

Drogen- und Suchtbericht

Mai 2008

www.drogenbeauftragte.de

Vorwort



Sabine Bätzing

„Gemeinsam für ein selbstbestimmtes Leben.“ Dieser Satz könnte das Motto aller Menschen sein, die sich tagtäglich gemeinsam für ein suchtfreies Leben einsetzen. Wir brauchen zielgerichtetes und kooperatives Engagement in unserer Gesellschaft. Wir sind nur dann erfolgreich, wenn wir dabei alle an einem Strang ziehen.

Allen Süchten, ob nach den „Alltagsdrogen“ Alkohol, Tabak, Medikamenten oder ob nach den illegalen Drogen, ist eines gemein: Sie lenken das Denken und Handeln des Süchtigen und nehmen ihm Stück für Stück einen Teil seiner persönlichen Freiheit und Selbstbestimmtheit.

Die Sucht und all ihre negativen Begleiterscheinungen betreffen nicht nur Menschen in Deutschland. Sucht und Drogen kennen keine Grenzen. Wir müssen Ihnen daher auch grenzübergreifend begegnen, in Europa und weit darüber hinaus. Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 haben wir erfolgreich genutzt, um die europäische und internationale Zusammenarbeit zu stärken.

Als Drogenbeauftragte der Bundesregierung setze ich national wie international auch weiterhin auf die vier bewährten Säulen der Sucht- und Drogenpolitik. Diese vier Säulen setzen sich zusammen aus der Prävention, der Beratung, Behandlung und Rehabilitation, der Überlebenshilfe und Schadensreduzierung sowie der Regulierung und Angebotsreduzierung.

Für eine erfolgreiche Sucht- und Drogenpolitik brauchen wir ein ganzes Bündel an verschiedenen Maßnahmen. Dazu gehören Gesetze, wie die Nichtraucherschutz-

gesetze, aber auch Kampagnen, Modellvorhaben und vieles andere mehr. Besonders wichtig ist mir die Suchtprävention, sie ist unverzichtbar, um den Einstieg in die Sucht zu verhindern. Hier sind wir alle gefragt. Besonders für Kinder und Jugendliche ist es entscheidend, welches Verhalten ihnen die Erwachsenen vorleben und welche Einstellungen und Haltungen sie ihnen vermitteln. Wir müssen uns bewusst machen, dass wir alle eine Vorbildfunktion haben.

Eine afrikanische Redewendung besagt: „Zur geglückten Erziehung eines Kindes braucht es das ganze Dorf.“ Das stimmt, auch im übertragenen Sinne: Für eine erfolgreiche Sucht- und Drogenpolitik brauchen wir insgesamt nicht nur ein selbstbewusstes Kind und eine funktionierende Familie, wir brauchen auch eine aufmerksame und kooperative Gesellschaft, um möglichst allen Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Dass Suchtkranke und ihre Angehörigen in Deutschland bei ihrem beschwerlichen Weg aus der Sucht kompetente Hilfe finden, verdanken sie dem Engagement aller Akteure im Drogen- und Suchthilfebereich, in der Selbsthilfe und in der Forschung. Sie setzen ihre ganze Kraft und Energie dafür ein, den Suchtkranken und ihren Angehörigen die bestmögliche Unterstützung zu geben. Ebenso wichtig ist aber auch das Engagement all derjenigen Menschen, die sich in der Suchtprävention dafür einsetzen, dass Sucht gar nicht erst entsteht. Auch dieses Jahr möchte ich Ihnen daher wieder exemplarisch zehn Menschen aus verschiedenen Bereichen der Suchtprävention, -forschung und -hilfe vorstellen, die sich auf ihrem Gebiet besonders verdient gemacht haben.

Ihnen und allen Menschen, die sich gemeinsam für ein selbstbestimmtes Leben ohne Sucht und Drogen einsetzen, gilt mein besonderer Dank!

Sabine Bätzing
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

A	2007 – Ein bewegtes Jahr für die Sucht- und Drogenpolitik	10
B	Europäische und internationale Zusammenarbeit	17
1	Sucht- und Drogenpolitik in der Europäischen Union	17
1.1	Drogenpolitik in der EU	17
1.1.1	Die Grundlagen: EU-Drogenstrategie und Drogenaktionsplan	17
1.1.2	Deutsche EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007	
	Horizontale Gruppe Drogen (HDG)	18
1.1.3	EU-Ratsempfehlung zu Drogen und Haft	20
1.1.4	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)	20
1.1.5	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)	21
1.1.6	Synthetische Drogen	22
1.1.7	Grundstoffüberwachung	22
1.1.8	Außenbeziehungen der EU	23
1.1.9	Twinning-Projekte in Europa	23
1.2	Tabakpolitik in der EU	24
1.2.1	Grünbuch für ein rauchfreies Europa zum Nichtraucherschutz in der EU	24
1.2.2	Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie in deutsches Recht	24
1.2.3	Tabakproduktrichtlinie der EU	25
1.2.4	Die HELP-Kampagne in Europa – Für ein rauchfreies Leben	25
1.3	Alkoholpolitik in der EU	26
1.4	EU-Gesundheitsprogramm – konkrete Beispiele europäischer Zusammenarbeit	27
1.4.1	Pathways for Health Project (PHP)	27
1.4.2	Projekt „Building Capacity“	28
1.5	EU-Rahmenforschungsprogramm – konkrete Beispiele europäischer Zusammenarbeit	29
2	Internationale Zusammenarbeit	29
2.1	Vereinte Nationen	30
2.1.1	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)	31
2.1.2	UNGASS Review	32
2.2	Internationale Entwicklungszusammenarbeit	32
2.2.1	Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle	33
2.2.2	Partnerschaften stärken	34
2.3	Pompidou-Gruppe beim Europarat	35
2.4	Bilaterale Zusammenarbeit	36
2.4.1	Deutsch-österreichische Zusammenarbeit	36
2.4.2	Deutsch-französische Zusammenarbeit	36
2.4.3	Deutsch-peruanische Zusammenarbeit	36
2.5	Weltgesundheitsorganisation (WHO)	37
2.5.1	Umsetzung der WHO-Tabakrahmenkonvention	37
2.5.2	Umsetzung der WHO-Alkoholstrategie	37

C	Suchtstoffe und Suchtformen	38
1	Tabak	38
1.1	Internationale und europäische Tabakpolitik	38
1.2	Prävention	38
1.2.1	Nichtraucherschutzgesetze	38
1.2.2	Verbesserungen des Jugendschutzes Umrüstung der Zigarettensautomaten	39
1.2.3	„rauchfrei“-Kampagne der BZgA für die Zielgruppe der Jugendlichen	40
1.2.4	„Be Smart – Don’t Start“: Der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen	41
1.2.5	Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens im Bereich der Schule	41
1.2.6	Die rauchfreie Schule – vom Verbot zum gelebten Nichtraucherschutz Fachtagung vom 22.–23. Januar 2008 in Hannover	42
1.3	Beratung und Behandlung	44
1.3.1	„rauchfrei“-Kampagne zur Tabakentwöhnung der BZgA	44
1.3.2	Modellprojekt „Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser“	47
1.3.3	Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer und der BZgA	48
1.3.4	Beispiel-Projekte der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Tabakentwöhnung	48
1.4	Angebotsreduzierung	49
1.4.1	Studienreihe Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen	49
1.4.2	Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel	50
1.4.3	Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship	50
1.5	Forschung	51
1.5.1	Studienreihe „Rauchen im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinofilmen“	51
1.5.2	Ergebnisse der Projekte aus den vier deutschen Forschungsverbänden zur Suchtforschung	51
2	Alkohol	55
2.1	Europäische und internationale Alkoholpolitik	55
2.2	Prävention	55
2.2.1	Aktionswoche 2007 „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“	55
2.2.2	Plattform „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ der BZgA	57
2.2.3	Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen	58
2.2.4	Modellprojekt „HaLT“: Bundesweite Implementierung	59
2.2.5	Kampagne zur Alkoholprävention bei Jugendlichen „Na Toll!“ / „Bist du stärker als Alkohol?“	60
2.2.6	Maßnahmen zur Verbesserung des Jugendschutzes	61
2.2.7	Selbsttest „check your drinking“ und Programm „change your drinking“	61
2.2.8	„Alkoholprävention vor Ort“ – Dritter Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention: Evaluation und Zukunft der Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“	61
2.2.9	Beispielgebende Projekte aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	61
2.3	Beratung und Behandlung	63
2.3.1	Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom (FASD)	64
2.3.2	Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	65
2.4	Regulierung und Angebotsreduzierung	66
2.4.1	Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger	66

2.4.2	Projekt „ELSA“ – Fazit des Berichts über Alkoholwerbung	66
2.5	Forschung: Projekte der vier deutschen Forschungsverbände zur Suchtforschung	67
3	Medikamente	69
3.1	Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	69
3.2	Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer	72
3.3	Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport	72
4	Cannabis	74
4.1	Situation in Europa	74
4.2	Situation in Deutschland	74
4.2.1	Daten aus bundesweiten Befragungen	74
4.2.2	Daten des Bundeskriminalamtes	74
4.3	Beratung und Behandlung von Cannabiskonsumierenden	75
4.3.1	Projekt FreD – „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“	75
4.3.2	Fünf-Länder-Projekt INCANT	76
4.3.3	Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“	77
4.3.4	Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“	77
4.3.5	Modellprojekt CANDIS	77
4.4	Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis	78
4.5	Forschung: Projekt „Can Stop“	78
5	Heroin und andere Drogen	79
5.1	Daten zur Drogenkriminalität in Deutschland	79
5.1.1	Drogentodesfälle in Deutschland	79
5.1.2	Sicherstellungen	80
5.1.3	Labore	82
5.2	Entwicklung und Prävention drogenbedingter Verkehrsunfälle	82
5.3	Prävention von Begleiterkrankungen sowie Prophylaxe von HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum	84
5.3.1	Hepatitis-Prävention	84
5.3.2	HIV und Drogenkonsum	84
5.3.3	HIV- und Hepatitisprävention in Haft	85
5.4	Beratung und Behandlung	86
5.4.1	Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung	87
5.4.2	Substitutionsregister	88
5.4.3	Substitution in der medizinischen Rehabilitation	91
5.4.4	Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger	92
5.5	Regulierung und Angebotsreduzierung	93
5.5.1	Gesetzliche Veränderungen in der BtMVV	93
5.5.2	Neues Grundstoffüberwachungsgesetz	93
5.6	Forschung	93
5.6.1	Forschungsverbund Bayern/Dresden	94

5.6.2	Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen	94
5.6.3	Deutsches Suchtforschungsnetz	95
5.6.4	Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS-Studie)	95
6	Glücksspiel	96
6.1	Glücksspiel und Prävention der Glücksspielsucht	96
6.2	Der neue Staatsvertrag zum Glücksspielwesen	96
6.3	Beitrag der Länder zur Glücksspielsuchtprävention und -beratung	96
6.4	Kooperation zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB)	97
6.5	Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“	98
6.6	Werkstattgespräche der Drogenbeauftragten zur Glücksspielsuchtprävention	98
D	Suchtstoffübergreifende Prävention	99
1	Kampagne „Kinder stark machen“ der BZgA	99
2	Deutsches Forum Kriminalprävention	100
3	Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule	101
4	„KlarSicht“ – Mitmach-Parcours der BZgA zu Tabak und Alkohol	102
5	Suchtprävention im Internet	102
5.1	Internetplattform www.drugcom.de	102
5.2	Bundesweite Vernetzung „PrevNet.de“ und Dokumentation „Dot.sys“	103
6	Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“	104
7	Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“	104
8	Suchtprävention in der betrieblichen Berufsausbildung	105
9	Suchtprävention in der Bundeswehr	105
10	Integrationsprojekte zur Suchtprävention für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten	107
11	Beispiel-Projekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung	108
E	Versorgungssystem	110
1	Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen	110
1.1	Gesetzliche Veränderungen	110
1.2	Suchtberatung als Leistung nach § 16 SGB II	110
2	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung	111
2.1	Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in den Jahren 1997–2007 (Deutsche Rentenversicherung)	111
2.2	Gewährleistung einheitlicher Standards hinsichtlich der Behandlungsdauer Alkoholabhängiger	111
2.3	Qualitätssicherung der Suchtrehabilitation der Rentenversicherung	112
2.4	Qualitätssicherung der (ambulanten) Suchtrehabilitation	113
2.5	Themen und Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV)	114
3	Suchtrehabilitation als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung: Kostenübernahme von Entwöhnungsbehandlungen bei Haftentlassungen nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	115

4	Gesetzliche Neuregelungen für den Maßregelvollzug: Unterbringung straffällig gewordener Suchtkranker in einer Entziehungsanstalt	116
5	Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen	116
6	Integrierte Versorgung und Suchthilfenetzwerke	118
7	Genderspezifische Beispiele in der Versorgung Suchtkranker	120
8	Ergebnisqualität der stationären Therapie Sucht- und Drogenkranker	121
F	Selbsthilfe	122
1	Verbände der Suchtselbsthilfe	122
2	Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung	123
3	Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund	124
	Danksagung	125
	Hinweise	126

2007 – Ein bewegtes Jahr für die Sucht- und Drogenpolitik

Im zweiten Jahr der Amtszeit von Sabine Bätzing als Drogenbeauftragte der Bundesregierung konnte die Bundesregierung auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene wichtige sucht- und drogenpolitische Themen und Aktivitäten voranbringen, weiterentwickeln und ausbauen.

Schwerpunkthemen der Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung waren auf nationaler Ebene unter anderem der Nichtraucherschutz, die Alkoholprävention bei Jugendlichen sowie die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung.

Gleichzeitig war das Jahr 2007 aufgrund der deutschen EU-Ratspräsidentschaft auch ein Schwerpunktjahr für die internationale und europäische Sucht- und Drogenpolitik, die auch ein besonderer Schwerpunkt dieses Berichtes ist.

Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft

Im ersten Halbjahr 2007 standen die internationalen sucht- und drogenpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung im Zeichen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft.

Ein Blick über den nationalen „Tellerrand“ hinaus ist in Zeiten der Globalisierung auch im Bereich der Sucht- und Drogenpolitik notwendig. Die Produktion und der Handel mit Drogen und anderen Suchtmitteln sowie die Entstehung und Verbreitung von Sucht und Drogenabhängigkeit sind zunehmend grenzüberschreitende Phänomene. Sie sind immer stärker wechselseitig miteinander verknüpft und ihnen kann nur durch nationale und internationale Maßnahmen entgegengewirkt werden. Deshalb hat die internationale Zusammenarbeit in der Drogenpolitik in den letzten Jahren erheblich an Umfang und Bedeutung zugenommen.

Während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 übernahm Deutschland den Vorsitz in der Horizontalen Gruppe Drogen (HDG), einer EU-Rats-Arbeitsgruppe, die die drogenpolitischen Aktivitäten auf EU-Ebene koordiniert.

Vorrangiges Ziel der deutschen Ratspräsidentschaft war es, die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 zu überprüfen und zu evaluieren.

Die Zeit der deutschen EU-Ratspräsidentschaft wurde auch erfolgreich genutzt, um die europäische und inter-

nationale Zusammenarbeit weiter zu festigen. Dazu dienten die Arbeit in den Ratsgremien und gemeinsame Konferenzen, wie das Treffen der Nationalen Drogenkoordinatoren der EU-Mitgliedsstaaten unter Vorsitz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Mai 2007 in Berlin.

Tabakkonsum reduzieren und vor den Gefahren des Passivrauchens schützen

In Deutschland sind seit 2001 die Raucherzahlen bei den Jugendlichen von 28 % (2001) auf 18 % (2007) zurückgegangen. Das zeigt, dass die verschiedenen Maßnahmen der Bundesregierung zur Reduzierung des Tabakkonsums erfolgreich sind.

In Deutschland raucht immer noch über ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung. Das entspricht etwa 16 Millionen Menschen. Jährlich sterben in Deutschland etwa 140.000 Menschen an den Folgen des Rauchens und etwa 3.300 Menschen durch Passivrauchen. Daher ist es erforderlich, die Anstrengungen zur Reduzierung des Rauchens und Passivrauchens fortzusetzen.

Das Jahr 2007 war ein großer Erfolg für den Nichtraucherschutz in Deutschland.

Auf Bundesebene hat die Bundesregierung ein Nichtraucherschutzgesetz auf den Weg gebracht, das – entsprechend der gesetzgeberischen Zuständigkeit des Bundes nach dem Grundgesetz – für alle öffentlichen Einrichtungen des Bundes und den öffentlichen Nahverkehr ein Rauchverbot einführt. Gleichzeitig wurde für Jugendliche die Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Abgabe von Tabakwaren von 16 auf 18 Jahre angehoben. Das Gesetz trat am 1. September 2007 in Kraft.

Zusätzlichen Anstoß für diese gesetzliche Maßnahme gab das klare Scheitern einer Zielvereinbarung des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA), in der sich der DEHOGA gegenüber der Bundesregierung verpflichtet hatte, dafür Sorge zu tragen, dass ein Mindestplatzangebot für Nichtraucher in Gaststätten geschaffen wird.

Die Bundesländer, die seit der Föderalismusreform für das Gaststättenrecht zuständig sind, haben im Laufe

des Jahres 2007 Landesgesetze zum Nichtrauchererschutz beschlossen. In zwölf Bundesländern traten diese bis zum 1. Januar 2008 in Kraft, bis zum 1. Juli 2008 werden die übrigen Länder folgen. Neben Gaststätten werden auch die öffentlichen Einrichtungen der Länder von den Landesgesetzen erfasst.

Dort, wo die Rauchverbote bereits umgesetzt sind, zeichnet sich ab, dass die Rauchverbote von der Bevölkerung befürwortet werden. Nach einer repräsentativen Umfrage des Forschungsinstituts tns-emnid für den Bereich der Gaststätten begrüßen 71 % der Deutschen die Rauchverbote. Sogar die Hälfte der Raucher ist für das Rauchverbot in Kneipen und Restaurants. Diese Entwicklung lässt erwarten, dass das Nichtrauchen in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten sehr bald selbstverständlich sein wird.

Schwierigkeiten bereiten derzeit die unterschiedlichen Ausnahmeregelungen in den Bundesländern für die Gastronomie. In den meisten Bundesländern wurde den Gastronomen die Möglichkeit eingeräumt, Raucherräume einzurichten. Dies lässt befürchten, dass es zu Wettbewerbsverzerrungen und einer Ungleichbehandlung der Kleingastronomen kommt, die nur über einen Gastraum verfügen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat daher bereits mehrfach an die Länder appelliert, Ausnahmeregelungen im Interesse eines einheitlichen Nichtrauchererschutzes und gleicher Verhältnisse in allen Bundesländern zu überdenken.

Neben dem Nichtrauchererschutz standen auch 2007 die weitere Reduzierung des Tabakkonsums und die Förderung des Nichtrauchens auf der politischen Agenda. Durch die Einführung eines Chipkartensystems mit Altersbegrenzung an allen Zigarettenautomaten in Deutschland konnte nicht nur die Abgabe von Zigaretten an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre unterbunden, sondern auch die Zahl der in Deutschland verfügbaren Zigarettenautomaten von 835.000 auf 470.000 verringert werden.

Aufgrund des Bundesnichtraucherschutzgesetzes wird die Anhebung der Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre ab dem 1. Januar 2009 auch für die Tabakautomaten gelten.

Um die ersten Erfolge in der Tabakprävention weiterzuentwickeln und zu stärken, wird die Drogenbeauf-

tragte der Bundesregierung ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention auf den Weg bringen. Entsprechende Empfehlungen werden derzeit von den Gremien des Drogen- und Suchtrats ausgearbeitet und sollen im Laufe des Jahres 2008 innerhalb der Bundesregierung abgestimmt werden. Sie sollen präventive und strukturelle Maßnahmen zur Reduzierung des Rauchens beinhalten sowie die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen der Tabakrahmenkonvention und Empfehlungen der EU berücksichtigen. Im Rahmen dieser Initiativen sollen auch die Angebote zur Tabakentwöhnung weiter ausgebaut werden.

Alkoholbedingte Schäden reduzieren

Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol ist in Deutschland mit 10 Litern reinem Alkohol weiterhin hoch. Ein großer Teil davon wird von den geschätzten 1,3 Millionen Alkoholabhängigen bzw. von den insgesamt 9,5 Millionen risikant Konsumierenden getrunken. Es ist daher notwendig, dem riskanten und abhängigen Konsum entgegen zu wirken.

Ziel der Suchtpolitik der Bundesregierung ist es, alkoholbedingte Schäden zu reduzieren und maßvollen Konsum zu fördern. Maßvoller Konsum bedeutet zweierlei: Das Konsumieren von alkoholischen Getränken in nicht gesundheitsschädlichen Mengen. Es bedeutet aber auch das Nichttrinken in bestimmten Lebenssituationen, wie im Straßenverkehr, der Schwangerschaft und Stillzeit, bei der Arbeit oder im Kindes- und Jugendalter.

Besonders die Konsummuster von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren haben in den letzten Jahren besorgniserregend zugenommen, vor allem das Rauschtrinken („Binge Drinking“). Im Zeitraum von 2000–2006 hat sich die Zahl der wegen akuten Alkoholmissbrauchs ins Krankenhaus eingelieferten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10–20 Jahren mehr als verdoppelt: 19.500 Patienten zwischen 10 und 20 Jahren wurden 2006 mit der Diagnose „akute Alkoholvergiftung“ im Krankenhaus behandelt, 2000 waren es noch 9.500. Die größte Gruppe waren mit 54 % (10.500 Patienten) männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren.

Diese Entwicklung ist Besorgnis erregend, weil sich Kinder und Jugendliche noch in der Entwicklung befinden

und besonders anfällig für gesundheitliche Schädigungen sind.

Dieser Trend muss aufgehalten werden. Die Bundesregierung wird daher ihre Präventionsaktivitäten in enger Abstimmung mit den Ländern verstärkt fortsetzen. Bundesweite Projekte, wie das Bundesmodellprojekt „HaLT“ oder die „Na toll!“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), sind nur zwei Beispiele für erfolgreiche Projekte, die sich an Kinder und Jugendliche richten.

Nicht zu unterschätzen sind auch Wirkung und Einfluss der Alkoholwerbung auf diese Zielgruppe. Mit ihren Werbebotschaften spricht die Werbung nur allzu oft jugendliche Interessen und Lebenswelten an. Daher ist es wichtig, Werbung für alkoholische Getränke stärker zu kontrollieren. Die Selbstkontrolle der Alkoholwirtschaft in Deutschland war bislang nicht ausreichend.

Ein leider ebenfalls oft unterschätztes Problem ist der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Alkoholkonsum von werdenden Müttern ist die häufigste Ursache für nicht genetisch bedingte kindliche Fehlbildungen bei Neugeborenen. Schon geringe Mengen können genügen, um Nerven- und Gehirnschädigungen beim Ungeborenen hervorzurufen.

In Deutschland sind etwa 10.000 Neugeborene pro Jahr durch den Alkoholkonsum ihrer Mütter während der Schwangerschaft geschädigt. Ca. 4.000 von ihnen leiden unter der schwersten Form, dem fetalen Alkoholsyndrom (FASD), einer körperlichen, geistigen und seelischen Behinderung.

Es ist der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, dass dieses Thema die notwendige öffentliche Aufmerksamkeit bekommt und dass weitere präventive Maßnahmen angestoßen werden, um diese vermeidbare lebenslange Schädigung zu verhindern.

Die Drogenbeauftragte begrüßt Bestrebungen der Spirituosenindustrie, auf freiwilliger Basis Warnhinweise für Schwangere auf den Alkoholika-Etiketten abzudrucken. Diese können dazu beitragen, dass Schwangere ihren Alkoholkonsum überdenken.

Eine gesetzliche Maßnahme zur Förderung des Nichttrinkens im Straßenverkehr und zur Reduzierung alko-

holbedingter Verkehrsunfälle war das am 1. August 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung eines Alkoholverbots für alle Fahranfängerinnen und Fahranfänger, die unter 21 Jahre alt sind oder sich noch in der Probezeit befinden. Grund für diese Maßnahme war die Erkenntnis, dass für jeden vierten Autounfall unter Alkoholeinfluss Menschen zwischen 18 und 24 Jahren verantwortlich sind. Unerfahrenheit im Straßenverkehr und die Wirkung von Alkohol treffen bei ihnen als Unfallrisiken zusammen. Es ist zu erwarten, dass das Alkoholverbot eine positive Wirkung auf die Unfallstatistik haben wird.

Um ein breiteres Bewusstsein für die Gefahren alkoholbedingter Schäden zu schaffen, hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Juni 2007 die Schirmherrschaft für die Aktionswoche „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ übernommen. Anliegen der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der BZgA initiierten Aktion war es, in vielen verschiedenen Lebensbereichen einen Anstoß zum Nachdenken über den Umgang mit Alkohol zu geben. Durch die insgesamt 2000 Veranstaltungen an 700 Orten gelang es erfolgreich, eine große Zahl von Menschen aus den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bereichen anzusprechen.

Um die bisherigen Erfolge in der Alkoholprävention weiter voranzutreiben und zu stärken, wird die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention auf den Weg bringen. Entsprechende Empfehlungen werden derzeit von den Gremien des Drogen- und Suchtrats ausgearbeitet und im Laufe des Jahres 2008 innerhalb der Bundesregierung abgestimmt. Sie sollen präventive und strukturelle Maßnahmen zur Reduzierung des missbräuchlichen Alkoholkonsums beinhalten.

Medikamentenabhängigkeit reduzieren

In Deutschland sind schätzungsweise 1,4–1,5 Millionen Menschen medikamentenabhängig, davon 70 % Frauen. Ein ganz überwiegender Teil der Betroffenen ist von Benzodiazepinen abhängig. Anders als Drogen- oder Alkoholsucht verläuft die Abhängigkeit von Medikamenten unauffällig, diskret und kaum wahrnehmbar

im Alltag. Die Betroffenen durch das Suchthilfesystem frühzeitig zu erreichen und ihnen eine adäquate Hilfe in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der medizinischen Versorgung zu vermitteln stellt eine besondere Herausforderung für das Hilfesystem dar.

Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern kommt hier eine besondere Verantwortung zu, weil sie den Zugang zu den Medikamenten kontrollieren.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung unterstützt Bemühungen, neue Wege und Lösungen für die Behandlung und Prävention von Medikamentenabhängigkeit zu finden. Weitere Studien und Projekte könnten dazu einen Beitrag leisten.

Von Seiten der Bundesregierung wurden bereits Initiativen zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie insbesondere von Patientinnen und Patienten gestartet. Im Januar 2008 hat sich zum Beispiel der Betäubungsmittelsachverständigenausschuss für die Aufnahme von Zulassungsaufgaben für Benzodiazepine ausgesprochen. Diesen Empfehlungen zufolge erhalten die Fachkreise und die Anwender über Fach- und Gebrauchsinformationen zielgruppenorientierte Informationen einschließlich eines Hinweises auf das Abhängigkeitspotential.

Dieses Angebot, das auch Gebrauchsinformationen (Packungsbeilagen) sowie Fachinformationen und zum Teil öffentliche Beurteilungsberichte mit weiteren Informationen für Zulassungen von Arzneimitteln umfasst, wird kontinuierlich ausgebaut und steht auch Bürgerinnen und Bürgern offen.

Ein weiteres Problemfeld beim Medikamentenmissbrauch stellt die Verwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport dar.

Doping schadet der Glaubwürdigkeit jeglicher sportlicher Wettbewerbe und gefährdet die Gesundheit der Sportlerinnen und Sportler. Wie dringlich der Kampf gegen Doping ist, haben jüngste Meldungen unterstrichen. Diese lassen erkennen, dass die Verbreitung und Anwendung der Dopingmittel zunehmend in Form von kriminellen, teils international agierenden Netzwerken betrieben wird, in deren Umfeld ein kleiner Prozentsatz von Sportlerinnen und Sportlern bewusst und gewollt

mitwirken. Maßnahmen seitens der Organisationen des Sports allein haben diese Doping-Entwicklung im Sport nicht umkehren können. Deshalb sind 2007 weitere gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, die eine konsequentere und wirksamere Bekämpfung des Dopings im Sport insgesamt zum Ziel haben.

Doping ist nicht auf den Leistungssport beschränkt. Trotz erheblicher Gesundheitsrisiken werden Dopingmittel – vor allem anabol wirkende Substanzen, Erythropoietin und Wachstumshormone – auch im Breitensport, insbesondere im Freizeitsport, zur Leistungssteigerung eingesetzt.

Illegalen Drogenkonsum reduzieren

In Deutschland ist der Konsum von illegalen Drogen insgesamt rückläufig. Nach der letzten Erhebung von 2006 haben nur noch 2,7 % der 18–59-Jährigen innerhalb des letzten Monats Drogen konsumiert, bei der Erhebung von 2003 waren es in dieser Altersgruppe noch 3,9 %. Auch bei den 18–59-Jährigen, die im letzten Jahr mindestens einmal Drogen genommen haben, sind die Werte gesunken: 2003 waren es 7,3 %, drei Jahre später waren es nur noch 5,4 %.

Cannabis bleibt in Deutschland und weltweit die häufigste illegale Droge. Bei den Jugendlichen zeichnet sich eine erfreuliche Trendwende ab: Nur noch 13 % der 14–17-Jährigen haben 2007 zumindest einmal im Leben Haschisch oder Marihuana probiert. 2004 waren es noch 22 %.

Die Zahl der regelmäßigen Konsumenten von Cannabis ist dagegen kaum gesunken: Von den 14–17-Jährigen konsumieren seit 1993 etwa 2–3 % Cannabis regelmäßig, bei den 18–64-Jährigen 2,2 %.

Insgesamt etwa 600.000 Personen in Deutschland zwischen 18 und 64 Jahren missbrauchen Cannabis (380.000) oder sind von Cannabis abhängig (220.000). Damit hat sich die Zahl der Cannabismissbraucher seit 1997 deutlich erhöht. Diese Entwicklung macht die lang unterschätzte Gefährlichkeit von Cannabis deutlich. Es ist deshalb weiterhin erforderlich, das Beratungs- und Behandlungsangebot in Deutschland für Personen mit problematischem Cannabiskonsum weiterzuentwickeln und auszubauen. Aus diesem Grund fördert das Bundes-

ministerium für Gesundheit eine Reihe von mehrjährigen Projekten, die erwiesenermaßen wirksame Beratungs- und Behandlungsangebote in die Regelversorgung implementieren helfen.

Die Zahl der Drogentoten ist im Jahr 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 7,6% angestiegen. 2007 verstarben 1.394 Menschen an den Folgen des Konsums illegaler Drogen. 2006 waren es noch 1.296 Menschen. Eine klare Ursache für diese Entwicklung kann noch nicht benannt werden, weil die Auswertungsergebnisse der Obduktionen noch nicht vorliegen. Die Uneinheitlichkeit bei der Entwicklung der Drogentotenzahlen in den Ländern und in den Großstädten lässt vermuten, dass eine Vielzahl von Gründen eine Rolle spielen. Möglicherweise ist das stetig angestiegene Alter der Drogenabhängigen mitverantwortlich für die gestiegene Zahl.

Dagegen ist die Zahl der erstauffälligen Konsumenten so genannter harter Drogen bereits im dritten Jahr in Folge gesunken, mit 18.620 Personen im Jahr 2007 insgesamt um 4%. Während die Entwicklungen bei Heroin, Kokain, Ecstasy und Crystal rückläufig waren, ist die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Amphetamin und Crack allerdings angestiegen. Sowohl bei der Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle als auch bei der beschlagnahmten Gesamtmenge von Drogen waren im Jahr 2007 rückläufige Tendenzen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Im Bereich Hilfeangebote und Prävention von illegalen Drogen haben die Bundesministerin für Gesundheit und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Anfang 2008 neue Wege beschritten. Sie starteten eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit einer bekannten Vorabend-Serie, die nicht nur eine fachlich beratende Unterstützung der Fernsehschaffenden bei der Darstellung einer Drogengeschichte beinhaltet, sondern gleichzeitig auch die Gelegenheit bot, die bundesweite Sucht- und Drogenhotline (www.sucht-und-drogen-hotline.de) unentgeltlich vor einem breiten Fernsehpublikum zu bewerben. Vorabend-Serien, die sich vorwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene richten, sind ein geeignetes Medium, um solche Informationen zielgruppenspezifisch und breitenwirksam zu übermitteln.

Das BMG beobachtet auch weiterhin sorgfältig die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Sie ist für die fast 70.000 Patienten in Deutschland keine Ersatzdrogenbehandlung, sondern eine medikamentengestützte Therapie und eine wichtige Säule in der Behandlung von Opiatabhängigen.

Das BMG führte 2007 zahlreiche Fachgespräche mit Verbänden, Institutionen und Personen durch, die auf diesem Gebiet tätig sind. Um eine fundierte Grundlage für eine langfristig wirksame Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung zu erhalten, fördert das BMG derzeit das dreijährige Forschungsprojekt „Effekte der langfristigen Substitutionsbehandlung in Deutschland“. Im Februar 2007 unterstützte das BMG ein Expertengespräch zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, an dem substituierende Ärzte aus unterschiedlichen Bereichen, Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpflegepersonal, Patientenvertreter sowie Vertreter verschiedener Suchtfachverbände teilnahmen. Das Ministerium beabsichtigt, die Regelungen über die Substitutionsbehandlung in der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) fortzuentwickeln und den aktuellen Erfordernissen der Substitutionspraxis anzupassen.

Über die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung basierend auf der Bewertung der Ergebnisse des Modellprojektes zur „heroingestützten Behandlung“ wurde politisch noch nicht abschließend entschieden. Am 19. September 2007 fand eine öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften statt, bei der die Vertreter der Städte mit Diamorphinambulanzen die positiven Auswirkungen für die Betroffenen deutlich machten. Die Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Saarland haben 2007 einen Antrag für einen Gesetzentwurf über die Diamorphinbehandlung beim Bundesrat eingebracht (Bundestagsdrucksache 434/07). Am 21. September 2007 hat der Bundesrat mit deutlicher Mehrheit entschieden, eine entsprechende Initiative über die Bundesregierung in den Deutschen Bundestag einzubringen. Die Bundesregierung hat hierzu am 21. November 2007 eine Stel-

lungnahme beschlossen, in der davon ausgegangen wird, dass bei der parlamentarischen Beratung des Gesetzentwurfs verschiedene Fragen vertieft behandelt werden. Wann diese Gesetzesinitiative im Bundestag beraten wird, ist derzeit offen.

Nichtstoffgebundenen Süchten vorbeugen

Durch verkürzte Gewinnabfolgen, schnelle Spielwiederholung und große Gewinnhöhen besteht bei verschiedenen Formen des Glücksspiels ein erhöhtes Suchtpotential. Zum pathologischen Glücksspiel liegen in Deutschland nur wenige repräsentative Daten vor. Schätzungen gehen in Deutschland von mindestens 80.000 bis zu mehreren hunderttausend beratungs- und behandlungsbedürftigen Glücksspielern aus.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Glücksspielwesen vom März 2006 wurden der Spielerschutz und die Suchtprävention im neuen Glücksspielstaatsvertrag der Länder zur zentralen Aufgabe, um das staatliche Glücksspielmonopol aufrechtzuerhalten. In den Ländern wurde zwischen den Lotto-Toto-Gesellschaften und den Suchthilfeeinrichtungen der Ausbau von differenzierten Hilfs- und Beratungsangeboten zur Suchtprävention vereinbart, deren Umsetzung in die Praxis jetzt ansteht.

Auf Bundesebene wurden über eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Lotto- und Totoblock und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informations- und Beratungsangebote entwickelt, die den Ländern zur Verfügung stehen. Zugleich fördert das Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspiel“ seit Oktober 2007 den Ausbau erprobter Hilfs- und Beratungsangebote bei Glücksspielsucht in den Suchthilfeeinrichtungen der Länder. Der neue Glücksspielstaatsvertrag der Länder ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten.

Auf Vorschlag der Länder und des Deutschen Lotto- und Totoblocks fand am 13. März 2008 auf Einladung der Drogenbeauftragten ein Zweites Werkstattgespräch „Der neue Glücksspielstaatsvertrag – Suchtprävention auf dem Weg“ statt. Ziel des Treffens war eine Bestandsaufnahme der im Jahr 2007 erlassenen Ausführungsgesetze der Länder und der umgesetzten Präventions-

maßnahmen. Suchtforschung und gewerbliches Automatenspiel wurden ebenfalls thematisiert. Es kommt nun darauf an, diese Maßnahmen konsequent umzusetzen und nach Möglichkeit die erreichten Standards zur Suchtprävention auf alle Bereiche des Glücksspiels auszuweiten.

Glücksspielsucht ist nur eine von vielen nichtstoffgebundene Süchten bzw. Verhaltenssüchten.

Die Online- und Computersucht ist ebenfalls ein wichtiger Bereich, der mehr und mehr an Bedeutung gewinnt und dem sich die Bundesregierung zukünftig verstärkt widmen wird. Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits erste Projekte und Studien in Auftrag gegeben. Erste Studienergebnisse werden im Laufe des Jahres 2008 erwartet.

Unterstützung durch den Drogen- und Suchtrat

Im seit Oktober 2004 bestehenden Drogen- und Suchtrat beraten Vertreterinnen und Vertreter aus Bundes- und Landesministerien, Dachverbänden und der Bundesärztekammer unter Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung die strategische Grundlage für die Drogen- und Suchtpolitik der kommenden Jahre. Der Drogen- und Suchtrat tritt zweimal im Jahr zusammen, spricht Empfehlungen aus und unterstützt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bei der Umsetzung ihrer Vorhaben.

Aktionsplan Drogen und Sucht umsetzen

Der Drogen- und Suchtrat hat zur Umsetzung der im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ festgelegten Zielsetzungen und Maßnahmen eine Schwerpunktsetzung in der Tabak-, Alkohol- und Cannabisprävention empfohlen. Für die Jahre 2006 bis 2008 wurde beschlossen, die Quoten der jugendlichen Raucherinnen und Raucher, der jugendlichen Konsumierenden von alkoholischen Getränken und der Cannabiskonsumierenden deutlich zu senken und im Jahr 2008 die Erreichung der Ziele zu überprüfen. Teil des Arbeitsprogramms des Drogen- und Suchtrats ist aber auch die sorgfältige Beobachtung der verschiedenen Strategien zur Eindämmung der mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen ver-

bundenen erheblichen gesundheitlichen und sozialen Schäden. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf die Wirksamkeit sowohl von verschiedenen Maßnahmen der Überlebenshilfen als auch von ambulanten und stationären Maßnahmen der Behandlung, die im Bereich der abstinenzgestützten Therapien oder im Bereich der substituionsgestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit stattfinden. In diesem Zusammenhang hat sich der Drogen- und Suchtrat kontinuierlich mit dem Sachstand zur diamorphingestützten Behandlung auseinandergesetzt.

Der Drogen- und Suchtrat hat im Frühjahr 2007 die Entscheidung der Gesundheitsminister der Länder zum Nichtraucherschutz begrüßt und sich für bundesweit einheitliche Regelungen ausgesprochen.

Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Prävention des pathologischen Glücksspiels, eingeschlossen die Diskussionen um bundesweit abgestimmte Standards, wurden vertieft erörtert.

Mit dem Thema Teilhabe am Arbeitsleben für Suchtkranke hat sich der Drogen- und Suchtrat ebenfalls weiter beschäftigt. 2007 wurde dazu ein einstimmiger Beschluss gefasst, der die Akteure im Bereich der Integration in Arbeit zu einer verbesserten Koordination der Zusammenarbeit vor Ort auffordert und darüber hinaus anregt, mit Hilfe eines Modellvorhabens vorbildliche Kooperationen und effektive Eingliederungsprogramme zu erfassen und zu kommunizieren.

Zur Unterstützung seiner Aufgaben hat der Drogen- und Suchtrat eine „Arbeitsgruppe Suchtprävention“ beauftragt, Empfehlungen für die Suchtprävention auszuarbeiten. Die Arbeitsgruppe hat sich 2007 und Anfang 2008 intensiv mit der Erarbeitung und Abstimmung von „Nationalen Aktionsprogrammen“ zur Tabak- und zur Alkoholprävention beschäftigt. Die entstandenen Vorschläge werden 2008 dem Drogen- und Suchtrat vorgelegt, der über das weitere Vorgehen entscheiden wird.

Die „Arbeitsgruppe Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkrankender“ des Drogen- und Suchtrats beschäftigt sich mit dem Zusammenspiel verschiedener Versorgungsbereiche und den dabei entstehenden Schwierigkeiten in der Versorgung Suchtkrankender. Nach

gründlicher Analyse unterbreitet sie dem Drogen- und Suchtrat geeignete Lösungsvorschläge. 2007 wurden die Ergebnisse der Diskussionen um die Auswirkungen der Neuregelungen des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und des SGB XII (Sozialhilfe) auf die Sucht- und Drogenhilfe und die Kooperationen mit den Kommunen, ARGE, Agenturen für Arbeit und den Kostenträgern der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke genutzt, um eine Beschlussvorlage zur Integration von Suchtkranken in das Arbeitsleben fertig zu stellen, die der Drogen- und Suchtrat im Herbst 2007 einstimmig verabschiedet hat. Darüber hinaus hat sich diese Arbeitsgruppe 2007 intensiv mit der Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen beschäftigt. Dazu werden die Vertreterinnen und Vertreter der Länder und der Gesetzlichen Krankenversicherung dem Drogen- und Suchtrat 2008 einen Beschlussvorschlag vorlegen.

Die Arbeitsgemeinschaft „Deutsche Suchthilfestatistik“ hat die Aufgabe, eine deutsche Suchthilfestatistik unter Berücksichtigung der Vorgaben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zu fördern und dabei die Vereinheitlichung der nationalen Suchthilfestatistik zu bewirken. Zur Klärung von Grundsätzen und Verfahrensweisen sowie zur Entwicklung von Lösungen arbeiten dabei seit 2004 Vertreter aus Europa, Bund und Ländern sowie von Leistungsträgern und Verbänden der Suchthilfe zusammen. Die Aktivitäten der AG haben zu einer deutlichen Erhöhung der Teilnahmequote ambulanter Suchthilfeeinrichtungen an der nationalen Statistik beigetragen.

Der Drogen- und Suchtrat wird Ende 2008 einen Arbeitsbericht über seine bisherige Tätigkeit vorlegen.

Der Drogen- und Suchtbericht 2008 soll über die drogen- und suchtpolitischen Aktivitäten der Bundesregierung informieren, die in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt werden. Außerdem stellt er Maßnahmen, Projekte und Initiativen der beteiligten Ressorts, Länder, Institutionen und Verbände vor.

Europäische und internationale Zusammenarbeit

Das Drogen- und Suchtproblem berührt nicht nur die von Sucht und Abhängigkeit betroffenen Menschen, sondern stellt in wachsendem Ausmaß eine gesundheitliche und soziale Herausforderung für die Gesellschaft in allen Teilen der Welt dar. Die Produktion und der Handel mit Drogen und anderen Suchtmitteln sowie die Entstehung und Verbreitung von Sucht und Drogenabhängigkeit sind zunehmend grenzüberschreitende Phänomene, die immer stärker wechselseitig miteinander verknüpft sind und denen nicht mehr allein durch nationale Maßnahmen, sondern auch durch internationale Zusammenarbeit entgegengewirkt werden kann. Deshalb hat die internationale Zusammenarbeit in der Drogenpolitik in den letzten Jahren erheblich an Umfang und Bedeutung zugenommen. Gleichzeitig haben sich die Europäische Union und die relevanten Internationalen Organisationen im Rahmen ihrer jeweiligen Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten verstärkt mit der Lösung des Drogenproblems befasst.

1 Sucht- und Drogenpolitik in der Europäischen Union

Die Europäische Union befasst sich mit den Themenfeldern Tabak, Alkohol und illegale Drogen unter den Gesichtspunkten des Gesundheitsschutzes, der inneren Sicherheit, der Zusammenarbeit von Polizei, Zoll und Justiz sowie der regionalen Zusammenarbeit mit Drittstaaten. Deshalb sind verschiedene Generaldirektionen der EU-Kommission, eine Vielzahl von Ratsarbeitsgruppen und unterschiedliche Ausschüsse des Europäischen Parlaments mit der Drogenproblematik befasst. Die Schwerpunkte der Handlungsfelder in den Bereichen Drogen-, Tabak-, und Alkoholpolitik werden in den folgenden Abschnitten aufgeführt.

1.1 Drogenpolitik in der EU

1.1.1 Die Grundlagen:

EU-Drogenstrategie und Drogenaktionsplan

Die europäische Drogenpolitik wird bereits seit 1995 in so genannten Drogenstrategien und Drogenaktions-

plänen konkretisiert und zusammengefasst. In der aktuellen EU-Drogenstrategie 2005–2012 werden die allgemeinen Grundsätze und die längerfristigen Ziele der EU im Drogenbereich festgelegt. Im Mittelpunkt der Strategie stehen die beiden wichtigsten Handlungsfelder der Drogenpolitik, nämlich die Reduzierung der Nachfrage und des Angebots. Außerdem erstreckt sich die Strategie auf die bereichsübergreifenden Themen internationale Zusammenarbeit, Forschung, Information und Evaluierung. Der auf dieser Drogenstrategie aufbauende EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 beinhaltet eine große Zahl konkreter Maßnahmen, die die Ziele der Strategie in den genannten Handlungsfeldern umsetzen sollen. Er benennt die für diese Maßnahmen jeweils zuständigen Stellen und gibt einen Zeitrahmen sowie mögliche Indikatoren für eine Bewertung der einzelnen Vorhaben an.

Der EU-Drogenaktionsplan enthält einerseits Aktionen, die von den europäischen Institutionen durchgeführt werden, insbesondere von der Kommission (in verschiedenen Generaldirektionen), dem Rat (mit mehreren Arbeitsgruppen) sowie von den spezialisierten Agenturen wie der „Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (EBDD) in Lissabon (siehe unten 1.1.4), dem „Europäischen Polizeiamt“ (EUROPOL) und der „Europäischen Einheit für justizielle Zusammenarbeit“ (EUROJUST), beide in Den Haag. Diese Aktivitäten werden auf europäischer Ebene koordiniert von der „Horizontalen Gruppe Drogen“ (Horizontal Drugs Group, HDG), einer fach- und sektorüberschreitenden Ratsarbeitsgruppe, in der alle Mitgliedsstaaten vertreten sind.

Andererseits weist der EU-Drogenaktionsplan aber auch den Mitgliedsstaaten der EU zahlreiche Aktionen zu, die von diesen durchgeführt werden sollen. Zwar verbleibt die Verantwortlichkeit für die Drogenpolitik letztlich nach wie vor bei den Mitgliedsstaaten, jedoch bildet der EU-Drogenaktionsplan mit diesen Vorgaben einen gemeinsamen Rahmen für die nationalen Drogenpolitiken in Europa, an dem sich alle Mitgliedsstaaten orientieren.

In diesem Jahr läuft der Aktionsplan 2005–2008 aus. Die jährlichen Fortschrittsberichte zum Aktionsplan werden 2008 zu einer abschließenden Gesamtevaluierung zusammengefasst und dienen als Basis für die

Ausgestaltung des folgenden EU-Drogenaktionsplans 2009–2012. Diese Weiterentwicklung erfolgt durch die Europäische Kommission in enger Kooperation mit den zuständigen Ratsgremien, insbesondere der HDG.

1.1.2 Deutsche EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 Horizontale Gruppe Drogen (HDG)

Während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 übernahm Deutschland mit dem Vorsitz in der HDG die Aufgabe, die Drogenpolitik der Europäischen Union zu koordinieren. Vorrangiges Ziel der deutschen Ratspräsidentschaft war es, die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans 2005–2008 zu überprüfen („Monitoring“) und – soweit dies im Jahre 2007 schon möglich war – zu evaluieren. Diesem Ziel dienten einerseits die Arbeit in den Ratsgremien, andererseits Veranstaltungen und Maßnahmen, die in Deutschland durchgeführt wurden und die im Zusammenhang mit dem EU-Drogenaktionsplan standen. Die HDG richtete ihre inhaltliche Arbeit und ihre thematischen Schwerpunkte am EU-Drogenaktionsplan aus und führte fünf so genannte „Thematische Debatten“ zu den folgenden Fragenkomplexen aus dem EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 durch:

- Verhinderung der Ausbreitung von HIV/AIDS, Hepatitis C sowie sonstiger durch Blut übertragener Infektionen und Krankheiten;
- Verhinderung der Abzweigung von Grundstoffen;
- Reduzierung der Herstellung und des Angebots von synthetischen Drogen;
- Prävention drogenbedingter Gesundheitsschäden; Umsetzung der „Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“;
- Reduzierung der Herstellung und des grenzüberschreitenden Handels von Heroin, Kokain und Cannabis.

In diesen „Thematischen Debatten“, zu denen jeweils Expertinnen und Experten aus den Mitgliedsstaaten hinzugezogen wurden, ging es darum, festzustellen, ob die Maßnahmen des Aktionsplans umgesetzt wurden, wo Fortschritte und wo Lücken zu verzeichnen sind. Außerdem befasste sich die HDG mit den Ergebnissen des Fortschrittsberichts 2006 der Kommission über die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans und beschloss Korrekturen bei den Kriterien und Indikatoren für die Evaluierung einzelner Aktionen.

Nationale Drogenkoordinatoren

Im Rahmen der Deutschen EU-Ratspräsidentschaft trafen die Nationalen Drogenkoordinatoren der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union unter Vorsitz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Mai 2007 in Berlin zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch zusammen. Es bestand Einigkeit, dass das weltweite Drogenproblem eine verstärkte internationale Zusammenarbeit erfordert und deshalb über konkrete Verbesserungen, z. B. über eine verbesserte Koordinierung der relevanten Institutionen im Bereich der Drogenpolitik (EU, Europarat und Vereinte Nationen) nachgedacht werden muss. Die verschiedenen Vorschläge – insbesondere der Vorschlag des Exekutivdirektors des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Herrn Antonio Maria Costa, die EU solle eine zentrale europäische Suchtforschungsstelle nach US-amerikanischem Vorbild des National Institute on Drug Abuse (NIDA) einrichten oder die bestehenden Einrichtungen zu einem europäischen Suchtforschungsverbund vernetzen – werden in den zuständigen Gremien weiter diskutiert.

EU-Troika-Gespräche

Im Rahmen der internationalen Aktivitäten der EU wurden unter deutscher Ratspräsidentschaft mehrere so genannte EU-Troika-Gespräche mit Drittstaaten (Afghanistan, West-Balkan-Staaten, Ukraine, Lateinamerikanische und Karibische Staaten und USA) geführt, bei denen die Zusammenarbeit im Bereich der Drogenpolitik intensiviert wurde.

Bekämpfung der Drogenkriminalität

Ein Hauptaugenmerk der im Jahr 2007 durchgeführten Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogenkriminalität lag auf der Fortführung und Weiterentwicklung der im EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 aufgezeigten Handlungs- und Bekämpfungsansätze mit dem Ziel, den Drogenkonsum in Deutschland und Europa weiter nachhaltig zu reduzieren. Während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 wurden einige Punkte im Segment „Angebotsreduzierung“ des Drogenaktionsplans mit besonderem Nachdruck verfolgt: die Bekämpfung des grenzüberschreitenden internationalen Drogenhandels, die Bekämpfung synthetischer Drogen und die Abzweigung von Vorläuferprodukten (sog. precursors).

Während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft wurde durch das Bundeskriminalamt ein Workshop zum Thema „Kontrollierte Lieferungen“ mit Experten zum Einsatz kriminaltaktischer Maßnahmen bei der Bekämpfung des grenzüberschreitenden Drogenhandels in Wiesbaden vom 24.–26. April 2007 durchgeführt. Die am Workshop teilnehmenden Experten diskutierten erfolgreich die Erarbeitung von Lösungsansätzen zur Reduzierung rechtlicher und taktischer Problemfelder, das Aufzeigen von Möglichkeiten zur rechtlichen und praktischen Harmonisierung von kontrollierten Lieferungen und den Ausbau des bestehenden Kontakt- und Informationsnetzwerkes. Eine erfolgreiche Bekämpfung der international organisierten Drogenkriminalität erfordert sowohl unter strategischen als auch operativen Gesichtspunkten eine gemeinsame Prioritätensetzung zwischen den EU-Mitgliedstaaten und wichtigen Drittstaaten (Quellen- und Transitländer). Unterstützungsleistungen der EU-Mitgliedstaaten, die auf die Erhöhung der Professionalität (z. B. Methodenwissen, Ausstattungshilfe) bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität in diesen Staaten abzielen, bilden den Grundstein für die Unterbindung der Drogenzufuhr nach Europa.

Als Erfolg im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft ist ferner zu werten, dass es gemeinsam mit der EU-Kommission noch stärker als bisher gelungen ist, das vielseitige Engagement der EU-Mitgliedstaaten (Ausbildungshilfe, Ausstattungshilfe, Projekte) auf beson-

ders wichtige Quellen- und Transitländer (z. B. Afghanistan, zentralasiatische Republiken, Lateinamerika, Westafrika) zu erstrecken. Die verstärkte Zusammenarbeit mit Quellenländern ist ein wichtiger Ansatz zur Bekämpfung des grenzübergreifenden internationalen Drogenhandels, der auch künftig mit aller Konsequenz fortzuführen sein wird.

Öffentliche Gesundheit

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit stellte das Thema HIV/AIDS einen besonderen Schwerpunkt der deutschen EU-Ratspräsidentschaft dar. HIV/AIDS bleibt eine Herausforderung in der ganzen Welt, auch in Europa. Steigende Infektionszahlen in der EU und vor allem in den osteuropäischen Nachbarstaaten erfordern ein verstärktes Engagement staatlicher und nichtstaatlicher Akteure sowie des privaten Sektors. Am 12. und 13. März 2007 tagte in Bremen die Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft – Miteinander gegen HIV/AIDS“. Auf dieser Konferenz erkannten die für Gesundheitsfragen zuständigen Minister und Regierungsvertreter aus der EU und benachbarten Ländern an, dass besondere Aufmerksamkeit auf Osteuropa, Zentralasien und auf die am stärksten betroffenen Gruppen gerichtet werden muss, insbesondere auf drogeninjizierende Menschen und deren Partner. Sie verpflichteten sich, die politische Verantwortung auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, insbesondere für die eingegangenen Verpflichtungen, zu übernehmen, um die Pandemie zu bekämpfen, sowie die Menschenrechte zu achten und falls erforderlich Gesetze zu ihrer Förderung und Garantie zu erlassen. Dies gilt insbesondere für die mit HIV/AIDS lebenden Menschen und die von der Pandemie in Europa und den Nachbarstaaten am stärksten betroffenen Menschen. Zu diesen zählen Drogeninjizierende und deren Partner, Männer, die Sex mit Männern haben, junge Menschen, Frauen, Migrantinnen und Migranten, Kinder, Menschen in Haft, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter. Als zentralen Schwerpunkt einer erfolgreichen Strategie zur Reduzierung der Auswirkungen von HIV/AIDS sahen sie einen universellen Zugang zur evidenzbasierten Prävention – einschließlich umfassender Schadensbegrenzung – an.

1.1.3 EU-Ratsempfehlung zu Drogen und Haft

Ein Handlungsfeld im EU-Drogenaktionsplan 2005–2008 beschäftigt sich mit der „Weiterentwicklung von Alternativen zum Freiheitsentzug für Drogenabhängige und Drogenhilfsangebote für Gefängnisinsassen – unter gebührender Berücksichtigung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften“. Eine konkretisierende Maßnahme dazu sieht vor, dass „Maßnahmen zur Drogenprävention, Therapie und Schadensreduzierung in Haftanstalten, Maßnahmen zur Wiedereingliederung nach der Haftentlassung und Verfahren zur Überwachung/Analyse des Drogenkonsums von Gefängnisinsassen“ zu entwickeln sind. Ein Bestandteil dieses Handlungskomplexes ist die Diskussion einer gesonderten EU-Ratsempfehlung dazu. Für eine spezifische Empfehlung sprechen die Evaluationsergebnisse der 2003 erfolgten Empfehlung des Rates zur „Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“. Die Evaluation wurde im Rahmen der deutschen Ratspräsidentschaft vorgelegt und diskutiert (siehe 1.1.2). Sie macht deutlich, dass präventive Maßnahmen sowie Beratung und Behandlung in Gefängnissen in fast allen EU-Mitgliedsstaaten verbessert werden sollten. Als erster Schritt zur Diskussion der gesonderten Ratsempfehlung wurde eine Risikofolgenabschätzung (Impact Assessment) erstellt. Auf der Basis dieser Vorarbeit diskutierte eine Gruppe von Expertinnen und Experten aus allen Mitgliedsstaaten der EU im Oktober 2007 den Rahmen für eine Empfehlung zu „Drogen und Haft“. Den Planungen der EU-Kommission folgend wird der Entwurf der Empfehlung ab April 2008 in die zuständigen Gremien der EU eingebracht und diskutiert werden. Die endgültige Fassung der EU-Ratsempfehlung könnte noch im Jahr 2008 beschlossen werden.

1.1.4 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde 1993 mit dem Ziel gegründet, die Europäische Kommission, das Europäische Parlament sowie die Mitgliedsstaaten auf europäischem Niveau mit objektiven, verlässlichen und vergleichba-

ren Informationen zu Drogen, Drogenabhängigkeit und deren Folgen zu versorgen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist Mitglied im Verwaltungsrat der EBDD. Die Arbeit der EBDD wurde 2007 den Regeln der EU entsprechend umfassend extern evaluiert. Der vorliegende Evaluationsbericht bescheinigt der EBDD, dass die Aufgaben und Ziele in hoher Qualität erreicht werden. 2007 wurden die Mitglieder des wissenschaftlichen Komitees neu gewählt. Etwa 100 Bewerbungen gingen auf die Ausschreibung ein. Unter den für eine Dauer von drei Jahren gewählten 15 Mitgliedern sind mit Prof. Bühringer und Prof. Rehm zwei Mitglieder deutscher Herkunft. Die enge Zusammenarbeit mit der EBDD wurde bei der gemeinsamen Vorstellung des Europäischen Jahresberichts 2007 und des Jahresberichts 2006/07 zur Drogenproblematik in Deutschland im November 2007 deutlich.



Vorgestellt:
Wolfgang Götz,
Direktor der Europäischen
Beobachtungsstelle für
Drogen und Drogensucht

„Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.“ (J.W.v. Goethe). Dieser Spruch flimmert als Bildschirmschoner über den Computermonitor von Wolfgang Götz. „Der erste Satz steht dafür, dass ich mich dafür einsetze, die Ergebnisse von europaweiten Datenerhebungen und -analysen für politische Entscheidungen nutzbar zu machen“, erläutert der Direktor der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon. „Der zweite Satz beschreibt meine Arbeitsweise. Wenn die wichtigsten Parameter und die Richtung stimmen, entscheide ich Dinge oft sehr schnell. Die Vermeidung von Stillstand ist mir wichtiger als jede übertriebene Absicherung.“

„Etwas Neues zu schaffen und strategisch weiter zu entwickeln, das hat mich schon immer gereizt. Ich könnte mir

nicht vorstellen, von jemandem einen Job zu übernehmen, der ihn vorher 20 Jahre gut und erfolgreich gemacht hat.“ Diese Schaffenskraft und der Wille, etwas zu bewegen, charakterisieren alle bisherigen beruflichen Stationen von Wolfgang Götz. Von 1985 bis 1991 war er im Auftrag der Europäischen Kommission in Westafrika. Dort hat der gelernte Volkswirt und Statistiker Erhebungen über den Lebensstandard der Bevölkerung von Togo geleitet und die Struktur und Abläufe im dortigen statistischen Amt modernisiert. Danach war er bis 1994 bei der ECOWAS, der Wirtschaftsgemeinschaft westafrikanischer Staaten, Projektleiter für die Harmonisierung und Zentralisierung der Außenhandels- und Zollstatistiken der 16 ECOWAS-Mitgliedsstaaten. 1994 kam er nach Europa zurück. Im Auftrag der europäischen Statistikbehörde Eurostat war er wesentlich daran beteiligt, die nationalen Statistikämter der mittel- und osteuropäischen Länder, die 2004 Mitglieder der EU wurden, in das Europäische Statistische System ESS zu integrieren. Beim Drogenthema ist er ein „Quereinsteiger“. 1996 wechselte er zur EBDD als Abteilungsleiter für den Bereich Information und Kommunikation, 2001 wurde er Abteilungsleiter für das Netzwerk der nationalen Reitox-Knotenpunkte und die EU-Erweiterung und 2005 schließlich der Direktor der EBDD.

An seiner Arbeit für die EBDD gefällt ihm besonders die Herausforderung, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik mit Menschen verschiedenster fachlicher und kultureller Hintergründe zusammenzuarbeiten. Seine Aufgabe als Direktor umfasst die strategische Entwicklung und Planung der Arbeit, die Kommunikation mit den Entscheidungsträgern der EU-Institutionen und Mitgliedsstaaten sowie mit den Partnern aus Wissenschaft und Praxis und der Medien. Selbstverständlich gehören aber auch Personalführung, Finanzen und die unvermeidliche Bürokratie dazu.

Wolfgang Götz hat einen hohen Anspruch an sich und an die Qualität der Arbeit der EBDD.

„Sehr wichtig ist mir, dass die wissenschaftliche Exzellenz unserer Arbeit dauerhaft gewährleistet ist und dass wir als führendes Centre of Excellence für alle Bereiche der illegalen Drogenproblematik wahrgenommen und anerkannt werden, nicht nur europaweit.“

Und der private Wolfgang Götz? „Es gibt nichts Entspannenderes, als mit meiner Frau und unserem Hund, einem Rhodesian Ridgeback, am Meer spazieren zu gehen und die Natur zu genießen“, verrät Wolfgang Götz. „Ich lese aber auch sehr viel, Bücher, aber auch Zeitschriften aus verschiedenen Ländern. Außerdem bin ich ein Nachrichten-Junkie.“

■ www.emcdda.europa.eu/

1.1.5 Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)

Als Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) fungieren die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das Institut für Therapieforchung München (IFT) gemeinsam. Die Arbeit der DBDD wird gemeinschaftlich von der EU und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert. Als so genannter deutscher Knotenpunkt („Focal Point“) im Netzwerk der EBDD erstellt diese Referenzstelle jährlich einen Bericht zur Drogensituation in Deutschland, der neben umfangreichen Informationen zu neuen Entwicklungen und zahlreichen Standardinformationen auch jährlich wechselnde Schwerpunktthemen behandelt. Die Schwerpunktthemen 2007 waren Kokainkonsum, Drogenkonsum unter jungen Menschen und drogenbezogene Forschung in Deutschland. Gemeinsam mit zahlreichen deutschen Expertinnen und Experten unterstützt die DBDD darüber hinaus die Umsetzung europäischer Standards bei der Erhebung, Analyse und Interpretation epidemiologischer Schlüsselindikatoren in Deutschland und steht als Schnittstelle zwischen der EBDD und Deutschland für zahlreiche Anfragen zur Verfügung.

Gemeinsam mit der EBDD und dem BMG hat die DBDD im März 2007 eine internationale Tagung zu neuen Entwicklungen bei der Prävention und Behandlung cannabisbezogener Störungen veranstaltet, die auf großes Interesse gestoßen ist. Dabei wurden intensiv die Zugangs-, Präventions-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten mit problematischem Gebrauch in der EU diskutiert.

Neben diesen umfangreichen Kernaufgaben der DBDD nahmen Expertinnen und Experten der DBDD auch 2007 an Twinning-Projekten (siehe 1.1.9) teil, um neue EU-Mitgliedsstaaten oder Beitrittskandidaten unter anderem beim Aufbau ihrer Knotenpunkte oder der Datenerhebung im Drogenbereich zu unterstützen.

1.1.6 Synthetische Drogen

Auch die fortgesetzte konsequente Verfolgung der illegalen Produktion und des illegalen Handels mit synthetischen Drogen soll weiterhin vorrangiges Ziel im Segment „Angebotsreduzierung“ der Drogenaktionspläne der EU bleiben.

Die EU-Mitgliedsstaaten unterstützten Europol auch 2007 bei der Aufgabe, unter Zuhilfenahme von so genannten „Analytical Work Files“ polizeiliche Informationen der EU-Mitgliedsstaaten zu sammeln und zielgerichtet auszuwerten. Durch eine intensivere Koordination und Kooperation sollte zudem die Quantität und vor allem Qualität der polizeilichen Auswertung weiter verbessert werden.

Auch künftig gilt es, die Zusammenarbeit zwischen Kriminaltechnik und Strafverfolgungsbehörden im Bereich Synthetische Drogen weiter zu intensivieren.

1.1.7 Grundstoffüberwachung

Die Grundstoffüberwachung ist seit 2005 einheitlich durch europäisches Recht – und nicht mehr durch nationale Gesetze – geregelt. „Ohne Chemikalien keine Drogen“ – diese Erkenntnis bildet die Grundlage für alle Aktivitäten im Bereich der Grundstoffüberwachung. Bei Grundstoffen oder Droгенаusgangsstoffen handelt es sich um 23 international gelistete Chemikalien, die in großem Umfang legal gehandelt werden, aber auch als Ausgangsstoffe für die illegale Drogenherstellung benötigt und zu diesem Zweck missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt werden. Die technische Bezeichnung „Grundstoff“ steht für alle 23 mit den einschlägigen EU-Verordnungen zur Grundstoffkontrolle [VO(EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11.02.2004, VO(EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22.12.2005, VO(EG) Nr. 1277/2005 der Kommission vom 27.07.2005] erfassten Stoffe. Das betrifft sowohl halbsynthetisch hergestellte Drogen, die auf pflanzlichen Ausgangsstoffen basieren (z. B. Heroin und Kokain), als auch vollsynthetisch produzierte Drogen. So ist etwa für die Heroinherstellung das Essigsäure-

anhydrid und für die Kokain-Produktion das Kaliumpermanganat notwendig.

Den staatenübergreifenden Aktivitäten der mitunter hoch organisierten Täterstrukturen müssen Gegenmaßnahmen auf Seiten der Ermittlungsbehörden gegenübergestellt werden, die auf den Erkenntnissen zum Täterverhalten basieren. Beispielhaft dafür seien die Umgehung der gesetzlichen Kontrolle durch die Verwendung grundstoffrechtlich nicht erfasster Chemikalien bei der unerlaubten Drogensynthese sowie die unerlaubte Herstellung von grundstoffrechtlich erfassten Grundstoffen aus nicht erfassten Chemikalien genannt.

Die rechtzeitige Kenntnis verdächtiger Chemikalienbeschaffungsversuche ist entscheidend für erfolgreiche behördliche Maßnahmen zur Verhinderung der Abzweigung bzw. für die Aufdeckung illegaler Drogenlabore. Die Abzweigung von Grundstoffen kann im Bereich der Chemie- und Pharmabranche auf allen Ebenen erfolgen (Herstellung, Handel, Transport, Lagerung, Verarbeitung, Recycling und Vernichtung). Als Konsequenz daraus müssen die Wirtschaftsbeteiligten eng und möglichst frühzeitig im Geschäftsablauf in Überwachungs- und Kontrollmaßnahmen eingebunden werden. Ihnen kommt eine Schlüsselfunktion bei der Verhinderung illegaler Beschaffungs- und Abzweigungsversuche zu. Die Zusammenarbeit mit den Wirtschaftsbeteiligten zielt darauf ab, den (Ermittlungs-) Behörden frühzeitig von verdächtigen Chemikalienbestellungen Kenntnis zu geben und das weitere Vorgehen in diesen Fällen behördlich abzustimmen. Neben den vorhandenen gesetzlichen Regelungen stellt somit die als „Freiwilliges Monitoring System“ bezeichnete Zusammenarbeit mit der chemischen Industrie ein ergänzendes konzeptionelles Instrument dar, das flexibel und lageangepasst eingesetzt werden kann.

Mit dem Thema „Freiwillige Zusammenarbeit zwischen Wirtschaftsbeteiligten und zuständigen Behörden zur frühzeitigen Unterbindung der Abzweigung von Grundstoffen“ hat das Bundeskriminalamt im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im Bereich der Bekämpfung der Drogenkriminalität einen aktuellen und zentralen Aspekt auch in der gemeinsamen EU-weiten Zusammenarbeit Nachdruck verliehen. In diesem Zusammenhang konnte ferner anlässlich der

50. Tagung der UNO-Drogenkommission (CND) im März 2007 in Wien eine gemeinsam mit der EU-Kommission abgestimmte Resolution eingebracht werden. (siehe dazu auch C 5.5.2.)

1.1.8 Außenbeziehungen der EU

Neben den nach innen gerichteten Maßnahmen nimmt die EU auch nach außen eine aktive Rolle ein. Sie bemüht sich, gegenüber Drittstaaten und Internationalen Organisationen, insbesondere den Vereinten Nationen, gemeinsame Positionen zu formulieren und mit einer Stimme zu sprechen. Sie ist in allen internationalen Foren als gewichtiger und geschätzter Partner vertreten.

Die EU hat in den vergangenen Jahren ihre drogenpolitischen Außenbeziehungen erheblich ausgeweitet. Dabei hat sie Schwerpunkte auf bestimmte Regionen gelegt, wie etwa Afghanistan und seine Nachbarn, Lateinamerika und Karibik und neuerdings auch Westafrika. In diesen Regionen haben die Mitgliedsstaaten und die Kommission mit großem finanziellem Aufwand Projekte unter anderem im Bereich der polizeilichen Drogenbekämpfung, der alternativen Entwicklung und im Gesundheitsbereich gefördert. Eine Übersicht über diese Aktivitäten der EU mit Drittstaaten und -regionen kann den Politischen Schlussfolgerungen entnommen werden, die die Kommission dem Rat im Dezember 2007 vorgelegt hat (Dokument des Rates der Europäischen Union 15998/07 CORDROGUE 89 RELEX 936).

Mit den Staaten Lateinamerikas und der Karibik hat die EU im Jahre 1999 zur Förderung der regionalen Zusammenarbeit den „Panama Action Plan“ gegen Drogen vereinbart, der einen institutionellen Rahmen für die Zusammenarbeit im so genannten „EU-LAC (Latin America Caribbean)-Mechanismus der Kooperation und Koordination“ bildet. Mit mehreren Staaten Zentralasiens wurde 2002 ein vergleichbarer Aktionsplan vereinbart; ein gemeinsamer Aktionsplan besteht seit 2003 auch für die Zusammenarbeit der EU mit den Balkanstaaten.

Unter der deutschen EU-Präsidentschaft wurde 2007 der Aktionsplan von Panama evaluiert und fortgeschrieben. In der Erklärung von Port of Spain vom Mai 2007

wurden neue Prioritäten für die Zusammenarbeit bei der Nachfrage- und Angebotsreduzierung und anderen Aspekten der Drogenbekämpfung (unter anderem Geldwäschebekämpfung, Zusammenarbeit der Zoll-, Justiz- und Polizeibehörden) festgelegt. Auf dem zehnten hochrangigen Treffen des EU-LAC Kooperations- und Koordinationsmechanismus zur Drogenbekämpfung, das im März 2008 in Wien stattfand, wurden die in Port of Spain festgelegten Ziele bestätigt und eine erweiterte und verstärkte Zusammenarbeit auf der Basis des Panama-Aktionsplans vereinbart. Ziel ist es, einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den für die Drogenbekämpfung zuständigen Behörden zu erreichen. Weitere wichtige Themen waren eine verbesserte maritime Zusammenarbeit sowie die Unterstützung der von der Europäischen Kommission ins Leben gerufenen Initiative gegen chemische Vorläuferstoffe in der LAC-Region. Die Ergebnisse dieses Treffens dienen auch der Vorbereitung des Gipfels in Lima im Mai 2008, auf dem die Staats- und Regierungschefs die Zusammenarbeit zwischen den beiden Regionen weiter erörtern werden. Das nächste hochrangige Treffen des EU-LAC-Mechanismus findet 2009 in Ecuador statt.

1.1.9 Twinning-Projekte in Europa

Deutschland beteiligt sich im Rahmen der EU-Programme PHARE, CARDS und TACIS aktiv am Twinning-Programm zur Unterstützung des Verwaltungsaufbaus unter anderem in den Ländern Mittel- und Osteuropas und des Westbalkans. Ziel des Twinning-Programms ist es, die neuen EU-Mitglieder, die Beitrittskandidaten und die neuen Nachbarn der EU in der Angleichung an das europäische Recht zu unterstützen und die dazu notwendigen Implementierungsstrukturen aufzubauen. Die langjährigen Erfahrungen mit über 25 Twinning-Projekten im Sucht- und Drogenbereich zeigen, dass sich das Engagement für beide Seiten lohnt. Die deutschen Expertinnen und Experten, die mit der Umsetzung europäischer Gesetzgebung eng vertraut sind und selbst über vielfältige Erfahrungen in der Organisation und Reform von Verwaltungen verschiedener Ebenen verfügen, können den Kolleginnen und Kollegen in den Beitrittsstaaten die Bereiche alltäglichen Verwaltungs-

handelns näher bringen, die von technischer Hilfe oft nicht erfasst werden. Durch die Zusammenarbeit in den Projekten werden langfristige Partnerschaften mit dem betreffenden Land geknüpft, welche die bilateralen Kontakte über die Twinning-Projekte hinaus stärken und Verbindungen für die Kooperation mit anderen Bereichen von Politik und Wirtschaft schaffen können. Für Deutschland bietet sich so die Möglichkeit, gezielt an einer Entwicklung in den Beitrittsstaaten und neuen EU-Nachbarländern mitzuwirken.

Im Jahr 2007 liefen die erfolgreichen Twinning-Projekte mit Kroatien und der Slowakei aus; das Twinning-Projekt mit Rumänien wurde gestartet. Beendet wurden die so genannten Twinning-Light-Projekte (max. acht Monate Dauer statt den üblichen zwei Jahren) mit Polen und Lettland. Im April 2008 veranstaltete das Bundesministerium für Gesundheit einen Workshop zum Twinning für die Balkanstaaten. Gemeinsam mit Griechenland wird Deutschland ab 2008 ein Twinning-Projekt mit der Türkei durchführen.

1.2 Tabakpolitik in der EU

Die EU verfolgt im Bereich Tabakpolitik verschiedene ineinander greifende Ziele. 2007 wurde das Grünbuch für ein rauchfreies Europa veröffentlicht. Eine Richtlinie zur Einstufung und Bewertung von Inhaltsstoffen liegt vor; darüber hinaus wurden Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakschmuggels sowie zum rauchfreien Arbeitsplatz festgelegt. Als zentrale und wirksame Handlungsfelder der EU-Tabakpolitik gelten

- Preis- und steuerpolitische Maßnahmen;
- Rauchverbote am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit;
- Einschränkungen und Verbote von Tabakwerbung;
- angemessene Informationen für Konsumenten;
- Warnhinweise sowie
- Behandlung für Aufhörwillige.

1.2.1 Grünbuch für ein rauchfreies Europa zum Nichtraucherchutz in der EU

Die Europäische Kommission hat im Jahr 2007 ein Grünbuch für ein rauchfreies Europa vorgelegt. Damit wurde ein öffentlicher Konsultationsprozess darüber eingeleitet, wie das Passivrauchen in der EU am besten eingedämmt werden kann, um auf dieser Grundlage ggf. weitere Aktionen zu beschließen.

Die Kommission stellte verschiedene Strategieoptionen zur Diskussion: Die Schaffung rauchfreier Zonen, die Beibehaltung des Status quo über freiwillige Maßnahmen oder die Einführung verpflichtender Rechtsvorschriften.

Die Bundesregierung begrüßt die mit der Vorlage des Grünbuchs verbundene Absicht der Europäischen Kommission, eine breit angelegte öffentliche Debatte über den besten Weg zur Eindämmung des Passivrauchens zu erreichen. Bei der Debatte in den EU-Institutionen, in den Mitgliedsstaaten und in der Gesellschaft ist aber zu berücksichtigen, dass weiterhin die Mitgliedsstaaten für den Gesundheitsschutz in ihren Ländern verantwortlich sind. Aufgabe der EU ist es, die Mitgliedsstaaten in ihren Bemühungen zu unterstützen.

Inzwischen liegt ein zusammenfassender Bericht der Diskussionsbeiträge vor. Die Kommission beabsichtigt, auf der Basis der Beiträge bis zum Ende des Jahres 2008 eine weitere Initiative einzuleiten sowie die Kampagnen und Projekte im Bereich des Nichtraucherchutzes weiterzuführen.

1.2.2 Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie in deutsches Recht

Mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 21. Dezember 2006 ist die Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen (ABl. EU Nr. L 152 S. 16, 2004 Nr. L 67 S. 34) in deutsches Recht umgesetzt worden. Damit werden Tabakwerbung und -sponsoring weitgehend untersagt. Verboten ist Werbung für Tabakerzeugnisse in Rundfunk,

Presse oder in anderen gedruckten Veröffentlichungen, soweit es sich nicht um gedruckte Veröffentlichungen ausschließlich für den Tabakhandel, für Raucher oder hauptsächlich für den Auslandsmarkt handelt. Entsprechendes gilt für Werbung in Diensten der Informationsgesellschaft.

Ebenfalls verboten ist das Sponsoring von Rundfunkprogrammen durch Tabakunternehmen und von grenzüberschreitenden Veranstaltungen oder Aktivitäten. Verboten ist auch das Verschenken von Tabakerzeugnissen. Unzulässig ist weiterhin irreführende Werbung, die z. B. Rauchen als gesundheitlich unbedenklich darstellt und Werbung, die sich an Kinder und Jugendliche richtet.

1.2.3 Tabakproduktrichtlinie der EU

Nach Artikel 11 der Richtlinie 2001/37/EG vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen, hat die Kommission dem Europäischen Parlament, dem Rat sowie dem Wirtschafts- und Sozialausschuss alle zwei Jahre einen Bericht über die Anwendung der Richtlinie vorzulegen. Der erste Bericht über die Anwendung der Richtlinie wurde am 27. Juli 2005 vom Europäischen Parlament angenommen.

Am 27. November 2007 hat die EU-Kommission ihren zweiten Bericht zur Anwendung der Tabakproduktrichtlinie vorgelegt. Der Bericht bewertet die Anwendung der im Jahr 2007 von der Kommission veröffentlichten Leitlinien für ein einheitliches Format für die von den Herstellern und Einführern von Tabakerzeugnissen zu übermittelnden Daten der verwendeten Stoffe in Tabakerzeugnissen. Die Daten werden von einer Expertengruppe bei der Gemeinsamen Forschungsstelle der Kommission ausgewertet, um ein Verzeichnis der vorrangig zu untersuchenden Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen hinsichtlich ihrer Toxizität und süchtig machenden Wirkung zu erstellen.

Im Bericht werden mögliche Änderungen oder Konkretisierungen der Richtlinie umrissen, wie die Festlegung rechtsverbindlicher Formate für die Mitteilungspflichten über die verwendeten Stoffe in Tabakerzeugnissen oder

die Weiterentwicklung von Warnhinweisen auf Tabakprodukten. Der Bericht stützt sich auf die von den Mitgliedsstaaten vorgelegten Informationen und auf die Arbeit in den Mitgliedsstaaten während der letzten zwei Jahre im Rahmen des nach Artikel 10 der Richtlinie vorgesehenen Regelungsausschusses „Tabakerzeugnisse“. Der Bericht wurde am 10. Dezember 2007 erstmals im Regelungsausschuss zur Tabakproduktrichtlinie von der Kommission und den Mitgliedsstaaten diskutiert. Auf der Grundlage dieser Beratungen beabsichtigt die Kommission die Prüfung eines Vorschlags zur Änderung der Richtlinie. Deutschland setzt sich in der EU für die Entwicklung einer einheitlichen Liste aller verwendeten Zusatzstoffe und die Erarbeitung von geeigneten Prüfstrategien für eine gemeinschaftliche Bewertung der Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen ein.

1.2.4 Die HELP-Kampagne in Europa – Für ein rauchfreies Leben

Auf Initiative der Europäischen Kommission wird in der EU die Kampagne „HELP – Für ein rauchfreies Leben“ durchgeführt. Sie wurde von EU-Kommissar Markos Kyprianou ins Leben gerufen. HELP richtet sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 30 Jahren in den 27 EU-Mitgliedsstaaten. Ziel der vierjährigen Kampagne ist es, die Zielgruppe durch eine begleitende TV-Kampagne, Pressearbeit sowie verschiedene Aktionen im Rahmen ausgewählter Events davon zu überzeugen, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. erst gar nicht damit anzufangen. Die EU-Kampagne unterstützt die Bemühungen aller Mitgliedsstaaten, sich für die Reduzierung des Tabakrauchens und für das Nichtrauchen einzusetzen. Zudem informiert HELP umfassend über die Gefahren des Passivrauchens. Die Schirmherrschaft für die Kampagne in Deutschland hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung übernommen. Kooperationspartner der Kampagne in Deutschland sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ, das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle).

Ein Schwerpunkt der HELP-Kampagne in Deutschland war die Übergabe des europäischen Jugendmanifests

an die Drogenbeauftragte am 1. Mai 2007. In Zusammenarbeit mit dem European Youth Forum initiierte die EU-Kampagne einen einjährigen Meinungsaustausch und Beratungsprozess zum Nichtrauchen, an dem in der EU etwa 10.000 Jugendliche teilgenommen haben. Ziel der Konsultation der Jugendlichen bestand darin, ein europäisches Jugendmanifest zu erarbeiten, das die Ansichten junger Europäer zum Thema Rauchen zusammenfasst. Gleichzeitig sollten die Jugendlichen informiert werden, was sie tun können, um auf sozialer, gesetzlicher und politischer Ebene etwas zu verändern. Auch in Deutschland waren Jugendliche für ein Wochenende zu Gast im Bundesministerium für Gesundheit und erarbeiteten Forderungen für die Tabakpolitik in Deutschland, die in das europäische Jugendmanifest einfließen. Das Manifest enthält Forderungen für eine europäische Tabakpolitik zum Schutz vor Passivrauchen, für verbesserte Zugänge zu Tabakentwöhnungsangeboten, für mehr Aufklärungs- und Präventionsangebote sowie für mehr Mitsprache von Jugendverbänden in der Tabakpolitik.

Ein weiterer Schwerpunkt der HELP-Kampagne war im Jahr 2007 die Veröffentlichung von Kohlenmonoxid-Schadstoffmessungen, die in allen EU-Staaten über 170.000 Mal durchgeführt wurden und in Deutschland am 8. November auf einer Pressekonferenz der Drogenbeauftragten vorgestellt wurden. Die HELP-CO_{mets}-Studie (Carbon monOxide measure of exposure to tobacco smoke) basiert auf einer EU-weiten Erhebung der Kohlenmonoxid-Belastung in allen 27 EU-Mitgliedsstaaten. Wo hohe Messungen von Kohlenmonoxid durch das Rauchen festgestellt werden, sind Menschen auch mehr krebserzeugenden Schadstoffen ausgesetzt. Die vorliegende Studie umfasst die Auswertung von 111.835 Messdaten, die in den ersten eineinhalb Jahren der Kohlenmonoxid-Messinitiative im Rahmen der HELP-Kampagne erhoben wurden. Zusätzliche 90.000 Messungen wurden bis dato durchgeführt und weitere folgen 2008.

Die Ergebnisse der europäischen Studie verdeutlichen, wie groß der Handlungsbedarf für den Nichtraucherschutz ist. Wo gesetzliche Regelungen zum Nichtrauchen bestehen, konnten die gesundheitlichen Belastungen durch Passivrauchen deutlich reduziert werden. Mit dem in Deutschland am 1. September 2007 in Kraft

getretenen Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (Bundesnichtraucherschutzgesetz) und den Gesetzen in den Bundesländern ist eine Verbesserung der Atemluft zu erwarten. In Deutschland war HELP mit den Kohlenmonoxid-Messungen in verschiedenen Städten zu Gast auf den JugendFilmTagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie auf der Jugendmesse YOU in Berlin.

Informationen zum Jugendmanifest, den CO-Messergebnissen und aktuelle Eventdaten der HELP-Kampagne finden Sie unter:

■ www.help-eu.com

1.3 Alkoholpolitik in der EU

Die Europäische Kommission hat im Oktober 2006 eine Mitteilung angenommen, in der die Strategie der EU zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden festgelegt wird. Zur Unterstützung dieser Strategie wurde im Juni 2007 ein „Forum für Alkohol und Gesundheit“ eingerichtet, dem mehr als 40 Wirtschaftsunternehmen und Nichtregierungsorganisationen angehören. Das Forum bietet Interessengruppen, die sich verpflichten, relevante Schritte zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden zu unternehmen, eine Plattform auf EU-Ebene besonders in den folgenden Bereichen:

- Strategien, die darauf abzielen, den Alkoholkonsum Jugendlicher zu senken;
- Informations- und Bildungsprogramme zu den schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums und zu verantwortlichen Trinkmustern;
- Aktivitäten zur besseren Umsetzung der Altersgrenzen für den Verkauf und Ausschank von Alkohol an Jugendliche;
- Kooperation zur Übernahme von Verantwortung in sowie der Prävention von unverantwortlicher kommerzieller Werbung und Verkauf.

Begleitet wird das Forum von zwei Facharbeitsgruppen zu den Bereichen „Jugendspezifische Aspekte von Alkoholkonsum“ sowie „Werbung und Marketing“. Unter dem Schirm von EUROOCARE, einer europäischen Nicht-Regierungsorganisation im Bereich Alkoholpolitik, nimmt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) am Forum teil und stellt einen Experten für die Facharbeitsgruppe „Werbung und Marketing“. Zielgruppe sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Jugendhilfe, der Gesundheitsförderung und des Verbraucherschutzes in Deutschland sowie die Alkoholkonsumenten selbst. Das Forum soll zweimal jährlich zusammenkommen. Die EU-Mitgliedsstaaten, die Europäischen Institutionen, die Weltgesundheitsorganisation und zahlreiche Nichtregierungsorganisationen nehmen an den Zusammenkünften als Beobachter teil.

Auf der ersten Plenarversammlung des Forums am 17. Oktober 2007 in Brüssel wurden zunächst zwei Task Forces zu den Themen „Marketing Communication“ und zu „Youth-specific aspects of Alcohol“ eingerichtet. Zur Teilnahme an beiden Arbeitsgruppen wurden deutsche Vertreter aus Suchtfachverbänden benannt. Außerdem wurde eine multidisziplinäre wissenschaftliche Fachgruppe eingerichtet, die den Prozess begleiten soll.

Das Europäische Parlament hat am 5. September 2007 eine Entschließung zu der EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verminderung alkoholbedingter Schäden vorgelegt. Darin werden die oben genannten Hauptelemente der EU-Strategie aufgegriffen und erläutert sowie mögliche Maßnahmen auf Seiten der Mitgliedsstaaten und durch die Kommission beschrieben. Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen sind bereits Teil der Alkoholpolitik der Bundesregierung.

(Ausführliche Informationen zum Thema Alkoholkonsum von Jugendlichen bzw. „Binge Drinking“ im europäischen Vergleich finden Sie unter C 2.2.3.)

1.4 EU-Gesundheitsprogramm – konkrete Beispiele europäischer Zusammenarbeit

Das erste EU-Gesundheitsprogramm wurde für den Zeitraum 2003–2008 aufgelegt. Auch im zweiten EU-Gesundheitsprogramm 2008–2013 spielen Alkohol,

Tabak und Drogen wieder eine wichtige Rolle; zudem sollen die Projekte zugleich soziale Ungleichheiten besonders berücksichtigen. Die in diesem Programm extra ausgewiesenen Maßnahmen im Bereich Suchtprävention sollen auf den bisherigen Erfahrungen aufbauen. Innerhalb der Programme werden jeweils für ein Jahr Arbeitspläne festgelegt und entsprechende Ausschreibungen veröffentlicht. Beispielsweise wurden im Rahmen der Ausschreibung für das Arbeitsprogramm 2006 insgesamt 12 Projekte im Sucht- und Drogenbereich mit einer Gesamtförderhöhe von 47 Mio. Euro bewilligt, die zum großen Teil auch noch im Jahr 2008 durchgeführt werden. Diese Projekte verteilen sich auf: vier im Tabakbereich, zwei im Alkoholbereich und sechs im Drogenbereich. Bei sechs dieser 12 Projekte haben deutsche Organisationen die Federführung, bei drei weiteren Projekten sind deutsche Einrichtungen als Projektbeteiligte vertreten. Damit sind deutsche Einrichtungen im europäischen Austausch von sucht- und drogenpolitisch relevanten Projekten gut vertreten. Die einzelnen Projekte sind unter http://ec.europa.eu/phea/documents/2007_5986_EN.pdf (ab Seite 73, in englischer Sprache) beschrieben. In den folgenden Abschnitten werden Projekte aus dem EU-Gesundheitsprogramm 2003 bis 2008 beschrieben.

1.4.1 Pathways for Health Project (PHP)

Themenschwerpunkte des Projektes Pathways for Health (PHP), das von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) in Kooperation mit europäischen Partnerorganisationen organisiert und durchgeführt wird, sind exzessives Rauschtrinken („Binge Drinking“), Alkohol im Straßenverkehr und Warnhinweise auf alkoholischen Getränken. Ziel des Projektes war es, auf internationaler sowie auf nationaler Ebene Informationsdefizite in diesen Bereichen zu reduzieren und den Informationsstand zu aktualisieren. Hierfür war die Erfüllung unterschiedlicher Arbeitsaufträge erforderlich, so wurden z. B. europaweit Maßnahmen zu den drei Schwerpunktthemen gesammelt, so dass heute allen Interessierten ein Austausch über innovative Projekte ermöglicht wird und Projektideen angeregt bzw. initiiert werden. Finanziert wurde das Projekt von der Europäischen Kommission

und den Gesundheitsministerien von Finnland, Frankreich, Portugal und Deutschland. Insgesamt beteiligten sich 35 Organisationen und Institutionen aus 28 europäischen Ländern (26 EU-Staaten, 2 Nicht-EU-Staaten) über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren.

Zum Informationsmaterial zu den drei Schwerpunktthemen gehören je eine Übersichtsarbeit zum aktuellen Stand der Wissenschaft sowie eine Zusammenfassung mit den wesentlichen Fakten und Handlungsempfehlungen. Dazu ein paar Aspekte in Kürze:

Exzessives Rauschtrinken („Binge Drinking“) ist mittlerweile ein europaweit beobachtetes Phänomen, insbesondere bei Jugendlichen. Die gesundheitlichen Risiken sind erheblich und betreffen nicht nur die Alkoholkonsumenten selbst, sondern auch unbeteiligte Personen, die z. B. Opfer von Gewalt einer stark angetrunkenen Person wurden.

Hinsichtlich des Alkohols im Straßenverkehr zeigt sich, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Höhe des Blutalkoholspiegels und dem Unfallrisiko besteht. Dies veranlasste viele europäische Staaten, niedrigere Blutalkoholwerte festzulegen und Alkoholkontrollen im Straßenverkehr zu verstärken. Gestärkt werden diese Maßnahmen durch Studien, die belegen, dass die Reduzierung der Grenzwerte für die Blutalkoholkonzentration (<0,5 g/l), flächendeckende Alkoholkontrollen und strengere Sanktionen helfen, die alkoholbedingte Unfallrate deutlich zu senken. (vgl. dazu C 2.4.1 Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger)

In Europa fehlen umfassende Erkenntnisse zur Wirkung von Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken. Das gilt auch für den Stand der Forschung in diesem Bereich. Studien aus dem angloamerikanischen Raum zeigten, dass Informationen auf Behältnissen mit alkoholischen Getränken bei Schwangeren die Diskussion über Gefahren durch Alkohol verstärken und dadurch ein Problembewusstsein befördern. Außerdem sollten Informationen zu Gesundheitsrisiken standardisiert und leicht verständlich sein.

In einem weiteren Arbeitsfeld des PHP Projekts wurde eine bereits bestehende Datenbank (www.hp-source.net) zum Thema Alkoholpolitik erweitert, so dass auch Informationen zu den jeweiligen Schwerpunkten aufgenommen werden können. Die Daten bestehen aus gesetz-

lichen Regelungen und präventiven Maßnahmen, die zur Reduzierung alkoholbezogener Probleme in den jeweiligen Ländern eingesetzt werden.

Mit seinen umfangreichen Dokumenten, die als elektronische Version und zum Teil als gedruckte Version verfügbar sind, wird das Projekt „Pathways for Health“ dazu beitragen, den Informationstand aller Interessierten zu erweitern und Argumentationshilfen für die nationale und europäische alkoholpolitische Arbeit zu liefern. Sämtliche Dokumente sind auf der Internetseite der DHS verfügbar

■ www.dhs.de/web/dhs_international/pathways.php

1.4.2 Projekt „Building Capacity“

Wie schon das Vorgängerprojekt „Bridging the Gap“ (siehe Drogen- und Suchtbericht 2007, S. 76), widmet sich das von der Europäischen Kommission bewilligte dreijährige Folgeprojekt „Building Capacity“ der Implementierung einer koordinierten Alkoholpolitik in der Europäischen Union. Im Rahmen von „Building Capacity“ wird die Weiterentwicklung und Implementierung von Alkoholpolitik in Europa sowie die Schaffung funktionsfähiger Netzwerke in den Mitgliedsländern gefördert. Dabei kann das Projekt auch auf die Erfahrungen anderer europäischer Projekte zurückgreifen, wie „Pathways for Health“ (siehe 1.4.1) sowie ELSA.

Ziele von „Building Capacity“ sind zum einen die Unterstützung der EU Kommission und der EU Mitgliedsländer bei der Umsetzung der 2006 formulierten Alkoholstrategie und zum anderen die Einbindung weiterer Sektoren, Institutionen und Organisationen (z. B. des Verbraucherschutzes, der Gesundheitsförderung oder Jugendorganisationen) in das Engagement für einen umfassenden Ansatz der Alkoholpolitik.

Kernaufgabe des Projektes ist neben der Weiterentwicklung einer europäischen Datenbank zu Alkoholprävention und -politik die Förderung von Wirksamkeitsnachweisen. Dazu werden verschiedene alkoholpolitische Strategien auf ihre gesundheitlichen und ökonomischen Folgen hin bewertet. Weitere Arbeitsschwerpunkte bilden kommunale und regionale Ansätze von Alkoholpolitik sowie die Prävention von Unfällen und Verletzungen. Insgesamt nehmen Partner aus 25 Mitgliedsländern

sowie aus Island, Norwegen, der Türkei und der Schweiz teil.

■ www.dhs.de/web/dhs_international/capacity_de.php

1.5 EU-Rahmenforschungsprogramm – konkrete Beispiele europäischer Zusammenarbeit

Das Rahmenforschungsprogramm ist das wichtigste Instrument der EU zur Forschungsfinanzierung in Europa. Die jeweils fünfjährigen Rahmenprogramme gibt es seit 1984; das aktuelle sechste Rahmenprogramm (RP6) begann am 1. Januar 2003 und endet 2008. Im Rahmen dieses EU-Programms wird das Projekt „Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicine“ (DRUID) seit Oktober 2006 gefördert. Die Federführung für das Projekt hat die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) übernommen. Gemeinsam mit 36 Partnern aus mehr als 20 europäischen Ländern untersucht das Projekt bis 2010 die Rolle der psychoaktiven Substanzen im Straßenverkehr. Erwartet werden wichtige Informationen über die Auftretenshäufigkeit psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr und deren Risikopotential. Darüber hinaus werden im Rahmen experimenteller Studien für diese psychoaktiven Substanzen Vorschläge für bislang nicht vorliegende Gefahrgrenzwerte in Analogie zu Promillegrenzen bei Alkohol ermittelt. Bewertet werden zudem Methoden und Richtlinien für die Entdeckung, Verfolgung und Bestrafung von Fahrten unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Rehabilitationsmaßnahmen und Informationsmaterial werden sowohl für Fachkreise als auch für das breite Publikum entwickelt und verbreitet. Ziel von DRUID ist es, die Grundlagen für harmonisierte EU-weite Regelungen für das Fahren unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und Medikamenten zu schaffen (mehr zu Drogen im Straßenverkehr unter C 5.2 und zu Alkohol im Straßenverkehr unter C 2.4.1).

■ www.druid-project.com

2 Internationale Zusammenarbeit

Die Drogenproblematik ist eine der großen Herausforderungen für die internationale Gemeinschaft. Man schätzt den Umsatz im Drogengeschäft auf weltweit 320 Mrd. US-Dollar jährlich (ca 0,9% des Welt-Bruttosozialprodukts). Die globale Dimension des Drogenproblems erfordert gebündelte internationale Anstrengungen. Neben den Vereinten Nationen (UN) beschäftigen sich auch regionale Zusammenschlüsse mit der Drogenbekämpfung, vor allem die EU mit der Horizontalen Drogengruppe, Europarat, OAS (Organization of American States), aber auch ASEM (Asia-Europe Meeting), ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), SADC (Southern African Development Community) und sektorale Organisationen, wie die Financial Action Task Force zur Bekämpfung der Geldwäsche, Interpol, Weltzollorganisation und die Dublin-Gruppe. Letztere ist ein informelles Gremium, dem alle EU-Mitgliedsstaaten sowie die USA, Kanada, Australien, Japan und Norwegen angehören. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Drogenproblematik weltweit zu beobachten und zu einer besseren Koordinierung der Bekämpfungsmaßnahmen beizutragen. Deutschland hat in dieser Gruppe den Regionalvorsitz für Osteuropa.

Für die weltweite Drogenbekämpfung ist insbesondere die zunehmende Verbreitung von synthetischen Drogen und die erneut auf hohes Niveau angestiegene Opium- und Heroinproduktion in Afghanistan problematisch. Sie war im letzten Jahr der Talibanherrschaft (2001) stark zurückgegangen, steigt seitdem aber trotz fortbestehendem Anbauverbot wieder erheblich an. 2007 stieg die Rohopiumproduktion auf rund 8.200 Tonnen. Mittlerweile stellt Afghanistan nach Angaben der UNODC (UN Office on Drugs and Crime) 93% des weltweit produzierten Opiums her. Im Rahmen der internationalen Arbeitsteilung beim Wiederaufbau Afghanistans hat Großbritannien die Führungsrolle und Koordination bei der Drogenbekämpfung übernommen. Deutschland leistete durch die Übernahme der Führungsrolle beim Wiederaufbau der Polizei, speziell durch den Aufbau der Drogenpolizei, einen wichtigen Beitrag. Inzwischen wird diese Führungsrolle von der EU-Polizeimission (EUPOL Afghanistan) ausgeübt.

Die Entwicklungen beim Schlafmohnanbau laufen in den Provinzen je nach Lage unterschiedlich, ein Nord-Süd- und ein West-Ost-Gefälle sind zu beobachten. Positiv zu vermerken ist die Verdopplung der schlafmohnfreien Provinzen von sechs auf 13, drei davon im deutschen Verantwortungsbereich. Positiv ist aus deutscher Sicht auch der Rückgang des Schlafmohnanbaus in Badakhshan um 72 % gegenüber 2006. Labore und Drogenschmuggel sind aber auch in diesen Regionen vorhanden.

Obwohl die ISAF-Schutztruppe (als Teil davon auch deutsche Soldaten) sowie die deutschen Polizisten in Afghanistan kein Mandat zur aktiven Drogenbekämpfung besitzen, unterstützt Deutschland die Drogenbekämpfungsmaßnahmen der afghanischen Regierung und unserer internationalen Partner und engagiert sich im Rahmen der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit (EZ).

Darüber hinaus sind Maßnahmen gegen aus Afghanistan stammendes Opium und Heroin auf den Schmuggelrouten (Balkanroute und Seidenstraße) sowie die regionale Zusammenarbeit insbesondere der Nachbarn Afghanistans von großer Bedeutung. Diesen Zielen dient die aus einer Initiative der damaligen französischen G8-Präsidentschaft (Konferenz in Paris am 21. und 22. Mai 2003) mit Unterstützung von UNODC entwickelte Paris-Pakt-Initiative, in deren Rahmen regelmäßig Expertengespräche in den verschiedenen Ländern organisiert werden.

Unter anderem im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Taliban in Afghanistan und des von ihnen unterstützten terroristischen Netzwerks der Al Qaida rücken auch mögliche Verbindungen zwischen Drogenhandel und internationalem Terrorismus in das Bewusstsein der internationalen Staatengemeinschaft.

2.1 Vereinte Nationen

Die Zusammenarbeit im Drogenbereich auf der Ebene der Vereinten Nationen (UN) erfolgt auf der Grundlage der drei UN-Drogenkonventionen von 1961, 1971 und 1988, die die Mitgliedsstaaten verpflichten, die Produktion und den Vertrieb von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu kontrollieren, den Drogenmiss-

brauch und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen, die notwendigen verwaltungstechnischen Einrichtungen hierfür zu schaffen und den internationalen Organen über ihre Tätigkeit zu berichten.

Die wichtigsten mit Drogenfragen befassten Institutionen im Rahmen der Vereinten Nationen (UN) sind:

- die UN-Suchtstoffkommission (Commission on Narcotic Drugs – CND), die bereits 1946 als Fachkommission des Wirtschafts- und Sozialrats eingerichtet wurde und das zentrale Richtlinienorgan der UN im Drogenbereich darstellt; sie tritt jährlich zumeist im März etwa eine Woche lang zusammen;
- das Internationale Suchtstoffkontroll-Amt (International Narcotics Control Board – INCB) der UN, das die Aufgabe hat, Handel und Anwendung von psychotropen Stoffen für medizinische Zwecke ebenso wie von Vorläuferchemikalien zu kontrollieren und die Einhaltung der Internationalen Suchtstoffübereinkommen zu überwachen;
- das UN-Drogenkontrollprogramm UNDCP (United Nations International Drug Control Programme), das 1990 geschaffen wurde, um alle drogenrelevanten Aktivitäten der UN zu koordinieren, die Staaten bei der Einhaltung der Drogenkonventionen zu unterstützen und Drogenbekämpfungsprogramme zu planen, zu koordinieren und durchzuführen bzw. deren Durchführung zu überwachen. Die engere Zusammenarbeit von UNDCP (Hauptsitz in Wien und 21 Regionalbüros) und CICP (Centre for International Crime Prevention) unter dem Dach des UN Büros für Drogen- und Verbrechensbekämpfung UNODC (UN Office on Drugs and Crime) seit 2003 hat dazu geführt, dass in der Regel nur noch UNODC in der Öffentlichkeit in Erscheinung tritt.

Die 20. Sonder-Vollversammlung zum Weltdrogenproblem vom 08. bis 10. Juni 1998 in New York verdeutlichte den hohen Stellenwert der Drogenbekämpfung für die internationale Staatengemeinschaft. In einer Politischen Erklärung und in sechs politisch verbindlichen Dokumenten (Aktionsplänen) wurden Ziele festgelegt und Aktionen in folgenden Bereichen vereinbart:

- **Nachfragereduzierung:** Eine deutliche Senkung der Nachfrage nach Drogen wird als der Schlüssel zur Lösung des globalen Drogenproblems bezeichnet.
- **Reduzierung illegalen Anbaus und alternative Entwicklung:** Neben der Reduzierung des illegalen Drogenanbaus mit repressiven Maßnahmen (eine insbesondere von den USA und GB unterstützte Strategie) wird die Beseitigung der sozialen und ökonomischen Ursachen des Drogenanbaus als wichtige langfristige Strategie zur Bekämpfung des Drogenangebots angesehen. Mit Hilfe von Maßnahmen zur Schaffung von landwirtschaftlichen und nicht-landwirtschaftlichen Alternativen, der infrastrukturellen Erschließung des Landes (Verkehr, Schulen, Gesundheitswesen) und des Aufbaus eines funktionstüchtigen Vermarktungswesens für bäuerliche Produkte sollen nachhaltige Einkommensalternativen vor allem für kleinbäuerliche Drogenproduzenten geschaffen werden.
- **Chemische Vorläufersubstanzen:** Die Verbreitung chemischer Vorläufersubstanzen, die zur Herstellung von illegalen Drogen dienen, ist in den letzten Jahren zu einer ernsthaften Herausforderung geworden.
- **Synthetische Drogen:** Amphetamine, Methamphetamine und Ecstasy (englisch: Amphetamine Type Stimulants, ATS) ersetzen weltweit betrachtet in zunehmendem Maße klassische Drogen wie Kokain und Heroin, vor allem unter Jugendlichen.
- **Geldwäschebekämpfung:** Das Waschen von Geldern aus Drogengeschäften stellt eine zunehmende Gefahr für die Volkswirtschaften vieler Staaten dar. Restriktive Vorschriften zum Bankgeheimnis und Offshore Banking sind große Herausforderungen für eine effektive Geldwäschebekämpfung.
- **Justizielle Zusammenarbeit:** Die Globalisierung der Märkte führte auch zu einer Globalisierung der Drogenkriminalität. Den daraus resultierenden Gefahren kann nur durch eine verstärkte internationale Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden begegnet werden.

In einem auch von Deutschland unterstützten internationalen Programm des UNODC, dem Projekt GLO/H43 „International network of drug treatment and rehabilitation resource centers“, kurz „Treatnet“, nehmen weltweit 20 Drogenhilfezentren teil, um die Möglichkeiten einer diversifizierten und effektiven Drogentherapie und -rehabilitation zu verbessern und die Vernetzung der beteiligten Zentren zu fördern. Die gesammelten Erfahrungen in der ersten Projektphase sollen dann auch für andere Zentren in Schulungsmaterialien aufbereitet werden. An dem UN-Projekt nimmt auch die Nürnberger Drogenhilfeeinrichtung Mudra teil.

■ www.unodc.org/treatnet

2.1.1 Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND)

Deutschland ist Mitglied der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (Commission on Narcotic Drugs, CND), dem zentralen internationalen Organ zur Bekämpfung von Drogenproduktion und -handel. Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP), das vom UN Office on Drugs and Crime in Wien (UNODC) durchgeführt wird, wird von der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren finanziell unterstützt. Deutschland gehört dem Kreis der Hauptgeberstaaten an und beteiligt sich an mehreren Projekten von UNODC. Die 50. Sitzung der CND fand vom 12. bis 16. März 2007 in Wien statt. Die deutsche Delegation unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hatte als EU-Ratspräsidentschaft die Aufgabe, die Mitgliedsstaaten der EU zu koordinieren und die EU aktiv in der CND zu vertreten. Insgesamt wurden 16 Resolutionen verabschiedet (insbesondere zu den Bereichen Afghanistan, Reisen mit kontrollierten Substanzen, Grundstoffüberwachung, Angebotsreduzierung, illegaler Drogenhandel über das Internet, Drogenanalyzelabore, Evaluierung der Beschlüsse der 20. Sonder-Vollversammlung 1998 (UNGASS), Management bei UNDCP und Finanzierung von UNDCP). Im Rahmen der Thematischen Debatte über die Kontrolle von Vorläuferstoffen zeigte sich, dass das deutsche System der Grundstoffüberwachung in Europa und weltweit vorbildlich und richtungweisend ist.

2.1.2 UNGASS Review

Die Drogenpolitik der Vereinten Nationen (UN) befindet sich derzeit in einer entscheidenden Phase: Grundlage und Rahmen der UN-Drogenpolitik müssen überprüft und neu definiert werden.

Die im Jahre 1998 von der 20. Sonder-Vollversammlung der UN (UNGASS 98) gefassten grundlegenden Beschlüsse bilden seither den Rahmen für die internationale Zusammenarbeit in der Drogenpolitik. Die Umsetzung dieser Beschlüsse von 1998 muss nach dem Willen der Vollversammlung 1998 überprüft werden („UNGASS Review“). Dazu soll zunächst im Jahre 2008 eine detaillierte Bestandsaufnahme über die Umsetzung der UNGASS-Beschlüsse vorgenommen werden. Im Lichte der Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme muss 2009 über die künftige Ausrichtung der UN-Drogenpolitik entschieden werden. Diese Entscheidung soll im Rahmen eines hochrangigen Treffens im März 2009 getroffen werden.

Bei der 51. Sitzung der CND im März 2008 legte der UNODC-Exekutivdirektor einen umfangreichen Bericht über die Umsetzung der UNGASS-Beschlüsse vor, der sich vor allem auf die regelmäßigen Zweijahresberichte der Mitgliedsstaaten stützte. Er kam zu dem Ergebnis, dass das Drogenproblem weltweit konstant gehalten werden konnte, dass es aber damit keineswegs gelöst sei.

Es geht nunmehr darum, im Jahre 2008 auf der Grundlage der Bestandsaufnahme die inhaltlichen Schwerpunkte der künftigen Drogenpolitik der UN nach 2009 zu diskutieren und zu definieren, damit das High Level Meeting im März 2009 eine neue Politische Erklärung sowie Aktionspläne für die einzelnen Handlungsbereiche verabschieden kann. Die 51. CND hat für diesen Prozess der „period of global reflection“ – aufgrund einer deutschen bzw. europäischen Initiative – ein strukturiertes Verfahren zur Vorbereitung der Entscheidungen des High Level Meetings festgelegt.

Die EU hat sich stark in diesem Review-Prozess engagiert, um die europäischen Erfahrungen und Vorstellungen auf der UN-Ebene einzubringen und den Prozess insgesamt zu optimieren. Innerhalb der EU hat Deutschland – neben GB und NL – dabei eine führende Rolle übernommen.

2.2 Internationale Entwicklungszusammenarbeit

Die Anzahl der injizierenden Drogenabhängigen wird weltweit auf rund 13 Millionen Menschen geschätzt, davon leben ca. 78 % in Entwicklungs- und Transformationsländern. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklungen der HIV-Übertragung in Osteuropa, Zentralasien und Südostasien zu betrachten, die mehrheitlich durch intravenösen Drogenkonsum und Prostitution verursacht wird.

Das Thema AIDS ist ein zentraler Bereich in der Arbeit der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Im Auftrag des Ministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wurde das Projekt „Strengthening the HIV/AIDS profile in the German development cooperation“ entwickelt. Das Projekt identifiziert Modelle „Guter Praxis“ im Rahmen der vom BMZ und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (gtz) geförderten weltweiten Projekte und verbreitet deren Erfahrungen im Rahmen einer Dokumentation, um Antworten auf die AIDS-Problematik in Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zu zeigen. Projekte der gtz in Vietnam, der Ukraine, Indien, Bangladesch, Nepal und Pakistan sind Bestandteil der Reform des Gesundheitswesens, mit Schwerpunkt HIV/AIDS-Prävention. Für eine signifikante Verbesserung der HIV-Präventionsaktivitäten ist eine entscheidende Verbesserung der Koordination im Bereich der HIV-Prävention notwendig.

Die gtz-Projekte fördern:

- die übersektorale Koordination von HIV-Prävention;
- die Behandlung und Betreuung auf regionaler Ebene – funktionierende regionale AIDS-Beiräte;
- die Verbesserung der Qualität von medizinischer und sozialer Betreuung von Menschen, die mit HIV leben;
- den Aufbau von HIV Referenz- und Überweisungssystemen sowie multiprofessioneller Teams im Bereich der Unterstützung für Menschen mit HIV und AIDS;

- die Integration der Sichtweisen der Zielgruppen in Strategie- und Konzeptentwicklungsprozesse zu HIV-Behandlung, Pflege und Betreuung;
- die Unterstützung und Ausbau von Service- und Beratungsstellen für Drogenkonsumenten, die Harm Reduction Maßnahmen wie Spritzentausch und Substitutionstherapie anbieten;
- die Weiterentwicklung von systematischem Monitoring und Evaluation;
- Drogenmissbrauchsprävention für Kinder und Jugendliche;
- Maßnahmen zur Förderung der kommunalen Drogenpolitik mit partizipativen Ansätzen.

Der Anbau illegaler Drogenpflanzen wie Koka und Schlafmohn resultiert aus einer Vielzahl von Entwicklungsproblemen: Armut, gewaltsame Konflikte, schwache staatliche Institutionen, mangelnde soziale und wirtschaftliche Infrastruktur sowie fehlende langfristige Alternativen zur Sicherung des Lebensunterhaltes von kleinbäuerlichen Familien. Ein besonders anschauliches Beispiel bietet die jüngste Entwicklung in Afghanistan: Nach Schätzungen von UNODC wurde im Jahr 2007 in Afghanistan auf einer Fläche von 193.000 ha Schlafmohn angebaut – so viel wie nie zuvor. Rund 10 % der afghanischen Bevölkerung ist in den Anbau involviert. Damit produziert Afghanistan auf „nur“ 4,3 % der ackerbaulichen Nutzfläche Schlafmohn für die Weiterverarbeitung zu 8.200 Tonnen Opium. Das entspricht 93 % der weltweiten Produktion im vergangenen Jahr. Die Dominanz der Drogenökonomie in manchen Landesteilen blockiert eine nachhaltige Entwicklung und ist zugleich eine der Ursachen wie auch Folge von Gewalt und Konflikten. Über 75 % der Drogenanbaufläche Afghanistans liegt in den Südprowinzen Helmand und Kandahar – hier wird das Ursachen-Folgen-Geflecht zwischen Konflikt und Drogenanbau besonders deutlich.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit setzt sich gemeinsam mit den Partnerländern und internationalen Organisationen konsequent für die Durchsetzung von

Maßnahmen einer entwicklungsorientierten Drogenkontrolle ein. Ziel ist es, die Drogenproduzenten bei der Verwirklichung alternativer sozialer und ökonomischer Lebensperspektiven zu unterstützen, damit diese langfristig ihre ökonomische Abhängigkeit vom Drogenanbau reduzieren können. Zudem werden – vielfach im Zusammenspiel mit der Prävention von HIV-Übertragungen – Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs in betroffenen Partnerländern unterstützt.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung fördert hierzu seit Anfang der 80er Jahre Projekte der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit mit Partnerländern in Asien und Lateinamerika sowie mit internationalen Institutionen wie der UNODC, der Institution der Vereinten Nationen zur Bekämpfung illegaler Drogen und internationaler Kriminalität.

Das Ministerium hat das Sektorvorhaben „Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle – EOD“ ins Leben gerufen, das von der deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit durchgeführt wird und Beratungsleistungen erbringt.

2.2.1 Entwicklungsorientierte Drogenkontrolle

Bei der entwicklungsorientierten Drogenkontrolle verfolgt die Bundesregierung den Ansatz der so genannten Alternativen Entwicklung. Für die Drogenanbaugebiete in Ländern wie Kolumbien, Peru, Afghanistan oder auch Laos ist dieser Entwicklungsansatz sehr eng mit Instrumenten der Armutsminderung, Ernährungs-sicherung, der ländlichen Entwicklung, lokaler und regionaler Wirtschaftsförderung und Stärkung partizipativer und rechtsstaatlicher Strukturen verknüpft. Alternative Entwicklung zielt auf die wirtschaftliche, politische und soziale Entwicklung der betroffenen Gebiete und reagiert auf den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung. Zu den Maßnahmen gehören die Förderung der Landwirtschaft, der Verkehrsinfrastruktur, die Stärkung von Bauernorganisationen, die Formalisierung von Landbesitz, die Verbesserung staatlicher Dienste in Bereich Gesundheit und Bildung und die Stärkung der Handlungsfähigkeit dezentraler staatlicher Strukturen. Auf nationaler Ebene wird Drogenbekämpfung in den

entwicklungspolitischen Dialog zwischen der Bundesregierung und den Partnerländern eingebracht.

Eingedenk der zunehmenden und multikausalen Drogenproblematik in Afghanistan gewinnt Drogenkontrolle weiter an Bedeutung. Die von der Bundesregierung geförderten Programme und Projekte berücksichtigen entwicklungsorientierte Drogenkontrolle als Querschnittsthema. So trägt Deutschland vor allem im Norden und Nordosten sowie im Südosten des Landes mit Programmen zur Ernährungssicherung, Wirtschaftsförderung, Bau und Verbesserung von Straßen, Marktzugängen, Trinkwasser- und Energieversorgung sowie Bildung zur nachhaltigen Entwicklung bei. Durch die Förderung der sozialen und wirtschaftlichen Infrastruktur werden die Lebensbedingungen der Bevölkerung verbessert und die Abhängigkeit vom Mohnanbau verringert. Die Vorhaben leisten zudem einen Beitrag zur Schaffung zivilgesellschaftlicher Strukturen auf der Dorf- und Gemeindeebene, stärken die administrativen und politischen Strukturen auf Provinzebene und fördern Einkommen schaffende Maßnahmen.

Die bolivianisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit findet im Rahmen des neuen nationalen bolivianischen Entwicklungsplanes statt und ist primär auf Armutsbekämpfung, Förderung von partizipativen Strukturen und nachhaltige landwirtschaftliche Entwicklung ausgerichtet. Damit wird ein wichtiger Beitrag geleistet, Menschen aus marginalisierten und strukturschwachen Regionen Alternativen zu einer Abwanderung in Kokaanbauregionen aufzuzeigen.

In Peru hat Deutschland seit 2002 als Teil des Schulentauschabkommens das Projekt „Alternative Entwicklung in Tocache-Uchiza“ unterstützt, das erfolgreich abgeschlossen wurde. Das Projekt zielte auf die Förderung der regionalen Wirtschaftsförderung unter gleichzeitiger Stabilisierung der sozialen Strukturen, die nach einem regionalen Gewaltkonflikt weitgehend zerstört waren. Der Erfolg dieses Projektes basiert auf einem komplementären Ansatz von Formalisierung der Bodenbesitzverhältnisse, nachfrageorientierter Einführung technischer und organisatorischer Standards für den Aufbau von Familienbetrieben und darauf, dass die Maßnahmen nicht von vornherein von einer Vernichtung von Kokaanbauflächen abhängig gemacht werden. Derzeit wird über eine zweite Phase verhandelt.

Außerdem fördert das BMZ das von UNODC durchgeführte Projekt „Alternative Entwicklung in Pichis-Palcazu, Aguatiya und Huallaga“.

In Kolumbien werden Maßnahmen gefördert, die mittelbar zur entwicklungsorientierten Drogenkontrolle beitragen. Dazu gehört das „Forstentwicklungsprogramm Rio Magdalena“, welches sich mit einem Finanzrahmen von 18,6 Mio. mittlerweile in der zweiten Phase befindet und unter ökologischen Gesichtspunkten die nachhaltige Kleinindustrie im Holzsektor als Alternative zum Kokaanbau unterstützt. Das Projekt wurde weiterhin um eine Komponente zur nachhaltigen Produktion und Weiterverarbeitung von Kaffee ergänzt (18,6 Mio.). Im Rahmen des Programms „Friedensentwicklung durch Stärkung der Zusammenarbeit von Staat und Zivilgesellschaft“ beteiligt sich Deutschland mit insgesamt 20 Mio. Euro an der Umsetzung regionaler Friedens- und Entwicklungsprogramme und unterstützt insbesondere die regionale und kommunale Ebene bei der Stärkung vorhandener Friedensinitiativen, was die Förderung legaler Einkommensmöglichkeiten umschließt.

2.2.2 Partnerschaften stärken

Drogenbekämpfung ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Sie kann nur durch gemeinsame und koordinierte Anstrengungen aller relevanten Akteure wie Regierungen, internationalen Organisationen, Nichtregierungsorganisationen, traditionellen Entscheidungsträgern wie auch der kleinbäuerlichen Erzeuger gelingen.

Die Bundesregierung unterstützt deshalb – über Projekte der bilateralen Zusammenarbeit hinaus – UNODC finanziell beim Aufbau von internationalen Netzwerken zur Förderung der Alternativen Entwicklung in Entwicklungsländern und zur Suchtprävention und -behandlung. Dabei stellt das Bundesministerium für Gesundheit UNODC jährlich 600.000 Euro zur Verfügung, die nicht zweckgebunden sind. Weitere projektgebundene Mittel stammen aus dem Haushalt des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). 2007 wurden daraus Projekte in Höhe von 1,57 Millionen Euro gefördert.

Die EU und das BMZ finanzieren ein von der FAO (UN-Food and Agriculture Organization) koordiniertes und

von der GTZ durchgeführtes Vorhaben, das die Weiterentwicklung des Konzeptes der Alternativen Entwicklung fördert und deren konsequente Umsetzung in entwicklungs- und drogenpolitischen Strategien anstrebt. Beratendes Mitglied ist hierbei das UNODC. Aufbauend auf den Erfahrungen des vorangegangenen Jahres fanden in 2007 zwei regionale Workshops in Thailand und Peru statt. Dabei wurden konkrete Erfahrungen der Länder über die Verknüpfung von Drogenkontroll- und Entwicklungsmaßnahmen aufgearbeitet. Hochrangige Vertreterinnen und Vertreter aus den Regierungen, der Zivilgesellschaft sowie der internationalen Gebergemeinschaft Südostasiens (Thailand, Laos, Myanmar) und Afghanistans sowie der Andenregion (Kolumbien, Peru, Bolivien) erarbeiteten gemeinsame „lessons learnt“. Hieraus resultierende Empfehlungen für einen regionalen entwicklungsorientierten Drogenkontrollansatz werden unter Beratung der UNODC in den Bewertungsprozess der internationalen Drogenpolitik seit 1998 eingespeist. Derzeit wird über eine Projektverlängerung über 2008 hinaus beraten.

2.3 Pompidou-Gruppe beim Europarat

Im Rahmen des Europarats wurde 1971 auf Initiative des damaligen französischen Präsidenten Georges Pompidou durch ein „Partial Agreement“ die Pompidou-Gruppe („Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs“) gegründet. Ihr gehören 34 Staaten (von den derzeit 46 Mitgliedern des Europarats) an. Sie ist die erste – und damit älteste – europäische Institution im Bereich der Internationalen Drogenpolitik. Die für Drogenfragen zuständigen Minister der Pompidou-Gruppe (PG) treffen sich regelmäßig alle drei Jahre, um die politischen Richtlinien für die gemeinsame Zusammenarbeit festzulegen und das Arbeitsprogramm zu beschließen. Künftig wird der Zeitraum zwischen den Ministertreffen – und damit die Laufzeit des Arbeitsprogramms – vier Jahre betragen.

Die PG hat im Jahre 2003 ihre Struktur und Arbeitsweise neu organisiert. Sie hat Arbeitskreise – sog. Plattformen – zu den sechs Themenkreisen „Prävention“, „Behandlung“, „Forschung“, „Ethische Fragen“, „Strafverfolgung und gesetzliche Maßnahmen“ sowie

„Flughäfen“ eingerichtet. Innerhalb dieser Plattformen tauschen Experten aus den Bereichen Politik, Praxis und Wissenschaft Erfahrungen aus, verständigen sich über den jeweiligen Stand der Erkenntnisse, stellen Entwicklungen dar, zeigen Probleme auf und definieren den drogenpolitischen Handlungsbedarf. Sie sollen damit Signale setzen, die von der PG und den Regierungen der Mitgliedsstaaten aufgegriffen werden können.

Die Arbeit der Plattformen wurde 2006 in einem aufwändigen Audit-Verfahren evaluiert. Auf der Ministerkonferenz der PG im November 2006 wurden die neue Struktur und die Ergebnisse der Plattformen positiv beurteilt. Die Minister verabschiedeten eine Politische Erklärung als Grundlage für die weitere Arbeit sowie das Arbeitsprogramm der PG für die Jahre 2007 bis 2010.

Eine erfolgreiche Initiative der Pompidou-Gruppe ist die seit 1995 alle vier Jahre durchgeführte ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). An dieser europäischen Studie zu Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol- und Drogenkonsums unter fünfzehn- und sechzehnjährigen Schülerinnen und Schülern beteiligen sich inzwischen mehr als 40 Länder, darunter in Deutschland sieben Bundesländer. Die Datenerhebung in Deutschland im Jahr 2007 umfasste ca. 12.500 Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klassenstufe. Vor dem Hintergrund sich öffnender Grenzen in Europa, dem freien Transfer von Personen und Waren und der häufig geführten Diskussion um Drogenfreigabe, sind Informationen über Änderungen des Konsumverhaltens von Alkohol und anderen Drogen von hohem Interesse und unschätzbarem Wert. Die durch diese Untersuchung gewonnenen Daten und Erkenntnisse bieten nicht nur Vergleichsmöglichkeiten mit den anderen beteiligten europäischen Staaten, sondern auch Ansatzpunkte zur Entwicklung gezielter Maßnahmen und Hilfen zur Früherkennung, Prävention und Behandlung von Drogenproblemen.

Anfang 2007 wurde auf gemeinsame Initiative der Pompidou-Gruppe und der EU (Finnische Ratspräsidentschaft 2006) das Netzwerk EXASS Net (European network of partnerships between stakeholders at frontline level responding to drug problems providing experience and assistance for inter-sectoral cooperation) gegründet, dessen Ziel es ist, Einrichtungen auf lokaler Ebene, die im Drogenbereich behördenübergreifend (Polizei,

Sozial-, Gesundheits- und Schulämter) arbeiten, zu vernetzen. Im Mittelpunkt stehen dabei der direkte Kontakt und Austausch zwischen Praktikern an vorderster Front („at frontline level“) und die Hilfestellung für solche, die in Zukunft solche Strukturen einrichten wollen. Es geht darum, Partnerschaften zu bilden und voneinander zu lernen, welche Ansätze in der Praxis in den einzelnen Einrichtungen erfolgreich waren. An dem Netzwerk EXASS Net beteiligen sich derzeit Einrichtungen aus acht europäischen Ländern (Deutschland, Finnland, Großbritannien, Kroatien, Ungarn, Rumänien, Russland und Polen). Deutscher Partner des Netzwerkes ist die Stadt Frankfurt/Main („Frankfurter Montagsrunde“), die im Mai 2008 zu einem Treffen des Netzwerkes einlud. Das Netzwerk EXASS Net ist ein hervorragendes Beispiel für die Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung von EU und Europarat.

2.4 Bilaterale Zusammenarbeit

2.4.1 Deutsch-österreichische Zusammenarbeit

Zwischen dem nationalen Drogenkoordinator in Österreich, Dr. Franz Pietsch, und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung besteht seit Jahren ein kontinuierlicher Informationsaustausch in der Drogen- und Suchtpolitik. Auf verschiedenen Treffen am Rande der Drogenkoordinatorentreffen der EU gab es hierzu Gespräche über die jeweilige nationale Situation und anstehende Vorhaben.

Vom 29. bis 30. Oktober 2007 fand zur Intensivierung des bilateralen Austauschs ein zweitägiger Besuch der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim nationalen Drogenkoordinator der Republik Österreich in Wien statt. Im Rahmen dieses Besuchs traf die Drogenbeauftragte zu weiteren Gesprächen mit Fraktionsvertretern des österreichischen Parlaments und dem Drogenkoordinator der Stadt Wien zusammen. Die Drogenbeauftragte besichtigte während ihres Aufenthaltes das Anton-Proksch-Institut, ein Therapiezentrum zur Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Dabei wurden die nationalen Schwerpunkte in der Drogen- und Suchtpolitik vertieft und ein Gegenbesuch des nationalen Drogenkoordinators in Berlin vereinbart.

2.4.2 Deutsch-französische Zusammenarbeit

Seit 2003 haben mehrere deutsch-französische Veranstaltungen zum Themenbereich der Drogenpolitik stattgefunden. Im November 2006 erhielt diese Zusammenarbeit mit einer eigenen Kooperationsvereinbarung ein besonderes Fundament. Im August 2007 wurde auf der französischen Seite ein neuer Präsident der „Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie“ (MILDT) ernannt. Die hohe Bedeutung der deutsch-französischen Kooperation bleibt auch unter dem neuen französischen Drogenkoordinator, Etienne Apaire, bestehen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung traf ihren neuen französischen Kollegen bereits am 10. September 2007 in Paris zu einem Austausch im Rahmen der vereinbarten Konsultationen. Unter der Beteiligung verschiedener Fachleute wurden unterschiedliche Bereiche der Sucht- und Drogenpolitik diskutiert. Die Themen reichten von den Erfahrungen in Frankreich mit Warnhinweisen auf Alkoholflaschen über die Erkenntnisse aus dem deutschen Diamorphinprojekt bis hin zu Ideen für ein gemeinsames Hepatitis-C-Präventionsprojekt.

2.4.3 Deutsch-peruanische Zusammenarbeit

Die Bundesrepublik und Peru kooperieren seit vielen Jahren im Drogenbereich. Eine gemeinsame Absichtserklärung über die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung des Drogenmissbrauchs, des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen und des illegalen Drogenhandels soll diese Kooperation nun weiter verstärken. Auf peruanischen Vorschlag wurde im Laufe des Jahres 2007 der Text einer Gemeinsamen Absichtserklärung verhandelt. Beide Seiten wollen die Erklärung noch 2008 unterzeichnen.

Die Gemeinsame Absichtserklärung soll sich auf folgende Bereiche erstrecken:

- die Bekämpfung des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen, der illegalen Drogenherstellung, des illegalen Drogenhandels, der Kontrolle von Vorläuferstoffen und der Bekämpfung der Geldwäsche;

- die Verringerung des Drogenkonsums sowie die Behandlung und Resozialisierung von Drogenabhängigen;
- die alternative Entwicklung.

Sie wird den politischen Rahmen für bereits laufende und in der Zukunft durchzuführende Projekte setzen. Peru ist zweitgrößtes Anbauland für Koka-Pflanzen und stellt derzeit ein Drittel der Weltkokaproduktion. Die peruanischen Behörden haben ihre Bemühungen, dem Anbau von Koka und dem illegalen Handel mit Koka/Kokain und synthetischen Drogen entgegenzuwirken, in den letzten Jahren intensiviert, zuletzt durch die Nationale Strategie zur Bekämpfung des Drogenhandels für 2007 bis 2011. Die Bundesrepublik unterstützt Peru seit vielen Jahren in seinen Anstrengungen, u. a. im Bereich der Polizeizusammenarbeit (z. B. durch die Ausbildung peruanischer Polizeibeamter zu Spürhundeführern) sowie der Entwicklungszusammenarbeit (z. B. durch ein erfolgreiches Projekt der alternativen Entwicklung in der Provinz Tocache-Uchiza).

2.5 Weltgesundheitsorganisation (WHO)

2.5.1 Umsetzung der WHO-Tabakrahmenkonvention

Im Mai 2003 ist die Tabakrahmenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) von allen 193 Mitgliedern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet worden. Es ist das erste weltweite Gesundheitsabkommen mit dem Ziel der Eindämmung des Tabakkonsums. Deutschland hat die Konvention am 29. November 2004 unterzeichnet. Sie ist am 16. März 2005 in Deutschland in Kraft getreten. Die Konvention sieht die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch nationale Maßnahmen vor, wie die Verringerung der Nachfrage über steuerpolitische Instrumente, Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen, Werbeverbote für Tabakprodukte, die Regulierung der Inhaltsstoffe von Zigaretten oder breite Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Gefahren des Rauchens. Die Umsetzung des Übereinkommens wird durch die „Conference of the Parties (CoP)“ überwacht, die sich aus den Staaten zusammensetzt, die das Übereinkom-

men ratifiziert haben. Das erste Treffen der Vertragsparteien fand im Februar 2006 in Genf statt. Dort wurde beschlossen, je ein Protokoll zur Tabakwerbung und zur Bekämpfung des Tabakschmuggels sowie je eine Leitlinie zur Kennzeichnung der Inhaltsstoffe von Zigaretten und zum Schutz vor Passivrauchen zu verhandeln. Die zweite Sitzung der Vertragsparteien fand vom 30. Juni bis 6. Juli 2007 in Bangkok statt. Hier wurden Leitlinien zum Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren durch Passivrauchen beschlossen sowie vereinbart, in den nächsten Jahren prioritär ein Protokoll zu Tabakschmuggel und eine Leitlinie zu grenzüberschreitender Tabakwerbung zu verhandeln. Darüber hinaus soll mit deutscher Beteiligung bis zur dritten Vertragsparteienkonferenz im November 2008 in Südafrika ein Zwischenbericht für die Erarbeitung von Leitlinien zur Aufklärung, Information und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit vorgelegt werden. Deutschland hat sich neben Schweden, der Türkei und Palau bereit erklärt, die Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Zwischenberichtes hierzu zu leiten.

2.5.2 Umsetzung der WHO-Alkoholstrategie

Der Exekutivrat der Weltgesundheitsorganisation hat am 23. Januar 2008 eine Empfehlung für eine Strategie zur Reduzierung des schädlichen Alkoholgebrauchs verabschiedet. Dabei konnte die WHO auf verschiedene ältere Resolutionen und den zweiten WHO-Expertenbericht über Alkoholprobleme aufbauen. Die Resolution befasst sich mit den gesundheitlichen Problemen durch übermäßigen Alkoholkonsum und unterstreicht die Verbindung zu alkoholbedingten Verletzungen und Gewaltdelikten. Sie fordert die Entwicklung einer „Globalen Strategie zur Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums“, die durch konkrete Maßnahmen in den Mitgliedsstaaten umgesetzt werden soll. In die Strategie sollen weltweit verfügbare praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen über effiziente alkoholpräventive Maßnahmen einfließen und auch Nichtregierungsorganisationen mit einbezogen werden.

- www.who.org

Suchtstoffe und Suchtformen

1 Tabak

Der Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. 33,9% der Erwachsenen in Deutschland rauchen. Das entspricht etwa 16 Millionen Menschen. Im Alter von 12–17 Jahren greifen 18% der Jugendlichen zur Zigarette. Etwa 140.000 Menschen sterben jedes Jahr vorzeitig an den direkten Folgen des Rauchens, etwa 3.300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens für die Gesellschaft werden auf 18,8 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

1.1 Internationale und europäische Tabakpolitik

Die internationale und europäische Tabakpolitik hat zunehmenden Einfluss auf die nationalen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Viele der in den letzten Jahren in Deutschland umgesetzten Initiativen und gesetzlichen Maßnahmen in der Tabakpolitik gehen auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder auf Richtlinien der Europäischen Union zurück. Mit der Ratifizierung der WHO-Tabakrahmenkonvention (FCTC – Framework Convention on Tobacco Control) im Jahr 2005, des ersten weltweiten Gesundheitsabkommens, ist Deutschland vertragliche Verpflichtungen zur Reduzierung des Tabakkonsums eingegangen, die in die nationale Gesetzgebung umzusetzen sind. Die Konvention sieht die weltweite Verringerung des Tabakkonsums durch nationale Maßnahmen vor, wie die Verringerung der Nachfrage über steuerpolitische Maßnahmen, Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen, Werbeverbote für Tabakprodukte, die Regulierung der Inhaltsstoffe von Zigaretten oder breite Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Gefahren des Rauchens.

Die europäische Tabakpolitik hat durch den Konsultationsprozess zum Grünbuch für ein rauchfreies Europa und den Fortschreibungsprozess der Tabakprodukt-Richtlinie aus dem Jahr 2001 weitere wichtige Impulse zum Nichtraucherschutz gesetzt.

Bei den nationalen Gesetzesvorhaben und in der Prävention kommt der europäischen aber auch der

internationalen Dimension eine zentrale Bedeutung zu. Deshalb beteiligt sich Deutschland auch auf internationaler wie europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

(mehr zur EU-Tabakpolitik unter B 1.2 und zur WHO-Tabakrahmenkonvention unter B 2.5.1)

1.2 Prävention

1.2.1 Nichtraucherschutzgesetze

Mit den Nichtraucherschutzgesetzen auf Bundes- und auf Länderebene konnte im Jahr 2007 in Deutschland ein entscheidender Schritt zu mehr Nichtraucherschutz in den meisten Bereichen des öffentlichen Lebens erreicht werden.

Nichtraucherschutzgesetz auf Bundesebene

Am 1. September 2007 ist das Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in Kraft getreten. Der Bund hat darin den Nichtraucherschutz für die Bereiche geregelt, für die er nach dem Grundgesetz zuständig ist.

Zu den öffentlichen Einrichtungen, die von dem grundsätzlichen Rauchverbot betroffen sind, gehören Behörden, Dienststellen, Gerichte und sonstige öffentliche Einrichtungen des Bundes sowie bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen. Auch Bundestag, Bundesrat, Bundespräsidialamt und Bundesverfassungsgericht sind vom Nichtraucherschutzgesetz erfasst. Sofern eine ausreichende Zahl von Räumen vorhanden ist, können nach dem Gesetz abgetrennte Räume für Raucherinnen und Raucher vorgesehen werden.

Das grundsätzliche Rauchverbot im Personenverkehr betrifft außerdem alle öffentlichen Verkehrsmittel wie Busse, Bahnen, aber auch Taxen.

Nichtraucherschutzgesetze in den Ländern

Der Nichtraucherschutz in den öffentlichen Einrichtungen der Länder und in der Gastronomie liegt in der Zuständigkeit der Bundesländer. Diese haben sich durch Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz im

Jahr 2007 auf entsprechende Regelungen für öffentliche Einrichtungen und Gaststätten verständigt.

In Niedersachsen und Baden-Württemberg traten am 1. August 2007 die ersten Nichtraucherschutzgesetze in Kraft und bis zum 1. Januar 2008 in weiteren zehn Bundesländern. Bis zum 1. Juli 2008 gelten entsprechende Regelungen auch in allen übrigen Bundesländern.

Aufkündigung der Zielvereinbarung zum Nichtraucherschutz in Gaststätten mit dem DEHOGA durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Am 1. März 2005 hatten die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) eine Zielvereinbarung geschlossen, um den Nichtraucherschutz in der Hotellerie und Gastronomie zu verbessern. Mit der Zielvereinbarung verpflichteten sich der DEHOGA und die angeschlossenen Landesverbände, auf ihre Mitgliedsbetriebe und die Gesamtbranche einzuwirken, dass bis zum 1. März 2006 mindestens 30 % aller Speisebetriebe 30 % ihres Platzangebotes, bis zum 1. März 2007 mindestens 60 % aller Speisebetriebe 40 % ihres Platzangebotes und bis zum 1. März 2008 mindestens 90 % aller Speisebetriebe mindestens 50 % ihres Platzangebotes für Nichtraucherinnen und Nichtraucher bereithalten. Die Vereinbarung galt für alle Speisebetriebe, wie z. B. Restaurants, Bistros, Cafés, Kantinen, die über mindestens 75 Quadratmeter Gastfläche oder 40 Sitzplätze verfügen.

Nach den vom DEHOGA vorgelegten Ergebnissen zur Einhaltung der Vereinbarung hatten die Betriebe die Vorgaben der ersten Stufe am 1. März 2006 nur knapp erreicht. Nach Zweifeln an den vorgelegten Zahlen zum Umsetzungsstand hatte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung eine eigene Überprüfung der Vereinbarung durch das Bundesministerium für Gesundheit zum 1. März 2007 veranlasst. Mit der Durchführung der Studie wurde der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) beauftragt. Das Ergebnis der im Februar 2007 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) veröffentlichten Studie belegte, dass die Vorgaben der freiwilligen Selbstverpflichtung der Gastronomie zum

Nichtraucherschutz in Gaststätten bei weitem nicht erreicht wurden. Die Zielvorgabe sah vor, dass bis zum 1. März 2007 in 60 % der Speisegaststätten mindestens 40 % der Plätze für Nichtraucher ausgewiesen sind. Nach der repräsentativen Untersuchung boten weniger als elf Prozent der Speisegaststätten ein nach Sitzplätzen ausreichendes und deutlich gekennzeichnetes Platzangebot für Nichtraucher an.

Die Vereinbarung hatte betont, dass nur bei einer erfolgreichen Umsetzung des Stufenplanes eine gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz vermieden werden kann. Die vzbv-Studie zeigte jedoch, dass selbst die Kriterien der ersten Stufe ein Jahr danach noch nicht erreicht wurden. In einer Pressekonferenz mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) erklärte die Drogenbeauftragte daraufhin am 2. März 2007 die freiwillige Selbstverpflichtung für gescheitert.

Obwohl der DEHOGA sich in den vergangenen zwei Jahren deutlich bemüht hatte, den Nichtraucherschutz in Speisegaststätten zu verbessern, zeigte das Ergebnis, dass ein erforderlicher Nichtraucherschutz durch freiwillige Regelungen nicht gewährleistet werden konnte. Das Ergebnis unterstrich die Notwendigkeit, im Interesse der Nichtraucher und Beschäftigten in der Gastronomie bundesweit einheitliche gesetzliche Rauchverbote in Gaststätten auf Bundes- und Landesebene zu verankern.

1.2.2 Verbesserungen des Jugendschutzes Umrüstung der Zigarettenautomaten

Seit dem 1. Januar 2007 gilt auch für Zigarettenautomaten in Deutschland das Jugendschutzgesetz vom 1. April 2003, das die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren untersagt.

Zigarettenautomaten müssen seither mit einem Geldkarten-Chip ausgerüstet sein, der die Ausgabe von Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren verhindert. Damit wurde eine wichtige Lücke im Jugendschutzgesetz von 2003 für das Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren geschlossen. Bis zu 60 % der Jugendlichen bezogen bis 2006 ihre Zigaretten an Automaten. Die neue Geldkarte mit dem gespeicher-

ten Alter des Besitzers wird nur mit Einverständnis der Eltern an Jugendliche unter 18 Jahren ausgegeben. Im Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens vom 1. September 2007 wurde die Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre angehoben. Für Zigarettenautomaten wurde eine erneute Übergangsfrist von 15 Monaten bis zum 31. Dezember 2008 eingeräumt, innerhalb der die Automatenaufsteller die Zigarettenautomaten auf die neue Altersgrenze von 18 Jahren umgestellt haben müssen. Ab dem 1. Januar 2009 darf an Zigarettenautomaten kein Bezug von Zigaretten durch Jugendliche mehr möglich sein.

Seit der Umrüstung der Automaten auf das Chipsystem hat sich die Anzahl der Zigarettenautomaten in Deutschland fast halbiert (2002: 835.000 Automaten, 2006: 470.000). Nach Angaben der Automatenaufsteller ist der Absatz von Zigaretten bei den frei zugänglichen Automaten seit der Umstellung Anfang 2007 mit einem Minus von ca. 30 % nachhaltig zurückgegangen.

Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“

Mit der Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ weist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ) und verschiedenen Wirtschaftsverbänden auf die Vorschriften des Jugendschutzgesetzes hin und macht die Öffentlichkeit auf die Belange des Jugendschutzes aufmerksam (mehr dazu D 6).

Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“

Um im Zusammenhang mit den Vorschriften des Jugendschutzgesetzes gesetzestreu Verhalten zu fördern und zu besseren Vollzugsmöglichkeiten im Jugendschutz zu gelangen, hat Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen am 28. November 2007 den Runden Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs“ unter Einbeziehung und Teilnahme der Drogenbeauftragten der Bundesregierung einberufen (mehr dazu unter D 7).

1.2.3 „rauchfrei“-Kampagne der BZgA für die Zielgruppe der Jugendlichen

Seit dem Jahr 2002 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die rund sechs Millionen Jugendlichen in Deutschland im Alter von 12–17 Jahren die Jugendkampagne „rauchfrei“ konzipiert und umgesetzt. Die „rauchfrei“-Kampagne folgt einer multidimensional ausgerichteten Interventionsstrategie und setzt sich aus personalkommunikativen und massenmedialen Teilen zusammen. Das Internet wird als wichtiges Kommunikationsmittel genutzt.

Durch die „rauchfrei“-Kampagne sollen:

- jugendliche Nichtraucherinnen und Nichtraucher in ihrer Ablehnung des Tabakkonsums bestärkt werden;
- der Einstieg in das Rauchen verhindert werden;
- jugendliche Probier- und Gelegenheitsraucher zu einer bewussten Entscheidung für das Nichtrauchen bewegt, ihr Ausstieg damit gefördert werden;
- jugendliche Raucherinnen und Raucher zum Ausstieg motiviert werden.

Positiv ist festzustellen, dass die für diese Zielgruppe in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführten Maßnahmen erste Erfolge zeigen. Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Frühjahr 2007 markieren einen historischen Tiefstand im Rauchverhalten bei Jugendlichen. So ist der Anteil der 12–17-jährigen Raucher von 28 % im Jahr 2001 über 20 % im Jahr 2005 auf 18 % im Jahr 2007 zurückgegangen. In keiner der seit 1979 regelmäßig durchgeführten Befragungen der BZgA bei Jugendlichen konnte ein so niedriger Wert im Zigarettenkonsum festgestellt werden. Diese positive Entwicklung ist bei weiblichen und männlichen Jugendlichen gleichermaßen nachzuweisen.

Aus der Perspektive der Prävention ist der Anteil Jugendlicher, die noch nie geraucht haben, besonders wichtig. Je höher dieser Anteil liegt, desto wahrscheinlicher ist

es, dass in der Zukunft weniger Personen mit dem Rauchen anfangen. Während 2001 nur 41 % der 12–17-Jährigen angaben, Nichtraucher zu sein, bezeichnen sich in der Untersuchung des Jahres 2007 57 % der befragten jungen Menschen als Nichtraucher.

Das Rauchverhalten weist ein starkes soziales Gefälle auf. Besonders viel rauchen Jugendliche aus Familien mit geringer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichem Status auf. Die Raucherquote der ständigen Raucherinnen und Raucher ist beispielsweise an Hauptschulen mit 24 % (Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I) mehr als dreimal so hoch wie an Gymnasien (7 %).

Über gezielte Maßnahmen im Setting Schule können Schülerinnen und Schüler aller sozialen Schichten erreicht werden und es ist auch eine Koppelung von Strukturmaßnahmen mit verhaltensbezogenen Maßnahmen möglich. Deshalb haben sich die Aktivitäten der „rauchfrei“-Jugendkampagne im Jahr 2007 auf das Setting Schule konzentriert. In Kooperation mit Bundesländern wurden Angebote von Weiterbildungsmaßnahmen zum Konzept ‚rauchfreie Schule‘ realisiert und die im Schulbereich angesiedelten Maßnahmen ‚Mitmach-Parcours‘ und ‚JugendFilmTage‘ weitergeführt. Darüber hinaus wurde das internetbasierte „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm für Jugendliche weiter ausgebaut.

(vgl. auch 1.3.1 zur „rauchfrei“-Kampagne mit der Zielgruppe Erwachsene und zum Bereich Rauchentwöhnung)

1.2.4 „Be Smart – Don’t Start“:

Der Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen

Für viele Schulen ist der Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ in den letzten Jahren zu einem fest etablierten Bestandteil der Suchtprävention und Förderung des Nichtrauchens geworden. Seit 1997 richtet sich der Wettbewerb an Schulklassen der Klassenstufen sechs bis acht. Er zielt darauf ab, das Thema „Nichtrauchen“ in einer für die Jugendlichen attraktiven Form in die Schulen zu bringen und den Einstieg in das Rauchen zu verzögern.

Die teilnehmenden Klassen entscheiden sich, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Wöchentlich wird das

Thema „Nichtrauchen“ in den Klassen thematisiert. Klassen, die ein halbes Jahr lang rauchfrei sind, können in einer Verlosung attraktive Preise gewinnen, darunter als Hauptpreis eine Klassenreise. Besondere Auszeichnungen werden für begleitende Aktionen zum Thema Nichtrauchen und Gesundheitsförderung vergeben.

Der Nichtraucherwettbewerb wird in vielen weiteren europäischen Staaten durchgeführt. Im Schuljahr 2006/2007 nahmen 27.554 Klassen mit rund 635.000 Schülerinnen und Schülern aus 20 europäischen Ländern teil. Im Schuljahr 2007/2008 meldeten sich in Deutschland 11.350 Schulklassen mit ca. 295.000 Schülerinnen und Schülern zur Teilnahme an.

Die bisherigen Studien zum Wettbewerb deuten darauf hin, dass der Wettbewerb einen kurzfristigen Effekt hat und den Einstieg in das Rauchen verzögern kann. Zur Förderung der Nachhaltigkeit wurden zusätzliche Preise für mehrfach teilnehmende Klassen vergeben. Während sich im Schuljahr 2002/2003 11 % der Klassen wiederholt am Wettbewerb beteiligt hatten, waren dies im Schuljahr 2007/2008 bereits 32 %.

„Be Smart – Don’t Start“ wird von der Deutschen Krebshilfe, der Europäischen Kommission, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Herzstiftung, dem AOK-Bundesverband, der Deutschen Lungenstiftung sowie einer Reihe weiterer öffentlicher und privater Institutionen gefördert.

1.2.5 Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens im Bereich der Schule

Die Rauchfreiheit von Schulen ist eine gesundheitspolitische Zielsetzung von besonderer Bedeutung.

In Deutschland haben bis Ende des Jahres 2008 alle Bundesländer ein Rauchverbot an Schulen umgesetzt. An vielen Schulen aber stellen Schülerinnen und Schüler, die diese Verbote missachten, das schulische Personal auch nach Einführung der Rauchverbote vor Probleme, insbesondere an Schulen mit überdurchschnittlicher Raucherquote, wie Hauptschulen oder beruflichen Schulen.

Zur Unterstützung der Schulen bei der Umsetzung der Rauchfreiheit wurden Manuale und Medien für Pädagoginnen und Pädagogen, für Eltern und für Schüle-

rinnen und Schüler bzw. Jugendliche entwickelt und veröffentlicht. Der Leitfaden für Pädagogen „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ und das „Curriculum Anti-Rauchkurs“ wurden überarbeitet und in neu gestalteter Form herausgegeben. Durch Tagungen, Fortbildungen und Workshops hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auch im Jahr 2007 Schulen in verschiedenen Bundesländern auf dem Weg zur Rauchfreiheit unterstützt.

Die Angebote der BZgA wurden insgesamt stark nachgefragt. Grundlage war ein auf Schultypen, Zielgruppen und Entwicklungsphasen bezogenes Programm, das es den Schulen ermöglichte, die jeweils passende Hilfestellung abzurufen.

Eine Differenzierung erfolgte auch hinsichtlich der schulischen Gruppen, die mit den Angeboten angesprochen wurden. Es wurden durch die BZgA gesonderte Veranstaltungen für Schulleiter und Schulleiterinnen durchgeführt, die sich in den Vorjahren bereits als besonders effektiv erwiesen haben. Darüber hinaus wurden erstmals auch Schüler-Lehrer-Seminare angeboten. Es zeigte sich, dass durch Schülerbeteiligung eine größere Nachhaltigkeit und Akzeptanz der rauchfreien Schule erreicht werden kann. Ein Schwerpunkt wurde auf die neuen Bundesländer gelegt, da Jugendliche dort bisher einen deutlich höheren Raucheranteil aufweisen als Schüler in den westlichen Bundesländern.

Im Projektverlauf zeigte sich, dass Schulen, die konsequent und dauerhaft die empfohlenen strukturellen und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens umsetzen, das Rauchen von Schülern in der Schule erfolgreich eindämmen und damit die Raucherquote der Schülerinnen und Schüler senken konnten.

Die Mehrheit der Schüler und Pädagogen befürwortet die schulischen Rauchverbote. Allerdings verlagert sich das Rauchen von Schülerinnen und Schülern nach Einführung schulischer Rauchverbote oftmals zunächst in die Umgebung der Schule. Die damit verbundenen Probleme und Handlungserfordernisse (insbesondere in beruflichen Schulen und Oberstufenzentren) standen im Fokus der Fortbildungen des Jahres 2007.

Insgesamt hat die BZgA im Jahr 2007 in Zusammenarbeit mit den zuständigen Koordinierungsstellen der Länder 24 Veranstaltungen in neun Bundesländern

(Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland) durchgeführt.

Von der rauchfreien Schule profitieren in besonderem Maße die Gelegenheitsraucher. In dieser Schülergruppe, die aufgrund ihres meist geringen Alters eine Hauptzielgruppe der schulischen Maßnahmen ist, kann die Raucherquote durch konsequente Rauchverbote oft schon nach kurzer Zeit spürbar verringert werden.

Das Vorhaben „rauchfreie Schule“ unterstützt die Bemühungen zum Nichtraucherschutz im öffentlichen Bereich. Insbesondere die Nichtraucherschutzgesetze und die damit verbundene Einschränkung des Rauchens in Gaststätten, Diskotheken usw. tragen mit dazu bei, dass das Rauchen auch von Schülern und von Lehrern immer weniger als „normales“ Verhalten wahrgenommen wird. Während die Schule sich vor einigen Jahren oftmals noch als „Experimentierfeld“ zum Rauchverbot gesehen hat, kann sie sich heute auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens stützen. Der Prozess zur Umsetzung der Rauchfreiheit in Schulen wird durch diese Entwicklung wesentlich erleichtert.

1.2.6 Die rauchfreie Schule – vom Verbot zum gelebten Nichtraucherschutz Fachtagung vom 22.–23. Januar 2008 in Hannover

Im Januar 2008 führte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Hannover die Tagung „Die rauchfreie Schule – vom Verbot zum gelebten Nichtraucherschutz“ mit großer Resonanz durch.

Bei dieser Tagung sollte ausgelotet werden, inwiefern auch nach der Einführung von Nichtraucherschutzgesetzen noch Unterstützungsbedarf in den Ländern bei den Schulen besteht. Seit mehr als fünf Jahren unterstützt der Bund die Länder, durch verschiedene Maßnahmen die rauchfreie Schule umzusetzen. In den Ländern wurden ebenfalls Suchtpräventionsprojekte entwickelt, um die Schulen auf ihrem Weg zur Rauchfreiheit zu begleiten.

Erstmals kamen die verschiedenen Arbeitsbereiche (Kultus und Gesundheit) länderübergreifend miteinander ins Gespräch. 120 Vertreterinnen und Vertreter aus dem Schulbereich, den Kultusministerien und dem Suchtpräventionsbereich aus allen 16 Bundesländern diskutierten auf dieser zweitägigen Tagung intensiv über das bisher Erreichte und vor allem über die noch zu lösenden Aufgaben.

Deutlich wurde, dass es große Unterschiede in den einzelnen Bundesländern gibt. Alle Diskussionen und Gespräche zeigten: Erfolg versprechend ist der Weg „Verbot plus klare Regelungen und dazu gute flankierende pädagogischen Maßnahmen“. Schulen, die diesen Weg gegangen sind, konnten erfolgreich die „Rauchfreie Schule“ umsetzen.

Im Rahmen der Veranstaltung stellten alle 16 Bundesländer in einer Ausstellung ihre speziellen Projekte zur Unterstützung der Schulen vor. Diese Ausstellung wurde intensiv zum Austausch über unterschiedliche Erfahrungen und unterschiedliche Umsetzungswege zum Ziel der „rauchfreien Schule“ genutzt. In den vier Workshops konnten noch offene und drängende Fragen schulischer Tabakprävention ausführlich diskutiert werden. Dabei ging es um die Einbeziehung der Eltern, um Fragen der Überlastung von Schulen, um die Einbindung der Tabakprävention in eine schulische suchtpreventive Gesamtstrategie und um Entwöhnungsangebote für Jugendliche.

Die Tagung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (nls) vorbereitet und durchgeführt. Eine Tagungsdokumentation ist in Arbeit und wird nach Fertigstellung in das Internet eingestellt unter:

■ www.drogenbeauftragte.de

Beispiel: „JugendFilmTage ‚Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier‘“ der BZgA

Seit dem Welt-Nichtrauchertag im Mai 2005 veranstaltet die BZgA jedes Jahr in Zusammenarbeit mit der CinemaxX Kinokette die „JugendFilmTage ‚Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier‘“. Ausgehend von einem gemeinsamen Filmbesuch mit thematischem Bezug zu Alkohol und Nikotin sollen bei den Filmtagen Jugendliche gezielt über die gesundheitlichen Folgen und das Abhängigkeitspotenzial des Rauchens und des Alkoholkonsums informiert werden. Ziel der JugendFilmTage ist es, die Entwicklung einer kritischen Haltung zu legalen Suchtmitteln zu fördern. Im Jahr 2007 wurden die JugendFilmTage in elf deutschen Städten durchgeführt. Gut gemachte Filme können einen stark motivierenden Impuls setzen, damit sich Jugendliche mit den Themen Nikotin und Alkohol persönlich auseinandersetzen. Dies gilt vor allem in Verbindung mit begleitenden Maßnahmen zur Vor- und Nachbereitung der Filmthemen, wie sie die JugendFilmTage bieten. Zudem sind Kinos für die meisten Jugendlichen Orte, an denen sie gern ihre Freizeit verbringen und bieten sich daher als attraktive außerschulische Lernorte an.

Insgesamt haben bis Ende 2007 mehr als 52.000 Schülerinnen und Schüler die FilmTage besucht.

Beispiel Brandenburg: Landessuchtkonferenz „Brandenburg rauchfrei“

Seit Dezember 2000 gibt es in Brandenburg Gesundheitsziele, die Akteure – wie z. B. Ministerien, Ärzte, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Schulen und Kommunen – in der Tabakprävention miteinander vereinen, um die Kräfte gemeinsam für das Erreichen dieser Ziele zu bündeln. Das Gesundheitsziel „Brandenburg rauchfrei“ wurde im Dezember 2003 durch die Landessuchtkonferenz beschlossen und wird seit Mai 2004 in Form eines Landesprogramms umgesetzt. 37 Einzelmaßnahmen verschiedenster Akteure sind darauf ausgerichtet, der Empfehlung des Rates der EU zur Prävention des Rauchens und für Initiativen zur gezielteren Bekämpfung des Tabakkonsums zu entsprechen und insbesondere dem Rauchen bei Kindern und Jugendlichen verstärkt vorzubeugen.

Im Mai 2007 startete die Landessuchtkonferenz ihr Programm „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“. Dieses Programm ist ausgerichtet auf das Strategiepapier der Kommission der Europäischen Union zur Minderung der schädlichen Wirkung des Alkohols bei Kindern und Jugendlichen. Folgende Startermaßnahmen wurden bereits in Angriff ►

► genommen und werden zum Jahresende 2008 einer ersten Evaluation unterzogen:

- Jugendschutz und Alkohol;
- HaLT – Hart am Limit;
- Peer-Projekt für Fahranfänger;
- Lieber schlau als blau;
- SuchtPräventionsParcours;
- Frühintervention bei Jugendlichen mit Suchtmittelmissbrauch und Alkoholproblemen FreDPLUS.

1.3 Beratung und Behandlung

1.3.1 „rauchfrei“-Kampagne zur Tabakentwöhnung der BZgA

Um dem gestiegenen Interesse nach Informationen zum Thema Nichtrauchen und der zunehmenden Nachfrage nach Materialien zum Rauchverzicht zu entsprechen, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein breit gefächertes Angebot zur Unterstützung und Information sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene an. (siehe auch 1.2.3)

In Ergänzung und Erweiterung der bisherigen Maßnahmen und Informationsmaterialien lag die Schwerpunktsetzung im Jahr 2007 in der Erweiterung der Beratungsangebote und der Erhöhung der Beratungsqualität sowohl im Bereich des internetbasierten Ausstiegsprogramms und der Telefonberatung zum Nichtrauchen als auch in der Neukonzeption von Kursangeboten zum Rauchverzicht.

Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines neuen Gruppenprogramms zur Tabakentwöhnung

Im Jahr 2007 wurde das Tabakentwöhnungsprogramm „Rauchfrei in zehn Schritten“ von dem Nachfolgeprogramm „Das Rauchfrei Programm“ abgelöst. Das „Rauchfrei Programm“ ist ein vom Institut für Thera-

pieforschung (IFT, München) mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung neu entwickeltes Programm, das hinsichtlich seiner Inhalte und Zeitstruktur den Anforderungen einer modernen Tabakentwöhnung entspricht. Es wurde unter Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung, der Ergebnisse der von der BZgA geförderten Evaluation des Vorgängerprogramms und der Rückmeldungen der Kurs- und Schulungsleitungen entwickelt und erprobt. Das „Rauchfrei Programm“ arbeitet mit einem festgelegten Rauchstopptag. Es wendet kognitive Verfahren zur Beeinflussung von Einstellungen, motivierende Gesprächsführung als Strategie zur Förderung der Motivation, Psychoedukation zur Vermittlung von Krankheitsverständnis, Verfahren der Zielorientierung, Verständnis und Umgang mit Rückfallprozessen sowie die direkte Einflussnahme auf Emotionen an. Der Einsatz einer medikamentösen Begleittherapie zur Unterstützung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens wird als Option berücksichtigt. Das „Rauchfrei Programm“ umfasst sieben Kursstunden. Der Rauchstopp findet nach einer sorgfältigen Vorbereitung zwischen der vierten und fünften Kursstunde statt. Zudem werden die Kursteilnehmer nach dem Rauchstopp mit zwei Telefonstunden telefonisch individuell und intensiv betreut.

Das „Rauchfrei Programm“ wurde im Jahr 2006 einer umfangreich angelegten Evaluationsstudie unterzogen, um die Akzeptanz und die Wirksamkeit des Programms zu überprüfen.

Mit dem Kursprogramm werden etwa gleich viele Frauen wie Männer erreicht, vornehmlich im Alter zwischen 35 und 55 Jahren (Durchschnittsalter 45,9 Jahre). Sie rauchen fast ausschließlich Zigaretten (95,7%), der größte Teil zwischen 11 und 20 Zigaretten am Tag. Die Nikotinabhängigkeit ist bei über 50% der Teilnehmer als stark bis sehr stark zu benennen. Zum Ende des Kurses sind 44,1% der Teilnehmer rauchfrei. Nach sechs Monaten waren nach eigenen Angaben 40,2% der Kursteilnehmer noch rauchfrei (7-Tage-Punktprävalenz). Die kontinuierliche Erfolgsquote beträgt sechs Monate nach Kursende 35,6%. Im Vergleich zu international dokumentierten Erfolgsquoten und vor dem Hintergrund, dass das Programm im Behandlungsalltag und nicht in

einer klinischen Studie unter besonderen Bedingungen evaluiert wurde, sind diese Erfolgsquoten als sehr gut zu bezeichnen.

Wie auch das Vorgängerprogramm ist das „Rauchfrei Programm“ von den Spitzenverbänden der deutschen Krankenkassen als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt.

Um die Öffentlichkeitsarbeit zu intensivieren, wurde eine eigene Homepage für das „Rauchfrei Programm“ erstellt. Unter www.rauchfrei-programm.de können interessierte Raucherinnen und Raucher sowie Anbieter und Kursleiter des Programms relevante Informationen erhalten. Um entwöhnungswilligen Rauchern eine niederschwellige schnelle Suche nach Kursen zu ermöglichen, enthält die Homepage eine Datenbank mit aktuellen Kursangeboten.

Das Internetprogramm der BZgA zur Nikotinentwöhnung: www.rauchfrei-info.de

Das Internet hat sich in den vergangenen Jahren als zentrales Informations- und Kommunikationsmedium etabliert. Es bietet für die Zielgruppe der „ausstiegsbereiten“ Raucherinnen und Raucher eine effektive und zeitgemäße Ansprache. Die Internetplattform www.rauchfrei-info.de ist ein Ausstiegsprogramm, das die Teilnehmenden über 21 Tage bei ihrer Entwöhnung begleitet und sie täglich mit unterstützenden Tipps und Empfehlungen versorgt. Dabei werden auch persönliche Variablen wie der Abhängigkeitsgrad und die Konsumdauer berücksichtigt. In einem Erfolgsdiagramm wird die Anzahl der noch gerauchten Zigaretten eingetragen. Eine motivationssteigernde Wirkung hat dabei der „Eurozähler“, der die durch das Nichtrauchen ersparten Ausgaben addiert. Flankierend zu der eigentlichen Programmnutzung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer täglich eine E-Mail mit relevanten Informationen zum Rauchverzicht.

Im Jahr 2007 haben sich 7.331 Nutzerinnen und Nutzer für das Ausstiegsprogramm registrieren lassen, um mit dessen Hilfe rauchfrei zu werden.

Neben der Ausstiegshilfe und einem moderierten Chat bietet die Plattform gesicherte und umfassende Informationen zum Thema „(Nicht-)Rauchen“, die auch bestellt bzw. heruntergeladen werden können. Über

ein Kontaktformular können zusätzlich individuelle Fragen an die Expertinnen und Experten der BZgA gesandt werden, die per E-Mail beantwortet werden. E-Cards mit unterschiedlichen Motiven und der Botschaft „Aufhören lohnt sich“ lassen sich direkt über die Website verschicken.

Das BZgA-Internetprogramm zum Rauchverzicht für Jugendliche: www.rauch-frei.info/programm

Die BZgA hat ein internetbasiertes Programm zum Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum für Jugendliche entwickelt. Gesundheitspolitische Zielsetzung des interaktiven Programms ist es, jugendlichen Raucherinnen und Rauchern eine Hilfestellung aus dem Zigarettenkonsum anzubieten. Das Programm soll zum Ausstieg motivieren, die Phase der Entwöhnung anleiten und unterstützen und dabei helfen, Rückfälle zu vermeiden. Das Ausstiegsprogramm ist integraler Bestandteil der Informations- und Kommunikationsplattform www.rauch-frei.info und begleitet jugendliche Raucher vor, während und nach ihrem Rauchstopp.

Damit diese Ziele realisiert werden können, sollen Jugendliche im Rahmen eines 30-tägigen Programms lernen, sich „rauchfreie“ Ziele zu setzen und erfolgreich Bewältigungsstrategien anzuwenden. Hierzu zählen vor allem das Erkennen persönlicher Risikosituationen und die Entwicklung individueller Kontrollstrategien, die für die Realisierung der eigenen Zielsetzung erfolgversprechend sind.

Das Programm gliedert sich in drei Phasen:

Informations- und Motivationsphase: Im Rahmen eines Einstiegsfragebogens („Raucherprofil“) wird eine individuelle und ausführliche Rückmeldung erstellt, in der eine persönliche Risikobewertung vorgenommen wird, die sich aus den Angaben zum Zigarettenkonsum und der ermittelten Nikotinabhängigkeit ableitet. Zusätzlich werden die individuellen Risikosituationen der teilnehmenden Person benannt und eine Empfehlung zum zukünftigen Zigarettenkonsum ausgesprochen. Nutzerinnen und Nutzer, die ihr Rauchverhalten innerhalb der nächsten zehn Tage verändern wollen, können sich umgehend für das Programm anmelden

und einen „Tag X“ angeben, ab dem die Verhaltensänderung umgesetzt sein soll.

Vorbereitungsphase: Die an die Anmeldung anschließende Vorbereitungsphase enthält eine geführte Tour mit Informationsmodulen und interaktiven Elementen, in der verschiedene Aspekte des Rauchausstiegs erläutert sowie nützliche Tipps zum Einstellen des Zigarettenkonsums vermittelt werden.

Handlungsphase: Diese Phase beginnt mit „Tag X“ und dauert abhängig von der individuellen Bedürfnislage der Nutzer bis zu vier Wochen. Im wöchentlichen Abstand werden die Nutzerinnen und Nutzer per E-Mail zu einem Besuch der Programmwebsite eingeladen. Mittels eines Kurzfragebogens wird gebeten, Auskunft über ihren aktuellen Nikotinkonsum zu geben („Konsumcheck“).

Im Zeitraum seit dem Programmstart im März 2005 und dem 31. Dezember 2007 haben sich insgesamt 4.691 junge Raucherinnen und Raucher registriert. Der Altersschnitt (Median) liegt bei 24 Jahren, das Geschlechterverhältnis ist relativ ausgeglichen. Der Anteil männlicher Nutzer liegt bei 53 %. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms rauchen vor Beginn der Maßnahme im Durchschnitt 14,6 Zigaretten pro Tag, 30 % dieser Probanden rauchen 20 Zigaretten oder mehr pro Tag. Die längerfristigen Erfolge des Programms www.rauch-frei.info/programm werden zurzeit im Rahmen einer Kontrollstudie evaluiert.

Die Beratungs-Hotline der BZgA zum Nichtrauchen – 01805-31 31 31

Die Telefonberatung zur Rauchentwöhnung ergänzt die schriftlichen Informationsmaterialien und internetbasierten Selbsthilfeangebote. Insgesamt 64 Wochenstunden stehen die Telefonberaterinnen und -berater unter der Telefonnummer 01805-31 31 31 zum bundesweit einheitlichen Tarif von 14 Cent pro Minute zur Verfügung. Die Telefonberatung zur Rauchentwöhnung bietet von Montag bis Donnerstag von 10–22 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10–18 Uhr eine Vielzahl von Serviceleistungen an. Dazu gehört die Zusendung von

Informationsmaterialien und rauchfrei-Starterpaketen, die Weitergabe von Adressen von Beratungsstellen oder qualifizierten Anbietern von Gruppenprogrammen und das Angebot für eine individuelle Ausstiegsberatung. In den letzten Jahren hat die Nachfrage nach telefonischer Beratung stark zugenommen. Von knapp 4.000 Anrufen im Jahr 2005 stieg die Zahl im Jahr 2006 auf über 11.000. In 2007 konnten knapp 9.000 Gespräche gezählt werden.

47 % der Anrufenden haben nach eigenen Angaben die Telefonberatung zur Rauchentwöhnung aufgrund der Telefonnummer auf der Zigarettenpackung kontaktiert, weitere 20 % gaben an, den Anstoß zum Anruf aus einer Broschüre der BZgA erhalten zu haben.

Telefonische Raucherberatung ist in besonderem Maße dazu geeignet, einer großen Anzahl von Rauchern mit einem relativ geringen Aufwand für den Anrufer wirksame persönliche Unterstützung zur Veränderung des Rauchverhaltens bereitzustellen. Insbesondere langjährige und tabakabhängige Raucherinnen und Raucher, die meist schon mehrere ernsthafte Ausstiegsversuche unternommen haben, können von einer telefonischen Beratung profitieren. Mehr als 70 % der rauchenden Anruferinnen und Anrufer hatten bereits vorher mindestens einen Versuch unternommen, das Rauchen einzustellen.

Im Oktober 2007 wurde als zusätzliches Serviceangebot die proaktive Beratung eingerichtet. Dabei können ausstiegswillige Anrufer und „frischgebackene“ Ex-Raucher mit Rückfallgefährdung nach dem Erstanruf bis zu fünf von der Telefonberatung ausgehende Anrufe innerhalb eines Monats zur Unterstützung des Rauchstopps erhalten. Zur proaktiven Telefonberatung liegen eindeutige wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise vor.

„Rauchfrei im Krankenhaus“ – Ein Unterstützungskonzept der BZgA

Bereits seit Oktober 2002 müssen laut § 5 der Arbeitsstättenverordnung alle Arbeitgeber wirksame Maßnahmen des betrieblichen Nichtraucherschutzes umsetzen.

Den Krankenhäusern kommt bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung eine besondere Rolle zu, denn in Krankenhäusern geht es nicht allein um den Schutz

der nicht rauchenden Beschäftigten – auch Patienten und Besucher müssen umfassend vor den Gesundheitsgefahren des Tabakrauchs geschützt werden. Darüber hinaus ist es wünschenswert, dass Krankenhäuser zukünftig das Nichtrauchen bei Beschäftigten wie Patientinnen und Patienten noch intensiver durch spezielle Angebote zum Rauchstopp fördern.

Mit dem Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ende 2004 eine Arbeitshilfe bereitgestellt, die möglichst viele Krankenhäuser dabei unterstützen soll, den Weg in die „Rauchfreiheit“ zu gehen. Das praxisbewährte Manual ist modular aufgebaut und gibt Planungs- sowie Durchführungsvorschläge, so dass individuell angemessene Maßnahmen geplant und umgesetzt werden können.

Das Ergebnis eines Qualitätssicherungsverfahrens zeigte, dass der Stand der Rauchfreiheit sich sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe positiv verändert. Alle Modellkrankenhäuser waren an spezifischen Medien zur Kommunikation und Bewerbung des rauchfreien Krankenhauses interessiert.

Insgesamt bestätigen die Evaluationsergebnisse, dass das BZgA-Manual „Rauchfrei im Krankenhaus“ eine wichtige Arbeitsgrundlage für alle Krankenhäuser darstellt, die planvoll und konfliktfrei zur Rauchfreiheit kommen wollen.

Mit Inkrafttreten der Ländergesetze zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Öffentlichkeit im Verlauf der Jahre 2007/08 wurden alle deutschen Krankenhäuser gesetzlich zur Rauchfreiheit verpflichtet.

Eine im Rahmen des Projektes ebenfalls entwickelte Schulung zur strategischen Umsetzung des rauchfreien Krankenhauses wurde auf der Konferenz „Das rauchfreie Krankenhaus – planen, umsetzen, leben“ im Februar 2008 erstmals angeboten. Die entwickelten Schulungsmodule stehen seitdem auch anderen Multiplikatoren zur Verfügung und fördern damit den Wissenstransfer auf breiter Ebene.

1.3.2 Modellprojekt

„Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser“

Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt in einem dreijährigen Modellprojekt seit 2005 unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung den Aufbau eines Netzes Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in Deutschland.

Die Zielsetzung des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) basiert auf dem Kodex und den Standards des European Network for Smoke-free Healthcare Services (ENSH). Träger von Gesundheitseinrichtungen sind danach nicht nur verpflichtet, für einen rauchfreien Arbeitsplatz zu sorgen. Aufgabe von Gesundheitseinrichtungen ist es auch, Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner wie auch für das Personal und die Fachkräfte.

Durch die Nichtraucherschutzgesetze wird Rauchfreiheit in den Krankenhäusern als Selbstverständlichkeit wahrgenommen. Tatsächlich erfüllen die Regelungen in den Nichtraucherschutzgesetzen die standardisierten Anforderungen des ENSH in nur 7 von 46 Kriterien. Die weiteren Kriterien etablieren in Gesundheitseinrichtungen umfassende Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Dies ist ein zum Teil völlig neues Aufgabengebiet in Akutkrankenhäusern und erfordert den Aufbau von Strukturen, Verfahren und Kompetenzen.

Es besteht mittlerweile ein stabiles und stetig wachsendes Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in 13 Bundesländern mit regelmäßig stattfindenden regionalen Arbeitstreffen und Schulungen. Von den aktuell 143 Krankenhäusern und Rehakliniken sind 70 mit Bronze-Zertifikat ausgezeichnet und 16 mit dem Silber-Zertifikat (Stand Februar 2008). Das DNRfK organisiert weiterhin einen Multiplikatorenkreis, der sich mit der Entwicklung von therapeutischen Konzepten zur Umsetzung von Rauchfreiheit und Tabakentwöhnung in psychiatrischen Einrichtungen befasst.

■ www.rauchfreie-gesundheitseinrichtungen.de

1.3.3 Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer und der BZgA

Ärztinnen und Ärzte haben eine zentrale Bedeutung bei der Ansprache und Aufklärung des Patienten sowie zur Einleitung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung. Der ärztliche Rat ist insbesondere bei Vorliegen einer durch das Rauchen verursachten Erkrankung oft der entscheidende Anstoß, mit dem Rauchen aufzuhören. Ob dieser Versuch erfolgreich verläuft, hängt auch davon ab, wie die ärztliche Ansprache und begleitende Beratung in der Praxis durchgeführt wird.

Aus diesem Grund hat die Bundesärztekammer zusammen mit der BZgA ein 20-stündiges ärztliches Fortbildungs-Curriculum („Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern“) erstellt, über das sich interessierte Ärzte für die Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit qualifizieren können. Das Curriculum ist als so genannte „blended-learning“-Maßnahme angelegt, in der Online-Lerneinheiten mit Präsenzphasen verknüpft sind. Ein Pilotkurs wird von der Ärztekammer Nordrhein im Frühjahr 2008 durchgeführt. Ergänzend hat die Bundesärztekammer zusammen mit der BZgA und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) Materialien für die Raucherentwöhnung in der Arztpraxis erstellt („Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“). Diese ergänzen das bestehende Stufenprogramm der Bundesärztekammer „Frei von Tabak“ mit vertiefenden Aspekten des Arzt-Patienten-Gesprächs und der Umsetzung im Praxisalltag. Der neue Leitfaden eignet sich als Begleitmaterial zur ärztlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer und steht seit 2007 allen interessierten Ärzten zur Verfügung.

1.3.4 Beispiel-Projekte der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Tabakentwöhnung

Initiativen zur Tabakentwöhnung der AOK

Die AOK fördert Tabakentwöhnungsangebote für Versicherte, die aufhören wollen. Sie unterstützt die Suchtprävention und die Umsetzung des Nichtrauchererschutzes in Betrieben und nicht-betrieblichen Lebensbereichen auf der Grundlage der §§ 20 und 20a SGB V.

Das Internetangebot zur Förderung des Nichtrauchens (www.ich-werde-nichtraucher.de) des AOK-Bundesverbandes beinhaltet drei Bausteine:

- Informationsseiten mit Fakten, Methoden, Tipps, FAQ, Gewinnrechner etc. für alle Internetuser;
- Internet – Nichtrauchertraining ‚Ich werde Nichtraucher‘ für AOK-Versicherte;
- Ratgeberforum ‚Rauchen und Nichtrauchen‘, in welchem AOK-Experten Fragen beantworten und Betroffene sich gegenseitig beim Rauchstopp unterstützen.

Leitfaden „Raucherzimmer Ade!“ der BARMER

Vor dem Hintergrund, dass Rauchverbote in Schulen allein nicht ausreichen, haben die BARMER, die Bertelsmann Stiftung und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) die Broschüre „Raucherzimmer Ade!“ im Rahmen des Kooperationsprojektes „Anschub.de“ (Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland) zur schulischen Gesundheitsförderung erstellt.

„Rauchfrei ist besser“ gilt auch für Lehrkräfte. Gerade Lehrerinnen und Lehrer haben in der Schule eine wichtige Vorbildfunktion. Nicht rauchende Lehrkräfte können sich glaubwürdiger für die Umsetzung der „Rauchfreien Schule“ in die Praxis einsetzen.

Basierend auf der Schluss-Punkt-Methode enthält der Leitfaden ein Tabakentwöhnungsprogramm in fünf aufeinander aufbauenden Schritten. Er gibt u. a. Anregungen, wie ein Rauchstopp konkret geplant werden kann und welche Maßnahmen den Rauchverzicht unterstützen können. Gezielte Tipps, die zur Bewältigung der besonderen beruflichen Belastungen von Lehrkräften beitragen, ergänzen das Angebot.

Der Leitfaden soll dazu beitragen, dass nicht nur die Lehrkräfte, sondern die Schule insgesamt sich auf den Weg zur rauchfreien Schule macht.

BKK-Broschüre „Rauchen oder nicht rauchen – eine Broschüre für die Arbeit in Selbsthilfegruppen“

Tabakkonsum verursacht nicht nur viele Erkrankungen, auch therapeutische Maßnahmen sind bei Raucherinnen und Rauchern weniger erfolgreich. Ziel war es daher, das systematische Gespräch zu den Wirkungen des Tabakkonsum in Selbsthilfegruppen anzuregen. Dazu werden Gruppenleitern durch die Broschüre „Rauchen oder nicht rauchen“ vielfältige Anregungen für eine zieloffene und allgemein interessante Diskussion in den Gruppen zur Verfügung gestellt. Mit diesem Ansatz soll das Bewusstsein um die Problematik des Rauchens und Passivrauchens gestärkt und bei den Rauchern die Ausstiegsmotivation gefördert werden.

Die Evaluation zum Einsatz dieser Broschüre zeigte, dass gerade in der Suchtselbsthilfe die Gruppenleiter eine anregende Diskussion über das Rauchen in Gang setzen konnten und bei vielen Rauchern die Ausstiegsmotivation erhöht werden konnte.

(mehr zur Suchtselbsthilfe unter F)

Projekt „Just be smokefree“ der DAK

„Just be smokefree“ ist ein Rauchstopp-Programm für Jugendliche und junge Erwachsene, das von der DAK initiiert wurde. Kooperationspartner sind das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord), die Deutsche Krebshilfe, die Bundesärztekammer und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Es handelt sich um ein Selbsthilfeprogramm, zu dem sich die rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen allein, mit einem Paten oder im Team anmelden können. Eine jugendgerechte Broschüre gibt zahlreiche Tipps und Anregungen zum Rauchstopp. Für den Einsatz in der Schule ist ein spezieller Folder entwickelt worden.

Jugendliche, die noch nicht ausreichend motiviert sind, ihr Rauchverhalten zu modifizieren, erhalten über interaktive Tests, die auf der Website www.justbesmokefree.de eingestellt sind, eine direkte Rückmeldung zu ihrem Verhalten.

Als Anreiz zur Teilnahme an dem Programm werden vierteljährlich Preise unter den erfolgreichen Jugendlichen bzw. deren Paten ausgelost. Seit 2002 haben sich über 12.500 Personen für das Programm angemeldet und wurden über 100.000 Tests auf der Website des Programms durchgeführt. Eine aktuelle Expertise des Bundesministeriums für Gesundheit hebt positiv die wissenschaftliche Evaluation des Programms hervor.

Projekt „Nichtrauchen lohnt sich“ der IKK Nord

Rauchfrei mit Gewinn – unter diesem Motto startete 2006 das Projekt „Nichtrauchen lohnt sich“ als Gemeinschaftsaktion des Lessing-Gymnasiums Neubrandenburg, der Hochschule Neubrandenburg, der Innungskrankenkasse Nord sowie des Instituts für Gesundheitsforschung und Prävention.

Das Pilotprojekt umfasste themenbezogene Informationsveranstaltungen, eine repräsentative Befragung von 448 Schülern der Klassenstufen fünf bis elf sowie einen kontrollierten und prämierten „Rauch-Frei-Wettbewerb“ unter den Klassen. Zu Projektende waren die Klassen fünf und sechs komplett rauchfrei, in den Klassenstufen sieben bis neun gab es einige Gelegenheitsraucher, die Anzahl der anfangs 60 regelmäßigen Raucherinnen und Raucher der Klassen zehn und elf hatte sich sichtbar reduziert. Damit war das Lessing-Gymnasium die erste und bislang einzige Schule in Mecklenburg-Vorpommern, die das Ziel einer rauchfreien Schule mit wissenschaftlicher Begleitung bereits ein Jahr vor dem offiziellen Rauchverbot umsetzte und dafür unter anderem durch einen Besuch des Kultusministers gewürdigt wurde. Das Projekt wurde 2007 zu einer landesweiten Kampagne mit schulischen und kommunalen Aktionstagen, unter anderem im Kultusministerium Schwerin, sowie in Form einer interaktiven Wanderausstellung ausgebaut und wird 2008 fortgeführt.

1.4 Angebotsreduzierung

1.4.1 Studienreihe Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen

In Deutschland wurde zwischen 2002 und 2005 die Tabaksteuer zweimal in insgesamt fünf Stufen erhöht. Diese Steuererhöhungen wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) auf Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen untersucht. Es zeigte sich, dass die Befürwortung der Steuererhöhung in der Bevölkerung kontinuierlich gestiegen ist. Ein nicht unerheblicher Anteil der Raucherinnen und Raucher hat die steuerinduzierten Preiserhöhungen zum Anlass genommen, ihr Rauchverhalten zu verändern. Die Steuererhöhungen haben dazu beigetragen, dass 2007 ein historischer Tiefstand in der Verbreitung des Rauchens im Jugendalter festgestellt werden konnte.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen insgesamt, dass steuerinduzierte Preiserhöhungen das gewünschte gesundheitspolitische Ziel – den Nichtraucheranteil in der Bevölkerung zu erhöhen – unterstützen. Sie sind somit ein effektives Mittel zur Prävention des Rauchens. Studie zum Download unter

■ www.drogenbeauftragte.de

1.4.2 Maßnahmen gegen Zigarettenschmuggel

Auch im Jahr 2007 stellte die Bekämpfung des international organisierten Zigarettenschmuggels für den Zollfahndungsdienst eine prioritär zu behandelnde Aufgabe dar. So leitete die deutsche Zollverwaltung mehr als 13.422 Ermittlungsverfahren ein, in denen rund 465 Millionen Zigaretten sichergestellt wurden. Im Vergleich zu der im Jahr 2006 sichergestellten Menge ist dies ein Anstieg von rund 10%. Rund die Hälfte der Zigaretten aus Ermittlungsverfahren des Zollfahndungsdienstes wiesen Fälschungsmerkmale auf. Der Westdeutsche Rundfunk ließ für das Wirtschaftsmagazin „MARKT“ gefälschte Zigaretten durch die Ludwig-Maximilian-Universität München untersuchen. Das Ergebnis der Analysen wird als „erschreckend“ bezeichnet, denn es konnten „inakzeptabel hohe Rückstände von Pestiziden“ sowie in einer Probe auch Nitrobenzol nachgewiesen werden. Das Gutachten kommt überdies zu der Schlussfolgerung, dass „... auch weiterhin mit dem Einsatz persistierender Pestizide wie DDT, Aldrin und Dieldrin zu rechnen“ sei. Diese Pflanzenschutzmittel gelten als potenziell krebserregend und können sowohl die Leber als auch das Nervensystem schädigen. Die gefälschten Zigarettenpackungen weisen mittlerweile hervorragende Nachahmungsqualitäten auf, so dass der Verbraucher optisch nicht unterscheiden kann, ob es sich um ein Falsifikat oder um eine Originalware handelt. Durch die u. U. hohe Pestizidbelastung wird er beim Rauchen weiteren nicht absehbaren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

Das Rauchen von Wasserpfeifen hat auch Auswirkungen auf den Schmuggel. Die Zollverwaltung konnte im Jahr 2007 über 15.000 kg geschmuggelten Wasserpfeifentabak sicherstellen. Die Zusammensetzung dieses Was-

serpfeifentabaks ist nicht mit der von gewöhnlichem Tabak zu vergleichen. Der Wasserpfeifentabak weist wegen seines hohen Feuchthaltemittelanteils eine klebrige Konsistenz auf. Dieser Feuchthaltemittelanteil in Form von Glycerin darf nach der deutschen Tabakverordnung von 1977 nicht mehr als 5% betragen. Der geschmuggelte Wasserpfeifentabak weist jedoch einen viel höheren Feuchthaltemittelanteil auf und ist daher nach deutschem Recht nicht verkehrsfähig. Mittlerweile wurden auch Wasserpfeifenpäckchen mit gefälschten deutschen Steuerzeichen sichergestellt, so dass für den Verbraucher auch hier der Anschein erweckt wird, es handele sich hier um eine verkehrsfähige, ordnungsgemäß versteuerte Originalware.

1.4.3 Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship

Nach Artikel 13 der Tabakrahenkonvention (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, die Offenlegung der Werbeausgaben der Tabakindustrie zu gewährleisten. In Deutschland wurde im Jahr 2005 zwischen dem inzwischen aufgelösten Verband der Zigarettenindustrie und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Aufwendungen in der Tabakwerbung nach Werbeträgern gegliedert und notariell beglaubigt jährlich offengelegt werden.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbotes mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland nach der Tabakwerberichtlinie der Europäischen Union (2003/33/EG) zum 29.12.2006 werden sich ab 2007 die Werbeausgaben der Tabakindustrie im Vergleich zu den Vorjahren reduzieren.

WERBEAUSGABEN DER TABAKINDUSTRIE 2006

Werbeausgaben insgesamt	79.898.676,22 Euro
davon:	
Werbung	34.280.418,43 Euro
Werbung in Printmedien	8.611.582,77 Euro
Außenwerbung	20.019.962,35 Euro
Werbung im Kino	2.149.724,00 Euro
Werbung im Internet	2.756.122,51 Euro
Sonstige Werbung	712.238,78 Euro
Promotion	41.929.534,63 Euro
Sponsorship	3.688.723,16 Euro

(Zur Umsetzung der EU-Tabakwerberichtlinie in deutsches Recht siehe B 1.2.2)

1.5 Forschung

1.5.1 Studienreihe „Rauchen im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinofilmen“

Das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) untersuchte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Verbreitung des Rauchens im deutschen Film und Fernsehen. Insgesamt wurden 409 Kinofilme und 352 Stunden Fernsehprogramm inhaltsanalytisch ausgewertet. Das Ergebnis zeigt, dass Tabakrauchereignisse im deutschen Fernsehen und in deutschen Kinoproduktionen häufig vorkommen.

Um die Auswirkungen des Rauchens in Kinofilmen auf deutsche Jugendliche zu untersuchen, wurden 5.586 knapp 13 Jahre alte Schülerinnen und Schülern untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der Jugendlichen, die schon einmal Zigaretten probiert haben, in dem Ausmaß steigt, in dem die Jugendlichen Filme gesehen hatten, in denen geraucht wurde.

Ein Jahr nach der Eingangsuntersuchung konnten 2.711 Jugendliche, die bis zur Eingangsuntersuchung noch nie geraucht hatten, erneut untersucht werden. 503 Jugendliche (19%) hatten in der Zwischenzeit mit dem Rauchen experimentiert. Die Ergebnisse dieser Nachuntersuchung zeigen, dass sich das Risiko der Initiierung des Rauchens mit der Exposition zu Tabakrauchszene in Filmen verdoppelt.

Aufgrund der Studienergebnisse versucht die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, verschiedene Fernsehsender für eine stärkere Beachtung des Nichtrauchens zu sensibilisieren und zu einer freiwilligen Vereinbarung zu kommen, die darauf abzielt, dass das Rauchen in Film- und TV-Produktionen zurückhaltender eingesetzt wird und insbesondere in Kinder- und Jugendfilmen gänzlich darauf verzichtet wird. Die Intendanten der deutschen Fernsehsender wurden im Jahr 2007 zu einem Gespräch eingeladen. Eine entsprechende freiwillige Vereinbarung wird von der Drogenbeauftragten im Jahr 2008 angestrebt.

Berichte der Studienreihe unter:

■ www.drogenbeauftragte.de

1.5.2 Ergebnisse der Projekte aus den vier deutschen Forschungsverbänden zur Suchtforschung

In den Forschungsverbänden zur Suchtforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) bearbeiten Wissenschaftler (u. a. Psychiater, Psychologen, Sozialmediziner und Naturwissenschaftler) gemeinsam mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Drogenberatungs- und anderen Einrichtungen der Suchthilfe anwendungsorientierte Forschungsprojekte. Schwerpunkte des Arbeitsprogramms sind die verbesserte Information der Abhängigen und deren Angehörigen und eine suchtspezifische Aus- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten zum Arbeitsprogramm der Verbände.

Die vier Forschungsverbände zur Suchtforschung befinden sich seit November 2004 in der zweiten Förderperiode. Die Förderung aller Verbände läuft 2008 aus. In vielen Projekten steht die Implementierung der bisher erworbenen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis an. Um die allgemeinen Ziele der Prävention und Früherkennung von Suchterkrankungen, die Verbesserung der Behandlung von Abhängigen und nicht zuletzt die Vermeidung von Rückfällen effektiver verfolgen zu können, wurde die Zusammenarbeit der Verbände im Jahr 2005 intensiviert. Im März 2005 wurde zur Intensivierung der Zusammenarbeit und Interessenwahrnehmung das „Deutsche Suchtforschungsnetz“ gegründet. Es besteht

aus vier regionalen Verbänden für Suchtforschung, die ebenfalls vom BMBF gefördert werden. Sprecher des Deutschen Suchtforschungsnetzwerkes ist Professor Mann. Auf vier Treffen fand ein reger inhaltlicher Austausch zwischen den Vertretern der vier regionalen Suchtforschungsverbände und internationalen Experten statt. Die Tatsache, dass ehemalige Gutachter als Berater gewonnen werden konnten, zeigt den hohen Stellenwert des deutschen Suchtforschungsnetzes auch aus internationaler Sicht.

Forschungsverbund Baden-Württemberg

Aufgrund einer Verlängerung der Laufzeit kann die Arbeit im Verbund Baden-Württemberg bis Herbst 2008 planmäßig fortgesetzt werden. Die Projekte befinden sich in einer Phase der Datenaufarbeitung, -analyse und Ergebnisdarstellung. Im Rahmen des im Juni 2008 in Mannheim stattfindenden Ersten Deutschen Suchtkongresses wird es einen Themenschwerpunkt zu den Ergebnissen der Suchtforschungsverbände geben.

Beispielhaft werden einige Projekte des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg vorgestellt:

Ein Projekt beschäftigte sich mit der Implementierung von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in Hausarztpraxen (Prof. Brenner, Heidelberg).

Ein weiteres Projekt, das im Rahmen einer seit ca. 15 Jahren etablierten Längsschnittuntersuchung (Mannheimer Risikokinderstudie) durchgeführt wurde, beschäftigte sich mit der Entwicklung des Tabakmissbrauchs bei Jugendlichen (Prof. M. H. Schmidt, Dr. Laucht, Mannheim). Die Ergebnisse zum Zusammenhang interpersoneller bzw. sozialer Faktoren und dem Rauchverhalten Jugendlicher, insbesondere aber der Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Mutter in der Schwangerschaft und der Wahrscheinlichkeit der Jugendlichen, ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) zu entwickeln, haben ein breites Medienecho ausgelöst.

Ein weiteres Projekt beschäftigt sich mit der Entwicklung von Raucherentwöhnungstherapien, die an biologische und psychologische Prädiktoren adaptiert werden (Prof. Batra, Tübingen), nachdem sich das Vorgängerprojekt mit der Aufklärung solcher Prädiktoren beschäftigte. Inzwischen wurde mit Hilfe der Ergebnisse aus der ersten Förderperiode eine Klassifizierungs-

formel zur Ermittlung von Untergruppen mit speziellen Risikoprofilen (z. B. „depressiv“, „hyperaktiv“) entwickelt. Auf Grundlage dieser Formel erfolgte die Gruppenzuweisung im laufenden Projekt und eine nachfolgende Randomisierung. Die Datensammlung ist inzwischen abgeschlossen. Das Projekt befindet sich in einer fortgeschrittenen Auswertungsphase. Ergebnisse werden im Laufe des Jahres 2008 vorgestellt.

Forschungsverbund Bayern/Dresden

Allgemeine Entwicklungen

Das Arbeitsprogramm des Verbundes des BMBF mit den Allocating Substance Abuse Treatments (ASAT) zeichnete sich im Jahr 2007 durch eine intensive und erfolgreiche Publikations- und Öffentlichkeitsarbeit aus. Zugleich hat das Programm eine weitere strukturelle und inhaltliche Ausweitung erfahren. Hierzu gehören unter anderem:

- Die Einwerbung eines mehrjährigen BMBF-Forschungsgruppen-Programms „Addiction and the Adolescent Brain“ (Smolka, Wittchen, Bühringer, Goschke). Hier werden im Kontext der neuen Neuroimaging-Arbeitsgruppe die frühen Entwicklungsbedingungen für Sucht vertieft.
- Der Aufbau eines multizentrischen Kompetenznetzwerkes „Raucherentwöhnung“ (Bühringer). Ziel ist die Entwicklung verbesserter Interventionsmethoden sowie die grundlagenbezogene Erforschung von Rückfallfaktoren.
- Der Aufbau einer Arbeitsgruppe „Glücksspiel“ (Bühringer). Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Analyse umschriebener, kognitiver Faktoren (z. B. Impulskontrolle) sowie den ätiopathogenetischen Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Vergleich zu Suchterkrankungen.

Auf europäischer Ebene wurden eine Reihe von EU-Multizenter-Projekten zur Verbesserung der therapeutischen Versorgung und der Allokation eingeworben (Bühringer).



Vorgestellt:
Prof. Dr. Gerhard Bühringer,
wissenschaftlicher Leiter des
Instituts für Therapieforschung
in München (IFT) und Professor
für Suchtforschung an der
TU Dresden

„Neugier treibt mich an. Neugier, den Dingen auf den Grund zu gehen, und der Wille, die Welt zu verbessern“ sagt Prof. Bühringer, wissenschaftlicher Leiter und Gründer des Instituts für Therapieforschung (IFT) in München. „Schon seit der Gründung des IFT 1973 ist es mein Ziel, eine bessere Gesundheitsversorgung für Suchtkranke zu erreichen“, so Bühringer. „Und das geht nur über bessere Strukturen und über Qualitätsstandards.“

Daher widmet sich Prof. Bühringer zusammen mit fünf Arbeitsgruppen seit mehreren Jahrzehnten der anwendungsbezogenen Suchtforschung für die Prävention und Behandlung des Missbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabak sowie des pathologischen Glücksspiels. Das bedeutet vor allem Planung und Auswertung der Arbeit von therapeutischen Einrichtungen und der regionalen und bundesweiten Versorgungsstrukturen, epidemiologischer Studien sowie die Weiterentwicklung von Präventions- und Therapieprogrammen. „Ein hoher Qualitätsstandard ist mir auch in meiner alltäglichen Arbeit sehr wichtig. Deshalb verlässt auch kein schriftlicher Beitrag das Institut, ohne dass ich ihn vorher gelesen und mögliche Verbesserungen mit den Autoren diskutiert habe.“ Dabei achtet er besonders darauf, dass die Beiträge und Arbeiten des IFT inhaltlich und sprachlich an den Bedürfnissen ihrer Zielgruppe ausgerichtet sind und durch Klarheit und Verständlichkeit überzeugen.

Dass sich Prof. Bühringer auch um den wissenschaftlichen Nachwuchs kümmert, ist für ihn selbstverständlich. Er hält Vorträge, veröffentlicht zahlreiche Lehrbuchbeiträge und hat am IFT ein Doktorandenausbildungsprogramm eingerichtet. Außerdem ist er Präsident der 1997 gegründeten International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), die sich um die Schaffung gemeinsamer Qualitätsstandards kümmert und Trainingsprogramme für junge Wissenschaftler durchführt.

Seit 2005 ist er Professor für Suchtforschung an der TU Dresden. Dort beschäftigt er sich vor allem mit Grundlagen-

forschung, insbesondere mit Erklärungsmodellen für die Entwicklung von Substanzstörungen und für den Rückfall. „Es ist wichtig herauszufinden, wie und warum Sucht entsteht. Wenn man die Ursachen besser als bisher kennt und weiß, welche Personengruppen besonders gefährdet sind, kann man viel individuellere Präventions- und Therapieformen entwickeln. So können wir zum Beispiel davon wegkommen, dass Präventionsmaßnahmen nach dem Schrotschussverfahren angewendet werden.“

Neben der Tätigkeit in zahlreichen Gremien ist er Chefredakteur der Zeitschrift Sucht. Seit 2007 ist er auch auf europäischer Ebene aktiv. Er wurde unter 72 Bewerberinnen und Bewerbern ausgewählt und in den Wissenschaftlichen Beirat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon berufen. Dieses 15-köpfige Gremium bündelt die wissenschaftliche Expertise aller Mitgliedsstaaten der EU in Drogenfragen, unterstützt politische Entscheidungsträger und berät die Fachleute der Europäischen Beobachtungsstelle. Professor Bühringer vertritt in diesem hochrangigen Gremium den Bereich „Methodische Fragen“.

Auch privat geht Prof. Bühringer den Dingen auf den Grund. Neben seiner Begeisterung für Reisen in fremde Länder und das Skifahren hat er sich ein besonderes Hobby zugelegt: hochwertige französische Weine. Er hat sich ein profundes Fachwissen angeeignet und lagert seit 30 Jahren die zum Teil auf Weinauktionen erstandenen Weine in seinem privaten Weinkeller, wo er für perfekte Lagerbedingungen sorgt. Es versteht sich von selbst, dass die wertvollen Weine nur maßvoll zu besonderen Gelegenheiten verkostet werden.

- www.ift.de und
- www.tu-dresden.de

Ergebnisse der ASAT-Projekte im Bereich Tabak Projekt WIRK – Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken

Das Teilprojekt Suchtrehabilitationskliniken verfolgte folgende Ziele:

- Beschreibung der existierenden Tabakkontrollpolitik in deutschen Suchtrehabilitationskliniken;
- Analyse des Einflusses der Tabakkontrollpolitik auf das Rauchverhalten der Patienten und

- Analyse, ob eine mehrdimensionale Intervention in der Lage ist, das Rauchverhalten der Patienten positiv zu verändern.

Im Rahmen der Studie konnten 1578 Patienten aus 39 Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland erreicht werden. In allen 39 Kliniken herrscht noch Entwicklungspotenzial hinsichtlich der bestehenden Tabakpräventionsangebote. Am geringsten entwickelt sind die Bereiche Schulung der Mitarbeiter und Engagement der Kliniken. Tabakabstinenzquoten bei Klinikentlassung variieren zwischen den Kliniken von 0 % bis 26 %.

Variablen der Tabakprävention beeinflussen das Rauchverhalten der Patienten. In der Tabakprävention engagierte Kliniken zeigen höhere Abstinenzquoten bei ihren Patienten.

Alle Kliniken verbesserten im Laufe der Projektdauer ihre Tabakpräventionsmaßnahmen, wobei Kliniken der Interventionsgruppe signifikant höhere Werte erzielten.

Ziel des Teilprojekts „Mutter-Kind-Kliniken“ war es, im Rahmen von Mutter-Kind-Kuren zu untersuchen, inwieweit zwei unterschiedliche Formen telefonischer Nachbetreuung (strukturiert und non-direktiv) im Anschluss an einen Tabakentwöhnungskurs die langfristige Erfolgsquote von Frauen beim Rauchstopp verbessern. Das Tabakentwöhnungsprogramm wurde in 18 Kliniken implementiert. Als Zielgruppe wurden 527 rauchende Mütter erreicht.

Im Ergebnis erweist sich nur die strukturierte telefonische Nachsorge im Anschluss an eine klinikbasierte Intervention für Frauen als effektives Mittel zur langfristigen Stabilisierung der Abstinenzquoten. Im Vergleich mit internationalen Forschungsergebnissen zeigt das Tabakprogramm insgesamt eine gute Wirksamkeit.

Forschungsverbund Nord-Ost

Im Forschungsverbund „Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen – Research collaboration in early substance use intervention (EARLINT)“ werden Ansätze der Frühintervention zum Nichtrauchen und bei riskantem Alkoholkonsum entwickelt, die in die Prävention und medizinische Versorgung von Krankheiten integrierbar sein sollen. Die Studien lassen Aussagen

sowohl über die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen als auch über ihre Einsetzbarkeit im klinischen Alltag zu. Längerfristiges Ziel des Forschungsverbundes ist, zur Entwicklung von Interventionsformen der Prävention verbreiteter Krankheiten beizutragen, die auf Tabakrauchen, riskanten Alkoholkonsum oder Gebrauch psychotroper Medikamente zurückzuführen sind. EARLINT umfasst 17 drittmittelgeförderte Forschungsprojekte, die unterschiedliche Settings nutzen, um Zugang zur Gesamtbevölkerung zu erhalten. Hinzu kommen Projekte, die ausschließlich mit Eigenmitteln finanziert werden. Im Jahr 2007 wurden neue Bereiche hinzugewonnen. Von den 17 Projekten betreffen 13 die Wirksamkeit von Kurzinterventionsmethoden zur Reduktion des Rauchens, vier haben gesundheitsriskanten Alkoholkonsum zu Gegenstand und ein Projekt betrifft den Gebrauch psychotroper Medikamente. Unmittelbares Ziel der Interventionen ist die Erhöhung der Motivation zur Beendigung des Tabakrauchens, des gesundheitsriskanten Alkoholkonsums sowie des Gebrauchs psychotroper Substanzen über die ärztliche Indikation hinaus. In der zweiten Förderphase wurden besonders Projekte zur Wirksamkeit der Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen in die Routine medizinischer Versorgung untersucht. Mittlerweile sind neben dem BMBF weitere Förderer aus dem öffentlichen Bereich, wie das Bundesministerium für Gesundheit, in EARLINT aktiv. In dem Forschungsverbund arbeiten u. a. die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck und das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald zusammen, das den Verbund koordiniert. Aus EARLINT sind bisher 84 wissenschaftliche Arbeiten publiziert und weitere in Vorbereitung

- www.medizin.uni-greifswald.de/epidem

Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen

Mitglieder des Suchtforschungsverbundes NRW beteiligten sich auch im Jahr 2007 an vielfältigen Weiterbildungsaktivitäten zum Wissenstransfer. In Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein wurde die nunmehr dritte Weiterbildungsveranstaltung „Update Suchtmedizin“ am 27. August 2007 in Essen durchgeführt. Die jährlich durchgeführte Veranstaltung ist zu einem festen Bestandteil der Fortbildung in NRW geworden.

Am 18. Oktober 2007 fand unter Beteiligung US-amerikanischer Wissenschaftler ein vom Suchtforschungsverbund NRW organisiertes Treffen der deutschen Suchtforschungsverbände in Düsseldorf statt. Jenseits der geförderten Einzelprojekte wurden vom Suchtforschungsverbund in Kooperation mit universitären und nicht-universitären Institutionen Forschungsprojekte durchgeführt bzw. neue Projekte beantragt (mehr dazu finden Sie unter C 5.6.2 unter Forschung).

Die Reaktion auf suchtmittelassoziierte Stimuli vor und nach einer Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und bei Nikotinabhängigen wurde in einem Projekt in Bonn untersucht (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Wagner). Die Ergebnisse zeigen, dass die Schreckreflexmodulation und die Aufmerksamkeitszuwendung sowohl bei Rauchern wie auch bei Alkoholabhängigen in Richtung einer stärkeren Beachtung und Anreizwirkung von suchtasoziierten Bildreizen verändert ist. Neu ist der Befund, dass sich die automatischen Reaktionen auf visuelle und suchtbegone Reize im Verlauf einer mehrwöchigen Entwöhnungsbehandlung nicht ändern, auch wenn die Entwöhnungsbehandlung mittelfristig zu Abstinenz führt. Selbst bei einer Gruppe mehrjährig abstinenter Raucher war diese erhöhte Empfindlichkeit nachweisbar. Das implizite „Suchtgedächtnis“ ist demnach sehr zeitstabil und bildet eine Grundlage des fortbestehenden Rückfallrisikos.

2 Alkohol

Die „Alltagsdroge“ Alkohol verursacht bei einer großen Zahl von Menschen schwerwiegende gesundheitliche Probleme: 9,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in riskanter Weise. 1,3 Millionen Menschen sind alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 42.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. Die volkswirtschaftlichen Kosten für die Gesellschaft werden auf 20 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

2.1 Europäische und internationale Alkoholpolitik

Ebenso wie die Tabakpolitik rückt auch die Alkoholpolitik immer weiter in den Fokus der EU-Aktivitäten. Die im Oktober 2006 beschlossene EU-Alkoholstrategie zur Verringerung alkoholbedingter Schäden wurde 2007 weiterentwickelt. Im Juni 2007 wurde das „Forum für Alkohol und Gesundheit“ als gemeinsame Aktionsplattform eingerichtet.

Auch das Europäische Parlament hat am 5. September 2007 eine Entschließung zur EU-Strategie verabschiedet.

Auf internationaler Ebene wird derzeit ebenfalls eine globale Strategie zur Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums gefordert. Eine entsprechende Empfehlung hat der Exekutivrat der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 23. Januar 2008 verabschiedet. (mehr zur EU-Alkoholpolitik und den Projekten Pathways for Health und Building Capacity unter B 1.3 und zur WHO-Alkoholstrategie B 2.5.2)

2.2 Prävention

2.2.1 Aktionswoche 2007 „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“

Konzept und Ereignis

Unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung veranstalteten die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Juni 2007 eine Aktionswoche unter dem Motto „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“.

Anliegen war es, in vielen verschiedenen Lebensbereichen einen Anstoß zum Nachdenken über den verantwortungsvollen Alkoholkonsum zu geben. Alle gesellschaftlichen Gruppen waren aufgefordert, selbstkritisch ihren Umgang mit Alkohol zu überprüfen und zu reflektieren.

Viele Partner haben die Kampagne unterstützt: die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Barmer Ersatzkasse und die Bundesvereinigung der kom-

munalen Spitzenverbände. Sie stellten Mittel und ihre Infrastruktur für die Kampagne zur Verfügung. Durch die Aktionswoche konnte eine große Zahl von Menschen angesprochen werden. An 700 Orten fanden insgesamt 2000 Veranstaltungen statt:

- Experten der Suchtberatung und -behandlung besuchten Arztpraxen und Apotheken und boten dort ihre Beratung an;
- Ärztinnen und Ärzte berieten Patientinnen und Patienten;
- Selbsthilfegruppen informierten in Kaufhäusern;
- Gaststätten und Hotels gestalteten eine lange Nacht der alkoholfreien Getränke;
- auch die Kirchen thematisierten den Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme in der Sonntagspredigt;
- Sportvereine organisierten ein alkoholfreies Sportwochenende (siehe unten);
- an Hochschulen wurden Vorträge und Vorlesungen zum Thema Sucht gehalten;
- in Betrieben und Verwaltungen wurden Aktionen zur Alkoholprävention durchgeführt und
- in den Rathäusern wurde in Jugend- und Schülerparlamenten zum Thema Alkohol debattiert.

Die Aktion wurde unterstützt durch einen spielerisch gestalteten Alkoholselbsttest „Ist mein Alkoholkonsum noch im grünen Bereich?“, um das eigene Trinkverhalten zu überprüfen. Der Selbsttest stand als kleine Faltkarte (Z-Card) oder als interaktive Online-Version unter www.suchtwoche.de zur Verfügung. Außerdem wurde er mit weiteren Informationen rund um das Thema Alkoholkonsum und Gesundheit in der Aktionszeitung „Flaschenpost“ abgedruckt.

Völlig neu für die Planung und die Organisation war die vorwiegend internetbasierte Kommunikation mit

den Partnern und den Mitstreitern der Kampagne. Sie konnten im Verlauf ihrer Veranstaltungsorganisation jederzeit auf sämtliche Informationen zugreifen. Auch für die Öffentlichkeits- und Pressearbeit erwies sich die Internetseite www.suchtwoche.de als sehr gute Kommunikationsplattform. Allein über 1.000 Pressebeiträge zeigen, dass es gelungen ist, das Thema Alkohol und Gesundheit in die Öffentlichkeit und damit zu den Alkoholkonsumenten zu bringen.

■ www.suchtwoche.de



Vorgestellt:
Sonja Brandt-Michael,
Organisatorin der Aktionswoche
2007 „Alkohol – Verantwortung
setzt die Grenze“

„Es ist kein bequemer Weg, der von der Erde zu den Sternen führt.“ (Vergil)

„Dieser Satz spiegelt nicht nur den schweren Weg aus dem Kreislauf der Sucht wider“, sagt Sonja Brandt-Michael, Organisatorin der Alkoholwoche 2007, „er zeigt auch, dass es nicht leicht ist, die Menschen zu erreichen, dass wir es aber dennoch immer wieder versuchen müssen.“ Als die studierte Kulturhistorikerin und Kulturmanagerin Sonja Brandt-Michael mit der Vorbereitung der Alkoholwoche 2007 betraut wurde, hatte sie schon Erfahrung damit, wichtige Themen in die breite Öffentlichkeit zu tragen.

Wie gut es Sonja Brandt-Michael gelungen ist, die Menschen zu erreichen, hat der Erfolg der Aktionswoche 2007 „Alkohol-Verantwortung setzt die Grenze“ gezeigt. Ein so großes Event vorzubereiten und zu organisieren ist mit viel Arbeit verbunden. „Man muss sich bei der Vorbereitung darüber klar werden, wen man mit einer solchen Alkoholwoche erreichen will“, betont Sonja Brandt-Michael. „Deshalb haben wir ganz unterschiedliche Orte, wie zum Beispiel Einkaufszentren, Kirchen, Betriebe, Arztpraxen und Apotheken als Veranstaltungsorte gewählt. Es war das Prinzip dorthin zu gehen, wo die Menschen sind. So konnten wir nahezu alle gesellschaftlichen Gruppen ansprechen. Natürlich musste es auch darum gehen, Kontakt zu örtlichen Stellen aufzubauen, wie Präventionsfachkräften, Anlaufstellen wie Suchtberatungs-

stellen, Landesfachstellen, Behörden und Landesdrogenbeauftragte, um mit ihnen gemeinsame Aktionen zu planen und durchzuführen.“

Bei den Aktionen kam es ihr darauf an, nicht mit dem erhobenen Zeigefinger auf die Menschen zuzugehen. „Aktionen wie zum Beispiel Alkoholselbsttests, Theaterstücke, Rauschbrillen-Parcours oder Fahr simulatoren wecken das Interesse der Menschen und machen ihnen bewusst, was der Alkohol mit ihrem Körper macht.“

Gespräche mit „ehemaligen“ Alkoholikern hält sie dagegen für problematisch. Es könne nicht darum gehen zu demonstrieren, „Ja, man kann nach langen Jahren aus der Sucht herauskommen“. „Das würde ja bedeuten,“ so Brandt-Michael, „dass man erst etwas gegen die Sucht tun muss, nachdem schon alle wirtschaftliche Grundlagen und die Familie zerstört sind. Ich finde das zynisch. Wir müssen viel früher ansetzen, schon bevor alles kaputt ist.“

„Die Normalität im Umgang mit Alkohol, aber auch die Werbung und die Verfügbarkeit sind ein Problem in Deutschland“, so Sonja Brandt-Michael. Sie weiß, dass es schwer ist, daran etwas zu ändern, weil Alkohol als Kulturgut gilt. Aber auch die deutsche Trinkkultur sei ein Problem. „In Italien und Frankreich trinkt man Wein zum Essen und im Anschluss einen Kaffee, bei uns wird danach oft weiter getrunken“, so Sonja Brandt-Michael.

Ihr liegen besonders auch die Familien der Suchtkranken am Herzen. „Wenn durch unsere Aktionen auch nur einer Familie geholfen werden kann, dann haben wir schon etwas erreicht.“

Weniger Normalität im Umgang mit Alkohol wird auch das Ziel der nächsten Alkoholwoche 2009 sein. Sonja Brandt-Michael hat schon mit den Vorbereitungen begonnen.

■ www.suchtwoche.de

Aktionen zur Vereinbarkeit von Alkohol und Sport

Die BZgA und der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) konzentrierten im Rahmen der Alkoholwoche 2007 ihre Aktivitäten auf den organisierten Sport mit seinen 86.000 Vereinen. Besonders die Vereinsmitglieder sollten für ihre Vorbildrolle gegenüber Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden. Die Sportvereine wurden aufgerufen, ein Wochenende im Juni 2007 für „alkoholfrei“ zu erklären und rund um die Sportveranstaltungen auf Alkohol zu verzichten.

Ziel der Aktion war es, wesentliche Punkte der Alkoholprävention langfristig zu einem festen Bestandteil des Vereinslebens zu machen, z.B. die unbedingte Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen, eine verantwortungsvolle Preisgestaltung, eine ausgewogene Getränkeauswahl sowie vereinsinterne Absprachen und Regelungen (z.B. kein Bier, keine Zigaretten am Spielfeldrand). Die Initiative und der Aufruf fanden in den Sportvereinen eine große Resonanz. Mehr als 420 Sportvereine meldeten sich mit Angeboten zu einem „alkoholfreien Sportwochenende“. Über eine Fragebogenaktion konnte ermittelt werden, dass sich über 85% bereit erklärten, Aktivitäten zur Alkoholprävention zu wiederholen.

Diese breite Zustimmung veranlasste die BZgA, das Thema Alkoholprävention im Sportverein auch 2008 mit einzelnen Landessportbünden und -jugendgruppen in Folgeprojekten zu wiederholen.

2.2.2 Plattform „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ der BZgA

Unter dem Motto „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ hat die BZgA eine Plattform geschaffen, die eine Vielzahl von Akteuren in eine Initiative für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol einbindet. Die BZgA bietet unter diesem Motto eine Reihe von Medien und Maßnahmen an, die vor allem dazu dienen sollen, die Allgemeinbevölkerung über die Folgen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums zu informieren sowie Fachberufsgruppen und Multiplikatoren durch Arbeitshilfen in ihrer Beratungstätigkeit bei Alkoholproblemen zu unterstützen.

Auch im Jahr 2007 wurden mit zahlreichen Tageszeitungen ergänzende regionale Telefonaktionen zum Thema „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ durchgeführt. Die Leserinnen und Leser der Zeitungen erhielten Gelegenheit, ihre Fragen an das BZgA-Beratungsteam zu stellen. Insgesamt erreichten die Zeitungen durch die Vor- und Nachberichte eine beträchtliche Auflagenhöhe.

2.2.3 Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen

Repräsentative Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass der Alkoholkonsum der Jugendlichen unter 18 Jahren nach einem Rückgang in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt wieder angestiegen ist.

Die von den 12–17-jährigen Jugendlichen konsumierte Gesamtmenge reinen Alkohols (in Gramm pro Woche) ging im Zuge der Einführung der Sondersteuer für spirituosenhaltige Alkopops von 44,2 g im Jahr 2004 auf 34,1 g im Jahr 2005 zurück. Seitdem ist die pro Kopf konsumierte Alkoholmenge aber wieder angestiegen und beträgt im Jahr 2007 durchschnittlich 50,4 g pro Woche. Dieser Gesamtanstieg ist auf den vermehrten Konsum von Bier, bier- bzw. weinhaltigen Mischgetränken sowie Spirituosen zurückzuführen. Bei männlichen Jugendlichen lag im Jahr 2004 die durch Bier konsumierte Alkoholmenge bei 30,1 g und beträgt 2007 durchschnittlich 42,6 g Alkohol. Der Alkoholkonsum durch bier- bzw. weinhaltige Mischgetränke erhöhte sich bei den männlichen Jugendlichen im gleichen Zeitraum von durchschnittlich 4,8 g auf 10,3 g, der durch Spirituosen von 5,2 g auf 7,2 g. Bei den weiblichen Jugendlichen hat sich der Alkoholkonsum auf niedrigerem Niveau in die gleiche Richtung entwickelt. Mädchen nahmen im Jahr 2004 durch den Konsum von Bier pro Woche durchschnittlich 7,9 g Alkohol zu sich. Im Jahr 2007 waren es 12,1 g. Der Alkoholkonsum durch bier- bzw. weinhaltige Mischgetränke stieg von 2,9 g auf 3,5 g, der Alkoholkonsum durch Spirituosen von 1,9 g auf 3,2 g pro Kopf und Woche.

Im Gegensatz zu diesen Getränken setzt sich der Rückgang bei spirituosenhaltigen Alkopops sowohl bei männlichen als auch weiblichen Jugendlichen weiter fort. Insgesamt hat er sich von 8,3 g pro Woche im Jahr 2004 und vor Einführung der Sondersteuer auf 2,8 g pro Woche im Jahr 2007 reduziert (männliche Jugendliche von 9,8 g auf 3,7 g, weibliche Jugendliche von 6,8 g auf 2,0 g). Der Anteil der 12–17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal monatlich spirituosenhaltige Alkopops trinken, sank von 28 % im Jahr 2004 über 16 % im Jahr 2005 auf nur noch 10 % im Jahr 2007.

Dieser deutliche Rückgang der Konsumhäufigkeit ist getränkenspezifisch und so nur bei spirituosenhaltigen Alkopops zu beobachten. Der Anteil der 12–17-jährigen Jugendlichen, die unabhängig von der Getränkeart mindestens wöchentlich und somit regelmäßig alkoholische Getränke konsumieren, ist wieder angestiegen. Im Jahr 2004 haben 21 % der Jugendlichen mindestens ein alkoholisches Getränk pro Woche getrunken, 2005 liegt der Anteil bei 19 % und 2007 bei 22 %. Auch der Anteil der 12–17-jährigen Jugendlichen, die im letzten Monat mindestens einmal fünf oder mehr alkoholhaltige Getränke hintereinander getrunken haben („Binge Drinking“), ist von 23 % im Jahr 2004 über 20 % im Jahr 2005 auf 26 % im Jahr 2007 angestiegen.

„Binge Drinking“

Dramatische Fälle akuter Alkoholintoxikationen von Jugendlichen – sogar mit tödlichem Ausgang – haben dafür gesorgt, dass sich das öffentliche Interesse zunehmend auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen richtet. Der Begriff „Binge Drinking“ entstand im angloamerikanischen Raum und beschreibt den exzessiven bzw. übermäßigen Alkoholkonsum zu einer bestimmten Gelegenheit, welcher auch den Alkoholrausch impliziert. In der deutschen Sprache wird diese Form des Alkoholkonsums als Rauschtrinken oder umgangssprachlich unter anderem als „Komasaufen“ bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter „Binge Drinking“ den Konsum von fünf und mehr alkoholischen Standardgetränken zu einer Gelegenheit. Diese Definition wird den meisten Studien zur Verbreitung des Alkoholkonsums zugrunde gelegt. Binge Drinking ist mittlerweile ein europaweites Phänomen, das sich nicht unbedingt nur auf Länder mit einem traditionell hohen Pro-Kopf-Verbrauch beschränkt. Am häufigsten ist der exzessive Alkoholkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu beobachten. Von dieser Form des exzessiven Alkoholkonsums gehen für die Betroffenen erhebliche gesundheitliche Risiken aus, die durchaus lebensbedrohlich sein können. Dabei sind nicht nur die Alkoholkonsumenten, sondern auch Dritte betroffen, wie z. B. bei alkoholbedingten Straßenverkehrsunfällen und Gewaltdelikten durch alkoholisierte Personen.

2007 gaben 63 % der männlichen Jugendlichen (16–17 Jahre) und 37 % der weiblichen Jugendlichen an, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen zum Zeitpunkt der Befragung „gebingt“ zu haben. Damit gab es eine deutliche Zunahme beim Binge Drinking, zumal 2005 nach 2004 ein rückläufiger Trend beim „Binge Drinking“ zu beobachten war.

Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielschichtig und müssen auch vor dem Hintergrund kultureller Gegebenheiten betrachtet werden. Dazu gehört unter anderem die gesellschaftliche Akzeptanz von exzessivem Alkoholkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nationale Gesetzgebung, die Verfügbarkeit, Preisgestaltung etc. So sind in Deutschland alkoholische Getränke äußerst günstig und rund um die Uhr verfügbar. Darüber hinaus sind die globalen Marketing-Strategien der Alkoholindustrie zu berücksichtigen. Mit ihren Werbebotschaften kommuniziert sie überwiegend jugendspezifische Bedürfnisse, um damit einen Einfluss auf die Jugendkulturen zu nehmen. Hinzu kommen die neuen Medien (z. B. Internet), die ein grenzenloses Marketing ermöglichen.

Verbreitung in Europa

Die aktuellen Zahlen, die das Binge Drinking in der europäischen Bevölkerung (ab dem 15. Lebensjahr) abbilden, stammen von Eurobarometer. Demnach haben 67 % der Bevölkerung der 25 EU-Mitgliedsstaaten (ohne Rumänien und Bulgarien) in den letzten 30 Tagen zum Zeitpunkt der Erhebung Alkohol konsumiert. Vergleicht man die Daten der alten EU-15 Staaten miteinander, so zeigt sich im direkten Vergleich zwischen den Jahren 2003 und 2006 eine Steigerung des Alkoholkonsums um 6 %. Hinsichtlich der Jahresprävalenz des „Binge Drinkings“ innerhalb der EU Mitgliedsstaaten ergibt sich folgendes Bild: Rechnet man die ermittelten Daten auf die Bevölkerung der erweiterten EU um, so haben 2006 80 Millionen Menschen (28 %) in Europa durchschnittlich mindestens einmal pro Woche Binge Drinking praktiziert.

Fasst man die Ergebnisse der europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zusammen, in denen unter anderem Daten zum Substanzkonsum von Jugendlichen erhoben werden, so zeigt sich, dass

in Europa einer von acht (13 %) der 15–16-Jährigen mehr als 20 Mal in seinem Leben betrunken war sowie einer von sechs (18 %) mehr als dreimal im letzten Monat „gebingt“ hat. Betrachtet man die Entwicklung des „Binge Drinkings“ und der Trunkenheitserlebnisse unter Jugendlichen in Europa im Einzelnen, so zeigt sich, dass diese Form des Alkoholkonsums in den letzten zehn Jahren zugenommen hat. Die Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (HBSC) berichtet von geschlechtsbezogenen Veränderungen hinsichtlich des Alkoholkonsums. Die Anzahl von Trunkenheitserlebnissen bei Mädchen hat danach im Zeitraum von 1994 bis 2002 in einigen europäischen Ländern zugenommen, so dass Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen immer mehr abnehmen. Somit ist Rauschtrinken nicht mehr nur eine Domäne des männlichen Geschlechts.

2.2.4 Modellprojekt „HaLT“: Bundesweite Implementierung

Transfer des Bundesmodellprojekts HaLT in die Fläche

Wegen der in den letzten Jahren stark steigenden Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die mit einer schweren Alkoholvergiftung stationär behandelt werden mussten, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit das Präventionsvorhaben „HaLT – Hart am Limit“ ins Leben gerufen und als Modellprojekt an elf Standorten in neun Bundesländern unter finanzieller Beteiligung der zuständigen Landesministerien gefördert.

Das Projekt umfasst konkret folgende Bausteine:

- ein reaktiver Baustein zielt darauf ab, Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsummuster, vor allem nach einer schweren Alkoholvergiftung, noch im Krankenhaus systematisch Hilfen anzubieten;
- mit einem proaktiven Baustein wird dem Alkoholmissbrauch durch kommunal verankerte Präventions-

ansätze unter Einbindung vieler Kooperationspartner entgegengewirkt.

An den elf HaLT-Standorten wurde eine breite Palette von wirksamen Konzepten, Methoden und Materialien entwickelt, die in einem Manual zusammengefasst und interessierten Einrichtungen in Deutschland an die Hand gegeben werden. Im Rahmen eines 2007 begonnenen, vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Transferprojekts werden inzwischen die an den Modellstandorten gewonnenen guten Erfahrungen interessierten Kommunen und Fachkräften aus Suchthilfeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Ziel des Transfers ist es, möglichst viele Institutionen zur Übernahme von HaLT zu motivieren und sie zu unterstützen, Präventionsangebote für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum zu schaffen bzw. auszubauen (reaktiver Baustein). Gleichzeitig sollen Maßnahmen der Alkoholprävention innerhalb des Gemeinwesens strukturell verankert werden bzw. die bereits bestehenden Maßnahmen ausgeweitet werden (proaktiver Baustein). Zielgruppen sind vor allem die Leiterinnen und Leiter sowie Fachkräfte in Suchtberatungsstellen und Suchtpräventionseinrichtungen, aber auch Vertreter der Gesundheitsämter und Mitarbeitende in den Kommunen, etwa den Ordnungsämtern.

In zahlreichen Städten werden HaLT-Seminare angeboten, um die Teilnehmenden vor allem mit den bewährten Konzepten, Methoden und Materialien des Modellprojekts vertraut zu machen und die regionale Umsetzung des reaktiven und proaktiven Bausteins zu üben.

Mittlerweile zeichnet sich ab, dass das erfolgreiche Präventionsprojekt HaLT in einigen Bundesländern, etwa in Bayern und in Sachsen-Anhalt, sowie in zahlreichen weiteren Kommunen/Städten implementiert werden kann.

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

Mit Maßnahmen unter dem Titel „NA TOLL!“/„Bist du stärker als Alkohol?“ werden seit 2001 durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gezielt Jugendliche angesprochen, um sie zu einem kritisch distanzierenden Alkoholkonsum zu motivieren. Der Einstieg

in den Alkoholkonsum soll so lange wie möglich hinausgezögert werden. Zielgruppe der Maßnahmen zur Alkoholprävention sind Jugendliche von 12 bis 16 Jahren (derzeit etwa 4,3 Millionen), die im Wesentlichen über die Internetseite (www.bist-du-staerker-als-alkohol.de), die Peer-Aktionen („NA TOLL!“) und Printmedien erreicht werden sollen.

Die im Jahr 2007 weiter entwickelte Internetseite bietet zielgruppengerecht relevante Informationen zum kritischen Umgang mit Alkohol. Diese werden ergänzt durch Persönlichkeits- und Wissenstests, ein E-Mail-Beratungsangebot sowie interaktive Jugendelemente. www.bist-du-staerker-als-alkohol.de wurde im Jahr 2007 monatlich im Durchschnitt 18.200mal genutzt. Dies entspricht einer Steigerung von ca. 22 % gegenüber dem Vorjahr. Hier bestätigt sich, dass die Internetseite eine zielgenaue Kommunikationsplattform ist, auf die die Zielgruppe gerne zurückgreift. Der Erfolg der Internetseite zeigt sich auch daran, dass in 2007 die Seite bei der Suchmaschine „Google“ dauerhaft auf einem der ersten Plätze beim Suchbegriff „Alkohol“ rangierte.

Ergänzend zu den internetbasierten Präventionselementen werden speziell geschulte Jugendliche (sogenannte „Peers“) zwischen 18 und 25 Jahren in Feriensituationen, bei Jugendveranstaltungen, bei Musikevents und bei Sportveranstaltungen eingesetzt, um Jugendliche zu motivieren, sich kritisch mit dem eigenen Wissensstand zu Alkohol und dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Peers den Zugang zu den Jugendlichen finden und dass sie ihnen Alternativen zum Alkoholtrinken aufzeigen können. Im Jahr 2007 wurde nach diesem Konzept über das gesamte Bundesgebiet verteilt mit 17.000 Jugendlichen intensiv über das Thema Alkohol gesprochen.

Die Anzeigenmotive stoßen auf große Zustimmung in der Zielgruppe: Der Gewinn des BRAVO-Award 2007 – auf der Grundlage einer Abstimmung der Leserinnen und Leser der Jugendzeitschrift – für die beste Anzeige im ersten Halbjahr 2007 unterstreicht die jugendgerechte Ausrichtung der Botschaften zur Alkoholprävention. Durch Kooperationen auf Landesebene wie in Bayern und Brandenburg ist eine Ausweitung der „NA TOLL!“ Maßnahmen möglich.

2.2.6 Maßnahmen zur Verbesserung des Jugendschutzes

Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“

Mit der Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ weist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ) und verschiedenen Wirtschaftsverbänden auf die Vorschriften des Jugendschutzgesetzes hin und macht die Öffentlichkeit auf die Belange des Jugendschutzes aufmerksam (siehe mehr dazu D 6).

Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“

Um im Zusammenhang mit den Vorschriften des Jugendschutzgesetzes gesetzestreu Verhalten zu fördern und zu besseren Vollzugsmöglichkeiten im Jugendschutz zu gelangen, hat Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen am 28. November 2007 den Runden Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“ unter Einbeziehung und Teilnahme der Drogenbeauftragten der Bundesregierung einberufen. (mehr dazu unter D 7)

2.2.7 Selbsttest „check your drinking“ und Programm „change your drinking“

Der Selbsttest „check your drinking“ ist Teil der Internetseite www.drugcom.de und empfiehlt Nutzerinnen und Nutzern, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren und bietet das Programm „change your drinking“ an. Dort kann ein individuelles Ziel definiert werden, welches die maximale Anzahl an Konsumtagen und alkoholischen Getränken umfasst. Über einen Zeitraum von zehn Tagen wird der Alkoholkonsum in einem Onlinetagebuch protokolliert. Das 2007 fertig gestellte Beratungsprogramm zur Reduzierung des Alkoholkonsums „change your drinking“ wird seitdem zur Überprüfung des Programms im Rahmen einer Kontrollgruppenstudie auf seine Wirksamkeit hin untersucht.

2.2.8 „Alkoholprävention vor Ort“ – Dritter Wettbewerb zur kommunalen Suchtprävention: Evaluation und Zukunft der Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung lobte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2001 einen ersten Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ aus. Diesem Wettbewerb folgten im Zwei-Jahres-Abstand die Wettbewerbe „Tabakprävention vor Ort“ und „Alkoholprävention vor Ort“. Übergeordnete Ziele des Bundeswettbewerbes waren, die Kommunen in ihrem Engagement für die Aufgaben der Suchtprävention zu bestärken, gute Beispiele der kommunalen Suchtprävention einer breiten Fachöffentlichkeit für den interkommunalen Erfahrungsaustausch sichtbar zu machen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kommunalen Suchtprävention ein deutliches Zeichen der Anerkennung und Ermutigung für ihre Arbeit zu geben. Das Institut für Urbanistik, Berlin, evaluierte im Jahr 2007 diese drei kommunalen Wettbewerbe und kam zu einem positiven Ergebnis seitens der Beteiligten auf allen Ebenen. Auf der Grundlage dieses Evaluationsberichts wird der kommunale Wettbewerb 2009 fortgesetzt werden.

2.2.9 Beispielgebende Projekte aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Projekt „Bunte Armbändchen“ zur Alterskontrolle bei Jugendlichen der AOK Baden-Württemberg:

Bei der Drogenberatungsstelle des Landratsamtes Mosbach (Neckar-Odenwald-Kreis) können Kommunen bei Festlichkeiten für ein junges Publikum verschiedenfarbige Armbändchen mit AOK-Logo anfordern.

Je nach Alter erhalten die Besucher eine bestimmte Farbe:

bis 16 Jahre	rot	kein Alkohol,
bis 18 Jahre	gelb	keine harten Getränke,
ab 18 Jahre	grün	keine Verkaufseinschränkung. ▶

► Dadurch soll erreicht werden, dass die Regelungen des Jugendschutzgesetzes eingehalten werden und kein Alkohol an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren abgegeben wird.

Projekt der Betriebskrankenkasse (BKK) zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei Wohnungslosen:

Das Projekt des Katholischen Männerfürsorgevereins München e. V., der „GK Quest Akademie“ und der BKK richtet sich an die Zielgruppe der Wohnungslosen, die sich durch einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum auszeichnet. Abstinenzorientierte Beratungsangebote werden von der Zielgruppe nicht angenommen. Ein zieloffenes Beratungsangebot soll einen ersten Schritt zur Reflexion des Konsums und zur Trinkmengenbegrenzung unterstützen und das Erkrankungs- und Verletzungsrisiko – z. B. durch Stürze – senken.

Im Projekt wurden alle pädagogischen und nichtpädagogischen Mitarbeiter der Einrichtungen eingebunden. Durch einen motivierenden und das Selbstbestimmungspotential der Bewohner nutzenden systematischen Beratungsansatz konnte der individuelle Alkoholkonsum und -missbrauch thematisiert werden. Ausgangspunkt war das Konzept „Kontrolliertes Trinken“ – zur Prävention riskanten Alkoholkonsums. Die Erfahrungen des Projektes wurden bei einer Fachtagung diskutiert und in einer Fachpublikation („Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen“) aufbereitet. Sie belegen, dass das Ziel überraschend gut erreicht wurde und sich die Kommunikation zwischen Bewohnern und Mitarbeitern in den Einrichtungen positiv entwickeln konnte. Das Projekt zeigt neue Wege in der Arbeit mit Wohnungslosen auf.

Förderung von zieloffener Suchtberatung für Menschen mit riskantem Alkoholkonsum durch die BKK:

Traditionelle Angebote zur Suchtberatung werden von Menschen mit riskantem Alkoholkonsum nicht akzeptiert und daher auch nicht wahrgenommen. Zum einen aufgrund der Selbstwahrnehmung als „nicht suchtkrank“, zum anderen weil das tatsächliche oder vermutete Abstinenzgebot der Suchtberatung für Ratsuchende im ersten Schritt oft unvorstellbar oder auch nicht unbedingt erforderlich ist. Der BKK Bundesverband fördert über seine Kassen und die EASY-Kursdatenbank, insbesondere aber auch über die Öffentlichkeitsarbeit den Ansatz zur zieloffenen Suchtberatung. Dieser geht von der bestehenden Motivation der Ratsuchenden aus, unterstützt sie bei der realistischen Festsetzung von Zielen,

beim Reflektieren des Prozesses und der kritischen Eigenprüfung der Zielerreichung.

Damit leistet der BKK Bundesverband einen Beitrag zum Paradigmenwechsel in der Beratungsarbeit, zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Problematik des riskanten Konsums und Grauzonen zur Suchtentwicklung sowie zur Förderung eines zielgruppengerechten Angebots durch Sucht- und Alkoholberatungsstellen.

Beispiel-Projekt „Aktion Glasklar“ der DAK:

„Aktion Glasklar“ ist eine bundesweite Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) initiiert worden ist. Kooperationspartner sind das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Bei Kindern unter 16 Jahren verfolgt die Kampagne das Ziel der vollständigen Abstinenz, bei älteren Jugendlichen das Ziel des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol sowie der Punktnüchternheit.

Für jüngere und ältere Jugendliche wurden jeweils altersgerechte Printmaterialien entwickelt. Ferner umfassen die Materialien eine Informationsbroschüre für Eltern, ausgearbeitete Vorschläge für den Unterricht, die Jugendarbeit und die Arztpraxis, eine umfangreiche CD-ROM und eine interaktive Webseite (www.aktionglasklar.de). Als Anreiz für die Auseinandersetzung mit der Thematik Alkohol wird ein Quiz angeboten. Alle diejenigen, die das richtige Lösungswort des Quiz gefunden haben, können an einer Verlosung von Geldpreisen teilnehmen, die zweimal jährlich erfolgt.

Im Jahr 2007 wurden Materialien für knapp 50.000 Jugendliche bestellt. Eine wissenschaftliche Studie mit 1.686 Jugendlichen zeigte positive Effekte des Programms ein Jahr nach der Eingangsuntersuchung.

Alkoholpräventionskampagne „Voll ist out“

Eine von der Westfälischen-Wilhelms-Universität durchgeführte Längsschnittbefragung von 1999 bis 2003 von Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 7, 9 und 11 aus Münster sowie die im Karneval 2004 in Münster veröffentlichten Zahlen der Sanitäts- und Rettungsdienste haben ergeben, dass auch in Münster immer mehr Jugendliche besorgniserregende Konsummuster wie das „Binge Drinking“ aufweisen. Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der

Stadt Münster hat aus diesem Grund Ende 2004 eine eigene breit angelegte Alkoholpräventionskampagne gestartet, die zum Teil von der Vereinigten IKK finanziert wird.

Gewerbetreibende werden vor Ort von „Voll-ist-out-Teams“ über das Jugendschutzgesetz informiert und für die Problematik sensibilisiert. Ergänzend zu den Aktionen von Polizei und Ordnungsamt soll so eine bessere Einhaltung des Jugendschutzgesetzes erreicht werden. Eltern werden auf Elternabenden in der Schule und über die Jugendhilfe informiert, z. B. mit Hilfe eines Faltblattes mit konkreten Tipps für den Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder. Eltern sollen in ihrer Aufgabe unterstützt werden, ihren Kindern altersgerecht und lebensnah den maßvollen Umgang mit der Kulturdroge Alkohol zu vermitteln und den Einstieg in den Konsum zu verzögern.

Suchtberatungsstellen, Polizei, Ordnungsamt und Jugendschutz stehen als kompetente Ansprechpartner rund um das Thema „Jugendliche und Alkohol“ zur Verfügung. Um junge Menschen in Münster für ihr Trinkverhalten zu sensibilisieren und ihnen Alternativen aufzuzeigen, werden jugendgerecht gestaltete Informationsmaterialien an Szenetreffpunkten von „Voll-ist-out-Teams“ und über Schule und Jugendarbeit verteilt. Wettbewerbe, Internetauftritt und thematische Angebote und Aktionen in Schule und Jugendarbeit sensibilisieren für die Thematik auf breiter Basis. Begleitet wird die Kampagne durch Plakatierung in und auf Bussen, Anzeigen in Szenezeitschriften, intensive Medienarbeit sowie mit einer Internetseite www.vollistout.de.

Um eine hohe Nachhaltigkeit zu gewährleisten, wird die Kampagne ständig weiterentwickelt. Jährlicher Schwerpunkt ist die Zeit des Karnevals.

2.3 Beratung und Behandlung



Vorgestellt:
Wolfgang Scheiblich,
Leiter des Fachbereichs Drogen-
und AIDS-Hilfe des Sozialen
Dienstes katholischer Männer
e.V. (SKM)

„Sucht ist eine seelische Erkrankung, eine seelische Erkrankung entsteht nicht in einem Menschen, sondern zwischen den Menschen.“ (Ludwig Binswanger)

Die unterschiedlichen Lebenserfahrungen der Menschen, die dazu geführt haben, dass sie abhängig geworden sind und schon in jungen Jahren an den Rand ihrer Existenz geraten sind, faszinieren Wolfgang Scheiblich bis heute: „Die Arbeit mit Suchtkranken ist so vielschichtig, sie ist mir nie langweilig geworden.“ 1972 machte er während seines Theologiestudiums ein studienbegleitendes Praktikum in einer Drogenberatungsstelle. „Die persönlichen Schicksale der drogenabhängigen Menschen, das war eine neue Welt für mich, die mich sehr bewegt hat. Und es war zugleich ein absolutes Schlüsselerlebnis für mich“ berichtet Scheiblich. „Für diese Menschen wollte ich mich einsetzen und habe deshalb noch ein Studium der Sozialarbeit absolviert.“

Heute ist Wolfgang Scheiblich Leiter des Fachbereichs Drogen- und AIDS-Hilfe des Sozialdienstes Katholischer Männer e.V. (SKM) in Köln. 1902 gegründet, bietet der SKM seit über 100 Jahren Suchtkranken gut vernetzte stationäre und ambulante Hilfen an. In dem erfolgreich aufgebauten Fachbereich arbeiten mittlerweile 97 engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Besonders wichtig ist es Scheiblich als Leiter, dass er seinen Mitarbeitern durch die Sicherung der Dienste des SKM den Rücken frei hält, damit sie sich bei ihrer Arbeit sicher fühlen können. „Nur solche Mitarbeiter können den Klienten Sicherheit und Hoffnung für die Zukunft vermitteln, die sich selber auch sicher fühlen und nicht ständig Sorge um ihre berufliche Zukunft haben müssen. Deshalb bekommen bei uns auch alle Mitarbeiter einen unbefristeten Vertrag, wenn sie nicht andere Kollegen wegen Krankheit oder Elternzeit nur zeitweise vertreten müssen“, betont Scheiblich.

„Dass niemand süchtig geboren wird, sondern dass Erfahrungen mit anderen Menschen einen dazu bringen können, ►

► süchtig zu werden“, lässt für Wolfgang Scheiblich nur einen Schluss zu: Heilung kann nur durch Menschen erfolgen. Durch freundliche Zuwendung können die Suchtkranken wieder Vertrauen in andere Menschen gewinnen und ihre negativen Erfahrungen korrigieren. Deshalb lautet auch die zentrale Leitlinie des Kölner SKM, der sich alle Mitarbeitenden verpflichtet fühlen: „Der Mensch am Rande ist unsere Mitte.“

Wolfgang Scheiblich wünscht sich, „dass die Suchtkranken nicht mehr als Randgruppe gesehen werden. Das Ziel muss die Integration der ehemals Abhängigen sein. Unsere Klienten müssen sich im alltäglichen Leben zurechtfinden und wieder in das gesellschaftliche Leben aufgenommen werden.“

Für Wolfgang Scheiblich ist es nur konsequent, wenn den Klienten neben dem Therapieangebot ein breites Spektrum an lebenspraktischen Hilfen angeboten wird. Der SKM unterstützt sie zum Beispiel gegenüber den Jobcentern und ARGE n bei der Beantragung und Durchsetzung von Integrationsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt. Sie erhalten aber auch Hilfe beim Schuldenabbau durch die dem SKM angegliederte Schuldnerberatung.

Auch privat widmet sich Wolfgang Scheiblich mit großem Engagement dem Thema Sucht. Er bildet zukünftige Suchttherapeuten am Fritz Perls Institut und an der Katholischen Fachhochschule Köln aus und gibt ihnen sein Wissen und seine Erfahrung weiter.

■ www.skm-koeln.de

2.3.1 Alkohol in der Schwangerschaft – das Fetale Alkoholsyndrom (FASD)

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für kindliche Fehlbildungen, die nicht genetischer Ursache sind. Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Zellgift. Er hemmt das Zellwachstum und wirkt missbildend. Vor allem aber schädigt Alkohol die Nervenzellen und das Gehirn.

Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft. Am schwerwiegendsten ist das fetale Alkoholsyndrom (FASD). Nach vorsichtigen Schätzungen sind ca. 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. FASD tritt damit doppelt so häufig

auf, wie das Down-Syndrom. Das Krankheitsbild des fetalen Alkoholsyndroms äußert sich in Wachstumsstörungen, körperlichen Deformierungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen. Der Intelligenzquotient liegt im Schnitt bei 75 (Normwert: 100). Noch gravierender sind jedoch die emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, wie z. B. Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule.

Beratungsstelle Sonnenhof e. V. in Berlin

Im März 2007 hat die Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder in Berlin-Spandau ihre Arbeit aufgenommen. Unter dem Begriff FASD wird ein Spektrum von Störungen zusammengefasst, die durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft entstehen. Das Angebot richtet sich an Kinder, bei denen ein Verdacht auf eine vorgeburtliche Alkoholschädigung besteht, sowie an ihre (Pflege-)Eltern bzw. Betreuungspersonen.

Die Psychologinnen der Beratungsstelle klären zunächst die Vorgeschichte ab und analysieren die individuelle Problematik. Wenn ein begründeter Verdacht auf FASD vorliegt, wird eine Diagnostik nach internationalen Standards (Four-Digit Diagnostic Code nach Astley, University of Washington 2004) eingeleitet. Die medizinische Diagnostik wird von einem ausgewiesenen FASD-Experten durchgeführt. Parallel dazu werden im Rahmen der psychologischen Diagnostik verschiedene Testverfahren angewendet, um Hinweise auf Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems zu erhalten. Bestätigt sich der Verdacht auf FASD anhand der Diagnostik, werden die (Pflege-)Eltern in der abschließenden Beratung dabei unterstützt, Fragen der Therapie, Förderung, schulischen Förderung und Unterbringung entsprechend der individuellen Problemlage des Kindes bestmöglich zu lösen. Kontakt:

Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder (FASD)

Neuendorfer Str. 60, 13585 Berlin

Tel. 030-33 50 52 73, Fax 030-33 50 55 62

E-mail: fasd-beratung@hotmail.de

■ www.fasd-beratung.de

FASD-Ambulanz Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Münster

FASD-Kinder haben oft eine lange Odyssee mit einer Vielzahl von Untersuchungen und Therapieversuchen hinter sich. Sie

bekamen unterschiedliche Diagnosen, z. B. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, bis endlich die Alkoholschädigung erkannt wurde. Kompetente Hilfe für betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ihre Familien bietet die FASD-Ambulanz der Kinderklinik des Universitätsklinikums Münster. Hier gibt es seit vielen Jahren ein Diagnostik- und Beratungsangebot, das jüngst zur Ambulanz erweitert wurde und von (Pflege-)Eltern und auch von jungen Erwachsenen mit FASD besucht wird. Es entstand ein Wohnkonzept für besonders gefährdete junge Erwachsene mit FASD. Die diagnostische und beratende Arbeit in Münster war Vorbild für die vor kurzem eröffnete niederländische FASD-Beratungsstelle. Seit 2007 wird die FASD-Ambulanz ergänzt durch ein Diagnostik- und Beratungsangebot für Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft opiatabhängig waren.

In der Ambulanz geht es – neben der umfassenden Diagnosestellung – in den Gesprächen auch darum, eine gute Lebensperspektive für die Kinder mit FASD – aber auch ihre Familien – zu finden. Zur Diagnostik gehört regelmäßig auch eine testpsychologische Untersuchung. Fragen der Lebensperspektive oder auch ganz konkret der Alltagsbewältigung betreffen unter anderem auch sozialrechtliche Fragestellungen.

Kontakt:

Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin
FAS-Ambulanz – Sozialpädiatrisches Zentrum –
Albert-Schweitzer-Str. 33, 48129 Münster
Tel. 02 51-83-485 18, Fax 02 51-83-495 94
E-Mail: spz@mednet.uni-muenster.de oder
feldrei@uni-muenster.de

Beispiel-Projekte „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ und „Leben mit dem fetalen Alkoholsyndrom“ der BKK:

Das Selbsthilfeprojekt der BKK zusammen mit dem Deutschen Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e.V. zum Thema „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ diente dazu, durch die Entwicklung von unterschiedlichen Medien zum Thema sowie auch im Rahmen von Veranstaltungen über die Problematik zu informieren und aufzuklären.

Mit dieser Broschüre werden Multiplikatoren in unterschiedlichen Settings wie z. B. Suchtselbsthilfe, Schule, Klinik, Arztpraxis und Sozialamt angesprochen. Die der Broschüre beigegebenen Materialien dienen dazu, dass die Multiplikatoren

- Informationen zum Thema erhalten;
- eigenständig Informationsveranstaltungen zum Thema durchführen;
- Vorträge zum Thema halten;
- in der Presse informieren;
- Verständnis für Mütter mit alkoholgeschädigten Kindern entwickeln.

Das bereits durchgeführte Selbsthilfeprojekt „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ ist auf große positive Resonanz gestoßen. Dies belegen zum einen die eingegangenen Dankschreiben, aber auch die große Nachfrage nach der Broschüre „Kind trinkt mit“ von den Guttemplern.

Durch dieses Projekt hat sich eine Vielzahl betroffener Eltern und Kinder bei den Guttemplern in Deutschland gemeldet und nach möglichen Unterstützungsmöglichkeiten gefragt. Dieser Nachfrage soll mit dem neuen Projekt „Leben mit dem fetalen Alkoholsyndrom“ begegnet werden. Zielgruppe des Projektes sind diejenigen, die mit Kindern, die vom fetalen Alkoholsyndrom betroffen sind, zusammenleben bzw. -arbeiten (Eltern, Lehrer, Therapeuten etc.).

Im Mittelpunkt des neuen Projektes sollen Aufklärung der Öffentlichkeit über das fetale Alkoholsyndrom (FASD) und über die Folgen, der durch Alkohol in der Schwangerschaft verursachten Behinderung, stehen. Dadurch soll die Prävention verbessert und eine Sensibilisierung der Bevölkerung für die Belange der FASD-Betroffenen erreicht werden.

Umgesetzt werden soll dies durch die Entwicklung von adäquatem Informationsmaterial, welches Hilfen im Umgang mit Betroffenen vorstellt, sich aber auch an betroffene Frauen und Eltern geschädigter Kinder richtet, um diese über die vorhandenen Hilfsangebote in der Sucht-Selbsthilfe aufzuklären. Das Material soll eine thematische Fortsetzung der Broschüre „Kind trinkt mit“ darstellen und wird Ende 2008 bereit gestellt bzw. veröffentlicht.

2.3.2 Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit

In der Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats wurden 2007 und 2008 die Schnittstellen im Bereich der Frühintervention bei Alkoholmissbrauch und -abhängig-

keit intensiv diskutiert. Die Arbeitsgruppe spricht sich dafür aus, wirksame Interventionen zum frühzeitigen Erkennen und zur Verhinderung von Suchterkrankungen zu fördern. Neben dem Erhalt eines flächendeckenden Netzes an Beratungsstellen und einer umfassenden Qualifizierung von Ärzten und medizinischen und therapeutischen Mitarbeitern sind weitere Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit in niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern umzusetzen. In der Arbeitsgruppe haben sich die Vertreter der Krankenkassen bereit erklärt, sich der Thematik aktiv anzunehmen, ein gemeinsames Vorgehen zu vereinbaren, wie solche Verfahren der Früherkennung und -intervention flächendeckend umgesetzt werden können, und dafür Sorge zu tragen, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss mit diesen Vorschlägen beschäftigt.

2.4 Regulierung und Angebotsreduzierung

2.4.1 Alkoholverbot für Fahranfängerinnen und Fahranfänger

Am 1. August 2007 ist das Gesetz zur Einführung eines Alkoholverbots für alle Fahranfängerinnen und Fahranfänger, die unter 21 Jahre alt sind oder sich noch in der Probezeit befinden, in Kraft getreten. Für jeden vierten Autounfall unter Alkoholeinfluss sind junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren verantwortlich. Bei Fahranfängerinnen und Fahranfängern treffen Unerfahrenheit im Straßenverkehr und die Wirkung von Alkohol als Unfallrisiken zusammen. Seit der Einführung der 0,5-Promille-Grenze ist es zu einem spürbaren Rückgang von Unfällen unter Alkoholeinfluss gekommen, der sich als positiver Trend fortsetzt. Im Jahr 2006 ist die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss (mit Personenschaden und schwerwiegende Unfälle mit Sachschaden) im Straßenverkehr deutlich zurückgegangen, im Vergleich zum Vorjahr um rund 4,4 %. Dennoch sterben immer noch zu viele Menschen an den Folgen alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr. Allein 2006 forderte Alkohol am Steuer 599 Verkehrstote und war damit die Ursache für rund jeden achten Verkehrstoten in Deutschland. Durch den hohen Anteil von Fahranfängerinnen und Fahranfängern an Unfällen unter Alkohol-

einfluss kommt dem Alkoholverbot für diese Zielgruppe eine hohe Bedeutung zu. Die Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit durch Alkohol oder Drogen ist nicht ausschließlich ein nationales Problem. Eine enge europäische Zusammenarbeit wird derzeit auf verschiedenen Ebenen (z.B. Verwaltung, Wissenschaft, Polizei) intensiv vorangetrieben.

(mehr zu Drogen im Straßenverkehr siehe C 5.2 und B 1.5)

2.4.2 Projekt „ELSA“ – Fazit des Berichts über Alkoholwerbung

Das Projekt ELSA (Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol) wurde in den Jahren 2004 bis 2006 unter Beteiligung von 24 EU-Staaten durchgeführt. Ziele des Projektes waren:

- Beweise für den Einfluss von Alkoholmarketing auf den Alkoholgebrauch zu sammeln;
- einen Leitfaden für die Beobachtung der Regeln und Gesetze bezüglich Alkohol und für die Dokumentation jugendorientierter Werbung zu entwickeln;
- die vorhandenen Gesetze, Strukturen, Regulierungen und Selbstregulierungen in den einzelnen Ländern zusammenzutragen;
- über die Einhaltung dieser zu berichten und
- jugendorientierte Werbung zu beschreiben.

Die Teilnehmer des ELSA-Projektes evaluierten jugendorientierte Werbung aus ihren jeweiligen Ländern. Zwischen den einzelnen europäischen Ländern existieren große Unterschiede in der Regulierung von Alkoholwerbung. Manche Länder, wie beispielsweise Schweden oder Frankreich, verfügen über eine stärkere Regulierung der Alkoholwerbung als der europäische Durchschnitt.

In der ELSA-Studie wurde festgestellt, dass viele Alkoholhersteller Merkmale der Jugendkultur verwenden,

um ihre Produkte zu vermarkten. Beispiele hierfür sind jugendliche Musik, Urlaubsstimmung, modische Kleidung und ein fröhliches, erfolgreiches Umfeld. Auch wird gerne mit sportlichem, sozialem oder sexuellem Erfolg geworben, sofern dies in den jeweiligen Ländern erlaubt ist. Werbung, die solche jugendlichen Images verwendet, erzielt bei Jugendlichen eine höhere Akzeptanz. Den größten Zuspruch bei Jugendlichen findet Werbung, die humoristische Elemente verwendet.

Laut ELSA zeigen sieben wissenschaftliche Langzeitstudien aus den USA und Belgien, dass das Ausmaß, in welchem Jugendliche Werbung und Medien ausgesetzt sind, ihren Alkoholkonsum beeinflusst: je mehr Alkoholwerbung sie sehen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit dem Konsum von Alkohol früher beginnen, desto höher ist die Menge, die sie trinken und auch die Menge, die sie bei einer Gelegenheit trinken. Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass diese Jugendlichen später ein riskantes Konsummuster entwickeln.

Ein weiteres Ergebnis der ELSA-Studie ist, dass keine wissenschaftlichen Belege für die Effektivität von Selbstregulierungsformen der kommerziellen Werbung existieren. Eine Auswirkung auf die Regulierung der Inhalte als auch auf die Reduzierung des Umfangs von Werbung konnte nicht bewiesen werden. Es gibt jedoch sehr wohl dokumentierte Erfahrungen, die zeigen, dass Selbstregulierung diejenige Werbung nicht verhindert, welche Einfluss auf junge Menschen ausübt.

Das ELSA-Projekt ist die bislang umfangreichste Analyse über den Einfluss von Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche in Europa und hat dadurch einen wichtigen Beitrag für die Alkoholpolitik in Europa geleistet.

2.5 Forschung: Projekte der vier deutschen Forschungsverbände zur Suchtforschung

In den Forschungsverbänden zur Suchtforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) kooperieren Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen (u. a. Psychiater, Psychologen, Sozialmediziner und Naturwissenschaftler), die in einem regionalen Umfeld gemeinsam mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Drogenberatungs- und

anderen Einrichtungen der Suchthilfe anwendungsorientierte Forschungsprojekte durchführen. Schwerpunkte des Arbeitsprogramms sind zum einen die verbesserte Information der Abhängigen und deren Angehörigen und zum anderen eine suchtspezifische Aus- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten zum Arbeitsprogramm der Verbände.

(mehr zu den Forschungsverbänden finden Sie unter C 1.5.2.)

Forschungsverbund Baden-Württemberg

Für den Bereich der Prävention alkoholbezogener Störungen ist ein Projekt besonders relevant, das auf die Schlüsselstellung niedergelassener Hausärzte und Internisten bei der Entdeckung und frühzeitigen Behandlung gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsums setzt (Prof. Härter, Dr. Berner, Freiburg). Das bereits in der ersten Förderperiode erarbeitete Qualitätsmanagementsystem, bestehend aus einer Versorgungsleitlinie, Screeninginstrumenten und Dokumentationsmaterialien, wurde zwischenzeitlich überarbeitet und unter Berücksichtigung von Qualitätsmerkmalen für Lernsoftware in eine elektronische Form (www.alkohol-leitlinie.de) überführt. Diese Internetplattform bietet sowohl für Betroffene als auch deren Angehörige wie auch Experten umfassende Informationen zu alkoholbezogenen Störungen. Die Evaluation der Fortbildungsmodule im Rahmen einer Pilotstudie zeigen sowohl in formaler (z. B. Benutzerfreundlichkeit) wie inhaltlicher Hinsicht positive Ergebnisse. Die Ergebnisse der sich hieran anschließenden Studie zur Überprüfung unterschiedlicher Transferstrategien in die Routineversorgung werden für 2008 erwartet.

Der Bereich „Therapieforschung“ wird in erster Linie durch das „Project PREDICT“ geprägt. Die Datensammlung konnte inzwischen abgeschlossen werden. Aktuell läuft die Aufarbeitung und Auswertung der Daten. Ergebnisse sollen im Laufe des Jahres 2008 vorgestellt und publiziert werden. Für das Psychotherapieprojekt sind insbesondere die bislang erfolgten Transferleistungen in die Praxis zu erwähnen (Schulung und Supervision niedergelassener Therapeuten).

Innerhalb der präklinischen Studien des Verbunds (Prof. Spanagel, Mannheim, Prof. Schmidt, Tübingen (†)) wird das Glutamatsystem und seine Rolle bei der Entstehung von Verlangen und Rückfällen detailliert untersucht. Bereits vorliegende Ergebnisse aus dem Alkoholbereich deuten auf die wichtige Rolle eines speziellen Rezeptortyps dieses Neurotransmittersystems hin.

■ www.bw-suchtweb.de

Forschungsverbund Bayern/Dresden Entwicklungsbedingungen für Substanzstörungen auf epidemiologischer Basis – Konsequenzen für die Versorgung, gemeindebezogene Bedarfsanalysen und Allokation (EDSP)

In diesem Projekt sind auf der Grundlage einer über zehn Jahre laufenden Verlaufsanalyse an über 3.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (EDSP-Studie) drei entscheidende Erkenntnis-Durchbrüche und neue Perspektiven erarbeitet worden:

Enge Zeitfenster für präventive Frühinterventionen von Substanzstörungen

In diesem Teilprojekt wurden substanzspezifisch für häufige Substanzstörungen wie Cannabis und Alkohol die Hoch-Risikozeiten für den Übergang von Probiervershalten zu problematischem Gebrauch und die Entwicklung von Abhängigkeit durch sorgfältige Verlaufsanalysen identifiziert. Damit konnte die bereits gute Datenlage zur Primärprävention des hochprävalenten Alkoholkonsums (bereits im Alter von 15 weisen 75 % Probierversuch auf) und Cannabis (32 % aller Jugendlichen haben Cannabis mindestens einmalig probiert) substantiell ergänzt werden. Es konnte gezeigt werden, dass der Übergang zu abhängigem Gebrauch zumeist schnell und in einem engen Zeitfenster von wenigen Jahren geschieht. Die Altersstufen 15–18 Jahre sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen je nach Ausmaß vorliegender Anfälligkeits- und Risikofaktoren der Übergang zur Abhängigkeit passiert. Die Daten legen aus einer Public-Health-Perspektive nahe, schnellstmöglich nach dem Erstkonsum beziehungsweise der Entwicklung regelmäßigen Konsums gezielte Frühinterventionen für Betroffene verfügbar zu

machen. Diese versprechen nicht nur die Verhinderung der Progression zur Abhängigkeit, sondern auch die Entwicklung substanzbezogener Komplikationen (Drogenaffinität, psychische Störungen, Psychoserisiko).

■ www.ASAT.EDSP.de

Forschungsverbund Nord-Ost Forschungsverbund Frühintervention bei substanz- bezogenen Gesundheitsstörungen (EARLINT)

Im Forschungsverbund „Research collaboration in early substance use intervention“ (EARLINT) werden Ansätze der Frühintervention bei Tabakrauchen und riskantem Alkoholkonsum entwickelt, die in Prävention und medizinische Versorgung von Krankheiten integrierbar sein sollen. Die Studien lassen Aussagen sowohl über die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen als auch über ihre Einsetzbarkeit im klinischen Alltag zu. Längerfristiges Ziel des Forschungsverbundes ist, zur Entwicklung von Interventionsformen der Prävention verbreiteter Krankheiten beizutragen, die auf Tabakrauchen, riskanten Alkoholkonsum oder Gebrauch psychotroper Medikamente zurückzuführen sind oder damit zusammenhängen.

(mehr dazu finden Sie unter C 1.5.2.)

Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen

In einer Studie „Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen“ (Arbeitsgruppe Prof. Dr. W. Gaebel, Düsseldorf) wurde geprüft, ob eine Kombinationstherapie aus Acamprosat und Verhaltenstherapie den jeweiligen Einzelbehandlungen in der ambulanten abstinenten Therapie Alkoholabhängiger überlegen ist (Acamprosat wird in der (ambulanten) Therapie von Süchtigen eingesetzt, um das Verlangen nach Alkohol zu reduzieren.). Die Phase der 6-Monats-Nachuntersuchungen der 371 Teilnehmer wurde im Jahr 2007 beendet. Im Anschluss an die letzten Katamneseerhebungen erfolgten die Beendigung der Dateneingabe, die Datenvalidierung und der Beginn der Auswertung. Demnach erreichten bei Therapieende die Alkoholabhängigen unter integrativer Verhaltenstherapie Erfolgsraten von 47,6 % bei einer Kombination mit Acampro-

sat bzw. 48,0% bei einer Kombination mit Placebo. Diese Erfolgsraten lagen um etwa 10% höher als bei Patienten, die nur Acamprosat und supportive Visiten-gespräche (Standardbehandlung) erhalten hatten. Die Erfolgsraten unter den Behandlungsbedingungen mit Acamprosat waren in der aufgrund früherer Untersuchungen zu erwartenden Höhe. Bei Vergleich aller drei Therapiebedingungen waren keine statistisch signifikanten Unterschiede der Erfolgsraten feststellbar. Zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Therapieende waren noch über 30% der Studienteilnehmer abstinent oder gebessert. Auch hier ergab sich kein signifikanter Vorteil einer einzelnen Therapiebedingung.

3 Medikamente

3.1 Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

In Deutschland sind schätzungsweise 1,4–1,5 Millionen Menschen medikamentenabhängig, davon 70% Frauen. Anders als Drogen- oder Alkoholsucht verläuft die Abhängigkeit von Medikamenten unauffällig, diskret und kaum wahrnehmbar im Alltag. Sie wird daher auch als „stille Sucht“ bezeichnet. Der Abhängigkeit von Medikamenten liegt ein komplexes – individuelle wie soziale Faktoren umfassendes – Ursachengeflecht zugrunde. Medikamentenabhängigkeit kann nur in einer gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten, sowohl der Ärztinnen und Ärzte als auch der Apothekerinnen und Apotheker und der Patientinnen und Patienten entgegengewirkt werden.

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

Benzodiazepine sind die Medikamentengruppe, deren Konsumenten die größte Zahl der Medikamentenab-

hängigen stellt. Ihre Verordnungshäufigkeit bei gesetzlich Krankenversicherten war in den letzten Jahren rückläufig. Dieses wird jedoch durch die zunehmenden Verordnungen von Zolpidem und Zopiclon (Benzodiazepinrezeptagonisten, Z-Drugs) sowie zunehmenden Privatrezepten weitestgehend kompensiert.

Vor allem Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit einem Missbrauchspotenzial verordnet und gebrauchen diese auch häufiger. Für die besondere Betroffenheit von Frauen kommen unterschiedliche Gründe in Betracht: Frauen leiden häufiger unter den „Grundkrankheiten“ Depression, Angststörung und chronische Schmerzen. Bei bestehenden psychischen Belastungen bevorzugen Frauen Medikamente, Männer hingegen haben eine höhere Neigung zum Alkoholkonsum. Dieser Unterschied lässt sich vor allem durch gesellschaftlich vermittelte Geschlechterrollen erklären. Auch Appetitzügler werden häufiger von Frauen eingenommen. Sie enthalten aufputschende Wirkstoffe (Amphetamine oder deren Derivate), die zu einer Abhängigkeit führen. Hier spielen ebenfalls gesellschaftlich vermittelte Schönheitsideale und Geschlechterrollen eine entscheidende Rolle. Frauen gehen generell häufiger zum Arzt und konsumieren insgesamt mehr Medikamente. Frauen sind häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs, der häufig zur Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen führt.

Die sichere Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit ist im Einzelfall schwierig. Gerade bei älteren Menschen lässt sich die Grenze von risikoreichem Konsum zur nachweisbaren Abhängigkeit unter anderem aufgrund altersbedingter Veränderungen des Stoffwechsels nicht eindeutig festlegen.

Auswertungen von Langzeitverordnungen geben einen Hinweis darauf, dass Verordnungen in dieser Altersgruppe besonders hoch sind. So erhalten bis zu 8% der Frauen über 70 Jahren eine Langzeitmedikation von Benzodiazepinen. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde in der Gruppe der Teilnehmer im Alter von 60–79 Jahren bei 20,1% ein Konsum von psychotropen Medikamenten festgestellt. Um differenziertere Daten zu erhalten, wird derzeit eine Studie am Robert Koch-Institut speziell zum Konsum von psychotropen Medikamenten und Alkohol (Use of Psychotropic Drugs and Alcohol among Non-Institutionalized Elderly Adults in Germany)

durchgeführt. In einer vorläufigen Auswertung wurde deutlich, dass die kombinierte Nutzung von psychotropen Medikamenten und Alkohol eine in Deutschland quantitativ bedeutsame Risikogruppe betrifft.

Aus der Berliner Altersstudie, die selbstständig, aber nicht unbedingt allein lebende Menschen in hohem Alter interdisziplinär und längsschnittlich untersucht, geht nach Angaben des vierten Altenberichts hervor, dass – bezogen auf 70-Jährige und Ältere – 24,6% mit Psychopharmaka behandelt wurden, davon allein 13,2% mit Benzodiazepin-Anxiolytika. 90% nahmen diese als Dauermedikation, d. h. länger als 6 Monate und etwa 50% täglich ein.

Daten aus neueren Untersuchungen (Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten bzw. in Heimen: MUG III 2005 und IV 2006) belegen für eine Teilstichprobe, dass Benzodiazepine von 9,3% der untersuchten über 60-jährigen alleinlebenden Menschen und von 10% der Heimbewohner eingenommen wurden, davon in 90% der Fälle länger als vier Wochen. Im Vergleich zu den Verhältnissen bei der Voruntersuchung 1994/95 (16% der Heimbewohner) ist ein Rückgang festzustellen.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit nennt der vierte Altenbericht neben früherer Suchterfahrung, langer Behandlungsdauer und Dosissteigerung auch psychosoziale Belastungen. Besonders bei älteren Menschen ist an Einsamkeit nach Partnerverlust, Einschränkungen sozialer Beziehungen und Aktivitäten durch Multimorbidität, Belastung durch Pflege des Partners, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen zu denken.

Mit neuen Wohnformen und dem Modellprogramm Mehrgenerationenhäuser fördert die Bundesregierung Strukturen, die Kommunikation und soziale Teilhabe begünstigen und somit Risikofaktoren entgegenwirken. Auch der am 29. November 2007 vorgestellte Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland sieht Maßnahmen und ein Forschungsprojekt vor, mit dem die AMTS in Alten- und Pflegeheimen analysiert, die Entwicklung von Interventionsstrategien abgeleitet und deren Umsetzung in einem Modellprojekt erprobt werden sollen.

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

Die volkswirtschaftlichen Folgekosten der Medikamentenabhängigkeit werden derzeit auf ca. 14 Milliarden Euro geschätzt (Extrapolierung der Bundesärztekammer).

Über den aktuellen Kenntnisstand der Forschung sowie über mögliche Lösungsansätze und Strategien für Wege aus der Sucht diskutierten Betroffene, Wissenschaftler, Ärzte, Apotheker, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen auf der Fachtagung: „Medikamentenabhängigkeit: gemeinsam handeln!“ am 23. April 2007. Dieser Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen stellten sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung unterstützt Bemühungen, neue Wege und Lösungen für die Behandlung und Prävention zu finden. Studien und Projekte können dazu einen Beitrag leisten. Derzeit wird z. B. im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte das Forschungsprojekt „Entwicklung und Durchführung eines Dokumentationssystems zum Medikamentenmissbrauch zur Evaluierung von regulatorischen Maßnahmen“ unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Raschke (Institut für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg) durchgeführt.

Eine sorgfältige Diagnostik und Beratung sind wichtig, um das Problem der Medikamentenabhängigkeit frühzeitig zu erkennen und passend zu reagieren. Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern kommt hier eine besondere Verantwortung zu. Sie kontrollieren den Zugang zu den Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.

Ziel aller Bestrebungen ist es, medikamentenabhängige Menschen frühzeitig zu erreichen und ihnen eine adäquate Hilfe in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der medizinischen Versorgung zu vermitteln.

Deutschland verfügt über ein breites Angebot an Suchthilfeeinrichtungen, das von Ländern und Kommunen

sowie den Sozialversicherungen getragen wird. Dies steht prinzipiell auch allen von Medikamentenabhängigkeit Betroffenen offen. Allerdings sind spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote für Medikamentenabhängige bislang selten. Eine Ursache dafür dürfte darin liegen, dass Medikamentenabhängige dem Suchthilfesystem eher skeptisch gegenüberstehen und deshalb entsprechende Angebote auch weniger nachgefragt werden. Auf der anderen Seite sind die Beratungsstellen oft zu wenig auf die spezifischen Anforderungen der Beratung von Medikamentenabhängigen vorbereitet und entsprechend qualifiziert. Dies kann nur durch Veränderungen vor Ort und eine bessere Kooperation aller Beteiligten verbessert werden.

Von Seiten der Bundesregierung wurden Initiativen zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie insbesondere von Patientinnen und Patienten gestartet. Der Betäubungsmittelsachverständigenausschuss hat sich zum Beispiel im Januar 2008 mit Benzodiazepinen befasst und sich für die Aufnahme von Zulassungsaufgaben ausgesprochen. Diesen Empfehlungen zufolge erhalten Fachkreise und Anwender über Fach- und Gebrauchsinformationen zielgruppenorientierte Informationen sowie einen Hinweis auf das Abhängigkeitspotenzial.

Den Bürgerinnen und Bürgern stehen die wichtigen amtlichen Angaben zu Medikamenten im Arzneimittel-Informationssystem der deutschen Zulassungsbehörden auf dem Portal „PharmNet.Bund.de“ kostenfrei zur Verfügung. Das Angebot, das auch Gebrauchs- (Packungsbeilagen) sowie Fachinformationen und zum Teil öffentliche Beurteilungsberichte mit weiteren Informationen für Zulassungen von Arzneimitteln umfasst, wird kontinuierlich ausgebaut.

Das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet seit Februar 2006 auf seiner neuen Internetplattform unabhängige, evidenzbasierte und geprüfte Informationen an. Die Entwicklung der Plattform erfolgt in enger Abstimmung mit anerkannten Fachleuten, Patientenvertreterinnen und -vertretern und der Patientenbeauftragten der Bundesregierung.



Vorgestellt:
Dr. Ernst Pallenbach,
Fachapotheker für klinische
Pharmazie und nebenberuflich
aktiv im Suchtpräventions-
bereich mit Schwerpunkt
Medikamentenabhängigkeit

„Auch ältere Menschen haben das Recht, nicht zugegriffen durchs Leben zu gehen“, sagt Dr. Ernst Pallenbach, der in seiner Freizeit gern mit dem Fahrrad weite Bergetappen zurücklegt. „Auch sie profitieren von mehr Lebensqualität.“

Neben seiner Arbeit als Krankenhausapotheker in Villingen-Schwenningen beschäftigt sich der Pharmazeut mit der Arzneimittelabhängigkeit. Er veranstaltet Fortbildungen für Ärzte, Apotheker und medizinische Laien und organisiert Präventionsworkshops an Schulen. Und er schreibt Bücher zum Thema.

Sein wichtigstes Projekt derzeit ist der sanfte Entzug von benzodiazepinhaltigen Medikamenten, von denen besonders ältere Menschen abhängig sind.

„Medikamentenabhängigkeit wird zu wenig wahrgenommen und die vorhandenen Hilfen zu wenig genutzt“, sagt Pallenbach. Ihn hat vor allem die Frage beschäftigt, wie man die Betroffenen besser erreichen kann.

„Manche Ärzte geben dem Druck der Patienten nach und verschreiben ihnen die Mittel oft über Jahrzehnte. Gerade bei den Niedrigdosisabhängigen wird das nicht als Problem angesehen. Aber auch die Apotheker sind oftmals zu zurückhaltend, wenn sie einen Missbrauch oder Dauergebrauch bemerken“, so Pallenbach. „Die Gefahren für die Patienten werden oft unterschätzt.“ Denn die Benzodiazepine führen nicht nur zu Gangunsicherheit und dadurch zu Stürzen, sie verringern auch die Leistungsfähigkeit, führen zu Vergesslichkeit, einer veränderten Schlafstruktur und verstärken Schlafapnoe. „Die Auswirkungen des Entzugs werden dagegen gerade bei älteren Patienten oft überschätzt“, meint Pallenbach. „Der Entzug ist zwar vorübergehend unangenehm, aber die Vorteile eines benzodiazepinfreien Lebens überwiegen deutlich. Es ist ein Gewinn an Lebensqualität.“

Das möchte er den betroffenen Patienten vermitteln und sie davon überzeugen, sich für ein Leben ohne Benzodiazepine zu entscheiden. Der erste Schritt hierzu ist ein persönliches Gespräch mit den Betroffenen, um mit ihnen über die ►

► Nebenwirkungen des Medikaments zu sprechen und ihnen die Vorzüge eines Lebens ohne Beruhigungs- oder Schlafmittel nahezubringen. Ein einfühlsames Vorgehen ist dabei notwendig. Reizwörter wie „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ erzeugen schnell eine Abwehrhaltung der Patienten. Bei Patienten, die sich darauf einlassen, leitet Pallenbach in Absprache mit dem Hausarzt nach einer zweiwöchigen Stabilisierungsphase ein langsames Ausschleichen des Medikaments ein, unterstützt durch ein Baldrian-Hopfenpräparat.

„Ich habe sehr positive Erfahrungen mit dieser Methode gemacht und bin auf vielfältige positive Resonanz seitens der Patienten und Ärzte gestoßen. Eine 82-jährige Patientin, die es nach jahrzehntelanger Abhängigkeit geschafft hatte, von den Benzodiazepinen loszukommen, berichtete mir voll Freude, dass sie sich seit Jahren das erste Mal wieder getraut habe, in ein öffentliches Schwimmbad zu gehen“, erinnert sich Ernst Pallenbach. „Solche Erfolge bestärken mich, mein Engagement fortzusetzen.“ Um möglichst viele ältere Menschen zu erreichen, möchte er Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern seine Methode in Schulungen näher bringen und hofft, dass damit sehr viel mehr älteren Menschen geholfen werden kann.

Beispiel: Projekt „Medikamentenabhängigkeit“ der Betriebskrankenkasse (BKK)

Dem Konsum bzw. der Verschreibung von psychoaktiven Medikamenten gehen in der Regel gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen voraus. Die häufigsten Erkrankungen bei Medikamentenabhängigen sind Angst- und Panikerkrankungen (31–43 %), Depressionen (20–33 %) und Schlafstörungen (35 %) sowie polyvalenter Konsum mit Alkohol (16–53 %). Bereits im Projekt „Frauen-Medikamente-Selbsthilfe“ des BKK Bundesverbandes und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wurde deutlich, dass sich nur ein Teil der Menschen mit Medikamentenproblemen von den Angeboten der Sucht-Selbsthilfe angesprochen fühlt. Und auch in den indikationsspezifischen Gruppen wird aus Angst vor Stigmatisierung der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Medikamenten (wie auch von Alkohol) selten offen gelegt. Ziel des Projekts ist die Erprobung neuer Zugangswege zu den Betroffenen. Dazu werden Informationen in Form von Flyern, Broschüren und Schulungen für Endnutzerinnen und Endnutzer und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

bereitgestellt. Ein weiteres Element ist die Förderung von Kooperation und Vernetzung zwischen den an der Thematik beteiligten Arbeitsfeldern. Dies sind im Wesentlichen die Gesundheitsselbsthilfe, Selbsthilfekontaktstellen, Arztpraxen, Apotheken, Krankenkassen und betriebliche Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater. Außerdem werden Unterstützungsangebote für Versicherte mit auffälligen Verordnungsprofilen und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte entwickelt.

3.2 Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat zusammen mit einer Expertengruppe aus ambulant und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, Pharmakologen, Fachleuten des Suchthilfesystems und Vertreterinnen und Vertretern von Patienten-Organisationen einen Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erstellt, der insbesondere niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine Hilfestellung bei der Ansprache, Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit kritischem Medikamentenkonsum geben soll. Der Leitfaden informiert über problematische Arzneimittelgruppen und ihren Entzug, bietet praktische Hilfen zur Kontrolle des Verschreibungsverhaltens und informiert über weiterführende Hilfsangebote.

3.3 Verbesserung der Dopingbekämpfung im Sport

Ein weiteres Problemfeld beim Medikamentenmissbrauch stellt die Verwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport dar. Anders als beim sonstigen Medikamentenmissbrauch gibt es deutliche Hinweise, dass mehr Männer als Frauen zu leistungssteigernden Mitteln greifen. Dies gilt in besonderem Maße im Fitnessbereich zum Muskelaufbau. Doping schadet der Glaubwürdigkeit des Sports, verhindert einen fairen Wettkampf und gefährdet die Gesundheit der Sportlerinnen und Sportler. Wie dringlich der

Kampf gegen Doping ist, haben jüngste Meldungen unterstrichen. Diese lassen erkennen, dass die Verbreitung und Anwendung der Dopingmittel zunehmend in Form von kriminellen teils international agierenden Netzwerken betrieben wird, in deren Umfeld Sportlerinnen und Sportler bewusst und gewollt mitwirken. Gerade Spitzensportler stehen hier in einer besonderen Vorbildfunktion, welche auch Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Verhalten der breiten Bevölkerung hat. 66 % der Erwachsenen in Deutschland treiben nach einer aktuellen Umfrage regelmäßig Sport und rund 27 Millionen Menschen sind derzeit Mitglieder in Sportvereinen. Trotz erheblicher Gesundheitsrisiken werden Dopingmittel zur Leistungssteigerung – vor allem anabol wirkende Substanzen, Erythropoietin (Epo) und Wachstumshormone – auch im Breitensport, insbesondere im Freizeitsport eingesetzt. Einen gesonderten Komplex stellt der Missbrauch anaboler Steroide, vor allem bei jungen Männern, im Fitness- und Bodybuildingbereich dar. Dopingmittel lassen sich zumeist illegal beschaffen, auch finden im Freizeitsport keine Dopingkontrollen statt.

Maßnahmen seitens der Organisationen des Sports allein haben diese Doping-Entwicklung im Sport nicht umkehren können. Deshalb sind 2007 weitere gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, die eine konsequentere und wirksamere Bekämpfung des Dopings im Sport insgesamt zum Ziel haben:

Das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport („Anti-Dopinggesetz“, BGBl I S. 2510, in Kraft seit 1. November 2007), die Verordnung zur Festlegung der nicht geringen Menge von Dopingmitteln (Dopingmittel-Mengen-Verordnung-DmMV) vom 22. November 2007 (BGBl I S. 2607, in Kraft seit 29. November 2007) sowie die zum 1. Juli 2007 für Deutschland in Kraft getretene UNESCO-Konvention vom 19. Oktober 2005 gegen Doping im Sport und das Zusatzprotokoll vom 12. September 2002 zum Europaratsübereinkommen vom 16. November 1989 gegen Doping (ratifiziert durch Deutschland mit Wirkung vom 23. Mai 2007, Inkrafttreten zum 1. Mai 2008) haben für Deutschland einen umfassenden rechtlichen Regelungsbereich der Dopingbekämpfung geschaffen.

Schwerpunkt des Anti-Dopinggesetzes ist die Bekämpfung der kriminellen netzwerkartigen Strukturen, die vielfach internationale Hintergründe mit komplizierten Täter- und Tatzusammenhängen haben, die über die Grenzen der Bundesrepublik hinausweisen. Dazu sind Strafverschärfungen für banden- oder gewerbsmäßige Dopingstraftaten nach dem Arzneimittelgesetz und eine Konzentrierung der Ermittlungsverfahren zur Strafverfolgung des international organisierten illegalen Handels von Arzneimitteln beim Bundeskriminalamt beschlossen worden, außerdem vergleichbare Regelungen über die Gewinnabschöpfung, die schon für andere Straftaten gelten, die einen engen Bezug zur organisierten Kriminalität haben. Neu ist ein Besitzverbot für besonders gefährliche und häufig verwendete Dopingmittel. Neben anabol wirkenden Stoffen, z. B. Testosteron und Clenbuterol, zählen dazu bestimmte Hormone, z. B. Erythropoietin und Wachstumshormone, ferner auch antiöstrogen wirkende Stoffe, z. B. Tamoxifen, die in der Schwarzmarktliteratur insbesondere gegenüber Freizeitsportlern als Mittel zur Vermeidung von Nebenwirkungen bestimmter Dopingmittel beworben werden. Die Regelung hat die Eindämmung der Verbreitung besonders gefährlicher Dopingmittel zum Ziel: Bestraft wird, wer diese Dopingmittel in einer nicht geringen Menge besitzt, weil darin ein Indiz für die Weitergabe der Mittel gesehen wird.

Mit der Verpflichtung zur Aufnahme von Warnhinweisen und Fachinformationen in der Packungsbeilage zu Dopingzwecken geeigneter Arzneimittel sind des Weiteren auch Regelungen aufgenommen worden, die sich auf die Prävention erstrecken. Die Hinweise tragen zur Aufklärung bei und können damit einer missbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken entgegenwirken.

Gleichzeitig verhindern sie, dass sich Sportlerinnen und Sportler auf ihre Unkenntnis berufen können. Damit ist ein weiterer wichtiger Schritt getan, die Bekämpfung des Dopings im Leistungs- und Freizeitsport voranzutreiben.

4 Cannabis

4.1 Situation in Europa

Beim illegalen Drogenkonsum spielt Cannabis auch in Europa die Hauptrolle. Umfragen zufolge hat jeder fünfte europäische Erwachsene Cannabis probiert. 13 Millionen Europäer haben Cannabis im letzten Monat konsumiert. Fast 50.000 Tonnen Cannabis werden jährlich weltweit produziert. Cannabis wird – nicht nur in Europa – in vielfältigen Facetten betrachtet und untersucht: seine Geschichte, die pharmakologischen Aspekte, die gesundheitsschädliche Wirkung, der Handel mit Cannabisprodukten, die Beratung und Behandlung von Cannabisabhängigen und -konsumierenden, der Konsum sowie die politischen Diskussionen um den rechtlichen und sozialen Umgang mit Cannabis.

4.2 Situation in Deutschland

4.2.1 Daten aus bundesweiten Befragungen

Um die Entwicklung des Konsums von Cannabis nachvollziehen zu können, werden regelmäßig repräsentative Umfragen durchgeführt. Dazu zählen die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der bundesweite Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapie- und Suchtforschung München, die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD), die von der WHO unterstützte Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch Instituts. Erfreulicherweise zeigen die Sonderauswertungen der BZgA von 2007, der aktuelle Epidemiologische Suchtsurvey und die ESPAD-Studie von 2007, dass die Lebenszeitprävalenz und die 12-Monatsprävalenzraten im Vergleich zu den Zahlen von 2003 in allen Altersgruppen (zum Teil stark) rückläufig sind.

Lediglich bei den regelmäßigen Cannabiskonsumierenden ist die Tendenz gleichbleibend. Der Epidemiologische Suchtsurvey von 2006 geht davon aus, dass in Deutschland insgesamt etwa 600.000 Personen zwischen 18 und 64 Jahren Cannabis entweder missbrauchen (380.000) oder von Cannabis abhängig sind (220.000). Für den Missbrauch bzw. für die Abhängig-

keit gelten dabei die international gebräuchlichen Definitionen des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Vergleiche der Prävalenzwerte zwischen 1997 und 2006 zeigen, dass der Anteil der Personen mit DSM-IV Missbrauchsdiagnosen gestiegen ist, während der Anteil der Personen mit Abhängigkeitsdiagnosen konstant blieb.

Mit den Angeboten für diese Gruppe beschäftigt sich Abschnitt 4.3.

Detaillierte Angaben zu den genannten Studien enthält der REITOX-Bericht 2007.

■ www.dbdd.de

4.2.2 Daten des Bundeskriminalamtes

Bei den Cannabisprodukten waren im Jahr 2007 sowohl Fallzahl (-10%) als auch die Gesamtsicherstellungsmenge (-13%) rückläufig.

Bei Haschisch sind die Zahl der Sicherstellungen mit 9.762 Fällen (-17%) und vor allem die beschlagnahmte Gesamtmenge mit 3.678 kg (-34%) deutlich gesunken. Die geringere Sicherstellungsmenge im Jahr 2007 ist primär darauf zurückzuführen, dass im Vorjahr allein im Rahmen dreier Sicherstellungen mehr als 2t Haschisch beschlagnahmt worden waren.

Bei Marihuana verlief die Entwicklung der Fälle und Menge uneinheitlich. Der mit 21.831 Fällen im Vergleich zum Jahr 2006 gesunkenen Zahl an Sicherstellungen (-7%) stand mit 3.770 kg eine deutlich höhere beschlagnahmte Gesamtmenge (+28%) gegenüber.

Wie im Vorjahr waren die Niederlande der bedeutendste Herkunfts- bzw. Transitstaat von Cannabisprodukten. Allerdings gelangte Haschisch des Öfteren auch über Spanien und andere westeuropäische Staaten oder über Italien und die südlichen Anrainer nach Deutschland. Insbesondere kleinere Mengen Marihuana wurden in einer großen Anzahl von Fällen neben den Niederlanden auch aus Österreich, der Schweiz oder der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelt.

Dominierende Nationalitäten beim Handel mit Cannabisprodukten waren deutsche, gefolgt von türkischen und italienischen Staatsangehörigen.

In Deutschland hat der Anbau von Cannabis in so genannten Indoor-Plantagen zugenommen. Im Berichtsjahr wurde in Deutschland in umfangreichem Maße Cannabisanbau auf Außenflächen und in Gebäuden betrieben. Es wurden eine Outdoor-Profiplantage, 14 Outdoor-Großplantagen und 68 Outdoor-Kleinplantagen registriert. Ferner wurden 21 Indoor-Profianlagen, 93 Indoor-Großplantagen und 233 Indoor-Kleinplantagen sichergestellt. Die meisten Außenanlagen wurden in Bayern und Rheinland-Pfalz registriert, die meisten Indoor-Plantagen in Nordrhein-Westfalen.

4.3 Beratung und Behandlung von Cannabis-konsumierenden

Zunehmend exzessiver und besonders früher Cannabiskonsum stellt in den letzten Jahren europaweit und auch in Deutschland ein Problem dar. Handlungsbedarf ist vor allem aufgrund der steigenden Zahlen von jugendlichen Cannabiskonsumenten mit behandlungsrelevanten Störungen gegeben. Deshalb wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Projekten auf den Weg gebracht, die sich an Menschen mit problematischem Cannabiskonsum richten. Im März 2007 fand im Rahmen der europäischen Ratspräsidentschaft eine Tagung der Nationalen Knotenpunkte der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle statt (siehe B 1.1.4), bei der Modelle zur Behandlung und Beratung von Cannabis-konsumierenden aus verschiedenen Ländern vorgestellt wurden. Dabei wurde deutlich, dass in Deutschland bereits eine Vielzahl innovativer Ansätze entwickelt und erprobt wird, die bei den europäischen Partnern auf großes Interesse stießen.

Die Konzeptionen der im Folgenden beschriebenen Projekte ergänzen sich wechselseitig. Aufgrund der zunehmenden Problematik und der steigenden Zahl von jungen Cannabiskonsumenten in Beratung und Behandlung ist es erforderlich, verschiedenen Ansätzen nachzugehen, um für unterschiedliche Gruppen in der Gesamtheit der jungen Menschen mit Cannabisstörungen jeweils adäquate Hilfen bereithalten zu können.

4.3.1 Projekt FreD – „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“

FreD im Jahr 2007

Das Projekt „FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ entstand vor dem Hintergrund, dass Ende der 90er Jahre die Zahl der drogenkonsumierenden Jugendlichen anstieg, diese für sich in der Regel keinen Beratungsbedarf empfanden und demzufolge vom Hilfesystem schlecht bis gar nicht erreicht wurden. Es ging der Frage nach, ob bei einer polizeilichen Erst auffälligkeit 14–21-Jährige motiviert werden können, ein Beratungsgespräch mit anschließender Kurzintervention in Anspruch zu nehmen.

Das von Bund und Ländern geförderte Projekt wurde von 2000 bis 2002 an 15 Standorten in acht Bundesländern durchgeführt. Die Intervention besteht aus einem Einzelgespräch und einem Gruppenangebot über acht Stunden (zwei bis vier Termine). In diesem „Drogen-Reflexions-Kurs“ werden interaktive Methoden eingesetzt, um sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen. Lokale Projektträger im „klassischen“ FreD sind in der Regel Drogenberatungsstellen, die Kooperationen mit der Polizei, den Jugendgerichtshilfen und Gerichten eingehen.

Im Auftrag der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, BMG), hat das Institut FOGS 2007 die Ergebnisse einer Nachbefragung zur Verbreitung und Umsetzung von FreD in Deutschland vorgelegt:

Zum Zeitpunkt der Befragung wurde in 140 Einrichtungen in Deutschland ein FreD- oder „FreD-ähnliches Angebot“ angeboten. Weitere 42 Träger gaben an, zukünftig solch ein Projekt implementieren zu wollen. Die Finanzierung erfolgt schwerpunktmäßig über die Regelförderung, nur jedes fünfte Projekt erhält spezielle Projektmittel. In der Regel wird das Projekt von zwei Fachkräften getragen, die insgesamt knapp 23 Stunden im Monat dafür arbeiten. Rund drei Viertel der Projekte haben ihr Angebot als FreD-Kurs entwickelt, entweder unmittelbar wie im Manual vorgeschlagen oder mit Modifikationen, wie z.B. dem Einbezug von Auffälligkeit mit legalen Drogen und/oder in anderen

Settings wie Schule oder Jugendhilfe. Fast drei Viertel der Jugendlichen gelangen über den Weg der justiziellen Auffälligkeit in einen FreD-Kurs. Die allermeisten Jugendlichen beendeten das Kursangebot regulär, jeder zehnte Teilnehmende wurde in weiterführende Maßnahmen vermittelt. 89,7 % der Teilnehmenden waren mit dem Angebot zufrieden, 75,5 % bewerteten den Kurs als persönlich bedeutsam, 69,4 % sind nicht mehr polizeilich auffällig geworden. Zum Konsumverhalten gaben 50 % der Befragten an, keine illegalen Drogen mehr genommen zu haben, 44,3 % den Konsum von Alkohol und /oder Tabak und 32,7 % den Konsum illegaler Drogen reduziert zu haben.

Bezugsquelle des Abschlussberichtes:

■ www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FRED-Nachbefragung_lang.pdf

FreD als europäisches Projekt – FreD goes net

Während der Transferphase des Bundesmodellprojektes FreD in den Jahren 2003/04 haben sich mehrere europäische Länder an die LWL-Koordinationsstelle Sucht gewandt mit dem Interesse, FreD auch in ihrem Land zu implementieren.

Die Idee, „FreD goes net“ als europaweites Projekt zu beantragen, ist aus diesem Interesse entstanden, verbunden mit dem Wunsch, FreD im Hinblick auf zusätzliche Zugangswege, wie z. B. der Auffälligkeit in der Schule oder am Arbeitsplatz, weiterzuentwickeln und zu erproben. „FreD goes net“ wird von der Europäischen Union im Rahmen des Programms Öffentliche Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Wissenschaftlich begleitet wird „FreD goes net“ vom Institut FOGS. Als Partner am Projekt nehmen Institutionen aus 17 europäischen Ländern teil. Aus finanziellen Notwendigkeiten wird zwischen „Pilot-“ und „assozierten Partnerländern“ unterschieden, die in unterschiedlichem Umfang das Projekt umsetzen. Pilotländer sind Belgien, Deutschland, Irland, Island, Lettland, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Slowenien und (als Gast-Pilotland) Zypern. Assoziierte Länder sind Dänemark, Großbritannien, Litauen, Luxemburg, die Niederlande und die Slowakei.

Nach der Auftaktveranstaltung in Warschau im November 2007 wurde als erster Schritt in allen Ländern eine Recherche durchgeführt. Neben der Erhebung der Ausgangssituation in jedem Land geht es um die Beantwortung der Frage, welcher der geeignete Zugangsweg ist, um konsumierende Jugendliche mit einer Frühintervention zu erreichen.

Diese Ergebnisse fließen in das europäische Handbuch zum „FreD goes net“-Projekt ein. In einem nächsten Schritt werden die Fachkräfte der elf Pilot-Partner zur Durchführung der FreD-Kurse ausgebildet. Die Kurse mit den Jugendlichen finden zwischen Dezember 2008 und Dezember 2009 statt. Im letzten Drittel des Projektes gibt es ein Treffen mit allen Partnerländern, das der weiteren Anpassung des „FreD goes net“-Handbuches dient. In zwei Transferveranstaltungen werden sowohl Fachkräfte assoziierter als auch bisher noch nicht involvierter Länder geschult. Diese Trainings sowie die europaweit ausgeschriebene Abschlusskonferenz sichern die Verbreitung und nachhaltige Implementierung des FreD-Ansatzes in Europa.

■ www.fred-goes-net.org

4.3.2 Fünf-Länder-Projekt INCANT

INCANT ist ein Therapieprogramm, das die Angehörigen von jungen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum in die Behandlung einbezieht.

Gegenstand des Projekts ist die Behandlung von 15–20-jährigen Cannabisabhängigen auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsmethode Multidimensional Family Therapy (MDFT). MDFT ist eine bewährte familienbasierte Behandlung, die vor 17 Jahren in den USA für Jugendliche mit Drogen- und Verhaltensproblemen entwickelt wurde. Verschiedene randomisierte Wirksamkeitsstudien haben gezeigt, dass die Haltequote der MDFT-Intervention hoch ist und zu einer signifikanten Verringerung des Drogenmissbrauchs und des Problemverhaltens der Jugendlichen sowie zu einer Verbesserung der familiären Beziehungen führt.

Auch in Europa hat eine Pilotstudie gezeigt, dass MDFT in den teilnehmenden europäischen Ländern ein effektives Behandlungsprogramm ist, das dem therapeutischen Umgang mit der zunehmenden Problematik

der cannabisbezogenen Störungen von Jugendlichen neue Impulse geben kann. Die Therapieform des integrativen systemischen Familientherapieansatzes, der in verschiedenen Entwicklungsbereichen und Kontexten der Betroffenen Veränderungen anstrebt, ist neu. Der Zulauf in Deutschland ist gut. Ergebnisse können allerdings noch nicht vorliegen, da es sich um eine randomisierte Studie handelt.

■ www.incant.de

4.3.3 Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“

„Quit the Shit“ ist der Titel des Internetangebotes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das sich an alle Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis richtet, die ihren Konsum beenden oder reduzieren wollen. Kernstück ist ein internetbasiertes Tagebuch und die Möglichkeit der Beratung über das Internet mit dem übergeordneten Ziel, innerhalb eines Zeitfensters von 50 Tagen den individuellen Konsum von Cannabis deutlich zu reduzieren. Dieser erfolgreiche Ansatz wurde im Rahmen eines Modellprojekts erfolgreich in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert. Die Akzeptanz liegt auf einem hohen Niveau und die Evaluation der Wirkung weist eine signifikante Konsumreduktion bei den Klientinnen und Klienten auf. Dieser Erfolg ist zum einen sicherlich der hohen fachlichen Beratungsqualität und dem Erfahrungshintergrund der Kolleginnen und Kollegen aus den Transferberatungsstellen zuzuschreiben. Zum anderen dürften Maßnahmen der Qualitätssicherung ebenfalls maßgeblich zu der erfolgreichen Umsetzung des Transfers beigetragen haben.

■ www.drugcom.de/bot_quittheshit_quittheshit_idx-1.html

4.3.4 Deutsch-schweizerisches Projekt „Realize it!“

„Realize it“ ist eine Kurzintervention bei Cannabismissbrauch mit dem Ziel der Konsumreduzierung bzw. -beendigung. Das Projekt wurde vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit, vom deutschen Bundes-

ministerium für Gesundheit, von den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Aargau sowie vom Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (blv) von 2004 bis 2007 gefördert.

Die Zielgruppe von „Realize it“ sind Cannabiskonsumern im Alter zwischen 15 und 30 Jahren. Das Programm beinhaltet fünf Einzelberatungen und eine Gruppensitzung, die innerhalb eines Zeitrahmens von zehn Wochen absolviert werden. Aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung geht hervor, dass diese Kurzintervention wirksam ist, wie z. B. der Konsumrückgang bei gleichzeitiger Verbesserung auf der Symptomebene zeigt.

Allerdings hat sich herausgestellt, dass das Projekt eher für (junge) Erwachsene als für Jugendliche geeignet ist. Deshalb wird in Deutschland neben der Transferphase von „Realize it“, die zur Zeit anläuft, auch an einer Weiterentwicklung des Ansatzes gearbeitet, mit dem vor allem Jugendliche in Zukunft besser erreicht werden sollen.

■ www.realize-it.org

4.3.5 Modellprojekt CANDIS

CANDIS ist ein individuelles Behandlungsprogramm für Personen, die ihren Cannabiskonsum überdenken, einschränken oder beenden wollen. Im Unterschied zu Kurzinterventionsprogrammen wie z. B. „Realize it“ besteht das kognitiv-behaviorale Entwöhnungsprogramm CANDIS aus drei baukastenartigen Therapiemodulen. Neben dem Cannabiskonsum werden in der Therapie auch andere Probleme berücksichtigt, die mögliche Hindernisse bei der Einschränkung des Konsums darstellen könnten. Dazu gehören Bereiche wie Alltag, Beruf und soziales Umfeld. Durch ein Problemlösetraining werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten unterstützt. Darüber hinaus werden Strategien für den Umgang mit Depressionen und Ängstlichkeit vermittelt. Durchgeführt wird die Therapie von Diplom-Psychologen, die speziell für die Behandlung von Cannabiskonsumern ausgebildet sind. Die Therapie umfasst zehn Sitzungen, die sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten erstrecken. Die Behandlung wird in Einzelsitzungen durch-

geführt; es sind somit ausschließlich Einzelgespräche mit dem Therapeuten vorgesehen. Das Programm ist gleichermaßen für Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene geeignet.

Das Behandlungsprogramm wurde in den USA bereits erprobt und hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Durch ein Projekt an der Technischen Universität Dresden im Rahmen der Suchtforschungsverbände, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, wurde diese Behandlung erstmals auch in Deutschland durchgeführt. Nun soll das Therapieprogramm zunächst in zehn deutsche Suchthilfezentren transferiert und unter realen Behandlungs- und Rahmenbedingungen von bestehenden ambulanten Sucht-hilfeeinrichtungen überprüft werden.

■ www.candis-projekt.de

4.4 Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat im Oktober 2002 beim „Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht“ (MPI) in Freiburg eine rechtsvergleichende Studie zum Thema „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ in Auftrag gegeben, die 2006 veröffentlicht wurde.

Durch die Studie wurde die gegenwärtige Rechtspraxis der Staatsanwaltschaften bei der Anwendung des § 31 a des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) – die Möglichkeit des Absehens von der Strafverfolgung – im Kontext anderer Einstellungs Vorschriften evaluiert. Die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften und die Frage nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung bei eigenkonsumbezogenen Drogenverfahren standen im Zentrum des Forschungsprojekts. Die Fragestellung war, ob § 31 a BtMG in den Bundesländern zu einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung führt oder ob aufgrund einer ungleichen Rechtsanwendung Maßnahmen zur Sicherstellung der Bundeseinheitlichkeit erforderlich sind. Das MPI stellt als Ergebnis eine unterschiedliche Anwendung des § 31 a BtMG fest.

Die MPI-Studie hat in den Bundesländern einen intensiven Diskussionsprozess in Gang gesetzt und die Bemü-

hungen um eine gleichmäßige Rechtsanwendung verstärkt. Mehrere Länder haben inzwischen ihre Richtlinien zur Anwendung des § 31 a BtMG geändert. 2008 soll festgestellt werden, ob und inwieweit es länderübergreifend zu einer Vereinheitlichung der Einstellungspraxis gekommen ist oder ob weiterer Handlungsbedarf besteht.

4.5 Forschung: Projekt „Can Stop“

Im Rahmen des Projekts „Can Stop“ soll ein Gruppentraining zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum entwickelt werden. „Can Stop“ soll in unterschiedlichen Settings angewandt und evaluiert werden, wie z. B. der ambulanten Jugendhilfe als einer sozialen Schlüsselinstitution für junge Cannabiskonsumenten, der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung sowie im Jugendstrafvollzug. Eine zeitlich frühe Behandlung soll mit einer schnellen, effizienten und flächendeckenden Verbreitung des Gruppentrainings im Jugend- und Sucht-hilfekontext kombiniert werden. Das Projekt startet in 2008. Es wird gemeinsam von den Universitäten Hamburg und Rostock durchgeführt.

5 Heroin und andere Drogen

Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 167.000 und 198.000 Menschen in Deutschland illegale Drogen, d. h. Opiate, Kokain, Amphetamine und Halluzinogene, problematisch konsumieren.

5.1 Daten zur Drogenkriminalität in Deutschland

Grundlagen der folgenden Darstellung der Drogensituation in der Bundesrepublik Deutschland bilden die Auswertungen des Bundeskriminalamts (Falldatei Rauschgift sowie Personendatei, Stichtag: 31. Januar 2008).

Der Darstellung der Drogensituation werden die Indikatoren erstaußällige Konsumenten harter Drogen (EKHD), Sicherstellungsfälle und -mengen, Herkunfts- und Bestimmungsstaaten sowie die Nationalitäten der Tatverdächtigen zugrunde gelegt.

Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Drogenkriminalität und spiegeln das in der Falldatei Rauschgift erfasste Hellfeld dieses Kriminalitätsbereiches wider. Verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie Sicherstellungen größerer Einzelmengen können die Lageentwicklung wesentlich beeinflussen.

Aktuelle Entwicklungen

Sowohl bei der Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle als auch bei der beschlagnahmten Gesamtmenge von Rauschgift waren im Jahr 2007 rückläufige Tendenzen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. 2007 fanden zwei der größten jemals in Deutschland erfolgten Einzelsicherstellungen von Heroin statt. Lediglich bei Amphetamin wurden steigende Werte bei allen Indikatoren registriert.

Erstaußällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der EKHD im Jahr 2007 mit 18.620 Personen um 4 % gesunken. Während die Entwicklungen bei Heroin, Kokain, Ecstasy und Crystal rückläufig waren, ist die Zahl der erstaußälligen Konsumenten von Amphetamin und Crack angestiegen. Die Gesamtzahl der EKHD ist im dritten Jahr in Folge gesunken (siehe Tabelle unten).

5.1.1 Drogentodesfälle in Deutschland

Im Jahr 2007 wurden in der Falldatei Rauschgift 1.394 Drogentodesfälle in Deutschland registriert. Gegenüber dem Vorjahr (1.296) bedeutet dies einen Anstieg um 7,6 %. Unter den Drogentoten 2007 befanden sich 121 Aussiedler, was einem Rückgang um 8,3 % gegenüber dem Vorjahr (132) entspricht (siehe Tabellen auf der Folgeseite).

ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN (EKHD)

Zeitraum	Gesamt*	Heroin	Kokain	Meth-/ Amphetamin**	Ecstasy	Crack	Sonstige***
01.01.–31.12.06	19.319	4.489	4.225	9.835	2.319	355	394
01.01.–31.12.07	18.620	4.153	3.812	9.949	2.038	498	456
Veränderungen	-3,6%	-7,5%	-9,8%	+1,2%	-12,1%	+40,3%	+15,7%

* Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als erstaußälliger Konsument harter Drogen registriert. Zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich.

** Unter den 9.949 Personen im Jahr 2007 befinden sich 567 erstaußällige Crystal-Konsumenten. Gegenüber dem Jahr 2006 (681 Personen) bedeutet dies einen Rückgang um 16,7 %.

*** Unter „Sonstige“ wurden 145 erstaußällige Konsumenten von LSD (+16 %) im Jahr 2007 erfasst.

DROGENTODESFÄLLE IN DEUTSCHLAND

Bundesland	01.01.– 31.12.2006	01.01.– 31.12.2007	Veränderung
Baden-Württemberg	159	155	-2,5%
Bayern	191	242	+26,7%
Berlin	173	158	-8,7%
Brandenburg	6	12	+100,0%
Bremen	40	38	-5,0%
Hamburg	55	59	+7,3%
Hessen	95	120	+26,3%
Mecklenburg-Vorpommern	5	3	-40,0%
Niedersachsen	75	74	-1,3%
Nordrhein-Westfalen	350	374	+6,9%
Rheinland-Pfalz	77	60	-22,1%
Saarland	10	13	+30,0%
Sachsen	15	24	+60,0%
Sachsen-Anhalt	8	13	+62,5%
Schleswig-Holstein	30	44	+46,7%
Thüringen	7	5	-28,6%
Insgesamt	1.296	1.394	+7,6%
davon Aussiedler	132	121	-8,3%

VERGLEICH AUSGEWÄHLTER GROSSSTÄDTE

Stadt	01.01.– 31.12.2006	01.01.– 31.12.2007	Veränderung
Dortmund	14	24	+71,4%
Dresden	1	5	+400,0%
Düsseldorf	23	22	-4,3%
Essen	15	32	+113,3%
Frankfurt	30	44	+46,7%
Hannover	14	22	+57,1%
Köln	69	58	-15,9%
Leipzig	6	12	+100,0%
Mannheim	7	7	-- %
München	40	50	+25,0%
Nürnberg	12	13	+8,3%
Stuttgart	13	12	-7,7%

5.1.2 Sicherstellungen**Heroin**

Im Jahr 2007 wurden in 6.853 Fällen 1.074 kg Heroin beschlagnahmt. Dies entspricht einem moderaten Anstieg der Sicherstellungsfälle (+1 %) bei einer zugleich deutlich gestiegenen Sicherstellungsmenge (+22 %). Der Anstieg der Gesamtmenge ist vor allem auf eine Einzelsicherstellung von mehr als 300 kg in Baden-Württemberg sowie eine von rund 150 kg in einem Verfahren des BKA zurückzuführen.

Im Zusammenhang mit größeren Heroinsicherstellungen in Deutschland wurde wie in den Vorjahren häufig der Schmuggel aus der Türkei über die Staaten des Balkans sowie über Italien und Österreich nach Deutschland nachgewiesen. Nicht selten war der Transport für die Niederlande bestimmt, in denen sich Konsumenten oder Kleinhändler aus Deutschland auch im Jahr 2007 wieder in einer Vielzahl von Fällen mit meist kleineren Mengen Heroin versorgten.

Im Zusammenhang mit Heroinsicherstellungen traten vor allem deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den Nichtdeutschen dominierten türkische Staatsangehörige, bei denen häufig größere Mengen sichergestellt wurden.

Kokain

Im Jahr 2007 wurden in 4.199 Fällen insgesamt 1.888 kg Kokain sichergestellt. Damit stiegen sowohl Fallzahl (+6 %) als auch beschlagnahmte Menge (+9 %) gegenüber dem Vorjahr an.

Mit rund 480 kg erfolgte die größte Sicherstellung in Bremerhaven. Das Kokain war panamaischer Herkunft und für Antwerpen bestimmt. Der Einfuhrschmuggel von Kokain wurde im Rahmen von zahlreichen Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland betrieben. Beim Einfuhrschmuggel aus Südamerika wurden Brasilien und Peru am häufigsten als Herkunfts- bzw. Transitstaaten registriert.

Wie im Vorjahr wurden erneut Sicherstellungen mit Herkunft aus afrikanischen Staaten festgestellt; rückläufig waren dabei Fälle, in denen der Transport nachweislich aus Nigeria oder Ghana erfolgte.

Bei Sicherstellungen von Kokain traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den nichtdeutschen Tatverdächtigen befanden sich vor allem türkische, gefolgt von italienischen Staatsangehörigen.

Bei **Crack** ist die Fallzahl gesunken (-8%), während die Sicherstellungsmenge auf rund 5 kg (+23%) anstieg. Nahezu die gesamte Menge wurde in Hamburg und Hessen (Frankfurt am Main) beschlagnahmt.

Bei den Tatverdächtigen dominierten deutsche, gefolgt von türkischen Staatsangehörigen.

Amphetamin und Methamphetamin

In 7.662 Fällen wurden 820 kg Amphetamin und Methamphetamin sichergestellt. Dies bedeutet einen Anstieg sowohl der Fallzahl (+12%) als auch der beschlagnahmten Menge (+13%) gegenüber dem Jahr 2006.

Die Sicherstellungsmenge von Amphetamin bzw. Methamphetamin stieg damit im sechsten Jahr in Folge an. Der weitaus überwiegende Teil der sichergestellten Amphetaminmenge mit ermittelter Herkunft stammte aus den Niederlanden. Ungleich geringere Mengen wurden aus Belgien und Polen eingeschmuggelt. Im Gegensatz zu den Vorjahren blieben Sicherstellungen größerer, für Skandinavien bestimmter Amphetaminmengen aus. Hingegen sollten kleinere Mengen häufig über die Südgrenzen Deutschlands ins Ausland geschmuggelt werden.

In den oben genannten Sicherstellungszahlen zu Amphetamin und Methamphetamin sind 454 Fälle (+9%) enthalten, in denen insgesamt 10 kg Crystal (-7%) beschlagnahmt wurden. Rund 79% dieser Menge wurden in den Bundesländern Sachsen und Bayern sichergestellt. In Thüringen erfolgten ebenfalls zahlreiche Sicherstellungen, bei denen allerdings deutlich geringere Mengen aufgefunden wurden.

Beim Handel und Schmuggel mit Amphetamin und Methamphetamin traten meist deutsche Tatverdächtige in Erscheinung. Unter den Nichtdeutschen spielten vor allem türkische, italienische und polnische Staatsangehörige eine Rolle.

Ecstasy

Mit 2.495 Fällen ist die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy im Jahr 2007 gestiegen (+5%), während die Menge mit 985.218 Tabletten gegenüber dem Vorjahr gesunken ist (-9%).

Der überwiegende Teil der sichergestellten Tabletten stammte aus den Niederlanden. In Einzelfällen mit größeren Mengen wurde der Nachweis eines Transportes aus der Türkei, Polen oder der Schweiz geführt.

In mehreren Fällen konnte ein beabsichtigter Weitertransport von größeren Mengen in Deutschland beschlagnahmter Ecstasy-Tabletten nach Süd- und Osteuropa, mitunter auch nach Skandinavien ermittelt werden.

Bei Sicherstellungen von Ecstasy wurden in erster Linie deutsche Staatsangehörige festgestellt. Bei den nichtdeutschen Tatverdächtigen dominierten türkische, gefolgt von niederländischen, italienischen und polnischen Staatsangehörigen.

(Cannabis siehe C 4.2)

SICHERSTELLUNGEN 2007

Drogenart	01.01.-31.12.2006		01.01.-31.12.2007		Veränderungen	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
Heroin	6.763	878,9 kg	6.853	1.073,5 kg	+1,3 %	+22,1 %
Opium	78	42,2 kg	59	27,5 kg	-24,4 %	-34,8 %
Kokain	3.972	1.716,6 kg	4.199	1.877,5 kg	+5,7 %	+9,4 %
Crack	1.977	3,9 kg	1.817	4,8 kg	-8,1 %	+23,1 %
Meth-/Amphetamin (davon Crystal)	6.838 (416)	723,2 kg (10,7 kg)	7.662 (454)	820,1 kg (10,0 kg)	+12,1 % (+9,1 %)	+13,4 % (-6,5 %)
Ecstasy	2.382	1.082.820 KE	2.495	985.218 KE	+4,7 %	-9,0 %
LSD	205	12.488 Tr.	236	10.525 Tr.	+15,1 %	-15,6 %
Haschisch	11.764	5.606,1 kg	9.762	3.677,5 kg	-17,0 %	-34,4 %
Marihuana	23.506	2.954,1 kg	21.831	3.769,8 kg	-7,1 %	+27,6 %
Pflanzen	1.121	190.241 St.*	1.463	135.252 St.	+30,5 %	-28,9 %
Khat	127	15.985,1 kg	132	13.485,3 kg	+3,9 %	-15,6 %
Psilo. Pilze	635	99,7 kg	605	55,8 kg	-4,7 %	-44,0 %

KE = Konsumeinheiten, Tr = Trips, St. = Stück.

* Die Sicherstellungsmenge 2006 enthält 75.000 Pflanzen, die aus einer Aussaat von 5 kg Hanfsamen resultierten und bei denen es sich um so genannten Nutzhanf gehandelt haben dürfte.

5.1.3 Labore

Im Jahr 2007 wurden zehn illegale Drogenlabore sichergestellt.

Alle Labore verfügten über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten lokalen Abnehmerkreises. Großlabore wurden nicht sichergestellt.

ILLEGALE HERSTELLUNG/LABORE

Drogenart	01.01.-31.12.2006	01.01.-31.12.2007
ATS*	6	8
GHB	0	1
Fentanyl	1	1
Insgesamt	7	10

* ATS = Amphetamine-Type-Stimulances; bei den im Jahr 2007 sichergestellten Laboren synthetischer Drogen des Amphetamin-Typs handelte es sich um fünf Produktionsstätten von Amphetamin und drei zur Herstellung von Methamphetamin.

5.2 Entwicklung und Prävention drogenbedingter Verkehrsunfälle

In der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik nahm die Zahl schwerer Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss in den vergangenen Jahren deutlich zu: Zwischen 1996 und 2006 stieg die Zahl von Unfällen mit Personenschaden mit der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ von 611 auf 1.372. Im gleichen Zeitraum ging die Gesamtzahl aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden um rund 12 % zurück (von 373.000 auf 328.000). Bis zum Jahr 1998 konnte der Einfluss illegaler Drogen bei Kraftfahrern nur geahndet werden, wenn fehlende Fahrtüchtigkeit nachweisbar war. Aufgrund gesetzlicher Änderungen im Jahr 1998 wird nunmehr die Verkehrsteilnahme unter Einfluss bestimmter illegaler Drogen als Ordnungswidrigkeit geahndet. Die Polizei kann den Fahrerlaubnisbehörden Zweifel an der Fahreignung übermitteln, woraufhin diese gegebenenfalls Maßnahmen zur Klärung der Fahreignung anordnen (z. B. ein ärztliches Gutachten). Die Zahlen sind auch Beleg dafür, dass die hohe Dunkelziffer des Drogenkonsums bei Verkehrsteilnehmern durch verbesserte Nachweis-

methoden deutlich gesenkt werden konnte. Drogenbeeinflusste Kraftfahrer müssen zunehmend damit rechnen, dass die Drogenfahrt erkannt und bestraft wird. Seit 2007 wird auch das Fahren unter dem Einfluss von Methamphetamin und dem Designer-Amphetamin Methylenedioxyamphetamin (MDMA) als Ordnungswidrigkeit geahndet, um dem damit verbundenen Unfallrisiko im Straßenverkehr Rechnung zu tragen. Um noch mehr Klarheit über die Anzahl drogenbedingter Verkehrsunfälle zu bekommen, werden ab Januar 2008 alle Unfälle mit Unfallbeteiligten unter Drogeneinwirkungen in die detaillierte amtliche Unfallstatistik einbezogen.

(mehr zu Alkohol im Straßenverkehr C 2.4.1 und B 1.5)



Vorgestellt:
Tim Stebani, Rallye-Fahrer
und Gesicht der Kampagne
„Don't drug and drive“

„Don't drug + drive“ und „Just say no!“ steht in großen Lettern auf dem schwarz-weiß-orange-lackierten Rallye-Auto von Tim Stebani. Der 21-jährige Bürokaufmann und angehende Glastechniker ist Rallye-Fahrer und unterstützt die Anti-Drogen-Kampagne „Don't drug and drive“ seit 2006.

„Als Gesicht der Kampagne nehme ich meine Aufgabe sehr ernst, jungen Leuten die Gefahren aufzuzeigen, die mit Drogenkonsum im Straßenverkehr zusammenhängen“, berichtet Stebani. „Ich möchte mit dieser Aktion dazu beitragen, dass die Unfallzahlen sinken. Viele junge Fahrer begehen Fehler aufgrund von Selbstüberschätzung oder Unwissen.“

Diesen jungen Leuten möchte er etwas anbieten, womit sie sich identifizieren können. „Die Warnungen der oft älteren Fahrlehrer mit dem erhobenen Zeigefinger beeindruckt die jungen Fahranfänger meist nicht besonders. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass man stattdessen lieber mit seinem Sitznachbarn quatscht, anstatt dem Lehrer zuzuhören. Ein Rallyeauto als Werbeträger und ein Mensch im gleichen Alter

bieten eine viel bessere Kommunikationsbasis“, davon ist Tim Stebani überzeugt.

Seine Botschaft an die jungen Menschen ist: „Ihr könnt nur dann sicher Autofahren und niemandem schaden, wenn ihr voll und ganz Herr eurer Sinne seid, egal ob bei einer Rallye oder im Straßenverkehr. Unter Einfluss von Drogen oder Alkohol könnt ihr das definitiv nicht garantieren!“

Sein Auto bietet dafür eine hervorragende Werbefläche. „Da wir uns mit unserem Fahrzeug auch im Straßenverkehr bewegen, bietet dies eine optimale Möglichkeit die Botschaft zu übertragen und die Kampagne zu unterstützen.“

Außerdem hat er als Juror beim „Don't Drug and Drive“-Fotowettbewerb „Zeig uns Deinen klaren Blick“ mitgewirkt. „Die Aktion hat mir viel Spaß gemacht. Der Gewinner 2007 hatte nicht nur die Möglichkeit den Rallye-Europameisterschaftslauf an der Costa Smeralda auf der italienischen Mittelmeerinsel Sardinien live vor Ort zu erleben, er konnte auch bei mir im Rallyeauto mitfahren“, berichtet Tim Stebani. „Diese Rallye konnten wir mit Unterstützung der Initiatoren der Kampagne, dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) in Kooperation mit dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat (DVR) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherer (GdV), als großes PR-Event nutzen.“

Die positiven Reaktionen auf sein Engagement zeigen Tim Stebani, dass die Kampagne die jungen Menschen tatsächlich erreicht hat. „Obwohl die Saison seit November letzten Jahres vorbei ist, erhalte ich noch immer Fanpost von jungen Leuten, die die Botschaft gesehen und verstanden haben. Auch viele Eltern schreiben mir, dass sie das Projekt für sehr gut halten und dass sie Ihre Kinder dabei beobachten, wie sie sich Fotos von unserem Auto oder dem Team ausdrucken und als Poster aufhängen.“ Auch international hat die Kampagne schon Wirkung gezeigt. „Aus den verschiedensten Ländern Europas erhalte ich Post mit der Bitte um Autogrammkarten und Infos über die Kampagne“, berichtet Stebani.

Der Hobbyfußballer Stebani möchte sich auch weiter für „Don't drug and drive“ engagieren. „Das Engagement sollte weiter ausgebaut werden, damit wir noch mehr junge Menschen erreichen können.“

■ www.dont-drug-and-drive.de

5.3 Prävention von Begleiterkrankungen sowie Prophylaxe von HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Infektionen bei intravenösem Drogenkonsum

5.3.1 Hepatitis-Prävention

Gegen Hepatitis B und A stehen wirksame Impfstoffe zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt Angehörigen von Risikogruppen die Hepatitis B-Impfung.

Durch das Gesetzliche Krankenversicherungs-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die Impfung gegen Hepatitis B im Jahr 2007 zur Pflichtleistung der Krankenkassen für Risikogruppen wie z. B. drogenkonsumierende Personen.

Dieser festgeschriebene Anspruch auf Schutzimpfungen soll dazu beitragen, dass Impfungen im Allgemeinen, aber besonders bei Risikogruppen, eine erhöhte Akzeptanz finden und vermehrt in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch für die Durchführung von Schutzimpfungen in Haftanstalten.

Zur Verhinderung von Hepatitis C-Infektionen, gegen die nicht geimpft werden kann, müssen die notwendigen Unterschiede in der Prävention von Hepatitis C im Vergleich zur HIV-Infektion besser deutlich gemacht werden. Gefährdete Personen müssen Kenntnisse über die bestehenden Infektionsrisiken haben und die Möglichkeit haben, diese durch Angebote zur Schadensreduktion zu vermeiden. Nicht zuletzt ist auf das bestehende sexuelle Übertragungsrisiko von HIV und Hepatitis B bei Drogenkonsumenten hinzuweisen und in den Präventionsbotschaften zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren eine Reihe von Internationalen Konferenzen zu Hepatitis C im deutschsprachigen Raum gefördert und somit dazu beigetragen, die Behandlungsstandards für Drogenkonsumenten zu erarbeiten.

Vierter Internationaler Fachtag Hepatitis C und Drogengebrauch Hamburg 2007

„Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit“ standen im Fokus dieser Konferenz, veranstaltet vom „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ in Zusammenarbeit

mit dem „Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg“ (ZIS).

In Deutschland haben regionale Strategien in Zusammenarbeit von Behörden und Einrichtungen des Drogenhilfesystems Modellcharakter für die Bekämpfung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen. Die einleitenden Vorträge des Fachtages brachten die Erfordernisse in der Prävention und Versorgung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen national wie international zum Ausdruck:

- dringender Bedarf an effektiven Interventionen zur HCV-Prävention;
- Verbesserung des Zugangs zum Hilfesystem (Prävention, Testung, Behandlung) für HCV-infizierte, drogenabhängige Migranten;
- weitere Anstrengungen zur Klärung von Grundsatzfragen zur Epidemiologie und Übertragung der HCV sind nötig;
- die Kombination aus Substitution und antiviraler HCV-Therapie stellt das geeignetste Setting zur Behandlung dar.

Ansätze zur Verbesserung der Prävention stellt das „Handbuch Hepatitis und Drogengebrauch – Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht“ zusammen. Es wurde 2006 mit Förderung des BMG erstellt und erschien wegen der großen Nachfrage 2007 in einer zweiten Auflage. Bisher wurden insgesamt mehr als 1.450 Exemplare abgerufen.

5.3.2 HIV und Drogenkonsum

Am 12. und 13. März 2007 fand anlässlich der deutschen EU-Ratspräsidentschaft die Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft – Miteinander gegen HIV/AIDS“ in Bremen statt (mehr dazu finden Sie unter B 1.1).

5.3.3 HIV- und Hepatitisprävention in Haft

Bei Gefangenen ist der Anteil drogenabhängiger Menschen mit Hepatitis- und HIV-Infektionen besonders hoch. Nach einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie des RKI und des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) zu Infektionskrankheiten und Risikoverhalten unter erwachsenen Haftinsassen in Deutschland, bei der eine repräsentative Stichprobe der in Deutschland Inhaftierten berücksichtigt werden konnte, lag der Anteil an Personen, die jemals Drogen injiziert hatte, bei 30 %.

Insgesamt 45 % der Befragten gaben an, jemals Opiate konsumiert zu haben, und rund ein Viertel gab an, Opiate auch in Haft konsumiert zu haben.

Die Prävalenz von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV war unter den Inhaftierten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands. Eine Infektion mit Hepatitis B fand sich bei 10,5 % der Inhaftierten, eine chronische Hepatitis B bei 2,5 %, eine Hepatitis C bei 17,6 % und eine HIV-Infektion bei 0,8 % der Studienteilnehmer.

Auf diejenigen Inhaftierten bezogen, die angaben, jemals Drogen injiziert zu haben (30 % der Teilnehmer), betrug die Prävalenz einer Infektion mit Hepatitis B 22,5 %, von chronischer Hepatitis B 7,9 %, von Hepatitis C 50,4 % und von HIV 1,6 %.

Die Ergebnisse illustrieren, dass injizierender Drogenkonsum einen wesentlichen Risikofaktor für durch Blut übertragbare Infektionen darstellt.

Entsprechend hoch ist das Risiko, sich in Haft anzustecken, so etwa beim Drogengebrauch mit gemeinsam benutzten Spritzen, beim Tätowieren und Piercen mit unsterilem Gerät oder auch bei ungeschützten Sexualkontakten. Tätowieren ist eine in Gefängnissen weit verbreitete Praxis: In der genannten Studie unter Haftinsassen gaben 30 % an, eine Tätowierung in Haft erhalten zu haben.

Die vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) unterstützt daher die Präventionsarbeit ihrer Mitgliedsorganisationen und anderer Einrichtungen in Haftanstalten. 2007 stand die Durchführung und Evaluation von zwei Modellprojek-

ten im Mittelpunkt, die das Bewusstsein der Gefangenen für Infektionsrisiken schärfen sollten.

Beispielprojekt „Dauerhaft? – Tattoo und Piercing in Haft“

Dieses in Kooperation mit der Berliner Aids-Hilfe in sieben Berliner Haftanstalten durchgeführte Projekt richtete sich an Gefangene allgemein. An den insgesamt 15 Veranstaltungen, die unter anderem von professionellen Tätowierern begleitet wurden, nahmen 127 Häftlinge teil. Ziel war der Erwerb von Wissen über die Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen sowie die Schutzmöglichkeiten angesichts des in Haft eingeschränkten Zugangs zu Präventionsmitteln wie etwa Desinfektionsmitteln. Der eher unverfängliche Gegenstand „Tätowieren und Piercen“ wurde zugleich als „Türöffner“ für das Gespräch über den Infektionsschutz beim Sex und beim Drogengebrauch genutzt. Die mündlichen Rückmeldungen der Teilnehmer wie auch die Auswertung der Fragebögen ließen einen deutlichen Wissenszuwachs erkennen. Mit Hilfe des detaillierten Plans zur Vorbereitung und Durchführung des Projekts kann die Veranstaltung nun auch in anderen Haftanstalten angeboten werden.

Beispielprojekt zur Risikominimierung im Strafvollzug

Das in der Justizvollzugsanstalt Köln-Ossendorf angesiedelte Projekt wandte sich hauptsächlich an Drogen gebrauchende Häftlinge sowie Gefangenenvertreter. In zwölf Veranstaltungen wurden die mit fortgesetztem Drogenkonsum und ungeschütztem Sex verbundenen Risiken und die Möglichkeiten der Risikovermeidung erarbeitet. Die Evaluierung ergab ein großes Interesse der Beteiligten und lässt hoffen, dass sie künftig als „Peers“ fungieren und das in der Schulung erworbene Wissen auch an andere Häftlinge (und nach der Haftentlassung in ihren Szenen) weitergeben.

Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Die dritte Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft fand vom 8.–9. November 2007 in Berlin statt. Veranstalter waren das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands, die Deutsche AIDS-Hilfe und akzept e.V. – Bundesverband für humane Drogenpolitik

und akzeptierende Drogenarbeit. Auf der dreitägigen Konferenz wurden internationale Standards und Richtlinien der Gesundheitsförderung (etwa der WHO), neueste wissenschaftliche Ergebnisse sowie Erfahrungen und Erkenntnisse aus mehreren europäischen Ländern (England, Spanien, Österreich, Schweiz und Slowenien) präsentiert. Dazu gab es Exkursionen zu Berliner Haftanstalten, um innovative Praxisansätze kennenzulernen (etwa die Vergabe steriler Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene in der JVA für Frauen in Lichtenberg). 180 Fachkräfte aus den Justizvollzugsanstalten und Gesundheitsdiensten außerhalb der Gefängnismauern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutierten über Strategien der Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete. Viele Diskussionen zeigten, dass in mehreren Bereichen – insbesondere der Drogen- und AIDS-Hilfe – die international geforderte Gleichheit der Gesundheitsversorgung drinnen und draußen nicht umgesetzt wird. Behandlungen und Gesundheitsangebote wie dauerhafte Substitutionsbehandlungen oder erprobte, erfolgreiche und bewährte Schutzmöglichkeiten vor HIV/Hepatitis C-Viren für Drogenabhängige erreichen die Gefangenen nicht in dem erforderlichen Ausmaß.

5.4 Beratung und Behandlung

Deutschland verfügt über ein sehr differenziertes Versorgungssystem für drogenkonsumierende und -abhängige Menschen und deren Angehörige. Dazu gehören niedrigschwellige Angebote wie Drogenkonsumräume und Kontaktläden sowie bundesweit etwa 1.000 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, die überwiegend auf kommunaler Ebene arbeiten. Die Suchtberatung nach § 16 SGB II ist ein spezieller Teil dieses Angebots (vgl. E 1.2). Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser leisten ebenfalls einen wertvollen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit drogenbedingten Schwierigkeiten. Darüber hinaus sind die Psychiatrie (vgl. E 5), die Einrichtungen der Medizinischen Rehabilitation (vgl. E 2, E 3), Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Wohnungslosen- und Gefährdetenilfe auf der Grundlage des SGB XII (§§ 53 ff. und §§ 67 ff.) und die Selbsthilfe (vgl. F) in der Versorgung tätig.



Vorgestellt:
Birgit Wichelmann-Werth,
Leiterin des „Café Fix“
mit medizinischer Ambulanz

„Jeder Mensch hat die Möglichkeit und das Recht sich zu entwickeln.“ Das ist Birgit Wichelmann-Werth wichtig. Dass auch drogenabhängigen Menschen die Chance gegeben wird, sich zu entwickeln, dafür engagiert sich Birgit Wichelmann-Werth seit 20 Jahren. Lange Jahre hat sie eine Drogenberatungsstelle in Frankfurt am Main geleitet und dort direkt mit Drogenabhängigen und ihren Familien gearbeitet. Auch als Streetworkerin in der offenen Drogenszene war sie unterwegs und hat dort die „unfassbare Verelendung“ der Drogenabhängigen kennengelernt. „Das hat mich dazu gebracht, die Verantwortung für eine szenenahe Einrichtung der Drogenhilfe zu übernehmen, dem Kontaktladen „Café Fix“ mit medizinischer Ambulanz“, berichtet sie.

Das „Café Fix“ des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe e. V. (vae) existiert seit 1990 und ist die größte niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung im Frankfurter Bahnhofsviertel. Sie umfasst den Bereich Überlebenshilfe, die medizinische Ambulanz, die Sozialberatung und den Bereich Arbeit und Bildung. Insgesamt arbeiten hier 30 Personen, Ärzte, Sozialarbeiter, Arbeitserzieher u. a. Täglich kommen mehrere Hundert drogenabhängige Menschen hierher, um beraten und behandelt zu werden. Da verwundert es nicht, dass sie Ihre tägliche Arbeit so beschreibt: „Der größte Teil meines Arbeitstages besteht aus Kommunikation.“ Kommunikation mit den Fachkräften der Einrichtung aus den Bereichen Sozialarbeit und Arbeitserziehung, dem leitenden Arzt der medizinischen Ambulanz, den Klientinnen und Klienten sowie den Fachkräften aus anderen Einrichtungen und der Polizei.

„Ich finde, es gibt nichts Interessanteres als Menschen und die Art und Weise, wie sie sich miteinander und zueinander verhalten“, bekennt die studierte Soziologin, Politikwissenschaftlerin und Psychologin. Auch privat ist sie gerne mit Menschen zusammen, ganz besonders mit ihrem Sohn, mit dem sie am liebsten ihre freie Zeit verbringt. Sie hört aber auch gern klassische Musik, besonders die Klavierkonzerte von Beethoven oder die Symphonien von Bruckner oder Mahler.

Die Fragen „Wie können sich Menschen aus der Sucht lösen?“ und „Was können andere Menschen und Hilfesysteme tun, um diesen Prozess zu unterstützen?“ beschäftigen sie bis heute. Trotz all ihrer Erfahrung hat sie darauf bislang keine eindeutige Antwort gefunden. „Dazu ist das Phänomen der Sucht einfach zu vielfältig und die betroffenen Menschen zu unterschiedlich.“

Birgit Wichelmann-Werth sorgt als Leiterin des „Café Fix“ dafür, dass ihre Einrichtung sich permanent weiter entwickelt und an neue Trends und Tendenzen in der Drogenszene, der Drogenpolitik und der Suchtforschung anpasst. „Es ist meine Hauptaufgabe, hieraus die Ziele für die Arbeit richtig herauszuarbeiten und dafür zu sorgen, dass wir die richtige Organisationsform haben, um diese zu realisieren. Das erfolgreich umzusetzen, gelingt nur mit einem gut ausgebildeten und engagierten Mitarbeiter-Team, das professionsübergreifend zusammenarbeitet.“

Dieser Blick über den „Tellerrand“ hinaus war ihr immer schon sehr wichtig. Deshalb engagiert sie sich seit Jahren im Fachverband Drogen- und Rauschmittel (fdr), dessen Vorstandsmitglied sie ist. „Ohne den Erfahrungsaustausch zwischen den Kolleginnen und Kollegen der Drogenhilfe, ohne die permanente Erweiterung des Wissens ist es nicht möglich, den Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe die bestmögliche Beratung und Therapie zukommen zu lassen“, betont Birgit Wichelmann-Werth. Dazu gehört auch ein Austausch über die deutschen Grenzen hinaus. In den Jahren 2002–2003 war sie daher für den fdr als Vorsitzende des europäischen Dachverbandes der Drogenfachleute (ERIT) tätig. Diese europäischen Kontakte pflegt sie bis heute. Sie waren nützlich beim Zustandekommen des EU-Projekts „Senior Drug Dependents and Care Structures – SDDCare“, in dem sich von 2008–2010 der vae und sieben weitere Institutionen aus fünf Ländern mit der Situation älterer Drogenabhängiger beschäftigen werden.

Für die Zukunft hofft Birgit Wichelmann-Werth, dass „die neurobiologische Forschung neue Impulse zum Verständnis der Entstehung von Sucht geben wird und wir das auch zu ihrer Behandlung nutzbar machen können.“

■ www.cafefix.de

5.4.1 Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Suchterkrankung. Alternativ oder ergänzend zu den oben genannten Angeboten im Versorgungssystem gibt es die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung. Langfristiges Ziel dieser Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit, als weitere Teile des Behandlungskonzepts gelten die Sicherung des Überlebens, die gesundheitliche und soziale Stabilisierung, die berufliche und soziale Reintegration. Die Substitutionsbehandlung soll von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen begleitet werden.

Die Substitutionsbehandlung einschließlich der begleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ist in Deutschland prinzipiell flächendeckend gegeben; regional ist sie unterschiedlich stark im Versorgungssystem verankert. Das Bundesministerium für Gesundheit beobachtet sorgfältig die Entwicklung der Substitution und führte 2007 zahlreiche Fachgespräche mit Verbänden, Institutionen und Personen, die auf diesem Gebiet tätig sind.

Unter anderem förderte das Bundesministerium für Gesundheit im Februar 2007 ein Expertengespräch zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, an dem substituierende Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Settings (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniker, Schwerpunktpraxen), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Krankenpflegepersonal, Vertreterinnen und Vertreter von Patienten und verschiedenen Suchtfachverbänden teilnahmen. Auch die Erfahrungen der Nachbarländer Niederlande, Österreich und der Schweiz wurden dabei berücksichtigt. Aus der Auswertung des Expertengesprächs resultierten verschiedene Erkenntnisse, die die mit der Substitutionsbehandlung befassten Gruppen schrittweise umsetzen wollen. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt das Ministerium, die Regelungen über die Substitutionsbehandlung in der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) fortzuentwickeln und den aktuellen Erfordernissen der Substitutionspraxis anzupassen. Um eine fundierte Grundlage für eine langfristig wirksame Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung zu erhalten, fördert

das Bundesministerium für Gesundheit das dreijährige Forschungsprojekt „Effekte der langfristigen Substitutionsbehandlung in Deutschland“. Es wird seit 2007 von der Technischen Universität Dresden durchgeführt. (siehe 5.6.4)

5.4.2 Substitutionsregister

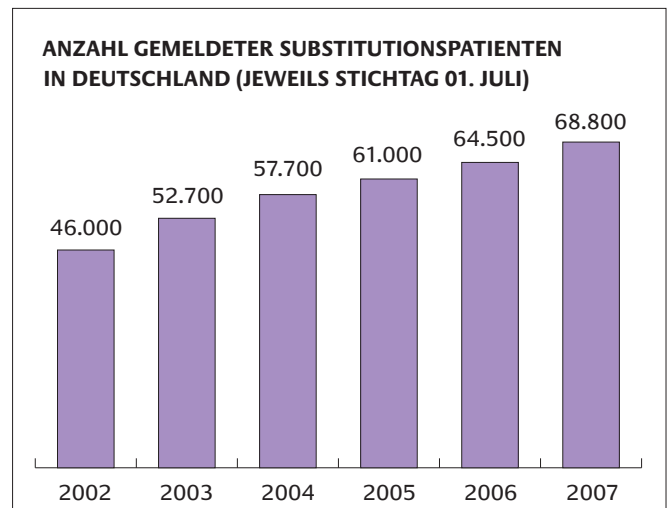
Nach § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) i. V. mit § 5 a der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5 a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben (d. h. den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Verschreibung, Name und Adresse des verschreibenden Arztes sowie ggf. Name und Anschrift des Konsiliarius) zu melden. Ferner haben die Ärztekammern zum 31. März und 30. September eines jeden Jahres der Bundesopiumstelle die Ärztinnen und Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, mitzuteilen.

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

Ein elektronisches Meldeformular sowie Informationen zum Substitutionsregister stehen im Internet unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel“ zur Verfügung. Die Meldungen erfolgen per Post und wer-

den manuell in der Datenbank des Substitutionsregisters erfasst. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt. Ferner werden die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen arztbezogen in der Datenbank erfasst. Im Rahmen eines Pilotprojektes des BfArM werden verschlüsselte, authentifizierbare Melde-daten über EDV-gestützte Dosiersysteme einzelner Substitutionsambulanzen per E-Mail eingereicht und beim Substitutionsregister elektronisch in die Datenbank importiert. Parallel wird beim BfArM der Einsatz eines internetbasierten Formularservers angestrebt.

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten steigt seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich an: Während zum 1. Juli 2002 noch 46.000 Substitutionspatienten gemeldet waren, stieg deren Zahl über die Folgejahre kontinuierlich an. Zum 1. Juli 2007 waren im Substitutionsregister bereits 68.800 Patienten gemeldet.

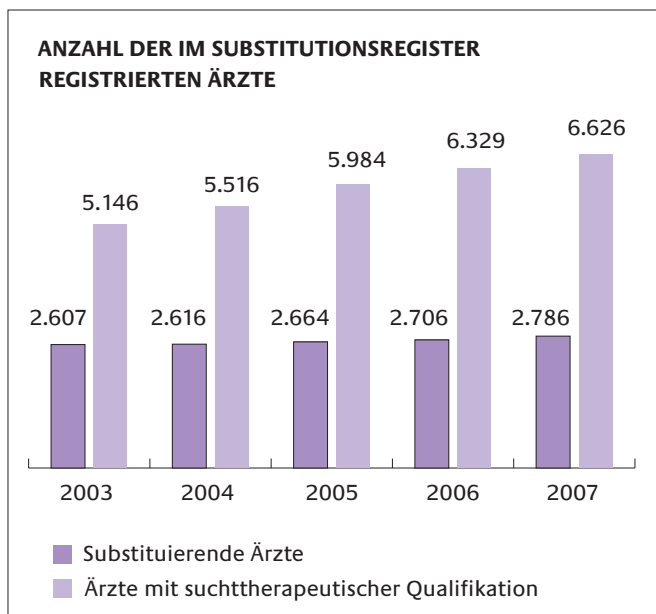


In 2007 wurden rund 44.400 Abmeldungen sowie 49.000 Anmeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohen Zahlen sind die Folge davon, dass oftmals dieselben Patienten innerhalb weniger Monate entweder durch denselben Arzt oder verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet werden. Auch seitens der Ärzte besteht eine nicht

zu vernachlässigende Fluktuation (z.B. in Substitutionsambulanzen), die mit Folgeummeldungen der Patienten verbunden ist.

Bei der Zahl der meldenden Substitutionsärzte lässt sich ein kontinuierlicher leichter Anstieg feststellen: Während im Jahr 2003 2.607 Ärzte Substitutionsbehandlungen durchführten, waren in 2007 2.786 Ärzte auf diesem Gebiet aktiv.

Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte (in 2007: ca. 6.600) liegt deutlich höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte.



2007 haben ca. 500, das entspricht in etwa 18% der substituierenden Ärzte, die Konsiliar-Regelung genutzt (in 2006: ca. 16% der substituierenden Ärzte).

Die Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt stellt sich prozentual wie folgt dar:

ANZAHL VON SUBSTITUTIONSPATIENTEN PRO ARZT

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte (Stichtag 01.07.2007)
bis zu 3	27,8 %
4-50	55,3 %
51-150	15,3 %
über 150	1,6 %

Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon.

ART UND ANTEIL DER GEMELDETEN SUBSTITUTIONSMITTEL IN DEUTSCHLAND

Substitutionsmittel	2003	2005	2007
Methadon	70,9 %	66,2 %	61,4 %
Levomethadon	14,8 %	15,8 %	19,0 %
Buprenorphin	12,9 %	17,2 %	18,6 %
Dihydrocodein	1,2 %	0,7 %	0,5 %
Codein	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Diamorphin			0,4 %

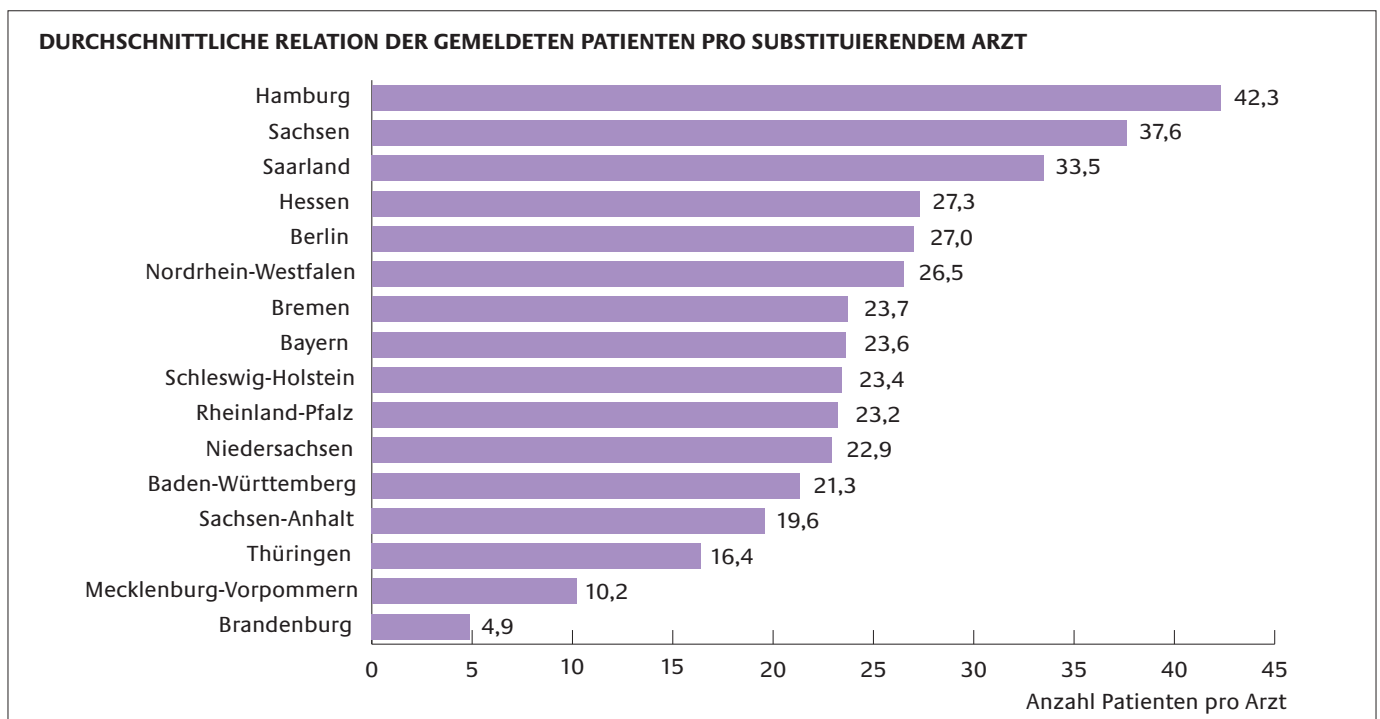
2007 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 210 Doppelbehandlungen von Patienten (2006: ca. 300 Doppelbehandlungen) bestätigt, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden.

Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 181 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (d.h. die Anzahl der Substitutionspatienten, die Anzahl der qualifizierten Ärzte, die Anzahl der substi-

tuiierenden Ärzte, die Anzahl der Ärzte, die nach Abs. 2 Nr. 6 als Konsiliarius gemeldet worden sind sowie Art und Anteil der verschriebenen Substitutionsmittel) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. Seit 2007 erfolgt dies – in Anpassung an moderne elektronische Kommunikationswege unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Aspekte – über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Überwachungsbehörden konnten wiederholt Verstöße gegen das Betäubungsmittelrecht aufgedeckt und geahndet werden. Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister.

In den einzelnen Bundesländern stellt sich die durchschnittliche Relation der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierenden Arzt wie folgt dar (bundesweiter Durchschnitt: 25,1):

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.10.2007	substituierende Ärzte in 2007
Baden-Württemberg	9.567	450
Bayern	7.778	330
Berlin	4.324	160
Brandenburg	54	11
Bremen	1.661	70
Hamburg	4.568	108
Hessen	6.355	233
Mecklenburg-Vorpommern	215	21
Niedersachsen	6.613	289
Nordrhein-Westfalen	21.047	793
Rheinland-Pfalz	1.998	86
Saarland	770	23
Sachsen	714	19
Sachsen-Anhalt	627	32
Schleswig-Holstein	3.230	138
Thüringen	378	23



Die durchschnittliche Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl variiert stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Das nachstehende Diagramm gibt Hinweise zur regionalen Verteilung der Substitutionspatienten. Eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, weisen Stadtstaaten wie Hamburg und Bremen auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen dürften. In den neuen Ländern ist im Gegensatz zu den meisten alten Bundesländern von einer relativ geringen Zahl an Substitutionspatienten auszugehen.

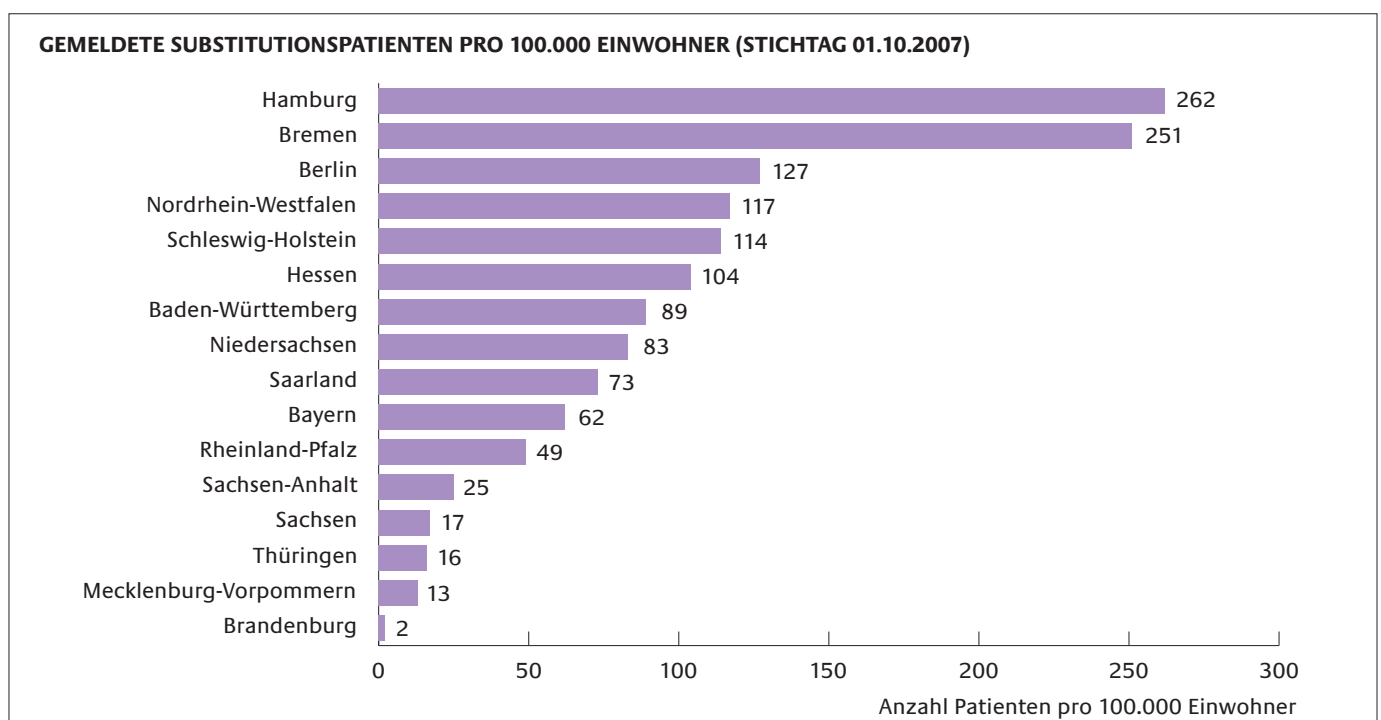
Die Validität (Realitätsnähe) der statistischen Auswertungen des Substitutionsregisters ergibt sich aus den Vorgaben der BtMVV und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vollständigkeit und Qualität der Meldungen der Ärzte.

5.4.3 Substitution in der medizinischen Rehabilitation

In der Anlage 4 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom Mai 2001 ist die Möglichkeit geregelt, auch substituierte Drogenabhängige medizinisch unter definierten Rahmenbedingungen zu rehabilitieren. Für eine Bewilligung muss vor Beginn der Maßnahme erkenntlich sein, dass die Substitution im Laufe der Rehabilitation beendet werden kann.

Obwohl beispielsweise die Fachklinik Release in Ascheberg seit 1996 insgesamt fast 700 Patientinnen und Patienten aufgenommen hat, die bei Rehabilitationsbeginn noch substituiert wurden und deren Behandlungserfolg dem der nicht-substituierten Patienten gleicht, gelten die Möglichkeiten einer Verknüpfung abstinenzgestützter stationärer medizinischer Rehabilitation mit der Substitutionsbehandlung bundesweit als wenig genutzt.

Das Therapiezentrum „Hohehorst“ und das ARCHIDO (Uni Bremen) führten deshalb am 7. März 2007 eine Fachtagung zum Thema „Substitution in der medizini-



schen Rehabilitation Drogenabhängiger – ein Brückenschlag“ mit 130 Teilnehmenden aus Deutschland, Österreich und der Schweiz durch (Drogenberater, JVA-Bedienstete, niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter aus Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige). Dabei wurde deutlich, dass die Systeme Substitutionsbehandlung und Medizinische Rehabilitation noch zu wenig miteinander verzahnt sind und Substitution häufig als Ausschlussgrund für weiterführende therapeutische Behandlungen gesehen wird.

Die Therapieeinrichtung „Hohehorst“ geht seit 12 Jahren einen Mittelweg und hat sich dafür entschieden, dass Drogenabhängige sich außerhalb der Einrichtung z.B. bei niedergelassenen Ärzten bis auf einen Rest abdosieren und in der Einrichtung dann diesen Rest „ausschleichen“. Damit konnte man in Hohehorst schwer erreichbare Personen wie so genannte „Klinikversager“, Eltern mit Kindern und vor allem Schwangere in die medizinische Rehabilitation aufnehmen.

5.4.4 Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wurde von einer gemeinsamen Initiative des BMG, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer beratend begleitet. Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie war das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg beauftragt. Zielgruppe waren Schwerstabhängige, die nicht von suchttherapeutischen Angeboten erreicht wurden bzw. deren Methadonbehandlung keinen zufriedenstellenden Verlauf nahm. Es sollte ein signifikant verbesserter Gesundheitszustand und ein Rückgang des illegalen Heroinkonsums und der Begleitkriminalität erreicht werden.

Über die Bewertung der Ergebnisse des Modells und den Fortgang der Diamorphinbehandlung in Deutschland ist noch nicht abschließend entschieden. Eine Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel würde zudem voraussetzen, dass zuvor durch eine Änderung

des Betäubungsmittelgesetzes die rechtlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen werden.

Am 19. September 2007 fand eine öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderen Vorschriften statt.

Auch die Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Saarland haben inzwischen einen Antrag für einen Gesetzentwurf über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung beim Bundesrat eingebracht (Bundesratsdrucksache 434/07). Der Bundesrat hat am 21. September 2007 mit deutlicher Mehrheit entschieden, die entsprechende Initiative über die Bundesregierung in den Deutschen Bundestag einzubringen. Die Bundesregierung hat hierzu am 21. November 2007 eine Stellungnahme beschlossen, in der davon ausgegangen wird, dass bei der parlamentarischen Beratung des Gesetzentwurfs verschiedene Fragen vertieft behandelt werden:

- Wie muss eine Diamorphinabgabe ausgestattet sein, dass sie mit dem Grundsatz der Ausstiegsorientierung vereinbar ist?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit bei Schwerstabhängigkeit eine Diamorphinabgabe als ultima ratio gegenüber der herkömmlichen Substitutionstherapie in Betracht kommt?
- Wie muss eine begleitende psychosoziale Betreuung ausgestaltet sein und von welcher Dauer sollte diese Betreuung sein?
- Welche finanziellen Auswirkungen sind bei den Kostenträgern einer Diamorphinbehandlung zu erwarten?
- Sind die in dem Entwurf getroffenen Regelungen zur Strafbewehrung ausreichend, auch um das Ziel zu erreichen, eine Verabreichung von Diamorphin außerhalb hierfür vorgesehener Einrichtungen zu verhindern?

Wann diese Gesetzesinitiative im Bundestag beraten wird, ist derzeit offen.

Die Patienten des Projekts werden seit 1. Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes zunächst weiter mit Diamorphin behandelt. Alle am Modell beteiligten Ambulanzen haben eine Verlängerung ihrer zunächst bis zum 30. Juni 2007 befristeten Erlaubnis beantragt, die ihnen durch das BfArM auch gewährt wurde. Während in Hamburg, München, Bonn und Hannover nur die noch in der Behandlung befindlichen Patienten weiterbehandelt werden sollen, hatten Karlsruhe, Köln und Frankfurt die Aufnahme zusätzlicher Patienten beantragt und genehmigt bekommen. In Karlsruhe und Frankfurt wurden inzwischen auch neue Patienten aufgenommen (Stand: 29. Februar 08). Die Frist der durch das BfArM ausgesprochenen Erlaubnis endet in Hamburg und München zum 30. Juni 2008, in den übrigen Städten zum 30. April 2010 bzw. zum 30. Juni 2010.

Die Bundesförderung für die am Modell beteiligten Städte ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland sollen jedoch weiterhin durch den Bund gefördert werden, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

5.5 Regulierung und Angebotsreduzierung

5.5.1 Gesetzliche Veränderungen in der BtMVV

Mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 1. März 2008 trat die einundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (21. BtMÄndV) in Kraft. In das Betäubungsmittelgesetz neu unterstellt wurden mit der 21. BtMÄndV unmittelbar gesundheitsgefährdende Drogen wie *Salvia divinorum* (Zauber- oder Aztekensalbei), Benzylpiperazin (BZP) und Oripavin, um das Ausmaß an Suchterkrankungen und Gesundheitsgefährdungen durch eine verminderte Verfügbarkeit von Suchtmitteln zu verringern.

5.5.2 Neues Grundstoffüberwachungsgesetz

Die weltweite Kontrolle und Überwachung des Verkehrs mit Grundstoffen stellt einen unverzichtbaren und wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar. Sie wird durch ein System aus internationalen, EU-rechtlichen und nationalen Vorschriften geregelt. So ist der Verkehr mit Grundstoffen Teil des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen (Suchtstoffübereinkommen von 1988) sowie Gegenstand verschiedener Rechtsinstrumente der Europäischen Union. Das EU-Recht regelt sowohl den europäischen Binnenhandel als auch den Außenhandel der EU mit Drittländern. Die 23 Chemikalien unterliegen unterschiedlich strengen Kontrollen. Die Kontrollverfahren berücksichtigen je nach Stoffkategorie die Eigenschaften, den Handelsumfang und Verwendungszweck sowie die Bestimmungsländer der Grundstoffe. Diesen Gegebenheiten ist der jeweilige Kontrollaufwand angepasst, um den normalen Handelsverkehr nicht über Gebühr zu erschweren.

Im Jahr 2005 hat das Grundstoffrecht auf EU-Ebene eine grundlegende Umstrukturierung und Änderung erfahren, durch die wesentliche Teile des Grundstoffüberwachungsgesetzes nunmehr auf europäischer Ebene geregelt sind. Hierdurch ergab sich erheblicher Anpassungsbedarf für das nationale Recht. Das neue Grundstoffüberwachungsgesetz ergänzt die drei unmittelbar geltenden EG-Verordnungen durch die erforderlichen Regelungen zur behördlichen Überwachung des Grundstoffverkehrs. Dies sind im Wesentlichen Vorschriften zur Zuständigkeit und Zusammenarbeit von Behörden, die Rechtsgrundlage für die Gebührenerhebung sowie Straf- und Bußgeldtatbestände. Die neue Fassung des Grundstoffüberwachungsgesetzes ist am 19. März 2008 in Kraft getreten. (siehe dazu auch B 1.1.7)

5.6 Forschung

Der hohe Rang, den die deutsche Suchtforschung international genießt, wurde 2007 mit der Berufung der Professoren Bühringer und Rehm in das insgesamt 15 Mitglieder zählenden „Scientific Committee“ der Euro-

päischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht deutlich. Damit sind gleich zwei Suchtforscher deutscher Herkunft für die nächsten drei Jahre in diesem hochrangigen Gremium vertreten.

In den vier deutschen Forschungsverbänden zur Suchtforschung, die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert werden, fanden 2007 im Bereich der illegalen Drogen folgende anwendungsorientierte Forschungsprojekte statt.

5.6.1 Forschungsverbund Bayern/Dresden

Primäre Ziele der Studie „Optimierung der Substitutionsbehandlung durch indikative Zuordnung von Patientenproblemen und Therapiebausteinen“ waren die Optimierung der Substitution hinsichtlich der Substitutionsmittel und deren Dosierung sowie die Optimierung der Zuordnung für die psychosoziale Therapie Drogenabhängiger. 179 Patienten konnten in die Studie aufgenommen werden. Die Katamnese nach sechs Monaten wurde abgeschlossen, aber noch nicht vollständig ausgewertet. Das Therapiemanual wurde überarbeitet und wird Anfang 2008 publiziert.

Ergebnisse: Analysen zum Therapieabbruch ergaben keinen Zusammenhang mit der Dosishöhe. Der Beikonsum nahm signifikant in den ersten sechs Monaten ab. Die wichtigsten Abbruchgründe aus Sicht der Therapeuten waren Suchtverlangen (Craving) und Beikonsum von illegalen Drogen (je 22%), wegen Familie/Partner (16%), Zweifel an eigener Fähigkeit zu einem drogenfreien Leben und die Zuversicht ohne Therapie zurechtzukommen (je 11%). Als relevanter Faktor für einen Therapieabbruch konnte lediglich das Alter zu Beginn eines kontinuierlichen Opiatkonsums (je früher, desto wahrscheinlicher ein Abbruch) festgestellt werden. In der Katamnese nach sechs Monaten gaben 64% der Patienten an, keine illegalen Opiate konsumiert zu haben; frei von allen illegalen Substanzen waren 36%. In weiteren Analysen wurde die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen untersucht. Dabei ergaben sich deutliche Hinweise auf die Möglichkeit der Optimierung einer Substitutionsbehandlung, z. B. in Hinblick auf die Bedeutung psychologischer Variablen wie Impulsivität,

die Wahl des Substitutionsmittels sowie initiale Motivationsstrukturen.

An der Technischen Universität Dresden beginnt 2008 das mehrjährige BMBF-Forschungsgruppen-Programm „Addiction and the Adolescent Brain“. Hier werden u. a. im Kontext der neuen Neuroimaging-Arbeitsgruppe „Cognitive-Affective Neuroscience of Addiction“ vorhandene Studienergebnisse zu den frühen Entwicklungsbedingungen für Sucht vertieft werden.

Ebenfalls 2008 werden im Auftrag der EU eine Reihe von Projekten zur Verbesserung der therapeutischen Versorgung und Allokation sowie eine Evaluationsstudie zu den „Schwerpunkten, Stärken und Defiziten der Forschung zu illegalen Drogen in der EU“ durchgeführt.

5.6.2 Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen

Jenseits der geförderten Einzelprojekte wurden vom Suchtforschungsverbund in Kooperation mit universitären und nicht-universitären Institutionen Forschungsprojekte durchgeführt bzw. neue Projekte beantragt. Unter Leitung der Suchtforschungsgruppe in Essen (Leiter: Professor Scherbaum) sind hier insbesondere zu nennen: Die Evaluation einer suchstoffübergreifenden Entwöhnungsbehandlung an der Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Marsberg, das in Kooperation mit der LWL-Klinik in Dortmund durchgeführte Projekt zur ambulanten Entzugsbehandlung Opiatabhängiger sowie das an den Rheinischen Kliniken Essen durchgeführte Projekt KOALA zur Behandlung von Abhängigkeit im Alter. Ein unter Federführung einer Londoner Arbeitsgruppe beantragtes Projekt zur Präsenz von Drogen im Internet (Nachfolge des Projektes PSYCHONAUT) wurde im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms bewilligt und hat unter Beteiligung der Essener Arbeitsgruppe am 1. Januar 2008 begonnen.

Das von der Essener Arbeitsgruppe geleitete Projekt („Contingency Management bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“, Arbeitsgruppe Professor Scherbaum) wurde planmäßig fortgeführt. In diesem Projekt wird untersucht, ob der Gebrauch von

Suchtmitteln (sog. Beigebruch) von Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung durch die verhaltenstherapeutische Strategie der Verhaltensverstärkung (Contingency Management) reduziert werden kann. Da die Mehrheit der Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung neben der Opiatabhängigkeit auch unter weiteren suchtmittelbezogenen Störungen leidet, ist eine Reduktion des so genannten Beigebruchs von hoher praktischer Relevanz für das Erreichen grundlegender Therapieziele. In dieser Untersuchung erhalten die Patienten der Interventionsgruppe auch schon bei einzelnen beigebruchsfreien Drogenurin-Screenings eine bestimmte Anzahl von Mitgabedosen, so dass sie nicht täglich zur Einnahme des Substituts in die Ambulanzen kommen müssen. Die Vergleichsgruppe erhält – wie auch sonst üblich – Mitgabedosen erst nach mehrmonatiger kontinuierlicher Beigebruchsfreiheit. Inzwischen wurden über 120 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen. Bei kostenneutraler Verlängerung wird diese multizentrische Untersuchung Mitte 2008 abgeschlossen.

5.6.3 Deutsches Suchtforschungsnetz

Im März 2005 wurde zum Zweck einer intensivierten Zusammenarbeit und Interessenwahrnehmung das „Deutsche Suchtforschungsnetz“, bestehend aus den vier regionalen Verbänden für Suchtforschung gegründet. Zum Sprecher wurde Professor Mann gewählt, die Sprecher der anderen regionalen Verbände sind Co-Sprecher des Suchtforschungsnetzes. Ein wichtiges Ergebnis sind regelmäßig stattfindende Treffen unter Beteiligung der Gutachter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Im Jahr 2007 gab es solche Treffen in Greifswald und Düsseldorf. Darüber hinaus beteiligt sich das Suchtforschungsnetz (neben den Kompetenznetzen Depression und Schizophrenie) am Anti-Stigma-Programm der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

5.6.4 Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS-Studie)

Studien unter klinischen wie unter Alltagsbedingungen haben nachgewiesen, dass eine qualifizierte substituionsgestützte Therapie opiatabhängiger Patienten mit Methadon und Buprenorphin die gesundheitliche und soziale Situation der Betroffenen deutlich verbessern und das Sterberisiko deutlich senken können. Obwohl die kurz- und mittelfristige (bis 1 Jahr) Wirksamkeit und Sicherheit einer auf Dauer angelegten Substitutionsbehandlung erwiesen ist, ist der mehrjährige Langzeitverlauf substituierter Opiatabhängiger unklar und schlecht untersucht. National und international fehlen bislang Daten darüber, wie häufig die zentralen Erfolgsparameter stabile Substitution, Besserung der somatischen und psychischen Gesundheit, Reduktion von Delinquenz, Freiheit von zusätzlichem Drogengebrauch sowie Abstinenz überhaupt und langfristig erreicht werden und welche Patienten- und Versorgungsmerkmale mit dem langfristigen Therapieerfolg einer Substitutionstherapie zusammenhängen.

Um diese Erkenntnislücke zu schließen, werden – gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit – auf der Grundlage einer bundesweit repräsentativen klinisch-epidemiologischen Studie der klinische, psychopathologische, soziale und substanzbezogene Behandlungsverlauf und die Behandlungsauswirkungen von über 2.500 Patienten und Patientinnen aus 233 Einrichtungen über bis zu fünf Jahre untersucht und beschrieben. Die Studie stellt somit zum einen eine Kombination einer bundesweiten, klinisch-epidemiologischen Studie zu zentralen Parametern der Versorgungsstruktur für Heroinabhängige in Substitution und zum anderen eine Gruppenstudie an repräsentativ ausgewählten Patientinnen und Patienten mit vier Messzeitpunkten dar. Die statistische Auswertung der langfristigen Effektivität und ihrer Bedingungen erfolgt auf der Grundlage praxistauglicher etablierter Instrumente (Skalen, Fragebögen, Urintests). Dabei wird unterschieden nach Dauer der vorangehenden Substitution im Hinblick auf kategoriale Faktoren (z. B. erfolgreiche Therapiebeendigung und dimensionale Wirkungen (z. B. Lebensqualität). Zusätzlich werden in ergänzenden Vertiefungs-

studien kritische Aspekte wie Substitutionsmittel und Dosierung, Erfolg und Prädiktoren der Substitution bei Frauen (Schwangerschaft, Kinder) geprüft.

Die Antragskonzeption ermöglicht über die Mehrebenenkonzeption und eine Mehrpunkterfassung eine klinisch differenzierte und umfassende Beantwortung der Frage nach der langfristigen Wirksamkeit und der Frage, wie häufig Abstinenz ein versorgungsrealistisches Ziel ist. Die Studie verspricht Aufschluss über eine patienten- und versorgungsgerechtere Gestaltung der Indikationskriterien für Substitutionsbehandlungen zu geben. Die Studie hat im November 2007 begonnen.

6 Glücksspiel

6.1 Glücksspiel und Prävention der Glücksspielsucht

Zum pathologischen Glücksspiel liegen in Deutschland nur wenige repräsentative Daten vor. Prävalenzschätzungen gehen in Deutschland von 80.000 bis 400.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Glücksspielern aus. Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 wurde die Verbreitung verschiedener Glücksspiele sowie der Anteil an Glücksspielern mit pathologischem Spielverhalten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland 72 % der 18–64-Jährigen schon einmal gespielt haben. Fast 50 % haben innerhalb der letzten 12 Monate einmal, 27,4 % mehrmals gespielt. Dabei stehen die Spiele der Lottogruppe im Vordergrund (60,3 %); mit Abstand folgen Lotterien, Sportwetten, Casinospiele, Geldspielautomaten und illegales Glücksspiel. Der höchste Anteil pathologischer Spieler unter den jeweiligen Glücksspielern zeigt sich für Internetkartenspiele (z. B. Poker: 7 %) und das kleine Spiel im Casino (6,7 %), die geringste Gefährdung besteht durch Lotto (0,1 %). Insgesamt liegt der Anteil pathologischer Glücksspieler in der Bevölkerung bei knapp 0,2 % (103.000 Personen, 95 %-Konfidenzintervall: 56.000–168.000).

Durch verkürzte Gewinnabfolgen, schnelle Spielwiederholung und große Gewinnhöhen besteht bei bestimmten Glücksspielarten ein erhöhtes Suchtpotential. Die deutliche Ausweitung des Glücksspiel- und Wettangebots führte in den letzten Jahren zu einer Zunahme von Suchtverhalten im Glücksspiel.

6.2 Der neue Staatsvertrag zum Glücksspielwesen

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

6.3 Beitrag der Länder zur Glücksspielsuchtprävention und -beratung

Zur Umsetzung des Ziels der Prävention der Glücksspielsucht sind die Bundesländer über Ausführungsgesetze zum Staatsvertrag verpflichtet, Sozialkonzepte auszuarbeiten. Die Länder haben dazu in Abstimmung mit den Landeslotteriegesellschaften wirksame Konzepte zur Suchtprävention und deren Umsetzung erarbeitet, um den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts gerecht zu werden. Schon 2007 ist es mit dem Ausbau der Angebote auf Bundes- und Länderebene zu einer entscheidenden Verbesserung der Informations- und Beratungsangebote zur Prävention des Glücksspiels in Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Länder, den Suchtverbänden und Forschungseinrichtungen gekommen.

Die Landeslotteriegesellschaften arbeiten mit Forschungseinrichtungen zusammen, wie zum Beispiel das Land Brandenburg mit der Berliner Charité. Nordrhein-Westfalen hat bereits im Jahr 2001 in Zusammenarbeit mit der Landesfachstelle Glücksspielsucht ein struktu-

riertes und gut erreichbares Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Bausteine sind u. a. Beratungs- und Informationsangebote, Hotlineangebote, die Gestaltung und Verbreitung von Informationsmaterial, eine Onlineberatung und die Schulung des Verkaufspersonals in Lotterieannahmestellen.

Die bestehenden Angebote zur Prävention und Hilfe befinden sich in den Ländern zur Zeit im Aufbau. Als Beratungsgremium für die Länder wurde ein Fachbeirat nominiert, dem Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Suchtforschung und -prävention, der Suchthilfe, Jugendhilfe und dem Jugendschutz angehören. Er kann den Ländern Vorschläge für wissenschaftliche Untersuchungen und Empfehlungen zu Spielerschutz- und Spielsuchtpräventionsmaßnahmen vorlegen.

6.4 Kooperation zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB)

Auf der Grundlage der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist im Jahr 2007 eine nationale Dachkampagne zur Prävention von Spielsucht entwickelt worden. Mit der Realisation und Durchführung dieser Kampagne sollen die Anforderungen erfüllt werden, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. März 2006 zur Aufrechterhaltung eines staatlichen Wettmonopols gestellt hat.

Mit der Durchführung einer nationalen Dachkampagne – ergänzt um die auf Länderebene getroffenen Maßnahmen zur Vermeidung von Spielsucht – kann bundesweit eine gleich hohe Qualität in der Prävention von Glücksspielsucht gewährleistet werden. Eine optimale Präventionsstrategie kombiniert dabei Maßnahmen, die am sinnvollsten auf Landesebene durchgeführt werden (wie z. B. die Schulung von Personal in Lotto-Annahmestellen, der Aufbau von regionalen Beratungseinrichtungen zum Thema „Glücksspielsucht“) mit Maßnahmen, die unter den Gesichtspunkten von Effektivität und optimaler Ressourcennutzung am besten auf Bundesebene durchgeführt werden sollten.

Zu den Maßnahmen, die am effektivsten auf Bundesebene durchzuführen sind, gehören

- ein Monitoring-System zur Beobachtung von Trends der Spielsuchtgefährdung und Maßnahmenkontrolle;
- Beratungs- und Informationsangebote per Internet;
- eine bundesweite telefonische Beratung zum Thema Glücksspielsucht;
- die Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien und Informationsaufbereitung sowie
- eine massenmediale Kampagne zur Vermittlung spielsuchtpräventiver Botschaften an die Bevölkerung und für spezifische Zielgruppen.

Im Jahr 2007 sind auf der Basis der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Lotto-Toto-Block und der BZgA in allen genannten Maßnahmenbereichen die Grundlagen und Voraussetzungen geschaffen worden, um eine nationale Kampagne zur Prävention von Glücksspielsucht durchzuführen. Im ersten Schritt sind Beratungs- und Informationsangebote für Spielsuchtgefährdete und Spielsüchtige sowie betroffene Angehörige ausgeweitet worden. Unter der Nummer 0800-137 27 00 ist durch die BZgA ein kostenloses Info-telefon zur Glücksspielsucht eingerichtet worden. Die telefonische Beratung kann als erste anonyme Anlaufstelle bei allen Fragen zur Spielsuchtgefährdung und Glücksspielsucht dienen. Bei Bedarf werden Anlaufstellen zum regionalen Hilfeangebot für Spielsüchtige im stationären oder auch ambulanten Bereich genannt.

Wer sein eigenes Spielverhalten kritisch testen will, kann dies über einen Selbsttest im Internet überprüfen. Unter der Internetadresse www.spielen-mit-verantwortung.de hat die BZgA ein Angebot eingerichtet, das direkt darüber Auskunft gibt, ob die eigene Teilnahme am Glücksspiel problematisch einzuschätzen ist und Merkmale von Spielsucht aufweist. Auch dieses Angebot ist kostenlos und anonym. Wer sein Spielverhalten ändern will, kann dies mit Hilfe eines Beratungsprogramms erreichen, das

sich direkt an den Selbsttest im Internet anschließt. Über einen Zeitraum von vier Wochen werden Spielerinnen und Spieler dabei unterstützt, erste Schritte aus ihrem problematischen Glücksspielverhalten zu schaffen. Über eine ergänzende, individuelle Beratung kann hier der Weg zu den regionalen Beratungseinrichtungen eingeleitet werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung dieser Maßnahmen stehen im Mittelpunkt der weiteren Kooperation. Mit der Durchführung der bundesweiten Kampagne zur Prävention von Glücksspielsucht soll ein Beitrag zur Verringerung des problematischen Glücksspielverhaltens in der Bevölkerung erreicht werden.

6.5 Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“

Im Oktober 2007 startete offiziell das vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“. Die wesentlichen Ziele des Projektes sind, eine größere Anzahl an Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten frühzeitig durch gezielte Maßnahmen und Strategien zu erreichen und ihnen in den Suchtberatungsstellen fachlich qualifizierte Hilfsangebote zur Seite zu stellen. Betroffenen Personen und deren Angehörigen sollen erprobte Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten angeboten werden. Ein umfassendes Beratungskonzept soll die Vernetzung und den Ausbau weiterer Angebote der Suchthilfe beinhalten, wie Selbsthilfegruppen, Schuldnerberatung sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation.

Zur Erprobung neuer Wege der Öffentlichkeitsarbeit und zur Anwendung verbesserter Konzepte im Rahmen der Spielerberatung sind zehn Schulungsmodul vorgesehen, die an wechselnden Standorten durchgeführt werden. Fast alle Bundesländer sind an diesem Projekt beteiligt.

Zu den wesentlichen Aufgaben im Rahmen des Projektes gehört – neben dem unmittelbaren Ausprobieren und Umsetzen der erworbenen Projekterkenntnisse im praktischen Alltag – die zeitnahe Weiterleitung der Projekt-

ergebnisse innerhalb der jeweiligen Ländernetzwerke. Das Ziel sollte sein, am Ende des Projektes ein möglichst flächendeckendes qualifiziertes Angebot für Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten vorhalten zu können. Das Bundesmodellprojekt wird über den gesamten Projektzeitraum von der fogs-GmbH (Köln) wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Mit der Projektkoordination und Durchführung der Schulungen ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hamm) beauftragt.

6.6 Werkstattgespräche der Drogenbeauftragten zur Glücksspielsuchtprävention

Um ein bundesweit abgestimmtes Gesamtkonzept zur Glücksspielsuchtprävention zu unterstützen, hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung am 24. Januar 2007 die Drogenbeauftragten der Länder, Suchtexperten und Vertreter der Landeslotteriegesellschaften zu einem Werkstattgespräch zu Vorhaben der Suchtprävention des Glücksspiels eingeladen. Dabei wurden der Handlungsbedarf und erforderliche Mindeststandards für eine effektive Vermeidung und Reduzierung der Wett- und Spielsucht diskutiert und die bestehenden Konzepte zur Suchtprävention auf Bundes- und Landesebene vorgestellt.

Auf Vorschlag der Länder und des Deutschen Lotto- und Totoblocks (DLTB) fand am 13. März 2008 ein Zweites Werkstattgespräch auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung statt. Ziel des Treffens war eine Bestandsaufnahme der im Jahr 2007 erlassenen Ausführungsgesetze der Länder und der umgesetzten Maßnahmen. Schwerpunkte waren weitere Anforderungen an die Suchtprävention beim Glücksspiel sowie an die Suchtforschung und eine Einbeziehung des gewerblichen Automatenspiels.

Suchtstoffübergreifende Prävention

1 Kampagne „Kinder stark machen“ der BZgA

„Kinder stark machen“ ist eine Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur substanzübergreifenden Suchtvorbeugung. Mit ihr soll das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen gestärkt und ihre Konfliktfähigkeit gefördert werden, damit sie nicht auf Suchtmittel ausweichen, wenn Schwierigkeiten und Probleme auftreten.

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

Der Sportverein ist neben Elternhaus und Schule ein wichtiger Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Über 70% sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum freiwillig Mitglied in einem Sportverein. Hier sollte Suchtprävention ansetzen. Schon sehr früh hat die BZgA mit den größten Breitensportverbänden Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen die Zusammenarbeit zum Thema Suchtvorbeugung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen festgelegt wurde.

Für die vereins- und alltagsnahe Umsetzung der Inhalte hat die BZgA ein Konzept mit verschiedenen Bausteinen entwickelt, das auch 2008 in Kooperation mit den Partnern aus dem Breitensport weiter ausgebaut werden soll. Im Einzelnen sind dies:

- Multiplikatorenarbeit: Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendarbeit in Sportvereinen sowie die Bereitstellung von Arbeitshilfen für eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema Suchtprävention;
- Bereitstellung eines Serviceangebotes: Unterstützerpaket, telefonische und E-Mail-Beratung für die Motivierung von selbstinitiierten Projekten im Sportverein;

- Personale Kommunikation: Die BZgA steht im Dialog mit Eltern, ihren Kindern und haupt- und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern, vor allem auf sport- und familienorientierten Veranstaltungen.

Im Rahmen einer langfristig angelegten Strategie ist es das Ziel, das pädagogische Konzept der Lebenskompetenzförderung schrittweise in die Kinder- und Jugendarbeit der Sportverbände zu integrieren.

Multiplikatorenarbeit: Der BZgA ist es durch mehrjährige Vorarbeit 2007 gelungen, das Thema Suchtprävention zunächst in das Regelangebot für die Lehrarbeit beim Deutschen Fußball-Bund (DFB) zu implementieren. Als erster Breitensportverband in Deutschland hat der DFB mit der BZgA ein Qualifizierungsangebot zum Thema Suchtprävention für die Vereinsarbeit mit 5–14-Jährigen entwickelt. Bundesweit konnten im ersten Schritt ca. 600 Betreuerinnen und Betreuer, Jugendtrainerinnen und -trainer sowie Jugendleiterinnen und -leiter erreicht werden. Ziel des Schulungsprogramms ist es, Nachwuchsspielerinnen und -spieler zusätzlich zu ihrer fußballpraktischen Ausbildung darin zu unterstützen, dass sie ihr Leben ohne Alkohol und Tabak bewältigen. Dafür bekommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen ihrer Kurzschulung praxisorientierte Informationen und Tipps. Mit Hilfe dieses Kurzschulungsangebotes sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fußballvereinen in die Lage versetzt werden:

- Kinder in einer entwicklungssensiblen Lebensphase zu begleiten;
- bei ihrer täglichen Arbeit Unterstützung zu finden;
- die Kinder auch über die sportlichen Leistungen hinaus im Sinne einer umfassenden Suchtprävention in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu stärken.

Mit dem Angebot wurde die Grundlage dafür geschaffen, dass der DFB die qualifizierte Aus- und Fortbildung zur frühen Suchtvorbeugung in Eigenregie übernimmt. Nach der erfolgreichen Implementierung der Kurzschulungsangebote beim DFB sollen Gespräche mit dem

Kooperationspartner Deutscher Olympischer Sportbund und seinen Jugendorganisationen sowie mit dem Deutschen Leichtathletikverband geführt werden mit dem Ziel, die evaluierten Lehrmaterialien für ihre Lehr- und Bildungsarbeit zu übernehmen.

Vereinservice: Damit lokale Vereine eingebunden und die Nachhaltigkeit präventiver Effekte gestärkt werden, bietet die BZgA seit mehreren Jahren einen Vereinservice als basisorientierte Zusatzleistung für Sportvereine und Institutionen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an. Hierzu zählen ein Unterstützerpaket mit Materialien zur Suchtprävention und eine telefonische oder E-Mail-Beratung für die Planung und Durchführung der eigenen Aktivitäten. Inzwischen ist das Angebot bei vielen Sportvereinen bekannt und akzeptiert.

Mit der Umsetzung gelang es, ca. 500.000 Mitglieder in den Vereinen auf das Thema Suchtprävention aufmerksam zu machen.

Eine Fragebogenauswertung von 223 Sportvereinen zum Vereinservice hat ergeben, dass

- 81 % der Sportvereine Wert auf ihre Kinder- und Jugendarbeit legen;
- 59 % der Sportvereine die Suchtvorbeugung im Sportverein wichtig ist;
- 45 % der Sportvereine das Thema Alkoholprävention und 37 % das Thema Tabakprävention aufgegriffen haben und
- 97 % der Servicenutzer das Angebot der BZgA noch einmal in Anspruch nehmen würden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass der Vereinservice sich als ein wirksames Instrument bewährt hat, die Eigeninitiative von Vereinsmitgliedern zum Thema Suchtprävention zu fördern.

- www.kinderstarkmachen.de

2 Deutsches Forum Kriminalprävention

Der Schwerpunkt der Arbeit der Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (DFK) ist seit Jahren auf das Themenfeld „Gewaltprävention“ gerichtet. Hierzu gab es umfassende Veröffentlichungen zur Vorurteilskriminalität. Weiterhin wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) Strategien der Gewaltprävention entwickelt. Gewaltanwendung steht in vielen Fällen in Zusammenhang mit erheblichem Alkohol- und Drogenkonsum.

Im vergangenen Jahr hat das DFK eine Expertise zu „Gelingensbedingungen für die Prävention von interpersonaler Gewalt im Kindes- und Jugendalter“ in Auftrag gegeben. Diese von Professor Herbert Scheithauer, Freie Universität Berlin, erarbeitete Expertise hat eine umfassende Darstellung der Bedingungen für den Erfolg nachhaltiger Prävention zum Gegenstand. Es wurden Bestandteile von Präventionsprogrammen herausgearbeitet, die erwiesenermaßen effektiv Gewalt reduzieren und verhindern. Diese Erkenntnisse können gewinnbringend für die Weiterführung der Debatte um die Entwicklung einer systematisierten und strategischen Präventionsarbeit genutzt werden.

Das DFK unterstützt die Weiterentwicklung von Präventionsprogrammen, die sich im Sinne der Frühprävention sowohl gegen Sucht- als auch Gewaltentwicklung wenden. Beispielhaft sei hier das Programm „Fairplayer-Sucht“ von Prof. Scheithauer genannt, das das DFK ideell unterstützt. Es basiert auf der Erkenntnis, dass Risikofaktoren und Risiko mildernde Faktoren bei der Entstehung von Substanzmissbrauch wie dem Alkoholkonsum und Gewalt vergleichbar sind.

3 Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule

Projekt Klasse2000: Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundschule

Seit 1991 hat sich Klasse2000 zum bundesweit größten Programm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung im Grundschulalter entwickelt. Es beginnt in der ersten Klasse und begleitet die Kinder kontinuierlich bis zum vierten Schuljahr. Zusammen mit den Programmen Kindergarten plus und Lions Quest „Erwachsen werden“ werden Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 16 Jahren erreicht.

Auf der Basis des Lebenskompetenzansatzes der WHO stärkt Klasse2000 persönliche und soziale Kompetenzen ebenso wie Gesundheits- und Körperwissen sowie eine positive Einstellung zur eigenen Gesundheit. Anhand eines detaillierten Konzepts und mit vielen handlungsorientierten Materialien gestalten die Lehrkräfte zusammen mit externen Gesundheitsförderern pro Schuljahr ca. 15 Unterrichtseinheiten Klasse2000 für den Klassenalltag. Es geht dabei z. B. darum, gesund zu essen, sich viel zu bewegen, richtig zu entspannen, mit Gefühlen und Problemen umzugehen, im Team zusammenzuarbeiten und Konflikte gewaltfrei zu lösen, Tabak und Alkohol kritisch zu beurteilen, Werbung zu durchschauen und auch trotz Gruppendrucks „Nein“ sagen zu können. Die Eltern werden durch Informationsabende, Briefe und „Hausaufgaben“ eingebunden.

Klasse2000 hat inzwischen bundesweit über 440.000 Kinder erreicht. Allein im Schuljahr 2006/2007 beteiligten sich mehr als 250.000 Kinder aus 10.574 Grundschulklassen an dem Programm. Damit wurden rund 7 % aller Grundschulklassen erreicht.

Ein signifikanter Effekt des Programms auf eine Senkung des Probierkonsums von Tabak konnte nachgewiesen werden.

Die Grundschule bietet ein geeignetes Setting, um alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft zu erreichen. Nach Einschätzung der Lehrkräfte stammen 24 % der teilnehmenden Klassen aus einem sozialen Brennpunkt. Lehrkräfte aus „Brennpunkt-Schulen“ beurteilen das Unterrichtskonzept positiver als ihre Kollegen.

Die Befunde der Ergebnisevaluation zeigen, dass das Programm Klasse2000 an Brennpunkt-Schulen erfolgreich implementiert werden kann und den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht wird.

Krankenkassen beteiligen sich zum Teil als Förderer an der Finanzierung des Programms.

■ www.klasse2000.de

Beispiel: Projekt „Papilio“ zur frühkindlichen Suchtprävention

PAPILIO ist ein Programm, das speziell für Kindergartenkinder entwickelt wurde. Es wird durch die Erzieherinnen und Erzieher durchgeführt und bezieht auch die Eltern mit ein. Es dient dazu, die sozial-emotionale Kompetenz der Kinder zu verbessern und hilft so, der späteren Entwicklung von Sucht und Gewalt vorzubeugen. Dabei üben die Erzieherinnen und Erzieher mit den Kindern im Alter von 3–7 Jahren den sozial kompetenten Umgang miteinander, den Umgang mit Gefühlen und das Einhalten sozialer Regeln.

Das Programm basiert auf wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass viele Risikofaktoren, die zu Sucht und Gewalt bei Jugendlichen führen können, bereits im Kindergartenalter auftreten. Ein zentraler Indikator für Risikofaktoren sind Verhaltensauffälligkeiten. PAPILIO ist geeignet, Verhaltensauffälligkeiten zu beseitigen und fördert Schutzfaktoren wie Gleichaltrigenbeziehungen, Beziehungen zu Bezugspersonen, Sprachkompetenz, Fähigkeit zu Empathie, Mitgefühl und Selbstwertgefühl.

Das Programm wurde vom gemeinnützigen beta Institut, Augsburg, entwickelt. Seine Wirksamkeit und Machbarkeit wurde in einer Langzeitstudie mit 700 Kindern belegt. Ministerien, Krankenkassen, Unternehmen und Präventionsstellen in zehn Bundesländern setzen PAPILIO bereits um. 100 Trainerinnen und Trainer qualifizieren Erzieherinnen und Erzieher bundesweit, 25.000 Kinder durchliefen bislang das Programm.

Eine Aufklärungskampagne durch 25 deutsche Städte sensibilisierte die Öffentlichkeit 2007 für das Thema frühe Prävention, so dass die Einführung in weiteren Bundesländern angestrebt wird. Öffentlichkeitswirksamer Partner von Papilio ist die Augsburger Puppenkiste.

■ www.papilio.de

4 „KlarSicht“ – Mitmach-Parcours der BZgA zu Tabak und Alkohol

Im Kontext ihrer Präventionsmaßnahmen für den Bereich legaler Suchtmittel hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den interaktiv und spielerisch angelegten „KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol entwickelt.

Jugendliche im Alter von ca. 12–18 Jahren erhalten Entscheidungsgrundlagen und -hilfen, um ihr Genuss- und Konsumverhalten an einem gesundheitsförderlichen Verhaltensmuster zu orientieren. Neben der Aufklärung über Wirkungen und Suchtpotenziale der beiden genannten Stoffe zielt der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ geschlechtsspezifisch auf die Stärkung protektiver Faktoren ab. Der „KlarSicht“ – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol vermittelt Multiplikatoren durch aktive Mitwirkungsmöglichkeit modellhaft die Qualitätskriterien für das Gelingen zielgruppenspezifischer Kommunikation. Ferner will die BZgA mit diesem Projekt örtliche Präventionsstrukturen aktiv unterstützen, ein Forum für lokale Beratungsstellen bieten und letztlich Multiplikatoren vor Ort, aber auch auf Länderebene, zur späteren Adaption dieses Modells motivieren und qualifizieren. Die Einsätze werden von lokalen Fachkräften durchgeführt, die 2007 geschult und praxisorientiert auf ihre Aufgaben im Parcours vorbereitet wurden.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 25 „KlarSicht“-Einsätze in allen Schulformen durchgeführt, wobei die Einsätze an Haupt-, Real-, Gesamt- und berufsbildenden Schulen überwogen.

Der Mitmach-Parcours trifft in den Bundesländern auf großes Interesse. Bisher sind bei der BZgA mehr als 400 Anfragen nach „Klar-Sicht“-Einsätzen aus allen Bundesländern eingegangen.

■ www.klarsicht.bzga.de

5 Suchtprävention im Internet

Das Internet ist auch im Bereich Drogen- und Suchtprävention eine der am häufigsten genutzten Informationsquellen. Insbesondere Jugendliche und junge Menschen suchen zuerst im Internet nach Informationen über legale und illegale Substanzen. Um diesem Informationsbedürfnis mit qualitativ hochwertigen Angeboten zu begegnen, wurden in den letzten Jahren verschiedene suchtpreventive Internetportale entwickelt. Meist werden diese Portale durch interaktive Elemente wie Online-Beratung, Chats oder Selbsttests ergänzt. Im folgenden sollen einige ausgewählte Internetportale vorgestellt werden.

5.1 Internetplattform www.drugcom.de

Websites bieten vielfältige Möglichkeiten der interaktiven Auseinandersetzung, die in unterschiedlicher Form bei drugcom.de genutzt werden. Realisiert wurden interaktive Selbsttests, persönliche Beratungsangebote via E-Mail und Chat und ein speziell auf Cannabiskonsumierende zugeschnittenes Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ (siehe dazu C 4.3.3). Die durchschnittliche Besucherzahl im Jahr 2007 lag mit 2.400 Besuchern pro Tag auf sehr hohem Niveau.

Die Hauptziele des Internetportals zur Prävention des Substanzkonsums sind

- über Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum zu informieren;
- eine (selbst-)kritische Einstellung gegenüber Substanzkonsum zu fördern;
- ein möglichst risikoarmes Konsumverhalten mit psychoaktiven Substanzen zu fördern (Punktnüchternheit), zum Verzicht auf bestimmte Substanzen zu motivieren und
- die Zahlen der Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten zu senken.

Ein Drittel (32 %) der 12–25-Jährigen hat schon einmal illegale Drogen probiert, hauptsächlich Cannabis. Der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die regelmäßigen Cannabis konsumieren, liegt in den letzten Jahren unverändert bei 4 %. Es ist eine Herausforderung für die Suchtprävention, auch Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen, die Cannabis und andere illegale Drogen konsumieren, die mit herkömmlichen Präventionsaktivitäten schwer zu erreichen sind. Der Konzeption von drugcom.de liegen zwei grundsätzliche Überlegungen zugrunde. Zunächst wird von einer Zielgruppenheterogenität jugendlicher Drogenkonsumentinnen und -konsumenten ausgegangen, mit der die Aufgabe verknüpft ist, mit differenzierten Angeboten und präventiven Maßnahmen unterschiedliche Bevölkerungsteile möglichst wirksam anzusprechen. Hierbei sind neben den Parametern Alter und Geschlecht das aktuelle Muster des Substanzkonsums, die spezifische Lebenswelt bzw. die soziale Situation und die psychosoziale Gesundheit Jugendlicher zu berücksichtigen. Zum anderen gilt es, die präventiven Maßnahmen danach auszurichten, dass gesundheitsrelevantes Wissen, konsumbezogene Einstellungen oder das Konsumverhalten Jugendlicher beeinflusst werden können. Die suchtmittelspezifische Prävention auf drugcom.de wird durch die kontinuierliche Aktualisierung der Informations- und Testangebote sowie durch die verschiedenen Angebote zur Beratung per Chat und E-Mail umgesetzt.

5.2 Bundesweite Vernetzung „PrevNet.de“ und Dokumentation „Dot.sys“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) trägt durch die Bereitstellung von computer- und internetgestützten Systemen zu besseren Voraussetzungen der Kooperation in der Suchtprävention (Capacity Building) bei. Diese dienen zum einen der bundesweiten Dokumentation suchtpreventiver Aktivitäten (Dot.sys) und fördern die Qualitätsentwicklung der Suchtprävention in Deutschland durch die Bereitstellung qualitätsgesicherter Informationen und die Vernetzung von Fachkräften (www.prevnet.de). Bei beiden Systemen

handelt es sich um Kooperationsprojekte zwischen der BZgA und den Ländern.

Prevnet.de – Fachportal der Suchtvorbeugung

Das internetgestützte BZgA-Länder-Kooperationsprojekt PrevNet wurde als Fachportal für Expertinnen und Experten der Suchtvorbeugung entwickelt. Es ist seit September 2004 online und hat einen kontinuierlichen Zuwachs. Bis dato verfügt es über mehr als 850 aktive Mitglieder aus über 600 Einrichtungen der Suchtvorbeugung (2007: 650 Mitglieder aus 500 Einrichtungen).

Das Hauptziel von PrevNet besteht darin, das in Deutschland bestehende Wissen zur Suchtprävention über ein Internetportal zentral und strukturiert zugänglich zu machen und den fachlichen Austausch der Fachkräfte in diesem Arbeitsbereich zu fördern. Erfolgreiche Projekte werden bundesweit präsentiert und aktuelle Studien verfügbar gemacht. Der Zugang zu Fachkräften der Suchtvorbeugung wird erleichtert (z. B. Referentensuche) und Möglichkeiten zur Kosteneinsparung geschaffen (z. B. Senkung der Reisekosten durch virtuelle anstatt „face to face“ Arbeitstreffen). Die Übersicht über Materialien führt zu Synergieeffekten bei der Entwicklung der Arbeitsmittel. Arbeitsbeziehungen werden intensiviert (z. B. durch Arbeitsgruppen und Foren).

Bisher wurden auf der Informationsebene ca. 350 unterschiedliche Materialien eingestellt (Broschüren, Flyer, Bücher, Videos, Plakate, Zeitschriften und CD-Roms), ca. 350 Projekte für unterschiedliche Settings dargestellt sowie ca. 80 Veranstaltungshinweise (Termine) und knapp 90 Studien einbezogen. Weiterhin wurden im interaktiven Bereich des Portals 66 Arbeitsgruppen, 28 Foren, 12 Newsletter und 9 Mailinglisten eingerichtet.

Es arbeiten Fachkräfte aus insgesamt zwölf Ländern in dem Portal zusammen (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Saarland). Das Portal wird kontinuierlich an die aktuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten in der Suchtpräventionslandschaft angepasst.

Im Zuge der Weiterentwicklung soll 2008 ein umfangreicher E-Learning-Bereich zur Schulung der PrevNet-Mitglieder implementiert werden.

Dot.sys – Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung in Deutschland

Das computergestützte Dokumentationssystem Dot.sys dient der Erfassung und dem Monitoring der Versorgungssituation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland. Vom 1. Januar bis 31. Dezember 2006 fand unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der bundesweiten Piloterhebung 2005 eine erste umfassende Dot.sys-Datenerhebung der suchtpreventiven Maßnahmen in Deutschland statt.

Es beteiligten sich 298 von 479, d. h. mit 62% über die Hälfte aller „hauptamtlich in der Suchtprävention Tätigen“ aus Fach- und Beratungsstellen, Fachambulanzen, Ämtern, Vereinen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer an der Datenerhebung mit Dot.sys. Insgesamt wurden 28.626 Maßnahmen aus dem Bereich der Suchtprävention erfasst und ausgewertet (2005: 21.513 Maßnahmen).

Die Beteiligung der einzelnen Bundesländer am Dokumentationssystem Dot.sys ist unterschiedlich ausgeprägt. Besonders dokumentationsfreudige Bundesländer (höhere Teilnahmequote) prägen den Datensatz stärker als andere. Eine Annäherung der jeweiligen Beteiligungsquoten der Länder soll dieser Ungleichgewichtung entgegenwirken und die Aussagekraft der Daten als Abbild der Struktur suchtpreventiver Aktivitäten durch hauptamtliche Fachkräfte erhöhen.

Auf Bundes- und Länderebene werden daher kontinuierlich weitere Anstrengungen für eine Fortsetzung und Komplettierung der Dokumentation unternommen. Angestrebt ist eine Vollerfassung aller Maßnahmen der Suchtprävention.

Die Ergebnisse der Erhebung sind in dem Bericht „Dot.sys – Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland 2006“ zusammengefasst. Der Bericht kann von der Internetseite der BZgA (www.bzga.de) und vom Fachportal der Suchtvorbeugung Prevnet (www.prevnet.de) heruntergeladen werden.

6 Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) führt seit Sommer 2005 die Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ mit Plakaten, Flyern und Aufklebern zur Verbesserung der Einhaltung der Jugendschutzvorschriften zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ), dem Hauptverband des Deutschen Einzelhandels (HDE) e.V., dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e.V. (DEHOGA) und dem Bundesverband Tankstellen und Gewerbliche Autowäsche Deutschland e.V. (BTG) durch. Diese Aktion bezieht sich auf die Abgabeverbote für Alkohol und Tabakwaren sowie die Alters- und Zeitbegrenzungen für Gaststätten- und Diskothekenbesuche und richtet sich sowohl an die Verantwortlichen im Einzelhandel als auch an die Betreiberinnen und Betreiber von Gaststätten und Tankstellen – und insbesondere auch an deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – sowie an Eltern.

■ www.bmfsfj.de

7 Runder Tisch „Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzuges“

Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen hat sich am 28. November 2007 mit den zuständigen Landesministern, Bundestagsabgeordneten, den kommunalen Spitzenverbänden, den Ressorts der Länder sowie Vertretern des Bundes, von Jugend- und Jugendschutzverbänden, der Kirchen, des Einzelhandels, der Tankstellen- und Videothekenbetreiber, dem Gaststätten- und Hotelverband sowie weiteren Experten über bessere Vollzugsmöglichkeiten im Jugendschutz verständigt. Der Runde Tisch zielte darauf ab, gesetzestreu Verhalten zu fördern und die schwarzen Schafe, die gegen die Jugendschutzgesetze verstoßen, effektiver zu belangen.

Bund, Länder und Kommunen waren sich einig, dass sie gemeinsam mit der Wirtschaft größere Anstrengungen unternehmen wollen, um das Jugendschutzgesetz in der Praxis wirkungsvoller durchzusetzen. Es wurde unter anderem vereinbart, dass die Öffentlichkeitsarbeit

der Kampagne des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“ verstärkt wird, indem zum Beispiel flächendeckend Informationsmaterialien in Geschäften, Hotels, Gaststätten und den Jugendorganisationen der Verbände vor Ort verteilt werden. Das BMFSFJ wird außerdem mit den Verbänden Schulungsmaterial und ein Trainingsvideo zu Jugendschutzbestimmungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Unternehmen entwickeln und eine Internetseite einrichten, die vor allem Eltern die Regelungen des Jugendschutzes klar aufzeigen soll.

8 Suchtprävention in der betrieblichen Berufsausbildung

Suchtprobleme – Alkohol oder illegaler Drogenkonsum – spielen in der Arbeitswelt eine größere Rolle als angenommen. Sie bedeuten für die Betroffenen und deren Angehörige individuelle Tragödien und verursachen für Wirtschaft und Gesellschaft hohe Kosten: Alkoholprobleme sind die häufigste Ursache für Fehlzeiten, Leistungseinbußen und Arbeitsunfälle. Auch Auszubildende sind zunehmend betroffen: Schon bei 14–24-Jährigen liegt die Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs bei 10%. 16% der Berufsschüler konsumieren illegale Drogen, 22% der 13–25-Jährigen mehrere Suchtmittel. Das Einstiegsalter sinkt.

Den Betrieben kommt eine wichtige Aufgabe in der Suchtprävention zu, weil der Arbeitsplatz wie kaum ein anderer Bereich dazu geeignet ist, nachhaltig wirksame Präventionsarbeit zu leisten. Eine Schlüsselrolle spielt dabei das Ausbildungspersonal – aber auch Betriebsvereinbarungen sind von Bedeutung.

Das ausbildende Personal steht der Problematik häufig hilflos gegenüber. Um so dringender ist die Sensibilisierung der Ausbildungspraktiker für das Suchtproblem und -verhalten von Auszubildenden und angehenden Fachkräften und die Suche nach guten Praxisbeispielen, wie man als Ausbilder diesem Problem begegnet.

In diesem Zusammenhang wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB, Bonn) die multimediale CD-ROM „Im Fokus: Suchtverhalten in der Ausbildung“

im Rahmen des Forschungsvorhabens „Suchtprävention und Qualifizierung“ produziert.

Im Kapitel „Prävention und Best Practice“ berichten Expertinnen und Experten für Suchtprävention und -intervention über ihren Alltag im Umgang mit Auszubildenden – und auch die Jugendlichen selbst kommen zu Wort. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen wie: Welche Strategien haben sich bewährt? Was sind die Besonderheiten im Umgang mit den Jugendlichen? Was können, was sollten die Unternehmen leisten?

Das Kapitel „Hintergrund und Forschung“ fasst die Untersuchungs- und Studienergebnisse, Vorträge und Analysen des BIBB-Forschungsprojekts und von wissenschaftlichen Workshops zusammen. Dabei wird die Bedeutung der Drogenproblematik in der Ausbildung und bei jungen Berufstätigen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven näher beleuchtet.

9 Suchtprävention in der Bundeswehr

Suchtprävention hat in der Bundeswehr einen hohen Stellenwert. Das Bundesministerium der Verteidigung hat im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention die Suchtprävention als einen prioritären Themenbereich festgelegt. Diese hat zum Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln zu verhindern.

Durch konkrete Maßnahmen und eine strukturelle Verankerung wird Suchtprävention in der Bundeswehr als ein dauerhafter und nachhaltiger Prozess gestaltet. Sie umfasst Aufklärung sowie die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Vorgesetzten. In diesem präventiven Ansatz arbeiten der Sanitätsdienst der Bundeswehr, der psychologische Dienst, der Sozialdienst, die Militärseelsorge, zivile Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen (wie z. B. Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.) sowie die Streitkräfte in einem psychosozialen Netzwerk auf Standortebene zusammen. Dieses Netzwerk bietet Soldatinnen und Soldaten, zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten Beratung und Unterstützung an.

Durch die Förderung von interaktiven Angeboten (z. B. Nichtraucherseminare), die ein aktives Mitgestalten und Weiterentwickeln ermöglichen, werden die Bundeswehrangehörigen mehr als bisher erreicht und vorhandene Ressourcen gestärkt. Künftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf polyvalente und riskante Konsummuster eingegangen werden, da die Trennung von legalen und illegalen Drogen immer weniger dem realen Konsumverhalten, insbesondere von jungen Erwachsenen, entspricht. Die Soldatinnen und Soldaten werden bereits in der Grundausbildung offensiv mit dieser Thematik konfrontiert und unmissverständlich darüber belehrt, dass Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet wird und auch mit den Mitteln des Disziplinar- und Statusrechts sanktioniert wird.

Die Aufklärung über die Gefahren von Sucht und das Stärken des Abwehrverhaltens erfolgt nach der Grundausbildung in Form von Belehrungen, Unterrichtungen, Aktionen, Broschüren, Plakaten und digitalen Medien. Die Weiterentwicklung einer auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Bundeswehrangehörigen ausgerichteten Gesundheitskommunikation (z. B. CD-ROM „Suchtprävention in der Bundeswehr“, Internetauftritt, Printmedien) stellt dabei einen Schwerpunkt dar. Die Website der Bundeswehr zur Suchtprävention (www.suchtpraevention-bundeswehr.de) konnte beispielsweise für das Jahr 2007 mit insgesamt 95.000 Besuchern und über 175.000 Seitenaufrufen eine weitere Attraktivitätssteigerung verbuchen.

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

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr durch seine Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter flächendeckend in Deutschland und an bestimmten Auslandsstandorten Beratung und Betreuung in persönlichen Angelegenheiten an. Im Psychologischen Dienst der Bundeswehr arbeiten approbierte Klinische Psychologinnen und Psychologen

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

Die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V., eine ehrenamtliche Einrichtung zur Betreuung, Beratung und Begleitung von alkoholkranken Angehörigen der Bundeswehr und deren Familien, hat die fachliche Aus- und Weiterbildung ihrer Suchtkrankenhelferinnen und -helfer kontinuierlich fortgesetzt; diese stehen in zahlreichen Standorten als Ansprechpartner zur Verfügung und können auch zur Präventionsarbeit herangezogen werden.

Das Bundesnichtraucherschutzgesetz vom 20. Juli 2007 wurde für die Bundeswehr mit dem Erlass „Schutz der nichtrauchenden Personen vor Passivrauchen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung“ mit Inkraftsetzung zum 1. September 2007 umfassend umgesetzt. Begleitend dazu ist für das Jahr 2008 geplant, auf der Grundlage eines erfolgreich durchgeführten Pilotprojekts Nichtraucherseminare an allen größeren Standorten der Bundeswehr mit dem Ziel durchzuführen, Raucher in der Bundeswehr zum Verzicht auf das Rauchen zu bewegen.

In den Auslandseinsätzen der Bundeswehr wird der Drogen- und Suchtprävention besondere Aufmerksamkeit gewidmet. In der den Einsatz vorbereitenden Ausbildung wird diese Problematik deutlich thematisiert. Die Erlaubnis zum begrenzten Alkoholkonsum wird in allen Einsatzkontingenten sehr sorgfältig gehandhabt und der Konsum entsprechend kontrolliert. Darüber hinaus enthält das Warenangebot der Marketenderläden in den Einsatzkontingenten seit dem 1. Februar

2007 grundsätzlich keine hochprozentigen Spirituosen (über 18 % Alkoholanteil) mehr.

Der Schutz nichtrauchender Personen vor Passivrauchen wird im Auslandseinsatz im Sinne der geltenden Erlasslage sichergestellt. Der Drogenmissbrauch ist in den Einsatzkontingenten eher unauffällig. In 2007 wurden in den gesamten Einsatzkontingenten nur drei Fälle von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz bekannt. Insgesamt ist festzustellen, dass die durchgeführten Maßnahmen greifen. Die aus dem Meldeaufkommen ersichtliche Tendenz zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz ist in der Bundeswehr seit Jahren stark rückläufig und lag 2007 – nicht nur absolut, sondern auch bezogen auf die Anzahl der Soldatinnen und Soldaten – auf dem niedrigsten Stand seit über zehn Jahren.

10 Integrationsprojekte zur Suchtprävention für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten

Die Bundesregierung fördert über das Bundesministerium des Innern (BMI) altersunabhängige Integrationsmaßnahmen und über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Integrationsprojekte für Jugendliche unter 27 Jahren. Die Förderung der gemeinwesenorientierten Integrationsmaßnahmen wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in enger Absprache mit dem BMI und dem BMFSFJ durchgeführt. Die Projektförderung hat einen präventiven Charakter und ist auf die Stabilisierung der Persönlichkeit der Zuwanderinnen und Zuwanderer ausgerichtet. So wird z. B. im Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund durchgeführt wird, den Zuwanderern mit der Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolgserlebnisse und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine Halt und Orientierung gegeben, was sie weniger suchtanfällig macht. Von über 240 der 2007 geförderten altersunabhängigen Projekten haben neun Projekte mit einer Gesamtbundeszuwendung von fast 393.000 Euro neben der sozialen Integration auch den speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention. Der Ansatz der Sucht-

präventionsprojekte des BAMF ist, den Zuwanderern die (Regel-) Hilfestrukturen in Deutschland bewusst zu machen, sie „abzuholen“ und zum Regelsystem der Suchthilfe hinzuführen sowie Überzeugungsarbeit zu leisten, die Regeleinrichtungen zu nutzen.

Von den fast 190 gemeinwesenorientierten Projekten, die im Jahre 2007 vom BMFSFJ gefördert wurden, gilt dieser suchtpreventive Ansatz für 36 Jugendprojekte, die mit einer Gesamtbundeszuwendung von über 1,034 Mio. Euro gefördert wurden. Auch hier geht es insbesondere um eine Verbesserung des Zugangs zu den Angeboten der Suchthilfe und der Drogenhilfesysteme. Junge Zuwanderinnen und Zuwanderer, die durch die Regelangebote häufig nicht erreicht werden, sollen durch sozialpädagogische Begleitung motiviert werden, Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungsangebote wahrzunehmen. Durch Informationsveranstaltungen für Migranten (z. B. auch für Eltern), Schulung von Multiplikatoren (geeignete Jugendliche, Schlüsselpersonen, Eltern und Familienangehörige), erlebnispädagogische Freizeitaktivitäten und soziale Trainingskurse sollen u. a. Gefahren erkannt, Hilfesysteme vorgestellt, ein Austausch über belastende Faktoren ermöglicht, Haltungen beeinflusst und das Problemlösungsverhalten gestärkt werden. Wichtig für alle Projekte ist die Kooperation und Vernetzung mit dem Suchthilfesystem vor Ort.

Beispiel: Projekt „Indrojus“ des Diakonischen Werks:

Das Projekt „Indrojus“ des Förderkreises für evangelische Jugendarbeit e.V. des Diakonischen Werkes lief von April 2004 bis Juli 2007 in Ingolstadt in Bayern. Während der Projektlaufzeit wurden spezielle Multiplikatorenschulungen sowohl für geeignete Jugendliche als auch erwachsene Spätaussiedler durchgeführt, um insbesondere in Cliquesmilieus vordringen zu können, die Jugendlichen zu sensibilisieren und ihre persönliche Haltung gegenüber Suchtmitteln zu reflektieren. Begleitend fanden Informationsveranstaltungen für Eltern statt. Erlebnispädagogische Freizeitaktivitäten und soziale Trainingskurse wurden für die Jugendlichen angeboten, um die bestehende soziale Isolation aufzubrechen und die Entwicklung von realistischer Selbsteinschätzung und eigenständigem Problemlösungsverhalten im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen zu stärken. ▶

Beispiel: Projekt „Angeleitete, suchtpräventive Gruppenarbeit mit Spätaussiedlern“:

Bei dem im März 2007 beendeten dreijährigen Projekt „Angeleitete, suchtpräventive Gruppenarbeit mit Spätaussiedlern“ des Kreisverbandes Oranienburg e.V. in Brandenburg stand die Informationsvermittlung für Migranten zu suchtspezifischen Themen wie rechtliche Aspekte, Vorstellung des deutschen Suchthilfesystems, mögliche Einflüsse der Suchtgefährdung bei Migranten und Suchtmittelarten im Vordergrund. Es wurde ein Diskussionsforum geschaffen, um sich z. B. über persönlich belastende Faktoren wie Heimweh, Autoritätsverlust, Gruppendruck oder Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit auszutauschen. Die Projektmitarbeiter halfen bei der sinnvollen Freizeitgestaltung und bei der Bewältigung der Suchterkrankung. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses trug wesentlich dazu bei, die „Scheu“ der Migranten vor dem Besuch einer Suchtberatungsstelle zu überwinden. Neben regelmäßiger Öffentlichkeitsarbeit stand die Kooperation und Vernetzung mit dem lokalen Suchthilfesystem im Vordergrund.

Beispiel: Projekt „SeM – Sekundäre Suchtprävention mit jungen Spätaussiedlern aus Münster“

Zu Beginn des knapp dreijährigen Projekts „SeM – Sekundäre Suchtprävention mit jungen Spätaussiedlern aus Münster“, das im März 2007 endete, wurde der Gebrauch von Suchtmitteln bei der Zielgruppe mittels des „Rapid Assessment and Response (RAR)“ unter Einbeziehung geschlechtsspezifischer Aspekte inklusive Sozial-, Alters- und Geschlechtsstruktur bei Suchtmittel konsumierenden jugendlichen Spätaussiedlern erhoben. Die gewonnenen Informationen wurden vom Projektträger, dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, in passgenaue Interventionen umgesetzt: Es fanden Peer-Trainings mit Jugendlichen statt, die innerhalb ihrer Sozialgruppe Einfluss haben. Schlüsselpersonen wurden geschult und in der aufsuchenden Arbeit bislang nicht erreichter riskant konsumierender Spätaussiedler eingesetzt. Bildungsarbeit mit Eltern und anderen Familienangehörigen bildungsferner Migrantenfamilien, so genannte Homepartys, fanden mit dem Ziel statt, informierte Meinungsführer in den Stadtteilen auszubilden.

11 Beispiel-Projekte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung**Projekt „Kindern von Suchtkranken Halt geben“**

In Deutschland leben über 2,65 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Häufig leiden diese Kinder unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen und unterliegen einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden. Das bundesweite Projekt „Kindern von Suchtkranken Halt geben“, das von der BKK finanziert und vom Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V. durchgeführt wird, soll diesen Kindern helfen. Zusammen mit weiteren regionalen Kooperationspartnern wie dem Jugend- und Gesundheitsamt ist es das Ziel, die Öffentlichkeit für die Problematik zu sensibilisieren und eine bessere Vernetzung der Angebote und Institutionen zu erreichen. Es werden Informationsmaterialien entwickelt sowie regionale Fachtagungen, Fortbildungen und Workshops abgehalten, um besonders solche Personen zu qualifizieren, die beruflich häufig mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen. So können sie betroffene Kinder und deren Eltern frühzeitiger erkennen und ihnen angemessene Unterstützung und Hilfe anbieten.

■ www.freundeskreise-sucht.de

Projekt „Aktive Teens in Baden-Württemberg“ der BKK

Durch ein mehrtägiges Seminar, durchgeführt von Klassen- bzw. Suchtpräventionslehrkräften, werden einzelne Jugendliche der Klassenstufen sieben und acht von Haupt- und Realschulen über die Suchtproblematik informiert (Schwerpunkt: Rauchen) und für die Mechanismen einer Suchtentwicklung sensibilisiert. Nach diesem Seminar sollen sie „vor Ort“ mit ihren Klassenlehrkräften und in Schulteams, bestehend aus Lehrkräften, Eltern und Schülerinnen und Schülern, über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren Aktionen zu diesem Themenkomplex an ihrer Schule vorantreiben (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum). Die Klassenlehrkräfte erhalten im Vorfeld eine zweieinhalbtägige Fortbildung zur Suchtprävention an Schulen im Allgemeinen und zur Arbeit mit den Materialien von „Aktive Teens“ (Lehrer- und Schülerhefte) im Besonderen. Die Schülerhefte können nach dem Schülerseminar auch im Unterricht verwendet werden.

Jugendliche werden so mit in die Verantwortung genommen und können ihre Kompetenzen in der Schule zum Thema

Suchtprävention einbringen. Die „Aktiven Teens“ erhalten eine Dokumentation ihres Engagements in Form einer Qualipass-Urkunde. Der Qualipass dokumentiert außerunterrichtliches Engagement Jugendlicher in Form einer Sammelmappe, die Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz beigelegt werden kann.

Die Schulen, die an dem Programm teilnehmen, entscheiden, in welcher Art und in welchem Umfang die „Aktiven Teens“ eingesetzt werden.

Im Schuljahr 2006/2007 wurden ca. 120 Schülerinnen und Schüler an sieben Pilotschulen ausgebildet. Im Schuljahr 2007/2008 kamen weitere 140 Schülerinnen und Schüler hinzu.

Das Pilotprojekt wurde mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg gestartet, der den Druck der Materialien (Lehrer- und Schülerhefte) finanzierte. Die Firma IMAGO GmbH hatte das Programm entwickelt und nach der Pilotphase und ersten Ergebnissen der Evaluation gemeinsam mit Lehrkräften die Materialien entsprechend überarbeitet. Einzelne Betriebskrankenkassen (BKK) hatten Patenschaften für alle Pilotschulen übernommen, so dass die Schülerseminare außerhalb der Schule an zwei Tagen stattfinden konnten. Sie unterstützen die Schulen auch weiterhin mit Angeboten. Im Schuljahr 2007/2008 engagiert sich neben dem Landesverband der BKK Baden-Württemberg auch die Innungskrankenkasse Baden-Württemberg und Hessen im Programm durch die Mitfinanzierung des Materialdrucks sowie durch die Übernahme von Patenschaften für Aktive Teens-Schulen.

■ www.aktive-teens.de

Projekt „Youth to Youth“

Im Rahmen des Projekts „Youth to Youth“, das von der IKK Nord gemeinsam mit der Barmer Ersatzkasse durch einen festen jährlichen Zuschuss gefördert wird, werden interessierte Schülerinnen und Schüler an Wochenenden als Ansprechpartner für Gleichaltrige mit Suchtproblemen ausgebildet. Die Gruppen entwickeln Projektideen und mit den Schulen werden Einsatzmöglichkeiten und Aktionstage vorbereitet. Die Schulen stellen Beratungsräume mit festen Zeiten zur Verfügung. Diese Ausbildung findet in den Kreisen Dithmarschen und Schleswig-Flensburg statt. Projektträger sind der Fachdienst Sozialpädagogische Hilfen des Kreises Dithmarschen und das Suchtzentrum Schleswig.

Versorgungssystem

1 Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen

1.1 Gesetzliche Veränderungen

Sucht- und drogenkranke Menschen zählen häufig zu Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemmnissen. Um dieser besonderen Gruppe neue berufliche Perspektiven zu geben, trat am 17. Oktober 2007 das „Zweite Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)“ in Kraft. Das Gesetz ermöglicht einen Beschäftigungszuschuss für Arbeitgeber in Höhe von bis zu 75 % bei einer Regelförderdauer von 24 Monaten, pauschalierte Kostenzuschüsse für begleitende Qualifizierungen sowie Einmalzahlungen für einen besonderen Aufwand zum Aufbau einer förderfähigen Beschäftigungsmöglichkeit. Hintergrund des Gesetzes ist der besonders hohe Anteil von Langzeitarbeitslosen an der Gesamtzahl der Arbeitslosen in Deutschland im europäischen Vergleich. Das Gesetz knüpft an das „Vierte Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) – Verbesserung der Qualifizierung und Beschäftigungschancen von jüngeren Menschen mit Vermittlungshemmnissen“ an, das zur Wiedereingliederung von arbeitslosen Jugendlichen in den Arbeitsmarkt neue arbeitsmarktpolitische Instrumente in das SGB III und das SGB II aufnimmt.

Die konkreten Änderungen im SGB II sind im neuen § 16a formuliert. Arbeitgeber können danach zur Eingliederung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit Vermittlungshemmnissen in Arbeit einen Beschäftigungszuschuss als Ausgleich der zu erwartenden Minderleistung des Arbeitnehmers und einen Zuschuss zu den sonstigen Kosten erhalten. Zu den Voraussetzungen der Förderung zählt, dass der erwerbsfähige Hilfebedürftige das 18. Lebensjahr vollendet hat, seit mindestens einem Jahr arbeitslos ist und seine Erwerbsmöglichkeiten durch mindestens zwei weitere in seiner Person liegende Vermittlungshemmnisse (z. B. fehlende schulische oder berufliche Qualifikationen, gesundheitliche Einschränkungen oder Sucht- und Schuldenprobleme) besonders schwer beeinträchtigt ist. Eine wichtige Einschränkung für den Kreis der förderberechtigten Arbeitgeber ist, dass nur Arbeiten gefördert werden, die gemäß § 260 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB III zusätzlich sind,

im öffentlichen Interesse liegen und bei Trägern im Sinne des § 21 SGB II durchgeführt werden.

Die Förderdauer beträgt für den Beschäftigungszuschuss bis zu 24 Monate, für den Zuschuss zu den sonstigen Kosten 12 Monate. Der Beschäftigungszuschuss soll anschließend ohne zeitliche Unterbrechung unbefristet erbracht werden, wenn eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne diese Förderung voraussichtlich innerhalb der nächsten 24 Monate nicht möglich ist.

1.2 Suchtberatung als Leistung nach § 16 SGB II

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dieser flankierenden Eingliederungsleistungen ist die Suchtberatung (§ 16 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherung (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II, nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbefugnis darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor. Dennoch kann konstatiert werden, dass sich die für die Teilhabe am Arbeitsleben relevanten Akteure umfassend mit der neuen Situation durch das SGB II beschäftigt haben. Beispielsweise haben sich alle großen Suchthilfeverbände umfassend mit der Thematik auseinandergesetzt, ihre Beschäftigten fortgebildet, Konzepte erarbeitet und Kooperationsvorschläge gemacht, um die Zusammenarbeit mit den „Jobcentern“ zu verbessern. Auch die für die Grundsicherung Arbeitssuchender zuständigen Fachkräfte wurden vielerorts

hinsichtlich des Umgangs mit suchtkranken Personen geschult.

Der Drogen- und Suchtrat hat am 5. November 2007 einstimmig einen Beschluss gefasst, der für alle Beteiligten an der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor allem drei Maßnahmen betont:

- (1) eine fallbezogene Kooperation zwischen ARGEn einerseits und ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen andererseits bereits während der Rehabilitation;
- (2) geeignete Kooperationen zwischen den beteiligten Trägern, wenn aufgrund einer sich abzeichnenden Behandlungsdauer ein Wechsel zwischen den Trägern des SGB II und des SGB XII (Sozialhilfe) notwendig wird und
- (3) eine möglichst zielgerichtete Nutzung der Suchtberatung als flankierende Leistung. Mit dem Beschluss wird die Drogenbeauftragte gebeten, die vor Ort vorliegenden guten Erfahrungen zu sammeln und zu kommunizieren. Dabei wurde vor allem an drei Bereiche gedacht: die frühe Identifikation von Arbeitslosen mit Suchtproblemen in den Jobcentern, die Vermittlung in die Suchtberatung mit ihren beschäftigungsrelevanten Auswirkungen sowie die effektiven Eingliederungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen.

Gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz fördert das Bundesministerium für Gesundheit das Modellprojekt FAIRE in Rheinland-Pfalz mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. FAIRE bietet ein differenziertes Dienstleistungsangebot zu Fragen der Arbeitsmarktintegration für die Suchtkrankenhilfe, die Arbeitsverwaltung und andere Akteure, die mit der beruflichen Integration befasst sind. Dazu gehören: Weiterbildungsangebote zur aktuellen Sozialgesetzgebung, die Fachkunde „Sucht“, Zertifizierungskurse im „Case Management“, die Initiierung von Netzwerkgesprächen zum Abbau von Schnittstellen- und Reibungsverlusten zur Schaffung regionaler Verbundsysteme, die Fachberatung für die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe und der Arbeits-

verwaltung, die Unterstützung von Trägern bei der Konzipierung und Umsetzung von spezifischen Arbeitsprojekten, die Aktualisierung des „Jobwärts“-Leitfadens zur Arbeitsmarktintegration und der „Jobwärts“-Beratungs- und Dokumentationssoftware sowie ein Newsletter zu aktuellen Themen.

2 Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

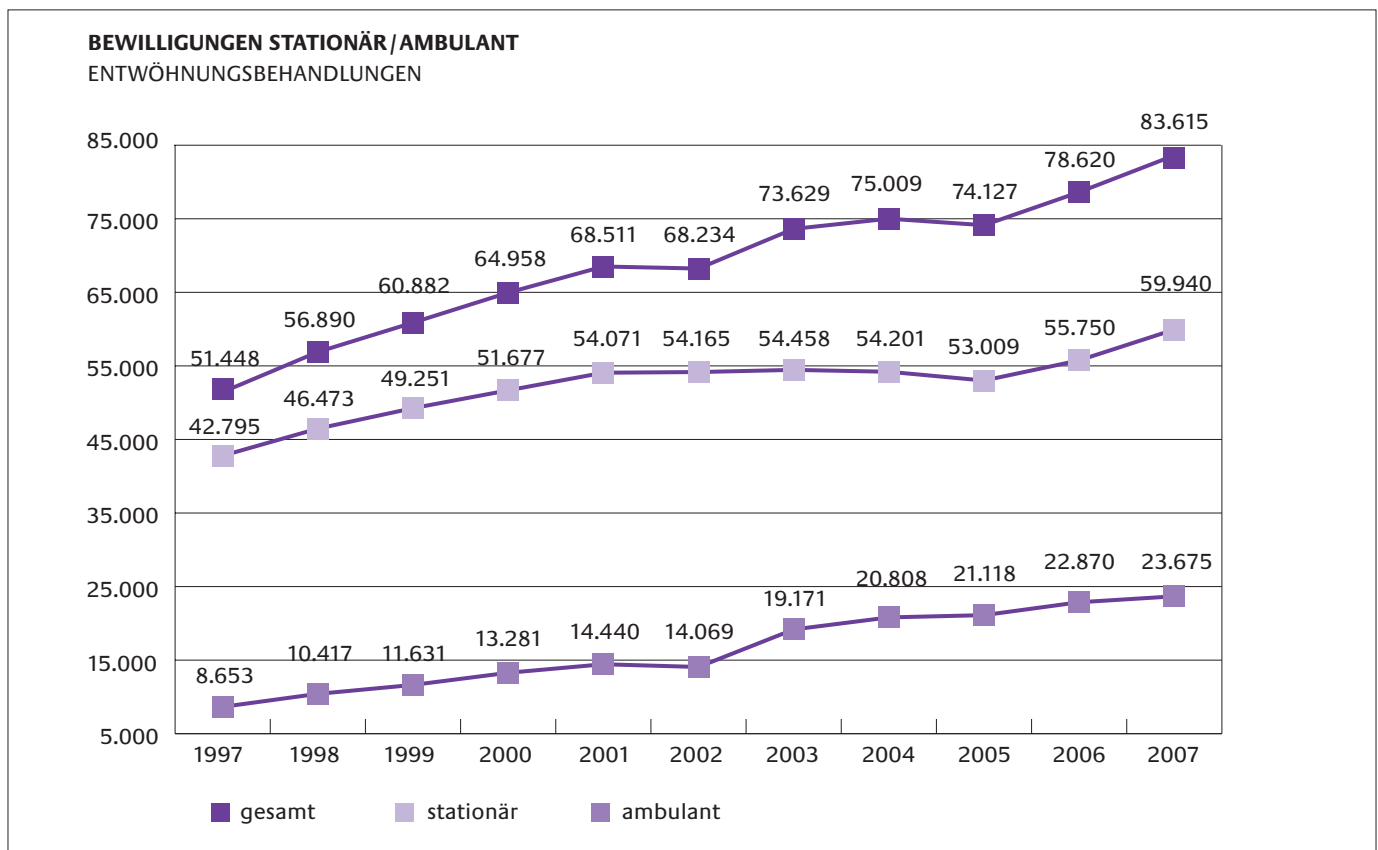
2.1 Entwicklung der Bewilligungen für stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in den Jahren 1997–2007 (Deutsche Rentenversicherung)

Die Grafik stellt die Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997–2007 dar (siehe S. 112). Bis zum Jahr 2004 stieg die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und sank aufgrund des allgemeinen Antragsrückgangs im Jahr 2005 leicht. Mit dem Jahr 2006 ist, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, ein Anstieg sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Bewilligungen festzustellen. Diese Entwicklung setzt sich auch deutlich im Jahr 2007 fort.

Bei den ambulanten Entwöhnungsbehandlungen ist seit dem Jahr 2003 ein kontinuierlicher Anstieg der Bewilligungen zu verzeichnen.

2.2 Gewährleistung einheitlicher Standards hinsichtlich der Behandlungsdauer Alkoholabhängiger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund stellt seit Jahren den von ihr belegten Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken ein Gesamtjahreszeitbudget zur Verfügung. In dieses Jahreszeitbudget fließen alle für die Rehabilitanden der jeweiligen Einrichtung bewilligten Bescheide ein. Innerhalb dieses Jahreszeitbudgets kann die Einrichtung dann eigenverantwortlich Verlängerungen oder



Verkürzungen der Rehabilitationsdauer – je nach Einzelfallprüfung – vornehmen. Aufbauend auf den positiven Erfahrungen der Deutschen Rentenversicherung Bund und einiger anderer Regionalträger mit dem bisher praktizierten unbürokratischen und flexiblen Verfahren haben die Rentenversicherungsträger beschlossen, dass im Suchtbereich die Behandlungsdauer bei Einhaltung eines Gesamtbudgets nach dem individuellen Bedarf der Versicherten durch die Einrichtung – ohne nochmalige Rücksprache mit dem Leistungsträger – eigenverantwortlich im Interesse des Versicherten festgelegt werden kann. In diesem Zusammenhang wurden auch einheitliche Standards hinsichtlich der indikationsspezifischen Behandlungsdauer von gleichgelagerten Fällen beschlossen.

2.3 Qualitätssicherung der Suchtrehabilitation der Rentenversicherung

Seit 1997 wird im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherung den stationären medizinischen Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern kontinuierlich eine aussagekräftige Berichterstattung in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Verfügung gestellt. Hierbei werden neben den explizit für die Qualitätssicherung erhobenen Daten (Rehabilitandenbefragungen, Peer Review) auch die Routinedaten zur Qualitätsmessung genutzt. So werden z. B. die in den Reha-Entlassungsberichten anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) erfassten Leistungsdaten berücksichtigt. Sie sind ein bewährtes Instrument zur Dokumentation in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung und

Datengrundlage für die in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten entwickelten Reha-Prozessleitlinien, die einen wesentlichen Beitrag zur Reha-Qualitätssicherung darstellen, auch für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Derzeit werden die Implementierung dieser Reha-Leitlinien und die Integration in die Reha-Qualitätssicherung vorbereitet.

Vor Beginn des erneuten Peer Review-Verfahrens der Indikationen „psychische Erkrankungen“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ war eine Überarbeitung der bisher verwendeten Checkliste und des dazugehörigen Manuals aus dem Jahr 2004 aus zwei Gründen notwendig. Einerseits werden zukünftig stationär und ganztägig ambulant arbeitende Reha-Einrichtungen gemeinsam am Verfahren teilnehmen, so dass Besonderheiten der ambulanten Rehabilitation mit zu berücksichtigen sind. Andererseits mussten Anpassungen der Nomenklatur und Darstellung des Krankheitsverständnisses im Sinne der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) vorgenommen werden. Insgesamt sollen die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität als gemeinsame Aufgabe das Handeln der Rehabilitationsträger und der Rehabilitationseinrichtungen bestimmen.

2.4 Qualitätssicherung der (ambulanten) Suchtrehabilitation

Die bestehende Bedarfs- und Angebotsstruktur im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wird durch die Deutsche Rentenversicherung Bund einer kontinuierlichen Überprüfung unterzogen. Rehabilitationsangebote werden bedarfs- und leistungsgerecht weiterentwickelt und bestehende Angebote gegebenenfalls angepasst. Vor diesem Hintergrund wurde auf dem Gebiet der ambulanten Rehabilitation das Angebot im Jahr 2007 um ca. 60 Standorte erweitert. Ebenso konnten in diesem Jahr einzelne ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen hinzugewonnen werden. Weitere Anträge befinden sich bereits in der Prüfung.



Vorgestellt:
**Karin Feugmann, Leiterin
der Fachkliniken Peterhof
und Scheifeshütte und
Mitglied im Vorstand
des Dachverbandes buss.**

„Gegenseitige Achtung und Wertschätzung allen Menschen gegenüber“, das ist der studierten Sozialpädagogin Karin Feugmann für ihre alltägliche Arbeit sehr wichtig. „Man muss sich auf Menschen einlassen, wenn man ihnen helfen will – aber gleichzeitig die notwendige Distanz wahren. Das ist oft ein Balanceakt. Das Ausbalancieren – das schafft man nur durch ein eingeschworenes Team, das Probleme und Erfahrungen in gemeinsamen Gesprächen aufarbeiten kann.“ Deshalb gehören für Karin Feugmann regelmäßige Supervisionen und Teamsitzungen selbstverständlich dazu. Karin Feugmann ist nicht nur Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes der stationären Suchtkrankenhilfe e.V., buss. Sie trägt auch die Gesamtverantwortung für zwei Fachkliniken, die Fachklinik Peterhof in Moers und die Fachklinik Scheifeshütte für drogenabhängige Frauen in Kempen. Das bedeutet doppelte Verantwortung im Bereich von Konzept- und Personalentscheidungen, von Personalführung und -gewinnung, aber auch von Budgetplanung und Verwaltung. „Verantwortung wahrzunehmen – das ist genau mein Ding!“ sagt Karin Feugmann. „Das ist natürlich nur möglich, wenn man das Glück hat, eine kompetente und engagierte Geschäftsführung zu haben – wie ich.“ Sie ist ehrgeizig und hat viel Spaß an ihrer Arbeit, das merkt man ihr an. „Ich bin niemand, der morgens griesgrämig zur Arbeit fährt, ich freue mich jeden Morgen auf meine vielfältige Arbeit.“

Karin Feugmann hat die Fachklinik Peterhof vor 26 Jahren mit aufgebaut und nach wenigen Jahren 1989 die Leitung übernommen. Auch die Frauenfachklinik Scheifeshütte leitet sie seit ihrer Gründung vor 13 Jahren. Den Schritt zur Gründung einer stationären Einrichtung nur für Frauen hat sie getan, um besser auf die Bedürfnisse der abhängigen Frauen eingehen zu können. Karin Feugmann hatte beobachtet, dass es Frauen schwerer fiel, sich zu öffnen und über ihre Erfahrungen zu berichten, wenn sie von Männern umgeben waren. ►

► Für ihr Engagement wurde ihr 2006 das Kronenkreuz in Gold der Diakonie verliehen. Qualität ist ihr wichtig, deshalb hat sie in ihren Kliniken ein zertifiziertes Qualitätsmanagement nach DIN ISO deQus eingeführt. Aber auch an sich selbst hat sie hohe Ansprüche, weshalb sie sich auf ihre Leitungspositionen mit speziellen Fortbildungen vorbereitet hat.

Karin Feugmann setzt auf kleine Einrichtungen mit 20–40 Betten, wie ihre beiden Fachkliniken. „Überschaubare Einrichtungen können den individuellen Bedürfnissen der Patienten besser gerecht werden“, so Feugmann.

„Ich will erreichen, dass unsere Patientinnen und Patienten wieder selbstständige Menschen werden“, sagt Karin Feugmann. „Die größte Bestätigung unserer Arbeit und eine große Freude ist es, wenn wir von ehemaligen Patienten hören, dass sie es geschafft haben, sich ein neues drogenfreies Leben aufzubauen.“

- www.diakoniewerk-duisburg.de
- www.suchthilfe.de

2.5 Themen und Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

Beispiel DRV Oldenburg-Bremen: Alkoholentwöhnung im Verbundsystem „EVS“

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen hat gemeinsam mit der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg zunächst die Studie „Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen“ und nachfolgend die Studie „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ durchgeführt. In der EVS-Studie ging es darum, ob eine verbesserte Kooperation der ambulanten und stationären Leistungsanbieter untereinander sowie mit dem Leistungsträger (Verbund) eine bessere Effektivität in der Entwöhnungsbehandlung von Alkoholkranken gegenüber der Durchführung von Einzelmaßnahmen bietet.

Das positive Ergebnis der Studie führte dazu, dass „EVS“ in den Jahren 2004/2005 flächendeckend im gesamten Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen umgesetzt wurde. Im Rahmen der Studie „Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS)“ erfolgte eine wissenschaftliche Kostenanalyse von „EVS“. Mit dieser Studie wird verdeutlicht, dass EVS-Maßnahmen als Kombinationsbehandlung ein fester Bestandteil einer adäquaten Behandlung Suchtkrankter sind.

Der Erfolg der Kombinationsbehandlung „EVS“ wird in fünf wesentlichen Punkten bestätigt:

- „EVS“ hat sich im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen als Regelversorgung etabliert.
- Das EVS-Verwaltungsverfahren ist im Hause der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen optimal eingestellt.
- Stationäre Behandlungszeiten können durch Kombinationsbehandlungen verkürzt werden.
- Die Qualitätszirkel in „EVS“ sind ein maßgeblicher Bestandteil der Qualitätssicherung.
- „EVS“ als Kombinationsbehandlung bietet eine hohe Flexibilität im Wechsel der Behandlungsformen.

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wird „EVS“ als bedarfsgerechtes Angebot für Alkoholabhängige auch zukünftig als Regelbehandlung einsetzen und die Qualitätsentwicklung kombinierter Maßnahmen fördern.

Beispiel DRV Bayern-Süd: Ausbau der Kombinationsbehandlung

Um Ihrer flächendeckenden Strukturverantwortung im Suchtbereich nachzukommen und auf die Bedürfnisse des Einzelfalles optimal einzugehen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd die in den letzten beiden Jahren als Modellprojekt eingeführte neue Therapieform der Kombinationstherapie weiter ausgebaut. Ein erhöhter Bedarf an dieser flexiblen Behandlungsform hat zu einer Ausweitung der entsprechenden Therapieangebote geführt. Insbesondere eine verstärkte Inanspruchnahme der kombinierten stationären und ambulanten Therapie bei Alkoholabhängigen hat zu einer Erweiterung der Kooperationsverträge der am Modell beteiligten Fachklinik mit Fachambulanzen für Suchterkrankungen im oberbayerischen Raum geführt. Damit ist die gesamte Region Oberbayern in dieses Versorgungsangebot eingebunden.

Beispiel DRV Schwaben: Ganztägig ambulante Sucht-Rehabilitation in der Tagesklinik des StattHaus der Condrobs e.V. in Augsburg

Seit 01. Januar 2007 können in der Tagesklinik des StattHaus der Condrobs e.V. in Augsburg auch ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen für drogen- und/oder alkohol- bzw. medikamentenabhängige Frauen und Männer durchgeführt werden. Darüber hinaus ist die Fortführung einer zunächst rein ambulant begonnenen Entwöhnung und auch die externe Adaption möglich. Die Einrichtung verfügt über 12 Therapieplätze.

Die Vorteile sind neben der individuellen Therapieplanung vor allem der Erhalt des sozialen Umfeldes wie Familie, Freundeskreis und Partnerschaft sowie die Fortführung der Berufstätigkeit. Die Erprobung der therapeutischen Inhalte im Alltag ermöglicht eine praxisnahe Abstimmung mit den persönlichen Zielen der Rehabilitanden.

Beispiel DRV Rheinland-Pfalz: Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“

Bei dem Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“ handelt es sich um eine besondere Form der Kooperation zwischen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz als Leistungsträger, der Daimler AG Werk Wörth sowie Krankenkassen und ausgewählten stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

Im Blickpunkt stehen chronisch kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Standorten der Daimler AG in Wörth und Germersheim mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychosomatischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Mit deren Einverständnis leitet der Werksärztliche Dienst oder die Krankenkasse frühzeitig das Rehabilitationsverfahren ein. Eine ausführliche Beschreibung des jeweiligen Arbeitsplatzes ergänzt die einzureichenden Antragsunterlagen. Diese vermitteln im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens dem behandelnden Arzt der Einrichtung eine konkrete Vorstellung über die Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz des Patienten. Auf diese Weise kann die Behandlung individuell und arbeitsplatzorientiert ausgerichtet werden.

Damit auftretende Fragen oder Probleme möglichst zügig geklärt werden können, stehen der Ärztliche Dienst der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, der Werksärztliche Dienst der Daimler AG sowie die Ärzte der Reha-Einrichtungen während des gesamten Verfahrens in ständigem Austausch, um auch bei schwierigen Sachverhalten optimale Ergebnisse zu erzielen. Ein begleitendes Fallmanagement

der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz stellt eine zeitnahe Koordination des Verfahrens bis hin zur betrieblichen Wiedereingliederung und zur Nachsorge sicher.

Beispiel DRV Rheinland-Pfalz: Ambulante Rehabilitation im Trägerverbund Südpfalz

Um die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker qualitätsgerecht in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz umzusetzen, hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz mehrere Trägerverbände initiiert, in denen Fachkliniken und Suchtberatungsstellen sich zu einer ambulanten Rehabilitationsstelle zusammenschließen.

Als einen Trägerverbund der besonderen Art bilden die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, das Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie und das Diakonische Werk Pfalz zum Jahresbeginn 2007 den „Trägerverbund Südpfalz“, der den zweiten Preis des Innovationskreises „Sozial Aktiv“ des Landes Rheinland-Pfalz gewonnen hat. Der Trägerverbund macht es sich zur Aufgabe, ein ambulantes Rehabilitationsangebot für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen umzusetzen. Das Angebot ist neuartig, weil die Zusammenarbeit von Institutionen aus dem Bereich der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Suchtberatung in einem Trägerverbund landesweit einmalig und beispielgebend ist. Das Versorgungsgebiet umfasst die kreisfreien Städte Landau und Neustadt sowie den Landkreis Südliche Weinstraße.

3 Suchtrehabilitation als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung: Kostenübernahme von Entwöhnungsbehandlungen bei Haftentlassungen nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Werden Personen wegen einer Straftat, die aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde, zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt, kann die Vollstreckung der Strafe gemäß § 35 BtMG ausgesetzt werden, wenn sich der Verurteilte wegen seiner Abhängigkeit in eine Entwöhnungsbehandlung begibt. Dies gilt auch, wenn der zu vollstreckende Rest der Freiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt. Voraussetzung für die Aussetzung der

Haftvollstreckung durch die Justizbehörde ist ferner, dass eine „Platzzusage“ der Entwöhnungseinrichtung vorliegt. Hierzu ist allerdings eine Kostenübernahmeerklärung des Rehabilitationsträgers (z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse oder Sozialhilfeträger) erforderlich. Ohne diese Kostenübernahmeerklärung kann der Verurteilte gegenüber der Justizbehörde keinen Therapieplatz nachweisen und sein Antrag auf Haftentlassung hat keine Aussicht auf Erfolg.

Vor dem Hintergrund teilweise örtlich bestehender Probleme unterstützen die Spitzenverbände der Krankenkassen die zügige und sachgerechte Prüfung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) Strafgefangener durch die Krankenkasse bereits vor Haftentlassung, um Zuständigkeitsprobleme und Zeitverzögerungen bei der Einleitung notwendiger Entwöhnungsbehandlungen abhängiger Strafgefangener zu vermeiden. Hierzu wurden Hilfestellungen für die Krankenkassen herausgegeben. Voraussetzung für die Prüfung durch die Krankenkassen sind vollständig eingereichte Antragsunterlagen der Justizbehörden, nach denen die Leistungszuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen beurteilt werden können.

4 Gesetzliche Neuregelungen für den Maßregelvollzug: Unterbringung straffällig gewordener Suchtkranker in einer Entziehungsanstalt

Am 20. Juli 2007 sind Neuregelungen zur Sicherung der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Kraft getreten. Hintergrund der Novellierung ist unter anderem die seit langem geltende Rechtslage, wonach rückfallgefährdete Suchtkranke, die im Rausch oder aufgrund ihrer Sucht eine Straftat begangen haben, zusätzlich zu ihrer Strafe oder – wenn sie bei der Tat schuldunfähig waren – an deren Stelle befristet in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden können. Mit der Neuregelung wird diese Unterbringung flexibler und effektiver ausgestaltet. So dürfen die Betroffenen künftig nur noch dann in eine Entziehungsanstalt eingewiesen werden und dort untergebracht bleiben,

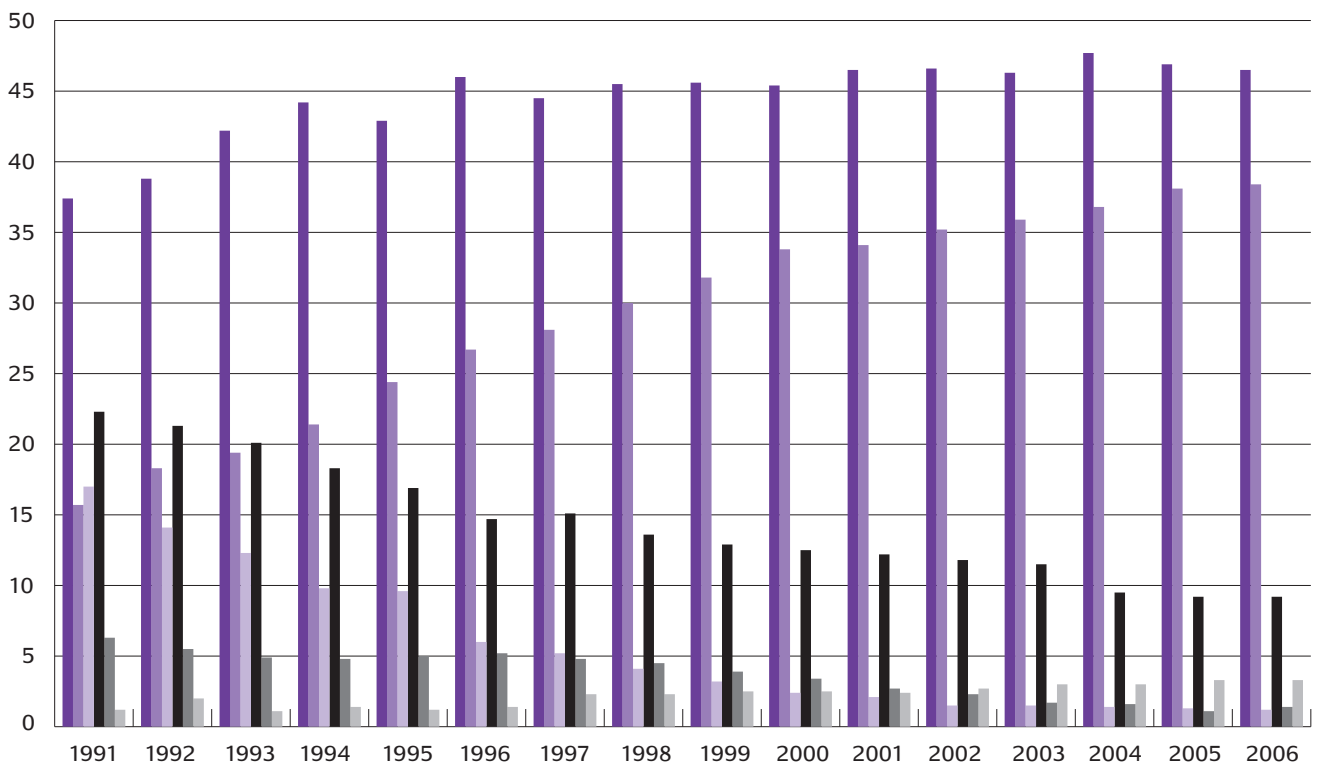
wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, dass die Behandlung auch erfolgreich sein wird. Zudem soll die Unterbringung stärker als bisher erst nach der Straftat vollzogen werden können. Damit wird dem Grundsatz besser Rechnung getragen, dass sich die Dauer der Unterbringung nach der Dauer der Therapie und nicht nach der Länge der verhängten Freiheitsstrafe zu richten hat. Außerdem kann durch den Vorwegvollzug der Strafe besser vermieden werden, dass wertvolle, an anderer Stelle sinnvoller nutzbare Therapieplätze blockiert werden. Dieser zielgenauere Umgang mit den vorhandenen Unterbringungsplätzen verbessert die Situation für die zu Behandelnden und schafft damit zugleich mehr Sicherheit für die Bevölkerung vor Wiederholungstaten.

5 Versorgungssituation Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen

Suchtkrankheiten sind gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD 10, Kategorie F1) psychische Erkrankungen. Das suchtspezifische Behandlungsangebot der Psychiatrie steht an der kritischen Nahtstelle zwischen der Basisversorgung in Allgemeinkrankenhäusern und bei Hausärzten sowie den Beratungs- und Rehabilitationsangeboten des Suchthilfesystems. Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung der Psychiatrie im Versorgungssystem Suchtkranker ist neben der Behandlung mit der Sucht zusammenhängender zusätzlicher Störungen vorrangig die multiprofessionell durchgeführte Regelbehandlung Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Qualifizierte Entzugsbehandlung).

Nach den seit 1991 im Rahmen der Personalverordnung Psychiatrie erhobenen Daten des Zentrums für Psychiatrie in Winnenden (2006: 247 Kliniken und Abteilungen mit 42.000 Betten) beträgt der Anteil Suchtkranker (S) neben den Bereichen Allgemein- (A) und Gerontopsychiatrie (G) stabil 18 %. Bei insgesamt ca. 70.000 psychiatrischen Betten werden hochgerechnet etwa 12.000 Behandlungsplätze für Suchtkranke genutzt. Bei einer mittleren Behandlungsdauer von 14 Tagen werden pro Jahr ca. 300.000 Behandlungen durchgeführt.

**ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV)
EINGRUPPIERUNGEN IN PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN UND ABTEILUNGEN**



S 1	37,4	38,8	42,2	44,2	42,9	46,0	44,5	45,5	45,6	45,4	46,5	46,6	46,3	47,7	46,9	46,5
S 2	15,7	18,3	19,4	21,4	24,4	26,7	28,1	30,0	31,8	33,8	34,1	35,2	35,9	36,8	38,1	38,4
S 3	17,0	14,1	12,3	9,8	9,6	6,0	5,2	4,1	3,2	2,4	2,1	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2
S 4	22,3	21,3	20,1	18,3	16,9	14,7	15,1	13,6	12,9	12,5	12,2	11,8	11,5	9,5	9,2	9,2
S 5	6,3	5,5	4,9	4,8	5,0	5,2	4,8	4,5	3,9	3,4	2,7	2,3	1,7	1,6	1,1	1,4
S 6	1,2	2,0	1,1	1,4	1,2	1,4	2,3	2,3	2,5	2,5	2,4	2,7	3,0	3,0	3,3	3,3

Entsprechend dem Behandlungsbedarf werden sechs Bereiche für Suchtkranke unterschieden, nämlich Regelbehandlung (S1), Intensivbehandlung (S2), rehabilitative Behandlung einschließlich Entwöhnung (S3), langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (S4), Psychotherapie Suchtkranker (S5) und die tagesklinische Behandlung (S6). Seit 1991 ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes in zunehmend intensivere Behandlungsformen (S2-Anteil) zu verzeichnen, während die rehabilitative Behandlung (S3-Anteil)

kaum noch stattfindet (siehe Abbildung). Selbst die Akutbehandlung der chronisch mehrfach Abhängigkeitskranken (CMA) nimmt deutlich ab (siehe S4-Anteil), obwohl ihr Anteil in der Psychiatrie bis zu 50% beträgt. Dieses im Vergleich zu vor 15 Jahren völlig andere Verteilungsmuster ist eine therapeutische Herausforderung für die Suchtpsychiatrie.

Eine Erhebung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrische Krankenhäuser

zur Qualität der Behandlung anhand der dafür festgelegten Kriterien der Fallpauschalen-Systematik für die Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug) ergab, dass ein hoher Durchdringungsgrad mit qualifizierenden Therapieanteilen wie Motivations- und Gruppenarbeit (89%), multiprofessionelles Team (94%) sowie Vermittlung in weiterführende Therapie (64%) vorliegt. 42% der Behandlungen erfüllen alle fünf geforderten Kriterien einer qualifizierten Entzugsbehandlung.

Suchtkranke benötigen aufgrund der Eigenart ihrer Erkrankung als primär psychische Krankheit, ihrer Multimorbidität und komplizierenden zusätzlichen psychischen Erkrankungen (Komorbidität) differenzierte und gestufte Therapieangebote, die in hohem Maße psychiatrische Kompetenz erfordern. Die psychiatrische Suchtmedizin ist nicht zuletzt aufgrund der großen Inanspruchnahme ein wichtiger Kooperationspartner des Suchthilfesystems.

6 Integrierte Versorgung und Suchthilfenetzwerke

Das vielfach gegliederte Hilfesystem in Deutschland mit den unterschiedlichen Kostenträgern Kommunen, Länder, Krankenversicherungen und der Rentenversicherung sowie der vielfältigen Landschaft der Leistungserbringer mit Anbietern aus dem Bereich der Freien Wohlfahrt, der öffentlichen Hand und aus dem gewerblichen Bereich erzeugt Schnittstellen und damit verbunden vielfach Reibungsverluste. Das EU-Programm „Drogenprävention und gesundheitliche Aufklärung 2007–2013“ zeigt, dass mit dieser Situation nicht nur die deutsche Sucht- und Drogenhilfe konfrontiert ist. Mit dem für 2008 vorgesehenen Förderprogramm sollen ausdrücklich übergreifende Maßnahmen zur Errichtung multidisziplinärer Netze gefördert werden. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zu Hilfenetzwerken häufig längerfristige Anstrengungen erfordert. Vor diesem Hintergrund wird die folgende Aussage in der Präambel einer Netzwerksvereinbarung verständlich: „Anliegen dieser Vereinbarung ist es außerdem, die destruktiven

Kommunikationsmuster, die dem Phänomen Sucht zu eigen sind und diese Erkrankung weiter fördern, auf der strukturellen Ebene der Hilfeeinrichtungen sowohl in ihrem Umgang miteinander als auch mit den Betroffenen nicht zu wiederholen“. Erfreulicherweise gibt es trotz dieser Schnittstellenproblematik an vielen Orten in Deutschland bereits eine gute Kooperation oder Koordination innerhalb der Suchtkrankenhilfe und den angrenzenden Hilfebereichen. Die Möglichkeit der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff. SGB V werden allerdings noch zu wenig genutzt.



Vorgestellt:
Wolfgang Höcker, ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR)

„Ich wünsche mir selbstbewusstere Suchtkranke!“, sagt Wolfgang Höcker. „Ich wünsche mir einen entspannteren und rationaleren Umgang mit Suchtkranken. Nicht im Sinne von manchen Popstars, deren Drogenkonsum als „cool“ dargestellt wird, sondern in dem Sinne, dass die Suchtkranken und ihre Behandler eine bessere Lobby bekommen. Vor allem sollten wir nicht werten und moralisieren, wenn es um Fragen der Sucht geht.“

Das ist Wolfgang Höcker auch in seiner alltäglichen Arbeit mit den Suchtkranken sehr wichtig und treibt ihn seit 20 Jahren an. Der ärztliche Direktor und Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen im Zentrum für Psychiatrie Reichenau hat vor drei Jahren gemeinsam mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg ein Suchthilfenetzwerk für den Landkreis Konstanz konzipiert und aufgebaut. In diesem Modell, in dem, damals bundesweit erstmalig, eine integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V für Suchtkranke eingerichtet werden konnte, wurden die Schnittstellen zwischen psychosozialer, medizinischer und psychiatrischer Behandlung und Betreuung von Suchtkranken auf kommunaler Ebene deutlich verbessert. „Wenn alle beteiligten Ebenen zusammenwirken, können Suchtkranke früher und effektiver erreicht werden“, so Wolfgang Höcker. Besonders wichtig ist ihm, dass die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die Krankenhäuser

noch mehr in das Suchthilfenetzwerk eingebunden werden. „Sie sind ganz besonders wichtig für die Frühintervention bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Ärzte können bei einer sich abzeichnenden Suchterkrankung direkt an das integrierte Versorgungssystem weiterverweisen und so eine frühzeitige multiprofessionelle Behandlung einleiten.“

Bereits 1981 ist Wolfgang Höcker bei seiner Arbeit auf einer Station für Alkoholentzug klar geworden, dass ihm der Umgang mit Suchtkranken liegt. „Ich schätze die Suchtkranken, Rückfälligkeit bedeutet keine persönliche Frustration für mich. Mir ist es wichtig, dass die Patienten von uns individuell wahrgenommen werden und sie selbst ihr Problem ohne Gesichtsverlust kennen lernen können. Wichtig ist mir auch, dass wir keinen Patienten als hoffnungslosen Fall abstemeln. Wie soll ein Suchtkranker sich noch motivieren, wenn sein behandelnder Arzt ihm eine negative Prognose ausstellt?“ Um die Zugangsschwelle in das Suchthilfesystem zu senken und um das Stigma der Psychiatrie zu vermeiden, hat sein Fachkrankenhaus die suchtmmedizinische Tagesklinik an die innere Abteilung eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung angegliedert. Für Patienten, die auf der inneren Abteilung in Behandlung sind, ist es dann ein leichter Schritt, in der angegliederten Tagesklinik auch ihre Sucht behandeln zu lassen. Mit überdurchschnittlichem Erfolg übrigens. Wolfgang Höcker ist es wichtig, dass die Behandlung von Suchtkranken einen noch stärkeren Stellenwert im Gesundheitssystem erhält, er ist ein Verfechter der integrierten Versorgung unter verbindlicher Einbeziehung der psychosozialen Suchthilfe. „Eine bessere Vernetzung und integrierte Frühinterventionsprogramme sind wichtig, um endlich mehr Betroffene spezifisch behandeln zu können und langfristig Kosten zu reduzieren“.

■ www.zfp-reichenau.de

Projekt „JUST“ – Innovatives Angebot in Ravensburg mit trägerübergreifender Betreuung von Jugendlichen mit exzessivem Suchtmittelkonsum

Zu den Beispielen einer Integrierten Versorgung nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) zählt das Projekt „JUST“ nicht. Es ist mit seiner trägerübergreifenden Konstruktion bundesweit dennoch einmalig. Unter Federführung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg wurde im Herbst 2007 eine Projektvereinbarung über das Modellprojekt „JUST“ unter-

zeichnet. „JUST“ soll die Versorgung von Jugendlichen mit exzessivem Suchtmittelkonsum als trägerübergreifendes Hilfsangebot sicherstellen. Das Projekt startete mit 16 Plätzen auf dem Rahlenhof bei Ravensburg.

Als Verbundmodell ist „JUST“ bundesweit einmalig. Es ist dazu geeignet, erstmals die strukturellen Probleme bei der Finanzierung von pädagogischer Förderung von suchtkranken jungen Menschen mit gleichzeitigem Bedarf an Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen zu überwinden. Maßnahmen innerhalb des Projektes werden im Rahmen einer Komplexpauschale von der Jugendhilfe, der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Rentenversicherung gemeinsam finanziert. Die Federführung für „JUST“ liegt bei der Jugendhilfe, die 60 % der Kosten übernimmt. Jeweils 20 % der Maßnahmekosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. dem Rentenversicherungsträger getragen. „JUST“ wird modellhaft vom 1. November 2007–31. Dezember 2009 erprobt und wissenschaftlich evaluiert.

Entwickelt wurde dieses Modellvorhaben vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit dem qualifizierten Entzugsprogramm „clean.kick“ im Zentrum für Psychiatrie Weissenau im Kreis Ravensburg. Insgesamt gelten etwa ein Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg als suchtkrank oder stark suchtgefährdet. Von diesen rund 20.000 Personen nehmen jährlich rund 300 bis 500 Fälle der schwerstabhängigen jungen Drogensüchtigen am Entzugsprogramm in „clean.kick“ teil. Eine vergleichbare spezialisierte Station wird im Laufe des Jahres 2008 im Zentrum für Psychiatrie Weinsberg (Kreis Heilbronn) eröffnet. 14–18-jährige Jugendliche, die die Entgiftung erfolgreich bewältigt haben, können im Rahmen von „JUST“ nahtlos eine bis zu neunmonatige Therapie auf dem Rahlenhof antreten. Während der Therapie können der Schulbesuch wieder aufgenommen oder weitergeführt sowie handwerkliche Kenntnisse erworben werden. Jedem Jugendlichen wird geholfen, einen Schulabschluss zu erwerben, um die Voraussetzungen für eine Ausbildung zu schaffen.

7 Genderspezifische Beispiele in der Versorgung Suchtkranker

Konferenz:

Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht

Zum dritten Mal veranstalteten das Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO), das Zentrum für interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (ZFG) und akzept e.V. eine Konferenz zum Zusammenhang von „Männlichkeiten und Sucht“. Der Erfolg der ersten beiden Konferenzen mit jeweils 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern hat die Notwendigkeit gezeigt, das Thema männerspezifischer Suchtursachen, dem männerspezifischen Erleben und Ausstieg aus der Sucht in der Fachöffentlichkeit zu diskutieren und zu verankern.

Sucht ist neben Aggression und Gewalt ein wesentlicher Bezugsrahmen für Männlichkeitskonstruktionen und Männlichkeitsinszenierungen. Die Schwerpunkte der diesjährigen Konferenz lagen auf den Entwicklungszusammenhängen von Männlichkeiten und Sucht in verschiedenen biographischen Phasen (unter männlichen Jugendlichen in der Adoleszenz sowie unter jungen Erwachsenen) sowie im Kontext von Vaterschaft und Sucht und der Lebenssituation Migration und Sucht.

Die Konferenz hat wesentlich von der Beteiligung schweizer Kolleginnen und Kollegen profitiert. In der Schweiz ist ein männerspezifischer Hilfeansatz bereits seit vielen Jahren in der Praxis und Hilfeplanung verankert (www.drugsandgender.ch). Neben den praxisorientierten Workshops sowie einem „Gendertraining“ für Fachkräfte in der Suchtarbeit gab Professor Irmgard Vogt mit ihrem Beitrag ‚Männer und Medikamente – Doping und andere Lifestyledrogen‘ einen aktuellen Überblick über den männerspezifischen Missbrauch von psychotropen Substanzen, anabolen Steroiden und anderen Bodybuildingmitteln in Fitnessstudios und vergleichbaren Einrichtungen (siehe www.archido.de).

Beispiel Condrops: Aufsuchen – Wahrnehmen – Halten – Integrieren: Angebote speziell für Mädchen und junge Frauen

Bekannt ist mittlerweile, dass Mädchen und junge Frauen die Hälfte der Suchtmittelkonsumierenden ausmachen. Sie werden vom Hilfesystem aber häufig nicht adäquat erreicht. Mädchen fallen in den Peergroups weniger auf und sind sel-

ten die Wortführenden einer Gruppe. Suchtmittelkonsumierende oder -abhängige Mädchen haben häufig auch Erfahrungen mit teilweise massiven Grenzverletzungen machen müssen. Diese Grenzverletzungen und die Erfahrung, dass sie nicht gesehen und nicht ernst genommen werden (sekundärtraumatische Erfahrungen), machen misstrauisch – auch gegenüber Hilfeangeboten.

Condrops bietet ein Hilfeangebot, das besonders auf die Bedürfnisse von Mädchen und jungen Frauen eingestellt ist. Besonders gute Erfahrungen wurden in München im Bereich des Streetwork gemacht. Die Streetworkerinnen und Streetworker von Condrops haben in den häufig männlich dominierten Szenen auf der Straße ein besonderes Gespür für die oft versteckten und weniger offensichtlichen Nöte der Mädchen und jungen Frauen entwickelt. Damit erreichen sie genauso viele weibliche wie männliche Jugendliche und schaffen es zudem, genauso häufig Mädchen wie Jungen in weitere Hilfemaßnahmen zu vermitteln. Dennoch besteht ein Unterschied im weiteren Verlauf: Während Jungen häufiger schnell konkrete Unterstützungsangebote für sich in Anspruch nehmen, besteht zu den Mädchen, wenn der Kontakt erst einmal geschaffen und Vertrauen aufgebaut ist, oft ein kontinuierlicher, lang andauernder Kontakt. Veränderungswünsche werden erst nach und nach geäußert, die Vermittlung in weiterführende Angebote gestaltet sich oft langwieriger. Hier ist ein gutes Zusammenspiel mit den weiterführenden Hilfeeinrichtungen gefordert. Und auch diese müssen ihren Blick für die Nöte schärfen, die bei Mädchen oft nicht so offensichtlich sind.

■ www.condrops.de/con-action

8 Ergebnisqualität der stationären Therapie Sucht- und Drogenkranke

Beispiel: Stationäre Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

2007 lag die Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) vor, in die die Ergebnisse einer Nachbefragung (Katamnese) für den Entlassjahrgang 2005 mit 10.269 durchgeführten Behandlungen einbezogen wurden. Der FVS publiziert ab dem Entlassjahrgang 1996 und ist zurzeit der einzige bundesweit tätige Verband, der damit aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen ab dem Entlassjahrgang 1996 regelmäßig vornimmt und publiziert. In die FVS-Katamnese wurden insgesamt 16 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige einbezogen.

Bezogen auf die gesamte Anzahl der im Laufe des Jahres 2005 entlassenen Patienten ergab sich in der 1-Jahres-Nachbefragung eine Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) von 45,3 % (35,0 % Abstinenz, 10,3 % Abstinenz nach Rückfall) nach der Berechnungsmöglichkeit 4 der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie). Diese Berechnungsform wertet auch die Patienten, die nicht geantwortet haben, als nicht-abstinent. Wertet man nur die Antworten der Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden und geantwortet haben (DGSS 1 Berechnungsform), dann ergibt sich eine Erfolgsquote von 79,2 % (61,9 % Abstinenz, 17,3 % Abstinenz nach Rückfall).

Einen Therapieerfolg begünstigen häufig folgende Behandlungsmerkmale: keine Entgiftungs- oder keine Entwöhnungsbehandlung vor der katamnestiche untersuchten Behandlung, planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung sowie eine Behandlungsdauer von mehr als 11 Wochen.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranke in der rehabilitativen Versorgung in Deutschland.

■ www.sucht.de

Beispiel: Stationäre Rehabilitation von drogenabhängigen Patienten

Im Auftrag der DRV Rheinland-Pfalz wurde in zwei rheinland-pfälzischen Fachkliniken für drogen- und mehrfachabhängige Patienten ein Forschungsprojekt zur Ergebnisqualität durchgeführt. Es handelt sich um eine prospektive Nachbefragungsstudie nach den Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Anhand der Nachbefragung von 429 Patienten konnte untersucht werden, inwieweit die Maßnahmen einer stationären Rehabilitation zur Abstinenz und sozialen und beruflichen Integration von Drogenabhängigen beitragen. Die erreichte Aufklärungsquote für die Jahreskatamnese mit 41,5 % spricht für die Qualität der Katamnese studie.

Nach den konservativen Schätzungen (DGSS 4, s. o.) betragen die Erfolgsquoten ein Jahr nach der Behandlung zwischen 21,5 % (abstinent von Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen) und 25 % (abstinent von illegalen Drogen). Nach DGSS 1 (s. o.) ergibt sich eine Erfolgsquote von 55 %.

Prognostisch günstig für einen Behandlungserfolg nach einem Jahr sind: planmäßiges Behandlungsende, Behandlungsdauer über 16 Wochen, Freiwilligkeit der Behandlung sowie Abhängigkeitsdauer unter zehn Jahren. Die Studie weist die Wirksamkeit stationärer abstinenzorientierter Behandlungsangebote für Drogenabhängige nach.

■ www.sucht.de

Selbsthilfe

1 Verbände der Suchtselbsthilfe

Zu den bundesweiten Verbänden der Suchtselbsthilfe gehören die Anonymen Alkoholiker, das Blaue Kreuz in Deutschland, das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche Deutschlands, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe in Deutschland, der Deutsche Guttempler-Orden, die Kreuzbund-Selbsthilfegemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige, der Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter, der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und das Selbsthilfe-Netzwerk Junkies Ehemalige Substituierte (JES).

Die beiden Selbsthilfverbände des Blauen Kreuz sowie der Kreuzbund, die Guttempler und die Freundeskreise führen im Abstand von etwa drei Jahren statistische Erhebungen in ihren Verbänden durch und fügen die Ergebnisse in einer bundesweiten Statistik zusammen. Im November 2007 erschien der aktuelle Bericht, der sich auf die Situation in 2006 bezieht. Demnach gibt es in diesen fünf genannten Verbänden insgesamt 4.791 Selbsthilfegruppen für unterschiedliche Zielgruppen: Suchtkranke, Angehörige, geschlechts- und altersspezifische Gruppen sowie Gruppen ausschließlich für Migranten. Fast 70% der Selbsthilfegruppen richten sich an Suchtkranke und Angehörige gemeinsam. Die insgesamt 82.635 Teilnehmenden an den Gruppen sind zu 71% Suchtkranke, zu 21% Angehörige und zu 8% Interessierte. Die Suchtkranken sind zu fast 70% männlich, die Angehörigen sind zu fast 77% weiblich. Die genannten fünf Selbsthilfverbände sind überwiegend im Bereich Alkohol tätig: Fast 89% der Gruppenmitglieder bezeichnen sich als alkoholabhängig. Abhängigkeit von Medikamenten (3%), Glücksspiel (0,6%) oder von illegalen Drogen (1,2%) spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Das gilt auch für die Mehrfachabhängigkeit (6%), deren Anteil im Vergleich zur letzten Erhebung von 2003 ansteigt. Die Gruppenmitglieder sind überwiegend (55,4%) zwischen 41 und 60 Jahre alt. Insgesamt sind 71,8% im arbeitsfähigen Alter zwischen 21 und 60 Jahren. Im Vergleich zu 2003 stieg die Zahl der nichtdeutschen Mitglieder um fast ein Fünftel auf nun 3,6% und die Zahl der Gruppen für Jugendliche und junge Erwachsene um 41% auf nun 44 Gruppen.

Die Selbsthilfverbände führen das auf das vom Bundesministerium für Gesundheit bis 2006 geförderte Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“ zurück.

Die Selbsthilfegruppen führten 2006 insgesamt 27.189 Informationsveranstaltungen durch, die überwiegend (44,4%) in stationären Einrichtungen (Fachkliniken) bzw. in psychosozialen Beratungsstellen (27,5%) stattfanden. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen übernehmen häufig Einzelbetreuungen: 2006 fanden 77.291 Einzelbetreuungen statt, überwiegend als Einzelgespräche (70%) und als Hausbesuche (16,6%). Einzelbetreuungen beinhalten aber auch Begleitungen zu Beratungsstellen, Fachkliniken, Ärztinnen und Ärzten und Ämtern. 26,6% aller Suchtkranken in den Selbsthilfegruppen haben zuvor weder eine Entgiftung noch eine ambulante oder stationäre Therapie durchlaufen. Allein durch die aktive Mitarbeit in der Gruppe werden über ein Viertel der 58.313 Suchtkranken abstinent. Zwar werden 7.607 der suchtkranken Gruppenmitglieder rückfällig (13%), bleiben aber zu über 77% in der Gruppe.

Beispiel: Anonyme Alkoholiker (AA)

Die Anonymen Alkoholiker sind eine Gemeinschaft von Betroffenen, deren Ziel es ist, noch erkrankte Alkoholikerinnen und Alkoholiker zu erreichen und ihnen durch die Arbeit in der Selbsthilfegruppe zu einer Genesung zu verhelfen.

Mitglieder der Anonymen Alkoholiker gehen – meist in Verbindung mit Angehörigen von Alkoholikern – in Schulen, Krankenhäuser und Justizvollzugsanstalten. Sie erzählen dort von ihren Erfahrungen mit Alkohol und beantworten Fragen.

Im letzten Jahr wurden diese Aktivitäten im Rahmen der Alkoholwoche „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“ noch intensiviert und verstärkt in Angriff genommen. Die AA organisierten in dieser Zeit Infostände vor Supermärkten und waren darüber hinaus in vielen Firmen, Verwaltungseinrichtungen sowie in Krankenkassen zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ aktiv. Sie besuchten Hochschulen und Ausbildungseinrichtungen (z. B. für Pflegeberufe, Diakone, Theologinnen und Theologen).

2007 fand auch ein Versuchsprojekt mit einer Fahrschule statt. Hier wurde mit Studierenden der Sozialen Arbeit, Präventionsbeamten der Polizei, den Fahrlehrern und betroffenen Alkoholikern ein vielseitiges und ansprechendes Programm

durchgeführt, das speziell Fahranfängerinnen und Fahranfänger auf die Gefahren des Alkoholkonsums im Straßenverkehr aufmerksam gemacht hat. Dabei konnten die Fahrschülerinnen und Fahrschüler unter anderem mit verschiedenen Rauschbrillen einen Parcours befahren und versuchen, Autoschlösser aufzuschließen. Eine Fortführung ist geplant, damit diese Themenwoche kein einzelnes Ereignis bleibt. (mehr zur Alkoholwoche unter C 2.2.1)

■ www.anonyme-alkoholiker.de



Vorgestellt:
Wiebke Schneider, Geschäftsführerin des Guttempler – Bundesverbandes, Suchtreferentin und Mitglied des Drogen- und Suchtrats

„Man kann einen Menschen nichts lehren. Man kann ihm nur helfen, sich selbst zu entdecken.“ (Galileo Galilei)

„Diese Erkenntnis steht auch für das Prinzip der Selbsthilfe“, so Wiebke Schneider. „Alles Potenzial steckt in den Menschen, seien sie auch noch so problembelastet. Jeder Mensch kann sich aus sich heraus weiterentwickeln und persönlich wachsen“, sagt Wiebke Schneider. „Sich einander ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ geben ohne zu belehren, sich durch gegenseitigen Erfahrungsaustausch Halt geben – das macht Selbsthilfe aus.“

Als Geschäftsführerin des Guttempler-Bundesverbandes ist es Wiebke Schneiders Aufgabe, die Sucht-Selbsthilfe zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Das bedeutet konkret: Unterstützung und Beratung der Selbsthilfe-Gruppen, vor allem der dort tätigen freiwilligen Helferinnen und Helfer sowie ehrenamtlichen Kräfte bei inhaltlichen und organisatorischen Fragen; die Entwicklung und Durchführung von Schulungsangeboten für ehrenamtliche Kräfte in der Selbsthilfe; Hilfe bei der Mitteleinwerbung (z.B. für die Finanzierung von Projekten, aber auch der laufenden Gruppenarbeit); Konzipierung und Durchführung von Projekten sowie die Vertretung der „Betroffenen-Interessen“ in Gremien, Arbeitskreisen und Fachausschüssen.

Dazu gehört, ein Bewusstsein für die Themen zu schaffen, die mit der Sucht einher gehen, wie zum Beispiel der Gesundheitsförderung, der Hilfe für Angehörige von Suchtkranken,

Umgang mit Rückfällen und vieles andere mehr. „Die Hilfebedarfe haben sich verändert“, berichtet Wiebke Schneider, „wie auch die Konsummuster der Menschen mit Suchtproblemen. Nicht nur Alkoholranke nutzen die Selbsthilfeangebote, sondern darüber hinaus immer mehr „Mischkonsumenten“ mit anderen substanz- oder verhaltensbezogenen Problemen.“

Sich auf immer wieder verändernde Situationen einzulassen und offen zu sein für andere Sichtweisen und Perspektiven, dabei helfe ihr, dass sie ein zutiefst neugieriger Mensch sei. Ihre Offenheit für andere Menschen und Denkweisen spiegelt sich auch in ihren privaten Aktivitäten wider. Sie beschäftigt sich gern durch Bücher, Filme oder auf Reisen mit anderen Kulturen und den Lebensweisen und Einstellungen anderer Menschen und Völker.

Das Lesen englischer Krimis – ihr allabendliches Ritual – sorgt zuverlässig dafür, dass sie auch nach dem größten beruflichen Stress abschalten kann.

Etwas musste die studierte Sozial- und Diplompädagogin bei ihrer Arbeit erst lernen, nämlich Geduld zu haben und Entwicklungen auch Zeit zu geben. „Es fällt mir manchmal nicht leicht, wenn ich sehe und erlebe, wo es dringenden Bedarf für Veränderungen und Bewegung gibt. Aber große Ziele können nur in vielen kleinen Einzelschritten erreicht werden.“

Das große Engagement der vielen ehrenamtlichen Kräfte in der Sucht-Selbsthilfe motiviert sie besonders für ihre Arbeit. „Dieses Engagement ist vorbildlich, weil es nicht nur darauf abzielt, sich selbst zu helfen, sondern auch anderen Menschen vorbehaltlos Hilfe zukommen zu lassen. Dieses Engagement sollte künftig noch mehr wertgeschätzt, unterstützt und gefördert werden!“, wünscht sich Wiebke Schneider. Man kann sicher sein: Auch zukünftig wird sie alles daran setzen, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht.

■ www.guttempler.de

2 Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung

Die Suchtselbsthilfe nimmt innerhalb der gesundheitlichen Selbsthilfebewegung eine „Pionierstellung“ ein. Die Krankenkassen und ihre Verbände unterstützen seit Jahrzehnten die Suchtselbsthilfegruppen, ihre Lan-

des- und Bundesverbände. Im Jahr 2006 förderten die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 SGB V 263 Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene mit insgesamt 6 Mio. Euro. Davon entfielen knapp 11 % der Fördermittel (653.500 Euro) auf die 13 bundesweit arbeitenden Suchtselbsthilfeverbände. Damit nimmt die Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Spitzenverbände der Krankenkassen den ersten Rang ein. Zusätzlich zur bundesweiten Förderung unterstützen die Krankenkassen und ihre Landesverbände die örtlichen und regionalen Suchtselbsthilfegruppen.

Aufgrund der großen gesundheitspolitischen Bedeutung der Suchtselbsthilfe ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen seit 2006 Mitglied im gemeinsamen Arbeitskreis „Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und der maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe und wirkt aktiv an der Weiterentwicklung der Förderung der Selbsthilfe mit.

Mit der Novellierung der gesetzlichen Grundlage zur Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gehen Änderungen in der Selbsthilfeförderung einher. Nach § 20 c SGB V wird ab dem 01. Januar 2008 neben der krankenkassenindividuellen Förderung eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung eingeführt.

Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Federführung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des Arbeitersatzkassenverbandes (VdAK/AEV) und unter Beteiligung der für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Rahmenvorgaben zur Förderung der Selbsthilfe verständigt. Diese Ausführungen geben Hinweise für die Gestaltung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf allen Förderebenen. Durch regelmäßige gemeinsame Rundschreiben informieren die Spitzenverbände der Krankenkassen und die maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe über Neuerungen rund um die Selbsthilfeförderung gemäß § 20 c SGB V.

Für beide Förderstränge – die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die krankenkassenindividuelle Förderung – gelten die „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe“ in der jeweils aktuellen Fassung.

■ www.vdak-aev.de_Vertragspartner_Selbsthilfe

3 Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Auch im Jahr 2007 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund die Suchtselbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI unterstützt. Gefördert wurden sowohl einzelne Selbsthilfegruppen in pauschalierter Form als auch die Arbeit der überregional tätigen Suchtreferenten der einzelnen Suchtverbände, die innerhalb der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) organisiert sind.

Für die Arbeit der Selbsthilfe wurden von der Deutschen Rentenversicherung Bund für das Jahr 2007 Zuwendungen in Höhe von 792.664 Euro ausgegeben. Diese Mittel erhalten die bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen direkt. Es werden davon Schulungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer gefördert und einzelne Projekte unterstützt, die einen engen Bezug zur Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung aufweisen.

Die Arbeit der insbesondere im Bereich der Selbsthilfe tätigen Suchtreferenten wurde im Jahr 2007 mit finanziellen Zuwendungen in Höhe von 1.366.899 Euro gefördert.

Die Suchtreferenten sind Mitarbeiter der einzelnen Suchtverbände, die in der DHS organisiert sind. Sie unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie die Kontakte untereinander pflegen und verbessern, die freiwilligen Helferinnen und Helfer fachlich unterstützen und fortbilden, neue Projekte initiieren und sich aktiv an Weiterentwicklungen in allen Bereichen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beteiligen.

Danksagung

Vorgestellt

Zehn von Zehntausenden, die ehren- und hauptamtlich in der Drogen- und Suchthilfe tätig sind, werden vorgestellt: Sie forschen, klären auf, beraten, begleiten, behandeln und bilden Netzwerke. Beispiele von freiwilligem und beruflichem Engagement, die in kommenden Drogen- und Suchtberichten fortgesetzt werden.

- **Wolfgang Götz** – Direktor der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (B)
- **Prof. Dr. Gerhard Bühringer** – wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Therapieforschung in München (IFT) und Professor für Suchtforschung an der TU Dresden (C1)
- **Sonja Brandt-Michael** – Organisatorin der Alkoholwoche 2007 „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ (C2)
- **Wolfgang Scheiblich** – Leiter des Fachbereichs Drogen- und AIDS-Hilfe des Sozialen Dienstes katholischer Männer e.V. (SKM) (C2)
- **Dr. Ernst Pallenbach** – Fachapotheker für klinische Pharmazie und nebenberuflich aktiv im Suchtpräventionsbereich mit Schwerpunkt Medikamentenabhängigkeit (C3)
- **Tim Stebani** – Rallye-Fahrer und Gesicht der Kampagne „Don't drug and drive“ (C5)
- **Birgit Wichelmann-Werth** – Leiterin des „Café Fix“ mit medizinischer Ambulanz (C5)
- **Karin Feugmann** – Leiterin der Fachkliniken Peterhof und Scheifeshütte und Mitglied im Vorstand des Dachverbandes buss (E)
- **Wolfgang Höcker** – ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR) (E)
- **Wiebke Schneider** – Geschäftsführerin des Guttempler-Bundesverbandes und Suchtreferentin und Mitglied des Drogen- und Suchtrats (F)

Beispiele aus der Praxis

Beschrieben werden zahlreiche Beispielprojekte aus der Praxis. Projekte aus ungezählten Initiativen und Aktivitäten in den Ländern, Verbände und Organisationen, die beispielhaft das breite Spektrum in der Drogen- und Suchthilfe darstellen.

- Landessuchtkonferenz „Brandenburg rauchfrei“
- Projekte der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Tabakentwöhnung, Alkoholprävention, zum Zugang zu Medikamentenabhängigen, zur suchstoffübergreifenden Prävention, zur Versorgung Suchtkranker
- „JugendFilmTage ‚Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier‘“ der BZgA
- FASD-Beratungsstellen
- Projekte zu Drogen und Haft
- Projekt „Papilio“ zur frühkindlichen Suchtprävention
- Integrationsprojekte zur Suchtprävention für suchtgefährdete Migrantinnen und Migranten
- Genderspezifische Beispiele aus der Versorgung Suchtkranker
- Beispiele zur Ergebnisqualität der stationären Therapie Sucht- und Drogenkranker
- Beispiel aus der Selbsthilfe „Anonyme Alkoholiker“

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden und Organisationen für die umfangreichen Beiträge und Darstellungen der Sucht- und Drogenpolitik. Ausführliche Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik finden Sie auch unter www.drogenbeauftragte.de.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europawahl, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber:

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
10117 Berlin
www.drogenbeauftragte.de

Stand: April 2008

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: BMG-D-07046
Telefon: 01805 / 77 80 90*
Fax: 01805 / 77 80 94*

Schreibtelefon für
Gehörlose und

Hörgeschädigte: 01805 / 99 66 07*

*) kostenpflichtig

Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Internet: www.bundesregierung.de
www.bmg.bund.de

Gestaltung: Zum Goldenen Hirschen, Berlin

Druck: enka-druck, Berlin

Satz: da vinci design GmbH, Berlin

Fotonachweise: Titel: PantherMedia, S. 03 Heide Schumann
(www.artes-pro-vobis.de), S. 20 EU-Parla-
ment, S. 53 Fotostudio Anke Hahn
(www.fotostudio-anke-hahn.de),
S. 56 Fotostudio Art & Photo Urbschat
(www.urbschat.de), S. 63 Privat,
S. 71 Privat, S. 83 Oliver Kleinz, S. 86 Foto-
studio Voigtmann, S. 113 Andreas Köhring
(www.koehring-fotografie.de), S. 118 Guido
Kasper, S. 123 Faceland Fotostudios
(www.faceland.com),

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier

