALTEN, UM ZEIT ZU SPAREN.«

(Henry Ford, am. Industrieller, 1885–1945)

C

Suchtstoffübergreifende Prävention, Beratung und Behandlung

»Es gibt tausend Krankheiten,
aber nur eine Gesundheit.«

(Ludwig Börne)

- 1 PRÄVENTION 130
- 2 BERATUNG, BEHANDLUNG UND
SCHADENSMINIMIERUNG 152

128



1 PRÄVENTION

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

Suchtprävention der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbringt im Rahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung (§ 20–20b SGB V) Leistungen zur Verhinderung von Suchtmittelabhängigkeit und möglichen Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums. Die Leistungen der Krankenkassen zielen über die suchtpreventiven Aspekte hinaus auch auf die Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils in allen Altersgruppen. Inhalte und Qualitätskriterien der

Die drei Arten der Prävention

- 1 **Universelle Prävention:**
Information und Aufklärung breiter Bevölkerungsgruppen über die Folgen des Suchtmittelkonsums
- 2 **Selektive Prävention:**
Entwicklung spezifischer Angebote für Gruppen mit einem riskanten Verhalten
- 3 **Indizierte Prävention:**
richtet sich an diejenigen, bei denen bereits Probleme entwickelt vorliegen; dabei sind auch die verschiedenen Ursachen und Verlaufsmuster der Suchterkrankungen für die verschiedenen Gruppen zu berücksichtigen

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen hat der GKV-Spitzenverband für Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich in seinem „Leitfaden Prävention“ festgelegt.

Bei Kindern und Jugendlichen liegt das Ziel der Präventionsmaßnahmen vor allem darin, den Einstieg in den Tabak-, Alkohol- und anderen Drogenkonsum zu verhindern. Hier eignen sich am besten solche Maßnahmen, die die Zielgruppe direkt in ihrer Lebenswelt – insbesondere in Schulen – ansprechen und dort durchgeführt werden. Hierdurch können Kinder und Jugendliche unterschiedlicher sozialer Herkunft und Bildungsschicht erreicht werden. Die Krankenkassen konnten im Jahr 2014 bundesweit über 1,8 Millionen Kinder, Jugendliche, pädagogisches Personal und Eltern über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung erreichen. Diese umfassen zumeist mehrere Handlungsfelder neben der Suchtprävention, z. B. auch Bewegungsförderung, gesundheitsgerechte Ernährung oder Stressreduktion/Entspannung sowie einen gesundheitsgerechten Umgang mit elektronischen Medien. Hinzu kommen – insbesondere bei jüngeren Kindern – substanzspezifische Maßnahmen zur Stärkung sozial-emotionaler Kompetenzen. Des Weiteren wird die Fähigkeit gefördert, in herausfordernden Situationen auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zurückzugreifen.

Bei erwachsenen Versicherten unterstützen die Krankenkassen die Inanspruchnahme von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenberatungen und Trainings zur Tabakentwöhnung und zur Reduzierung des Alkoholkonsums. 2014 haben die Krankenkassen zu diesen Themen über 18.000 Kursteilnahmen gefördert. Dabei bezogen sich 88 Prozent der Maßnahmen auf den Tabak- und 12 Prozent auf den Alkoholkonsum. Die Angebote wurden zu 62 Prozent von Frauen und zu 38 Prozent von Männern in Anspruch genommen.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten die Krankenkassen im Jahr 2014 1,2 Millionen Beschäftigte und Führungskräfte in über 11.000 Betrieben erreichen. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beraten die Krankenkassen alle betrieblichen Gruppen – Führungskräfte, Betriebs- und

Personalräte, Fachkräfte für den Arbeitsschutz und die Beschäftigten selbst – bei allen Fragen zur Tabak- und Alkoholprävention. Das Leistungsspektrum reicht von der Aufklärung und Information über die Schulung von Führungskräften bis zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen und der Förderung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz und zur betrieblichen Alkoholpolitik.

Durch das am 25. Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) werden die Krankenkassen ihre Leistungen insbesondere in der lebensweltbezogenen einschließlich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung deutlich ausweiten. Der Richtwert der für Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwendenden Mittel wurde von 3,17 Euro auf 7,- Euro je Versicherten 2016 erhöht. Das Gesetz sieht zudem Mindestbeträge für lebens- und arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen vor, die deutlich über dem im Jahr 2014 erreichten Niveau liegen. Darüber hinaus werden nach diesem Gesetz die Leistungen der unterschiedlichen Zuständigen und Verantwortlichen – Länder, Kommunen, andere Sozialversicherungsträger – stärker miteinander verzahnt. Die Nationale Präventionskonferenz erstellt trägerübergreifende bundesweite Rahmenempfehlungen zur lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung als Grundlage der Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen. Hierdurch werden die Vorgehensweisen und Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Träger stärker aufeinander abgestimmt.

Präventionsbericht:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

Leitfaden Prävention:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Suchtprävention in der Bundeswehr

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

Hierbei arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr in einem Netzwerk zusammen, in dem sich neben dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr (bestehend aus Sanitätsdienst, Sozialdienst, Psychologischem Dienst und Militärseelsorge) auch die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V. (SSHS) sowie weitere Organisationen, Vereine und Initiativen engagieren. Sie alle bieten den Vorgesetzten, den Soldaten, den zivilen Mitarbeitern sowie den jeweiligen Familienangehörigen professionelle Beratung und Unterstützung an.

Die Angehörigen der Bundeswehr werden umfassend über die Thematik aufgeklärt und darüber informiert, dass der Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet wird.

Zu den präventiven Maßnahmen gehören Meldungen, Aktionen, Broschüren, Vorträge, Seminare, Plakate, CD-ROM-Verteilungen sowie Auftritte in digitalen Medien. Sie verdeutlichen die Risiken und Gefahren von Sucht und haben das Ziel, das individuelle und kollektive Abwehrverhalten zu stärken. Suchtleitfäden, konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienst-/Arbeitszeit enthalten, ebenso wie Richtlinien im Umgang mit abhängigkeitsgefährdeten zivilen und militärischen Kräften ergänzen dieses Angebot. Künftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf polyvalente und riskante Konsummuster sowie stoffungebundene Süchte eingegangen werden.

Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert das im Jahr 2000 am „Zentrum Innere Führung“ in Koblenz eingerichtete „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“. Die zugehörige Web-/

Intranetseite wird überarbeitet und soll in der zweiten Hälfte 2016 wieder vollständig zur Verfügung stehen. Hier und auf www.innereuehrung.bundeswehr.de werden Vorgesetzte, Multiplikatoren und alle Interessierten unter dem Stichwort „Dokumentationszentrum Suchtprävention“ bzw. „Ansprechstellen“ weiterführende Informationen zum Umgang mit Abhängigkeits-erkrankungen finden. Da sich vor allem bei jungen Menschen die Gefährdung weg von den klassischen stofflichen Abhängigkeiten hin zu nichtstofflichen Abhängigkeiten verschiebt, werden auch der unangemessene Internetgebrauch, der Umgang mit elektronischen Medien, mit Spiel-, Kauf- und Arbeitssucht sowie der Konsum von Designerdrogen und Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS) thematisiert.

In Lehrgängen wird den Multiplikatoren sowie dem zivilen und militärischen Führungspersonal und den Funktionsträgern zudem Handlungssicherheit im Umgang mit Abhängigkeitsgefährdeten und Abhängigkeitserkrankten vermittelt.

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den verschiedenen Mitarbeitern der Bundeswehr deutschlandweit flächendeckend sowie an Auslandsstandorten individuelle Beratung und Betreuung an. Neben der Einzelfallhilfe und Gruppenangeboten werden auch dienststelleninterne Selbsthilfegruppen unterstützt. Da der Sozialdienst eng mit vielen Fachstellen sowie mit Selbsthilfegruppen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr zusammenarbeitet, ist bei Bedarf eine nahtlose professionelle Unterstützung sichergestellt.

Im Rahmen der psychosozialen Unterstützung sind in den Heimatstandorten und im Auslandseinsatz neben dem Sozialdienst der Bundeswehr auch Psychologen der Bundeswehr aktiv. Sie beraten Vorgesetzte, richten Weiterbildungsveranstaltungen zur Suchtprophylaxe aus und bieten individuelle Beratungsgespräche an. Ferner stehen den Soldaten im In- und Ausland Militärseelsorger für Gespräche im Zusammenhang mit Suchtproblematiken zur Verfügung und begleiten sie und ihre Angehörigen in schwierigen Lebenslagen. Die Mitarbeiter des Psychosozialen Netzwerkes der Bundeswehr unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht bzw. dem Seelsorgegeheimnis, sodass die Privatsphäre der Ratsuchenden geschützt bleibt.

Die SSSHS (www.soldatenselbsthilfe.de) umfasst über 300 ehrenamtliche Mitarbeiter, die überwiegend aus der eigenen Betroffenheit heraus handeln. Sie unterstützt die Bundeswehr u. a. mit ausgebildeten Suchtkrankenhelfern. Bei den Mitgliedern handelt es sich sowohl um aktive als auch um ehemalige Soldaten und Zivilpersonen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten eng mit dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr und dem durch das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) moderierten „Netzwerk der Hilfe“ (www.bundeswehr-support.de) zusammenarbeiten.

Mit dem Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“ werden bestehende und neue Maßnahmen, die u. a. auch der Suchtprävention dienen, zielgruppenorientiert entwickelt und zusammengeführt. Basierend auf bereits bestehenden Methoden wurden Verfahren zur Erfassung der psychischen Fitness für die Streitkräfte entwickelt und erprobt, die zweckgebunden zu bestimmten Zeitpunkten – sowohl im täglichen Dienst im Grundbetrieb als auch vor und nach einem Auslandseinsatz – eingesetzt werden können. Bei der wissenschaftlichen Auswertung hat sich die Anwendbarkeit der Methoden zur Erfassung der psychischen Fitness bestätigt. Aus den Ergebnissen lassen sich individuell zugeschnittene Maßnahmen zum Erhalt und zur Steigerung der psychischen Fitness für Soldaten empfehlen. Die weiteren Schritte zur Implementierung der Verfahren befinden sich in der Abstimmung. Eine Umsetzung der Maßnahmen und Anwendung im Regelbetrieb ist für 2016 vorgesehen.

Der Geschäftsbereich des BMVg führt ein „Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“ ein. Das BGM, das auf den drei Säulen „Führung und Organisation“, „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ sowie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ fußt, verfolgt einen vorbeugenden Ansatz mit dem Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, zu fördern und zu schützen. Präventive und korrektive Maßnahmen werden damit noch effektiver strukturiert, vertieft und in ihrer Nachhaltigkeit gefestigt. Angestrebt wird neben einer allgemeinen auch eine individuelle Verhaltensprävention, die auf eine Verhaltensänderung

abzielt und die gesundheitsförderlichen Kompetenzen damit sowohl am Arbeitsplatz als auch im Privatleben zur Wirkung bringt. Durch Maßnahmen des BGM sollen die Leistungsfähigkeit, die Bewältigungsmöglichkeiten, die Widerstandsressourcen sowie die Selbsthilfe- und Gesundheitskompetenzen der Bundeswehrangehörigen gestärkt werden. In Vorbereitung der flächendeckenden Einführung des BGM erfolgte im Jahr 2015 eine Erprobung in elf ausgewählten Dienststellen. Neben den Themen Stressprävention, Ernährung und Bewegung wurde auch der Bereich Sucht- bzw. Abhängigkeitsprävention dahingehend untersucht, welche Optimierungen möglich sind, um den Bedingungen und Bedürfnissen in den einzelnen Dienststellen noch besser gerecht zu werden.

Ab 2016 wird auf diesen Erkenntnissen aufbauend mit der schrittweisen Ausfächerung des BGM auf den Geschäftsbereich des BMVg begonnen. Die Wirksamkeit der Maßnahmen soll dabei durch eine kontinuierliche interdisziplinäre wissenschaftliche Begleitung untersucht und daraus abgeleitet langfristig sichergestellt werden.

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden – HISBUS II

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat das Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) im Wintersemester 2014/15 zum zweiten Mal Studierende an Universitäten und Fachhochschulen zu Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung befragt. Die erste Erhebung zu diesem Thema fand im Wintersemester 2010 statt. Die aktuelle Wiederholungsbefragung erfolgte erneut als Onlinesurvey des HISBUS-Panels. An ihr beteiligten sich 29 Prozent der eingeladenen Studierenden (Brutto-Rücklaufquote). Die im vorliegenden Projektbericht dargestellten Befunde beruhen auf den Angaben von ca. 6.700 Studierenden, die verwert-

Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes: Neues Onlineangebot für Kinder und Jugendliche mit Informationen zum Thema Drogen – Elternbroschüre „Sehn-Sucht“ ergänzt

Die von der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes seit vielen Jahren erfolgreich herausgegebene Broschüre „Sehn-Sucht“, die über die Folgen von Drogenmissbrauch informiert, wurde um neue Entwicklungen ergänzt. Die Broschüre umfasst neben dem Thema Crystal Meth nun auch einen Absatz zu Designerdrogen und NPS. In der Broschüre wird ausführlich beschrieben, wie gefährlich der Konsum dieser illegalen synthetischen Drogen ist. Diese Inhalte sind auch auf der Hauptinternetseite der Polizei unter www.polizei-beratung.de zu finden.

Die neue Internetseite www.polizeifürdich.de wiederum informiert junge Nutzer zwischen 12 und 15 Jahren umfangreich über jugendspezifische Polizeithemen. Der Themenblock „Drogen“ enthält neben Basisinformationen zu legalen, illegalen und synthetischen Drogen auch Informationen und Tipps für Opfer und Täter, Medienempfehlungen, Antworten auf häufig gestellte Fragen sowie Querverlinkungen zu relevanten Themen. Darüber hinaus erhalten die Nutzer der Seite Informationen über die Aufgaben der Polizei sowie über Hilfeangebote. Eine Suchfunktion und ein ausführliches Glossar ergänzen das Angebot.

bare Angaben zum Kernthema des Projekts – Stresskompensation und Leistungssteigerung in Form von Hirndoping – gemacht haben.

Im Rahmen der HISBUS-Studie wird leistungsbezogener Substanzkonsum anhand der Aussage der Studierenden, dass sie seit Beginn des Studiums schon einmal Substanzen eingenommen haben, die ihnen die Bewältigung studienbezogener Anforderungen erleichtert haben, als Studienzeitprävalenz festgestellt. Je nach Art der konsumierten Substanzen wird zwischen Hirndoping und Soft-Enhancenden unterschieden. Dem Hirndoping wird die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente und illegaler Drogen zugeordnet. Illegale Drogen werden hierbei einbezogen, wenn ihre

Einnahme in Zusammenhang mit der Bewältigung von Studienanforderungen erfolgte. Soft-Enhancende nehmen aus dem gleichen Motiv Substanzen, die frei verkäuflich bzw. nicht rezeptpflichtig sind (Koffeintabletten, Energydrinks, Vitaminpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, homöopathische bzw. pflanzliche Substanzen). Der Konsum von Kaffee und Tee wird nicht zum Soft-Enhancement gerechnet.

Bekanntheit und Verbreitung des leistungsbezogenen Substanzkonsums

Die Mehrheit der Studierenden (86 Prozent) hat bereits davon gehört, dass Substanzen zur geistigen Leistungssteigerung eingenommen werden. 31 Prozent kennen jemanden, der schon einmal Substanzen zu diesem Zweck verwendet hat. Diese Quoten haben sich im Vergleich zur ersten Befragung 2010 kaum verändert.

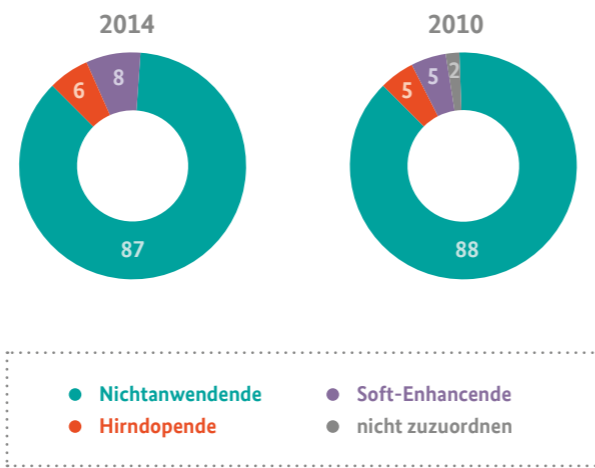
Von den Studierenden selbst haben 14 Prozent schon einmal Substanzen eingenommen, um sich die Bewältigung der studienbezogenen Anforderungen zu erleichtern (Studienzeitprävalenz). Ein Sechstel hat hierin keine Erfahrungen, kann sich aber vorstellen, dies zu tun. Für die große Mehrheit (71 Prozent) kommt Gleiches nicht infrage. Im Vergleich zu den Befunden vier Jahre zuvor ist die Studienzeitprävalenz um zwei Prozentpunkte gestiegen, was v. a. auf den Anstieg derer zurückgeht, die „nur ganz selten“ versucht haben, sich die Anforderungsbewältigung mit Substanzen zu erleichtern.

Substanzen des leistungsbezogenen Substanzkonsums

6 Prozent der Befragten zählen zu den Hirndopenden und 8 Prozent zu den Soft-Enhancenden. Der Anteil Hirndopender hat sich damit seit 2010 um lediglich einen Prozentpunkt erhöht (2010: 5 Prozent). Mit einem Zuwachs von drei Prozentpunkten ist das Soft-Enhancement unter Studierenden stärker angestiegen (2010: 5 Prozent). Studentinnen gehören genauso häufig wie Studenten zu den Hirndopenden (je 6 Prozent), Soft-Enhancement hingegen ist häufiger unter den Studentinnen als unter den Studenten zu beobachten (10 Prozent vs. 6 Prozent).

Zum Hirndoping werden am häufigsten verschreibungspflichtige Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel ver-

ABBILDUNG 29: STUDIERENDE MIT LEISTUNGSBEZOGENEM SUBSTANZKONSUM – 2014 UND 2010 IM VERGLEICH (IN %)



DZHW: HISBUS-Befragung Hirndoping

wendet (31 Prozent). Ebenfalls recht verbreitet ist der Einsatz von Cannabis (29 Prozent) und Antidepressiva (27 Prozent). Ein Fünftel der Hirndopenden greift zu Methylphenidat (21 Prozent) und/oder zu verschreibungspflichtigen Schmerzmitteln (20 Prozent). Illegale Drogen wie Kokain, Ecstasy oder Methamphetamine spielen beim leistungsbezogenen Substanzkonsum eine vergleichsweise geringe Rolle (1 bis 2 Prozent).

Die Einnahmefrequenz ist beim Hirndoping höher als beim Soft-Enhancement. Von den Soft-Enhancenden sagen fast drei Viertel, dass sie „nur ganz selten“ Substanzen einnehmen. Nur jeder zweite Hirndopende gibt dieselbe Einschätzung an (50 Prozent). Ein Drittel der Hirndopenden (33 Prozent) greift „ab und zu“ und mehr als ein Sechstel (17 Prozent) sogar „häufig“ leistungsbezogen zu Substanzen.

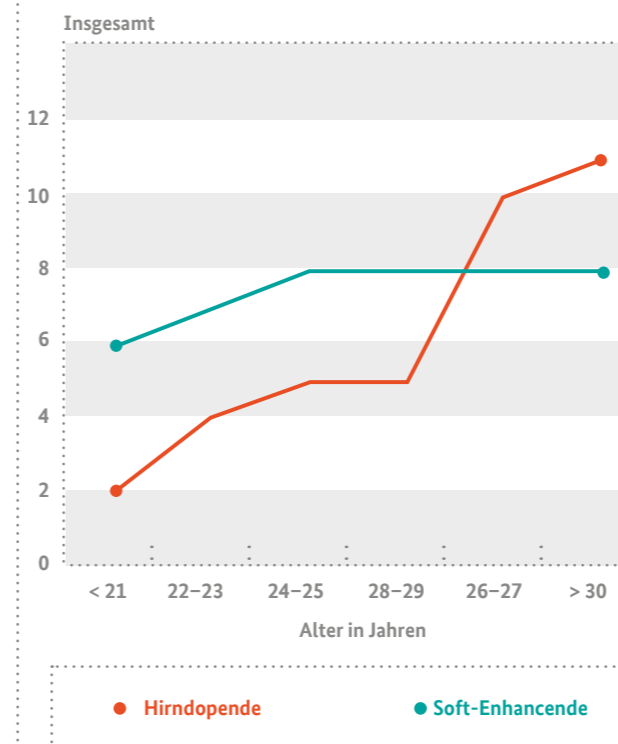
Soziodemografische und Persönlichkeitsmerkmale der Konsumenten

Der Substanzkonsum korreliert mit einer Reihe von soziodemografischen und persönlichen Merkmalen der Studierenden: So sind Hirndopende im Durchschnitt anderthalb Jahre älter als ihre Kommilitonen ohne leistungsbezogenen Substanzkonsum (26,8 Jahre vs. 25,2 Jahre). Dieser Unterschied trifft auf Frauen und Männer

im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossen gleichermaßen zu. Hintergrund hierfür ist, dass mit dem Alter der Anteil derer steigt, die Substanzen einsetzen, um die Studienanforderungen besser zu bewältigen. Beispielsweise gehören in der Altersgruppe der bis zu 21-Jährigen 2 Prozent zu den Hirndopenden. Diese Quote erhöht sich sukzessive bis auf 11 Prozent unter Studierenden ab einem Alter von 30 Jahren. Beim Soft-Enhancement verläuft die altersabhängige Zunahme weniger dynamisch von 6 Prozent in der jüngsten Altersgruppe auf 8 Prozent in der Altersgruppe ab 30 Jahren. Der Zusammenhang zwischen Alter und leistungsbezogenem Substanzkonsum stellt sich auch deshalb her, weil mit der vorliegenden Untersuchung die Studienzeitprävalenz erfasst wird und mit der Studiendauer – und damit auch dem steigenden Alter der Studierenden – das Gelegenheitsfenster größer wird, schon einmal aus Leistungsgründen zu Substanzen gegriffen zu haben.

Mit dem Alter in engem Zusammenhang stehen der

ABBILDUNG 30: HIRNDOPENDE UND SOFT-ENHANCENDE NACH ALTERSGRUPPEN (IN %)



DZHW: HISBUS-Befragung Hirndoping II

Partnerschaftsstatus und die Elternschaft der Studierenden. Das höhere Durchschnittsalter der Hirndopenden erklärt auch, warum anteilig relativ viele von ihnen bereits verheiratet oder verpartnert sind (11 Prozent vs. 8 Prozent Soft-Enhancende bzw. 7 Prozent Nichtanwendende) bzw. mindestens ein Kind haben (8 Prozent vs. 3 Prozent Soft-Enhancende bzw. 6 Prozent Nichtanwendende).

Die soziale Herkunft der Studierenden ist für den Substanzkonsum ebenfalls von Bedeutung: Hirndopende haben häufiger als andere Studierende einen nichtakademischen Bildungshintergrund (54 Prozent vs. 45 Prozent Soft-Enhancende bzw. 46 Prozent Nichtanwendende). Dieser Unterschied zeigt sich bei den Männern besonders deutlich: 60 Prozent der hirndopenden Studenten haben ein nichtakademisches Elternhaus im Vergleich zu 48 Prozent der soft-enhancenden bzw. 47 Prozent der nichtanwendenden Männer.

Darüber hinaus steht leistungsbezogener Substanzkonsum in Zusammenhang mit Persönlichkeitseigenschaften, die mittels der „Big Five“ (Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus, Offenheit, Verträglichkeit) erfasst wurden: Für die Dimensionen Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus konnten hochsignifikante Korrelationen nachgewiesen werden. Aus der Erstbefragung bekannte Zusammenhänge, dass Hirndopende weniger gewissenhaft sind als andere Studierende und dass sie höhere Neurotizismuswerte aufweisen als ihre Kommilitonen, haben sich bestätigt. Auch die Besonderheiten der Soft-Enhancenden – überdurchschnittlich hohe Werte sowohl bei der Gewissenhaftigkeit als auch beim Neurotizismus – konnten erneut festgestellt werden. Neu hingegen ist die Erkenntnis, dass Studierende mit leistungsbezogenem Substanzkonsum – unter ihnen insbesondere die Hirndopenden – signifikant weniger verträglich sind als Nichtanwendende.

Motive und Anwendungssituationen für leistungsbezogenen Substanzkonsum

Hinter dem allgemeinen Ziel, mit der Substanzeinnahme die Studienanforderungen besser bewältigen zu können, stehen verschiedene konkrete Einzelmotive. In der Summe betrachtet unterstreichen die konkreten Ziele den Befund der Erstbefragung, dass nicht das Er-

reichen von (individuellen) Ausnahmeleistungen im Vordergrund der Substanzenanwendung steht, sondern der Leistungserhalt, also die Sicherstellung der Fähigkeit, überhaupt eine (individuell „normale“) Leistung erbringen zu können.

Am häufigsten wird Hirndoping eingesetzt, „um (ein-)schlafen zu können“ (51 Prozent), „Nervosität/Lampenfieber“ zu bekämpfen (42 Prozent) bzw. „um wach zu bleiben“ (34 Prozent). Gesundheitliche Gründe und Schmerzbekämpfung spielen ebenfalls eine recht große Rolle (je 27 Prozent). Lediglich ein knappes Viertel (24 Prozent) der Hirndopenden erwähnt explizit, dass die geistige Leistungssteigerung das Ziel der Substanzenanwendung ist. Stofffülle (23 Prozent), Termin- (20 Prozent), Leistungs- und Konkurrenzdruck (22 Prozent) sind weitere Motive, die hinter dem Griff nach Substanzen stehen.

Auch beim Soft-Enhancement spielen (Ein-)Schlafprobleme, Nervosität und Lampenfieber die wichtigste Rolle im Motivkanon. Innerhalb beider Gruppen mit leistungsbezogenem Substanzkonsum werden diese Motive von den Frauen im Vergleich zu den Männern signifikant häufiger genannt. Im Vergleich der Motive beider Gruppen des leistungsbezogenen Substanzkonsums fällt auf, dass sowohl Hirndopende als auch Soft-Enhancende Gründe nennen, die dem Erhalt der Leistungsfähigkeit dienen. Hirndopende geben jedoch darüber hinaus häufiger zusätzlich an, dass sie mit der Einnahme (auch) eine Erhöhung der Leistung anstreben.

Die studienbezogene Substanzeinnahme findet am häufigsten im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf Prüfungen statt (Hirndopende: 50 Prozent, Soft-Enhancende: 58 Prozent). Genereller Stress ist bei Hirndopenden häufiger der Anlass als bei Soft-Enhancenden (54 Prozent vs. 38 Prozent). Umgekehrt greifen Soft-Enhancende in Prüfungssituationen häufiger zu Substanzen als Hirndopende (50 Prozent vs. 36 Prozent).

Zwischen den Motiven der Substanzeinnahme und den Situationen, in denen Substanzen angewendet werden, besteht ein enger Zusammenhang: Die Erhöhung der Leistungsfähigkeit wird vor allem in der Phase der Prüfungsvorbereitung zu erreichen versucht. Bei

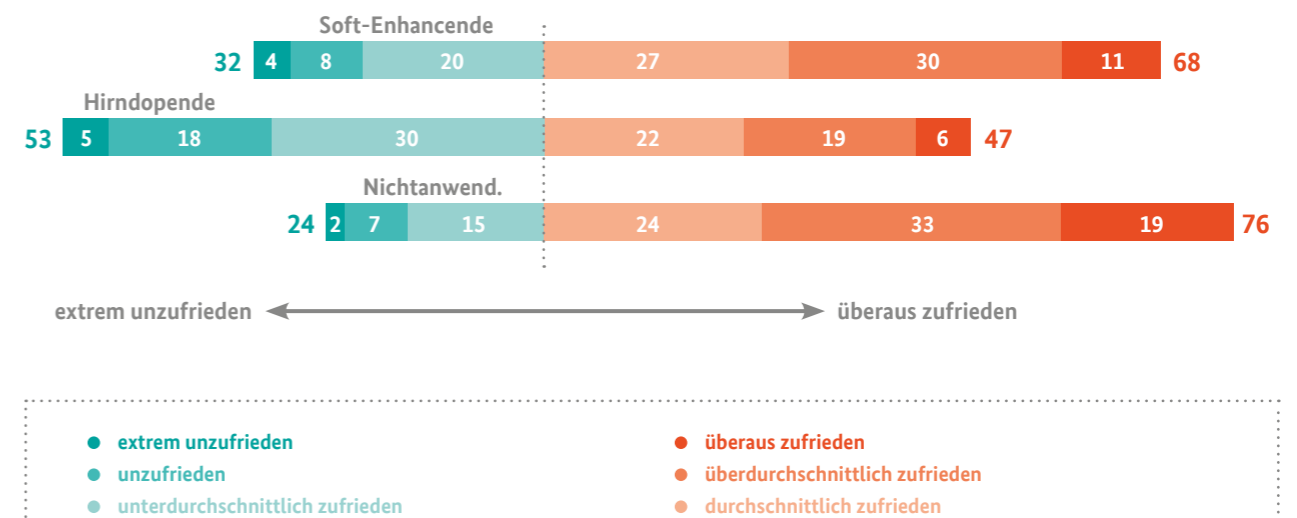
generellem Stress oder in der Prüfungssituation selbst geht es in erster Linie um den Erhalt der Fähigkeit, überhaupt eine (akzeptable) Leistung zu erbringen.

Stress im Studium und Lebenszufriedenheit

Gemäß der zentralen Fragestellung der vorliegenden Studie wurde untersucht, inwieweit der Konsum von Substanzen zur (besseren) Bewältigung der Studienanforderungen mit der Wahrnehmung der Studierenden korreliert, dass diese Anforderungen und ggf. die Anforderungen anderer Lebensbereiche belastend bzw. stressverursachend seien. Die Ergebnisse der Studie zeigen eindrücklich, dass Nichtanwendende sich anteilig relativ selten gestresst fühlen, während sich Hirndopende am häufigsten als (sehr) oft „nervös und gestresst“ beschreiben (52 Prozent vs. 74 Prozent). Die große Mehrheit (71 Prozent) der Hirndopenden fühlte sich in den letzten vier Wochen (sehr) stark durch das Studium belastet oder gestresst. Dahinter liegen Schwierigkeiten mit einer Reihe von Anforderungen, wie z. B. Wissenslücken aufzuarbeiten (55 Prozent), den Stoffumfang zu bewältigen (48 Prozent), die Prüfungen effizient vorzubereiten (48 Prozent), schriftliche Arbeiten anzufertigen (43 Prozent) oder den Leistungsanforderungen im Fachstudium (38 Prozent) gerecht zu werden. Darüber hinaus haben Hirndopende überdurchschnittlich oft auch Schwierigkeiten mit der Studienfinanzierung (47 Prozent) und mit der Begeisterung für ihr Fachgebiet (28 Prozent). Sie sind anteilig seltener gut ins Studium integriert und haben häufiger Probleme damit, Kontakte zu Mitstudierenden und Lehrenden zu knüpfen. Hirndopende beschreiben seltener als Nichtanwendende oder Soft-Enhancende die Atmosphäre zwischen den Studierenden als gut (57 Prozent vs. 71 Prozent bzw. 68 Prozent); sie orientieren sich stärker als diese an soziale Kontakten außerhalb des Hochschulbereichs (45 Prozent vs. 40 Prozent bzw. 41 Prozent).

Mit der Bitte, ihre Lebenssituation insgesamt einzuschätzen, wurden die Studierenden gefragt, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind (Satisfaction with Life Scale). Während drei Viertel (76 Prozent) der Nichtanwendenden mehr oder weniger zufrieden mit ihrem Leben sind und auch mehr als zwei Drittel der Soft-Enhancenden (68 Prozent) ein übereinstimmendes Urteil abgeben, trifft Gleiches auf weniger als jeden zweiten Hirndopenden zu (47 Prozent). Umgekehrt

ABBILDUNG 31:
SATISFACTION-WITH-LIFE-SCORE NACH SUBSTANZKONSUM (IN %)



DZHW: HISBUS-Befragung Hirndoping III

betrachtet heißt das, dass mehr als die Hälfte der Hirndopenden unzufrieden mit ihrem Leben sind – das sind im Vergleich zu den Nichtanwendenden anteilig mehr als doppelt so viele (24 Prozent) und deutlich mehr als unter den Soft-Enhancenden (32 Prozent).

Einflussfaktoren für leistungsbezogenen Substanzkonsum

In multivariaten Analysen zeigte sich, dass vor allem eine geringe Lebenszufriedenheit und ein hohes Stressempfinden ausschlaggebend dafür sind, dass Studierende ihre Leistungsfähigkeit durch verschreibungspflichtige Medikamente und/oder illegale Drogen zu beeinflussen versuchen. Aus diesem Grund sind vor allem Studierende gefährdet, die aufgrund ihrer Persönlichkeit besonders sensibel auf Stress reagieren. Entscheidend ist allerdings das tatsächlich empfundene Stressniveau, weshalb auch stressresistentere Studierende ein höheres Risiko für Hirndoping haben, wenn sie entsprechenden Belastungen ausgesetzt sind. Darüber hinaus stellt (nicht leistungsbezogener) Cannabiskonsum einen Risikofaktor für Hirndoping dar.

Demgegenüber ist Soft-Enhancement stärker von Persönlichkeitsmerkmalen wie starkem Neurotizismus, Extraversion und geringer Verträglichkeit abhängig

und weniger vom akuten Stressempfinden oder der Lebenszufriedenheit. Diese Merkmale sind – zumindest teilweise – häufiger bei Frauen zu finden. Das Soft-Enhancement kann durch die multivariaten Modelle deutlich schlechter erklärt werden als das Hirndoping, sodass eine weitere Erforschung des Phänomens nötig erscheint.

Da beide hier betrachteten Konsumtypen Substanzen nehmen, um studienbezogene Anforderungen zu bewältigen, wurde abschließend der Frage nachgegangen, warum die einen hierfür zu verschreibungspflichtigen Medikamenten und/oder illegalen Drogen greifen (Hirndoping), während die anderen ausschließlich frei erhältliche Substanzen (Soft-Enhancement) wählen. Dabei zeigte sich, dass vor allem die Gründe für die Einnahme leistungssteigernder Mittel einen Einfluss darauf haben, welche Art von Substanzen verwendet wird. Studierende, die Substanzen zur Schmerzbekämpfung, aus gesundheitlichen Gründen oder aus Neugier nehmen oder um den Zeitaufwand zum Lernen gering zu halten, haben eine deutlich höhere Neigung zum Hirndoping als andere Studierende mit leistungsbezogenem Substanzkonsum.

Download und Bestellung unter:

<http://www.dzhw.eu/publikation/forum>

Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss

In den Jahren 2012 bis 2015 führte das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag des BMG eine längsschnittliche Beobachtungsstudie an Auszubildenden in Deutschland durch. Ziel war es, zu untersuchen, ob Substanzkonsum und insbesondere riskanter Substanzkonsum mit Problemen in der Berufsausbildung in Zusammenhang steht. Die Erstbefragung erfolgte zu Beginn der Ausbildung, die Wiederholungsbefragung 18 Monate später.

Die Untersuchung wurde in sieben zufällig ausgewählten Bundesländern durchgeführt: Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. An der Eingangserhebung nahmen 5.688 Auszubildende aus den in Deutschland am stärksten besetzten Ausbildungsgängen teil. Zentrales Kriterium für den Ausbildungserfolg war der Verbleib in der Ausbildung, es wurden jedoch auch weichere Erfolgsparameter erfasst, so etwa die Zufriedenheit mit der Ausbildung, das Auftreten von Konflikten oder Abmahnungen und Prüfungsnoten. Als mögliche beeinflussende Faktoren wurden neben dem Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen Drogen eine Vielzahl von Personenmerkmalen und Merkmalen der Ausbildung erfasst, um prüfen zu können, ob es sich beim Konsum von Alkohol und Drogen um einen unabhängigen Risikofaktor handelt (siehe Fokuskasten). Zur Folgebefragung konnten von insgesamt 5.214 Personen (92 Prozent) Informationen zum Ausbildungsstatus eingeholt werden, bei 4.109 Auszubildenden (72 Prozent) wurden weitere Indikatoren des Ausbildungserfolges erfasst.

Die Häufigkeit eines Ausbildungsabbruchs innerhalb von 18 Monaten lag bei 11 Prozent. Dabei zeigten sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Berufsfeldern (siehe Tab. 06). Bivariate signifikante Zusammenhänge ergaben sich mit fast allen zur Eingangserhebung erfassten Personen- und Ausbildungsmerkmalen. Bei simultaner statistischer Kontrolle blieben die folgenden Faktoren signifikant: Alter, Schulbildung, Medienkonsum, körperliche Aktivität, psychische Belastung, Berufsfeld, Bundesland, Erstausbildung, Betreuungsgüte in Betrieb und Berufsschule, stressige Arbeitsbedingungen und Überforderung (siehe Fokuskasten). Ebenso fanden sich unabhängige Zusammenhänge zu positiven Screenings für problematischen Alkohol-, Cannabis- und Medikamentenkonsum.

Die Abbruchhäufigkeit war auch umso höher, je mehr Substanzen problematisch konsumiert wurden. So lag die vorhergesagte Abbruchquote bei 8,7 Prozent für Auszubildende ohne problematischen Konsum bis hin zu einer Quote von 20,3 Prozent für die Extremgruppe der Auszubildenden, die täglich rauchten, problematisch Alkohol und Cannabis konsumierten und gelegentlich andere illegale Drogen zu sich nahmen (siehe Abb. 32). Auch die anderen betrachteten Erfolgsparameter wie Konflikte am Arbeitsplatz, Abmahnungen und die Durchschnittsnote im letzten Berufsschulzeugnis konnten anhand der Zahl der problematisch konsumierten Substanzen bedeutsam vorhergesagt werden.

<https://www.ift-nord.de/publikationen/projektbezogen/#alkohol-und-drogen-als-risikofaktoren-fuer-einen-erfolgreichen-ausbildungsabschluss>

TABELLE 06: VERÄNDERUNG DES AUSBILDUNGSSTATUS IN ABHÄNGIGKEIT VOM BERUFSFELD

	Ausbildung verändert	Betriebswechsel	Berufswechsel	Ausbildung ohne Abschluss beendet
Gesamt	20 %	6 %	3 %	11 %
Personenbezogene Dienstleistungen	32 %	10 %	3 %	19 %
Wirtschaft und Verwaltung	13 %	3 %	3 %	7 %
Gewerblich-technische Berufe	16 %	4 %	3 %	9 %
Soziale und Gesundheitsberufe	17 %	4 %	4 %	9 %



IM FOKUS

AUSBILDUNGSERFOLG

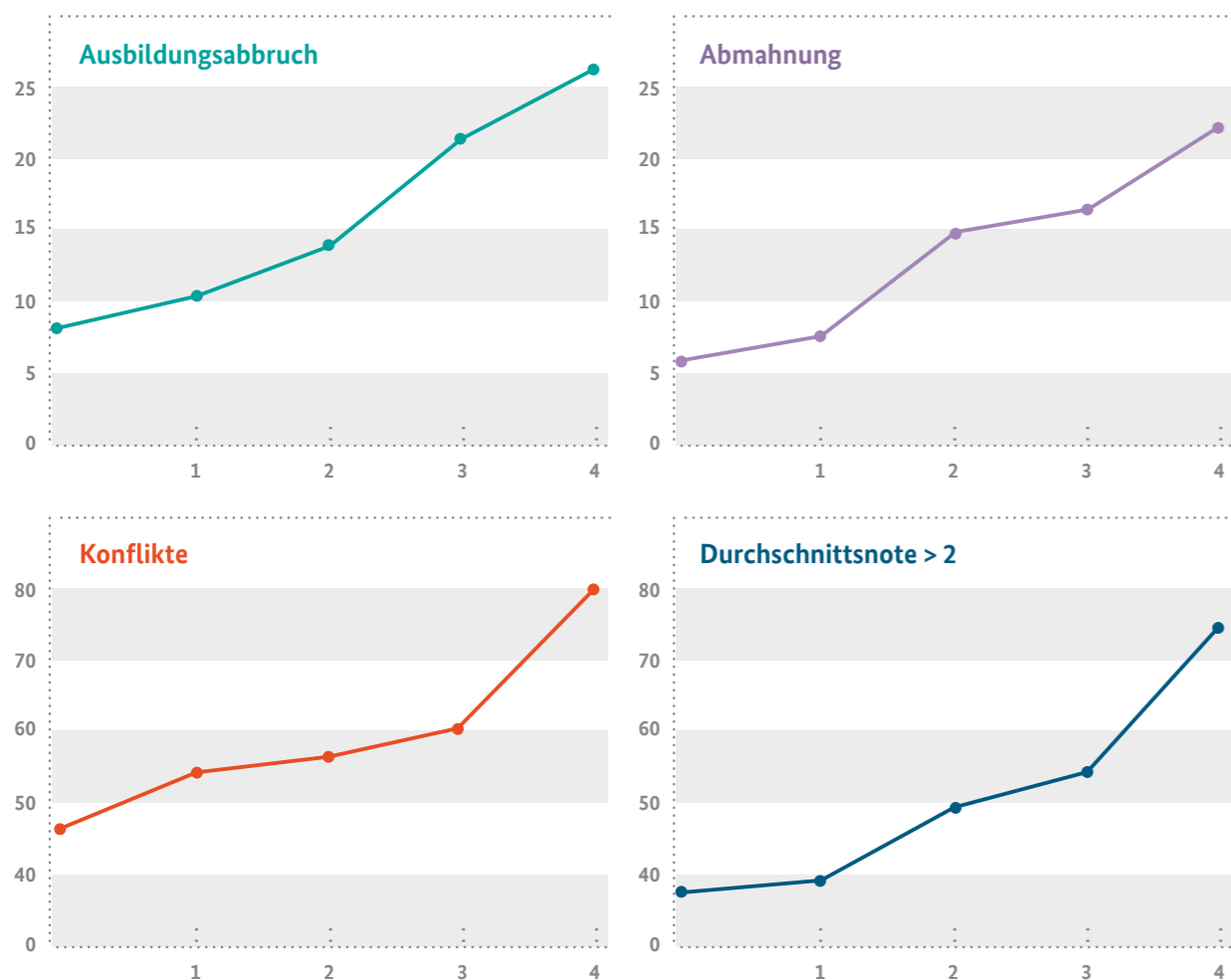
MÖGLICHE FAKTOREN, DIE MIT DEM AUSBILDUNGSERFOLG ASSOZIIERT SIND

Merkmale der Person	Merkmale der Ausbildung	Substanzkonsum
○ Geschlecht	Berufsfeld	tägliches Rauchen
+ Alter	Bundesland	+ probl. Alkoholkonsum
Migrationshintergrund	- Erstausbildung	+ probl. Cannabiskonsum
- Schulabschluss	Schwierigkeit, Platz zu finden	andere illegale Drogen
finanzielle Mittel	expliziter Berufswunsch	+ probl. Medikamentenkonsum
Wohnsituation	Betriebsgröße	
chronische Erkrankungen	Anzahl Azubis	
- Bildschirmmedien in h	Vergütung	
+ 60 Min. Sport pro Woche	Zeit des Ausbilders	
Mitglied in einem Sportverein	- Betreuung im Betrieb	
emotionale Stabilität	- Betreuung in der Schule	
Impulsivität	negatives Arbeitsklima	
Extraversion	+ stressige Arbeitsbeding.	
Sensation Seeking	körperliche Belastung	
+ psychische Probleme	+ Überforderung	
	Unterforderung	

- + unabhängiger positiver Zusammenhang mit dem Abbruch der Ausbildung bestätigt
- unabhängiger negativer Zusammenhang mit dem Abbruch der Ausbildung bestätigt
- kein unabhängiger Zusammenhang mit dem Abbruch der Ausbildung bestätigt



ABBILDUNG 32:
INDIKATOREN DES AUSBILDUNGSERFOLGES IN ABHÄNGIGKEIT VON DER ZAHL DER KONSUMIERTEN SUBSTANZEN
(TABAK, ALKOHOL, CANNABIS ODER ANDERE ILLEGALE DROGEN)



Anzahl problematisch konsumierter Substanzen

<https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/id/7622>

BEST (Betreiberschulungstestprojekt) – Schulungsprogramm zur Gesundheitsförderung im Partysetting

Im Auftrag des BMG führte Fixpunkt e. V. in Kooperation mit der LiveKomm zwischen August 2014 und März 2015 das Modellprojekt BEST zur Gesundheitsförderung im Partysetting durch. In diesem Projekt gelang es erfolgreich, ein modulares und manualisiertes

Fortbildungskonzept zu erstellen, mit dessen Hilfe das Personal von Clubs, Diskotheken, Festivals u. a. Veranstaltungsformaten bzw. -örtlichkeiten in seiner Gesundheitskompetenz geschult werden kann.

Insgesamt wurden fünf Schulungsmodule entwickelt, die mit ca. 140 Mitarbeitern in den Städten Frankfurt/Main, Potsdam, Hamburg und Berlin erfolgreich

durchgeführt werden konnten. Das Projekt wurde in diesen Städten mit jeweils kooperierenden Projekten aus der akzeptierenden Partydrogenarbeit und Gesundheitsförderung realisiert, die nun das „BEST-Netzwerk“ bilden.

Zentrale Grundlagen des BEST-Schulungsprogramms sind neben einem BEST-Clubbing-Konzept, das sich an der europäischen Expertise (NEWIP, Safer Clubbing, Party Plus) orientiert, auch eine akzeptierende Grundhaltung, der Ansatz der „Konsummündigkeit“ und Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Von besonderer Bedeutung ist der Einbezug von Peers mit beruflicher Erfahrung im Partysetting als Co-Trainer. Die Kooperation mit lokalen Projekten der Gesundheitsförderung und der Drogenhilfe (sogenannte Partydrogen-Infoprojekte) sowie mit regionalen und bundesweiten Zusammenschlüssen und Lobbyverbänden der Clubkultur war für die Ressourcenerschließung von essenzieller Bedeutung.

Das Schulungsprogramm wurde erfolgreich einem ersten Praxistest unterzogen. Es bleibt zu klären, ob das Programm auch dafür geeignet ist, in der Breite eingesetzt zu werden. Die Schulungen sind insbesondere geeignet, um von erfahrenen Fachkräften aus den Kooperationsprojekten durchgeführt zu werden, denn es werden fachspezifische und settingbezogene Kenntnisse und Erfahrungen vorausgesetzt. Die gewählte Methodik und die konzeptionellen Grundlagen präventiver,

risikominimierender und gesundheitsfördernder Maßnahmen waren angemessen, um nachweislich Schulungserfolge zu erzielen und Veränderungsprozesse in den beteiligten Betrieben und im regionalen Umfeld zu bewirken.

<http://www.best-clubbing.de/>

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

Das BMG förderte von Juli 2013 bis Dezember 2015 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen das Projekt „IRIS II“. Mithilfe der onlinebasierten und interaktiven Beratungsplattform IRIS

sollen Schwangere, die Alkohol oder Tabak konsumieren, dabei unterstützt werden, abstinenz zu werden. Von großem Interesse ist dabei, welche Schwangeren durch ein derartiges Angebot erreicht werden und auf welchem Wege sie Zugang zur Beratung finden. Des Weiteren geht „IRIS II“ der Frage nach, ob eine Beratungsplattform, die zusätzlich von einem Experten moderiert wird (sogenanntes E-Coaching), eine höhere Compliance und Abstinenzquote der beratenen Schwangeren zur Folge hat. Die Inhalte des Programms zielen auf die Aufklärung und Informationsvermittlung, die Herstellung eines Problembewusstseins, die Motivation zur Verhaltensänderung und die Unterstützung und Erreichung einer Alkohol- und Tabakabstinenz.



quote der beratenen Schwangeren zur Folge hat. Die Inhalte des Programms zielen auf die Aufklärung und Informationsvermittlung, die Herstellung eines Problembewusstseins, die Motivation zur Verhaltensänderung und die Unterstützung und Erreichung einer Alkohol- und Tabakabstinenz.

IRIS STEHT FÜR »INDIVIDUALISIERTE, RISIKOADAPTIERTE, INTERNETBASIERTE INTERVENTION ZUR VERRINGERUNG DES ALKOHOL- UND TABAKKONSUMS BEI SCHWANGEREN«.



IM FOKUS

IRIS-PLATTFORM

IRIS STEHT FÜR »INDIVIDUALISIERTE, RISIKOADAPTIERTE, INTERNETBASIERTER INTERVENTION ZUR VERRINGERUNG DES ALKOHOL- UND TABAKKONSUMS BEI SCHWANGEREN«.

The screenshot shows the IRIS platform interface. At the top, there is a navigation bar with the IRIS logo and a Facebook link. Below this is a large image of a pregnant woman. To the right of the image is a login form titled 'Bei MyIRIS anmelden' with fields for 'Benutzername' and 'Passwort', and buttons for 'Anmelden', 'Passwort vergessen?', 'Neu registrieren', and 'Probleme beim Registrieren'. Below the image is a welcome message: 'Herzlich Willkommen bei IRIS!'. The main content area is titled 'Hilfe für Schwangere beim Verzicht auf Alkohol und Tabak' and contains several sections: 'Das ist IRIS', 'Warum teilnehmen?', 'Ihr Team für IRIS', 'Was bieten wir?', and 'Wer kann teilnehmen?'. The 'Was bieten wir?' section lists several benefits of the program, such as being anonymous and free, internet-based, and available nationwide.

Frauen mit mindestens einmaligem Konsum von Alkohol oder Tabak in der aktuellen Schwangerschaft konnten sich im Zeitraum von zwölf Monaten bis April 2015 auf der Onlineplattform www.iris-plattform.de anonym registrieren.

Abhängig vom Konsumprofil (Alkohol und/oder Tabak) wurde ein zwölfwöchiges kostenloses Beratungsprogramm zur Verfügung gestellt, für 50 Prozent der Teilnehmerinnen mit individualisierter, E-Mail-gestützter Begleitung. Im Zuge der Baselineerhebung wurden der Zugangsweg sowie soziodemografische und

konsumbezogene Daten erhoben und Fragen zur gynäkologischen und psychischen Gesundheit gestellt. Neben der Teilnahmedauer wurden wochenweise Erhebungen zur Abstinenz und zur Motivation zur Verhaltensänderung erhoben. Drei Monate nach Beendigung der Intervention wurden die Frauen nach ihrer Zufriedenheit mit dem Programm (entweder mit oder ohne E-Coaching) und nach ihrem Konsumverhalten befragt. Sechs Wochen nach der Entbindung wurden alle Frauen eingeladen, an einer weiteren Befragung, in diesem Fall zum Geburtsverlauf und zum postpartalen Konsumverhalten, teilzunehmen.

Erste Ergebnisse

In der Projektphase gingen 734 Anmeldungen auf der IRIS-Seite ein. Randomisiert wurden 650 Teilnehmerinnen, von denen 494 (88,8 Prozent) in die erste Programmwoche starteten. Die meisten Teilnehmerinnen waren im Tabakprogramm zu verzeichnen (85 Prozent), gefolgt vom Kombiprogramm (12,2 Prozent). Dem Alkoholprogramm wurden 2,8 Prozent zugeordnet. Hauptzugangsweg auf die Plattform war für knapp die Hälfte (48,1 Prozent) aller Nutzerinnen das Internet (Verlinkungen, Internetsuche, Facebook), weitere 27,8 Prozent wurden durch Ärzte und Hebammen angesprochen. Ein Großteil (84,3 Prozent) der Nutzerinnen hatte in vorhergehenden Schwangerschaften geraucht, über die Hälfte auch in der Stillzeit. Fehlgeburten gaben 37,1 Prozent der Frauen mit vorhergehenden Schwangerschaften an. Unter den psychisch erkrankten Frauen ($n = 191$) litten drei Viertel laut Selbstauskunft an einer Depression (74,3 Prozent). Auffällig ist zudem die hohe Quote an Rauchern unter den Partnern (73,6 Prozent) und im sozialen Umfeld (73,7 Prozent).

Im Hinblick auf die Teilnahmedauer zeigt sich nach erster Auswertung ein signifikanter Unterschied nach der dritten Woche ($n = 30$ vs. $n = 53$; $p = 0,0092$) zugunsten des standardisierten Beratungsprogramms mit E-Coach. Mit Blick auf die Tabakabstinenz waren signifikante Unterschiede zwischen dem SB- und dem E-Coach-Programm nach der ersten Woche zu verzeichnen ($n = 5$ von $n = 61$ vs. $n = 17$ von $n = 74$; χ^2 -Test: 0,017). Die E-Coach-Gruppe ist zufriedener mit der Anwendbarkeit ($p = 0,07$) und dem Behandlungsangebot insgesamt.

Den ersten Ergebnissen zufolge scheint das Internet ein vielversprechendes Medium zu sein, um Alkohol oder Tabak konsumierende Schwangere für eine substanzbezogene Onlineberatung zu gewinnen. Erreicht werden v. a. Raucherinnen, sodass in die gelungene Ansprache der Alkoholkonsumentinnen weitere Anstrengungen gelegt werden müssen.

Schwangeren kann der Konsumstopp mithilfe eines Onlineprogramms gelingen, die noch nicht abgeschlossenen Subgruppenanalysen werden weitere Aufschlüsse bringen. Das E-Coaching kann in Einzelfällen zu einem erfolgreichen Verzicht beitra-

gen. In der Ausgestaltung eines solchen Angebotes sollten zudem konsumbezogene Besonderheiten wie beispielsweise die Funktionalität des Konsums oder die Raucherquote unter den Lebenspartnern berücksichtigt werden.

Nach Abschluss der Studienphase im April 2015 steht die IRIS-Plattform in der Variante ohne E-Coach weiterhin allen Schwangeren offen, die sich informieren möchten oder bereits aufhörwillig sind.

Abhängig von den Gesamtergebnissen der Studie und den Rückmeldungen der Teilnehmerinnen wäre nach einer weiteren Optimierungsphase mit Anpassung insbesondere der technischen Anwendungen der Sinn einer möglichen Verstärkung zu diskutieren.

<http://www.iris-plattform.de>

SEIT ENDE DER REKRUTIERUNG HABEN SICH WEITERE
174 SCHWANGERE
BEI IRIS REGISTRIERT.

(STAND: 9. DEZEMBER 2015)

Projekte zur Schulung von Tanzbetrieben

Der Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln ist unter Partygängern höher als in der durchschnittlichen Bevölkerung. Festzustellen ist zudem, dass manche Subkulturen in der Ausgehszene wiederum einen höheren Anteil an Konsumenten darstellen als „herkömmliche“ Partygänger. Das sogenannte Vorglühen (Preloading) mit Alkohol ist für viele Besucher oft selbstverständlich, der Konsum von weiteren Substanzen nicht unüblich. Mischkonsum ist eine riskante, sehr verbreitete Konsumform. Suchtmittelgebrauch ist außer mit sozialen und rechtlichen auch mit einer Reihe gesundheitlicher Risiken verbunden: Alkoholvergiftungen/Überdosierungen, Kreislaufprobleme und Bewusstlosigkeit, erhöhte Verletzungsgefahr, Dehydration und vieles mehr stellen eine Gefahr für die Konsumenten dar.

Präventionsprojekte befassen sich intensiv mit der Gesundheitsförderung im Partysetting. Deutschlandweit können sich Gäste in Clubs, Diskotheken und auf Festivals an Infoständen kostenfrei zu den Themen Substanzkonsum, Risikominimierung, Gehörschutz und gesundheitsbewusstes Feiern informieren. Betriebsleiter von Clubs und Diskotheken sowie Festivalveranstalter waren bislang nicht im Fokus der Prävention, ebenso wenig wie deren Mitarbeiter. Diese haben jedoch eine wichtige Funktion und sind optimale Multiplikatoren. Das BMG hat daher zwei Modellprojekte zum Thema „Gesundheitsförderung im Partysetting“ gefördert.

Safe – sauber feiern

Um die oben genannten Risiken zu minimieren und Club- und Diskothekenbetreibern sowie deren Mitarbeitern einen guten Umgang mit ihren teils riskant konsumierenden Gästen zu ermöglichen, wurde von der Fachambulanz für Suchterkrankungen des Diakonischen Werkes Rosenheim e.V. das Fortbildungskonzept „safe – sauber feiern“ erstellt und in Kooperation mit dem Bundesverband deutscher Discotheken und Tanzbetriebe (BDT) im DEHOGA (Deutscher Hotel- und Gaststättenverband) in namhaften Betrieben durchgeführt.

Zielgruppe des Fortbildungskonzeptes sind Clubs und Diskotheken jeglicher Ausrichtung und Größe deutschlandweit. Es ist praxisnah gestaltet, orientiert sich am konkreten Arbeitsalltag aller Beschäftigten und gibt wichtige Informationen, die die Workshopteilnehmer dienstlich und persönlich nutzen können. Mittels eines Key-Trainings schafft das Projekt ein Bewusstsein für „safer clubbing“ und bietet die Möglichkeit, die eigene Sichtweise zum Konsumverhalten zu reflektieren. Es vertieft Wissen über relevante Gesetze, gängige Substanzen und das Thema Erste Hilfe, erweitert Basiskompetenzen, gibt konkrete Handlungsempfehlungen für Konfliktsituationen im Bereich Alkohol- und Substanzkonsum, regt zur Optimierung von Arbeitsabläufen an und schafft einen niedrigschwelligen Zugang zum Suchthilfesystem.

„safe – sauber feiern“ besteht aus sechs Modulen, die einzeln oder aufeinander aufbauend geschult werden können. Der gut strukturierte und kompakte Aufbau

des Konzeptes ermöglicht es Betriebsleitern, die Schulung nach einer vorherigen Situationsanalyse mit der Projektentwicklerin selbst mittels einer PowerPoint-Präsentation durchzuführen. Damit folgt das Konzept dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der zeitliche und finanzielle Aufwand wird gering gehalten. Alternativ kann kostenpflichtig eine Fachkraft gebucht werden, die einen ca. 60-minütigen Workshop leitet. Zudem erhält die Betriebsleitung eine umfangreiche Arbeitshilfe und Broschüren. „safe – sauber feiern“ ist nachhaltig angelegt: Das Wissen kann stets aufgefrischt werden und interessierte sowie neue Mitarbeiter sollen kontinuierlich (nach-)geschult werden.

Die angestrebten Ziele der Modellphase wurden erreicht und sehr positiv bewertet: Die Teilnehmer konnten einen sehr hohen Nutzen aus dem Workshop ziehen, es gab einen spürbaren Wissenszuwachs, die sozialen Kompetenzen wurden verbessert und die Handlungskompetenzen erweitert.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1%5bpublication%5d=2761&tx_rsmpublications_pi1%5baction%5d=show&tx_rsmpublications_pi1%5bcontroller%5d=Publication&cHash=c0ed9ec68a98cd0d0532f54a716a7415

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Kurzbericht/Kurzbericht_Safe_-_sauber_feiern_final.pdf

Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden

Die Präventionsarbeit an Schulen kann bereits auf eine langjährige Erfahrung zurückblicken. Weitaus weniger Gesundheitsförderung und Prävention findet bislang in Hochschulen statt. Eine vom BMG geförderte Studie zu „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ untersuchte 2010 den Präventionsbedarf genauer (siehe Kapitel C.1). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass empfundene Belastungen durch Leistungsstress eng mit dem Substanzkonsum (Alkohol, Cannabis, Tabak) verbunden sind. Darauf aufbauend hat das BMG seit Sommer 2013 drei Projekte gefördert, in denen neue Ansätze der Prävention bei

Studierenden entwickelt wurden. Die Wirksamkeit der im Rahmen der Projekte entwickelten Maßnahmen wurde durch eine wissenschaftliche Evaluation belegt.

1. Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden (delphi GmbH, Berlin)

Im Rahmen des Modellprojekts www.dein-masterplan.de wurden internetbasierte Maßnahmen der selektiven Prävention für Studierende konzipiert, bereitgestellt und evaluiert. Ziel dabei war es, Studierende, die riskante oder schädliche Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol, Tabak, Cannabis oder Medikamenten zeigen, zu einer reflektierten Einstellung bzw. zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Hierbei wurden zum einen bereits etablierte und evaluierte Inhalte und Programme der BZgA eingebunden. Ergänzend wurden zum anderen für die Zielgruppe der Studierenden spezifische Interventionsmodule (zum Beispiel Angebote zur Prävention psychischer Belastungen) konzipiert und in die Website integriert.

<http://www.dein-masterplan.de>

2. Internetbasierte Soziale Normen Intervention zur Prävention von Substanzkonsum bei Studierenden (INSIST) (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Bremen)

In diesem Projekt wurden Studierende von acht deutschen Hochschulen durch eine Rückmeldung über den tatsächlichen, oftmals überschätzten Suchtmittel- bzw. Drogenkonsum ihrer eigenen Peergroup aufgeklärt (sogenannter Soziale-Normen-Ansatz). 4.569 Studierende machten Angaben zum persönlichen Konsum und zum geschätzten Konsum in ihrer Peergroup. Diese Angaben wurden in vier der acht Hochschulen zur Entwicklung eines webbasierten geschlechtsspezifischen Feedbacks genutzt. Dabei wurden Diskrepanzen zwischen den Einschätzungen des Konsums in der Peergroup und dem tatsächlichen Substanzkonsum verdeutlicht. Dies soll zu einer Reduktion von Substanzkonsum führen. Mittels einer clusterrandomisierten kontrollierten Studie konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass die Intervention wirkt.

<http://www.ispi-studie.de/home.html>

3. Onlineprävention substanzbezogener Störungen (Hochschule Esslingen)

Ziel des Projekts war es, das US-amerikanische Onlineprogramm „eCHECKUP TO GO“ zur Prävention riskanten Alkoholkonsums bei Studierenden an die Bedingungen im deutschsprachigen Raum anzupassen. Die deutsche Version des Programms sollte zudem an einer Hochschule implementiert und auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden.

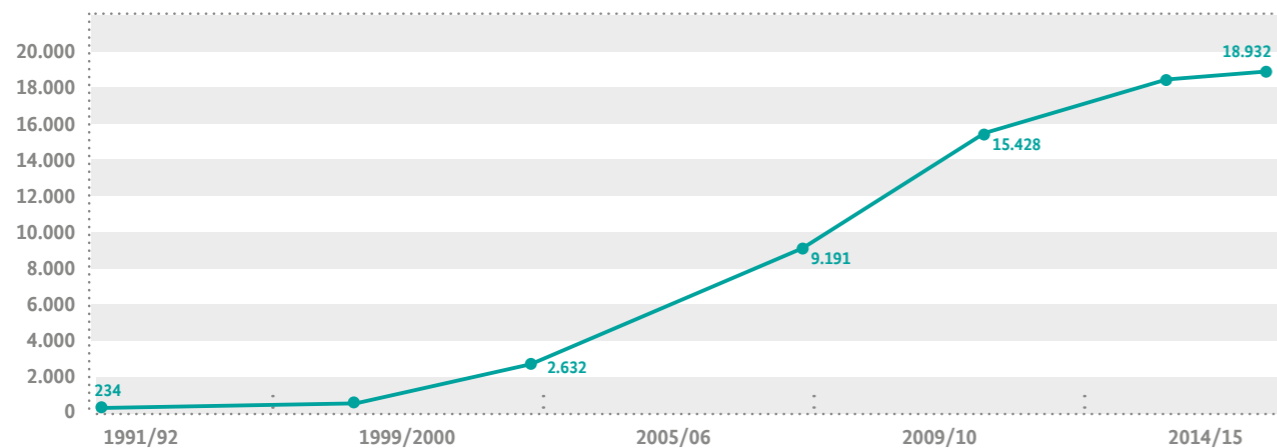
Die Wirksamkeit der entwickelten deutschen Programmversion konnte mithilfe einer randomisierten kontrollierten Studie bestätigt werden. Begleitend wurden an der Hochschule Esslingen Peerberater ausgebildet. Die Qualifizierung erfolgte in umfassenden Kursen, die in die Studienprogramme der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege eingebettet sind. Die Peerberater entwickeln alkoholpräventive Ansätze, die auf dem Campus als „Sensibilisierungsaktionen“ umgesetzt werden.

<http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/forschung/projekte/laufende-projekte/echug-d.html>

Um die im Rahmen der drei Modellprojekte entwickelten Maßnahmen erfolgreich und dauerhaft in der Lebenswelt Hochschule zu verankern, fördert das BMG seit Februar 2016 ein Projekt zur Ausweitung. Ziele des Projekts sind die Entwicklung von Verbreitungsstrategien sowie die Qualifizierung von Hochschulen im Umgang mit den erarbeiteten Instrumenten.



ABBILDUNG 33:
ANZAHL DER TEILNEHMENDEN KLASSEN IN DEN JEWEILIGEN SCHULJAHREN SEIT BEGINN DES PROGRAMMS



Stand: 30. Juni 2015

Klasse2000 – stark und gesund in der Grundschule

Seit 25 Jahren gibt es das Programm „Klasse2000“. Seit 1991 hat es insgesamt über 1,3 Millionen Kinder erreicht und ist damit das in Deutschland am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule.

Allein im Schuljahr 2014/15 nahmen bundesweit 3.391 Schulen mit 18.932 Klassen und über 427.000 Kindern an „Klasse2000“ teil – das entsprach 14,2 Prozent aller Grundschulklassen und 21,5 Prozent aller Grundschulen. Ermöglicht wurde dies durch das Engagement von ca. 8.000 Paten, die Patenschaften für Schulklassen übernahmen (aktuell 220 Euro pro Klasse und Schuljahr). Die größte Patengruppe stellen nach wie vor die deutschen Lions Clubs.

2015 wurde das Programm erstmals von der BZgA aus Mitteln des BMG gefördert. Damit wurde die Beschaffung von Unterrichtsmaterialien für den Einschulungsjahrgang 2015/16 finanziert. Dies ermöglichte die bundesweite Aufnahme zusätzlicher Klassen: Für 1.137 neue Klassen wurden nur halbe „Klasse2000“-Patenschaften benötigt.

Klasse2000®



Dr. Eckart von Hirschhausen mit „Klasse2000“-Kindern

Vor dem Hintergrund des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes haben sich auch die Krankenkassen stärker engagiert. So unterstützt die AOK Hessen seit dem Schuljahr 2015/16 jede Klasse, die an „Klasse2000“ teilnimmt und sich um die AOK-Förderung bewirbt, mit 110 Euro pro Schuljahr. Die AOK Bayern wiederum übernahm im Schuljahr 2015/16 260 volle Patenschaften für Schulen in sozialen Brennpunkten.



Die Drogenbeauftragte mit „Klasse2000“-Kindern

Inhaltlich wurde das Programm weiterentwickelt. So ist z. B. die Nutzung von Bildschirmmedien eines der neuen Themen, mit denen die Kinder sich jetzt bei „Klasse2000“ auseinandersetzen. Die grundlegenden Empfehlungen dazu lauten: die Medienzeit auf ein bis zwei Stunden pro Tag begrenzen und herausfinden, welche anderen Freizeitaktivitäten auch Spaß machen.

Mit der Symbolfigur KLARO begleitet das Programm Kinder der ersten bis vierten Klasse und fördert zentrale Gesundheits- und Lebenskompetenzen.

„Klasse2000“-Gesundheitsförderer und Lehrkräfte führen pro Schuljahr ca. 14 Unterrichtseinheiten zu folgenden Themen durch:

- gesundes Essen und Trinken
- Bewegung und Entspannung
- sich selbst mögen und Freunde haben
- Probleme und Konflikte lösen
- kritisch denken und Nein sagen, z. B. zu Tabak und Alkohol

Eine kontinuierliche Prozessevaluation ist die Basis für die laufende Weiterentwicklung des Programms. Seine positive Wirkung auf den Konsum von Zigaretten und Alkohol ist durch eine mehrjährige Evaluationsstudie des IFT-Nord belegt.

Einen kurzen Einblick in das Programm bietet ein dreiminütiger Erklärfilm:

<http://www.klasse2000.de/klaros-welt/klaro-in-aktion.html>

<http://www.klasse2000.de>

**CIRCA 7.900 PATEN HABEN
3,8 MILLIONEN
EURO GESPENDET. DAS NEUE
PRÄVENTIONSGESETZ
SORGT FÜR »RÜCKENWIND«.**



© Burda-Verlag

VORGESTELLT:

Ismail Öner

MITTERNACHTSSPORT E. V.

Seit inzwischen 15 Jahren bin ich nun in der Sozialarbeit tätig. Dabei liegen mir gerade die jungen Menschen ganz besonders am Herzen. Sich zu engagieren, um etwas zu vermeiden bzw. einer Sache vorzubeugen, ist ein ganz zentraler Bestandteil meiner Arbeit.

Stichwort: Prävention!

Seit meiner Kindheit übte der Sport, speziell der Fußball, immer eine große Faszination auf mich aus. Seine vereinende und integrative Kraft gaben mir stets Halt und dienten mir oft genug als Navigation. Der Sport bewahrte und beschützte mich und meine Freunde davor, in der für junge Menschen nicht immer ganz so einfachen Sturm-und-Drang-Phase unschöne und schädigende Erfahrungen zu machen. Dies wusste ich auch in meinem Beruf zu nutzen. Im Jahr 2007 begann ich in Berlin mein Herzensprojekt MitternachtsSport zu initiieren.

Es war seinerzeit meine Antwort auf massive Konflikte zwischen Jugendlichen und der Polizei. Mit intensiver sozialpädagogischer Unterstützung und Begleitung über den sportlichen Rahmen hinaus entpuppte sich das Projekt als Integrations- und vor allem Präventi-

»SPORT HAT DIE KRAFT, DIE WELT ZU VERÄNDERN!«

onsmaschine. Dabei war gerade der suchtpreventive Effekt durch den angebotenen Sport ungemein wertvoll. Öffentliche Sportstätten zu ungewöhnlichen Uhrzeiten zu öffnen, um den jungen Menschen ein sinn- und friedvolles Angebot zu unterbreiten, ihnen eine Alternative zum losen Herumhängen und zur Langeweile zu bieten und vor allem auch eine Distanz zu Alkohol und Drogen zu schaffen, bewahrt seit jeher, dass der Sport ein genialer präventiver Schachzug war und ist.

Im Rahmen des MitternachtsSports habe ich mich vor allem auch den in den letzten Jahren gerade bei jungen Menschen immer stärker werdenden stoffgebundenen Süchten gewidmet. Der (un)mögliche Gewinn des schnellen Geldes strahlt eine große Attraktivität auf junge Menschen aus. Hier haben wir versucht mit der Initiative „Setz' auf dich selbst!“ die Jugendlichen auf die besonderen Gefahren der Spielsucht aufmerksam zu machen.

Abschließen möchte ich mit einem Zitat von Nelson Mandela, der mal sagte: „Sport hat die Kraft, die Welt zu verändern!“



Der MitternachtsSport hat leider nicht die Kraft die Welt zu verändern; doch der MitternachtsSport beweist seit Jahren, dass er die große Kraft besitzt, die (Lebens-)Welt bzw. den kleinen Kosmos der am Projekt teilnehmenden Kinder und Jugendlichen extrem positiv zu beeinflussen, indem neben den goldenen Regeln wie Respekt, Toleranz und Fairplay eine große Betonung darauf liegt, dass ein Leben ohne Süchte ein viel wertvolleres und zielführenderes ist. Beim MitternachtsSport gelingt Suchtprävention spielend!

Zur Person:

- 37 Jahre alt
- Diplom-Sozialpädagoge
- verheiratet, zwei Kinder
- Botschafter für Demokratie und Toleranz 2013
- Gewinner des BAMBI für Integration 2013
- Gewinner des DFB-Integrationspreises 2014
- Gewinner des Laureus-Awards (OSCAR des Sports) 2015

VON DER BZGA GEFÖRDERTE PROJEKTE

Kinder stark machen

Suchtvorbeugung ist vor allem dann wirksam, wenn sie frühzeitig beginnt, lokal vernetzt agiert, die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen fördert und in deren Lebenswelt ansetzt.

Die Präventionskampagne „Kinder stark machen“ der BZgA setzt aus diesem Grund auf die Förderung von Lebenskompetenzen und die Stärkung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Hierzu gehören das Erlernen von Frustrationstoleranz, Konflikt-, Kritik- und Teamfähigkeit, Eigenverantwortung sowie Selbstvertrauen, verbunden mit einem gesunden Selbstwertgefühl. Die Kampagne will möglichst viele erwachsene Bezugspersonen der Zielgruppe als Multiplikatoren einbinden und richtet sich daher besonders an Eltern und Erziehende, Lehrkräfte der Grundschule und Sekundarstufe I sowie an Multiplikatoren aus dem Vereinssport und der Kinder- und Jugendarbeit.

Neben dem Elternhaus und der Schule spielt auch der Sportverein eine wichtige Rolle im Leben von Kindern und Jugendlichen, denn 70 Prozent von ihnen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Aus diesem Grund kooperiert die BZgA mit Sportverbänden wie dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), der

Deutschen Sportjugend (dsj), dem Deutschen Fußball-Bund (DFB), dem Deutschen Handballbund (DHB), dem Deutschen Turner-Bund (DTB) und der Deutschen Turnerjugend (DTJ). Sie hat mit allen Sportverbänden eine Rahmenvereinbarung für die Zusammenarbeit im Bereich der frühen Suchtprävention vereinbart. Hierzu zählt auch die Zusammenarbeit mit dem DJK-Sportverband (konfessioneller Bundesverband für Breiten- und Leistungssport), die 2015 um vier weitere Jahre verlängert wurde.

Für die Trainer wurde ein Schulungsangebot entwickelt, das praxisnah vermittelt, wie der Trainings- und Vereinsalltag an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet werden kann. Ziel dieser Schulungen ist es, die Teilnehmer darin zu befähigen, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen ihrem Alter entsprechend zu fördern, damit sie später auch in schwierigen Lebenssituationen ohne den Gebrauch von Suchtmitteln (Tabak, Alkohol) auskommen. Die Vorbildfunktion der erwachsenen Vereinsmitglieder wird dabei besonders hervorgehoben.

Die Qualifizierung von Lehr- und Bildungsreferenten in den Landesverbänden der Sportfachverbände und Landessportjugenden zum Thema frühe Suchtvorbeugung wurde 2015 fortlaufend beworben. An den

flächendeckend angebotenen Schulungen nahmen im Jahresverlauf rund 2.670 Multiplikatoren teil. Zudem stellt die BZgA für den Vereinsalltag praxis- und vereinsnahe Materialien für die Teilnehmer zur Verfügung.

Im Rahmen eines von der BZgA unterstützten Pilotprojekts mit dem DHB und der DJK-Sportjugend können sich Sportvereine für die Vergabe eines Güte- und Qualitätssiegels unter dem Motto „Kinder stark machen“ bewerben. Neben der Teilnahme an einer Schulung zum Thema frühe Suchtvorbeugung müssen weitere Qualitätskriterien nachgewiesen werden. Hierzu zählen beispielsweise die Teilhabe von Jugendlichen an der Gestaltung der Vereinsarbeit, die Erarbeitung von Regeln im Umgang mit Tabak und Alkohol im Sportverein sowie die Förderung der Kinder und Jugendlichen über den Sport hinaus.

In einer Kooperation mit dem DTB stand 2015 die Umsetzung der Kinderturnshow „echt stark“ im Mittelpunkt. Das von der BZgA und der DTJ konzipierte Programm zielt darauf ab, dass Kinder mit und ohne Behinderung dabei mitwirken. Ein eigens entwickeltes Handbuch ermöglicht es, dass im Verbund von Verein, Schule und Kindertagesstätte die Kinderturnshow „echt stark“ in Eigenregie inszeniert und aufgeführt werden kann. 2015 wurden Kinderturnshows in fünf Landesturnverbänden aufgeführt, u. a. im Tempodrom in Berlin. Für 2016 sind weitere Aufführungen geplant.

Der DFB und die BZgA bündeln ihre vielfältigen Angebote für Schulen und Vereine unter dem Motto „DFB-DOPPELPASS 2020 – Schule und Verein: ein starkes TEAM!“. Das Kooperationsprojekt ermöglicht der BZgA die Ansprache von rund 11.000 Fußballvereinen und 7.000 Schulen. Zurzeit werden in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität zu Berlin Daten bei den DFB-Landesverbänden erhoben, mit deren Hilfe die BZgA-Angebote zur Gesundheitsför-

derung und Prävention noch besser an den Vereinsalltag angepasst werden sollen.

Seit 20 Jahren begleitet die BZgA ihre Präventionsaktivitäten mit einer bundesweiten Tour. Im Jubiläumsjahr 2015 standen 25 Stationen auf dem Tourplan – kleinere und größere Veranstaltungen, oft mit Bezug zum Sport. Durch die Beteiligung von „Kinder stark machen“ an Sport-, Spiel- und Wettkampfveranstaltungen werden Jugend- und Übungsleiter, Eltern und die regionale Öffentlichkeit erreicht. Durch die Kooperation gelingt es, das Thema frühe Suchtvorbeugung je nach Veranstaltungsort regional und überregional zu platzieren. Ein gemeinsamer Nenner sind immer die Mitmachangebote, die sowohl Kinder als auch Erwachsene ansprechen und bei denen idealerweise die ganze Familie aktiv werden kann. In der Regel kooperiert die BZgA bei den Veranstaltungen auch mit den lokalen Fachstellen für Suchtvorbeugung, die ihr Beratungs- und Informationsangebot einer breiten Öffentlichkeit vorstellen können. Während der Jubiläumstour 2015 erreichte die BZgA mit ihren Präventionsbotschaften mehr als 600.000 Besucher.

Damit sich möglichst viele Sportvereine, aber auch Schulen sowie Kinder- und Jugendeinrichtungen das Motto „Kinder stark machen“ zu eigen machen und mitwirken, stellt die BZgA vielfältige kostenlose Serviceangebote bereit. Das Serviceangebot wurde in den letzten Jahren mit zunehmendem Erfolg als basisorientiertes Zusatzangebot für die Sportvereine, Schulen, Jugendarbeit, Kindertagesstätten und Elternabende installiert und ausgebaut. Außerdem unterstützt die BZgA ihre Multiplikatoren vor Ort bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit zum Thema frühe Suchtprävention. 2015 wurden insgesamt 2.600 Materialpakete versendet und damit über 500.000 Multiplikatoren, Eltern und Vereinsmitglieder erreicht.

<http://www.kinderstarkmachen.de>

PROJEKTE UNTER DER SCHIRMHERRSCHAFT DER DROGENBEAUFTRAGTEN

Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Auf Anregung der Drogenbeauftragten wird dieser Wettbewerb von der BZgA durchgeführt. Er findet 2016 zum inzwischen siebten Mal statt. Ziel der Wettbewerbsreihe ist es, hervorragende kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Suchtprävention zu identifizieren, zu prämiieren und in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, um damit zur Nachahmung guter Praxis anzuregen. Zudem sollen durch den Wettbewerb die in der kommunalen Suchtprävention Tätigen in ihrer Arbeit ermutigt und gestärkt werden.

Der aktuelle Wettbewerb nimmt die kommunale Suchtprävention insgesamt in den Blick. Gesucht werden innovative Strategien, Maßnahmen und Aktivitäten aus den Bereichen suchstoffsübergreifende Prävention, suchstoffspezifische Prävention (u. a. Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, synthetische Drogen) sowie Prävention stoffungebundener Süchte (u. a. Pathologisches Glücksspiel, exzessive Computerspiel- und Internetnutzung). Ausgezeichnet werden sollen diejenigen Städte, Gemeinden und Landkreise, die Modellhaftes entwickelt haben, das in seinen Erfolgen übertragbar ist, und die mit ihren neuen Ideen zu suchtpreventiven Aktivitäten ein gutes Beispiel für andere Kommunen geben.

Die mögliche Bandbreite für innovative suchtpreventive Maßnahmen und Projekte vor Ort ist groß. Für den

Wettbewerb geeignet sind Ansätze, die geschlechts- und kultursensibel ausgerichtet sind, die neue Zugangswege zu Zielgruppen nutzen oder Maßnahmen, die bislang wenig im Fokus der Prävention stehende Suchtstoffe wie Crystal Meth und NPS in den Blick nehmen. Innovativ können auch suchtpreventive Aktivitäten sein, die bislang wenig angesprochene Zielgruppen einbeziehen oder mit neuen Partnern zusammenarbeiten.

Bis zum 15. Januar 2016 bestand für alle deutschen Städte, Kreise und Gemeinden die Möglichkeit, ihre Beiträge einzureichen. Als Anreiz zur Wettbewerbsteilnahme stand ein Preisgeld der BZgA in Höhe von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung. Zusätzlich hatte der GKV-Spitzenverband einen Sonderpreis von 10.000 Euro zum Thema „Mitwirkung von Krankenkassen bei innovativen kommunalen Aktivitäten zur Suchtprävention“ ausgelobt. Eine von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der BZgA berufene Jury bewertet jedes Jahr die Wettbewerbsbeiträge und wählt die zu prämierenden Beiträge aus. Die diesjährige Preisverleihung fand im Juni in Berlin statt.

Mit der inhaltlichen und organisatorischen Betreuung des Wettbewerbs ist das Deutsche Institut für Urbanistik beauftragt.

<http://www.kommunale-suchtpraevention.de>

BERATUNG, BEHANDLUNG UND SCHADENSMINIMIERUNG

Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sind neben der Prävention wesentliche Pfeiler einer erfolgreichen Drogen- und Suchtpolitik. Abhängigkeitskranken steht ein differenziertes und flächendeckendes Hilfesystem zur Verfügung, das grundsätzlich kostenlos genutzt werden kann. Jedoch sind teilweise Kostenzusagen der verschiedenen Sozialleistungsträger notwendig. Hausärzten kommt eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete sind. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben den Hausärzten die ca. 1.300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 800 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 500 (ganztags) ambulante und 320 stationäre Therapieeinrichtungen. Auch die psychiatrischen Kliniken sind von Bedeutung. Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen wird unter freigemeinnütziger Trägerschaft geführt. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig. Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten existieren auch im Bereich der Sucht zahlreiche Selbsthilfeorganisationen. Zwar sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet, doch ist es das Ziel der Bundesverbände der Selbsthilfe, sich suchstoffübergreifend zu öffnen sowie mehr junge Suchtkranke für die Idee der Selbsthilfe zu gewinnen.

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mithilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Gemeinden auf der Grundlage der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert.

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden normalerweise in Krankenhäusern statt. Diese Entzugsphase wird in der Regel durch die

gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert (Krankenhausdiagnosestatistik).

Die Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Daher ist für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung.

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zeigen für das Jahr 2014 insgesamt 70.707 Behandlungen in 837 Einrichtungen, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen als Hauptdiagnose in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet wurden.

In mehr als einem Drittel der Fälle (2014: 40,2 Prozent; 2013: 38,7 Prozent; 2012: 36,5 Prozent) handelte es sich dabei um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (60,8 Prozent; 2013: 59,5 Prozent; 2012: 58,4 Prozent aller Klienten). Mit deutlichem Abstand stehen erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien wie im Vorjahr an zweiter Stelle (19,1 Prozent; 2013: 18,7 Prozent; 2012: 16,6 Prozent) vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (11,9 Prozent; 2013: 12,7 Prozent; 2012: 15 Prozent).

BUNDESWEITE DROGENHOTLINE:
01805 313 031 (Kostenpflichtig)
WWW.SUCHT-UND-DROGEN-HOTLINE.DE

TABELLE 07:
HAUPTDIAGNOSEN BEI AMBULANTER BETREUUNG (DSHS AMBULANT, 2014)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von ...	Alle Behandelten (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioiden	34,3	38,8	35,3	11,6	13,3	11,9
Cannabinoiden	42,9	30,2	40,2	64,2	47,9	60,8
Sedativa/Hypnotika	1,1	4,9	1,9	0,7	4,7	1,5
Kokain	6,1	3,5	5,6	5,5	3,5	5,1
Stimulanzien	13,8	20,7	15,3	16,5	29,1	19,1
Halluzinogenen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
flüchtigen Lösungsmitteln	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1
multiplen/anderen Substanzen	1,6	1,4	1,6	1,3	1,1	1,3
Gesamt (Anzahl)	55.325	14.999	70.324	17.662	4.555	22.221

Quelle: REITOX-Bericht 2015 – Workbook „Behandlung“

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen wies 2014 etwa jeder Vierte (26,1 Prozent) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (22,4 Prozent) auf.

Im Jahr 2014 wurden in 206 Einrichtungen insgesamt 49.297 stationäre Behandlungen aufgrund substanzbezogener Störungen in der DSHS dokumentiert, davon 10.972 Behandlungen wegen illegaler Substanzen. Unter den Behandlungen mit primären Drogenproblemen im Rahmen der DSHS ist der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (30,7 Prozent; 2013: 28,3 Prozent) weiter gestiegen, während der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (27 Prozent; 2013: 27,1 Prozent) weiter gesunken ist. Behandlungen aufgrund von Cannabis stellen somit weiterhin die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol).

http://www.dbdd.de/images/dbdd_2015/wb05_behandlung_2015_germany_de.pdf

TABELLE 08:
STATIONÄR BETREUTE PATIENTEN MIT SUCHTDIAGNOSEN

Hauptdiagnose	2013 (%)	2014 (%)
Opioiden	27,1	24,9
Cannabinoide	28,3	30,7
Sedativa/Hypnotika	3,6	3,5
Kokain	7,2	7,4
Stimulanzien	18,3	20,5
Halluzinogene	0,1	0,1
Flücht. Lösungsmittel	0,0	0,0
Multiple/and. Subst.	15,3	13,0
Gesamt (Anzahl)	10.352	10.972

Quelle: REITOX-Bericht 2015 – Workbook „Behandlung“

VOM BMG GEFÖRDERTE PROJEKTE

AnNet-Studie (2015 bis 2017)

Die Universität Hildesheim führt in Kooperation mit Gemeinschaftspartnern und Angehörigen seit 2015 und noch bis 2017 bundesweit die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Studie „AnNet – Angehörigenetzwerk“ durch, die sich den Belastungen und Unterstützungsnetzwerken der Angehörigen von Menschen mit problematischem Alkohol- oder Drogenkonsum widmet.

Im Rahmen des Projekts sollen Belastungs- und Unterstützungssituationen der verschiedenen Angehörigengruppen untersucht werden. Zu diesem Zweck werden die Belastungsprofile der Angehörigen mithilfe von Fragebogen (u. a. Allgemeine Depressionsskala, Brief Symptom Checklist, Kurzversion der Lebensqualitätskala der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) erhoben. Des Weiteren sollen die Unterstützungsnetzwerke der Angehörigen in Form von narrativen Interviews und quantitativen Netzwerkkarten abgebildet werden. Das Projekt arbeitet aktuell bundesweit mit vier Gemeinschaftspartnern zusammen, um einen Zugang zu den Lebenssituationen von Angehörigen in verschiedenen Lebenslagen zu bekommen. Zudem werden Experteninterviews durchgeführt, um die Vernetzungspotenziale, aber auch die Herausforderungen und Barrieren im Hilfesystem abbilden zu können.

Community-Based Participatory Research (CBPR) als Ansatz partizipativer Gesundheitsforschung richtet sich auf die gemeinsame Planung und Durchführung von Untersuchungsprozessen mit jenen Menschen, deren Bewältigungssituationen untersucht werden sollen. Das Herzstück des Projekts sind die direkte Zusammenarbeit und der Austausch mit vier über die Gemeinschaftspartner erschlossenen Angehörigengruppen.

Am Ende der gemeinsamen Forschungsarbeit sollen die Ergebnisse der einzelnen Angehörigengruppen in einem gemeinsamen Arbeitsbuch zusammengefasst und publiziert werden. Dieses Arbeitsbuch bietet nicht nur Hilfestellungen von Angehörigen für Angehörige, sondern bildet auch eine Grundlage für die Arbeit mit betroffenen Angehörigen und beinhaltet Handlungsempfehlungen aus Sicht von Angehörigen.

<http://www.uni-hildesheim.de/annet>

Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker (BEPAS), Universität Lübeck

Seit dem 1. März 2015 fördert das BMG die Studie „Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz“ (BEPAS). Im Rahmen des Projekts soll ein integratives Modell entwickelt werden, das zum konzeptuellen Verständnis der psychosozialen Situation im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen der Angehörigen von Suchtkranken beiträgt. Die Angehörigen werden hierbei in den Forschungsprozess einbezogen. Die Entwicklung des Modells erfolgt unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts, der Art der Beziehung (Eltern, Partner) und der Art der Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Glücksspiel, Medikamente). Darüber hinaus werden die Erwartungen und Barrieren der Angehörigen bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfen vertiefend erhoben.

Die Studie befindet sich derzeit in der Haupterhebungsphase. Ein weiterer qualitativer Studienarm befasst sich mit Schnittstellenproblemen in der Versorgung. Hierfür werden Fokusgruppen durchgeführt, deren Teilnehmer in der basismedizinischen und suchtspezifischen Versorgung tätig sind.

Neben den qualitativen Studienarmen werden ergänzend Fragebogenverfahren eingesetzt. Repräsentativdaten zur Einschätzung der Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Gesundheit der Angehörigen wurden im Rahmen einer Kooperation mit dem Robert Koch-Institut (RKI) gewonnen. Fragen zum Angehörigenstatus konnten in den Bevölkerungssurvey „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) integriert werden. Insgesamt liegen Daten von mehr als 20.000 repräsentativ ausgewählten Personen vor.

Unter Einbeziehung von Betroffenen soll die Studie zu einem erweiterten konzeptuellen Verständnis von Risiko- und Resilienzfaktoren und Unterstützungsbedarfen führen. Ein solches Modell beinhaltet die Möglichkeit, Versorgungsangebote zielorientierter den Bedürfnissen Angehöriger anzupassen, und trägt dadurch perspektivisch zu einer Verbesserung der Versorgung bei. Das Projekt ist auf eine Dauer von zwei Jahren angelegt und endet im Frühjahr 2017.



VORGESTELLT:

NACOA Deutschland

INTERESSENVERTRETUNG FÜR KINDER AUS SUCHTFAMILIEN E. V.

NACOA Deutschland ist die Interessenvertretung für die ca. 2,65 Millionen Kinder, die in der Bundesrepublik unter den Auswirkungen von Suchterkrankungen in ihren Familien leiden.

Der Advocacy-Ansatz von NACOA Deutschland hat vier Zielrichtungen:

1. Politik und Verbände werden durch die Lobbyarbeit über Kinder aus Suchtfamilien informiert, damit Veränderungen im Sinne dieser Kinder angestoßen werden können.
2. Medien und die breite Öffentlichkeit werden durch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit angesprochen. Nur wenn Sucht in Gesellschaft und Familie nicht länger beschwiegen wird, können die Kinder aus der Geiselhaft der Sucht befreit werden und die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um sich gesund zu entwickeln.
3. Menschen, die beruflich mit Kindern arbeiten, erhalten von NACOA fachliche Informationen, die sie ermutigen und unterstützen, Kinder aus Suchtfamilien in ihren beruflichen Kontexten zu erkennen, zu verstehen und ihrerseits zu unterstützen.

4. Betroffene Kinder, Jugendliche und Familien erhalten von NACOA Unterstützung durch die Online- und Telefonberatung, durch die Internetseiten www.nacoa.de und www.traudich.nacoa.de sowie durch unsere gedruckten Materialien.

Die Arbeit von NACOA zielt darauf, die Voraussetzungen dafür zu fördern, dass Kinder aus Suchtfamilien außerhalb der Kernfamilie korrigierende Erfahrungen machen, die ihnen helfen, Resilienz zu entwickeln. Dies geschieht durch die Vermittlung von Wissen am Menschen im Umfeld der Kinder. Indem diese erwachsenen Vertrauenspersonen in die Lage versetzt werden, Kinder aus Suchtfamilien zu unterstützen, steigen deren Chancen auf eine resiliente Entwicklung.

Zur Onlineberatung von NACOA geht es über den Link:

<https://beratung-nacoa.beranet.info/>

Die Telefonberatung unter:
030 351 224 29

Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.

Gierkezeile 39 · 10585 Berlin

Telefon: 030 351 224 30

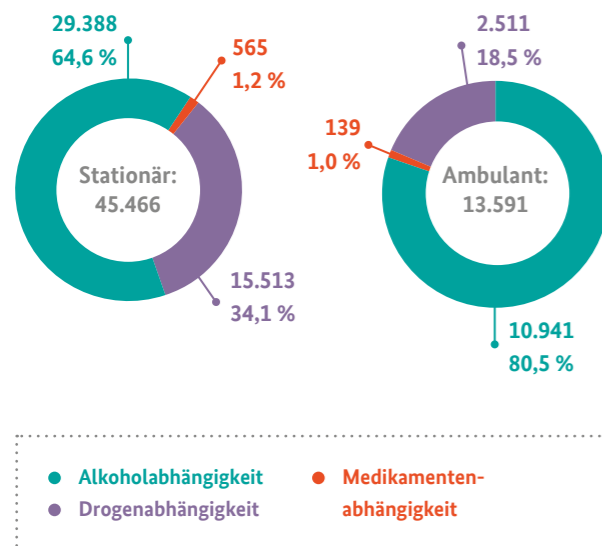
E-Mail: info@nacoa.de



2.1 AKTUELLE DATEN IN DER SUCHTREHABILITATION DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG

Die Abbildung stellt die bewilligten Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2015 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Suchtmittelarten im stationären und ambulanten Setting dar. Rund 77 Prozent der Bewilligungen erfolgten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Im stationären Setting entfielen 64,6 Prozent auf eine Alkoholabhängigkeit und 34,1 Prozent auf eine Drogenabhängigkeit. Die bewilligten Rehabilitationen aufgrund einer Medikamentenabhängigkeit sind in beiden Settings statistisch kaum relevant. Bei ganztägig ambulanten und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, die beide dem ambulanten Setting zugeordnet werden, entfielen 80,5 Prozent auf eine Alkoholabhängigkeit und 18,5 Prozent auf eine Drogenabhängigkeit. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im ambulanten beziehungsweise ganztägig ambulanten Setting andere Zielgruppen behandelt werden, die in der Regel über eine bessere soziale und berufliche Integration verfügen. Die Indikationsstellung für das jeweilige Setting erfolgt kriteriengeleitet und leitliniengerecht im Einzelfall.

BEWILLIGTE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNGEN NACH ART DER LEISTUNG FÜR 2015



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Bewilligungen für 2015

2.2 FÖRDERUNG DER SUCHT-SELBSTHILFE DURCH DIE DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) unterstützt durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI sowohl die regionale Suchtselbsthilfe, als auch die Geschäftsstelle der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und die Arbeit der Nachsorgereferentinnen und -referenten von Suchtverbänden, die innerhalb der DHS organisiert sind.

Das Ziel der Förderung ist es, suchtkranke Menschen langfristig in einer abstinenten Lebensweise zu stabilisieren, um so Rückfälle zu vermeiden. Im Interesse der betroffenen Menschen und der Versicherungsgemeinschaft muss die Rehabilitation der Abhängigkeitskranken auf einen langfristigen Erfolg ausgerichtet sein. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen kann die Nachhaltigkeit der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen fördern, da diese einen Beitrag zur Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsziele leisten. Suchtreferentinnen und -referenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie den Austausch untereinander fördern, Initiativen anstoßen sowie Bildungs- und Beratungsarbeit leisten.

Die Zuwendungsmittel für die regionale Suchtselbsthilfe kommen wie in den Vorjahren vor allem den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten beispielsweise Pauschalen bis zu 200,00 Euro zur Deckung von Ausgaben wie Fahrgeld, Porto und Literatur. Ebenso wurden Zuwendungsmittel für Gruppenleiterschulungen, Seminare für Betroffene oder Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt.

Die DRV Bund stellte dafür im Jahre 2015 einschließlich der von der DHS organisierten Aktionswoche Alkohol 881.179,05 Euro zur Verfügung. Die Arbeit der Suchtreferentinnen und -referenten sowie der DHS-Geschäftsstelle wurden 2015 mit 1.380.724,55 Euro gefördert.

2.3 KOOPERATIONSVEREINBARUNG MIT ALLEN LANDESGERICHTSVERWALTUNGEN

Nahtloser Übergang aus der Haft in die Entwöhnungsbehandlung

Die Landesjustizverwaltungen und die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben im Juni 2015 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen, mit der ein nahtloser Übergang in die Entwöhnungsbehandlung ermöglicht wird.

Die Kooperationsvereinbarung betrifft Inhaftierte, die Versicherte der Deutschen Rentenversicherung sind und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker beantragen. Mit der Vereinbarung wird die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern bei der Vermittlung dieser Inhaftierten in Entwöhnungsbehandlungen im Anschluss an die Haftzeit geregelt. Es sind Aussagen zu Maßnahmen der Vorbereitung während der Haft, zum Austausch von Informationen und zum Verfahren enthalten.

Suchtkranke Inhaftierte standen bisher vor dem Problem, dass die Rentenversicherungsträger die Entwöhnungsbehandlung erst bewilligen durften, wenn eine rechtskräftige Entscheidung über die Entlassung auf Bewährung vorliegt, während die Gerichte wiederum oftmals eine Kostenzusage zur Voraussetzung für eine Entlassung auf Bewährung machten. Gemeinsam haben die Landesjustizverwaltungen und die Rentenversicherungsträger mit der abgeschlossenen Vereinbarung dieses Problem mit einer befristeten Zusage gelöst.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Sucht_Reha_Kooperationsvereinbarung_Justiz_DRV.html

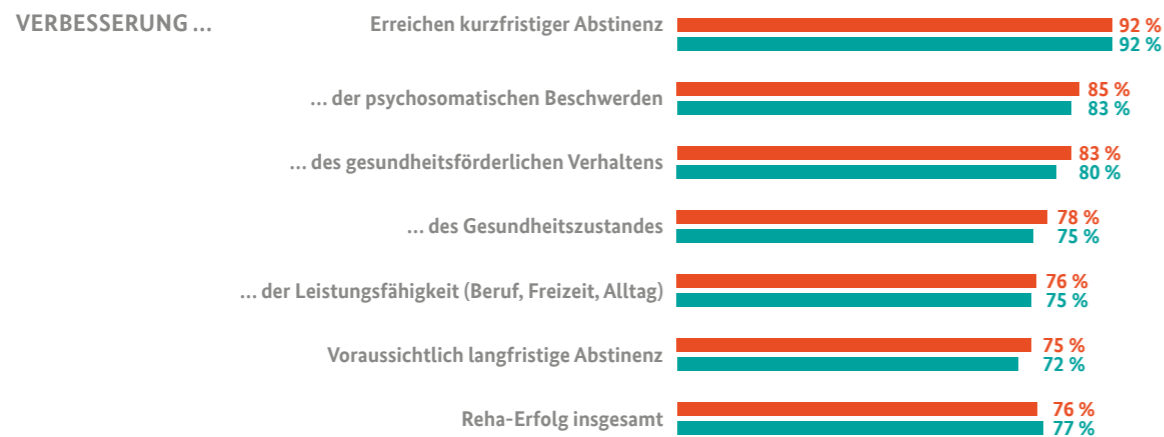
2.4 QUALITÄTSSICHERUNG

Für die Rehabilitation der Rentenversicherung und für die Reha-Qualitätssicherung hat die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen einen besonderen Stellenwert. Die Besonderheit dieser Indikation für die Reha-Qualitätssicherung lässt sich umfassend aus folgenden Konstellationen ableiten. Die Angebotsstruktur ist in keinem anderen Indikationsgebiet ähnlich vielfältig. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker können stationär, ganztägig ambulant oder als ambulante Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden. Auch eine Kombination beziehungsweise ein Wechsel der verschiedenen Settings ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. In Abhängigkeit von der Indikationsstellung und dem Schweregrad der Erkrankung sind neben der Leistungsform außerdem unterschiedliche Verweildauern etabliert.

Gründe für den besonderen Stellenwert sind aber auch das vergleichsweise niedrige Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei Entwöhnungsbehandlungen. Das Durchschnittsalter betrug im Jahr 2014 bei Frauen 43,0 Jahre und bei Männern 41,2 Jahre. Dabei ist zu beachten, dass das entscheidende Ziel in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen eine dauerhafte Verhaltensänderung ist, damit die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Arbeitsleben verbleiben oder wieder eingegliedert werden können.

Im Rahmen der Qualitätssicherung ermöglicht unter anderem die Rehabilitandenbefragung einen Zugang zu qualitätsrelevanten Informationen. Die Rehabilitanden werden 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation zu nachstehenden Themen befragt:

- zur Durchführung der Rehabilitation,
- zu den gesundheitlichen Beschwerden,
- zu den gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag,
- zu den Lebensgewohnheiten vor und nach der Rehabilitation,
- zur Erwerbstätigkeit,
- zum Leistungsvermögen und
- zum Antrag auf Erwerbsminderungsrente.



● Frauen (n = 1.283)

● Männer (n = 3.818)

Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik; Quelle: RXD 01. 10. 2013 bis 30. 09. 2014; Auswertung: 03. 07. 2015/0433

Die Besonderheit dieses Verfahrens besteht in der expliziten Orientierung auf die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Diese geben selbst eine Rückmeldung zur Rehabilitation sowie deren Auswirkungen und Ergebnissen. Damit wird dokumentiert, in welchem Umfang aus ihrer Sicht gewünschte oder auch unerwünschte Effekte eingetreten sind. So informieren die Befragungsergebnisse über die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Behandlung sowie über ihre Einschätzung des Behandlungserfolges. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Anteile der befragten Rehabilitandinnen und Rehabili-

tanden mit Angabe einer überwiegenden Besserung in verschiedenen Problembereichen. 75 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer sehen sich in der Lage „voraussichtlich langfristig abstinent“ zu bleiben. Das „Erreichen kurzfristiger Abstinenz“ haben jeweils 92 Prozent der Frauen und Männer angegeben. In diesem Ergebnis zeigt sich, dass die Rehabilitation Abhängigkeitskranker auch aus Sicht der Betroffenen erfolgreich ist. Die Reha-Qualitätssicherung trägt dabei mit der kontinuierlichen Berichterstattung der Ergebnisse im Einrichtungvergleich maßgeblich zur Qualitätsentwicklung bei.

2.5 PROJEKTE

DER REGIONALTRÄGER DER DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

BADEN-WÜRTTEMBERG

Modellprojekt »BOSS«

(Berufliche Orientierung Suchtkranker in Stufen)

Das Projekt wird mit dem Berufsförderungswerk (BfW) Wildbad und dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv) durchgeführt. Unter Berücksichtigung der „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2014 (BORA-Empfehlungen) wird die spätere berufliche Integration ins Erwerbsleben gezielt während und nach der Rehabilitation vorbereitet und begleitet. Dazu führt das BfW Wildbad im Auftrag der bwlv-Einrichtungen eine 3-tägige Potenzialanalyse durch.

Das Ergebnis wird in einem Orientierungsgespräch mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden besprochen. Die darauffolgende Therapie berücksichtigt die gemeinsam abgestimmten Ziele. Angepasst auf den individuellen Bedarf des Betroffenen können weitere arbeits- und berufsbezogene Module vom BfW Wildbad erbracht werden (zum Beispiel Anlage eines Profils im Jobportal). Auch berufsbezogene Nachsorgemodule werden angeboten.

Das Projekt BOSS wird durch das Institut für Rehabilitationswissenschaftliche Forschung an der Universität Ulm begleitet. Ab 2016 werden jährlich 300–400 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an dem Projekt teilnehmen.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Modellprojekt »SURE Plus« (Substitutionsgestützte Rehabilitation mit Erhalt einer Rest-Substituierung)

Das Projekt soll substituierten Drogenabhängigen einen Weg über die Rehabilitation zur Drogenfreiheit und Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen. Es ist für Versicherte, denen eine Integration in das Erwerbsleben unter Beibehaltung der Eingangsdosis oder mit Reduktion auf die Erhaltungsdosis möglich ist. Die Ärztin/der Arzt der Rehabilitationseinrichtung prüft, ob die Rehabilitandin/der Rehabilitand für SURE plus geeignet ist. In diesen Fällen wird das Ziel der (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben vor die Abstinenzorientierung gestellt. Es hat sich gezeigt, dass das Projekt gut angenommen wird. Ein Ergebnis ist auch, dass mehrere Rehabilitandinnen/Rehabilitanden, die das SURE Plus-Projekt begonnen haben, sich während der Rehabilitation entschlossen haben, dennoch vollständig abzudosieren und die Rehabilitation ohne weitere Substitution zu beenden.

SCHWABEN

Modellprojekt »Modulare Therapie Drogenabhängiger auf der Basis eines persönlichen Budgets«

Bei dem Modellprojekt wurden auf der Basis eines persönlichen Budgets den Versicherten stationäre (insgesamt 5 Monate) und ambulante Therapieeinheiten (insgesamt 156) bewilligt. Dieses Budget wurde von einer sogenannten Therapielotsin / einem Therapielotsen, die / der sowohl den Vorbereitungs- als auch den Rehabilitationsprozess begleitet, treuhänderisch während der gesamten Zeit der Rehabilitation verwaltet. An dem Modellprojekt waren stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen im Großraum Augsburg beteiligt. Das zur Verfügung stehende Budget ermöglichte die Nutzung der bewilligten Therapieeinheiten je nach individuellem Bedarf und je nach Stand der Behandlung entweder in einem stationären oder in einem ambulanten Setting. Dies beinhaltete auch – je nach Bedarf – einen Wechsel des Settings im Verlauf der Rehabilitation. Die Ergebnisse des Abschlussberichts der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Universität Augsburg zeigen im Vergleich zur Regelbehandlung, dass

- die Versicherten länger im Behandlungsprozess verblieben sind,

- der Anteil der in den Arbeitsprozess eingegliederten Versicherten höher war und
- die Kosten der Rehabilitation geringer waren.

Zudem veranlasste das Budget die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu einem verantwortlichen Umgang mit den zur Verfügung gestellten zeitlichen Behandlungsmitteln. Dieser Behandlungsansatz wird derzeit für dafür in Frage kommende Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Schwaben fortgeführt und weiterentwickelt.

BERLIN-BRANDENBURG

Projekt »Lotsennetzwerk«

Die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg fördert seit dem Jahr 2015 das Projekt „Lotsennetzwerk“ der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. Das Lotsennetzwerk Brandenburg ist ein weiteres Angebot zur Vermittlung im Suchthilfesystem. Leitendes Motiv ist die frühzeitige Intervention zur Verbesserung der Versorgung Suchtkranker durch enge Zusammenarbeit von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe, aus Kliniken und anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Land Brandenburg. Angesprochen sind Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, denen es nach einer stationären Entzugsbehandlung oftmals nicht gelingt, weitere Maßnahmen zu ergreifen, um ein suchtmittelfreies Leben zu führen.

Dieses Ziel soll durch eine persönliche, zeitlich begrenzte Begleitung der betroffenen Menschen durch eine Lotsin oder einen Lotsen erreicht werden. Der Zugang zum Suchthilfesystem wird damit erleichtert. Die Lotsinnen und Lotsen im Lotsennetzwerk sind Menschen, die eigene Erfahrungen mit Suchterkrankungen haben. Sie sind ehrenamtlich und freiwillig tätig. Das Lotsennetzwerk ist in der Region Berlin-Brandenburg durch zahlreiche Anlaufstellen präsent und erreicht damit einen großen Personenkreis von betroffenen Menschen.



D

Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung setzt auf das Vier-Säulen-Modell: Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung sowie gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen. Nur ein ausgewogenes Zusammenspiel dieser vier Säulen ermöglicht eine tragfähige Gesamtstrategie einer modernen Drogen- und Suchtpolitik.

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | SUCHTSTOFFÜBERGREIFENDE REGELUNGEN
UND RAHMENBEDINGUNGEN | 162 |
| 2 | SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE REGELUNGEN
UND RAHMENBEDINGUNGEN | 165 |

160



1 SUCHTSTOFFÜBERGREIFENDE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. Laut einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahr 2009 weist jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung gesundheitliche Einschränkungen auf. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten häufiger krank, sterben früher und verhalten sich in höherem Maße gesundheitsriskant. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat deshalb in ihrer Beratung sowie in ihren Prozessen und Produkten verschiedene eigene Maßnahmen zur Gesundheitsorientierung Arbeitsloser ergriffen und leistet damit für Leistungsberechtigte der Agenturen für Arbeit und der gemeinsamen Einrichtungen einen signifikanten Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie hält mit ihren Fachdiensten (dem Berufspsychologischen Service, dem Ärztlichen Dienst und dem Technischen Beratungsdienst) fachkompetente Ansprechpartner und Dienstleistungen für die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Arbeitslosen bereit. Die gemeinsamen Einrichtungen machen von den Möglichkeiten Gebrauch, Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik um gesundheitsorientierte Elemente zu ergänzen. Darüber hinaus stärkt die BA die Kompetenzen ihrer Fachkräfte durch Qualifizierungsmaßnahmen in den Handlungsfeldern ressourcen- und lösungsorientierter Beratung sowie in Themengebieten, die eine spezifische, gesundheitsorientierte Fachlichkeit erfordern (z. B. für die Integrationsarbeit mit suchtkranken oder chronisch erkrankten Leistungsbeziehenden).

Modellprojekt der BA und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In dem gemeinsamen Modellprojekt von BA und GKV auf Basis der im Februar 2012 abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung „Empfehlung zur Zusammenarbeit beim Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ wurden bis zum 30. Juni 2015 in sechs Jobcentern verschiedene Zugangswege zur Steigerung der Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote durch Arbeitslose sowie die trägerübergreifende Zusammenarbeit in örtlichen Steuerungsgruppen erprobt. 134 Integrations- und Beratungsfachkräfte wurden für die Ansprache der Arbeitsuchenden durch „motivierende Gesundheitsgespräche“ geschult.

Von den 1.366 Personen, die gesundheitsorientiert beraten wurden, nahm ca. ein Drittel an einem Maßnahmeangebot der Krankenkassen teil. Sowohl die Angebotsunterbreitung durch die Jobcenter als auch die positive Wirkung der Gesundheitskurse der Krankenkassen in Bezug auf die persönliche Bewältigung der Arbeitslosigkeit wurde sehr positiv aufgenommen. Laut den Integrationsfachkräften der Modellstandorte wirkt insbesondere die freiwillige, nicht verpflichtende Teilnahme an den Angeboten vertrauensbildend auf die Zusammenarbeit mit den Arbeitsuchenden. Vor dem Hintergrund des neuen Präventionsgesetzes sollen ab 2016 weitere Jobcenter für eine Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis des erprobten Modellansatzes gewonnen werden.

Unabhängig von der Kooperation mit der GKV hat die BA Aspekte der Gesundheitsorientierung systematisch in ihre bestehenden Prozesse und Produkte integriert.

Integrationskonzept (4-Phasen-Modell)

Das 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit unterstützt die Fachkräfte der Agenturen für Arbeit und der gemeinsamen Einrichtungen beim Erkennen gesundheitlicher Einschränkungen sowie beim Umgang mit diesen. Im Rahmen der Feststellung der Leistungs-

fähigkeit stehen den Fachkräften unmittelbar am Arbeitsplatz eine Vielzahl spezifischer Informationen zu Fachdiensten, Netzwerkpartnern und Handlungsansätzen zur Verfügung, damit sie gemeinsam mit den Arbeitsuchenden sinnvolle Strategien zur Standortbestimmung, Förderung bzw. Integration in Beschäftigung erarbeiten können. Auf regionaler Ebene können geeignete Netzwerkpartner einbezogen und mit den Prozessen in der gemeinsamen Einrichtung verknüpft werden.

Im Rahmen des 4-Phasen-Modells wird auch potenzieller Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erkannt und auf die Antragstellung beim zuständigen Rehabilitationsträger hingewirkt.

Standardmodul „Gesundheitsorientierung“ für Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem Träger nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III

Mit dem Modul „Gesundheitsorientierung“ steht den gemeinsamen Einrichtungen seit dem Jahr 2013 ein flexibel einsetzbarer Baustein im Rahmen der Maßnahmengestaltung zur Verfügung. Mit diesem Baustein erhalten Bildungsträger einen konkreten Rahmen für gesundheitsorientierte Aktivitäten und können entsprechende Angebote professionell entwickeln. Das Modul beinhaltet die Säulen Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung, Umgang mit eigenem Konsumverhalten sowie Selbstmanagement. Gesundheitsorientierung darf allerdings nicht alleiniger Bestandteil einer Maßnahme nach § 45 SGB III sein. Vielmehr ist der Umfang auf maximal 20 Prozent der Teilnahmedauer beschränkt.

Integrationsarbeit mit chronisch erkrankten Menschen

Basierend auf einer gemeinsamen Erklärung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) und der BA vom 1. Dezember 2012 wurde zusammen mit der DAH das Qualifizierungsangebot „Leben und Arbeiten mit HIV – ein Beispiel für den Umgang mit chronischen Erkrankungen und Tabuthemen“ erarbeitet, welches im Jahre 2014 den Vermittlungs- und Integrationsfachkräften der BA nachfrageorientiert zur Verfügung gestellt wurde. Ein wesentlicher Bestandteil des

Schulungsmoduls ist der empfohlene Umgang im Rahmen der Integrationsarbeit mit substituierten Personen.

Beratungskompetenz (Beratungskonzeption – Beko)

Nachdem im Jahr 2009 die Beratungskonzeption in der Arbeitslosenversicherung eingeführt worden war, wurde im Jahr 2012 im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Beratungskonzeption SGB II auf den Weg gebracht. Nach einer Pilotierung in 22 gemeinsamen Einrichtungen erfolgt bis Ende 2016 die Einführung in Wellen. Die Einrichtungen entscheiden eigenständig über die Einführung, wobei rund 90 Prozent von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

Die Beratungskonzeption SGB II verfolgt das Ziel, die Beratungs- und damit die Handlungskompetenz der Integrationsfachkräfte zu stärken. Mit Blick auf den zu betreuenden Personenkreis zielt sie darauf ab, eine wertschätzende und von den Gedanken der Ressourcen- und Lösungsorientierung getragene Integrationsarbeit zu etablieren und erlebbar zu machen. Die Integrationsfachkräfte richten ihren Fokus hierbei auf Lösungsansätze von erarbeiteten Handlungsbedarfen. Hierzu gehört beispielsweise auch, bei einer erkannten Suchtproblematik gemeinsam mit der betroffenen Person weitere Schritte zur Problembewältigung zu erarbeiten (z. B. das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle).

Zusätzlich zu den Qualifizierungsmodulen zur Beratungskonzeption SGB II erfolgt die Entwicklung von nachfrageorientierten Vertiefungsmodulen für interessierte gemeinsame Einrichtungen. Bei diesen Vertiefungsmodulen liegt der Schwerpunkt auf jenen Themen im Beratungskontext, die innerhalb der elftägigen Grundqualifizierung nicht vertieft behandelt werden können oder müssen, da die Inhalte nicht für alle gemeinsamen Einrichtungen gleichermaßen relevant sind und somit nicht flächendeckend, aber in größerem Umfang nachgefragt werden. Als ein Thema der Vertiefungsmodule ist die Gesundheitsorientierung bzw. der Umgang mit gesundheitlich eingeschränkten Personen in der Beratung vorgesehen.



2 SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

ALKOHOL

Aufgabenwahrnehmung der Zollverwaltung

Die Bekämpfung von Zuwiderhandlungen mit verbrauchsteuerpflichtigem Branntwein und branntweinhaltigen Waren (sogenannten Erzeugnissen) dient zum einen der Sicherung des Steueraufkommens und der Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen in der Wirtschaft und zum anderen dem Schutz der Bevölkerung und stellt somit eine weitere, prioritäre Aufgabe der Zollverwaltung dar. Dabei bergen auch die illegale Herstellung von Branntwein (Stichwort „Geheimbrennen“) und dessen anschließende Verwendung zur Herstellung alkoholischer Getränke ein Betrugspotenzial. In diesem Zusammenhang steht auch der Verbraucherschutz im Vordergrund, der bei einer behördlich nicht überwachten Herstellung oft keine Rolle spielt. In der Regel bleiben Hygiene-, Qualitäts- oder Inhaltsstoffvorgaben von den Tätern unbeachtet.

Hierbei zeigt sich, dass insbesondere „geheim“ gebrannter Branntwein und daraus hergestellte Spirituosen, z. B. Wodka, oft mit Methylalkohol (Methanol) verunreinigt sind, dessen Genuss zu schweren gesundheitlichen Schäden bis hin zum Tod führen kann. Besonders tückisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass Wodka oder ähnliche Spirituosen gern zur Herstellung von Mischgetränken verwendet werden.

Aktuell lassen vorliegende Erkenntnisse den Schluss zu, dass kriminelle Gruppen in alkoholhaltigen Süßgetränken lukrative Gewinnaussichten erkannt haben. Bei diesen sogenannten Alkopops handelt es sich zumeist um ein Gemisch aus Spirituosen (wie Wodka oder Whiskey) und Limonaden, Fruchtsäften oder anderen gesüßten Getränken. Seit Juli 2004 wird in Deutschland eine Sondersteuer auf diese Getränke erhoben, um dem Konsum von Alkopops durch Jugendliche entgegenzuwirken („Alkopopsteuer“). Dies führte dazu, dass derartige Getränke illegal aus anderen EU-Mitgliedstaaten (in denen die Alkopopsteuer nicht erhoben wird) nach Deutschland verbracht werden und hier in den Verkauf gelangen.

Diese für andere EU-Mitgliedstaaten hergestellten Getränke weisen zuweilen einen höheren Alkoholgehalt als die in Deutschland erhältlichen auf. Außerdem fehlt bei ihnen der in Deutschland vorgeschriebene Hinweis „Abgabe an Personen unter 18 Jahren verboten, § 9 Jugendschutzgesetz“, der auf der Fertigpackung oder auf dem Frontetikett der Flaschen in der gleichen Schriftart und in der gleichen Größe und Farbe wie die Marken- oder Fantasienamen angebracht sein muss.

TABAK

Tabakprodukttrichtlinie

Anfang 2014 verabschiedete die Europäische Union (EU), – die das WHO-Rahmenübereinkommen (FCTC) als Staatenverbund unterzeichnet hat – die neue *Tabakprodukttrichtlinie*, die am 29. April 2014 als *RL 2014/40/EU* im Amtsblatt der EU veröffentlicht wurde.

Die Richtlinie enthält Vorschriften für Tabakerzeugnisse, nikotinhaltige elektronische Zigaretten und pflanzliche Rauch-Erzeugnisse. Sie misst dem Gesundheitsschutz eine hohe Bedeutung bei, um das FCTC umzusetzen und insbesondere den Tabakkonsum junger Menschen zu senken. Zudem harmonisiert die Tabakprodukttrichtlinie voneinander abweichende Entwicklungen in den EU-Mitgliedstaaten, wie sie etwa bei den Regelungen zu Zusatzstoffen, Warnhinweisen, zur Verpackung und Inhaltsmenge bestehen.

Tabaksteuererhöhung 2016

Mit der fünften Steuererhöhung des Tabaksteuermodells, welche mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember 2010 umgesetzt wurde, wurde die Tabaksteuer für Zigaretten und Feinschnitt zuletzt am 1. Januar 2015 erhöht. Zum 15. Februar 2016 stieg zudem der Mindeststeuersatz für Zigaretten an.

§ 25 Absatz 2 des Tabaksteuergesetzes vom 15. Juli 2009 wurde zum 1. Januar 2016 gleichfalls neu gefasst.

Seitdem darf die Kleinverkaufspackung für Zigaretten 20 Stück statt wie bisher 19 Stück nicht unterschreiten.

Aufgabenwahrnehmung der Zollverwaltung

Die Bekämpfung des internationalen Schmuggels und illegalen Handels mit Tabakwaren ist für die deutsche Zollverwaltung ein Aufgabenfeld mit hoher Priorität. Der Schmuggel und der illegale Handel von Tabakwaren haben schwerwiegende Auswirkungen auf das Tabaksteueraufkommen im Inland. Dieser Schmuggel und der illegale Handel mit Tabakwaren befördert die Entwicklung krimineller Strukturen, insbesondere der schweren und organisierten Kriminalität, in Deutschland und anderen Staaten.

Das illegale Verbringen von Tabakwaren verursacht neben erheblichen finanziellen und sicherheitspolitischen Beeinträchtigungen auch gesundheits- und wirtschaftspolitisch relevante Schäden. So können über die illegalen Vertriebsstrukturen verstärkt Jugendliche und Kinder unkontrolliert Tabakprodukte in beliebigen Mengen erwerben.

Weiterhin werden auf dem deutschen Schwarzmarkt neue unbekannte Zigarettenmarken aus legalen Produktionen im Ausland angeboten. Diese Zigaretten verfügen über keinen offiziellen – d. h. versteuerten – Absatzmarkt in Deutschland. Ob bei der Herstellung dieser Zigaretten im Ausland die in Deutschland geltenden Vorschriften zu Höchstwerten für den Nikotin- und/oder Kondensatgehalt oder für die zugelassenen Zusatzstoffe eingehalten werden, bleibt weiterhin zunehmend fraglich.

Auch das Verstecken der Tabakwaren beim Schmuggeln birgt die Gefahr, dass Verunreinigungen in Tabakwaren dringen. So konnten z. B. Fremdkörper wie Reste von Medikamentenblisterpackungen oder auch tote bzw. verpuppte Insekten in Tabakwaren festgestellt werden, die wahrscheinlich beim Transportvorgang selbst in die Tabakwaren gelangt waren.



IM FOKUS

VORSCHRIFTEN ZU TABAKERZEUGNISSEN DURCH DIE TABAKPRODUKTRICHTLINIE

Inhaltsstoffe und Emissionen

- Emissionshöchstwerte:
 - 10 mg Teer je Zigarette
 - 1 mg Nikotin je Zigarette
 - 10 mg Kohlenmonoxid je Zigarette
- Pflicht zur Veröffentlichung einer Liste der Inhaltsstoffe mit Mengenangabe

Warnhinweise

- Kombinierte Warnhinweise (aus Bild und Text)
- Mindestens 65 % der Vorder- und Rückseite der Verpackung

Verpackung

- Verbot folgender Merkmale:
 - irreführende Angaben
 - Ähnlichkeit zu Lebensmitteln oder Kosmetikprodukten
- Suggestion von Umweltverträglichkeit
- Vorgeschriebene Verpackungsform:
 - Zigaretten: Quader
 - Drehtabak: Quader, Zylinder oder Beutel
- Vorgeschriebener Verschlussmechanismus
- Mindestinhalt:
 - Zigaretten: 20 Stück
 - Tabak: 30 g
- Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem (Verhinderung des Schmuggels)

Grenzüberschreitender Verkauf über das Internet

(gilt auch für E-Zigaretten und Liquids)

- Darf verboten werden
- Registrierung des Verkäufers notwendig
- Alterskontrolle

Neuartige Tabakerzeugnisse

- Meldepflicht
- Informationen zu
 - Toxizität
 - Suchtpotenzial
 - Attraktivität
 - Verbraucherverhalten

Zusatzstoffe (gilt nur für Zigaretten und Drehtabak)

Verbot von

- charakteristischen Aromen
- Vitaminen und sonstigen Zusatzstoffen, die einen gesundheitlichen Nutzen suggerieren
- Koffein, Taurin u. a. Zusatzstoffen, die mit Energie und Vitalität in Verbindung gebracht werden
- den Rauch färbenden Zusatzstoffen
- inhalationserleichternden Zusatzstoffen
- unverbrannt schädlichen Zusatzstoffen
- Aromen in Filter, Papier, Packung, Kapsel etc., mit denen sich der Geruch oder Geschmack der Zigarette verändern lässt

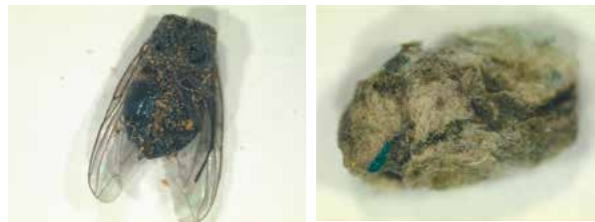
Pflanzliche Raucherzeugnisse

- Warnhinweis notwendig
- Verbot irreführender Bezeichnungen





Reste von Medikamentenblistern



Tote bzw. verpuppte Insekten

Aktuell ist auch wieder ein Anstieg der Schmuggelaktivitäten bei Wasserpfeifentabak festzustellen. Der geschmuggelte Wasserpfeifentabak ist nach den deutschen Vorschriften nicht verkehrsfähig, da der zulässige Höchstwert von max. 5 Prozent Feuchthaltemittel (Glycerin) in der Regel deutlich überschritten wird. Die Feststellungen der Zollverwaltung zeigen aber zunehmend, dass dieser nicht verkehrsfähige

Wasserpfeifentabak in Shisha-Cafés oder entsprechenden Läden weiterhin zum Verkauf angeboten wird.

Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)

Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), ist das erste globale Gesundheitsübereinkommen. Es trat im Februar 2005 in Kraft. Deutschland unterzeichnete im Jahr 2003 und ratifizierte Ende 2004. Seit dem 16. März 2005 ist das Rahmenübereinkommen für Deutschland völkerrechtlich bindend. Mit 180 Vertragsparteien im Jahr 2015 gehört es zu den erfolgreichsten Übereinkommen der Welt und repräsentiert rund 90 Prozent der Weltbevölkerung.

Das Ziel des Übereinkommens ist, heutige und künftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen. Es stellt einen Katalog evidenzbasierter Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zur Verfügung. Dazu gehören Produktregulierung, Werbeverbote, Bekämpfung des Schmuggels von Tabakprodukten, Tabaksteuererhöhungen und Schutz vor Passivrauch. Ergänzende Leitlinien und Protokolle führen einzelne Maßnahmen aus und helfen bei der Umsetzung.

»DAS WHO-RAHMENÜBEREINKOMMEN ZUR EINDÄMMUNG DES TABAKGEBRAUCHS IST DAS WICHTIGSTE UND MÄCHTIGSTE PRÄVENTIONSINSTRUMENT, DAS DER VOLKSGESUNDHEIT ZUR VERFÜGUNG STEHT.«

Dr. Margaret Chan, WHO-Generaldirektorin, zum 10. Jahrestag des Rahmenübereinkommens am 27. Februar 2015



IM FOKUS

VORSCHRIFTEN ZU ELEKTRONISCHEN ZIGARETTEN DURCH DIE TABAKPRODUKTRICHTLINIE

Die nachfolgenden Vorschriften der Tabakprodukt-richtlinie gelten für nikotinhaltige E-Zigaretten, die nicht als Entwöhnungsprodukte lizenziert sind

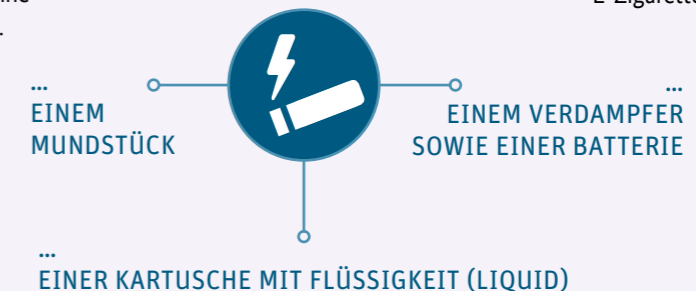
- Pflicht zur Veröffentlichung einer Liste der Inhaltsstoffe und Emissionen
- Angaben zur Nikotinmenge und -aufnahme
- Gleichmäßige Nikotinabgabe
- Höchstmengen:
 - für E-Zigarette: 2 ml Füllvolumen
 - für Nachfüllbehälter: 10 ml Füllvolumen
 - für Nikotingehalt: max. 20 mg/ml
- E-Zigaretten und Nachfüllbehälter: kinder-, manipulations- und auslaufsicher
- Beipackzettel zu schädlichen Wirkungen
- Verbot folgender Aromen:
 - Vitamine und Zusatzstoffe, die einen gesundheitlichen Vorteil suggerieren
 - Koffein, Taurin und andere stimulierende Mischungen
- Zusatzstoffe mit färbenden Eigenschaften für die Emissionen
- inhalationserleichternde Zusatzstoffe
- in unverbrannter Form schädliche Zusatzstoffe
- Warnhinweis zum Suchtpotenzial von Nikotin
- Werbeverbot in TV, Hörfunk, Print; Verbot von Sponsoring



E-Zigaretten

- simulieren das Rauchen, ohne dabei Tabak zu verbrennen.

E-Zigaretten bestehen aus ...



ÄNDERUNGEN DES BETÄUBUNGSMITTELRECHTS

Maßnahmen gegen Neue Psychoaktive Stoffe

Mit der 29. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 18. Mai 2015 und der 30. BtMÄndV vom 11. November 2015 hat die Bundesregierung dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) insgesamt 15 Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) unterstellt. Mit einer 31. BtMÄndV sollen weitere sechs Stoffe unterstellt werden, zu denen im Betäubungsmittel-Sachverständigenausschuss am 7. Dezember 2015 positive Voten ergangen sind.

Derzeit ist es aufwendig, NPS dem BtMG zu unterstellen. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten eines Stoffes und seiner betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Mit einem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) (BR-Drs. 233-16) soll dieser Wettlauf durchbrochen werden und die durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 10. Juli 2014 zum Arzneimittelrecht entstandene Regelungs- und Strafbarkeitslücke für (noch) nicht dem BtMG unterstellte NPS geschlossen werden.

Der Entwurf für ein NpSG enthält in Ergänzung zum einzelstofflichen Ansatz des BtMG eine Stoffgruppenregelung, um NPS zukünftig rechtlich effektiver begegnen und die Verbreitung und Verfügbarkeit dieser Stoffe bekämpfen zu können. Zum Schutz der Gesundheit besonders von Jugendlichen und jungen Erwachsenen soll die Weiterverbreitung von NPS unter Strafe gestellt werden. Damit soll ein klares Signal an Händler und Konsumenten gegeben werden, dass es sich um verbotene und gesundheitsgefährdende Stoffe



NEUE PSYCHO-AKTIVE STOFFE, SOGENANNT LEGAL HIGHS, WERDEN UMFASSEND VERBOTEN.

handelt. Der Gesetzentwurf befindet sich im Rechtssetzungsverfahren und soll im Jahr 2016 in Kraft treten.

Grundstoffüberwachung

Bei Grundstoffen oder Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 24 international gelistete Chemikalien, die meist legal gehandelt werden. Sie werden aber auch zur Herstellung illegaler Drogen eingesetzt. Hierfür werden sie missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt. Deshalb ist es unverzichtbar, diese Stoffe weltweit zu überwachen, um gegen die Drogenherstellung und den Drogenhandel vorzugehen. Hierzu gibt es internationale, europäische und nationale Vorschriften. Der Verkehr mit diesen Grundstoffen ist Teil des „Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das EU-Recht regelt den europäischen Binnen- und Außenhandel der EU mit Grundstoffen. Die betreffenden Chemikalien unterliegen danach jeweils unterschiedlich strengen Kontrollen, um den Handelsverkehr für legale Zwecke nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 regelt ergänzend die behördliche Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

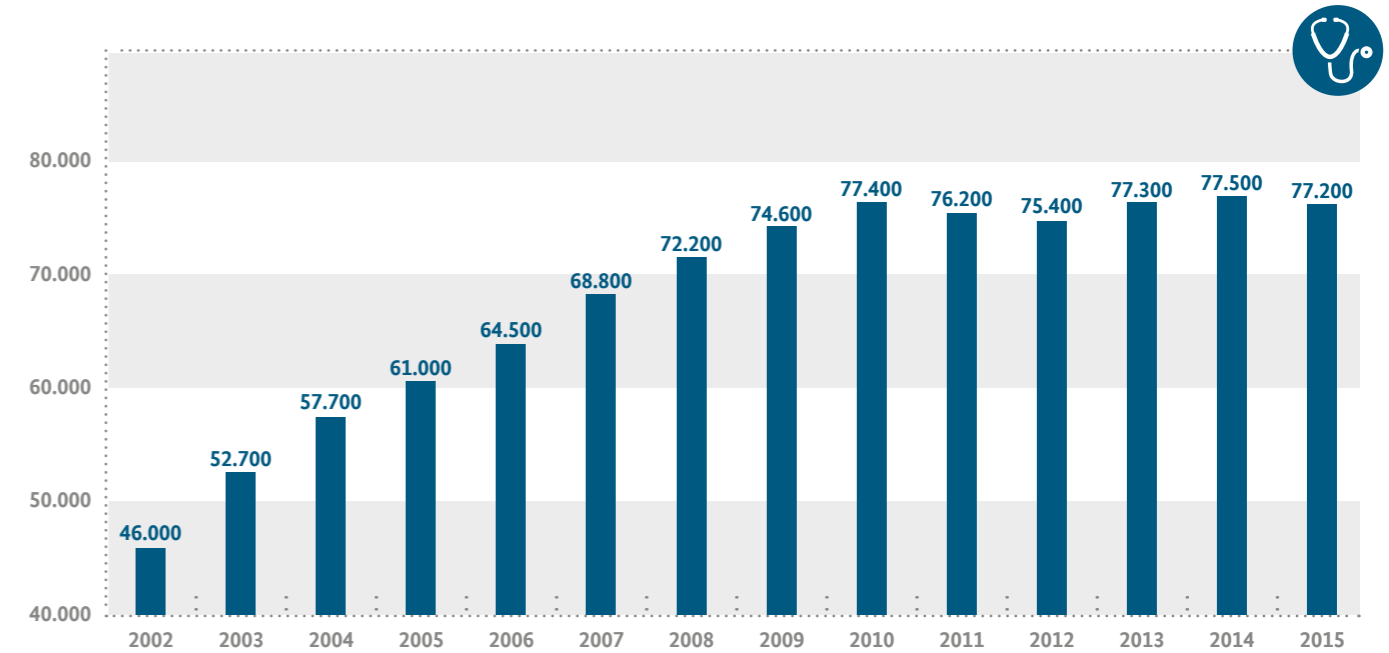
Am 30. Dezember 2013 und 30. Juni 2015 traten Änderungen im europäischen Grundstoffrecht in Kraft. Ziel ist zu verhindern, dass besonders Essigsäureanhydrid – notwendig, um Heroin herzustellen – aus dem EU-Binnenhandel abgezweigt wird. Außerdem soll der Drittlandhandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden. Um die Herstellung von Methamphetamin in Europa zu bekämpfen, hat die EU-Kommission im Frühjahr 2016 einen Vorschlag zur Unterstellung von Chlorephedrin und Chlorpseudoephedrin unter das europäische Grundstoffrecht vorgelegt.

Substitutionsregister

Nach § 13 Absatz 3 BtMG in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutions-

ABBILDUNG 34:

ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTEN IN DEUTSCHLAND VON 2002 BIS 2015 (JEWEILS STICHTAG 1. JULI)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

register. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Absatz 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patienten-code, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Verschreibung, den Namen und die Adresse des verschreibenden Arztes sowie ggf. auch den Namen und die Anschrift des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliaris). Ferner teilen die Ärztekammern der Bundesopiumstelle auf Anforderung mit, ob die an den Substitutionsbehandlungen beteiligten Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllen.

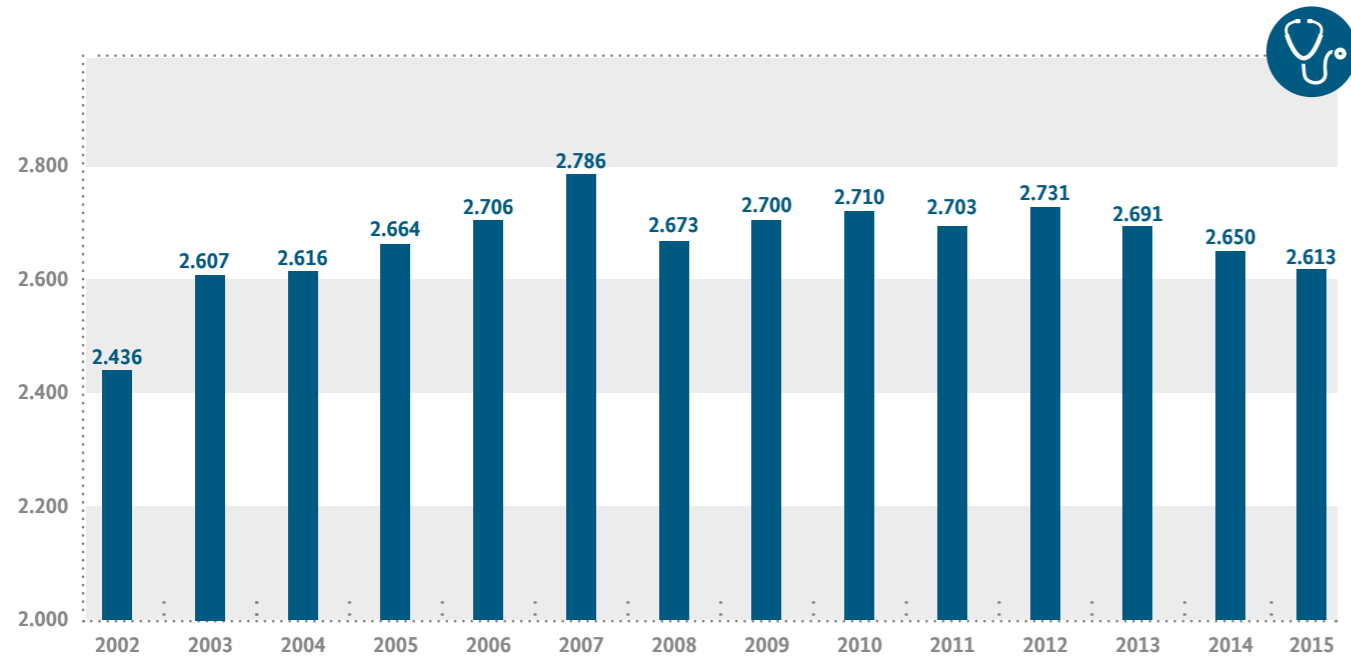
Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Unterbindung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Ärzte für denselben Patienten, die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation der Ärzte

sowie die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörden. Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz und zur Sicherheit und Kontrolle im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Die Meldungen der substituierenden Ärzte erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Onlineverfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich angestiegen und belief sich zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 hingegen ist die Anzahl weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2015 bei 77.200 Patienten (siehe Abb. 34).

ABBILDUNG 35:
ANZAHL MELDENDER SUBSTITUIERENDER ÄRZTE VON 2002 BIS 2015



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Im Jahr 2015 wurden im Substitutionsregister rund 90.300 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. durch einen Wechsel des behandelnden Arztes oder längere Klinikaufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen.

2015 haben insgesamt 2.613 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Entwicklung seit 2002 stellt sich wie folgt dar (siehe Abb. 35).

2015 nutzten 517 Ärzte – also etwa 20 Prozent der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchttherapeutisch qualifizierten Arzt als

Konsiliarist in die Behandlung einbeziehen. Die Verteilung der Substitutionspatienten auf die Ärzteschaft ist in der Tabelle 09 dargestellt.

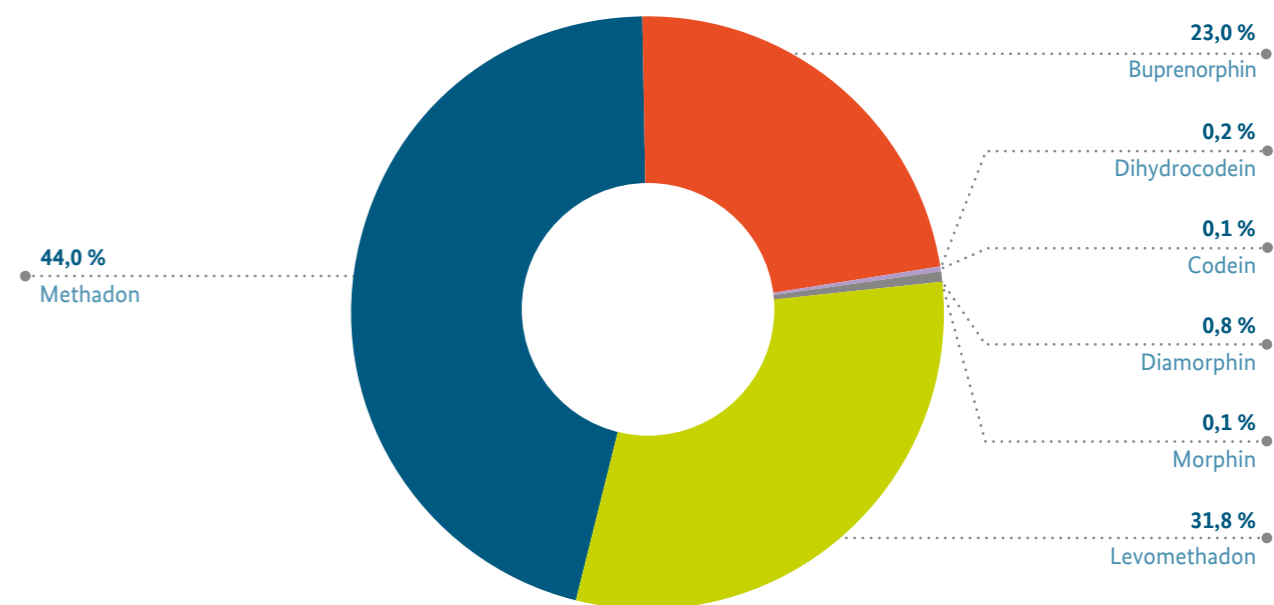
Rund 15 Prozent der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

TABELLE 09:
ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTINNEN UND -PATIENTEN PRO ÄRZTIN BZW. ARZT (STICHTAG 1. JULI 2015)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	29 %
4 bis 50	50 %
51 bis 100	15 %
über 100	6 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

ABBILDUNG 36:
ART UND ANTEIL DER GEMELDETEN SUBSTITUTIONSMITTEL (STICHTAG 1. JULI 2015)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Die substituierenden Ärzte melden dem Substitutionsregister für jeden Substitutionspatienten das Substitutionsmittel mit seiner Wirkstoffbezeichnung (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin etc.). 2015 kam in Deutschland zusätzlich Morphin als zur Substitution zugelassenes Arzneimittel in den Handel. Abbildung 36 zeigt die gemeldeten Substitutionsmittel mit ihrem jeweiligen – auf die Patienten bezogenen – Anteil.

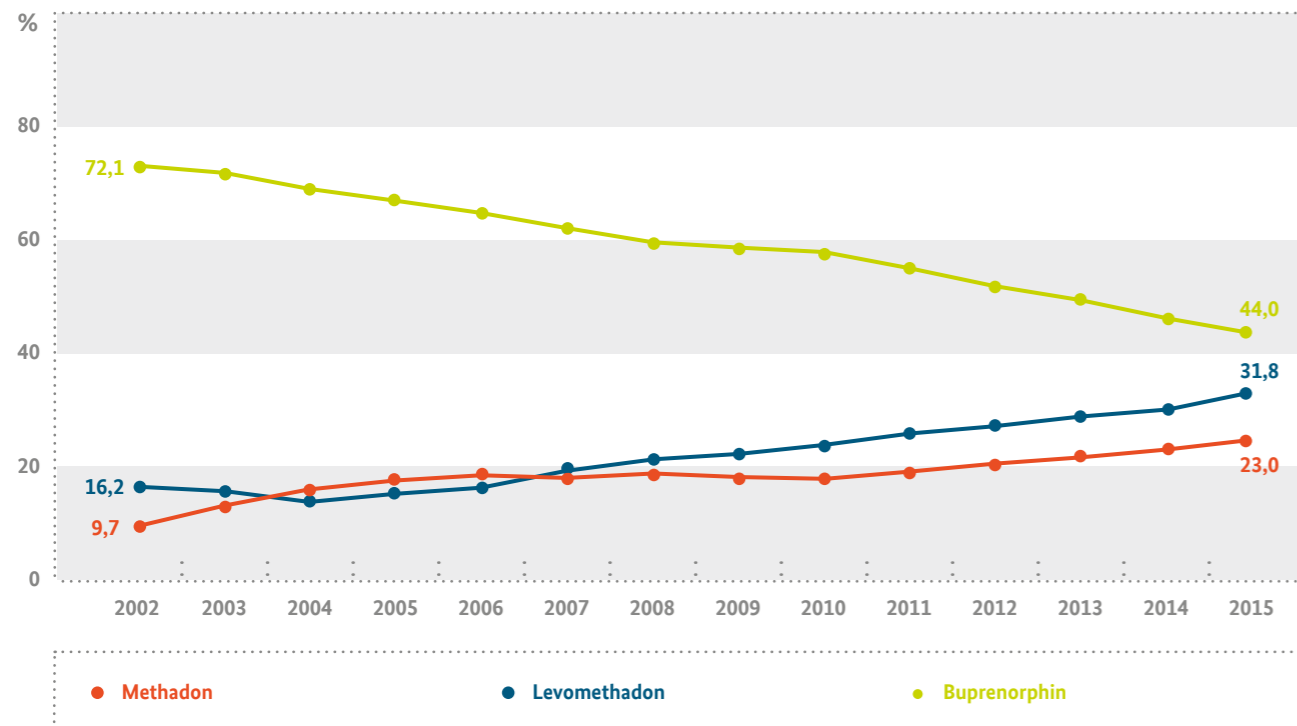
Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon kontinuierlich an (siehe Abb. 37).

2015 wurden durch das Substitutionsregister bundesweit rund 120 Doppelbehandlungen von Patienten aufgedeckt und durch die betroffenen Ärzte entsprechend beendet. Im Jahr 2014 waren es ebenso rund 120 Doppelbehandlungen.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (d. h. die Namen und Adressen der substituierenden Ärzte und der ggf. eingesetzten Konsiliaristen, die Anzahl der Substitutionspatienten, Angaben zur suchttherapeutischen Qualifikation) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung.

RUND 15 PROZENT DER SUBSTITUIERENDEN ÄRZTE HATTEN AM GENANNTEN STICHTAG DIE HÄLFTE ALLER SUBSTITUTIONSPATIENTEN GEMELDET.

ABBILDUNG 37:
ENTWICKLUNG DER HÄUFIGKEIT GEMELDETER SUBSTITUTIONSMITTEL VON 2002 BIS 2015 (STICHTAG 1. JULI 2015)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwachungsbehörden hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden.

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

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark.

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

<http://www.bfarm.de>



IM FOKUS

REGULIERUNG DER DOPING-BEKÄMPFUNG IM SPORT

Für die 18. Legislaturperiode haben sich die Koalitionsparteien darauf verständigt, weitergehende strafrechtliche Regelungen beim Kampf gegen Doping zu schaffen.

Im November 2015 hat der Bundestag das Gesetz zur Bekämpfung des Dopings im Sport beschlossen, das am 18. Dezember 2015 in Kraft getreten ist.

Wesentliche inhaltliche Neuerungen des Gesetzes:

- Mit dem Anti-Doping-Gesetz ist ein neues Stammgesetz zur Dopingbekämpfung geschaffen worden, das die Rechtsvorschriften zur Dopingbekämpfung bündelt und in das auch die bisherigen Vorschriften des Arzneimittelgesetzes überführt wurden.
- Die bisher im Arzneimittelgesetz geregelten Verbote sind um neue Tatbegehungsweisen („herstellen“, „Handel treiben“, „veräußern“, „abgeben“, „verbringen“, „durchführen“) deutlich erweitert worden.
- Dopingmethoden sind ausdrücklich erfasst.
- Es ist ein strafbewehrtes Verbot des Selbstdopings geschaffen worden, mit dem erstmals gezielt dopende Leistungssportler erfasst werden, die beabsichtigen, sich mit Doping Vorteile in Wettbewerben des organisierten Sports zu verschaffen.
- Die Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes von Dopingmitteln zum Zwecke des Selbstdopings
- ohne mengenmäßige Beschränkung ist eingeführt worden (nur für Leistungssportler, die beabsichtigen, sich in einem Wettbewerb des organisierten Sports Vorteile zu verschaffen).
- Die bisherigen besonders schweren Fälle und deren Ausgestaltung als Verbrechenstatbestände wurden erweitert, was auch zur Folge hat, dass sie geeignete Vortaten für den Geldwäschetatbestand des § 261 des Strafgesetzbuches sind.
- Die Datenübermittlung von Gerichten und Staatsanwaltschaften an die Stiftung Nationale Anti Doping Agentur (NADA) wird ermöglicht.
- Eine neue Vorschrift ermöglicht es der NADA, personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
- Das Gesetz enthält zudem eine Klarstellung der grundsätzlichen Zulässigkeit von Schiedsvereinbarungen in den Verträgen zwischen den Verbänden und Sportlern.
- Schließlich werden Landesregierungen künftig ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Anti-Doping-Strafverfahren bei bestimmten Gerichten zu konzentrieren.



Mit dem Anti-Doping-Gesetz wurde ein Verbot des Selbstdopings eingeführt. Leistungssportler, die sich mit Doping Vorteile im Wettbewerb verschaffen wollen, machen sich strafbar.



Internationales

»Die Welt war immer schon ein
offenes Buch, nur reinschauen
muss man schon.«

(Bernard Bonvivant)

1	EUROPÄISCHE DROGENPOLITIK	178
2	INTERNATIONALE DROGENPOLITIK	179
3	INTERNATIONALE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	184
4	DER EUROPÄISCHE DROGENMARKT- BERICHT 2016 IM ÜBERBLICK	188

1 EUROPÄISCHE DROGENPOLITIK

Die EU-Kommission

In den letzten beiden Jahrzehnten haben die EU Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission gemeinsam einen europäischen Ansatz zur nachhaltigen Drogenbekämpfung entwickelt und sich vor diesem Hintergrund auf eine enge Zusammenarbeit verständigt. In Umsetzung ihrer Mitteilung „Eine entschlossene europäische Reaktion auf das Drogenproblem“ aus dem Jahr 2011 liegen seit 2013 Legislativvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen gegen Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) vor. Das Paket besteht aus einem Verordnungsvorschlag zu NPS sowie aus einem Vorschlag für eine Richtlinie zur Änderung des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zu Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und über die Strafen. Weitere legislative Aktivitäten seitens der Kommission gab es im Berichtszeitraum nicht.

Zur Bewertung der Fortschritte bei der Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2013–2020) und des EU-Drogenaktionsplans (2013–2016) legte die Kommission einen Zwischenbericht über die Fortschritte in den Jahren 2013 und 2014 vor. Eine umfassende (Zwischen-)Evaluierung beider Instrumente ist für 2016 angekündigt.

http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/docs/drugs_strategy_report_de.pdf

Der Rat der EU

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Art. 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Stoffen“ folgend, beschloss der Rat 2015, die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung des NPS PVP verbunden sind. Hierbei wurden auch die gesundheitlichen und sozialen Risiken berücksichtigt. Der Bewertung unterlagen darüber hinaus auch die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. Ein daran anknüpfender Durchführungsbeschluss des Rates über Kontrollmaßnahmen konnte für diesen NPS im Jahr 2015

nicht mehr gefasst werden. Die Vorbereitungen für die Bewertung möglicher Risiken im Zusammenhang mit dem NPS Acetylfentanyl wurden gemäß Art. 7 des oben angeführten Beschlusses nicht weiterverfolgt, nachdem bekannt geworden war, dass auch im Rahmen des Systems der Vereinten Nationen (VN) eine Risikobewertung durchgeführt wird. In Umsetzung der von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) noch Ende 2014 vorgelegten Risikobewertungen für die beiden Stoffe 4,4'-DMAR und MT-45 konnte der Rat im Jahr 2015 entsprechende Kontrollmaßnahmen beschließen.

Der Rat hat im Jahr 2015 Schlussfolgerungen zur Umsetzung des Drogenaktionsplans der EU (2013–2016) bezüglich der Mindestqualitätsstandards bei der Verringerung der Drogennachfrage in der EU verabschiedet. In diesen Schlussfolgerungen werden die Mindestqualitätsstandards bei der Prävention, bei der Reduzierung von Gesundheitsrisiken und -schäden sowie bei der Therapie, der sozialen Eingliederung und der Rehabilitation umrissen.

Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungen aller Mitgliedstaaten vertreten sind. Die HDG hat die Gesamtübersicht über alle drogenbezogenen Fragen. Der jeweilige Vorsitz und das Generalsekretariat gewährleisten, dass die Gruppe über alle drogenbezogenen Fragen, die in anderen Gruppen (zum Beispiel Gesundheit, Strafrecht, Justiz und Inneres, Handel, Zoll, Auswärtiges) behandelt werden, auf dem Laufenden gehalten wird.

Der Schwerpunkt lag auch 2015 auf der Fortsetzung der Beratung des Verordnungsvorschlages über NPS, die 2013 begonnen hatte. Nachdem die Positionen der EU-Mitgliedstaaten in wichtigen Fragen – etwa hinsichtlich eines Systems zur Risikobewertung, der Auswirkungen europäischer Regelungen auf nationale Gesetzgebungen und insbesondere hinsichtlich der Rechtsgrundlage, auf der dieser Verordnungsvorschlag gegründet werden soll – weiterhin sehr weit auseinandergingen, beschloss der Ausschuss der Ständigen Ver-

treter im Mai 2015, nicht mehr auf der Basis des Binnenmarktartikels 114 AEUV (wie von der EU-Kommission gewählt), sondern auf der Basis der Rechtsgrundlage des Art. 83 AEUV (Strafrecht) an den wesentlichen Elementen eines Legislativvorschlages weiterzuarbeiten. Eine überarbeitete Version für einen solchen Vorschlag ging den Mitgliedstaaten in der zweiten Jahreshälfte zu. Die Beratungen dieses Entwurfs werden auch unter künftigen Ratspräsidentschaften weiter fortgesetzt werden.

In Vollbringung des vom Rat 2013 verabschiedeten EU-Aktionsplans (2013–2016) zur Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2013–2020) wurden die 2014 begonnenen Vorüberlegungen zum Thema „Missbrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln“ weitergeführt. Ein Konsens konnte bei diesem heterogenen Thema noch nicht erzielt werden, die Aktivitäten werden aber 2016 fortgesetzt.

Im Kontext der Drogenpolitik der VN koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 58. Sitzung der Suchstoffkommission der VN (CND). Die EU brachte zwei Resolutionsentwürfe in die 58. CND ein, die von den VN angenommen wurden: „Promoting

the role of drug analysis laboratories worldwide and reaffirming the importance of the quality of the analysis and results of such laboratories“ und „Promoting the protection of children and young people, with particular reference to the illicit sale and purchase of internationally or nationally controlled substances and of new psychoactive substances via the Internet“.

Auch 2015 widmete sich die HDG verstärkt der Frage, wie und mit welchen Positionen sich die EU in den Vorbereitungsprozess für die Sondersitzung der Generalversammlung der VN zur Bekämpfung des weltweiten Drogenproblems im Frühjahr 2016 (UNGASS 2016) einbringen kann. Für die Zwischensitzungen zur Vorbereitung der UNGASS 2016, die im zweiten Halbjahr 2015 begonnen haben, formulierte die EU eine gemeinsame Position (vgl. Abschnitt E 2).

2015 wurden schwerpunktmäßig politische Dialoge mit den USA, Russland, Zentralasien und den westlichen Balkanländern geführt, um der weltweiten Dimension des Drogenproblems Rechnung zu tragen. Ein Treffen auf hoher Ebene mit der Gemeinschaft der lateinamerikanischen und karibischen Staaten (CELAC) fand in Montevideo statt.

2 INTERNATIONALE DROGENPOLITIK

Vereinte Nationen

Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (VN)

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der VN (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (UNODC) durchgeführt wird. Das UNODC gibt jährlich einen Bericht heraus, der einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Weltrogenmarkt gibt.

Laut dem im Juni 2015 veröffentlichten Weltrogenbericht ist der Konsum „traditioneller“ Drogen wie Heroin und Kokain weltweit und insgesamt betrachtet nach wie vor stabil geblieben. Weltweit konsumierten im Jahr 2013 rund 246 Millionen Menschen illegale Drogen. Wie in den vergangenen Jahren ist Cannabis die

am häufigsten konsumierte Droge, gefolgt von Amphetaminen, Opioiden, Ecstasy und – etwa gleichauf – Kokain und Opiaten. 10 bis 15 Prozent der Drogenkonsumierenden sind abhängig und benötigen Hilfe. Etwa 12,2 Millionen Menschen injizieren Drogen, über 180.000 Menschen sterben weltweit am Drogenkonsum, 1,65 Millionen injizierende Drogenkonsumenten sind mit HIV infiziert. Die Daten zeigen, welche Belastungen für die öffentlichen Gesundheitssysteme in den Bereichen Prävention, Behandlung und Versorgung bestehen. Zwar gibt es zunehmend effektive Maßnahmen der Prävention und Behandlung einer Drogenabhängigkeit sowie von HIV und Hepatitis, jedoch erhält nach wie vor nur jeder sechste Drogenabhängige weltweit die notwendige Behandlung.

Der globale Markt für synthetische Drogen wird nach

wie vor von Methamphetaminen dominiert. Insbesondere in Ost- und Südostasien ist diesbezüglich ein Anstieg zu verzeichnen. Das starke Ansteigen von Sicherstellungen bei Amphetaminen und Methamphetaminen seit 2009 belegt insgesamt eine starke Ausbreitung. Die Sicherstellung von Amphetamin/Methamphetamin, die im Jahr 2012 bei 144 Tonnen lag, blieb 2013 auf einem ähnlich hohen Niveau. Nach wie vor hat Afghanistan die weltweit führende Position als Produzent und Anbauer von Opium inne. Die globale Opiumproduktion erreichte im Jahr 2014 das höchste Niveau seit den späten 1930er-Jahren, wobei sich die vermehrte Produktion in vielen Regionen nicht zwingend in einem erhöhten Angebot niedergeschlagen hat. Der Verbleib ist unklar, doch gibt es in einigen Ländern zumindest Anzeichen für vermehrten Konsum und einen Anstieg von Indikatoren, darunter die Sterberate und medizinische Notfälle.

Während es in den Anbaugeländen insgesamt kaum Veränderungen gab, ist bei den Routen für Drogenschmuggel eine Verlagerung zu beobachten. Heroin aus Afghanistan gelangt zunehmend über den Indischen Ozean in das östliche und südliche Afrika. Die Balkanroute wiederum wird weiterhin für den Schmuggel nach Europa benutzt, allerdings vermehrt über den Kaukasus. Immer größere Bedeutung bekommt der Schmuggel aus Myanmar über die sogenannte Südroute durch Pakistan und Iran nach Südostasien. Afrika bleibt eine Transitregion für den Schmuggel von Koka über den Atlantik nach Europa. Insbesondere Osteuropa entwickelt sich dabei zunehmend zu einem Transit- bzw. Zielgebiet.

Im Jahr 2015 befasste sich der Weltrogenbericht erstmals schwerpunktmäßig mit der Alternativen Entwicklung (AE). Dieser im Rahmen der VN entwickelte Begriff bezieht sich auf Maßnahmen der ländlichen Entwicklung, die die Substitution des Drogenanbaus durch legale Agrarwirtschaft verfolgen. Der Bericht nennt die Hauptursachen für den illegalen Anbau von Drogenpflanzen, beschreibt Grundgedanken, Elemente, Implementierungsstrategien, politische Rahmenbedingungen und verschiedene nationale Ansätze der AE und stellt dar, welche Erfolge durch nachhaltige Entwicklung im Kontext des illegalen Anbaus von Koka, Schlafmohn und Cannabis erzielt werden können (vgl. Abschnitt E.3).

Vor dem Hintergrund der internationalen Debatte zur Neuausrichtung der globalen Drogenpolitik wird der AE-Ansatz von einer Reihe von Entwicklungsländern und G20-Staaten verstärkt in ihre nationalen und regionalen Drogenstrategien aufgenommen. Viele dieser Länder sind hierbei an einem verstärkten Dialog und einer Zusammenarbeit mit der Bundesregierung interessiert, da die deutsche Entwicklungszusammenarbeit über langjährige Erfahrung in diesem Bereich verfügt. Auch der Teil des Weltrogenberichts, der sich mit der AE beschäftigt, wurde maßgeblich unter deutscher Beteiligung erstellt.

<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=130>

UNODC-Weltrogenbericht 2015:

https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Afghanistan hat die weltweit führende Position als Produzent und Anbauer von Opium inne.

Die globale Opiumproduktion erreichte im **Jahr 2014** das **höchste Niveau** seit den späten 1930ern.

Immer größere Bedeutung bekommt der Schmuggel aus **Myanmar** über die sogenannte Südroute.



Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)

Als Mitglied der CND nahm Deutschland unter zeitweiliger Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 9. bis 17. März 2015 an der 58. Sitzung der CND in Wien teil, vertreten durch Beschäftigte aller zuständigen Ressorts innerhalb der Bundesregierung sowie aus deren Geschäftsbereichsbehörden. Die Sitzung war zur Vorbereitung der Sondersitzung der Generalversammlung zum Weltrogenproblem (UNGASS 2016) in ein UNGASS-Segment und einen regulären Abschnitt aufgeteilt.

Die Drogenbeauftragte leitete die Delegation während des UNGASS-Segments vom 9. bis 12. März 2015. In ihrer Eröffnungsrede legte sie den Schwerpunkt insbesondere auf das starke Engagement der Bundesregierung im Bereich der AE, für die sich Deutschland seit Jahren bilateral und multilateral einsetzt. In einer interaktiven Diskussion zu diesem Thema waren sich die Teilnehmer darin einig, dass die AE einen umfassenden Ansatz darstelle, um in Kooperation mit der internationalen Staatengemeinschaft in Anbauländern von Drogenpflanzen reale Alternativen zu schaffen, und deshalb ein Kernthema der UNGASS 2016 sein müsse.

In einer von Thailand, Kolumbien und Deutschland in Zusammenarbeit mit dem UNODC-Sekretariat organisierten Nebenveranstaltung zum Thema „Reassessing Alternative Development towards UNGASS 2016“, die außerordentlich gut besucht war, forderte die Drogenbeauftragte die Mitgliedstaaten auf, zusätzliche Mittel für AE-Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, da das derzeitige Mittelvolumen nicht ausreicht, um der Drogenanbauproblematik auch nur annähernd Herr zu werden. Im Rahmen dieser Nebenveranstaltung stellte zudem die österreichische Schokoladenmanufaktur Zotter dar, wie sie durch nachhaltige Einkaufspolitik dazu beiträgt, den Kokaanbau in Kolumbien zu reduzieren.

In einer weiteren, von Deutschland und Litauen organisierten Nebenveranstaltung zum Thema „ATOME: Access to Opioid Medications in Europe – a model project for other regions“ machte die Drogenbeauftragte deutlich, dass dieses EU-Projekt in signifikanter Weise dazu beigetragen habe, das Verständnis für die Position zu fördern, einerseits den Missbrauch von solchen kontrollierten Arzneimitteln, die Betäubungsmittel sind, zu verhindern und andererseits für Patienten, die etwa

unter schweren Schmerzen leiden, den Zugang zu ebendiesen Arzneimitteln sicherzustellen.

In einem bilateralen Gespräch mit Lochan Naidoo, dem ehemaligen Präsidenten des Internationalen Suchtstoffkontrollrats (INCB), anerkannte dieser die bedeutende Rolle Deutschlands im Bereich der internationalen Drogenkontrolle als „leading thinker“.

Er betonte, dass es zwar unterschiedliche Diskussionen über mögliche Wege, aber einen großen Konsens in den Zielsetzungen gebe. Man sei sich darin einig, dass es den nichtmedizinischen Gebrauch kontrollierter Stoffe zu verhindern und die medizinische Verwendung zu fördern gelte. Die Drogenbeauftragte unterstrich ihre volle Übereinstimmung mit dem INCB in dieser Frage und betonte, dass die VN-Übereinkommen Spielräume für eine ausgewogene Drogenpolitik ließen. Hierbei müssten der Schutz der menschlichen Gesundheit und der Schutz vor dem Missbrauch bei gleichzeitiger Versorgung zur medizinischen Anwendung im Vordergrund stehen. Weitere bilaterale Gespräche – teilweise auf hoher Ebene – fanden mit den Niederlanden, mit Kolumbien, Thailand und Australien statt.

Während des regulären Teils der 58. CND wurden insgesamt zwölf Resolutionen im Konsens verabschiedet. Schwerpunktthemen waren dabei die AE, der Schutz und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die internationale Kooperation zur Identifizierung und Berichterstattung bei Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS) sowie die Vorbereitung der UNGASS 2016.

Insbesondere bei den Fragen der inhaltlichen Ausgestaltung der UNGASS sowie der Erstellung eines Abschlussdokumentes gestalteten sich die Verhandlungen erneut sehr schwierig. Sehr kontroverse Debatten gab es auch zu der von Russland eingebrachten Resolution zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit, deren Motivation bis zum Schluss unklar blieb, sowie zu der von den USA entworfenen Resolution zu Alternativen zu Gefängnisstrafen. Beide Texte erfuhren nach intensiven und langwierigen Verhandlungen eine Neufassung.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagenen Stoffe 25B-NBOMe, 25C-NBOMe und 25I-NBOMe wurden mit breiter Mehrheit in Schedule 1 der 1971er Konvention aufgenommen; die Substan-

zen BZP, JWH-018, AM-2201, MPDV und Methylon sowie die vom Vereinigten Königreich vorgeschlagene Substanz Mephedron wurden in Schedule 2 der 1971er Konvention aufgenommen. Das Opioid AH7921 wurde mit breiter Mehrheit in Schedule 1 der 1961er Konvention aufgenommen.

Die von der WHO vorgeschlagene Aufnahme der Substanzen GBL und 1,4-Butanediol (BDO) in Schedule 1 der 1971er Konvention wurde im Konsens aller Mitgliedstaaten abgelehnt. Beide Substanzen können zwar als „K.-o.-Tropfen“ verwendet werden, doch gibt es für sie eine so breite Palette legaler Nutzung als Grundchemikalien in vielen weltweiten Industriebereichen, dass eine Listung den CND-Mitgliedstaaten unverhältnismäßig erschien. Der von China vorgelegte Antrag zur Aufnahme von Ketamin in die 1971er Drogenkonvention wurde sehr kontrovers diskutiert. Die WHO hatte hierbei von einer Listung abgeraten, da die Substanz weltweit breite Verwendung als Anästhetikum im human-, notfall- und veterinärmedizinischen Bereich findet. Nachdem China bis zum Tag vor der Abstimmung relativ erfolglos versucht hatte, Unterstützung zu mobilisieren, zog es im Plenum den Antrag zurück, um weitere Informationen einzuholen.

Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der VN (International Narcotics Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 gegründet und besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN (ECOSOC) gewählt werden.



Es wird geschätzt, dass 2013 insgesamt **246 Millionen Menschen** – etwas mehr als 5 Prozent der 15- bis 64-Jährigen weltweit – **illegale Drogen konsumiert** haben.

Quelle: UN-Weltdrogenbericht 2015

Die zentrale Aufgabe des INCB ist die Überwachung der Einhaltung der VN-Drogenkonventionen über Anbau, Produktion und Verwendung von Drogen. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben erstellt der INCB unter anderem einen Jahresbericht, in welchem insbesondere die weltweite Drogensituation analysiert wird. Der INCB veröffentlichte seinen Jahresbericht 2015 Anfang März 2016. Der aktuelle Bericht widmet sich insbesondere den thematischen Schwerpunkten: „Gesundheit und Wohl der Menschheit: Herausforderungen und Chancen für die internationale Kontrolle von Drogen“, „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ und „Die Situation weltweit“.

Im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit und Wohl der Menschheit: Herausforderungen und Chancen für die internationale Kontrolle von Drogen“ setzt sich der INCB mit der Frage auseinander, wie das internationale Kontrollsystem von Drogen zum Wohle der öffentlichen Gesundheit genutzt werden kann. Den Herausforderungen und Möglichkeiten in diesem Zusammenhang sollen die Vertragsstaaten mit schlüssigen Drogenstrategien begegnen. Dabei müssen die jeweiligen Strategien und Maßnahmen im Einklang mit den Anforderungen der Menschenrechte stehen. Sofern Politiken die Menschenrechte missachteten, stünden sie nicht in Einklang mit den VN-Drogenkonventionen. So sei es wichtig, dass Drogennutzern Alternativen zur Strafverfolgung angeboten werden. Dazu gehöre eine angemessene und evidenzbasierte medizinische Behandlung. Natürlich dürfe darüber hinaus der Präventionsaspekt nicht außer Acht gelassen werden. Der INCB macht an dieser Stelle sehr deutlich, dass die VN-Drogenkonventionen hinreichend flexibel seien und deshalb ausreichend Spielraum für derartige ausgewogene und übergreifende Strategien ließen; die Vertragsstaaten müssten nur die Spielräume ausreichend nutzen, die die Konventionen ihnen einräumten.

Im zweiten Schwerpunkt „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ beschäftigt sich der Bericht insbesondere mit der Einhaltung der internationalen Drogenkonventionen und den Maßnahmen zu deren Umsetzung. Der INCB weist darauf hin, dass immer noch nicht alle Staaten die drei VN-Drogenkonventionen ratifiziert haben (Konvention von 1961:

elf Staaten noch nicht ratifiziert, Konvention von 1971: 14 Staaten, Konvention von 1988: neun Staaten), allen voran die ozeanischen Staaten. Weiter wird die Einhaltung der VN-Drogenkontrollverträge für das Jahr 2015 insbesondere in Ecuador, Frankreich, Jamaika, Marokko und den Philippinen ausgewertet. Daneben werden die 2015 durchgeführten „country missions“ des INCB vorgestellt, welche in Bahrain, Ghana, Honduras, Iran, Italien, der Republik Moldau, Timor-Leste und Venezuela stattfanden. Mit den jeweiligen Staaten diskutierte der INCB Maßnahmen und Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der Drogenkontrolle. Zudem wird die Umsetzung der in früheren „country missions“ ausgesprochenen Empfehlungen in sechs Staaten (Brasilien, Kuba, Nigeria, Pakistan, Peru und Serbien) bewertet. Dabei betont der INCB, wie wichtig die Zusammenarbeit und Kooperation der Staaten mit dem INCB sei.

Im weiteren Kontext geht der INCB auf die Kontrolle von Grundstoffen und die damit verbundenen neuen Entwicklungen und Herausforderungen, auf den Konsum von Benzodiazepinen unter älteren Menschen sowie auf NPS ein.

Im dritten Teil des Berichts analysiert der INCB die Situationen in den verschiedenen Regionen der Welt. Ostafrika hat sich zu einer wichtigen Transitregion für afghanisches Heroin entwickelt. Westafrika dagegen ist zu einer wichtige Quelle für „Amphetamine-type stimulants“ (ATS) geworden, vorzugsweise für Asien. Die Ausbreitung illegaler Märkte für derartige Stimulanzien bleibt weiterhin das größte Problem in Ost- und Südostasien; die schnelle Ausbreitung von NPS stellt eine weitere große Herausforderung dar. Die Konfliktsituation in einigen Ländern Westasiens und die damit einhergehenden Flüchtlingsströme bieten auch erhebliche Möglichkeiten für das organisierte Verbrechen im Zusammenhang mit Drogenschmuggel. In Ozeanien bemüht man sich um die Verstärkung von gemeinsamen Aktionen und Grenzkontrollen zur Bekämpfung des Drogenhandels.

Zentralamerika und die Karibik bleiben weiterhin ein großer Lieferant für Cannabis und bilden eine Transitregion für Kokain nach Nordamerika und Europa. Der Anbau von Kokapflanzen in Kolumbien ist entgegen früheren Trends wieder angestiegen; in Bolivien und

Peru ist dagegen weiterhin ein Rückgang zu verzeichnen. Nordamerika weist die höchste drogenbedingte Todesrate in der Welt auf.

Die Nutzung von NPS bleibt vor allem in West- und Zentraleuropa weiterhin ein Hauptproblem für den Schutz der öffentlichen Gesundheit. In Ost- und Südosteuropa liegt die Rate des injizierenden Drogenkonsums fünfmal über dem Weltdurchschnitt.

http://www.unis.unvienna.org/unis/en/events/2016/incb_2016.html

Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

Am 25. September 2015 wurde auf dem Gipfel der Vereinten Nationen in New York die „Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ verabschiedet. Sie hat die Form eines Weltzukunftsvertrages und soll helfen, allen Menschen weltweit ein Leben in Würde zu ermöglichen. Sie soll Frieden fördern und dazu beitragen, dass alle Menschen in Freiheit und einer intakten Umwelt leben können.

Das Zielsystem mit 17 Zielen und 169 Unterzielen hat ab dem 1. Januar 2016 die „Millennium-Entwicklungsziele“ aus dem Jahr 2000 ersetzt.

Die Agenda mit dem Titel „Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ wird als Dokument mit historischer Tragweite erachtet und liefert erstmals einen weltweit gültigen Umsetzungsplan für eine nachhaltige Entwicklung.

Deutschland hat sich u. a. für ein explizites Gesundheitsziel eingesetzt, das „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ soll. Als Unterziel ist die Stärkung der Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol verankert. Somit wurde das Thema „Drogen und Sucht“ auch dort hoch auf der globalen Agenda platziert. Link zur deutschen Fassung des Dokumentes:

<http://www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf>

INTERNATIONALE ENTWICKLUNGS- ZUSAMMENARBEIT

Die entwicklungspolitische Dimension der globalen Drogenproblematik

Das globale Drogenproblem – sowohl die Angebots- und Handels- als auch die Konsumproblematik – zeichnet sich nicht nur durch seine gesundheits- und sicherheitspolitische, sondern auch durch seine entwicklungspolitische Dimension aus. Dies wird am Beispiel des Anbaus von Drogenpflanzen wie Koka, Schlafmohn und Cannabis besonders deutlich: Fragile Staatlichkeit, defizitäre staatliche Präsenz und ungenügender Zugang zu öffentlichen sozioökonomischen Dienstleistungen in den Anbauregionen, Armut, bewaffnete Konflikte und massive kriminelle Gewalt, eingeschränkter Zugang zu Ressourcen wie Land und Wasser, eine mangelhafte physische Infrastruktur und fehlende Marktanbindung bilden oftmals die Ausgangslage für den illegalen Anbau und die illegale Produktion von Drogen. Die meisten dieser Faktoren finden sich in allen Hauptanbauregionen für Koka und Schlafmohn – den Vorläuferpflanzen für sogenannte harte Drogen wie Kokain, Crack, Heroin und Opium –, aber auch in einigen Anbaugebieten für Cannabis.

Koka wird nahezu ausschließlich in den Andenländern Bolivien, Kolumbien und Peru angebaut. Kolumbien war 2014 das Land mit der größten Anbaufläche (69.132 Hektar), gefolgt von Peru mit 42.900 Hektar. Der Anbau von Schlafmohn verteilt sich hingegen auf Asien und Lateinamerika. Hauptanbauland ist mit deutlichem Abstand Afghanistan (224.000 Hektar im Jahr 2014), gefolgt von Myanmar (57.600 Hektar). Daneben wird auch in Kolumbien, Mexiko, Laos und Guatemala Schlafmohn zum Zweck der illegalen Opiatproduktion angebaut. Laut Welttdrogenbericht 2015 wird Cannabis im Gegensatz zu den anderen beiden Drogenpflanzen auch in vielen Industrieländern – in der Mehrheit illegal – angebaut. Der Großteil der Anbauflächen findet sich jedoch in den Partnerländern der Entwicklungszusammenarbeit (EZ), so zum Beispiel in Nordafrika (Marokko: ca. 47.000 Hektar) und

in verschiedenen Ländern des mittleren Ostens sowie Süd- und Zentralasiens (z. B. Mongolei: 15.000 Hektar im Jahr 2013).

Drogenökonomien siedeln sich primär dort an, wo die strukturellen Rahmenbedingungen nur wenige alternative Einkommensquellen ermöglichen. Entgegen der allgemeinen Annahme macht sich für die Kleinbauern der Anbau der Drogenpflanzen nur selten bezahlt. Tatsächlich führen Drogenökonomien oft zur Verstärkung von Armut und bringen Unsicherheit, Korruption und Gewalt mit sich. Für einige Partnerländer der deutschen EZ ist die ungelöste Drogenproblematik damit zu einem der größten Entwicklungshemmnisse geworden. Durch die enge Verbindung zwischen Armut, Marginalisierung und der Problematik des Anbaus und der Produktion illegaler Drogen ergibt sich für die EZ ein Handlungsauftrag, dem sich nicht mit den in den Konsumländern herkömmlichen polizeilichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen im Umgang mit der Drogenproblematik begegnen lässt. Für die EZ gilt daher der Grundsatz, an den ursächlichen Entwicklungsdefiziten und nicht nur an den Symptomen der Drogenökonomien anzusetzen.

Eine weitere Herausforderung für die Länder, in denen Drogenpflanzen angebaut werden, stellt der sich dort entwickelnde Drogenkonsum dar. Gelten einige Regionen zunächst überwiegend als Produktionsgebiete, so ist im Laufe der Zeit oft auch ein erhöhter Drogenkonsum bei der lokalen Bevölkerung zu verzeichnen. Auch entlang der Transitrouten zwischen Anbau- und Konsumland kann eine Zunahme des Drogenkonsums festgestellt werden. Die Querbezüge zwischen Anbau-, Handels- und Konsumproblematik sind vielfältig: Der entwicklungspolitische Zusammenhang, auch mit Themen wie fehlendem Zugang zu Gesundheitssystemen und Schmerzmitteln, muss weiter untersucht werden, um entsprechende Handlungsoptionen zu generieren.

Reduzierung des Drogenanbaus durch Alternative Entwicklung (AE)

Für die meisten Kleinbauern, die ihre Lebensgrundlage durch den Anbau von Drogenpflanzen erwirtschaften, ist diese Art der Einkommensgenerierung tatsächlich nur wenig attraktiv. Allen Klischees zum Trotz ist empirisch belegbar, dass die meisten der betroffenen Bauern nicht nur häufig zum ärmsten Segment der ländlichen Bevölkerung zählen, sondern auch nach jahrelanger Betätigung in der Drogenökonomie weiterhin arm sind. Die Gewinnmargen für Kleinbauern haben nur sehr wenig mit den exorbitanten Gewinnsteigerungen im Drogenhandel zu tun. Faktisch sind Drogenpflanzen niedrigpreisige Agrarprodukte, die – wenn überhaupt – nur wenig mehr als andere, legale landwirtschaftliche Erzeugnisse einbringen, bei denen aber eine Abnahmegarantie durch die Zwischenhändler besteht. Mit dem Anbau dieser Pflanzen geht zudem ein hohes Risiko für die Kleinbauern einher: Staatliche Repression des illegalen Anbaus zählt ebenso dazu wie klimatische Auswirkungen auf den Anbau von Drogenpflanzen in Monokultur sowie die Willkür irregulärer Gewaltakteure und krimineller Netzwerke, die vielfach die Hauptabnehmer der Ernten sind. Es ist kein Zufall, dass illegale Anbauregionen für Drogenpflanzen meist fernab staatlicher Kontrollinstanzen in Bürgerkriegsregionen und Gebieten mit bewaffneten Konflikten liegen. Dies ist etwa der Fall in einigen Regionen Afghanistans, Kolumbiens und Myanmars. Für die betroffenen Familien existieren also starke Anreize, ein Leben in der Illegalität und Willkür aufzugeben und stattdessen legale Alternativen zu etablieren. An diesem Punkt setzt die EZ an.

Die Bundesregierung ist international einer der größten Geber im Bereich der AE. Das Bundesministerium

für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verfügt über mehr als drei Jahrzehnte Erfahrung auf diesem Gebiet und hat eine klare Position zum Umgang mit der Drogenanbauproblematik entwickelt. Sie beschreibt integrale Projekte der ländlichen Entwicklung zur Substitution des illegalen Drogenanbaus durch legale alternative Einkommensmöglichkeiten und eine Verbesserung der Lebenssituation der Kleinbauern. Mithilfe der geförderten Projekte sollen die strukturellen Ursachen des Drogenanbaus bekämpft werden, und das insbesondere durch die Diversifizierung landwirtschaftlicher Produktion in den Koka- und Schlafmohnanbauregionen, in denen die Drogenökonomie die Haupteinkommensquelle darstellt.

Bei der Reduzierung des Drogenpflanzenanbaus durch AE wird das BMZ durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) beraten. Die deutsche EZ finanziert derzeit drei vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen (VN) (UNODC) implementierte AE-Projekte in Bolivien, Peru und Myanmar. Daneben setzt die GIZ im Auftrag des BMZ und unter Führung der spanischen *EZ Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIAPP)* die Komponente *AE des COPOLAD-Vorhabens* (Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies) um, worüber zahlreiche Beratungs- und Pilotmaßnahmen im Bereich der AE mit fast allen Staaten Lateinamerikas stattfinden, in denen eine Anbauproblematik besteht.

Hinzu kommen beratende Tätigkeiten und die Durchführung und Wahrnehmung internationaler Dialogveranstaltungen und Konferenzen im Auftrag des BMZ. 2015 wurde die GIZ hierzu neben diversen Ver-



Ungefähr **27 Millionen Menschen** sind problematische Drogenkonsumenten, die Hälfte von ihnen injiziert Drogen.

anstaltungen in Berlin u. a. auch in Kolumbien, Uruguay sowie bei der Unterstützung der Internationalen Konferenz zu AE – ICAD II – in Thailand tätig.

Im Rahmen einer Delegationsreise nach Kolumbien unterzeichneten die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die kolumbianische Regierung im Februar 2015 eine gemeinsame Absichtserklärung zur Intensivierung der Zusammenarbeit beider Länder im Umgang mit der Drogenanbauproblematik und dem Schutz natürlicher Ressourcen, die hiervon häufig stark in Mitleidenschaft gezogen werden.

Den deutschen AE-Ansatz sehen viele internationale Partner als vorbildlich an, da ein entwicklungspolitischer Umgang mit der Drogenproblematik weiterhin keine Selbstverständlichkeit ist. Angesichts der zunehmenden Kritik am „Krieg gegen die Drogen“ stellen entwicklungspolitische Ansätze im Umgang mit der Drogenproblematik derzeit für viele Länder attraktive Politikalternativen dar. Die langjährige Erfahrung der deutschen EZ wird daher zunehmend von internationalen Partnern nachgefragt, die ihr Interesse an Dialog und Beratung zum Umgang mit der Drogenproblematik zum Ausdruck bringen. Insbesondere im Hinblick auf die Sondersitzung der Generalversammlung der VN zum Weltdrogenproblem (UNGASS 2016) bringt sich die Bundesregierung in die internationale Debatte zum Umgang mit Drogenpflanzenanbau aktiv ein und greift das Interesse anderer VN-Mitgliedstaaten am Austausch zu AE auf. Das BMZ führt hierzu in Zusammenarbeit mit Partnern der VN und der EU Dialog- und Beratungsformate mit interessierten Drittstaaten durch.

<https://www.giz.de/fachexpertise/downloads/giz2013-de-alternative-entwicklung-neu-gedacht.pdf>

DER ANBAU VON DROGENPFLANZEN IST EIN ENTWICKLUNGSPROBLEM:
**DER GROSSTEIL DER KOKA- UND SCHLAFMOHN-
 BAUERN IST AUCH NACH JAHRELANGER TÄTIGKEIT
 IMMER NOCH ARM.**

Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung

Die Bundesregierung vertritt vor dem Hintergrund der zunehmenden internationalen Polarisierung der Drogenpolitik einen „dritten Weg“, der sich zwischen den Extrempositionen eines Krieges gegen die Drogen und einer Öffnung der VN-Konventionen verorten lässt. Im Zentrum des Ansatzes der Bundesrepublik Deutschland stehen vielmehr entwicklungs- und gesundheitsorientierte Ansätze, für die sich die Bundesregierung international einsetzt. Vor diesem Hintergrund hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Schirmherrschaft des neuen Projekts „Globale Partnerschaft für Drogenpolitik und Entwicklung“ übernommen, das die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) seit August 2015 umsetzt. Das Vorhaben arbeitet u. a. in enger Abstimmung mit der Drogenbeauftragten an der Vorbereitung für die Sondersitzung der VN-Generalversammlung zum Weltdrogenproblem (UNGASS) 2016 und an der Umsetzung der Beschlüsse. Gleichzeitig berät das Vorhaben interessierte Partnerregierungen bei der Anpassung ihrer nationalen Drogenpolitik im Umgang mit der Produktion und dem Konsum illegaler Drogen.

<http://www.unodc.org/ungass2016/>

<https://www.giz.de/projektdaten/index.action#?region=0&countries=WW,AQ,ELN,IZR,KFS,KON,MFE,STL,URW,WWM,ZPS>



AUS DER PRAXIS

HIV-PRÄVENTION UND HARM REDUCTION IN NEPAL

In Nepal qualifiziert die deutsche EZ staatliche und nichtstaatliche Organisationen und Institutionen darin, ein nationales Substitutionsprogramm qualitativ hochwertig sowie flächendeckend und für möglichst viele Betroffene nachhaltig umzusetzen. Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen werden im Bereich der Substitutionsbehandlung beraten, die Ausbildung von Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung wird unterstützt und ein Überweisungs- und Referenzsystem zu relevanten Gesundheitsdiensten und anderen Unterstützungsleistungen wird eingeführt.

Um die Ausbildung von medizinischem Personal von externen Experten unabhängig zu gestalten, wurden ein nationales Curriculum und eine klinische Behandlungsrichtlinie zur Substitutionsbehandlung für medizinisches Personal entwickelt. Diese Dokumente dienen als verbindliche Grundlagen für die Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal sowie für die praktische Umsetzung und haben somit hohe Relevanz für die Ausweitung des nationalen Substitutionsprogramms. Basierend auf dem nationalen Curriculum wurde darüber hinaus für Ärzte der E-Learning-Kurs „Comprehensive Health Care for People Who Use Drugs“ entwickelt. Der Kurs ist fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung im Bereich der Substitutionsbehandlung. Sein modularer Aufbau ermöglicht eine zeitlich und räumlich flexib-

le Bearbeitung von Fallstudien, die die Komplexität der Behandlung von Menschen, die Drogen nutzen, widerspiegelt. Das Ziel ist eine qualitative Stärkung der Gesundheitsdienste für Drogenkonsumenten. Die deutsche EZ prüft zurzeit, inwieweit die Ausbildung adaptiert und in anderen Ländern umgesetzt werden kann.

Das nationale OST-Programm wurde mit Unterstützung der deutschen EZ und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) weiter ausgeweitet. Substitutionsprogramme sind derzeit landesweit an sieben staatlichen Provinz- und Distriktkrankenhäusern verfügbar. Anfang 2015 wurde mit der Ausweitung in den zivilgesellschaftlichen Sektor begonnen. Derzeit gibt es vier nichtstaatliche Substitutionsambulanzen, acht weitere sind geplant. Im Oktober 2015 hatte das Programm 1.100 Patienten. Im Rahmen des Programms wird das nepalesische Gesundheitsministerium auch darin unterstützt, Strukturen zur Hepatitisprävention, -diagnostik und -behandlung aufzubauen. Im Dezember 2014 wurde als erster Schritt in Kooperation mit dem GFATM eine Studie zur Hepatitis-C(HCV)-Behandlung initiiert, in der 350 Menschen (mit HCV-Mono- und HCV/HIV-Doppelinfektion) bis Juni 2016 behandelt werden.



Nationales OST-Programm



Vier nichtstaatliche Substitutionsambulanzen, acht weitere sind geplant.



Im Oktober 2015 hatte das Programm 1.100 Patienten.



Im Rahmen des Programms wird das nepalesische Gesundheitsministerium auch darin unterstützt, Strukturen zur Hepatitisprävention, -diagnostik und -behandlung aufzubauen.



Im Dezember 2014 wurde als erster Schritt in Kooperation mit dem GFATM eine Studie zur Hepatitis-C(HCV)-Behandlung initiiert, in der 350 Menschen (mit HCV-Mono- und HCV/HIV-Doppelinfektion) bis Juni 2016 behandelt werden.

4 DER EUROPÄISCHE DROGENMARKTBERICHT 2016 IM ÜBERBLICK

Am 5. April 2016 haben die Europäische Kommission, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und EUROPOL den aktuellen Drogenmarktbericht vorgestellt. Die wesentlichen Inhalte im Überblick:

Was wird in Europa konsumiert?

In einem großen Teil der internationalen Suchtsurveys zeigen sich leichte Anstiege der berichteten Prävalenzen von eher verbreiteten illegalen Substanzen, insbesondere Cannabis und Stimulanzien. Der Wirkstoffgehalt der meisten beobachteten Substanzen ist auf einem gleichbleibend hohen Niveau oder steigt sogar an.

Cannabis ist nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge in Europa; es wird geschätzt, dass ca. 1 Prozent der europäischen Bevölkerung fast täglich oder täglich Cannabis konsumiert. Der Handel mit Cannabis ist inzwischen zu einer großen Verdienstquelle für das organisierte Verbrechen geworden und macht den größten Anteil am Drogenmarkt aus. Europaweit werden aktuell verschiedenste politische Strategien zum Umgang mit Cannabis diskutiert. Unter anderem ist es wichtig, eine Strategie für die gemeinsame Kontrolle von Tabak und Cannabis zu entwickeln, da in Europa beide Substanzen fast immer gemeinsam konsumiert werden.

Im Bereich der Stimulanzien finden sich in Abwasseranalysen europaweit deutliche regionale Unterschiede. Kokain wird vermehrt in West- und Südeuropa konsumiert, wohingegen Amphetamine häufiger in Nord- und Osteuropa konsumiert werden. Regional zeigen sich Probleme mit intravenösem Konsum von Amphetaminen sowie riskantem Sexualverhalten. Beide Verhaltensweisen stehen im Zusammenhang mit dem Anstieg von HIV in den entsprechenden

Subgruppen. Der Konsum von MDMA, der lange Zeit nur noch eine geringe Rolle spielte, scheint nach einigen Indikatoren erneut zu steigen.

Unter den Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS) sind synthetische Cannabinoide die am weitesten verbreiteten. NPS-Konsumenten wissen häufig nicht, welche Stoffe sie konsumieren und welche Gefahren damit verbunden sind. Dies macht auch eine schnelle, effektive Hilfe bei Konsumenten, die etwa in ein Krankenhaus gebracht werden, schwierig. Für das synthetische Cathinon alpha-PVP wurden bereits über 200 akute Intoxikationen und über 100 Todesfälle in Europa berichtet.

Drogentodesfälle

Bei Drogentodesfällen spielen nach wie vor Opioide (Heroin sowie synthetische Opioide) eine entscheidende Rolle. In einigen Ländern stieg die Zahlen der Drogentodesfälle erneut an, in manchen davon insbesondere der Anteil an durch illegal gehandelte Substitutionsmittel verursachten Todesfällen.

Drogenmärkte und Strafverfolgung

Der europäische Drogenmarkt zeichnet sich durch eine weiter steigende Komplexität aus, die die Strafverfolgung vor neue Herausforderungen stellt. Neben den „klassischen“ Drogen wird das verfügbare Spektrum an NPS immer größer. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass der illegale Handel mit Medikamenten ansteigt. Während die Drogenherstellung früher hauptsächlich in anderen Ländern stattfand, von wo aus die Drogen nach Europa importiert wurden, verschiebt sich die Produktion nun zunehmend nach Europa selbst. Hinzu kommt der ansteigende Vertrieb über das Internet, der Drogenhändlern neue Möglichkeiten eröffnet.

DANKSAGUNG

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden, Organisationen und Privatpersonen für ihre Beiträge und Darstellungen der Sucht- und Drogenpolitik.

Die Drogen- und Suchtpolitik lebt von engagierten Menschen. Ihnen gilt unser besonderer Dank.

Der Drogen- und Suchtbericht erscheint ohne Beispielprojekte aus den Bundesländern und von Externen. Diese sind im Anhang enthalten, der ausschließlich online angeboten wird. Der Drogen- und Suchtbericht, der Projektanhang sowie weitere aktuelle Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik sind im Internet abrufbar unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de>





Stichwortverzeichnis

- A** Agenda 2030..... 179
 Alkohol..... 08–29, 51, 59, 71, 73, 76, 100, 108, 109, 113, 125, 138, 140–145, 147–151, 153, 154, 161, 179
 Alkoholabhängigkeit..... 14, 117, 123, 152
 Alkoholprävention..... 21, 23, 25, 124, 131
 Alkoholvergiftung..... 13, 143
 Alkoholfreie Cocktails..... 29
 Alternative Entwicklung..... 181, 182
 Amphetamine..... 20, 59, 66, 68, 72, 111, 175, 176, 179, 184
 Amphetamin-Typ-Stimulanzien..... 67, 72
 Amphetaminkonsum..... 111
 Anti-Doping-Gesetz..... 171
 Ausbildungserfolg..... 38–140
 Auszubildende..... 48, 49, 124, 138
 Automatenenspiel..... 89
- B** Baden-Württemberg..... 36, 67, 118, 138
 Bayern..... 36, 65, 67, 72, 75, 111, 112, 138, 146
 Benzodiazepine..... 43, 52, 164
 Betäubungsmittelgesetz..... 59, 82, 166
 BMZ..... 181, 182
 Breaking Meth..... 70, 71
 Bundeswehr..... 131, 132
- C** Cannabis..... 20, 59–61, 76–80, 83, 84, 105, 134, 138, 140, 144, 145, 151–153, 175, 176, 179, 180, 184
 Comprehensive health care for People Who Use Drugs..... 183
 Computerspiel- und Internetabhängigkeit..... 99–101, 106, 115, 116
 Crystal Meth..... 59, 66, 69, 72, 74–76, 85, 105, 106, 111–113, 124, 127, 133, 151
- D** Danksagung..... 185
 Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)..... 41, 119, 120
 Diagnostische Kriterien..... 16, 93, 109
 Diamorphin..... 169
 Doping..... 171
 Drogenaffinitätsstudie..... 11, 33, 43, 60, 66, 75, 77, 100, 111
 Drogenanbau..... 176, 181
 Drogenbedingte Todesfälle..... 65
 Drogenberatungsstellen..... 72, 80, 112
 Drogenhandel..... 166, 179, 181
 Drogenhotline..... 152
 Drogenkonsumräume..... 61–63
 Drug Scout..... 70
 DSM-5..... 99, 101, 102
- E** EBDD..... 81, 82, 174, 184
 Entwicklungszusammenarbeit..... 172, 176, 180
 Entzug..... 69, 77, 152
 E-Zigarette..... 24, 40, 41, 43–46, 52, 105, 120, 163, 165
 E-Shisha..... 24, 40, 41, 43, 44, 52, 120
- F** FASD..... 13–19, 108, 109
- G** GIZ..... 181, 182
 Glücksspiel..... 07, 89–96, 151, 154
 Grundstoffüberwachung..... 166

- H** Hamburg..... 36, 45, 50, 56, 62, 63, 65, 72, 75, 86, 87, 102, 103, 140
 Harm Reduction..... 183
 Hackedicht-Schultour..... 26, 27, 124
 Heroin..... 59, 60, 64, 66, 84, 85, 166, 175, 176, 179, 188, 184
 Hessen..... 36, 62, 63, 124, 138, 146
 HIV/AIDS..... 59, 63, 72, 159, 175, 183, 184
- I** Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“..... 13, 22, 25
 Internationales..... 172, 175–178, 180–182, 184
 Internetabhängigkeit..... 99, 100, 103, 106, 115, 116
- J** Jahrestagung der Drogenbeauftragten..... 113, 115
 Jugendfilmtage..... 22, 24, 51
 Jugendschutzgesetz..... 21, 41, 120, 162
- K** Kinder aus suchtbelasteten Familien..... 106, 117
 Kenn-dein-Limit..... 14, 23, 25
 Klasse2000..... 03, 120, 146, 147
 Kokain..... 59, 60, 66, 83–85, 87, 134, 153, 175, 176, 179, 180, 184
 Kommunale Alkoholprävention..... 23
 Komorbidität..... 69–71
 K.-O.-Tropfen..... 86, 178
 Kriminalprävention..... 133
- L** Legal Highs..... 81–83, 166
- M** Medienabhängigkeit..... 115
 Medikamente..... 07, 55–59, 66, 133, 137, 145, 151, 154, 184
 Methamphetamin..... 66–71, 75, 85, 111, 112, 134, 166, 176
 Methamphetaminkonsum..... 66, 70, 75, 111
 MDMA..... 76, 85, 184
 Mütter..... 13–16, 69
- N** Nationales Substitutionsprogramm..... 183
 Nepal..... 183
 Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)..... 65, 81–83, 132, 133, 151, 166, 174, 177, 179, 184
 Niedersachsen..... 23, 36, 62, 63, 102
 Nordrhein-Westfalen..... 24, 36, 62, 63, 65, 72, 75, 124, 138
- O** Öffentlichkeitsarbeit..... 26, 106, 121, 122, 125, 150, 155
 Online-Suchtselbsthilfe..... 70
- P** Passivrauchen..... 43, 52, 164
 Podcast..... 124, 125
 Prävalenz von FASD..... 16
 Prävention..... 18, 22, 26, 55, 61, 67, 70, 75, 96, 100, 101, 103, 104, 108, 109, 112–116, 120, 128, 130, 131, 144, 145, 148, 150–152, 156, 158, 174, 175, 179, 183
 Pressemitteilungen..... 121, 124
 Projekt des Monats..... 19, 48, 124
- R** Rätselspaß..... 105
 Rentenversicherung..... 152

S S3-Leitlinie..... 16, 17, 46, 108
 Sachsen..... 36, 65, 67, 72, 75, 111, 112
 Sachsen-Anhalt..... 36, 67, 72, 111, 138
 Safe – sauber feiern..... 144
 Schleswig-Holstein..... 23, 138
 Schwangerschaft..... 09, 13–18, 25, 43, 57, 72, 108, 142, 143
 Selektive Prävention..... 130
 Setting Schule..... 19, 22, 51
 Shisha..... 24, 40, 41, 43, 44, 52, 119, 120, 164
 Station B3.1..... 76, 77, 124
 Stillzeit..... 13, 14, 108, 143
 Substanzkonsum..... 90, 133–139, 144, 145
 Substitution..... 166–170, 176, 181, 184
 Suchtselbsthilfe..... 70
 Suchtstoffkommission..... 175, 177
 SZL Suchtzentrum gGmbH..... 70

T Tabak..... 09, 17, 31, 32, 36, 39, 41, 42, 46–49, 51, 59, 79, 119, 125, 130, 131, 138, 140–145, 147, 149–151, 162, 163, 165, 184
 Tabakprävention..... 48, 51, 119, 120
 Tabakproduktrichtlinie..... 120, 162, 163, 165
 Tabaksteuer..... 162, 164
 Tag der offenen Tür..... 126
 Telefonaktionen..... 25
 THC..... 79
 Therapie..... 21, 28, 52, 55, 61, 69, 70, 93, 94, 100, 101, 108, 115, 138, 174
 Thüringen..... 36, 67, 72, 111
 Treppe aufwärts..... 122, 127

U UNGASS 2016..... 175, 177, 182
 UNODC..... 82, 84, 175–177, 181, 182

V Verbraucherschutz..... 161
 Vereinte Nationen..... 175
 Verhaltenssuchte..... 99
 Vorgestellt..... 15, 20, 27, 73, 76, 148, 155

W Wasserpfeife..... 42–44, 51, 105, 164
 WHO..... 59, 103, 154, 162, 164, 177, 178

Z Zentrum für Interdisziplinäre
 Suchtforschung (ZIS)..... 45, 50, 56, 70, 86
 Zigarettschmuggel..... 162–164



Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNGEN

01	Trend regelmäßiger Alkoholkonsum.....	12	20	Qualifizierungsangebote von „PA-TRES“ und „astra“.....	49
02	Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen.....	13	21	Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen.....	60
03	Verbreitung des Rauchens bei den 12- bis 17-jährigen und den 18- bis 25-Jährigen und nach Geschlecht von 2001 bis 2014.....	33	22	Drogenkonsumräume in Deutschland – alle Standorte.....	62
04	Verbreitung des Nierauchens bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und den 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2014.....	34	23	Der Ablauf einer FreD-Intervention.....	71
05	Entwicklung der Raucheranteile in Prozent.....	36	24	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei den 12- bis 17-Jährigen und den 18- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2015.....	78
06/07	Deutschlandkarten Raucheranteile bei über 18-jährigen Männern und Frauen in Deutschland.....	37	25	Trends Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel in den BZgA-Surveys 2007 bis 2015.....	90
08/09	Deutschlandkarten Raucheranteile bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.....	38	26	Trends problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten nach Geschlecht in den BZgA-Surveys 2009 bis 2015.....	91
10/11	Deutschlandkarten durch Rauchen bedingte Todesfälle.....	39	27	Erhebungsablauf, Zielvariablen und Teilnahmeraten der Katamneseerhebung.....	93
12/13	Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen.....	40	28	Erfüllte Kriterien des Pathologischen Glücksspiels ein Jahr nach Therapieende.....	94
14	Konsum von E-Zigaretten durch Raucher, ehemalige Raucher und Nie-Raucher.....	40	29	Studierende mit leistungsbezogenem Substanzkonsum – 2014 und 2010 im Vergleich.....	134
15	Jemalskonsum von E-Zigaretten und E-Shishas bei 12- bis 17-Jährigen.....	41	30	Hirndopende und Soft-Enhancende nach Altersgruppen.....	135
16	Wasserpfeifenkonsum von 12- bis 17-jährigen; Jemalskonsum und Konsum innerhalb der letzten 30 Tage.....	42	31	Satisfaction-with-Life-Score nach Substanzkonsum.....	137
17	Anteile der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und der 18- bis 25-Jährigen, die den Konsum von Wasserpfeife, E-Zigarette und E-Shisha schon einmal ausprobiert haben, von 2007 bis 2015.....	44	32	Indikatoren des Ausbildungserfolges in Abhängigkeit von der Zahl der konsumierten Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis oder andere illegale Drogen).....	140
18	Abstinenzquote nach einem Jahr.....	46	33	Anzahl der teilnehmenden Klassen in den jeweiligen Schuljahren seit Beginn des Programms.....	146
19	10 Jahre „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung.....	47	34	Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2015.....	167

35	Anzahl meldender substituierender Ärzte von 2002 bis 2015.....	168
36	Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel.....	169
37	Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2015.....	170

TABELLEN

01	Durchschnittliches Nutzungsverhalten bei Wasserpfeifen/Zigaretten.....	43
02	Zusammenstellung der jährlichen Tabakwerbeausgaben (in 1.000 Euro).....	45
03	Drogenkonsumräume in Deutschland – alle Standorte.....	63
04	Sieben Typen von Methamphetamin – Konsumierenden in Deutschland.....	70
05	Nutzergruppen des Portals.....	70
06	Veränderung des Ausbildungsstatus in Abhängigkeit vom Berufsfeld.....	138
07	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS Ambulant, 2014).....	153
08	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	153
09	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt.....	168

Bildnachweise:

Titel: ©Kaesler Media/shutterstock.com, ©Omega1982/shutterstock.com, ©AleksandarNakic/istock.com, ©101cats/istock.com, ©kynny/istock.com, ©adimas/Fotolia.com, ©mbbirdy/istock.com

Innen: S. 05 ©Gina Sanders/Fotolia.com, S. 07 ©Photographee.eu/Fotolia.com, S. 08 ©AleksandarNakic/Fotolia.com, S. 11 ©Preechath/Fotolia.com, S. 29 ©ExQuisine/Fotolia.com, S. 30 ©Omega1982/shutterstock.com, S. 43 ©Hayati Kayhan/Fotolia.com, S. 54 ©blackboard1965/Fotolia.com, S. 58 ©Jag_cz/Fotolia.com, S. 64 ©Diana Taliun/Fotolia.com, S. 65 ©mrkevzime/Fotolia.com, S. 66 ©Dani Simmonds/Fotolia.com, S. 67 ©Constantinos/Fotolia.com, S. 68 ©robtek/Fotolia.com, S. 77 ©Picture Partners/Fotolia.com, S. 79 ©jeremynathan/Fotolia.com, S. 83 ©Viktor/Fotolia.com, S. 85 ©Africa Studio/Fotolia.com, S. 87 ©yvdauid/Fotolia.com, S. 88 ©adimas/Fotolia.com, S. 91 ©Artem Zamula/Fotolia.com, S. 98 ©kynny/istock.com, S. 101 ©Petr Malyshev/Fotolia.com, S. 106/S. 110 ©Kaesler Media/shutterstock.com, S. 116 ©Andrae Martyna/Fotolia.com, S. 118 ©EdnaM/istock.com, S. 119 ©Volodymyr Krasnyuk/istock.com, S. 120 ©Givaga/Fotolia.com, S. 121 ©svort/Fotolia.com, S. 128 ©mbbirdy/istock.com, S. 139 © Stephen Orsillo/shutterstock.com, S. 139 ©Portogas D Ace/shutterstock.com, S. 156 ©101cats/istock.com, S. 158 ©gertrudda/Fotolia.com, S. 160 ©MOLPIX/istock.com, S. 163 ©Vitalina Rybakova/istock.com, S. 165 ©robert-sijan/istock.com, S. 171 ©Fisher Photostudio/shutterstock.com, S. 172 ©Andrey Kuzmin/Fotolia.com, S. 176 ©max777/shutterstock.com, S. 183 ©t_kimura/istock.com, S. 185 ©Rawpixel Ltd/istock.com



Hinweise/ Impressum

Diese Publikation (Print- und Onlineausgabe) wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich sind besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

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

GENDER-HINWEIS:

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

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Redaktion:

Andreas Deffner, Verena Christin Hörmann

Stand:

Juni 2016

Gestaltung/Satz:

Zweiband.media, Berlin
www.zweiband.de

Lektorat:

Marta Ehmcke

Druck:

Bonifatius GmbH, Paderborn

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11012
Drogen- und Suchtbericht der
Bundesregierung 2016

Telefon: 030 182 722 721*

Schreibtelefon für

Gehörlose und

Hörgeschädigte: 0180 599 6607*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 0180 577 80 94*

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

