



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Drogen- und Suchtbericht

Mai 2015



Drogen- und Suchtbericht

Mai 2015

www.drogenbeauftragte.de



Vorwort

Liebe Leser und Leserinnen,

vor Ihnen liegt der aktuelle Drogen- und Suchtbericht 2015. Ich habe zu Beginn des Jahres 2014 das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung angetreten und somit deckt der diesjährige Bericht einen Großteil meines ersten Amtsjahres ab. Das neue Layout soll helfen, die umfangreichen Themen übersichtlich darzustellen. Der Bericht umfasst den Zeitraum des Jahres 2014 bis März 2015.

Seit Januar 2014 ist viel geschehen. Die Themen waren vielfältig, wie es der Umfang des vorliegenden Berichtes widerspiegelt. Ob legale Suchtmittel, illegale Substanzen oder stoffungebundene Süchte, immer muss in der Drogen- und Suchtpolitik der Mensch im Mittelpunkt der

Arbeit stehen. Das beginnt bereits mit dem noch ungeborenen Leben. Noch immer kommen in Deutschland viel zu viele Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) zur Welt. Oft bleiben lebenslange Behinderungen zurück. FAS ist zu 100 Prozent vermeidbar, durch konsequenten Alkoholverzicht werdender Mütter während der Schwangerschaft. Doch noch immer weiß nicht einmal jeder Zweite in Deutschland, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu bleibenden Schäden beim Kind führen kann. Aufklärung ist daher zentral. Sie stand auch im Zentrum meiner 1. Jahrestagung zum Thema.

Prävention wie diese spielt eine wesentliche Rolle in der Drogen- und Suchtpolitik. Die positive Entwicklung, die wir beispielsweise im Bereich Alkohol und Tabak erzielt haben, macht deutlich: Es lohnt sich, zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen. Sehr erfreut war ich daher, dass es mir in 2014 gelungen ist, die zuständigen Haushaltspolitiker des Deutschen Bundestages zu überzeugen, noch mehr Mittel für die Drogen- und Suchtprävention bereit zu stellen. So steht künftig eine halbe Million Euro für das Programm „Klasse2000“ zur Verfügung. Es setzt darauf, Schulkinder gezielt zu fördern, damit sie zu starken Persönlichkeiten heranwachsen können. Die Ergebnisse der vergangenen Jahre zeigen deutlich: Dieses Programm wirkt. Es stärkt die teilnehmenden Jungen und Mädchen darin, Nein zu sagen – auch und gerade mit Blick auf den Konsum von Drogen.

Ein weiteres Thema, das in den vergangenen Monaten verstärkt in den Blickpunkt geriet, war Crystal Meth. Der Konsum dieser gefährlichen „Modedroge“ hat insbesondere im deutsch-tschechischen Grenzgebiet deutlich zugenommen. Studienergebnisse haben uns im Frühjahr 2014 erste entscheidende Handlungsempfehlungen geliefert, wie sich besonders gefährdete Zielgruppen erreichen lassen. Für entsprechende Modell- und Forschungsvorhaben stehen zusätzlich eine halbe Million Euro aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung. Ebenfalls gezielt um eine weitere halbe Million Euro gestärkt haben wir den Bereich Glücksspielprävention. Die Entwicklung der Zahl der Glücksspielsüchtigen ist

besorgniserregend. Die Auswirkungen, die nicht nur den Abhängigen selbst sondern sein gesamtes Umfeld treffen, sind oft dramatisch. Schnell wird aus dem Spiel eine ernsthafte Suchterkrankung. Hier gilt: Wir müssen über diese Suchtform reden, aufklären und den Betroffenen die richtige Hilfe anbieten. Auch Filme können hier einen Beitrag zur Aufklärung leisten – so etwa ein jüngst in Berlin gedrehter, international besetzter deutscher Spielfilm, der das Thema Glücksspielsucht betrachtet. Einer der Protagonisten, der Schauspieler Christian Wolff, wird in der Rubrik „Vorgestellt“ porträtiert.

Die „Vorgestellt“-Rubrik und die neuen Fokuskästen zu verschiedenen Drogen und Substanzen sowie die grafischen Abbildungen sollen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser die Lektüre des Drogen- und Suchtberichtes noch übersichtlicher gestalten. Zudem erscheint der Bericht in doppelter Form: Neben der gekürzten Druckfassung finden Sie auf meiner Internetseite www.drogenbeauftragte.de die vollständige Onlinefassung mit weitergehenden Informationen. So werden hier auch umfangreiche Projekte aus den Ländern und aus Verbänden und Vereinen präsentiert. Von dort gelangen Sie per Mausclick direkt zu Interviews und Videos, die wir in 2014 für unsere Internetseite gestaltet haben – darunter die im Herbst gestartete Audio-Podcastreihe „HiLights“. Diese erfreut sich inzwischen großer Beliebtheit. In den Kurzinterviews mit Prominenten, Experten und ehemaligen Drogenkonsumierenden thematisieren wir aktuelle Themen der Drogen- und Suchtpolitik – angefangen bei Alkohol und Tabak über Cannabis, bis hin zu Crystal Meth oder Computerspiel- und Internetabhängigkeit. Hier finden Sie Wissenswertes aus erster Hand.

Politik beginnt beim Betrachten der Wirklichkeit. Erfolgreiche Drogen- und Suchtpolitik ist auf aussagekräftige Zahlen und Fakten angewiesen. Diese finden Sie im ersten Teil des Drogen- und Suchtberichtes. Hier erfahren Sie mehr über die aktuellen Entwicklungen, zum Beispiel bei E-Zigaretten und E-Shishas oder zu Neuen Psychoaktiven Substanzen, den so genannten „Legal Highs“. Beides sind Themen, die uns sehr beschäftigen. Gesetzesänderungen sind derzeit in Vorbereitung, damit wir auch

diesen neuen Formen von Suchtmitteln besser entgegen wirken können. Das ist mir wichtig, denn ich habe immer die Gesundheit der Menschen und insbesondere der Kinder und Jugendlichen im Blick. Gerade auch das Thema „Computerspiel- und Internetabhängigkeit“ rückt zunehmend ins Blickfeld. Neue Zahlen und Erhebungen aus der wissenschaftlichen Praxis belegen einen Anstieg verhaltensbezogener Störungen. Auch hier sind besonders junge Menschen betroffen. Daher bedarf es guter Angebote der Beratung und Behandlung.

Deutschlands Suchtberatungs- und Drogenhilfesystem zielt darauf, von Suchterkrankungen Betroffenen erstklassige Angebote auf dem Weg zu einem gesunden Leben anzubieten. Unser System genießt international hohes Ansehen. So hat etwa der UN-Suchtstoffkontrollrat die deutsche Drogen- und Suchtpolitik in seinem jüngsten Jahresbericht ausdrücklich gelobt. Hierauf können wir stolz sein, aber wir wollen uns darauf nicht ausruhen. Im Bereich der Internationalen Zusammenarbeit haben wir 2014 gemeinsam mit dem Bundesentwicklungshilfeministerium die Weichen gestellt, um positive Erfahrungen weiterzugeben. Wir werden den Weg der Alternativen Entwicklung aktiv begleiten, um in den Drogen produzierenden Ländern vor Ort die Grundlagen dafür zu schaffen, dass weniger Drogen in den internationalen, illegalen Handel gelangen.

Wir bleiben also bei unseren erfolgreichen vier Säulen in der Drogen- und Suchtpolitik, von der Prävention, über Beratung und Behandlung, der Schadensminimierung bis hin zu gesetzlichen Regulierungen zur Angebotsreduzierung. Der vorliegende Bericht fasst die Aktivitäten zusammen.

Eine informative Lektüre des Drogen- und Suchtberichtes in neuem, modernisiertem Layout wünscht

Marlene Mortler

Inhaltsverzeichnis

A Aktuelle Daten und Fakten 12

1 ALKOHOL 15

1	Situation in Deutschland	15
2	Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys	15
3	Studien Zur Gesundheit in Deutschland	16
4	Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	17
5	Repräsentativbefragung der BZgA zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener	18
5.1	»Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«	20
6	Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen	22
7	Schätzung alkoholattribuierbarer Morbidität und Mortalität in Deutschland: Trends und Vergleich zwischen den Jahren 2006 und 2012	23

2 TABAK 25

1	Situation in Deutschland	25
2	Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys	26
3	»Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« des Robert KochInstituts	26
4	Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« des Robert Koch-Instituts	28
5	»Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«	28
6	Repräsentativbefragung der BZgA zum Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener	29
7	E-Zigaretten	31
7.1	Konsumententwicklung von 2012 bis 2014	32
7.2	Fazit	33

3 MEDIKAMENTE 35

1	Situation in Deutschland: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	35
2	Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys	36

4 ILLEGALE DROGEN 39

1	Situation in Deutschland	39
2	Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys	43
3	Repräsentativbefragung der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener	43
4	Neue psychoaktive Substanzen	43
5	Aktueller Stand der DRUCK-Studie	46
6	Schülerstudien im kommunalen Bereich	50
7	Daten der Ermittlungsbehörden zu Drogen und Kriminalität	50
7.1	Drogenbedingte Todesfälle	51
7.2	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	52
7.3	Drogenanbau – Drogenproduktion	52
7.4	Drogenhandel – Drogenschmuggel	54

5 PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL 57

1	Situation in Deutschland	57
2	BZgA-Studie zum Glücksspiel	58

6 COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT 61

1	Situation in Deutschland	61
2	Aktuelle Datenlage	62

7 PRESSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER DROGENBEAUFTRAGTEN 65

1	Pressemitteilungen	65
2	Erklärvideos	65
3	Tag der offenen Tür im Bundesministerium für Gesundheit	65
4	Projekt des Monats	66
5	Neues Podcastangebot »HiLights!«	67

B Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik 68

1 PRÄVENTION 71

1	Suchtstoffübergreifende Prävention	71
1.1	Suchtprävention in der Schwangerschaft und im Kindesalter	71
1.1.1	Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft	71
1.1.2	Individualisierte, risikoadaptierte internetbasierte Interventionen zur Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum bei Schwangeren	73
1.1.3	Frühe Hilfen für Eltern und Kinder	74
1.1.4	Lebenskompetenzprogramme	75
	• »Kinder stark machen«	75
	• »Klasse2000« – Stark und gesund in der Grundschule	78
	• »Eigenständig werden«	80
1.2	Kinder aus suchtbelasteten Familien	81
1.2.1	Projekt »Trampolin«	81

1.3	Prävention für Jugendliche und Jugendschutz	81
1.3.1	»Jugendschutzgesetz – Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs«	83
1.3.2	Jugendfilmtage »Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier«	83
1.3.3	»KlarSicht« – Mitmach-Parcours zu Tabak und Alkohol	84
1.3.4	Schüler- und Lehrerbefragung »SCHULBUS«	85
1.4	Junge Erwachsene	86
1.4.1	Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss	86
1.4.2	Prävention des Substanzkonsums bei Studierenden	89
1.5	Qualitätssicherung in der Suchtprävention	90
	• »Expertise zur Suchtprävention«	90
1.6	Betriebliche Suchtprävention	91
1.6.1	Aktivitäten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen	92
1.6.2	»Prev@WORK«	92
1.7	Suchtprävention in der Bundeswehr	94
1.7.1	Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr	95



1.8	Suchtprävention der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	96	2.2.2	»Be Smart – Don't Start«.....	152	2.4.6	Naloxon-Fachtag »Drogentod ist vermeidbar!«.....	185	2	BERATUNG, BEHANDLUNG UND VERSORGUNG SOWIE SCHADENSMINIMIERUNG.....	201		
1.9	Beispielprojekte aus den Ländern zur Suchtprävention.....	98	2.2.3	Von »rauchfrei« zu »rauchfrei PLUS« – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung.....	153	• Vorgestellt: Der Mountain Activity Club.....	187						
1.10	Interdisziplinäre Klausurwoche zur Suchtprävention.....	109	2.2.4	Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege.....	154	3	Prävention stoffungebundener Süchte.....	188	1	Suchtstoffübergreifend			
2	Suchtstoffspezifische Prävention.....	111	2.2.5	Beispielprojekte aus den Ländern.....	157	3.1	Pathologisches Glücksspiel.....	188	1.1	Klausurwoche und Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention.....	201		
2.1	Alkohol.....	111	2.2.6	Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums »Tabakprävention in Deutschland«.....	161	3.1.1	Kooperation zwischen der BZgA und dem Deutschen Lotto- und Totoblock.....	189	1.2	Projekte Schulung Tanzbetriebe.....	202		
2.1.1	Alkohol in der Schwangerschaft.....	111	2.3	Medikamente.....	162	• Vorgestellt: Christian Wolff.....	190	3.1.2	Beispielprojekte aus den Ländern.....	191	1.3	Sucht- und Drogenbeirat des Landkreises Mittelsachsen.....	203
2.1.1.1	Jahrestagung der Drogenbeauftragten.....	111	2.3.1	Prävention der Medikamenten- abhängigkeit.....	162	3.2	Computerspiel- und Internetabhängigkeit.....	194	1.4	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung.....	205		
2.1.1.2	Beispielprojekte zum Förderschwerpunkt Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu Alkohol in der Schwangerschaft.....	113	2.3.2	Beispielprojekt aus den Ländern.....	163	3.2.1	Programme des BMFSFJ und des Beauftragten für Kultur und Medien zur Förderung der Medienkompetenz.....	195	1.4.1	Entwicklung der Bewilligungen in den Jahren 1997 bis 2013.....	205		
2.1.1.3	Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden.....	114	2.3.3	Epidemiologie der Langzeitverschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeits- potential in Deutschland – eine prospektive Analyse kassenärztlicher Verschreibungen über 5 Jahre.....	164	• Initiative »Ein Netz für Kinder«.....	195	1.4.2	Qualitätssicherung.....	206			
2.1.2	BZgA-Kampagne »Alkohol? Kenn dein Limit.«.....	127	2.3.4	Förderschwerpunkt Benzodiazepine.....	167	• »SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.«.....	196	1.4.3	Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.....	207			
• Für Jugendliche und junge Erwachsene.....	127	2.3.5	Prävention des Anabolikamissbrauchs in Fitnessstudios.....	167	• Kindersuchmaschine »Blinde Kuh«.....	196	1.4.4	Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.....	207				
• Massenmediale und direkte Ansprache.....	127	2.3.6	»Nationaler Dopingpräventionsplan«.....	168	• Wettbewerb »MB21 – Mediale Bildwelten«.....	196							
• Für Erwachsene.....	129	2.4	Illegale Drogen.....	169	• »Dein Spiel. Dein Leben.« – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielwelten.....	196							
2.1.3	»Null Alkohol – Voll Power« – BZgA-Kampagne für Jugendliche.....	131	2.4.1	Amphetaminkonsumierende in Deutschland.....	170	• Erarbeitung und Veröffentlichung eines Online-Handbuchs zur Vorbereitung des bundesweiten Transfers des Modellprojekts »ComputerSpielSchule Leipzig«.....	196						
2.1.4	»Hart am Limit« – Verbesserung der HaLT-Brückengespräche.....	132	2.4.2	Internetplattform www.drugcom.de.....	171	• »Jugendmedienschutz und Medienerziehung in digitalen Medienumgebungen: empirische Evidenz und politische Herausforderungen«.....	196						
2.1.5	Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen.....	132	2.4.3	Beispielprojekte aus den Ländern • Vorgestellt: Ronny B.....	172	• »Digitale Medien: Beratungs-, Handlungs- und Regulierungsbedarf aus Elternperspektive«.....	196						
2.1.6	Beispielprojekte aus den Ländern, Verbänden und Krankenkassen zum Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen.....	134	2.4.4	Cannabisausstiegsprogramm »Quit the Shit«.....	183	• »Medienkompetenzbericht.....	196						
• Vorgestellt: Markus Majowski.....	138	2.4.5	Spice und synthetische Cannabinoide.....	183	3.2.2	Projekt der BZgA – Ins Netz gehen.....	196						
• Vorgestellt: Daniel Schreiber.....	147	• Aktivitäten des Centre for Drug Research im Rahmen des EU-Projekts »SPICE II Plus«.....	183	3.2.3	Projekt der BZgA – Faszination Medien.....	197							
2.1.7	Beispielprojekt aus den Verbänden zu Alkohol am Arbeitsplatz.....	148	• Vorgestellt: Jürgen Zielinski.....	184	3.2.4	Beispielprojekte der Krankenkassen.....	198						
2.2	Tabak.....	148											
2.2.1	»rauchfrei« – Kampagnen der BZgA.....	148											





1.4.5	Einführung einer ambulanten Entlassungsform.....	208
1.4.6	Projekte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung	208
1.5	Herausforderungen in der Behandlung suchtkranker Familien	211
1.6	Fallmanagement bei substanzbezogenen Störungen in Klein- und Kleinstbetrieben	211
1.7	S3-Leitlinien Tabak und Alkohol	212
1.8	Fachexpertise »Geistige Behinderung und Sucht«	213
1.9	Sucht im Alter	214
1.9.1	Förderschwerpunkt Sucht im Alter	214
	• Beispiel 1: Modellprojekt »Sucht im Alter« der Alida Schmidt-Stiftung Hamburg	214
	• Beispiel 2: Modellprojekt »Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter (PNSA)« des Suchtstützentrums Schleswig	215
	• Beispiel 3: Modellprojekt »Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchtthilfe« der Fachklinik Kamillushaus Essen	215
1.9.2	Projekt »Sucht im Alter«: Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion	216
1.9.3	BMG-Projekttitle: Online-Selbsthilfe für Methamphetamin-Konsumenten	217

1.10	Suchtselbsthilfe	217
1.10.1	Anonyme Alkoholiker	217
1.10.2	Suchtselbsthilfeverbände bei der DHS	218
1.10.3	»Chancen nahtlos nutzen – konkret!«	220
1.10.4	Suchtselbsthilfe in der Bundeswehr	221
1.10.5	Förderung der Suchtselbsthilfe durch die Deutsche Rentenversicherung Bund	222
1.10.6	Vielfalt von unterschiedlichen Lebens- und Suchtmittelerfahrungen	222
1.11	Kongresse	223
2	Suchtstoffspezifische Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung	225
2.1	Alkohol	225
2.1.1	Fetale Alkoholspektrum-Störungen und Fetales Alkoholsyndrom	225
2.1.2	Rehabilitanden-Management-Kategorien: ein bedarfs- und leistungsbezogenes Patientenklassifikationssystem für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger	228
2.1.3	Studie zur Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung	229
2.2	Tabak	230
2.2.1	»rauchfrei«: Angebote der BZgA zur Tabakentwöhnung	230
	• Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene	230
	• Online-Rauchstopp für Erwachsene	230
	• Gruppenprogramm »losgelöst« für Jugendliche	230
	• »rauchfrei«-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene	230
	• Telefonische Beratung zum Nichtrauchen	230
2.2.2	Weitere Beispiele für Angebote zur Tabakentwöhnung DdL, DKfZ, Charité-Nichtraucherprogramm Schule	230

2.2.3	Mobile Raucherambulanz am Universitätsklinikum Tübingen	231
2.3	Illegale Drogen	234
2.3.1	Fachgespräche zu Crystal-Meth und weitere Umsetzung	234
2.3.2	Substitutionsregister	241
2.3.3	Diamorphinbehandlung aktueller Stand	247
2.3.4	CAN Stop Intramural (Cannabisprojekte im Strafvollzug)	248
2.3.5	FreD in der Strafverfolgung	248
2.3.6	Beispiele aus den Ländern zur Forschung	249
3	Beratung, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung bei stoffgebundenen Süchten	252
3.1	Pathologisches Glücksspiel	252
3.1.1	Katamnese-Projekte zur Glücksspielsucht in der stationären Behandlung	253
3.2	Computerspiel- und Internetabhängigkeit	255
3.2.1	Beispiele aus den Verbänden	256

3 GESETZLICHE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN 261

1	Suchtstoffübergreifende Regelungen und Rahmenbedingungen	261
1.1	Teilhabe am Arbeitsleben für suchtkranke Menschen	261
2	Suchtstoffspezifische Regelungen und Rahmenbedingungen	262
2.1	Tabak	262
2.1.1	Tabaksteuererhöhung 2013 und 2014	262
2.1.2	Bekämpfung des Zigarettschmuggels	264
2.1.3	Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsorship	265

2.1.4	»gesundheitsziele.de«: Vorschläge der Arbeitsgruppe 6 – Tabakkonsum reduzieren	266
2.1.5	Beispielprojekte des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)	267
2.1.6	Fortführung der Auswertung einer bundesweiten prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC))	268
2.2	Arzneimittel	270
2.3	Illegale Drogen	271
2.3.1	Änderungen des Betäubungsmittelrechts	271
2.3.2	Grundstoffüberwachung	272
2.4	Pathologisches Glücksspiel	272
2.4.1	Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag	272
2.4.2	Gewerbliches Automatenpiel – Novellierung der Spielverordnung	273



4 INTERNATIONALES 275

1	Europäische und internationale Alkoholpolitik.....	275
1.1	Situation in Europa.....	275
1.2	EU-Alkoholstrategie.....	275
1.3	Projekte der Alkoholprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit.....	276
1.4	Globale Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs.....	276
2	Europäische und internationale Tabakpolitik.....	277
2.1	Tabakprävention in der EU.....	277
2.2	Tabakprodukttrichtlinie.....	277
2.3	Projekte der Tabakprävention im Rahmen des EU-Aktionsprogramms Gesundheit.....	278
2.4	Arbeit des WHO-Kollaborationszentrums.....	279
3	Europäische und internationale Drogenpolitik.....	282
3.1	Situation illegaler Drogen in Europa.....	282
3.1.1	EU-Gremien.....	282
	• Die EU-Kommission.....	282
	• Der Rat der EU.....	283
	• Horizontale Gruppe Drogen.....	283
3.1.2	Europäische und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.....	284
3.1.3	Treffen der Drogenkoordinatoren der EU 2014.....	285
3.1.4	Projekte im EU-Förderprogramm »Drogenprävention und -information«.....	287
3.1.5	CADAP V.....	287
3.2	Vereinte Nationen.....	289

3.2.1	Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen.....	289
3.2.2	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen.....	290
3.2.3	Internationaler Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen.....	292
3.3	Internationale Entwicklungszusammenarbeit.....	293
3.3.1	Die entwicklungspolitische Dimension der globalen Drogenproblematik.....	293
3.3.2	Reduzierung des Drogenanbaus durch alternative Entwicklung.....	294
3.3.3	Harm Reduction und HIV/AIDS: Alternativen zu Risikosituationen bieten.....	295

STICHWORTVERZEICHNIS 298

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS 301

DANKSAGUNG 302

HINWEISE/IMPRESSUM 303



A

Aktuelle Daten und Fakten

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

1	ALKOHOL	12
2	TABAK	25
3	MEDIKAMENTE	35
4	ILLEGALE DROGEN	39
5	PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL	57
6	COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT	61
7	PRESSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER DROGENBEAUFTRAGTEN	65

12

B

Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik

68

1

Alkohol

1 SITUATION
IN DEUTSCHLAND

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

2 ERGEBNISSE DES
EPIDEMIOLOGISCHEN
SUCHTSURVEYS

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) stellt eine Repräsentativerhebung zur Erfassung des Substanzkonsums und damit verbundener Probleme in der Allgemeinbevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren dar. Mit wechselnden Altersgrenzen wurde der Survey seit 1980 wiederholt vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT) München unter Förderung des BMG durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 2012 statt. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass nur 3,6 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren

noch nie Alkohol konsumiert haben. Weitere 9,8 Prozent haben zwar Erfahrungen mit Alkohol, lebten aber in den vergangenen zwölf Monaten abstinent. Mit einem Anteil von 71,5 Prozent trank die Mehrheit innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol. Nimmt man einen Grenzwert von durchschnittlich zwölf (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag an, setzt sich dieser Anteil aus 57,3 Prozent risikoarmen und 14,2 Prozent riskanten Konsumierenden zusammen. Zudem erlebten in den letzten 30 Tagen schätzungsweise 21,3 Prozent der Personen ein bis drei Rauschtage (Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken) und 14,3 Prozent vier oder mehr Rauschtage.

Männer haben gegenüber Frauen ein erhöhtes Risiko für riskanten und Rauschkonsum. Unter jungen Erwachsenen bis zu einem Alter von 24 Jahren sind zwar die Abstinenzraten am höchsten; Konsumierende dieses Alters zeigen jedoch mit erhöhten Raten für Risiko- und Rauschkonsum ein besonders problematisches Trinkmuster. Schätzungsweise 3,1 Prozent der erwachsenen Allgemeinbevölkerung weisen eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV und 3,4 Prozent einen entsprechenden Missbrauch auf.

JEDES JAHR STERBEN IN
DEUTSCHLAND MINDESTENS

74.000

MENSCHEN AN DEN
FOLGEN IHRES
ALKOHOLMISSBRAUCHS

Von Absinth bis Zipuro:
Hier erfahren Sie alles
über den Konsum des legalen
Suchtmittels Alkohol bis hin zu
Krankenhauseinweisungen
wegen Komasaufens.

Im zeitlichen Verlauf sind seit 1995 tendenziell positive Entwicklungen zu mehr Abstinenz und geringeren Konsummengen unter 18- bis 59-Jährigen zu beobachten. Der Konsumrückgang ist besonders unter Männern ausgeprägt. Als problematisch ist eine steigende Prävalenz der Alkoholabhängigkeit sowie ein steigender Konsum spezifisch unter jungen Frauen bis zu einem Alter von 24 Jahren zu bewerten.

<http://www.esa-survey.de/>

3 STUDIEN ZUR GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

»Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland«

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

Die DEGS 1 Studie fand zwischen 2008 und 2011 statt. Die Ergebnisse wurden im Drogen- und Suchtbericht 2014 näher erläutert. Risiko- und Rauschkonsum sind nach dieser Studie in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Personen in jüngeren Altersgruppen konsumieren dabei häufiger Alkohol oberhalb empfohlener Trinkmengen als Personen in höheren Altersgruppen. Männer sind häufiger von allen Formen problematischen Alkoholkonsums betroffen als Frauen.

Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell«

Die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede der DEGS1-Studie werden durch die regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Befragungsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) gestützt. GEDA richtet sich dabei an die

ABBILDUNG 01:
RISIKO- UND MINDESTENS MONATLICHER RAUSCHKONSUM IN VERSCHIEDENEN ALTERSGRUPPEN NACH GESCHLECHT



Quelle: „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) 2008-11 (Hapke et al. 2013)

Bevölkerung ab 18 Jahren, es besteht also keine obere Altersgrenze. Das derzeit letzte verfügbare Jahr der Studie ist 2012. In GEDA wird ebenfalls der AUDIT-C zur Bestimmung von Risiko- und Rauschkonsum eingesetzt.

In GEDA 2012 waren 20,7 Prozent aller Personen Nie-Trinkerinnen bzw. Trinker (Frauen: 27,1 Prozent; Männer: 14,0 Prozent) und 26,3 Prozent Risikokonsumtinnen bzw. -konsumenten (Frauen: 20,6 Prozent; Männer: 32,3 Prozent). Rauschkonsum von sechs und mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit mindestens einmal monatlich berichteten 16,1 Prozent aller Personen (Frauen: 9,3 Prozent; Männer: 23,1 Prozent). Sowohl beim Rausch- als auch beim

Risikokonsum zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in den Erhebungen seit 2009.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

»Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«

Die erste Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die in den Jahren 2009 bis 2012 durchgeführt wurde, stellt aktuelle Daten zum Alkoholkonsum von Jugendlichen bereit. Näheres hierzu findet sich im Drogen- und Suchtbericht 2014. Aus den Zahlen ergibt sich, dass Anteil der Jugendlichen, die jemals Alkohol getrunken haben, von 62,8 Prozent auf 54,4 Prozent zurückgegangen ist (Lampert et al. 2014).

<http://www.kiggs-studie.de>

4 ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

Schwangere und Frauen im gebärfähigen Alter müssen frühzeitig und umfassend über die Gefahren des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt werden. Fetale Alkoholspektrums-Störungen (FASD) sind irreparable körperliche und geistige Schädigungen des Ungeborenen durch einen Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft, die zu 100 Prozent vermeidbar sind. Eine repräsentative Studie im Auftrag der Fachstelle für Suchtprävention Berlin zum Tag des alkoholgeschädigten Kindes am 9. September 2014 zeigt zwar, dass 85 Prozent der Bevölkerung über 14 Jahren der Auffassung sind, dass Alkohol während der Schwangerschaft generell problematisch ist. In der Altersgruppe der 14 bis 29-Jährigen sind es 94 Prozent, bei den über 60-Jährigen 80 Prozent. Unterschieden nach Berufsgruppen zeigt sich, dass nur 65 Prozent der Freien Berufe und Selbstständigen Alkohol als generell problematisch einschätzen und 35 Prozent der

7,8 % von 374 Befragten schwangeren Frauen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf.

Meinung sind, dass ab und zu ein Glas Sekt nicht schaden kann. Den Bedarf an Aufklärung zeigt, dass nur 56 Prozent der Befragten bei der Frage „Wie kann sich Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schlimmstenfalls auf das werdende Kind auswirken?“ wussten, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu lebenslangen schweren Behinderungen führen kann.

Auch die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zu Schwangerschaft und Alkoholkonsum in den Studien zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) und zur „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) machen den Bedarf an Aufklärung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft deutlich.

In KiGGS wurde im Elternfragebogen gefragt, ob die Mütter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben. In DEGS1 und in GEDA wurde zur Erfassung des Alkoholkonsums der aus drei Fragen bestehende Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C) eingesetzt. Aus den Angaben in der KiGGS-Basiserhebung wurde die „präinatale Alkoholexposition“ (PAE) für die Geburtsjahrgänge der Kinder 1985 bis 2005 extrahiert. Aufgrund der Angaben der Eltern hat die PAE 13,5 Prozent betragen. Über die 20 Jahre hinweg ließ sich kein Rückgang der Prävalenz verzeichnen. Nach Sozialschichten unterteilt war die Exposition in der höchsten Sozialschicht am häufigsten. In den späteren KiGGS-Erhebungen wurde keine Frage zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gestellt.

Eine zusammenfassende Auswertung der GEDA-Daten der Jahre 2009, 2010 und 2012 (bezogen auf den Bevölkerungsstand von Ende 2011) zeigt, dass von den 374 zum Befragungszeitpunkt schwangeren Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren 72,4 Prozent keinen Alkohol tranken, 19,8 Prozent einen „moderaten Alkoholkonsum“ hatten und 7,8 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen. Eine zusätzliche Analyse zum sogenannten Rauschtrinken (mindestens sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Trinkgelegen-

heit) bei den schwangeren Frauen ergab, dass 84,0 Prozent nie, 12,1 Prozent seltener als ein Mal im Monat, 3,8 Prozent jeden Monat und 0,1 Prozent mindestens jede Woche ein solches Rauschtrinken praktizierten.

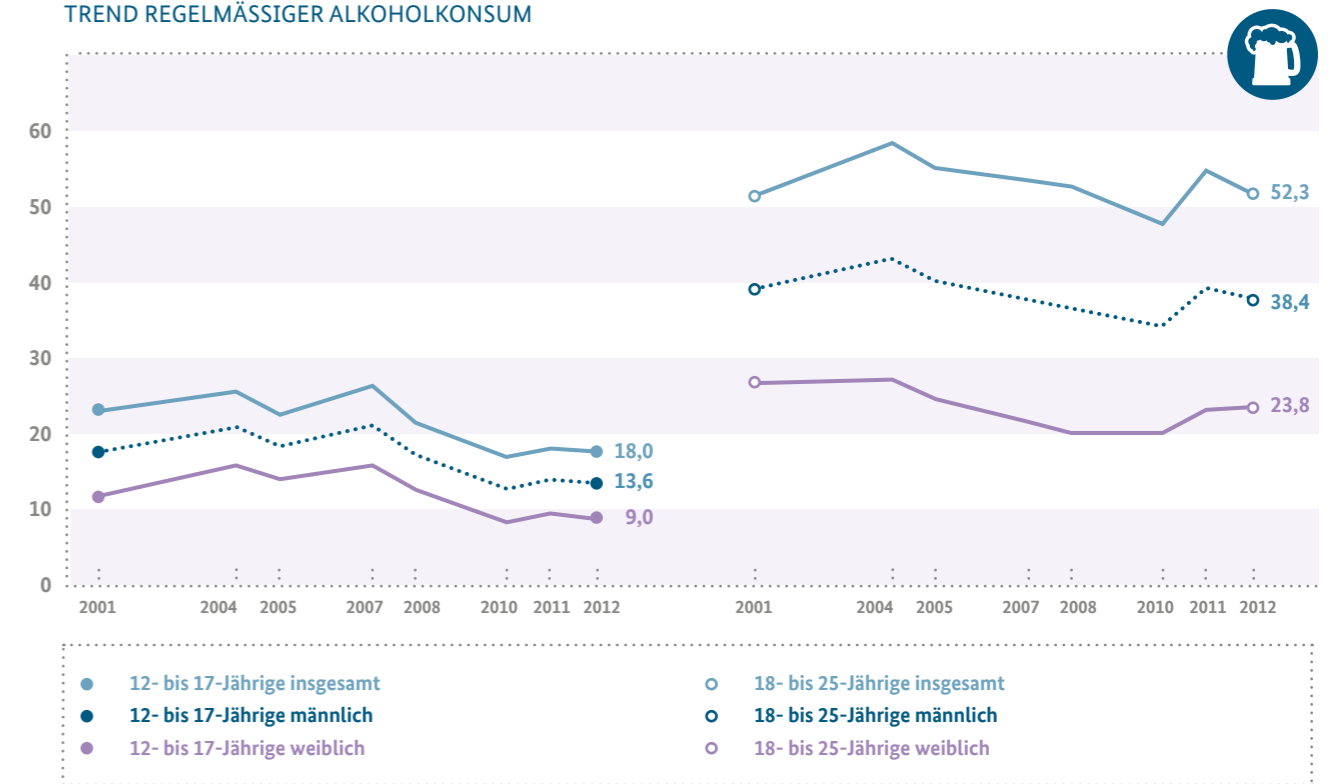
Als Bestandteil der Nationalen Strategie wurde 2013 der Förderschwerpunkt „Neue Präventionsansätze gegen Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft und Stillzeit“ fortgeführt. Vom Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) oder von FASD betroffene Kinder benötigen möglichst schnell umfassende Hilfs- und Förderangebote. Dies erfordert eine frühzeitige ärztliche Diagnose und ein auf den Einzelfall ausgerichtetes Hilfsangebot. Dazu bedarf es einer umfassenden Information der Fachkräfte, etwa in den Jugendämtern und Beratungsstellen, der Gerichte sowie der Pflege- und Adoptiveltern. Zur Unterstützung hat die Drogenbeauftragte im Jahr 2014 die Informationsbroschüre mit dem Titel „Die Fetale Alkoholspektrum-Störung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis“ aktualisiert. Auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten im Dezember 2014 in Erlangen wurden die vorliegenden Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

5 REPRÄSENTATIVBEFRAGUNG DER BZGA ZUM ALKOHOLKONSUM JUGENDLICHER UND JUNGER ERWACHSENER

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 regelmäßig Repräsentativbefragungen zum Alkoholkonsum junger Menschen in Deutschland durch. Die zuletzt veröffentlichten Ergebnisse beruhen auf einer Befragung aus dem Jahr 2012, an der insgesamt 5.000 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von zwölf bis 25 Jahren teilgenommen haben.

In der Abbildung ist der regelmäßige Alkoholkonsum für den Zeitraum von 2001 bis 2012 dargestellt. Regelmäßiger Alkoholkonsum heißt, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Bei Jugendli-

ABBILDUNG 02: TREND REGELMÄSSIGER ALKOHOLKONSUM



Quelle: BZgA

chen im Alter von zwölf bis 17 Jahren ist der regelmäßige Alkoholkonsum im dargestellten Zeitraum zurückgegangen. Im Jahr 2012 gaben 13,6 Prozent der Jugendlichen an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Der Anteil des regelmäßigen Alkoholkonsums war im Jahr 2012 bei männlichen Jugendlichen doppelt so hoch wie bei ihren weiblichen Altersgenossinnen. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist im Zeitraum von 2001 bis 2012 keine Trendwende zu erkennen. 2012 tranken jeder zweite junge Mann und jede vierte junge Frau regelmäßig Alkohol. Die Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren ist zwar im Vergleich zu 2007 gesunken (2007: 12,7 Prozent der männlichen und 11,1 Prozent der weiblichen Jugendlichen), die Anteile im Jahr 2012

sind aber mit 6,3 Prozent der männlichen und 3,9 Prozent der weiblichen Jugendlichen noch immer viel zu hoch. Mit riskantem Alkoholkonsum ist hier gemeint, dass der tägliche Konsum höher ist als für Erwachsene empfohlen. Auch bei den 18- bis 25-jährigen jungen Männern geht der Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen in den letzten Jahren zurück. Im Jahr 2012 tranken 19,2 Prozent der jungen Männer zu große Mengen (2004 bis 2008 liegen die entsprechenden Anteilswerte noch bei 23 Prozent bis 24 Prozent). Von den jungen Frauen im Alter von 18 bis 25 tranken 2012 ungefähr ein Achtel (12,8 Prozent) gesundheitlich riskante Alkoholmengen (2004: 16,1 Prozent).

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

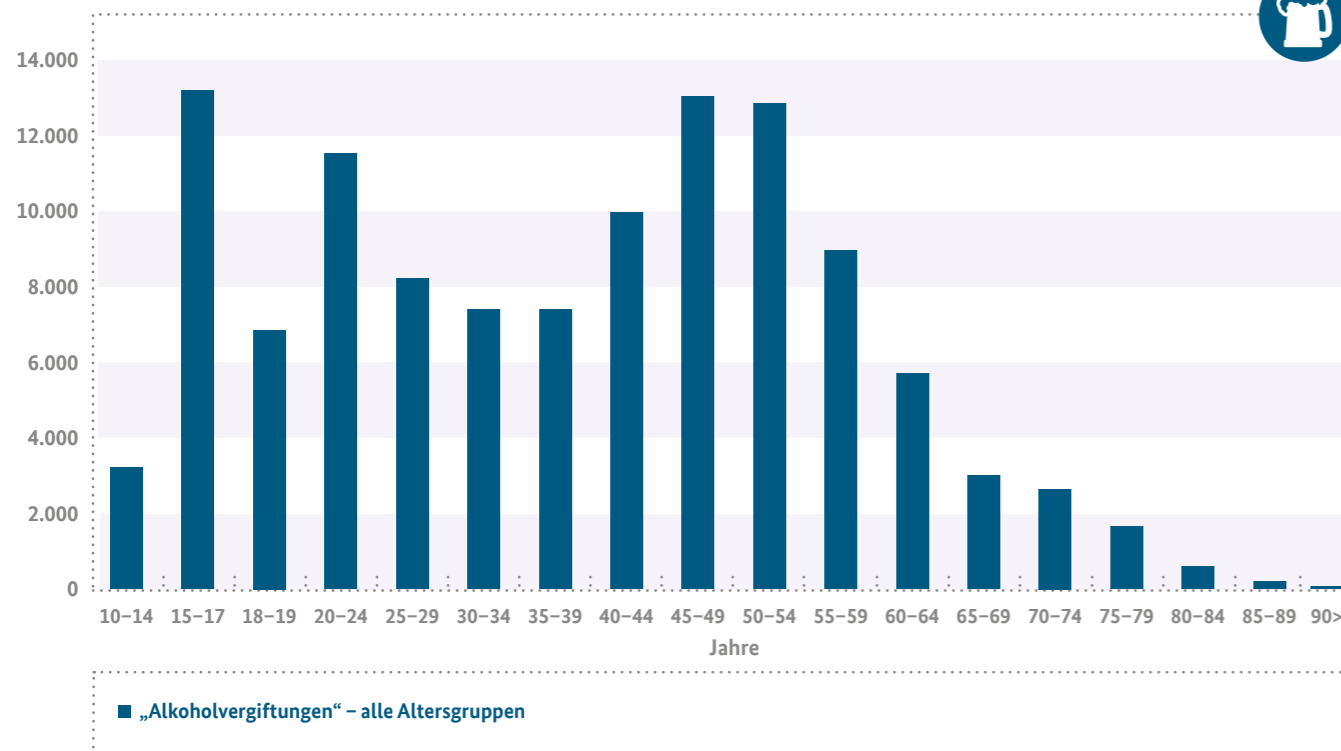
5.1 »STUDIE ZUR GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND«

Die erste Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die in den Jahren 2009 bis 2012 durchgeführt wurde, stellt aktuelle Daten zum Alkoholkonsum von Jugendlichen bereit. Näheres hierzu findet sich im Drogen- und Suchtbericht 2014. Aus den Zahlen ergibt sich, dass Anteil der Jugendlichen, die jemals Alkohol getrunken haben, von 62,8 Prozent auf 54,4 Prozent zurückgegan-

gen ist. Ein riskanter Alkoholkonsum (nach AUDIT-C) ist bei 15,8 Prozent der Heranwachsenden festzustellen, regelmäßiges Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) bei 11,5 Prozent. Zwischen den Geschlechtern sind in Bezug auf die meisten Indikatoren keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Lediglich bei den 14- bis 17-Jährigen zeigt sich, dass Jungen (23,1 Prozent) häufiger als Mädchen (16,5 Prozent) zu regelmäßigem Rauschtrinken neigen (Lampert et al. 2014).

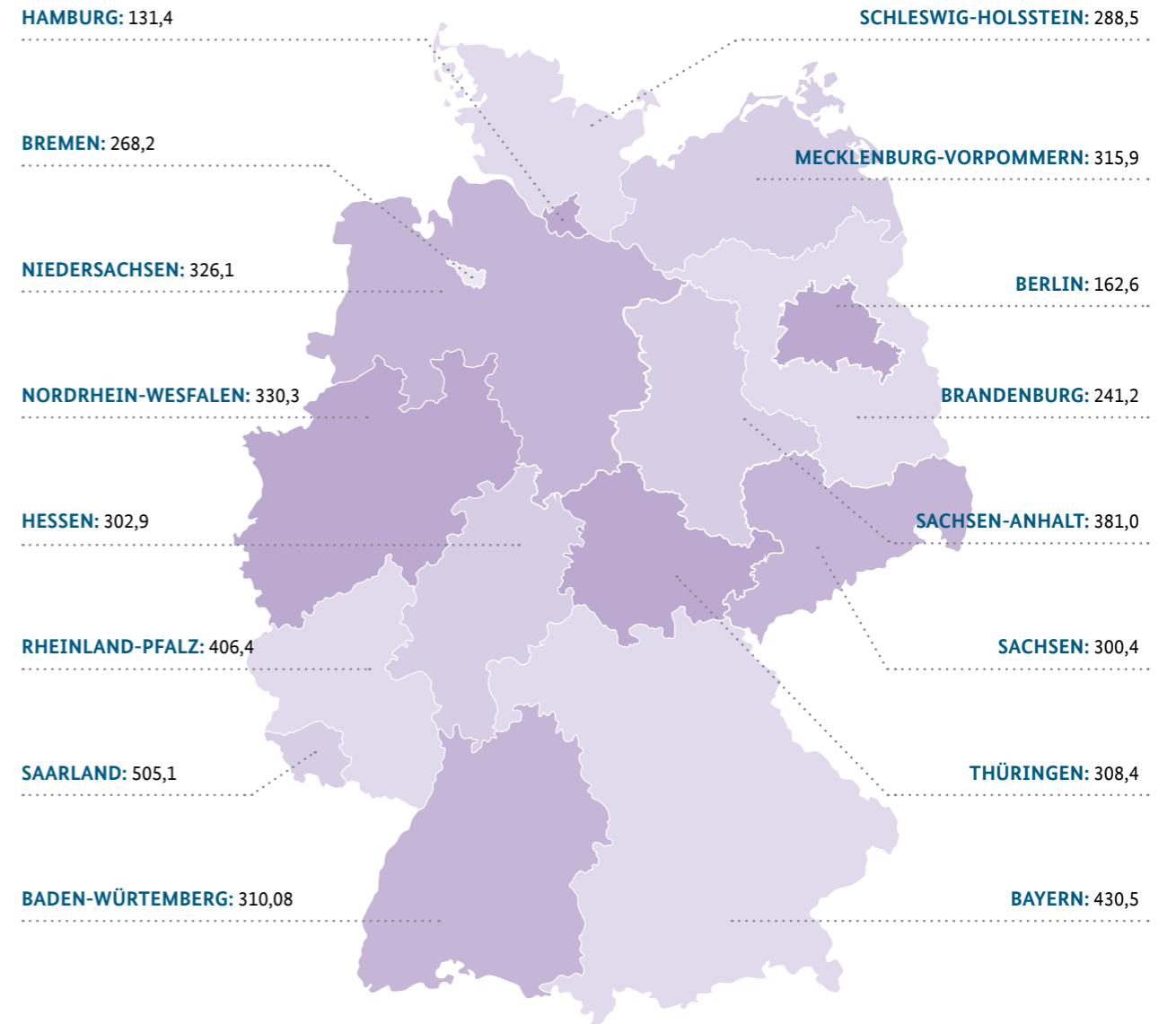
<http://www.kiggs-studie.de>

ABBILDUNG 03: STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON AKUTER ALKOHOLINTOXIKATION IM JAHR 2013 INSGESAM



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnosestatistik.

ABBILDUNG 04: KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON ALKOHOLVERGIFTUNGEN



Quelle: Statistisches Bundesamt Destatis, 2014

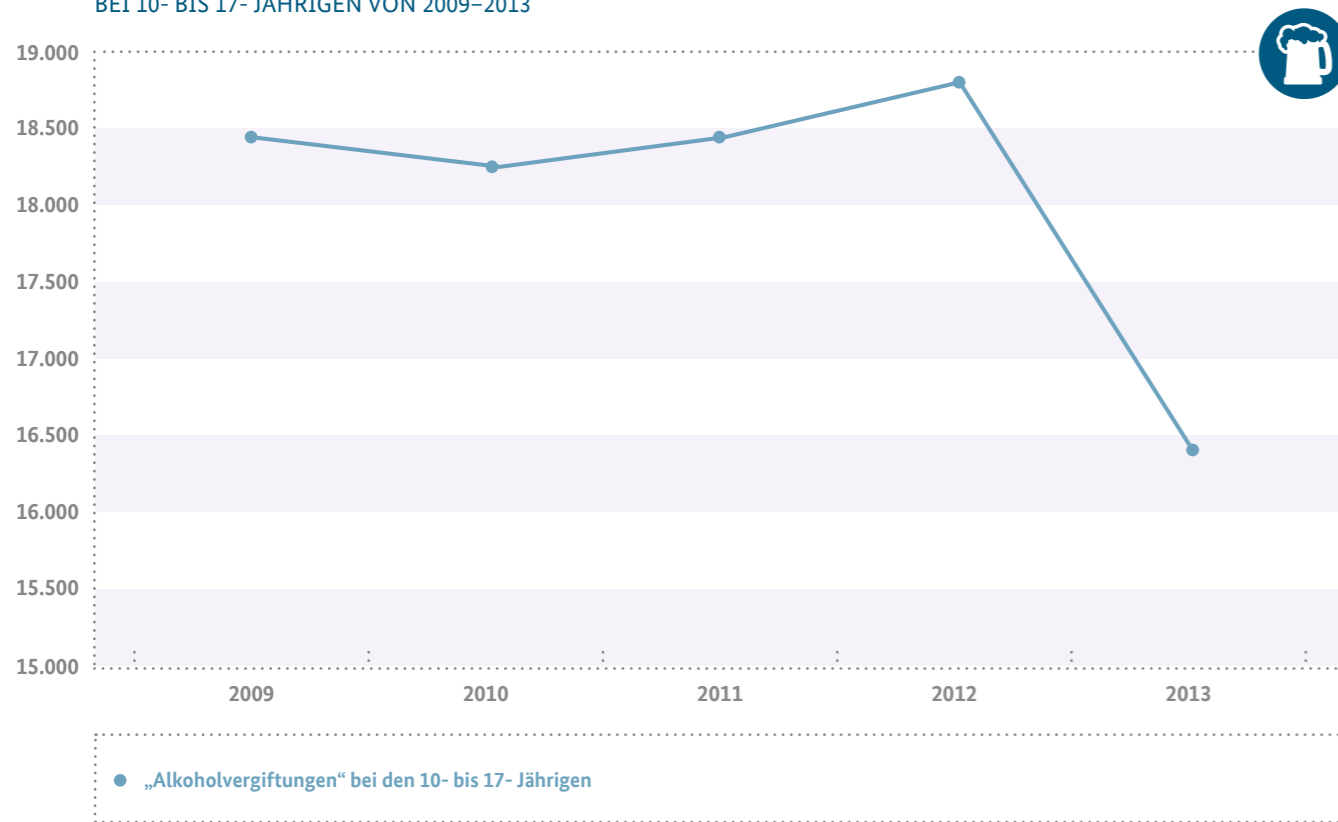
6 KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON ALKOHOLVERGIFTUNGEN

Gemäß der Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 2013 wurden insgesamt rund 19,2 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Mit 338.204 Fällen lagen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, zu denen auch die Alkoholvergiftungen zählen, an zweiter Stelle.

Aufgrund einer Alkoholvergiftung wurden 2013 insgesamt 23.267 Kinder und Jugendliche zwischen

zehn und 20 Jahren ins Krankenhaus eingeliefert; davon waren 71 Prozent noch keine 18 Jahre alt. 2012 waren es insgesamt 26.673 Fälle in der Altersgruppe zwischen zehn und 20 Jahren gewesen, das entspricht einem Rückgang von 12,8 Prozent. In dieser Altersgruppe sank die Anzahl der Fälle in 2013 bezogen auf 100.000 Einwohner gegenüber 2012 von 336 auf 296; das entspricht einem Rückgang von 12,1 Prozent. Dabei ging der entsprechende Wert bei Mädchen und jungen Frauen um 6,7 Prozent zurück (auf 253 Fälle je 100.000 Einwohner), bei Jungen und jungen Männern verringerte er sich sogar um 15,6 Prozent (auf 336 Fälle je 100.000 Einwohner).

ABBILDUNG 05: STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON AKUTER ALKOHOLINTOXIKATION BEI 10- BIS 17- JÄHRIGEN VON 2009-2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnosestatistik.

Dieser Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ist sehr positiv und es bleibt zu hoffen, dass die Alkoholprävention auch in den kommenden Jahren dazu beiträgt, dass die Fallzahlen der Alkoholvergiftungen nach den regelmäßigen Anstiegen von 2000 bis 2012 weiter sinken werden. Gemessen an der Gesamtzahl der Fälle von Alkoholintoxikationen im Jahr 2000 (insgesamt 9.514 Fälle) ist der Wert von 2013 immer noch etwa anderthalbfach erhöht (144,6 Prozent). Damals wurden mit insgesamt 101 alkoholvergifteten Kinder und Jugendlichen pro 100.000 Einwohner etwa ein Drittel der entsprechenden Fallzahl von 2013 dokumentiert.

7 SCHÄTZUNG ALKOHOL-ATTRIBUIERBARER MORBIDITÄT UND MORTALITÄT IN DEUTSCHLAND: TRENDS UND VERGLEICH ZWISCHEN DEN JAHREN 2006 UND 2012

Vor dem Hintergrund massiver negativer Folgen des missbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsums in Europa empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Alkoholmonitoring, in dem alle relevanten alkoholassoziierten Informationen systematisch

erfasst werden. Basierend auf den Empfehlungen einer vorangegangenen Machbarkeitsstudie führte das IFT unter Förderung des BMG eine Studie zur Schätzung der alkohol-attribuierbaren Krankheitslast und Sterblichkeit in Deutschland durch.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: In Bezug auf vollständig alkohol-attribuierbare Fälle zeigt sich, dass die Rate alkoholbezogener Krankenhausfälle zwischen 2000 und 2012 bei Frauen um 38 Prozent und bei Männern um 16 Prozent zugenommen hat. Vergleiche zwischen 2006 und 2012 unter Einbeziehung von Krankheiten, die nicht vollständig auf Alkohol zurückzuführen sind, weisen ebenfalls auf eine Zunahme alkoholbedingter Krankenhausbehandlungen hin. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass nicht nur alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen, sondern generell alle Behandlungen im Krankenhaus zugenommen haben.

In Bezug auf die alkoholbedingte Sterblichkeit zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der Mortalitätsrate zwischen 1995 und 2012 um 33 Prozent. Die Abnahme alkohol-attribuierbarer Sterblichkeit zeigt sich in allen Krankheitskategorien.

<http://www.ift.de>





Tabak

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland und führt zu jährlich etwa 110.000 vorzeitigen Todesfällen. Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucherinnen und Raucher stirbt vorzeitig an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, an Lungenkrebs oder einer anderen Atemwegserkrankung. Jeder zweite dieser vorzeitigen Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter ein und wäre völlig vermeidbar.

Die Zahl der aktiven Raucherinnen und Raucher ist in Deutschland mit 24,5 Prozent der Bevölkerung noch immer zu hoch – damit raucht knapp jede(r) Vierte. In der Mikrozensusbefragung von 2013 bezeichnen sich insgesamt 13,6 Millionen Frauen und Männer ab 15 Jahren als Raucherinnen und Raucher. Dieser Anteil lag im Jahr 1999 noch bei 28 Prozent und ist in den letzten vier Jahren bei den Frauen von 22 auf 20 Prozent und bei den Männern von 35 auf 29 Prozent gesunken.

Insgesamt 76 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren zählt sich zu den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern. 56 Prozent der Befragten haben noch nie geraucht, 19 Prozent sind ehemalige Raucherinnen und Raucher. Der Nichtraucheranteil ist im Jahr 2013 im Vergleich zu 2009 vor allem in den jüngeren Altersgruppen weiter gestiegen. Abgenommen hat auch die Zahl der starken Raucherinnen und Raucher mit einem täglichen Zigarettenkonsum von mehr als 20 Zigaretten. Dieser Anteil fiel von 2009 bis 2013 deutlich um ein Drittel auf zwölf Prozent aller Rauchenden.

Im Alter von zwölf bis 17 Jahren hat sich der Trend zum Nichtrauchen weiter fortgesetzt. Die Zahl der jugend-

lichen Raucherinnen und Raucher liegt nach der Erhebung der BZgA im Jahr 2014 bei zehn Prozent und damit auf dem tiefsten erhobenen Wert seit 1979. Die Zahl der rauchenden Jugendlichen lag im Jahr 2001 noch bei 28 Prozent und hat sich bis zum heutigen Zeitpunkt weit mehr als halbiert.

In der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung ist die Reduzierung des Rauchens als vorrangiges und quantifiziertes Präventionsziel aufgeführt. Danach soll der Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher bis 2015 auf unter zwölf Prozent und der Anteil bei Erwachsenen auf unter 22 Prozent gesenkt werden. Bei den Kindern und Jugendlichen ist es gelungen, das angestrebte Ziel mit zehn Prozent sogar noch zu übertreffen. Jedoch setzt sich dieser Trend in den höheren Altersgruppen nicht im gleichen Maße fort und die Zahl der Rauchenden liegt 2014 mit 24,6 Prozent über den angestrebten 22 Prozent.

**RAUCHERQUOTE BEI
ERWACHSENEN IN DEUTSCH-
LAND IM JAHR 2014:**

24,5%

**KINDER
UND JUGEND-
LICHE:**

9,7%

**Rauchen kann
tödlich sein!
Die Bundesregierung
verfolgt das Ziel,
die Raucherquote
zu senken.**

Die Bundesregierung und die Bundesländer haben in den letzten Jahren vielfältige Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention eingeleitet, darunter Regelungen zum Jugend- und Nichtrauchererschutz oder Präventionsmaßnahmen wie die „rauchfrei“-Kampagne. Rauchen liegt bei den meisten Jugendlichen heute nicht mehr im Trend. Um diese Entwicklung in allen Altersgruppen zu sichern und damit Jugendliche weiterhin erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen, werden die bisherigen Anstrengungen in der Tabakprävention im gleichen Umfang fortgesetzt.

Im Folgenden werden weitere aktuelle Ergebnisse zum Tabakkonsum in Deutschland aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey des IFT, des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgestellt, deren Befragungen sich an unterschiedliche Altersgruppen richten und unterschiedliche Erhebungsmethoden verfolgen. Die Ergebnisse der Studien sind trotz abweichender Werte miteinander vergleichbar.

<http://www.destatis.de/publikationen>, Mikrozensus-Zusatzbefragung 2013, Suchwort: Fragen zur Gesundheit.

2 ERGEBNISSE DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) erlaubt eine Einteilung der Personen in aktuelle, ehemalige sowie Nichtraucher. Die Daten der letzten Erhebung im Jahr 2012 legen nahe, dass etwa ein Drittel der Männer (34,0 Prozent) und ein Viertel der Frauen (26,4 Prozent) zwischen 18 und 64 Jahren mit einem Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen als aktuelle Raucher bzw. Raucherinnen zu bezeichnen sind. Insgesamt ein weiteres Viertel (26,4 Prozent) stellen ehemalige Raucher bzw. Raucherinnen dar. Die Prävalenz der Ex-Raucher und Raucherinnen unterscheidet sich nur gering zwischen den Geschlechtern und steigt mit zunehmendem Alter an. Der Anteil an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern ist in der

jüngsten Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen mit 72,0 Prozent am höchsten.

Von allen aktuellen Zigarettenkonsumierenden rauchen drei Viertel (73,2 Prozent) täglich, 29,0 Prozent sind starke Raucher mit einem Durchschnittskonsum von 20 Zigaretten oder mehr pro Tag. Zudem sind Alterseffekte im Konsummuster der aktuellen Raucher zu beobachten. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil nicht-täglicher Konsumentinnen und Konsumenten ab und der Anteil stark Rauchender zu.

Bezogen auf alle 18- bis 64-Jährigen weisen 10,8 Prozent eine Tabakabhängigkeit nach DSM-IV auf. Davon sind vermehrt Männer sowie Personen zwischen 21 und 29 Jahren betroffen. Der Anteil Tabakabhängiger liegt höher als noch im Jahr 2000. Gleichzeitig ist die Raucherprävalenz seit den 1980er Jahren insgesamt zurückgegangen. Zusammen betrachtet sprechen die zeitlichen Veränderungen für die sogenannte Hardening-Hypothese, nach der zwar auf Gesamtbevölkerungsebene immer weniger Personen rauchen, die verbleibenden Raucherinnen und Raucher jedoch einen stärkeren Konsum aufweisen.

<http://www.esa-survey.de/>

3 »STUDIE ZUR GESUNDHEIT ERWACHSENER IN DEUTSCHLAND« DES ROBERT KOCHINSTITUTS

»Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« Nach den Daten der DEGS1-Studie rauchen 29,7 Prozent der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen täglich oder gelegentlich (Frauen: 26,9 Prozent; Männer: 32,6 Prozent). Weitere 22,8 Prozent der Frauen und 33,7 Prozent der Männer haben früher geraucht, sich das Rauchen aber mittlerweile abgewöhnt. 50,3 Prozent der 18- bis 79-jährigen Frauen und 33,7 Prozent der gleichaltrigen Männer haben nie geraucht (Lampert et al. 2013).

TABELLE 01:

VERBREITUNG DES RAUCHENS BEI FRAUEN UND MÄNNERN IN VERSCHIEDENEN ALTERSGRUPPEN. DARGESTELLT SIND PRÄVALENZEN (IN PROZENT) UND 95 PROZENT-KONFIDENZINTERVALLE.

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

Quelle: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) 2008–11 (Lampert et al. 2013)

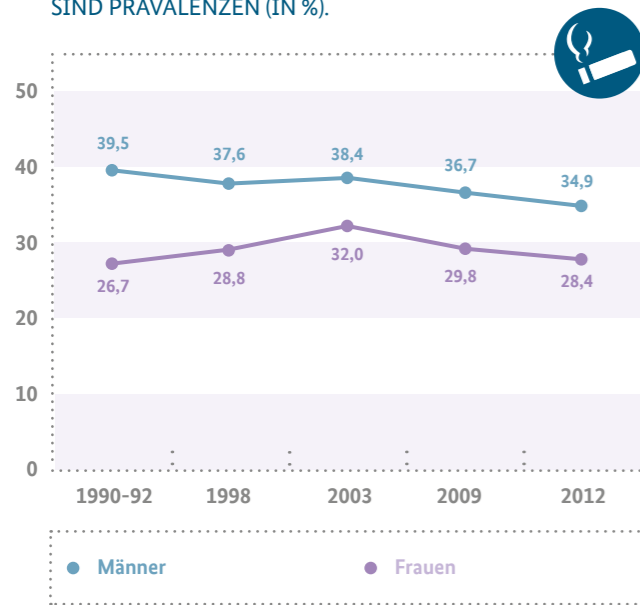
Am häufigsten wird im jungen Erwachsenenalter geraucht (Tabelle 01). Bei 18- bis 29-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz für das aktuelle Rauchen (täglich oder gelegentlich) 40,0 Prozent, bei gleichaltrigen Männern 47,0 Prozent. Im mittleren Lebensalter liegen die Prävalenzen um die 30 Prozent bei Frauen und zwischen 30 Prozent und 40 Prozent bei Männern. Von den Frauen und Männern im Alter von 65 bis 79 Jahren rauchen 8,9 Prozent bzw. 11,6 Prozent und damit ein geringerer Anteil als im jungen und mittleren Erwachsenenalter.

Etwa ein Viertel der Frauen und Männer, die rauchen, konsumieren 20 und mehr Zigaretten am Tag. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren kann die Prävalenz des starken Rauchens auf 8,3 Prozent beziffert werden, wobei der Wert für Frauen mit 6,0 Prozent unter dem Vergleichswert für

Männer mit 10,6 Prozent liegt. Der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher ist in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen am höchsten. Von den Frauen und Männern dieses Alters rauchen 8,5 Prozent bzw. 16,8 Prozent stark. Die geringsten Anteile an starken Raucherinnen und Rauchern finden sich mit 1,5 Prozent bzw. 2,4 Prozent in der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung (Lampert et al. 2013).



ABBILDUNG 06
ZEITLICHE ENTWICKLUNG DES ANTEILS DER RAUCHERINNEN UND RAUCHER IN DER 25- BIS 69-JÄHRIGEN BEVÖLKERUNG. DARGESTELLT SIND PRÄVALENZEN (IN %).



Quelle: Gesundheitssurveys des RKI 1990-92 bis 2012 (Lampert, Kuntz 2015)

4 STUDIE »GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL« DES ROBERT KOCH-INSTITUTS

Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell«

Mit den Daten der GEDA-Studie sind Aussagen zum Tabakkonsum der 18-jährigen und älteren Bevölkerung möglich. Nach den Daten aus dem Jahr 2012 liegt der Anteil der aktuellen oder gelegentlichen Raucherinnen und Raucher bei 27,6 Prozent (Frauen: 23,9 Prozent; Männer: 31,4 Prozent). Der Anteil der Ex-Raucherinnen und Raucher beträgt 25,1 Prozent (Frauen: 20,5 Prozent, Männer: 29,9 Prozent), der Anteil der Nie-Raucherinnen und Raucher 47,4 Prozent (Frauen: 55,6 Prozent, Männer: 38,7 Prozent).

Zieht man zum Vergleich die Daten der GEDA-Studie von 2009 heran, so ist der Anteil der Rauchenden in den letzten drei Jahren um 2,3 Prozentpunkte gesunken,

wobei der Rückgang bei Frauen mit 2,2 Prozentpunkten und bei Männern mit 2,5 Prozentpunkten ähnlich stark ausgeprägt war.

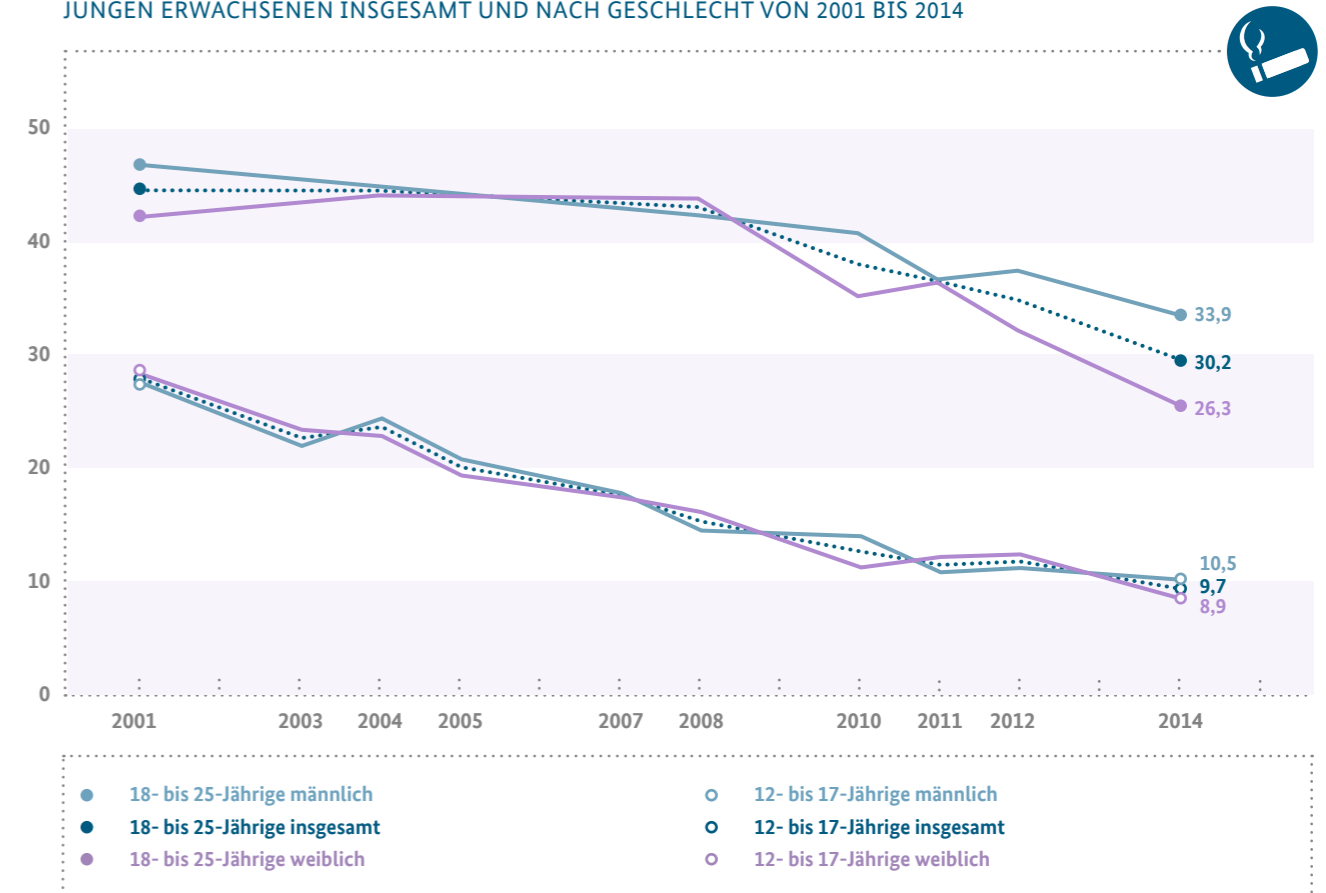
Aussagen über längerfristige zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen sind für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung möglich (Abbildung 06). Ab den 1990er Jahren sprechen die Daten bei Frauen für einen Anstieg der Prävalenz um mehr als fünf Prozentpunkte bis auf 32,0 Prozent im Jahr 2003, während sich für Männer keine wesentlichen Veränderungen beobachten lassen. Für den Zeitraum von 2003 bis 2009 ist hingegen bei Frauen wie Männern ein Rückgang der Raucherquote festzustellen, und zwar um jeweils etwa zwei Prozentpunkte. Seitdem hat sich der rückläufige Trend weiter fortgesetzt. Im Jahr 2012 betrug die Rauchprävalenz bei Frauen 28,4 Prozent und bei Männern 34,9 Prozent (Lampert, Kuntz 2015).

5 »STUDIE ZUR GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND«

Auswertungen der Daten der ersten Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1) sprechen dafür, dass aktuell 12,0 Prozent der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland rauchen, wobei keine auffälligen Unterschiede zwischen Mädchen (11,9 Prozent) und Jungen (12,1 Prozent) bestehen. Regelmäßiges Rauchen, das heißt mindestens einmal in der Woche, trifft in diesem Alter auf 7,4 Prozent der Mädchen und 7,5 Prozent der Jungen zu. Die Prävalenz des täglichen Tabakkonsums beträgt bei Mädchen 5,3 Prozent und bei Jungen 5,5 Prozent. Geht man von den heute 17-Jährigen aus, so lässt sich das Alter beim Einstieg ins regelmäßige Rauchen im Durchschnitt auf 15,1 Jahre beziffern (Mädchen: 15,0 Jahre; Jungen: 15,1 Jahre) (Lampert et al. 2014).

Unter Berücksichtigung der Daten der KiGGS-Basiserhebung aus den Jahren 2003 bis 2006 lässt sich feststellen, dass sich der Anteil der rauchenden Jugendlichen von 20,4 Prozent auf 12,0 Prozent verringert hat. Gleichzeitig

ABBILDUNG 07:
VERBREITUNG DES RAUCHENS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAM UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2014



Quelle: BZgA, in Vorbereitung

ist das Einstiegsalter in den regelmäßigen Tabakkonsum von 14,2 Jahren auf 15,1 Jahre angestiegen (Lampert et al. 2014).

6 REPRÄSENTATIVBEFRAGUNG DER BZGA ZUM TABAKKONSUM JUGENDLICHER UND JUNGER ERWACHSENER

Die Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen, dass sich der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen seit dem

Jahr 2001 mehr als halbiert hat (Abbildung 07). Er ist von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 9,7 Prozent im Jahr 2014 gesunken. Dabei sind die Geschlechtsunterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern unter den 12- bis 17-Jährigen in allen Erhebungsjahren sehr gering.

Auch bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht das Rauchen zurück. Während 2001 noch 44,5 Prozent dieser Altersgruppe rauchten, taten dies im Jahr 2014 nur noch 30,2 Prozent. In der aktuellen Studie von 2014 ist das Rauchen unter den 18- bis 25-jährigen Männern statistisch signifikant höher als unter den gleichaltrigen Frauen.

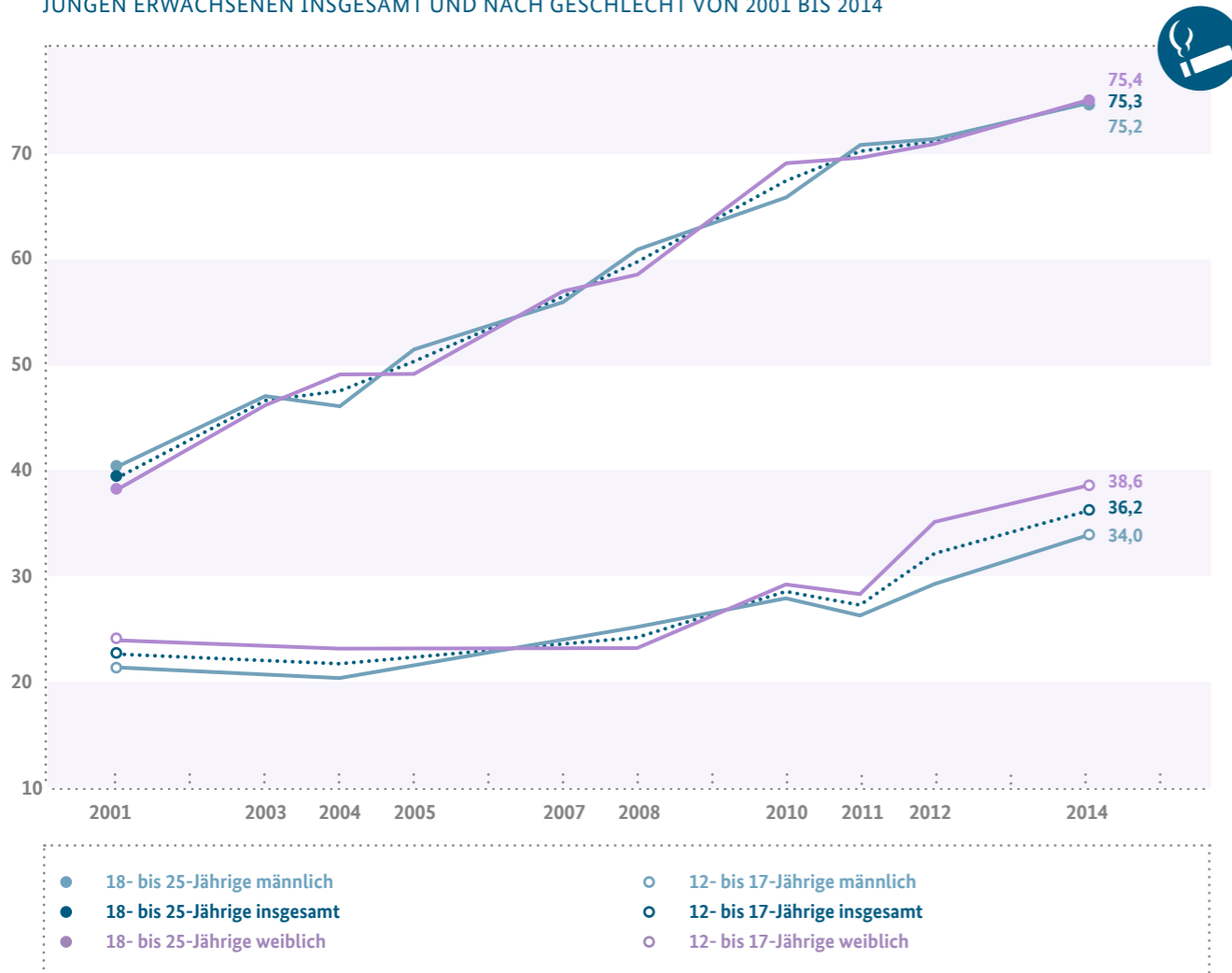
Gleichzeitig ist der Anteil der Nieraucherinnen und Nieraucher im Zeitraum von 2001 bis 2014 deutlich angestiegen (Abbildung 08). Bei der Befragung 2001 hatten 40,5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen noch nie geraucht, 2014 waren es 75,3 Prozent. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Anteil des Nierauchens von 23,1 Prozent (2001) auf 36,2 Prozent (2014) gestiegen. Sowohl bei den 12- bis 17-Jährigen als auch bei den 18- bis 25-Jährigen

verlaufen die Entwicklungen des Nierauchens in beiden Geschlechtergruppen ähnlich.

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

Veröffentlichungszeitpunkt des BZgA-Berichts zum Tabakkonsum ist Ende Mai 2015. Erst dann ist der Bericht unter dieser Verlinkung zu finden!

ABBILDUNG 08:
VERBREITUNG DES NIERAUCHENS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2014



Quelle: BZgA, in Vorbereitung

7 E-ZIGARETTEN

Die Produkte, die in ihrer Form und im Gebrauch der Tabakzigarette ähneln, werden seit etwa 2006 vor allem im Internet, zunehmend aber auch in Spezialläden, Tabakwarenläden und in Supermärkten angeboten. E-Zigaretten bestehen aus einem Mundstück, einer Kartusche mit Flüssigkeit (Liquid), einem Verdampfer sowie einer Batterie. Die Hauptbestandteile der E-Zigaretten-Liquids sind Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromastoffe und zumeist Nikotin in unterschiedlichen Konzentrationen. Bei einem Zug am Mundstück verdampft die E-Zigarette die Flüssigkeit durch Erhitzen und die Konsumentin bzw. der Konsument inhaliert das Chemikaliengemisch des Aerosols.

Im Auftrag des DKFZ befragte die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) jeweils im Februar 2012, 2013 und 2014 rund 2000 Bundesbürgerinnen und Bundesbürger im Alter von über 15 Jahren zu Bekanntheit und Konsum von E-Zigaretten. Die Stichprobe ist repräsentativ. Das heißt, die Teilnehmenden wurden nach Kriterien wie Geschlecht, Alter, Beruf der bzw.

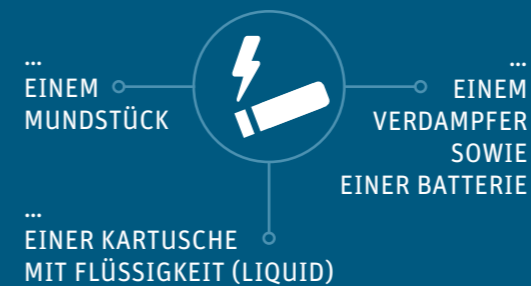
des Hauptverdienenden, Bundesland etc. ausgewählt, sodass sie die Gesamtbevölkerung widerspiegeln. Sie wurden anhand eines strukturierten Fragebogens gefragt, ob sie von E-Zigaretten gehört oder diese bereits ausprobiert hätten. 2012 und 2013 wurden nur Raucherinnen und Raucher befragt, erst 2014 wurde die Befragung auf Ex-Rauchende und Nichtraucher ausgeweitet. Daher konnten für die Auswertungen im Zeitvergleich von 2012 bis 2014 nur Raucherinnen und Raucher berücksichtigt werden. Um möglichst unvoreingenommene Antworten zu erhalten, erfuhren die Teilnehmenden nicht, dass das DKFZ die Befragung veranlasst hatte. Erhebung und Auswertung der Daten erfolgten durch die GfK und das DKFZ. Finanziert wurden die Umfragen von der Dieter Mennekes-Umweltstiftung.

Eine Infografik des Bundesinstituts für Risikobewertung zu Aufbau, Funktion und Risiken der E-Zigarette findet sich unter:

<http://www.bfr.bund.de/cm/343/e-zigarette-aufbau-funktion-risiken.pdf>

E-ZIGARETTEN

SIMULIEREN DAS RAUCHEN, OHNE DABEI TABAK ZU VERBRENNEN. E-ZIGARETTEN BESTEHEN AUS...



UNTER »NIKOTINHALTIGE E-INHALATOREN« werden sowohl nikotinhalige E-Zigaretten als auch nikotinhalige E-Shishas zusammengefasst.

DIESE E-INHALATOREN

ermöglichen die Aufnahme von Nikotin, ohne dabei Tabak zu verbrennen.

DIE PRODUKTE WERDEN SEIT 2006

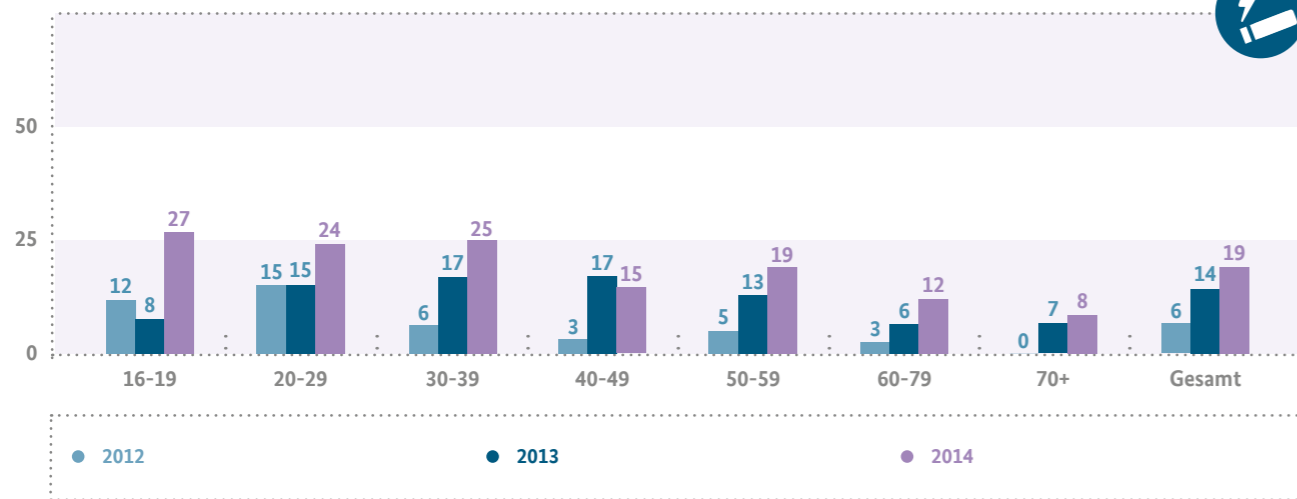
vor allem im Internet, zunehmend aber auch in Spezialläden, Tabakwarenläden und in Supermärkten angeboten.

BEI EINEM ZUG AM MUNDSTÜCK

wird die Flüssigkeit durch Erhitzen verdampft.

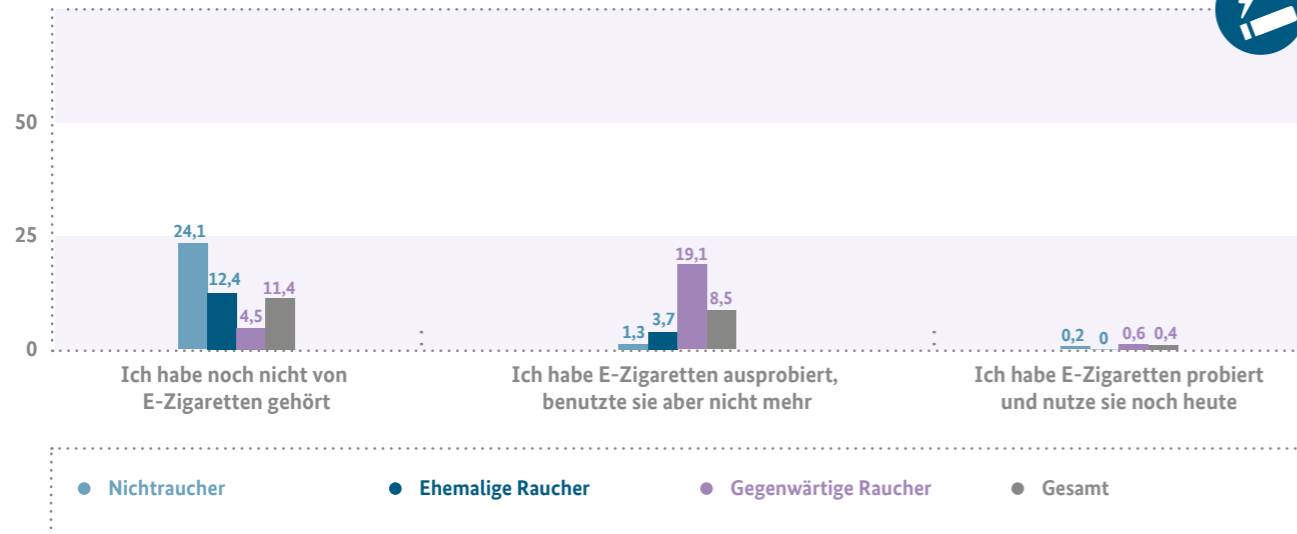
7.1 KONSUMENTWICKLUNG VON 2012 BIS 2014

ABBILDUNG 09:
ANTEIL DER RAUCHER, DIE E-ZIGARETTEN AUSPROBIERT HABEN, DIESE ABER NICHT MEHR BENUTZEN, NACH ALTERSGRUPPEN GETRENNT, IM ZEITVERGLEICH VON 2012 BIS 2014



Erläuterung: In Prozent
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

ABBILDUNG 10:
BEKANNTHEITSGRAD UND KONSUM VON E-ZIGARETTEN IM JAHR 2014



Erläuterung: In Prozent
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Weitere Informationen zu aktuellen Entwicklungen bei E-Zigaretten finden sich auch in Teil B, Internationales unter Punkt 2.4

7.2 FAZIT

E-Zigaretten sind in Deutschland den meisten – insbesondere jungen – Menschen bekannt. Ausprobiert werden die Produkte vor allem von Raucherinnen und Rauchern: Jede(r) fünfte Rauchende hat sie zumindest einmal getestet. Vor allem unter jugendlichen Rauchenden im Alter von 16 bis 19 Jahren und jungen erwachsenen Rauchenden im Alter von 20 bis 29 Jahren war die E-Zigarette 2014 besonders beliebt: Jede(r) Vierte hat sie getestet. Dennoch konsumierten nur 0,4 Prozent der Bevölkerung dauerhaft E-Zigaretten. Im Jahr 2014 wurden E-Zigaretten in Deutschland seltener für einen Rauchstopp verwendet als Nikotin-ersatzprodukte und nur 0,2 Prozent der Ex-Rauchenden gaben an, sich mithilfe von E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnt zu haben.

Bei den **16-19-jährigen** war die **E-Zigarette** in 2014 besonders beliebt.



3

Medikamente

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND: MEDIKAMENTENMISSBRAUCH UND -ABHÄNGIGKEIT

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

Schätzungen, wie viele Menschen in Deutschland tatsächlich medikamentenabhängig sind, gehen weit auseinander. Dies liegt vor allem daran, dass eine Medikamentenabhängigkeit schwer zu erheben ist. Die Abhängigkeit von Medikamenten unterscheidet sich von anderen Suchtproblematiken. Oft geht sie nur mit einer schleichenden Dosissteigerung einher. Die Unterscheidung, ob ein Medikament aufgrund einer Erkrankung oder missbräuchlich eingenommen wird, ist in Befragungen nicht leicht zu erheben. Bisherige Studien gingen von 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland mit Medikamentenabhängigkeit aus. Neuere Ergebnisse zeigen eine sehr große Bandbreite. Während der Suchtsurvey 2012 von 2,3 Millionen Menschen in Deutschland ausgeht, die von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig sind,

errechnet der Gesundheitssurvey des RKI eine Zahl von etwa 1,3 Millionen Betroffenen, die diese Präparate missbräuchlich konsumieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit am 14. Mai 2014 ein Fachgespräch geführt, um die unterschiedlichen Herangehensweisen und Erhebungsmethoden zu diskutieren. Ein Ergebnis war, dass die unterschiedlichen Methoden in den Publikationen stärker erläutert werden sollen.

Außerdem regten die Expertinnen und Experten an, Synergien der vier vorgestellten Studien bzw. Surveys zu nutzen, um weitere Erkenntnisse zu generieren. Ein Mehrwert wird insbesondere auch in möglichen künftigen Kooperationen und der Kombination der verschiedenen methodischen Vorgehensweisen bzw. Datenzugänge und Datensätze gesehen.

SCHÄTZUNGEN ZUFOLGE SIND
IN DEUTSCHLAND BIS ZU

2,3
MILLIONEN

MENSCHEN MEDIKA-
MENTENABHÄNGIG

Medikamente sind wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Sie können jedoch auch zu einer Abhängigkeit führen.

RUND 4,61 MILLIONEN MENSCHEN IN DEUTSCHLAND NEHMEN MEDIKAMENTE MISSBRÄUCLICH EIN

Unabhängig von der Datenlage ist es jedoch wichtig, eine breite gesellschaftliche Debatte über die Prävention von Medikamentenabhängigkeit zu führen (siehe auch B 2.3). Eine wichtige Orientierungshilfe kann dabei die sogenannte 4K-Regel sein:

- **Klare Indikation** (Verordnung nur bei klarem Grund der medikamentösen Therapie und Aufklärung über das bestehende Abhängigkeitspotenzial).
- **Korrekte Dosierung** (Verschreibung kleinster Packungsgrößen; für die Krankheit angezeigte Dosierung).
- **Kurze Anwendung** (Dauer der Behandlung mit Patienten und Patientinnen vereinbaren, sorgfältige Überprüfung der Weiterbehandlung).
- **Kein abruptes Absetzen** (zur Vermeidung von Entzugserscheinungen nach und nach mit niedrigeren Dosierungen die Behandlung langsam absetzen).

2 ERGEBNISSE DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS

Auf Basis der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 kann davon ausgegangen werden, dass 61,9 Prozent der 18- bis 64-Jährigen in den letzten zwölf Monaten Schmerzmittel einnahmen. Seltener werden Antidepressiva (6,2 Prozent), Schlafmittel (5,5 Prozent), Beruhigungsmittel (5,4 Prozent), Neuroleptika (1,4 Prozent), Anregungsmittel (0,9 Prozent) und Appetitzügler (0,4 Prozent) genutzt. Verglichen mit anderen psychoaktiven Substanzen zeigt sich für Arzneimittel ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis mit einem häufigeren Konsum unter Frauen. Während der Schlafmittelkonsum mit dem Alter kontinuierlich steigt, werden die übrigen Medikamente meist im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten eingenommen.

Betrachtet man die mindestens wöchentliche Einnahme einer Arzneimittelgruppe in den letzten 30 Tagen, belegen Schmerzmittel und Antidepressiva mit jeweils 4,2 Prozent den ersten Rang. Darauf folgen Beruhigungsmittel (1,2 Prozent), Neuroleptika (1,0 Prozent)

und Schlafmittel (0,8 Prozent). Eine Abhängigkeit nach DSM-IV liegt für Schmerzmittel bei schätzungsweise 3,4 Prozent, für Schlafmittel bei 0,8 Prozent und für Beruhigungsmittel bei 1,4 Prozent der Personen vor. Zudem weisen 8,7 Prozent einen Missbrauch von Schmerzmitteln und je 0,8 Prozent von Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln auf. Zusammengenommen sind damit etwa 2,31 Millionen Personen in Deutschland zwischen 18 und 64 Jahren von mindestens einer der drei Arzneimittelgruppen abhängig. Weitere 4,61 Millionen zeigen einen entsprechenden Missbrauch. Veränderungen in der Arzneimittelleinnahme 18- bis 59-Jähriger lassen sich anhand der Daten des ESA bis 1995 zurückverfolgen. Seitdem sank sowohl die einmalige als auch die wöchentliche Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln sowie Appetitzüglern. Die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln nahm hingegen zu. Zusätzlich stiegen die Prävalenzwerte der Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln bei beiden Geschlechtern und die der Abhängigkeit von Schmerz- und Schlafmitteln bei Frauen gegenüber dem Jahr 2000.

<http://www.esa-survey.de/>

Gegenüber dem Jahr 2000 stiegen die Prävalenzwerte der Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln.



4

Illegale Drogen

Vom Joint bis zur Heroinspritze –
Hier informieren wir Sie über illegale
Rauschmittel und ihre Auswirkungen.

Das Ziel der Bundesregierung bleibt es, den Konsum illegaler Drogen mit all seinen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu verringern und ihre Verfügbarkeit durch konsequente Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken. Nach wie vor ist die hauptsächlich konsumierte illegale Droge Cannabis. Die gesundheitlichen und psychischen Gefahren werden dabei häufig unterschätzt. Deshalb setzt sich die Bundesregierung weiterhin für gezielte Präventionsmaßnahmen ein. Auch im Bereich der synthetischen Drogen besteht Handlungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Verhinderung der weiteren Ausbreitung des Angebots und des Konsums von Methamphetaminen („Crystal Meth“) und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS).

Die langfristig sinkenden Zahlen der drogenbedingten Todesfälle zeigen, dass diese Maßnahmen zur Schadensminimierung, darunter Drogenkonsumräume, Kontaktläden und Spritzenaustauschprogramme, wirksam sind. Dennoch sind weitere Bemühungen erforderlich, um die Zahl dieser Todesfälle noch mehr zu reduzieren. Die weiterhin hohe Anzahl von Hepatitis-C-Infektionen unter Drogenkonsumierenden gibt Anlass zu weiteren Überlegungen, Präventionsmaßnahmen zu stärken.

Im Strafvollzug findet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich höherer Anteil an Drogenkonsumierenden. Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung sind dort aber noch keine Selbstverständlichkeit. Es ist weiterhin Ziel, die Behandlung und Versorgung von Drogenabhängigen im Strafvollzug auszubauen, Verbesserungen beim Übergang von der Haft in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke zu erreichen und eine einheitliche Datenerhebung der Situation in Haft zu ermöglichen.


1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands hat Erfahrungen mit illegalen Drogen. Eine deutliche Mehrheit der erwachsenen deutschen Bevölkerung (74,1 Prozent) hat allerdings noch nie in ihrem Leben irgendeine illegale Droge konsumiert.

Weniger als 4,9 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Bei Jugendlichen weichen die Zahlen jedoch ab. Im Jahr 2012 hat in Deutschland jeder dreizehnte Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren (7,8 Prozent) mindestens schon einmal im Leben Cannabis zu sich genommen (Lebenszeitprävalenz). 5,6 Prozent der 12- bis 17-Jährigen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung

**GESCHÄTZTER PROZENTWERT
FÜR CANNABISSMISSBRAUCH &
ABHÄNGIGKEIT BEI DER UNTERSUCHTEN
BEVÖLKERUNG...**

 **0,5%** CANNABIS

0,2%
 KOKAIN


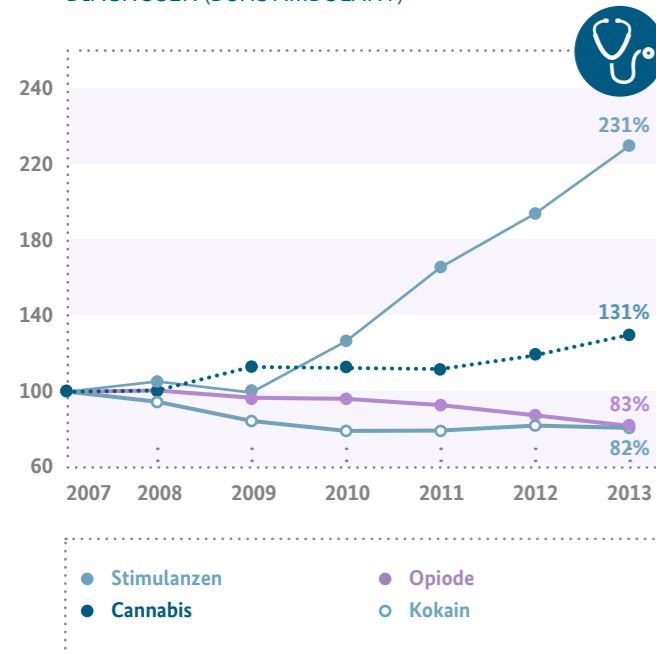
0,1%
 AMPHE-
TAMINE

ABBILDUNG 11:
VERÄNDERUNG DER ZUGÄNGE ZU AMBULANTER
SUCHTBEHANDLUNG FÜR VERSCHIEDENE HAUPT-
DIAGNOSEN (DSHS AMBULANT)



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik

Cannabis (Zwölf-Monats-Prävalenz), 1,3 Prozent davon regelmäßig. Die Offenheit und Akzeptanz gegenüber dem Konsum von Cannabis ist gestiegen. Abhängigkeit von Cannabis oder missbräuchlicher Konsum dieser Substanz bestehen bei 0,5 Prozent der deutschen Erwachsenen. Cannabiskonsum ist bei den unter 25-Jährigen mittlerweile der Hauptgrund für eine ambulante und stationäre Behandlung sowie die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Suchthilfe bei Problemen mit illegalen Drogen. Cannabis bleibt damit weiterhin das wichtigste Thema in der Prävention illegaler Suchtstoffe. Nach wie vor stellt es eine große Herausforderung dar, die Zielgruppe der regelmäßigen Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten besser zu erreichen. Aber die Zahl derjenigen, die Hilfe suchen, ist gestiegen.

Dies spiegelt sich wider in der hohen Nachfrage nach cannabisbezogener Beratung und Behandlung: 38,7 Prozent aller Klientinnen und Klienten haben Probleme mit ihrem Cannabiskonsum, bei den erstmaligen Behandlungen beträgt deren Anteil bereits fast 60 Prozent. Hochgerechnet ist davon auszugehen, dass rund 600.000 vorwiegend junge Menschen Probleme mit dem Konsum von Cannabis haben.

0,2 Prozent sind kokainabhängig, 0,1 Prozent sind abhängig von Amphetaminen, weitere 0,2 Prozent zeigen Kriterien eines Amphetaminmissbrauchs. Noch unter einem Prozent liegt in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung die Lebenszeitprävalenz für sogenannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS).

Im Vergleich zu den vorangegangenen Erhebungen zeigt sich für Gesamtdeutschland zwar noch kein zunehmender Gebrauch von Amphetaminen, doch nimmt der Konsum von Methamphetamin („Crystal Meth“) in der Grenzregion zu Tschechien erheblich zu. 2013 bleiben die erhöhten Sicherstellungs-, Konsum- und Behandlungsdaten beunruhigend. In den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen machen die Hilfe suchenden „Crystal“-Konsumierenden in diesen Regionen zwischen 50 und 70 Prozent der Klientel aus, aber auch in der Notfallmedizin und in der Psychiatrie stellen sie eine erhebliche Herausforderung dar.

Zwar ist eine Heroinüberdosierung – auch in Verbindung mit anderen Substanzen – immer noch Hauptursache für drogenbezogene Todesfälle, der Konsum von Heroin ist jedoch nach wie vor rückläufig. In einer opiatgestützten Behandlung befanden sich zum Stichtag 1. Juli 2013 75.400 Patientinnen und Patienten. Hervorzuheben ist, dass durch die Neueinrichtung zweier Einrichtungen in Berlin und Stuttgart zur diamorphingestützten Behandlung mehr Schwerstabhängige Zugang zu dieser Behandlung haben.

Das Auftauchen neuer psychoaktiver Substanzen mit unbekanntem Risikopotenzial stellt weiterhin eine



IM FOKUS

Cannabis

Produktion

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

Handel/Schmuggel

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

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



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

Konsum

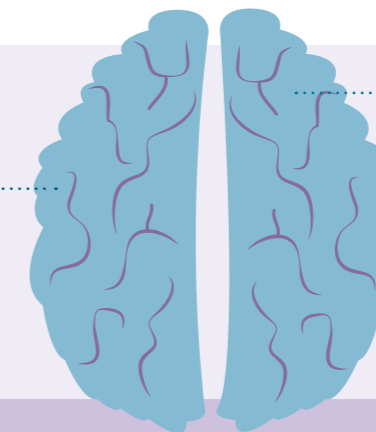
Die Staatsanwaltschaft kann das Verfahren bei Besitz von „geringen Mengen“ für den Eigengebrauch einstellen (§ 29 Abs. 5 BtMG). Nicht geringe Menge: ab einem Wirkstoffgehalt von 7,5 g THC

Einnahme

Konsum durch Rauchen (Vermischung mit Tabak üblich).

Wirkung

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

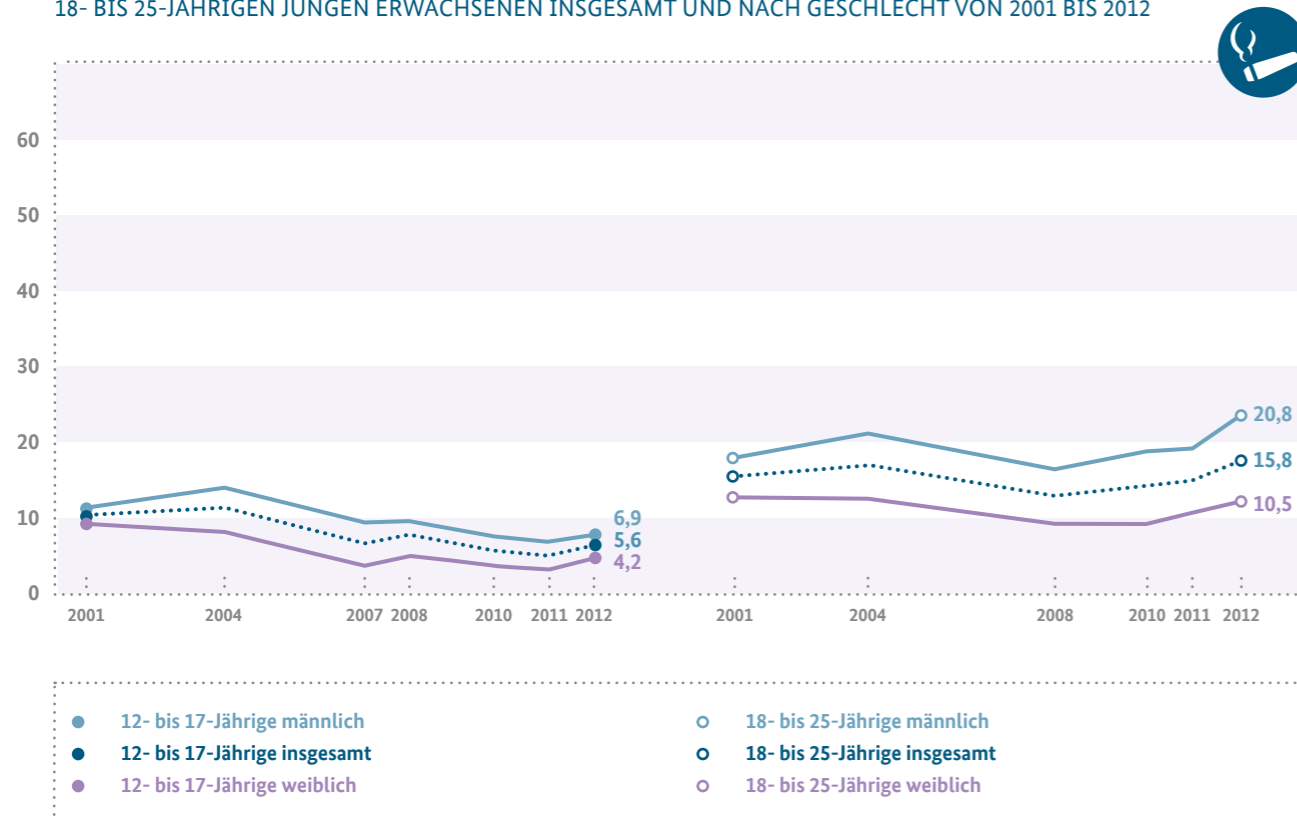


Wirkung ist abhängig von der Ausgangsstimmung und äußert sich in intensiver Sinneswahrnehmung, „Halluzinationen“, Verlust von Zeit-/Raumgefühl, oft auch verminderter Antrieb/Passivität.

PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT

ABBILDUNG 12:

12-MONATS-PRÄVALENZ DES CANNABISKONSUMS BEI 12- BIS 17-JÄHRIGEN JUGENDLICHEN UND 18- BIS 25-JÄHRIGEN JUNGEN ERWACHSENEN INSGESAMT UND NACH GESCHLECHT VON 2001 BIS 2012



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

Herausforderung dar. Auch wenn der Anteil der Klientinnen und Klienten, die deshalb Hilfe suchen, noch gering ist, nimmt ihr Anteil dennoch zu und es gibt bereits erste Todesfälle aufgrund des – vor allem injizierenden – Konsums.

Besorgniserregend sind auch die Ergebnisse der sogenannten „DRUCK“-Studie (vgl. Kap. 5) zur Verbreitung von Hepatitis C unter Opiatabhängigen. In den großen deutschen Städten lag die Prävalenz zwischen 60 und 75 Prozent (zwei Drittel davon können die Infektion auch weitertragen). In dieser

Studie wurde auch ermittelt, dass über 80 Prozent der Befragten bereits in Haft waren, im Durchschnitt insgesamt über fünf Jahre. Ein Drittel setzte den injizierenden Konsum auch in der Haft fort, während elf Prozent mit dem Drogenkonsum erst dort begannen.

2 ERGEBNISSE DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS

Im Rahmen des ESA 2012 (2012) wurde die Konsumprävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, anderen Opiaten, Kokain, Crack und Pilzen erfragt. Zusätzlich wurden Störungen nach DSM-IV bezüglich ausgewählter Substanzen erhoben.

Nach den so erhobenen Daten ist Cannabis nach wie vor die mit Abstand am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Fast jede(r) Vierte (23,2 Prozent) im Alter zwischen 18 und 64 Jahren hat bereits Erfahrungen mit dieser Substanz. In den letzten zwölf Monaten konsumierten immerhin noch 4,5 Prozent Cannabis. Andere illegale Drogen nahmen in diesem Zeitraum insgesamt nur 1,4 Prozent, wobei die Einzelprävalenzen für die Substanzen jeweils unter einem Prozent liegen. Männer konsumieren häufiger als Frauen illegale Drogen. Während Cannabis am häufigsten von jungen Erwachsenen bis zu einem Alter von 20 Jahren konsumiert wird, sind die übrigen Substanzen bei Personen zwischen 25 und 39 Jahren am prävalentesten. Es wird geschätzt, dass je etwa 0,5 Prozent der Bevölkerung im untersuchten Altersbereich die Kriterien für Cannabismissbrauch und Abhängigkeit erfüllen. Für Kokain liegen die Werte bei 0,0 bzw. 0,2 Prozent und für Amphetamine bei 0,2 bzw. 0,1 Prozent. Hochgerechnet weisen damit schätzungsweise 283.000 Personen einen Missbrauch und 319.000 eine Abhängigkeit von mindestens einer der drei Substanzen auf.

Die ESA-Daten erlauben die Beobachtung zeitlicher Entwicklungen bei 18- bis 39-Jährigen ab 1990 für Cannabis, Amphetamine, LSD, Opiate und Kokain/ Crack. Die Zwölf-Monats-Prävalenzen all dieser Substanzen sind seitdem signifikant gestiegen. Immerhin ist in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen der Cannabiskonsum seit rund zehn Jahren wieder rückläufig, wengleich er noch deutlich über dem Niveau von 1990 liegt.

<http://www.esa-survey.de/>

3 REPRÄSENTATIVBEFRAGUNG DER BZGA ZUM CANNABISKONSUM JUGENDLICHER UND JUNGER ERWACHSENER

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht in ihren Repräsentativerhebungen auch den Cannabiskonsum der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland.

Von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen konsumierten im Jahr 2012 insgesamt 5,6 Prozent in den letzten zwölf Monaten Cannabis (Zwölf-Monats-Prävalenz), was im Vergleich zu 2001 einen Rückgang darstellt. Bei männlichen Jugendlichen ist der Cannabiskonsum weiter verbreitet als bei weiblichen Jugendlichen. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren deutet sich seit 2008 ein Wiederanstieg der Zwölf-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums an. Bezogen auf alle jungen Erwachsenen beträgt die Zwölf-Monats-Prävalenz im Jahr 2012 15,8 Prozent und liegt damit wieder auf dem Niveau der Jahre 2001 und 2004. Die größte Zunahme zeigt sich bei den 18- bis 25-jährigen jungen Männern. Bei den jungen Frauen dieser Altersgruppe ist der Anstieg geringer und statistisch nicht signifikant.

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

4 NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN

In den letzten Jahren gilt die besondere Aufmerksamkeit der Bundesregierung auch neuen psychoaktiven, meist synthetischen Stoffen. Diese werden gelegentlich auch „Designerdrogen“, Research Chemicals oder fälschlicherweise Legal Highs genannt. In ihrem 2011 veröffentlichten Briefing „Drogen im Blickpunkt“ definiert die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) diese Substanzen als neuen Suchtstoff oder psychotropen Stoff in reiner



IM FOKUS

KOKAIN

Herstellung

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

Kokainproduktion

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

Handel/Schmuggel

Der überwiegende Teil des südamerikanischen Kokains ist für Nordamerika und Westeuropa bestimmt. Die bedeutendsten Transportwege nach Europa führen von Südamerika auf dem Seeweg – des Öfteren über die Karibik – Richtung Iberische Halbinsel, Niederlande oder Belgien. Oft werden größere Mengen in Schiffscontainern nach Europa geschmuggelt (vereinzelt an



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

Konsum

Die Staatsanwaltschaft kann das Verfahren bei Besitz von „geringen Mengen“ für den Eigengebrauch einstellen (§ 29 Abs. 5 BtMG). Nicht geringe Menge: ab einem Wirkstoffgehalt von 5 g Kokainhydrochlorid.

Einnahme

Schnupfen oder intravenöse Anwendung (Rauchen von Crack).

Wirkung

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



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

STARKE PSYCHISCHE
ABHÄNGIGKEIT

KÖRPERLICHER
VERFALL

Form oder als Zubereitung, der nicht nach dem Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe oder dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe kontrolliert wird, welcher aber eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen kann, vergleichbar mit den Substanzen, die in diesen Abkommen aufgelistet sind (Beschluss 2005/387/JI des Rates). Es handelt sich hierbei um bislang unbekannte oder aber bekannte, nicht in Verkehr gebrachte Stoffe, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) teilweise noch nicht unterstellt sind.

In den letzten Jahren sind immer wieder neue derartige Substanzen aufgetaucht: Die EBDD hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems zwischen 2005 und 2011 mehr als 164 neue psychoaktive Substanzen ermittelt. In den Jahren 2012 und 2013 wurden Rekordzahlen von 73 bzw. 81 erstmalig entdeckten Substanzen gemeldet und in 2014 weiterhin eine Substanz pro Woche. Synthetische Cannabinoide und synthetische Phenylethylamine/Cathinone machen seit 2005 zwei Drittel aller neuen Substanzen aus, die über das Frühwarnsystem gemeldet werden. Zudem gibt es vermehrt Meldungen über Substanzen aus eher seltenen chemischen Gruppen. Oft ist bei diesen Stoffen die chemische Struktur bereits unterstellter Betäubungsmittel so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Die für Missbrauchszwecke geeignete Wirkung auf die Psyche bleibt jedoch erhalten oder wird sogar verstärkt.

Diese psychoaktiven Substanzen werden nach bisherigen Erkenntnissen maßgeblich im asiatischen Raum produziert. Zahlreiche Internetseiten sowie eine Vielzahl von Sicherstellungen deuten darauf hin, dass sich im asiatischen Raum eine Industrie entwickelt hat, die gezielt die westlichen Märkte mit Rauschsubstanzen beliefert. Die europäischen Händler verkaufen die erworbenen Substanzen oder Produkte häufig in kleineren Mengen über sogenannte Head- und Online-Shops an kleinere Händler oder direkt an die

Konsumierenden. Die Drogen werden häufig als Kräutermischungen, Badesalze, Lufterfrischer oder Pflanzendünger verpackt und verkauft, ohne die wirklichen Inhaltsstoffe anzugeben. Dabei wird fälschlicherweise der Eindruck vermittelt, sie seien ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich. Tatsächlich aber zieht der Konsum teilweise schwere Folgen nach sich: Die Symptome reichen von Übelkeit, heftigem Erbrechen, Herzrasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Ohnmacht, Lähmungserscheinungen und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Vitalfunktionen. Betroffene mussten bereits künstlich beatmet oder sogar reanimiert werden. In Deutschland wurden bereits Todesfälle bekannt, bei denen der vorherige Konsum einer oder mehrerer dieser neuen psychoaktiven Substanzen nachgewiesen werden konnte.

Linkliste

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

Jahresbericht 2014 der EBDD zu Trends und Entwicklungen der Drogenproblematik in Europa:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>

EBDD-Europol Jahresbericht 2013 zu neuen Drogen in Europa:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2013>

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

UNODC: The challenge of new psychoactive substances:
http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf

5 AKTUELLER STAND DER DRUCK-STUDIE

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe von April 2012 bis März 2015 eine Studie zu HIV, Hepatitis B (HBV) und C (HCV) unter aktiv intravenös Drogen konsumierenden Menschen (IVD) durchgeführt, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Bei der DRUCK-Studie („Drogen und chronische Infektionskrankheiten“) handelt es sich um einen Sero- und Verhaltenssurvey, mit dem Informationen zu Infektionsrisiken und Verhaltensweisen von Menschen, die sich aktuell Drogen spritzen, gewonnen wurden. Anhand von Blutproben wurde zudem bestimmt, wie häufig die Infektionskrankheiten HBV, HCV und HIV vorkommen, die durch Drogenkonsum oder Geschlechtsverkehr übertragen werden können [1]. Die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens in Kombination mit den erhobenen Prävalenzen soll helfen, derzeitige Präventionsempfehlungen zu aktualisieren und zu fokussieren.

Die Datenerhebung in den sechs Städten der Hauptstudie (Leipzig, Frankfurt am Main, Köln, Hannover, München und Hamburg) erfolgte Ende 2012 bis Mitte 2014 jeweils in lokalen Einrichtungen der Drogenhilfe, zum Teil in Kooperation mit lokalen AIDS-Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Vorausgegangen war eine Pilotierung der Studie in Berlin und Essen im Jahr 2011 [2]. An der Studie konnten Personen, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, mindestens 16 Jahre alt waren und in der jeweiligen Studienstadt konsumierten, teilnehmen. Insgesamt wurden 2077 Teilnehmende, die die Einschlusskriterien erfüllten, aus acht Städten in die Studie eingeschlossen. Zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden wurde ein modifiziertes Schneeballverfahren („Respondent Driven Sampling“) angewendet. Dabei rekrutieren Personen, die bereits an der Studie teilgenommen haben, weitere Teilnehmende aus ihrem sozialen Netzwerk. So konnten auch IVD für die Teilnahme

gewonnen werden, die bisher keine Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Anspruch genommen hatten. Alle Daten wurden anonym erhoben. Die Durchführung eines anonymen HIV-Schnelltestes mit entsprechender Beratung wurde den Studienteilnehmenden zusätzlich angeboten. Die Vortestberatung sowie die Rückgabe der HIV- und HCV-Testergebnisse – sofern gewünscht – erfolgten im Rahmen eines Beratungsgesprächs durch den Studienarzt bzw. die Studienärztin und geschulte Testberaterinnen und Testberater der Drogenhilfeeinrichtung.

Ergebnisse der DRUCK-Studie als Spanne der Mittelwerte in den 8 Studienstädten (n = 2077)

Der Anteil der Frauen unter den Studienteilnehmenden lag in den acht Studienstädten zwischen 18 und 35 Prozent, während der Anteil der nicht in Deutschland geborenen von neun bis 31 Prozent reichte. Das mediane Alter der Teilnehmenden lag zwischen 30 und 40 Jahren. Ein hoher Anteil der IVD gab an, bereits obdachlos (53 bis 77 Prozent) und mindestens einmal im Leben inhaftiert (73 bis 86 Prozent) gewesen zu sein. 18 bis 40 Prozent der jemals Inhaftierten gaben an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben und hierbei durch die Verwendung nicht steriler Injektionsutensilien zur Drogeninjektion ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein. Zwischen 55 und 88 Prozent der Teilnehmenden gaben an, jemals zuvor in ihrem Leben in Opioidsubstitutionstherapie gewesen zu sein. Während Heroin von den IVD in allen Städten zum Zeitpunkt der Befragung sehr häufig konsumiert wurde (57 bis 85 Prozent), gab es deutliche Unterschiede beim Konsum von Crack (0,4–72 Prozent), Crystal (0–67 Prozent) und Kokain (18–80 Prozent) je Stadt.

Unsafe-Use-Verhaltensweisen wurden sehr ausführlich abgefragt. Unter anderem gaben Teilnehmende, die in den letzten 30 Tagen Drogen injiziert hatten, in 17 bis 37 Prozent der Fälle an, dies im genannten Zeitraum täglich getan zu haben. Beim injizierenden Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen berichteten zwischen fünf

TABELLE 02:
ERGEBNISSE DER DRUCK-STUDIE (N=2.077)

Soziodemographie	Spanne der Städte (%) (Min.- Max. Wert)
Frauen	18.5–35.2
Nicht in Deutschland geboren	9.2–30.6
Junge IVD (<25Jahre)	2.1–8.9
Obdachlosigkeit (jemals)	52.8–76.9
Hafterfahrung (jemals)	72.8–85.8
Injizierender Drogenkonsum Haft (jemals)	17.7–39.8
Substitutionstherapie (jemals)	54.6–88.9
Substitutionstherapie (aktuell)	30.8–64.9
Substanzkonsum* (30-Tages-Prävalenz)	
Heroin	56.8–85.4
Kokain	17.7–79.9
Crack	0.8–71.6
Crystal	0.0–66.9
Amphetamine	7.1–18.9
Benzodiazepine	39.5–58.7
Methadon/Polamidon (nur Beikonsum)	26.1–63.5
Buprenorphin/Subutex (nur Beikonsum)	6.5–34.9
Infektionsstatus (HIV, HCV, HBV)	
HIV positiv	0.0–9.1
HCV-Prävalenz (abgelaufene oder aktive/chronische Infektion)	42.3–75.0
HCV RNA positiv (aktive/chronische Infektion)	23.1–54.0
HBV positiv (aktive/chronische Infektion)	0.3–3.0
Durchgemachte Infektion* (Anti HBs + Anti HBc)	0.0–23.4
Hepatitis B geimpft (Anti HBs)	15.1–52.4
HBV (suszeptibel-weder geimpft noch infiziert)	15.9–69.2

* alle Konsumformen

und 22 Prozent, Spritzen und/oder Nadeln mit anderen geteilt zu haben, 32 bis 44 Prozent gaben an, andere Utensilien wie Filter, Pfännchen oder Wasser geteilt zu haben. Von 36 bis 48 Prozent der Studienteilnehmenden – je nach Stadt – wurde berichtet, mindestens eine dieser Unsafe-Use-Verhaltensweisen innerhalb der letzten 30 Tage praktiziert zu haben.

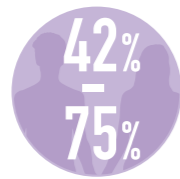
Deutliche Unterschiede zeigten sich auch in der Prävalenz der untersuchten Infektionserkrankungen. Die HIV-Prävalenz unter den IVD schwankte innerhalb der Studienstädte zwischen null und neun Prozent. Die Hepatitis-C-Antikörper-Prävalenz bewegte sich in den Studienstädten zwischen 42 und 75 Prozent. Die HCV-RNA-Prävalenz betrug 23 bis 54 Prozent. Somit sind bis zu 54 Prozent der teilnehmenden IVD von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen, die infektiös und auf andere Personen übertragbar ist. Die Hepatitis-B-Impfprävalenz, gemessen durch Nachweis von Anti-HBs, lag zwischen 15 und 52 Prozent. Die Hepatitis-B-Prävalenz bewegte sich je nach Stadt zwischen 5 und 33 Prozent, wobei der Anteil aktiver Infektionen mit Nachweis von HBs-Antigen oder HBV-DNA zwischen 0,3 bis 3 Prozent lag.

Zur Ermittlung des Wissensstandes von IVD bezüglich HIV, Hepatitis B und C wurden in den sechs Städten der Hauptstudie den Studienteilnehmenden im Interview 26 wahre Aussagen über HIV, Hepatitis B und C sowie zu Übertragungswegen und Präventionsmöglichkeiten vorgelesen. Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, ob sie den Sachverhalt bereits kannten, dieser gänzlich neu für sie war oder ob sie sich nicht sicher waren. Im Anschluss an das Interview konnten die Teilnehmenden eine Kurz-Beratung, basierend auf Ergebnissen der Wissensbefragung, zu ihrem persönlichen Risikoprofil mit ausgebildeten Testberaterinnen und -beratern wahrnehmen. In der Auswertung zeigte sich, abgesehen von geringen Schwankungen, ein ähnlicher Wissensstand der Teilnehmenden in allen Städten. Das Wissen zu

INJIZIERENDEN DROGENGEBRAUCHER/INNEN JE STADT



HOHE HIV-PRÄVALENZ



SEHR HOHE HEPATITIS C-PRÄVALENZ



NIEDRIGE HEPATITIS B-IMPFPÄVALENZ



UNSAFE USE VERHALTEN IN DEN LETZTEN 30 TAGEN

Es zeigten sich deutliche Wissenslücken zu Übertragungswegen und Aspekten der Therapie und Prävention der Infektionen, die in einer niedrigschwelligen, fokussierten Kurzberatung gut adressiert werden konnten.

allgemeinen Aspekten und gemeinsamen Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten einer Hepatitis B, -C und HIV-Infektion war relativ gut ausgeprägt. Deutliche Wissensdefizite fanden sich bei spezielleren drogenkonsumassoziierten Übertragungswegen der Hepatitis C, wie durch das Teilen von Filtern, Löffeln, Wasser und durch das Teilen von Snieführchen. Noch weniger ausgeprägt war das Wissen zu Hepatitis B und zur Prävention durch Impfung sowie die Kenntnis einer HIV-Postexpositionsprophylaxe und dem Schutz vor einer HIV-Übertragung durch eine effektive Therapie.

Über die Ergebnisse der erhobenen Daten hinaus zeigt die DRUCK-Studie auch die hohe Akzeptanz von Angeboten der Testung auf Infektionsmarker von HIV, HBV und HCV und der Beratung in Einrichtungen der Drogenhilfe, insbesondere in Form von kurzen, gezielten Interventionen. Das HIV-Schnelltestangebot während der DRUCK-Studie wurde in den verschiedenen Städten von bis zu 50 Prozent der Teilnehmenden angenommen. Im Rahmen eines Studienabschlusstreffens Ende Februar 2015 wurden erste Ergebnisse der DRUCK-Studie und die daraus abzuleitenden Präventions- und Handlungsbedarfe mit den Kooperationspartnern und weiteren Akteuren diskutiert. Detaillierte

Ergebnisberichte der DRUCK-Studie für die einzelnen Studienstädte und Empfehlungen für die Prävention sollen noch in 2015 durch das RKI publiziert werden.

TABELLE 03: SPANNE DER ERREICHTEN MITTLEREN WISSENS-SCORES ALLER STÄDTE MIT STANDARDABWEICHUNG (SD) IN DEN GEBILDETEN KATEGORIEN

	Mittl. Wissensscore (Min/Max der Städte)	SD (Min/Max der Städte)
• Alle Aussagen	7,1–7,9	1,1–2,2
• Allgemeines Wissen zu HIV, Hepatitis B und C	8,9–9,3	0,6–1,0
• Allgemeines Wissen zu HCV	7,0–9,0	0,3–0,6
• Allgemeines Wissen zur HCV Übertragung	8,3–8,8	0,4–0,7
• Spezifisches Wissen zur HCV Übertragung	6,6–8,0	0,2–2,1
• Allgemeines Wissen zu HBV	5,9–6,8	1,8–2,5
• Wissen zur PEP/HIV-Behandlung	2,8–4,5	1,2–1,8



IM FOKUS HEROIN

Produktion

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

Handel/Schmuggel

In Afghanistan produziertes Heroin

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



Bedeutende Transportrouten nach Europa und Deutschland:

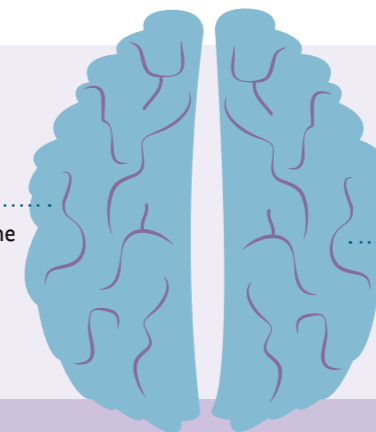
- Klassische Balkanroute (AFG-IRAN-TR-EU-D)
- sog. „Südroute“ (AFG-PAK-Ostafrika-EU/D), zunehmend, auch mittels Container aus PAK zu den EU-Häfen
- sog. „Nordroute von AFG-Zentralasien-RUS dient in hohem Maße der Versorgung des russischen Marktes.

Einnahme

Überwiegend intravenöser Konsum (auch Schnupfen, Rauchen).

Wirkung

- rasch einsetzende schwerste psychische und physische Abhängigkeit bis zum körperlichen und geistigen Verfall



beruhigende und entspannende Wirkung, gleichzeitig bewusstseinsmindernd und stark euphorisierend

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

EXTREM SCHNELLER KÖRPERLICHER VERFALL

6 SCHÜLERSTUDIEN IM KOMMUNALEN BEREICH

Neben repräsentativen Befragungen zum Suchtverhalten der Bevölkerung in Deutschland – etwa dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA), der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) und der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des RKI sowie der Drogenaffinitätsstudie der BZgA – finden im Auftrag einiger Bundesländer und Kommunen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene statt. Diese Studien beruhen zum Teil auf Einzelauswertungen, die im Kontext größerer, auf Bundesebene durchgeführter Studien in Auftrag gegeben werden. Dazu gehören zum Beispiel regionale Auswertungen der „Studie zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS), die alle vier Jahre unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation durchgeführte Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC, siehe www.hbsc-germany.de/) oder der „European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD, siehe www.ift.de/index.php?id=330). Zur Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC-gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln als Planungs-, Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrument suchtpräventiver Maßnahmen in der Region siehe auch B 1.3.4.

7 DATEN DER ERMITTLUNGS-BEHÖRDEN ZU DROGEN UND KRIMINALITÄT

Im Jahr 2014 wurden die nachfolgend aufgeführten, wesentlichen Entwicklungen der Rauschgiftkriminalität in Deutschland festgestellt. Die Zahlen basieren auf dem Datenbestand der Falldatei Rauschgift (FDR) zum Stichtag 31.01.2015 und betreffen den Zeitraum 01.01. bis 31.12.2014.

Die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes hat es sich zur Aufgabe gemacht, bundes-



weit die verschiedenen Formen von Kriminalität bekanntzumachen und darüber zu informieren, wie diese verhindert werden können. Sie ist eine Institution der Innenministerkonferenz und veröffentlicht bundesweit Medien, etwa Broschüren, Filme und Apps.

In länderübergreifend finanzierten und konzipierten Projekten geht es unter anderem um polizeiliche Suchtprävention, die sich an die unterschiedlichsten Zielgruppen richtet – von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern sowie Lehrkräften über Gewerbetreibende bis hin zu Journalistinnen und Journalisten.

Vor allem über die Homepage www.polizei-beratung.de werden die Interessentinnen und Interessenten informiert. Dem Schwerpunktthema Drogen widmet sich die Unterseite www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/drogen.html. Hier wird über Drogen im Allgemeinen berichtet, darüber, wie Kinder davor geschützt werden können und wie man als Drogenkäufer missbraucht werden kann. Einen besonders wichtigen Aspekt stellen die Informationen zu „Legal Highs“ dar. Des Weiteren gibt die Polizeiliche Kriminalprävention – über ihre Homepage für jedermann bestellbar – folgende Printmedien heraus, die im gesamten Bundesgebiet bei allen Polizeidienststellen kostenlos erhältlich sind:

1. Das Faltblatt »Sehn-Sucht« mit Informationen zu »Legal Highs«.



2. Die Broschüre „Sehn-Sucht“, welche Informationen zu „Crystal Meth“ enthält und wertvolle Tipps gibt, wie man Kinder vor Drogen schützen kann. Die Broschüre enthält zudem eine Auflistung von legalen und illegalen Drogen.

Beide Medien sind im Frühjahr 2014 neu überarbeitet und inhaltlich aktualisiert worden.

Nach Erkenntnissen der Kommission Polizeiliche Kriminalprävention ist „Crystal Meth“ derzeit noch kein bundesweites Problem. Seit August 2014 werden mit der Kampagne zur Bekämpfung des Crystal-Konsums der Polizei Thüringen unter www.thueringen.de/th3/tim/crystal weitere Informationen zu dieser Droge bereitgestellt.

In den meisten Bundesländern gibt es noch zusätzlich landeseigene Medien oder Programme, beispielsweise für Schülerinnen und Schüler der siebten Klasse, in denen vor Drogen gewarnt wird oder die als Information zum Schutz vor Drogen dienen, so zum Beispiel in Baden-Württemberg die vom Innenministerium

herausgegebene Broschüre „Risiko Drogen“. In Brandenburg gibt es eine multimediale Drogenpräventionsreihe des Landeskriminalamtes unter dem Titel „Hast Du noch was vor?“.

7.1 DROGENBEDINGTE TODESFÄLLE

Die Zahl der polizeilich registrierten, drogenbedingten Todesfälle stieg im Jahr 2014 auf 1032 an. Dies entspricht einem Zuwachs um drei Prozent gegenüber dem Vorjahr (1.002). Die Zahl der Rauschgifttoden stieg damit nach einem mehrjährigen rückläufigen Trend im zweiten Jahr in Folge wieder an. Der größte Anstieg wurde in Bremen (+171 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (+100 Prozent) und Rheinland-Pfalz (+45 Prozent) registriert.

Die höchsten Anteile an der Gesamtzahl entfielen wie bereits in den Vorjahren auf die bevölkerungsreichsten Bundesländer Bayern (252 Tote, dies entspricht einem Anteil von 24 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (184 Tote bzw. 18 Prozent). Gemessen an der Belastungszahl waren die Stadtstaaten Berlin (3,7), Hamburg (3,0) und Bremen (2,9) am stärksten betroffen. Der Bundesdurchschnitt lag hier bei 1,2.

Das Durchschnittsalter der polizeilich registrierten Rauschgifttoden stieg erneut an und lag bei knapp über 38 Jahren. Damit hält der langjährige Trend des Anstiegs des Altersdurchschnittes auch im Jahr 2014 weiter an. Im Jahr 2002 lag das Durchschnittsalter noch bei 32 Jahren. Der Anteil der männlichen Rauschgifttoden beläuft sich auf 85 Prozent.

Wie bereits in den Vorjahren war in rund zwei Drittel aller Todesfälle der Konsum von Opiaten allein oder in Verbindung mit anderen Rauschgiftarten todesursächlich.



Zuwachs der
Konsumenten von
Crystal um 14%

7.2 ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN

Die Gesamtzahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen stieg im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um rund fünf Prozent auf insgesamt 20.120 (2013: 19.210) an.

Der größte Anstieg (+42 Prozent) war bei den polizeilich erstmals registrierten Konsumenten von Ecstasy mit insgesamt 2.096 (2013: 1.480) zu verzeichnen, gefolgt von einem Zuwachs der erstauffälligen Konsumenten kristallinen Methamphetamins (sogenanntes Crystal) um 14 Prozent auf 3.138 (2013: 2.746). Die mit deutlichem Abstand größte Anzahl entfiel erneut auf zuvor nicht registrierte Konsumenten von Amphetamin mit 11.356 (2013: 10.975).

Somit hält der seit dem Jahr 2010 ansteigende Trend der Zahl der erstmals registrierten Konsumenten synthetischer Drogen weiter an.

Rückläufig hingegen waren die Zahlen bei den klassischen Drogen, wie bei Heroin mit 1.648 (2013: 1.789) und bei Kokain mit 2.956 (2013: 3.173) erstmals polizeilich festgestellten Konsumenten.

7.3 DROGENANBAU – DROGENPRODUKTION

Beim Anbau von Cannabis hielt der Langzeittrend mit einem Anstieg der sichergestellten Pflanzen um 23 Prozent auf insgesamt 132.257 Stück auch im Jahr 2014 weiter an. Dieser Zuwachs erstreckt sich auf alle Kapazitätskategorien und betrifft den Anbau auf Außenflächen ebenso wie die Aufzucht von Pflanzen in Indoor-Plantagen.

Insgesamt wurden im Jahr 2014 16 (2013: 20) illegale Labore zur Herstellung synthetischer Drogen beschlagnahmt. Hierbei handelte es sich um 14 Produktionsstätten zur Herstellung von Amphetamin bzw. Methamphetamin sowie um je eine zur Herstellung von GHB und DMT.

Die aufgefundenen Labore verfügten lediglich über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs bzw. zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises.



IM FOKUS

AMPHETAMINE

Produktion

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

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

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

Handel/Schmuggel

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

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

Preise

Durchschnittspreis in Deutschland 2013

Straßenhandel:

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

Großhandel (Handelsmenge 0,5–1,5 kg):

Amphetamin	3.944 €/kg
Ecstasy	2.664 €/1.000 Stk.
Crystal	31.733 €/kg

Einnahme

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



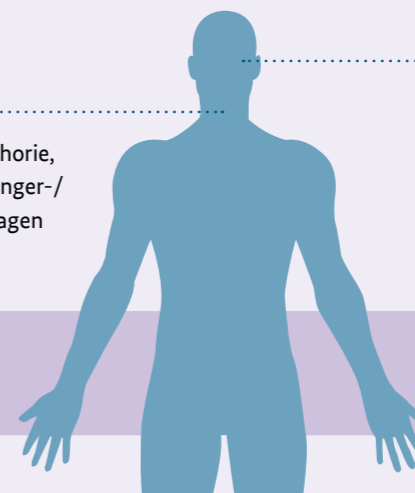
Wirkung

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

Bei regelmäßigem Konsum: psychische Abhängigkeit

PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT

BIS ZU KREISLAUFVERSAGEN



7.4 DROGENHANDEL – DROGENSCHMUGGEL

Die Gesamtzahl der gemeldeten Sicherstellungsfälle stieg im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um knapp sieben Prozent an und beläuft sich auf 63.586 Fälle (2013: 59.560).

Der bereits bei den erstauffälligen Konsumenten harter Drogen beschriebene Trend der Zunahme im Bereich synthetischer Drogen spiegelt sich auch in den Sicherstellungszahlen wider. So wurden im Jahr 2014 1.341 Kilogramm (2013: 1.262 Kilogramm) Amphetamin sichergestellt, was eine Steigerung um sechs Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Auch die Anzahl der Fälle nahm etwa in gleicher Größenordnung zu, nämlich um zehn Prozent auf 9.854 Fälle (2013: 8.954). Die Zahl der Sicherstellungsfälle von Ecstasy stieg sogar um 40 Prozent auf 3.122 registrierte Fälle (2013: 2.233). Die hierbei sichergestellte Gesamtmenge stieg um 45 Prozent auf 692.332 (2013: 480.839) Tabletten an.

Nach stetigem Anstieg der Jahressicherstellungsmengen kristallinen Methamphetamins (Crystal) war diese Zahl im Jahr 2014 erstmals leicht rückläufig und ging um gut fünf Prozent auf 73 Kilogramm Crystal zurück. Die Anzahl der Fälle hingegen nahm erneut um 1,5 Prozent zu und beläuft sich mittlerweile auf 3.905 Fälle (2013: 3847).

Mit Blick auf die Herkunft synthetischer Drogen ist wie bereits in den Vorjahren festzustellen, dass diese weit überwiegend aus dem benachbarten Ausland in das Bundesgebiet geschmuggelt werden. So wurden Ecstasy und Amphetamin größtenteils aus den Niederlanden eingeführt, während kristallines Methamphetamin nach wie vor fast ausschließlich aus der Tschechischen Republik stammt. Aus diesem Grund ist auch für das Jahr 2014 ein regionaler Schwerpunkt des Crystal-Aufkommens in Sachsen, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in Brandenburg und Berlin (hier zwar in geringerer, jedoch zunehmender

Ausprägung) zu verzeichnen. Insgesamt scheint sich diese Droge also weiter zu verbreiten.

Die Anzahl der Heroin-Sicherstellungsfälle belief sich im vergangenen Jahr auf 2.857 Fälle (2013: 3.065) und folgte mit einem erneuten Rückgang um nahezu sieben Prozent dem langjährigen rückläufigen Trend dieses Indikators. Die im Rahmen dieser Fälle sichergestellte Gesamtmenge hingegen stieg überproportional um rund 190 Prozent an und belief sich auf 780 Kilogramm Heroin (2013: 270 Kilogramm). Diese Größenordnung wurde zuletzt im Jahr 2009 erreicht. Ursächlich hierfür waren in erster Linie die Sicherstellung von 330 Kilogramm Heroin, die gleichzeitig die größte jemals in Deutschland sichergestellte Einzelmengende darstellt, sowie zwei weitere Sicherstellungen in einer Größenordnung um 50 Kilogramm. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass nach Schätzungen der UNODC die Rohopiumproduktionsmengen in Afghanistan, dem weltweit bedeutendsten Opium produzierenden Land, im Jahr 2014 erneut deutlich zugenommen haben (+17 Prozent auf ca. 6.400 Tonnen), lassen einzelne Großsicherstellungen in Deutschland und Europa sowie in den klassischen Transitstaaten mit Bezügen nach Deutschland bzw. in die Nachbarstaaten auf eine weiterhin große Nachfrage in Deutschland und Europa schließen. Diese Erkenntnislage steht in klarem Widerspruch zu den Indikatoren erstauffällige Konsumenten von Heroin und Anzahl der Heroinsicherstellungsfälle. Betrachtet man die Preisentwicklung bei den Straßen- und Großhandelspreisen von Heroin, so ist hier ein langjähriger Anstieg festzustellen. Dieser kann als Indikator für eine entsprechend hohe Nachfrage gewertet werden.

Eine vergleichbare Entwicklung wurde im vergangenen Jahr auch bei Kokain festgestellt. Während die Anzahl der Sicherstellungsfälle um gut sechs Prozent auf 3.395 (2013: 3.622) zurückging, stieg die vom Markt genommene Gesamtmenge um knapp 20 Prozent auf 1.568 Kilogramm (2013: 1.314 Kilogramm) Kokain. Ursächlich für den signifikanten Anstieg der sichergestellten Mengen waren ebenso einzelne Großsicher-

stellungen, meist im Zusammenhang mit dem Schmuggel in Überseecontainern.

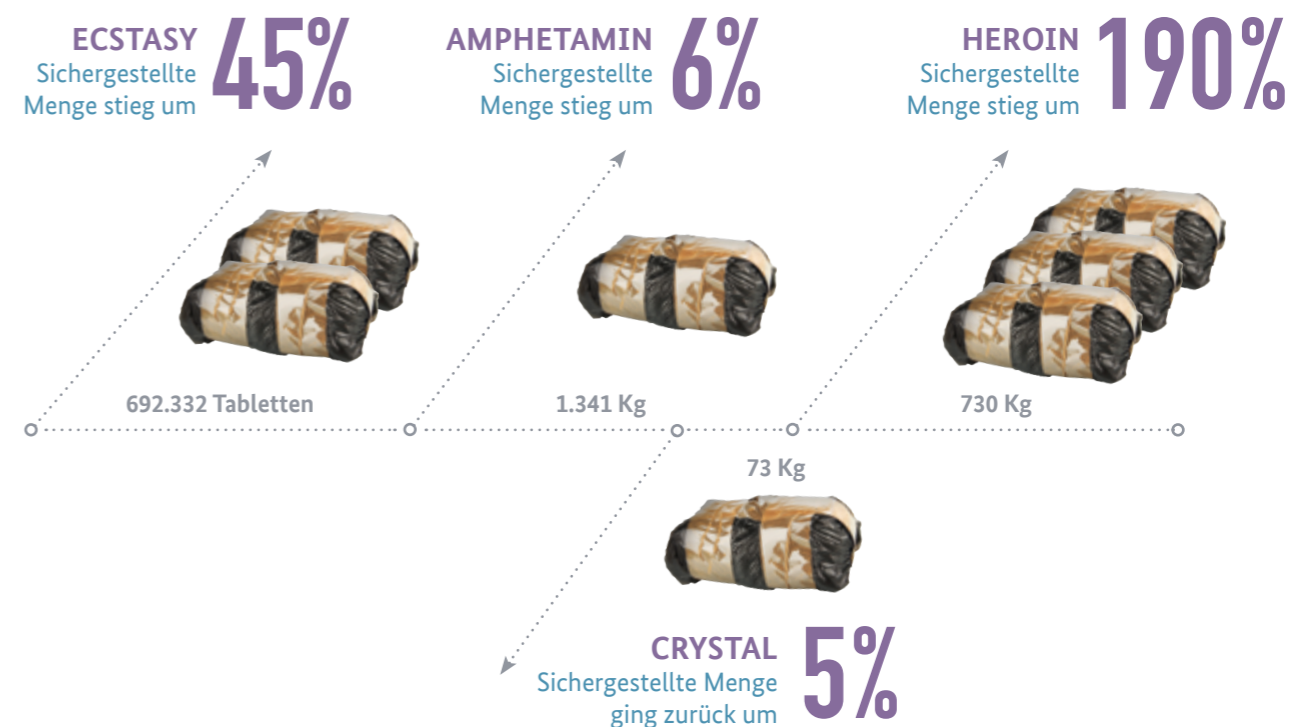
Auch hier lässt sich am weltweiten Aufkommen der Großsicherstellungsmengen ein anhaltend hoher Zufuhrdruck ableiten, der seinerseits eine entsprechende Nachfrage in Deutschland und den europäischen Nachbarstaaten impliziert.

Bei den Cannabisprodukten deuten die Zahlen aus dem Jahr 2014 auf eine Fortsetzung des Trends der letzten Jahre hin. So waren die Zahlen bei Haschisch sowohl hinsichtlich der Fälle (5.201; -8 Prozent) als auch der sichergestellten Menge (1.755 Kilogramm; -1 Prozent) erneut leicht rückläufig. Dagegen steigerte sich bei

Marihuana die im Rahmen von 31.519 (2013: 28.875) Fällen sichergestellte Gesamtmenge um knapp 80 Prozent auf 8.515 Kilogramm (2013: 4.857 Kilogramm).

Damit stellen die Fälle, in denen Marihuana sichergestellt wird, knapp die Hälfte aller Sicherstellungsfälle (63.586) im abgelaufenen Jahr. Die beträchtliche Steigerung der Gesamtsicherstellungsmenge ist insbesondere auf zwei Großsicherstellungen in Nordrhein-Westfalen mit 2,7 Tonnen und in Bayern mit 1,2 Tonnen Marihuana zurückzuführen. In beiden Fällen handelte es sich um albanisches Marihuana, das zunehmend – auch in Großlieferungen – nach Deutschland geschmuggelt wird. Dieser Trend ist in den letzten Jahren verstärkt zu beobachten.

DER TREND IM BEREICH SYNTHETISCHER DROGEN SPIEGELT SICH AUCH IN DEN SICHERSTELLUNGSZAHLEN WIDER.



5

Pathologisches Glücksspiel

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND

Von Glücksspiel spricht man immer dann, wenn um Geld gespielt wird. Entscheidend für alle Glücksspiele ist, dass ein Geldgewinn überwiegend vom Zufall abhängt.

Das Glücksspielverhalten und damit assoziierte Probleme in der Bevölkerung in Deutschland gelten durch seit 2006 insgesamt acht repräsentative Studien mittlerweile als gut erforscht. Die aktuellste Studie ist die Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2013 (siehe Kapitel 2, S. 58). Daneben hat insbesondere die 2011 durchgeführte Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ – (PAGE) große Beachtung gefunden.

Die Studien haben weitgehend übereinstimmend ergeben, dass die meisten Glücksspielangebote von männlichen Befragten eher genutzt werden als von weiblichen. Die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten nimmt nur gelegentlich an Glücksspielen teil. Das mit Abstand verbreitetste Spiel bei den Erwachsenen ist Lotto „6 aus 49“, bei Jugendlichen sind es Sofortlotterien. Die Glücksspielbelastung in der Bevölkerung schwankt je nach Studie (Differenzen in den Erhebungsmethoden, den verwendeten Instrumenten, der Altersspanne der Befragten etc.) zwischen 0,3 und 0,7 Prozent für problematisches und zwischen 0,2 und 0,8 Prozent für pathologisches Glücksspiel. Dabei ist die Belastungsquote unter Männern durchweg mehr als doppelt so hoch wie unter Frauen. Im Vergleich mit weiteren europäischen Ländern liegt Deutschland im unteren Bereich der Spannweite. Zudem hat sich in vielen Studien gezeigt, dass verschiedene Glücksspiele unterschiedliche Suchtpotenziale aufweisen. So scheint insbesondere das Spielen an

Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben mit einem erhöhten Risiko für glücksspielasoziierte Probleme verbunden zu sein. Risikoreich sind zudem (Online) Sportwetten, das „kleine Spiel“ in der Spielbank (Glücksspielautomaten) und Online-Poker. Die PAGE-Studie zeigte zudem, dass – unter Berücksichtigung alkohol-, drogen- oder tabakbezogener Störungen – ca. 95 Prozent der pathologischen Glücksspieler(innen) mindestens eine weitere psychische Störung aufwiesen (im Vergleich zu 35,7 Prozent in der Allgemeinbevölkerung). Das Risiko für das Vorliegen einer psychischen oder einer durch Substanzkonsum bedingten Störung ist bei diesen damit um das Drei- bis Vierfache erhöht.

Internetlink zu den BZgA-Studien:

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

Internetlink zur PAGE-Studie:

http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf

**GELDSPIELAUTOMATEN:
18 BIS 20-JÄHRIGE
MÄNNER SPIELEN AM
HÄUFIGSTEN – ANSTIEG
VON 5,8 % IN 2007 AUF
23,5 % IN 2013**



**Der Traum vom schnellen Geld?
Die Bank gewinnt immer!**

Wenn aus Spiel eine Abhängigkeit wird.

2 BZGA-STUDIE ZUM GLÜCKSSPIEL

Die BZgA-Studie 2013 ist die vierte Untersuchung einer 2007 begonnenen und in zweijährigen Intervallen wiederholten Studienserie zum Monitoring des Glücksspielverhaltens in der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland. Im Rahmen der methodischen Weiterentwicklung und um die Repräsentativität der Studie zu verbessern, wurden in einer erweiterten Stichprobe (n = 11.500 gegenüber zuvor n = 10.000) erstmals auch mobiltelefonisch (besser) erreichbare Personen in die Studie einbezogen. 2015 erfolgt die nächste BZgA Studie.

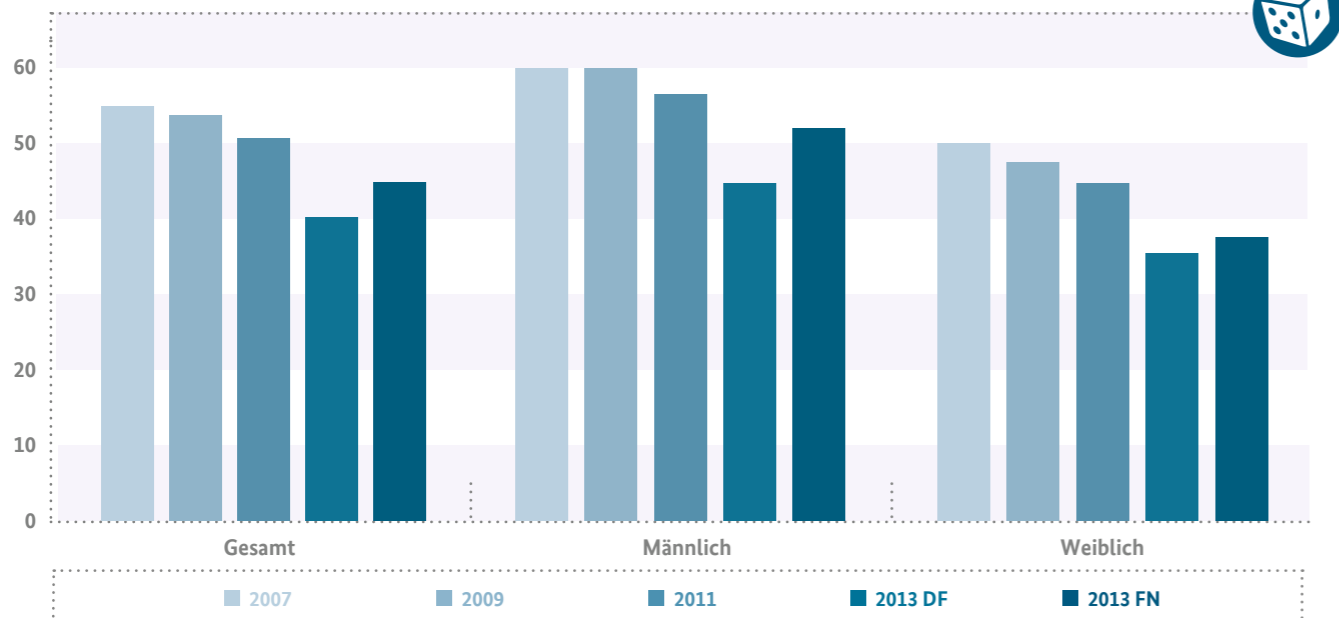
Die Studie ergab einen deutlichen Rückgang der generellen Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel. Betrug dieser Anteil bezogen auf die letzten zwölf Monate im Jahr 2011 noch 50,7 Prozent, so waren es im Jahr 2013 nur noch 40,2 Prozent (Abbildung 13). Der Anteil der Jugendlichen, die im zurückliegenden Jahreszeitraum an einem der gewerblichen Glücksspiele teilgenommen hatten, war im Jahr 2013 gegenüber 2011 ebenfalls rückläufig (von 24,1 auf 19,2 Prozent).

Entgegen diesem Trend hat die Nutzung von Geldspielautomaten erheblich zugenommen, von 2,2 Prozent im Jahr 2007 auf 3,7 Prozent im Jahr 2013. Der Anstieg fiel wiederum besonders deutlich in der Altersgruppe der 18- bis 20-jährigen männlichen Befragten aus: Seit 2007 hat sich die Spielprävalenz hier etwa vervierfacht, von 5,8 auf 23,5 Prozent.

Dominierender Ort des Glücksspiels war 2013 mit knapp 69 Prozent weiterhin die Lotto-Aannahmestelle, gefolgt vom Internet mit knapp elf Prozent. Während die Anteile dieser beiden Spielorte seit 2007 annähernd konstant geblieben sind, ist bei den Wettbüros eine Zunahme zu verzeichnen (2007: 0,3 Prozent, 2013: 4,2 Prozent).

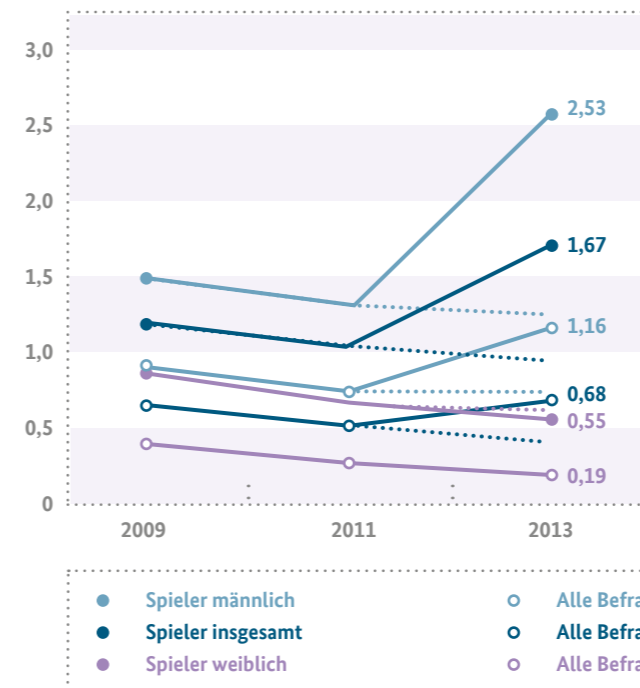
Der Anteil problematischer Glücksspieler(innen) unter allen Befragten betrug im Jahr 2013 0,82 Prozent (männlich: 1,16 Prozent, weiblich: 0,19 Prozent) und der Anteil pathologischer Glücksspieler(innen) 0,68 Prozent (1,31/0,31 Prozent). Die gegenüber der BZgA-Studie 2011 erhöhten Quoten sind durch einen (nicht signifikanten) Anstieg bei den männlichen Befragten bedingt und liegen am oberen Ende des Spektrums vergleichbarer Studien in

ABBILDUNG 13: TRENDS TEILNAHME AN IRGEND EINEM GLÜCKSSPIEL IN DEN BZGA-SURVEYS 2007 BIS 2013



Fallzahlen: 2007: 9.894 2009: 9.915, 2011: 9.921, 2013 (DF): 11.408, 2013 (FN): 9.920; DF= "Dual-Frame", FN= Festnetzauswahlrahmen.

ABBILDUNG 14 A: TRENDS PROBLEMATISCHES GLÜCKSSPIELVERHALTEN IN DEN BZGA-SURVEYS 2009 BIS 2013

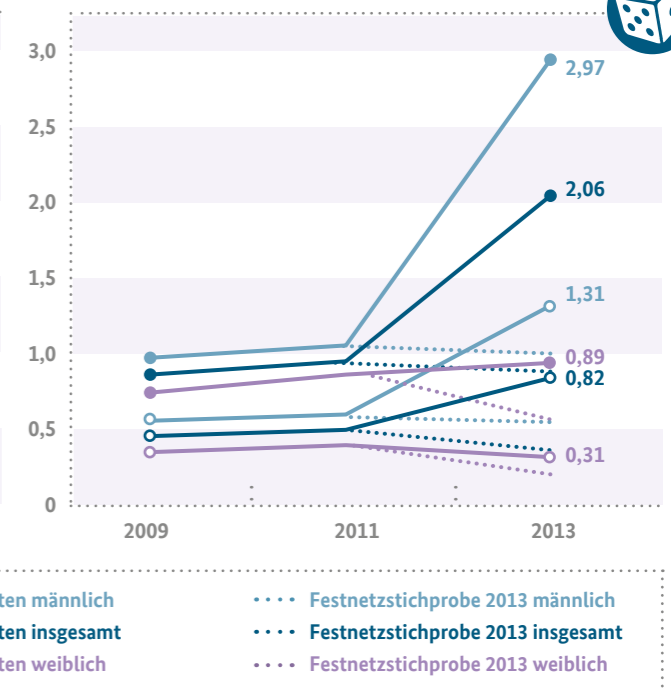


Fallzahlen siehe Abb. 13; Glücksspieler: 2009: 5.333, 2011: 4.649, 2013 (DF): 4.643, 2013 (FN): 4.129.

Deutschland. Andererseits wurde unter den befragten Jugendlichen ein geringerer Anteil an Problemspielerinnen und -spielern identifiziert als noch im Jahr 2011. Dies dürfte zum Teil auf die rückläufige generelle Glücksspielteilnahme von Jugendlichen zurückzuführen sein, zum Teil aber auch auf den Einsatz eines erstmals für Jugendliche angepassten Screening-Instrumentes auf Glücksspielsucht. Das Ausmaß glücksspielassoziierter Probleme ist geringer, wenn nur Personen mit einem Festnetzanschluss berücksichtigt werden (Abbildung 14A, 14B).

Hochgerechnet auf die 16- bis 65-jährige Bevölkerung lässt sich den Daten der Befragung zufolge in Deutschland im Jahr 2013 die Anzahl der Menschen mit einem problematischen Glücksspielverhalten auf 208.000 bis 351.000 und der mit einem pathologischen Glücksspielverhalten auf 191.000 bis 339.000 schätzen (jeweils 95 Prozent Konfidenzintervalle). Als Risikofaktoren für ProblemSpielverhalten haben sich männliches Geschlecht, junges Erwachsenenalter, Migrationshinter-

ABBILDUNG 14 B: TRENDS PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELVERHALTEN IN DEN BZGA-SURVEYS 2009 BIS 2013



grund sowie Langzeitarbeitslosigkeit erwiesen. Bezogen auf einzelne Glücksspiele finden sich Problemspieler (innen) am häufigsten unter den Befragten, die an Geldspielautomaten gespielt (28,6 Prozent), an Live-Wetten (26,8 Prozent) oder an Casinospielen im Internet (17 Prozent, hauptsächlich Online-Poker) teilgenommen haben.

Auch das Bewusstsein für das Thema Glücksspielsucht in der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt: Knapp 68 Prozent der Befragten schätzten sich diesbezüglich als gut informiert ein. Auch der Bekanntheitsgrad von regionalen Beratungsstellen und telefonischen Beratungsmöglichkeiten zur Glücksspielsucht hat 2013 weiter zugenommen. Zugleich fanden die gesetzlichen Regelungen und die staatliche Kontrolle des Glücksspiels zum Schutz der Spielerinnen und Spieler und insbesondere der Jugendlichen mit Raten um die 90 Prozent weiterhin hohe Zustimmung. Ein Verbot von Glücksspielen im Internet befürworteten 59 Prozent der Befragten.

6

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

1 SITUATION IN DEUTSCHLAND


Die Nutzung von Computer und Internet mit ihren vielfältigen Möglichkeiten ist in der breiten Bevölkerung sowohl im Privatleben als auch in der Arbeitswelt selbstverständlich, hilfreich und unproblematisch. Seit etwa zehn Jahren allerdings wird das Phänomen einer exzessiven Computerspiel- oder Internetnutzung in Schulen sowie Medienkompetenzstellen thematisiert und führt vor allem in Erziehungs- und Suchtberatungsstellen in Form des „pathologischen Computer- oder Internetgebrauchs“ zu einem zunehmenden Beratungs- und Behandlungsbedarf.

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

internetbezogene Verhaltensweisen wie die Nutzung sozialer Netzwerke, Chatten oder die Informationssuche ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind. Ein wichtiger Schritt zur Klärung der Frage, wann eine Computerspielnutzung mit Krankheitswert vorliegt, erfolgte 2013 durch die Expertengruppe für die fünfte Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA). Da Belege zu Störungen mit Krankheitswert vor allem im Bereich der pathologischen Nutzung von PC-Spielen Computerspielnutzung vorliegen, wurde die Störung entsprechend auf diese begrenzt und im Sinne einer Forschungsdiagnose als „Internet Gaming Disorder“ bezeichnet. Die Diagnose kann somit nur für die pathologisch betriebene Nutzung von Video- oder Computerspielen vergeben werden, und zwar unabhängig von der genutzten Plattform (z. B. PC, Spielkonsole, Smartphone) sowohl für Onlinespielnutzung (Spiele mit aktiver Internetverbindung) als auch Offlinespielnutzung (Spiele ohne aktive Internetnutzung). Andere Formen pathologischer PC-Nutzung wie zum Beispiel bezüglich sozialer Netzwerke oder Online-Pornographie gelten demnach zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht hinreichend untersucht.

Derzeit stehen einheitlich anerkannte Methoden zur Erfassung der Störung noch aus. Inzwischen wurden erste Screeningverfahren entwickelt, mit denen sich eine Internet Gaming Disorder verdachtsdiagnostisch erfassen lässt. So wurde kürzlich in englischer Sprache die Internet Gaming Disorder Scale von Lemmens und Kollegen (2015) vorgestellt, die in der Kurzform insgesamt 9 Items enthält, die sich auf die 9 Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder beziehen. Ferner liegt in englischer sowie in Kürze in deutscher Sprache die Computerspielabhängigkeitsskala von Rehbein und Kollegen (2015) vor, die insgesamt 18 Items beinhaltet, von denen sich jeweils 2 auf eines der

**Ob PC, Smartphone oder Tablet:
Immer online und erreichbar!
Ab wann wird das Freizeitvergnügen
zum Suchtverhalten?**



**ETWA 4 % DER
14–16 JÄHRIGEN SIND
BEREITS INTERNET-
ODER COMPUTERSPIEL-
ABHÄNGIG**

9 Diagnosekriterien beziehen. Ein diagnostischer Goldstandard besteht jedoch nach wie vor nicht und auch anerkannte klinische Interviews konnten bislang zum Thema nicht etabliert werden.

Zur Internetabhängigkeit wurden zwar ebenfalls erste Screening-Verfahren entwickelt, doch fehlten bis Mitte 2013 für diese Störung noch abgesicherte Schwellenwerte (Cut-Offs), die pathologische Ausprägungen erkennen lassen, da Internetabhängigkeit im weiteren Sinne bislang nicht mit der Forschungsdiagnose Internet Gaming Disorder nach DSM-5 abgedeckt wird. Mit der vom BMG geförderten Studie PINTA-DIARI (siehe Drogen- und Suchtbericht 2014) wurden aufgrund diagnostischer Interviews Schwellenwerte abgeschätzt und zur Verfügung gestellt, die für weitere Erhebungen und andere Studien genutzt werden können.

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

Anders als vorhergehende Untersuchungen zeigen die Ergebnisse von PINTA bzw. PINTA-DIARI und der Drogenaffinitätsstudie der BZgA, dass es bezüglich einer Internetabhängigkeit offenbar keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, auch wenn die zugrundeliegende Nutzung des Internets (Spiele bzw. Social Media) unterschiedlich ist. Die Maßnahmen in den

Bereichen Prävention, Beratung und Therapie sollten deshalb spezifisch auf die verschiedenen Nutzergruppen ausgerichtet werden.

Angesichts der hohen Dynamik, mit der sich Computer- und Internetnutzung als Bestandteil des Medienkonsums verbreiten, sind Kinder und Jugendliche eine besonders wichtige Zielgruppe. Denn hier ist eine medienerzieherische Einflussnahme bereits in der Phase eines auffälligen gesundheitsgefährdenden und suchtgefährdeten Verhaltens möglich. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) setzt sich für eine wirksame und nachhaltige Präventionsarbeit besonders für die junge Altersgruppe, entsprechende medienpädagogische Konzepte in der Familien- und Erziehungsberatung sowie eine nachhaltige Qualifizierung medienpädagogischer Fachkräfte ein. Maßnahmen zur Einrichtung und zum Einsatz geeigneter Jugendschutzprogramme für den heimischen PC werden unterstützt.

2 AKTUELLE DATENLAGE

Neue Daten zu den Prävalenzen im Bereich der Computerspiel- und Internetabhängigkeit in Deutschland wurden seit dem Drogen- und Suchtbericht 2014 nicht veröffentlicht. Damit gilt unverändert: Wird die aktuelle Studienlage zugrundegelegt, so lassen sich die Betroffenenzahlen für Internet- und Computerspielabhängigkeit wie folgt abschätzen: Für die Internetabhängigkeit gilt nach wie vor die PINTA-Studie als wichtigste Referenzstudie, da sie bundesweite Repräsentativität beanspruchen kann. Nach dieser Studie können in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca.

560.000 Menschen als internetabhängig bezeichnet werden; das entspricht einer Prävalenz von einem Prozent (Frauen: 0,8 Prozent, Männer: 1,2 Prozent). Jüngere Menschen sind häufiger betroffen: So zeigen in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen etwa 250.000 Anzeichen (2,4 Prozent) Anzeichen einer Abhängigkeit, unter den 14- bis 16-Jährigen sogar 4 Prozent. Unter ihnen sind etwa 100.000 14 bis 16-Jahre alt. In der Altersgruppe der über 25-Jährigen sind insgesamt etwa 0,7 Prozent wahrscheinlich internetabhängig.

Auch die 2013 veröffentlichte Studie der BZgA zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik“ in Bezug auf die Nutzung von Computerspielen und Internet gilt unverändert. Die Studie bestätigt, dass Computerspiele und Internet für viele Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland attraktiv und für die meisten von ihnen ein Gewinn sind. Bei einem vergleichsweise geringen Anteil der insgesamt 5.000 befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von zwölf bis 25 Jahren offenbaren sich im Umgang mit Computerspielen und dem Internet Verhaltensprobleme. Die Studie kommt zu den folgenden Ergebnissen: Der größte Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt im Umgang mit Computerspielen und dem Internet keine Verhaltensprobleme. 2,5 Prozent der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind nach der „Compulsive Internet Use Scale“ jedoch als exzessive Internetnutzende bzw. exzessive Computerspielende einzustufen. Dabei gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen ist mit drei Prozent ein etwas größerer Anteil als bei den 18- bis 25-jährigen Erwachsenen (2 Prozent) betroffen. Schülerinnen und Schüler der Haupt- und berufsbildenden Schulen sowie Arbeitslose haben vergleichsweise hohe Werte zu verzeichnen, die allerdings nicht statistisch signifikant sind.

Eine vor kurzem in der Zeitschrift Addiction veröffentlichte Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) hat sich auf die DSM-5 Diagnose „Internet Gaming Disorder“ konzentriert und Compu-

terspielabhängigkeit mittels der Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS) erfasst. Unter den repräsentativ befragten 11.003 Neuntklässlern in Niedersachsen im Durchschnittsalter von rund 15 Jahren ergibt sich eine 12-Monats-Prävalenz von 1,2 Prozent. Jungen (2,0 Prozent) sind wesentlich häufiger davon betroffen als Mädchen (0,3 Prozent). Der Anteil männlicher Personen unter den Betroffenen beträgt damit rund 90 Prozent. Während sich zwischen einheimisch-deutschen und Jugendlichen mit Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von Computerspielabhängigkeit ergeben, ist die Schulform mit dem Risiko für Computerspielabhängigkeit verknüpft. So beträgt die Prävalenz unter Hauptschülern rund 2,6 Prozent, unter Realschülern rund 1,3 Prozent und unter Gymnasiasten rund 0,6 Prozent. Es zeigt sich, dass die Kriterien Dysfunktionale Gefühlsregulation (mit dem Spielen Probleme vergessen und unangenehme Gefühle verdrängen) und Gedankliche Vereinnahmung (ständig an das Spielen denken müssen, auch wenn nicht gespielt wird) zwar besonders häufig von den Jugendlichen erlebt werden, allerdings nur in manchen Fällen auf ein echtes Problem hindeuten. Hingegen scheint gerade dem Kriterium Verhaltensbezogene Einengung (Interessenverlust) eine besondere Bedeutung zuzukommen: Rund 45 Prozent der Jugendlichen, die ihre Hobbies und Freizeitaktivitäten zugunsten des Computerspielens vernachlässigen oder ihr Interesse daran verlieren, weisen mindestens fünf Kriterien der Internet Gaming Disorder auf und können somit als computerspielabhängig gelten. Zusätzlich wurde in der Studie ermittelt, wie belastet computerspielabhängige Jugendliche im Vergleich zu unauffällig spielenden Jugendlichen sind. Dabei zeigte sich, dass die als computerspielabhängig eingestuften Jugendlichen täglich 375 Minuten (6h/15min) mit Computerspielen beschäftigt sind, sich selbst als süchtig nach Spielen empfinden, häufiger Schlafprobleme aufweisen, schlechtere Schulnoten erzielen und häufiger die Schule schwänzen. Viele der aufgefundenen Effektstärken bewegen sich dabei im mittleren bis hohen Bereich.



7

Presse und Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten

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

1 PRESSEMITTEILUNGEN

Die Drogenbeauftragte informiert die Journalisten und Medienvertreter über sämtliche aktuelle Themen der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung. Die Drogenbeauftragte ist dabei erste Ansprechpartnerin für die Pressevertreter wenn es um diesbezügliche Themen aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht. Sie greift auch aktiv eigene neue Themen auf und gibt Pressemitteilungen zu relevanten Entwicklungen heraus. Im Jahr 2014 wurden 39 Pressemitteilungen veröffentlicht. Das entspricht einem Durchschnitt von 3,25 pro Monat. Medienvertreter erreichen die Pressestelle der Drogenbeauftragten unter:

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

2 ERKLÄRVIDEOS

Im Jahr 2014 hat die Drogenbeauftragte zwei kurze Erklärvideos produzieren lassen, die sich an ein breites, interessiertes Publikum wenden. Mit dem ersten Video wurden in anschaulicher grafischer Darstellung die Aufgaben der Drogenbeauftragten in leichter Sprache erklärt. Das zweite Video erläutert die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung und gibt so einen Überblick über den Aufbau des Drogen- und Suchtberichts.

<http://www.drogenbeauftragte.de/index.php?id=23932>

3 TAG DER OFFENEN TÜR IM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Am 30. und 31. August 2014 öffnete das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wieder seine Pforten zum Tag der offenen Tür. Wie jedes Jahr beteiligte sich auch die Drogenbeauftragte wieder aktiv am Angebot des Ministeriums. Am großen Informationsstand konnten sich die zahlreichen Besucher an den zwei Tagen rund um das Thema Drogen und Sucht einen Überblick verschaffen und sich von den fachkundigen Mitarbeitern des Arbeitsstabes der Drogenbeauftragten beraten lassen. Ein „Glücksrad“ mit Fragen rund um legale Suchtmittel und illegale Drogen lud auch Kinder ein, sich aktiv mit dem Thema zu beschäftigen. Am Samstag begrüßte die Drogenbeauftragte zudem auf der großen Bühne des BMG einige Schauspieler des Theaters der Jungen Welt Leipzig, die einen Auszug aus ihrem Stück „Crystal – Variationen über Rausch“ aufführten. Ein weiterer Gast war an diesem Tag der Seriendarsteller Jörn Schlönvoigt (u.a. Gute Zeiten,

Schlechte Zeiten), der in einem Bühnengespräch mit der Drogenbeauftragten über seine Rolle bei „Gute Zeiten, Schlechte Zeiten“ diskutierte. Gemeinsam mit dem ehemaligen Weltklasse-Hürdenläufer und fünfmaligem Europameister Harald Schmid nahm die Drogenbeauftragte am Bühnenprogramm von „Kinder stark machen“ teil. Die Mitmach-Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung will „Kinder stark machen für ein suchtfreies Leben“ und wird dabei von der Drogenbeauftragten tatkräftig unterstützt.

4 PROJEKT DES MONATS

Die Drogenbeauftragte stellt jeden Monat auf Ihrer Internetseite www.drogenbeauftragte.de ein Projekt des Monats vor. Hier werden Aktivitäten präsentiert, die in der Regel wenig bundesweite Aufmerksamkeit erhalten, die aber wertvolle Aspekte in der Drogen- und Suchtpolitik behandeln. Mit der Vorstellung der Projekte auf der Homepage werden diese einem breiteren Publikum vorgestellt. Häufig ergeben sich daraus neue Kooperationsmöglichkeiten für die Projektpartner. Im Jahr 2014 wurden folgende Projekte vorgestellt:

„**Netzgänger**“ - ein Peer-gestütztes Projekt zur Prävention dysfunktionalen und pathologischen PC- und Internetgebrauchs bei Kindern und Jugendlichen.

„**Crystal – Variationen über Rausch**“ - ein Theaterstück zum aktuellen Thema Crystal-Meth. Das Theater der Jungen Welt Leipzig inszenierte dieses Stück unter großem nationalen Applaus. Die Zuschauerzahlen waren beachtlich.

„**Wenn aus der Party ein Notfall wird**“ - ein Präventionsprojekt für junge Arbeitnehmer zu den Themen Suchtverhalten und Erste Hilfe.

„**WebC@are**“ - ein innovatives Hilfeangebot für Menschen mit problematischem Nutzungsverhalten an Bildschirmmedien.

„**Schulterschluss**“ - eine Kooperations- und Qualifizierungsoffensive für Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien.

„**PEaS – Peer Eltern an Schule**“ - ein Programm zur Suchtprävention

„**FASI**“ - eine neu entwickelte FASD-Puppe zur Aufklärung über das Fetale Alkoholsyndrom (FAS). Die Puppe hat die typischen Merkmale eines an FAS erkrankten Babys.

„**NACOA feiert 10jähriges Jubiläum!**“ - NACOA ist die Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien. Suchtfamilien verleugnen in der Regel das Suchtproblem und schotten sich gegenüber Hilfeangeboten ab. So haben die Kinder meist keine Chance auf Hilfe. NACOA setzt sich für sie ein. Im September 2014 feierte der Verein NACOA-Deutschland sein zehnjähriges Bestehen.

„**Suchtsensible Pflege/-Beratung**“ - die Fachstelle für Suchtprävention Berlin hat das Thema „Sucht im Alter vorbeugen“ als Schwerpunktthema gesetzt. Sie engagiert sich für eine gesunde und „unabhängige“ Lebensgestaltung.

„**Treppe Aufwärts**“ - ein Spielfilm über und gegen Glücksspielsucht. Mit hochkarätiger Besetzung wurde dieser Film 2014 in Berlin gedreht und soll in 2015 Premiere feiern. Die Drogenbeauftragte unterstützt dieses wichtige Präventionsprojekt.

„**Dance Against e.V.**“ - der Verein engagiert sich mit Tanz-Flashmobs an Schulen gegen Drogen und Sucht und für ein suchtfreies Aufwachsen der Kinder.

5 NEUES PODCASTANGEBOT »HIGHLIGHTS!«

Am 10. November 2014 hat die Drogenbeauftragte ein neues Podcastangebot auf ihrer Homepage gestartet. Unter dem Titel „HiLights!“ werden seitdem in unregelmäßigen Abständen Experten, Politiker und Prominente interviewt, die sich mit Fragen rund um die Themen Drogen und Sucht beschäftigen. In der Pressemitteilung zum Start der Audiopodcasts äußerte sich Marlene Mortler wie folgt: „Der Themenbereich Drogen und Sucht ist so vielfältig wie das Leben.“

Bereits mit dem Drogen- und Suchtbericht 2014 haben wir begonnen, einzelne Prominente und deren Engagement vorzustellen. Die große Anzahl professioneller und ehrenamtlicher Akteure, die sich für ein sucht- und drogenfreies Leben einsetzen, ist beeindruckend. Mit unseren Podcast-Interviews präsentieren wir beispielhafte Aufklärungs- und Präventionsarbeit. Dies soll kurzweilig und informativ sein. Und unsere regelmäßige, nicht ganz ernst

gemeinte, letzte Frage, entlockt den Interviewpartnern auch ganz persönliche Details. Neugierig? Dann hören Sie rein!“

Bis zum Jahresende 2014 wurden 15 Interviews online gestellt. Zu Wort kamen Journalisten, Schauspieler, Schriftsteller, Experten, Politiker und andere interessante Menschen, die etwas zum Thema zu sagen haben.

Die Podcasts finden Sie unter:

<http://drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/podcasts.html>

**15 PODCAST-
INTERVIEWS...**
**...VERÖFFENTLICHTE
DIE DROGENBEAUFTRAGTE
VON NOV.–DEZ. 2014**



A

Aktuelle Daten und Fakten

12

B

Schwerpunkte der Drogen- und Suchtpolitik

1	PRÄVENTION	71
2	BERATUNG, BEHANDLUNG UND VERSORGUNG SOWIE SCHADENSMINIMIERUNG	201
3	GESETZLICHE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN	261
4	INTERNATIONALES	275

69

»Vorbeugen ist besser als Heilen«

Hippokrates, 400 v. Chr.

1

Prävention

1 SUCHTSTOFFÜBERGREIFENDE PRÄVENTION

Prävention bedeutet, Abhängigkeit vorzubeugen sowie den bereits bestehenden problematischen, gesundheitsgefährdenden Konsum von Suchtmitteln zu vermeiden oder zu verringern.

Gemäß der Nationalen Strategie der Bundesregierung zur Drogen- und Suchtpolitik von 2012 ist Prävention nur erfolgreich, wenn sie zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist. Um die Menschen zu erreichen und geeignete Angebote für sie schaffen zu können, müssen sie daher in ihrem jeweiligen Umfeld und ihrer individuellen Lebenssituation entsprechend angesprochen werden. Des Weiteren gilt es, die Menschen in ihrem persönlichen Umgang mit Risiken zu stärken.

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

und Verlaufsmuster der Suchterkrankungen für die verschiedenen Gruppen zu unterstützen.

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

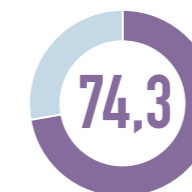
1.1 SUCHTPRÄVENTION IN DER SCHWANGERSCHAFT UND IM KINDESALTER

1.1.1 INNOVATIVE PRÄVENTIONSKONZEPTE IN DER SCHWANGERSCHAFT

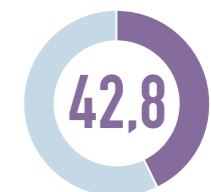
Der Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen in Schwangerschaft und Stillzeit hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes und negative Folgen für dessen weitere Entwicklung. Mütterliches Rauchen gehört zu den bedeutendsten vermeidbaren Risiken für das ungeborene Kind. Schätzungen gehen davon aus, dass Rauchen für ca. 15 Prozent aller Frühgeburten sowie



...PROZENT DER SCHWANGEREN FRAUEN HABEN EINEN INTERNETZUGANG



...PROZENT DER SCHWANGEREN FRAUEN NUTZEN DAS INTERNET TÄGLICH



...KÖNNEN SICH VORSTELLEN, AN EINER ONLINE-BERATUNG ZU GESUNDHEITSFRAGEN TEILZUNEHMEN.

für 20 bis 30 Prozent aller Fälle von geringerem Geburtsgewicht verantwortlich ist. In Deutschland raucht zu Beginn der Schwangerschaft ungefähr jede dritte Frau, bei der Geburt in etwa noch jede vierte.

Alkoholkonsum kann während der gesamten Schwangerschaft zu unheilbaren Schädigungen des ungeborenen Kindes führen. Schätzungen zufolge werden in Deutschland pro Jahr ca. 2.000 bis 4.000 Kinder mit dem Vollbild eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) geboren. Die Kinder haben erhebliche Defizite in ihrer geistigen und motorischen Entwicklung, die auf den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft zurückzuführen sind. Eine unschädliche Menge an Alkohol in der Schwangerschaft gibt es nicht – bereits geringer Alkoholkonsum kann gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes zur Folge haben. Aus diesem Grund wird dringend zum gänzlichen Verzicht auf Alkohol in der Schwangerschaft geraten.

DAS BIETET IRIS...

- 12 WOCHEN LANG WÖCHENTLICH NEUE HINTERGRUNDINFORMATIONEN,
- INTERAKTIVE ONLINE-ÜBUNGEN ZUM SELBSTAUSFÜLLEN,
- ENTSPANNUNGSTIPPS UND -AUDIOS ZUM DOWNLOAD,
- STANDARDISIERTE RÜCKMELDUNGEN ODER EINE INDIVIDUELLE BEGLEITUNG

Schwangerschaften sind zugleich ein günstiger Zeitraum für Frauen und ihre Partner, ihren Suchtmittelkonsum zu reduzieren oder – im Idealfall – komplett einzustellen. In dieser Zeit sind werdende Eltern für gesundheitsrelevante Informationen und Beratungsangebote besonders aufgeschlossen. Viele von ihnen sind dann auch in hohem Maße bereit, Änderungen in ihrem Gesundheitsverhalten umzusetzen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert daher im Rahmen ihrer Aufklärungsmaßnahmen für werdende Eltern, insbesondere auf ihrem Internetauftritt www.familienplanung.de, regelmäßig auch über die Gefahren von Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Dennoch fällt der Verzicht auf Tabak und/oder Alkohol vielen sehr schwer oder gelingt nicht immer. Deshalb ist es wichtig, die Prävention zur Vermeidung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit durch vielseitige zielgruppenspezifische Initiativen unterschiedlicher Akteure weiter zu stärken und auszubauen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Zeitraum von März 2011 bis Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die sich unterschiedlichen Ansätzen der Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit auf lokaler und regionaler Ebene widmeten. Im Fokus des Fördervorhabens standen einerseits die Schaffung geeigneter Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden und andererseits die Organisation zielgruppenspezifischer Interventionsangebote durch verschiedene Formen der intersektoralen Zusammenarbeit wie der Schwangerenberatung mit der Suchthilfe. Im Anschluss wurden im Rahmen einer zweiten Förderphase drei der sieben Modellvorhaben für zwei weitere Jahre gefördert, um ihre Ansätze überregional zu implementieren (Beispiel siehe unter 2.1.1.2).



Bild: Titelseite der IRIS-Plattform www.iris-plattform.de

1.1.2 INDIVIDUALISIERTE, RISIKOADAPTIERTE INTERNET-BASIERTE INTERVENTIONEN ZUR VERRINGERUNG VON ALKOHOL- UND TABAKKONSUM BEI SCHWANGEREN

Jede zweite Frau konsumiert Alkohol in der Schwangerschaft, immerhin 14,4 Prozent gelegentlich und etwa ein Prozent regelmäßig (Bergmann et al. 2007). Jede dritte Frau raucht zu Beginn der Schwangerschaft, bis zur Entbindung setzen zwölf bis 25 Prozent der Schwangeren ihren Tabakkonsum fort (Infant Feeding Survey NHS, 2010). Nicht wenige beginnen nach der Geburt erneut mit dem Tabakkonsum.

Die Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums in der Schwangerschaft sind vielfältig: Die Alkoholembryopathie mit Organfehlbildungen, aber auch psychische und soziale Folgen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane bei neugeborenen Kindern (S3-Leitlinie FAS, 2013), Störungen der Schwangerschaft, Missbildungen und psychische Auffälligkeiten infolge des elterlichen Rauchens belasten Entwicklung und Gesundheit der Neugeborenen.

Angesichts von 4.000 Kindern mit FASD in Deutschland sowie weiteren 155.000 Neugeborenen, die dem Tabakrauch exponiert sind, ist es ein Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit, zusätzliche wirksame Angebote zur Aufklärungsberatung alkohol- und tabakkonsumierender Frauen zu schaffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit Juli 2013 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen das Projekt „IRIS II“. „IRIS“

steht für „individualisierte, risikoadaptierte, internetbasierte Intervention zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums bei Schwangeren“ (Batra, Stiegler).

In einer Tübinger Vorstudie, die bis 2013 vom BMG gefördert worden war, konnte herausgearbeitet werden, dass Alkohol und Tabak wichtige Themen in der Schwangerenberatung sind, allerdings kein einheitliches Vorgehen existiert und die ärztliche Problemeinschätzung des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft sehr divergent ist. Die allgemeine Arbeitsbelastung, die Vielfältigkeit zu bearbeitender Themen und auch Hemmnisse in der Ansprache schwieriger Themen verhindern eine gezielte regelmäßige, flächendeckende Beratung bei Schwangeren. Insofern sind Medien und insbesondere internetbasierte Angebote, die einen anonymen Zugang zu Schwangeren gestatten, zugleich breit verfügbar, niederschwellig und ohne großen finanziellen Aufwand zur Verfügung stehen, eine wertvolle und interessante Ergänzung. In der Vorstudie IRIS-I konnte eine erste Version einer Beratungsplattform entwickelt werden.

IRIS II geht nun der Frage nach, ob eine Beratungsplattform, die zusätzlich durch einen Experten oder eine Expertin moderiert wird, eine höhere Compliance und Abstinenzquote der beratenen Schwangeren zur Folge hat. Inhalte des Programms zielen auf die Aufklärung und Informationsvermittlung, das Schaffen eines Problembewusstseins, die Motivation zur Verhaltensänderung sowie Unterstützung und Erreichung einer Alkohol- und Tabakabstinenz.

In der kontrollierten, zweiarmigen und randomisierten Interventionsstudie sollen n = 500 Schwangere aus dem gesamten Bundesgebiet auf die beiden Behand-

lungsbedingungen (expertengestützte Behandlung sowie standardisierte Online-Version) verteilt werden. In der Nachbeobachtungsphase werden zu einem definierten Zeitpunkt sowie die postpartal die Abstinenz-Verläufe untersucht. Neben der Änderung des Konsumverhaltens wird auch die Zufriedenheit mit Form und Inhalt, Unterstützung des Angebots sowie die Frage nach Verbesserungspotenzial bearbeitet.

Am 07.04.2014 wurde die IRIS-II-Plattform als zwölfwöchige strukturierte Online-Behandlungsplattform für Konsumentinnen von Alkohol, Tabak oder beiden Substanzen online geschaltet.

Mittlerweile wurden n = 498 Personen (Stand: 14.01.2015) den beiden Behandlungsmethoden randomisiert zugeteilt, 384 schwangere Frauen haben mit den Beratungen begonnen. Die Rekrutierung von Schwangeren aus dem gesamten Bundesgebiet wird bis April 2015 fortgesetzt. Die Ergebnisse der Katamnesen werden für die zweite Jahreshälfte 2015 erwartet.

<http://www.iris-plattform.de>

1.1.3 FRÜHE HILFEN FÜR ELTERN UND KINDER

Frühe Hilfen sind präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern vom Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes. Hierbei sollen Risiken für die Entwicklung des Kindes frühzeitig erkannt und die Erziehungskompetenzen der Eltern gestärkt werden. Die Frühen Hilfen richten sich insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen. Seit 2007 unterstützt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) als zentrale Institution des Bundes Fachkräfte in Ländern und Kommunen bei ihrer Arbeit. Seit 2012 wird die im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) verankerte Bundesinitiative Frühe Hilfen



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

Eine psychische Erkrankung wie zum Beispiel die Suchterkrankung eines Elternteils gehört zu den gravierendsten familiären Belastungsfaktoren, die sich ungünstig auf die gesunde Entwicklung eines Kindes auswirken können. Frühe Hilfen können hier schon frühzeitig Unterstützung und Entlastung bieten, damit auch unter diesen Belastungsfaktoren die Eltern-Kind-Beziehung gefördert sowie eine entwicklungs- und gesundheitsfördernde Umgebung für das Kind sichergestellt werden kann. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hatte daher Ende 2014 Fachkräfte aus Fachpraxis und Wissenschaft zu einem zweitägigen Workshop zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ eingeladen. Ziel des damit gestarteten Prozesses ist die Erstellung eines Eckpunktepapiers zur Standortbestimmung der Frühen Hilfen im Kontext familiärer Belastungen aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. In diesem Zusammenhang spielte auch das Thema Sucht eine zentrale Rolle, da diese von den Teilnehmenden als psychische Erkrankung verstanden wird und im Kontext niedrigschwelliger Unterstützungsangebote nicht gesondert behandelt werden muss. Eine der zentralen Fragen war, wie die Hilfe für die betroffenen Familien systemübergreifend organisiert werden kann

und welchen Beitrag die Frühen Hilfen leisten können. An dem Workshop nahm auch eine Vertreterin der Drogenbeauftragten der Bundesregierung teil. Das Eckpunktepapier soll die Basis eines intensiven interdisziplinären Fachdiskurses darstellen, der 2015 gestartet wird und den Grundstein für eine bessere Versorgung von Kindern aus psychisch belastenden Familien legen soll.

Für die aufsuchende Arbeit in den Familien hat das NZFH im Rahmen der Bundesinitiative das „NEST-Material für Frühe Hilfen“ herausgegeben. „NEST“ steht hierbei für die Schaffung einer Umgebung, in der Kinder gesund aufwachsen können. Das Material ist in leichter Sprache formuliert und berücksichtigt Themen, die im Rahmen der Frühen Hilfen begleitet werden. Für den Themenbereich „Rauchfrei/Suchtfrei“ wurden 2014 zwei weitere NEST-Arbeitsblätter konzipiert, die 2015 erscheinen. Alle NEST-Arbeitsblätter sind für Fachkräfte inzwischen einzeln nachbestellbar.

<http://www.fruehehilfen.de/nest-material>

Für die Arbeit in den Frühen Hilfen benötigen Fachkräfte Wissen, Fertigkeiten, Sozial- und Selbstkompetenzen, die das NZFH entsprechend der Struktur des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) in Kompetenzprofilen beschreibt. Im Jahr 2014 erschien das Kompetenzprofil „Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Frühen Hilfen“. Ausgehend von diesem und vom Kompetenzprofil „Familienhebammen“ begann 2014 die Entwicklung von Qualifizierungsmodulen als Beispiel für eine konsequent kompetenzorientierte Qualifizierung als Angebot für Anbieter von Fort- und Weiterbildungen. Parallel dazu begann die Entwicklung eines Qualifizierungsmoduls für „Netzwerkkordinatorinnen und -koordinatoren in den Frühen Hilfen“.

<http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehehilfen/qualifizierung/>

Fortgesetzt wurden laufende Forschungsarbeiten im Rahmen der Bundesinitiative unter anderem auch zu Fragestellungen der Frühen Hilfen im Kontext Drogen und Sucht, zu denen im Jahr 2015 entsprechende Ergebnisse erwartet werden.

1.1.4 LEBENSKOMPETENZPROGRAMME

Maßnahmen zur gesellschaftlichen und sozialen Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern

Das Bundesministerium des Innern (BMI) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördern auf der Grundlage gemeinsamer Richtlinien lokale Maßnahmen zur gesellschaftlichen und sozialen Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern; das BMI fördert Integrationsprojekte für erwachsene, das BMFSFJ für junge Menschen unter 27 Jahren. Die Projektförderung ist unter anderem auf die Kompetenzstärkung der Zuwanderinnen und Zuwanderer ausgerichtet und wirkt insofern vorbeugend.

Im Jahr 2014 verfolgten drei Projekte für erwachsene und 20 Projekte für junge Zuwanderinnen und Zuwanderer mit einer Gesamtbundeszuwendung von rund 714.000 Euro neben der sozialen Integration auch den speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention.

»KINDER STARK MACHEN«

Suchtvorbeugung ist vor allem dann wirksam, wenn sie frühzeitig beginnt, lokal vernetzt agiert und an der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ansetzt. Vor diesem Hintergrund konzipierte die BZgA „Kinder stark machen“ als Programm zur substanzübergreifenden Prävention.

Die „Mitmach-Initiative“ richtet sich mit zahlreichen Angeboten vor allem an Multiplikator(inn)en aus Schule, Sport sowie aus der Kinder- und Jugendarbeit

oder direkt an Eltern und Erziehende, die für die Idee einer früh beginnenden Suchtprävention sensibilisiert und gewonnen werden sollen.

Als universell-präventives Programm setzt „Kinder stark machen“ auf die Förderung von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. Dazu zählen beispielsweise das Erlernen von Frustrationstoleranz, Konflikt- und Teamfähigkeit, Durchsetzungsvermögen sowie Aufbau und Pflege sozialer Beziehungen. So werden im Verlauf der kindlichen Entwicklung Schutzfaktoren aufgebaut und gestärkt, die später in Gefährdungssituationen präventiv wirken können.

Kooperationen – bundesweit und vor Ort

Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für frühe Suchtvorbeugung unterstützt die BZgA den Aufbau und die strukturelle Verankerung von suchtpreventiven Aktivitäten in der Region und etabliert das Konzept der frühen suchtmittelunspezifischen Prävention als regulären Bestandteil der Aus- und Fortbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendarbeit von Sportverbänden und Vereinen. Darüber hinaus zielen die „Kinder stark machen“-Aktivitäten darauf ab, dass der Sportverein als Lernfeld und kommunaler Kooperationspartner für ein gesundheitsbewusstes Verhalten von Kindern anerkannt wird.

Diese Maßnahmen auf Landesverbands- und Vereinsebene werden durch langjährige Kooperationen mit wichtigen Dachverbänden des organisierten Sports ermöglicht. Auch 2014 arbeitete die BZgA mit den mitgliederstarken Sportverbänden Deutscher Olympischer Sport-Bund (DOSB), Deutsche Sportjugend (dsj), Deutscher Fußball-Bund (DFB), Deutscher Handballbund (DHB), Deutscher Turnerbund (DTB), Deutsche Turnerjugend (DTJ) und DJK-Sportverband (konfessioneller Bundesverband für Breiten- und Leistungssport) zusammen. Die Kooperationsvereinbarung mit dem DFB wurde aktuell im Herbst 2014 um weitere drei Jahre verlängert. Auch die Zusammenarbeit mit den anderen Sportverbänden wird 2015 fortgesetzt.

Schwerpunkte im Setting Sport

Die Qualifizierung weiterer Lehr- und Bildungsreferentinnen und -referenten in den Landesverbänden der Sportfachverbände und der Landessportjugenden zum Thema frühe Suchtprävention war 2014 eine der wichtigsten Maßnahmen. So konnten im Jahresverlauf über die bundesweit angebotenen Schulungen rund 3.700 Multiplikator(inn)en aus den Sportvereinen, die Verantwortung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen haben, geschult werden. Für 2015 wird angestrebt, die Zahl der Referentinnen und Referenten zu erhöhen, um damit die Anzahl der Schulungen und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch einmal zu steigern.

Die mit dem Deutschen Handballbund (DHB) für „Kinder stark machen“ bestehende Kooperation wurde um das Thema „verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ erweitert. Der DHB rief 2014 seine Vereine auf, sich am Projekt „Alkoholfrei Sport genießen“ zu beteiligen und Sportveranstaltungen unter dieses Motto zu stellen (erwartete Teilnehmerzahl bis zum Abschluss der Aktion im Frühjahr 2015: 300 Vereine). Das Projekt „Alkoholfrei Sport genießen“ wird auch vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) und dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) unterstützt und in 2015 aufgrund der sehr positiven Rückmeldungen aus den teilnehmenden Vereinen als Schwerpunkt der Zusammenarbeit breiter kommuniziert und ausgebaut. Zwischen 2012 und 2014 beteiligten sich bundesweit insgesamt rund 4.800 Sportvereine an der Aktion.

Im Rahmen der langjährigen Zusammenarbeit mit dem Deutschen Turnerbund wurden 2014 zwei Landeskinderturnfeste mit einem Rahmenprogramm unter dem Motto „Kinder stark machen“ begleitet und gemeinsam mit der Deutschen Turnerjugend eine „Kinderturnshow“ unter dem Motto „echt stark“ entwickelt. Das Programm dieser Kinderturnshow ist so konzipiert, dass Kinder mit und ohne Behinderung mitwirken können. In der Umsetzung werden anschaulich Schlüsselbegriffe wie Mut, Zusammenhalt, Vertrauen und Anerkennung spielerisch von Kindern

für Kinder vermittelt. Ein gemeinsam entwickeltes Handbuch ermöglicht es den Landesverbänden, Turnshows in Eigenregie mit Schulen und Vereinen aus der Region zu initiieren.

Die Einführung und Umsetzung eines Güte- und Qualitätssiegels unter dem Motto „Kinder stark machen“ steht im Mittelpunkt eines von der BZgA unterstützten Pilotprojektes. Ausrichter sind der Deutsche Handballbund und die DJK-Sportjugend. Sportvereine, die dieses Siegel erwerben wollen, verpflichten sich zur Teilnahme an einer Kurzschulung zum Thema frühe Suchtvorbeugung. Die Schulung informiert über den Präventionsansatz von „Kinder stark machen“ und gibt die Möglichkeit, Handlungsanleitungen für den Vereinsalltag zu erarbeiten.

Das Kooperationsprojekt mit dem DFB „Doppelpass 2020“ wurde 2014 fortgesetzt. Es ermöglicht der BZgA, rund 11.000 Fußballvereine und etwa 7.000 Schulen über ihre Angebote zur frühen Suchtvorbeugung zu informieren. Ein wichtiges Ziel dieses Projekts ist die Förderung der Zusammenarbeit von Schule und Verein. Die Fortsetzung für die nächsten beiden Schuljahre wurde im neu vereinbarten Kooperationsvertrag mit dem DFB festgeschrieben.

Serviceangebote und Veranstaltungen

Die stärkere Ausrichtung auf „Mitmach-Initiative“ soll die Grundidee von „Kinder stark machen“, nämlich dass Suchtprävention eine gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe ist, noch weiter verbreiten. All diejenigen, die mit der Erziehung von Kindern befasst sind, können mithelfen, diese stark zu machen – als Lehrkräfte, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen oder auch als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sportverein.

Die von der BZgA als Unterstützung für die regionalen Akteure geschaffenen Informationsangebote werden dazu in sogenannten „Aktionsboxen“ bereitgestellt. Diese sind auf lokale Veranstaltungsformate zugeschnitten und machen es den Multiplikator(inn)en leichter, die Präventionsbotschaften zu vermitteln. Die

Pakete werden vor allem von Vereinen und Schulen bestellt, sind kostenlos und zu den Themen „Kinder stark machen“, „Elternabend“ und „Alkoholfrei Sport genießen“ erhältlich. Auf diese Weise wird die Eigeninitiative zur Umsetzung von Präventionsprojekten auf lokaler Ebene unterstützt und gefördert.

2014 wurden diese Angebote insgesamt 3.400 Mal genutzt und damit rund 680.000 Multiplikator(inn)en, Eltern und Vereinsmitglieder erreicht.

Eine bundesweite Tour flankiert öffentlichkeitswirksam diese Maßnahmen und setzte 2014 mit der Teilnahme an 25 Sport- und Familienveranstaltungen präventive Akzente. Die Einbindung der kommunalen Präventionseinrichtungen ist ein wichtiges Merkmal dieses Veranstaltungskonzepts, das auf die erlebnisreiche Vermittlung der Präventionsbotschaften setzt und 2014 insgesamt rund 500.000 Besucherinnen und Besucher erreichte.

<http://www.kinderstarkmachen.de>

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

Im Rahmen der Kampagne „Kinder stark machen“, die sich vorrangig an vier- bis zwölfjährige Kinder richtet, werden insbesondere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die in Sportvereinen Verantwortung für Kinder tragen, angesprochen. Die BZgA bietet ihnen seit vielen Jahren ein Schulungsangebot, das praxisnah vermittelt, wie eine Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder und eine suchtpreventive Ausrichtung im Vereinsalltag aussehen kann. Ziel ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und zu befähigen, die Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit von Kindern zu fördern. Unter dem Motto „Alkoholfrei Sport genießen“ haben die BZgA und der DOSB mit Unterstützung des DFB die Aktion „Alkoholfrei Sport genießen“ gestartet. Seit 2011 haben Sportvereine in Deutschland die Möglichkeit, sich mit alkoholfreien Sportwochenenden, Turnieren oder anderen Veranstaltungen an der Aktion zu beteiligen. (Kern)



• »KLASSE2000« – STARK UND GESUND IN DER GRUNDSCHULE

Gesund, stark und selbstbewusst – so sollen Kinder aufwachsen, und dabei unterstützt sie Klasse2000, das in Deutschland am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung sowie Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule. Es hat seit 1991 über eine Million Kinder erreicht und wird bundesweit in 14,1 Prozent aller Grundschulklassen und in 21,8 Prozent aller Grundschulen durchgeführt.

Mit der Symbolfigur KLARO begleitet das Programm Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse und fördert zentrale Gesundheits- und Lebenskompetenzen:

- Gesund essen & trinken
- Bewegen & entspannen
- Sich selbst mögen & Freunde haben
- Probleme & Konflikte lösen
- Kritisch denken & Nein sagen, zum Beispiel zu Tabak und Alkohol.

Eine Besonderheit ist der Einsatz externer, speziell geschulter Klasse2000-Gesundheitsförderinnen und -förderer. Sie führen pro Schuljahr zwei bis drei neue Themen in den Unterricht ein, die die Lehrkräfte anhand ausgearbeiteter Unterrichtsvorschläge vertiefen, sodass pro Schuljahr insgesamt ca. 15 Klasse2000-Stunden stattfinden können. Die erforderlichen Materialien stellt Klasse2000 zur Verfügung. Insbesondere für jahrgangsgemischte, inklusive und Förderschulklassen gibt es Schülerhefte in verschiedenen Schwierigkeitsstufen.

Eine kontinuierliche Prozessevaluation ist die Basis für die laufende Weiterentwicklung des Programms. Sie zeigt die insgesamt hohe Zufriedenheit der Lehrkräfte: Auf einer fünfstufigen Skala (1 = sehr gut, 5 = mangelhaft) bewerten sie das Unterrichtskonzept mit 1,98 und die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfördererinnen und -förderern mit 1,53.

Die positive Wirkung von Klasse2000 auf den Substanzkonsum ist durch eine mehrjährige Evaluations-

TABELLE 04:
ANZAHL DER ERREICHTEN KLASSEN UND
PROZENTUALE BETEILIGUNG AN KLASSE2000

Bundesland	Anzahl der Klassen	% der erreichten Grundschulklassen im Bundesland
• Baden-Württemberg	3.233	17,2
• Bayern	2.435	12,3
• Berlin	428	9,5
• Brandenburg	196	5,5
• Bremen	96	9,3
• Hamburg	117	4,6
• Hessen	1.308	12,3
• Mecklenburg-Vorpommern	207	8,3
• Niedersachsen	2.844	19,5
• Nordrhein-Westfalen	4.631	16,8
• Rheinland-Pfalz	1.049	14,7
• Saarland	398	27,2
• Sachsen	393	6,4
• Sachsen-Anhalt	75	2
• Schleswig-Holstein	979	20,8
• Thüringen	258	7,9
Gesamt	18.647	14,1

studie des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) belegt. Sie verglich die Klasse2000-Kinder von der ersten bis zum Ende der siebten Klasse mit einer Kontrollgruppe:

- Ehemalige Klasse2000-Kinder hatten am Ende der siebten Klasse deutlich seltener schon einmal geraucht als die Jugendlichen der Kontrollgruppe (7,9 Prozent gegenüber 19,7 Prozent).
- Unter den Jugendlichen, die schon einmal heimlich Alkohol getrunken hatten, waren die Erfahrungen mit Rauschtrinken in der Klasse2000-Gruppe deutlich seltener (21,4 Prozent gegenüber 48,2 Prozent).

Weitere Informationen:

http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/downloads/evaluation/laengsschnittstudie-kurzfassung-2-nachbefragung.pdf

Die Wirkungen des Programms in den Bereichen Bewegung und Ernährung werden in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie der Universität Bielefeld untersucht (Erhebung: 2013–2015).

<http://www.klasse2000.de>



• »EIGENSTÄNDIG WERDEN«

„Eigenständig werden“ ist ein universelles Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention, das auf dem Lebenskompetenzansatz basiert. In Unterrichtseinheiten, die komplett ausgearbeitet in Manualform vorliegen und durch fortgebildete Lehrkräfte im Schulalltag umgesetzt werden, sollen Lebenskompetenzen wie Kommunikationsfertigkeiten und Stressmanagement gefördert und damit die Resistenz gegenüber dem Rauchen und dem frühzeitigen bzw. exzessiven Alkoholkonsum gestärkt werden. Zusätzlich zu der bereits seit 2001 angebotenen und positiv evaluierten Version „Eigenständig werden 1–4“ für Grundschulen erfolgte im Rahmen eines vierjährigen, von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsvorhabens eine Erweiterung auf die Klassenstufen 5 und 6.

Die Effektivität des Programms „Eigenständig werden 5+6“ wurde dabei in einer cluster-randomisierten Längsschnittstudie mit fünf Messzeitpunkten überprüft. Zu Beginn des fünften Schuljahres nahmen 45 Schulen mit 172 Klassen und 3.444 Schülerinnen und Schüler teil. Die Schülerinnen und Schüler waren im Durchschnitt 10,4 Jahre alt, knapp die Hälfte (47,9 Prozent) der Stichprobe waren Mädchen. Von der ursprünglichen Stichprobe konnten 2.490 Schülerinnen und Schüler

MIT DEM PRÄVENTIONS-PROGRAMM »EIGENSTÄNDIG WERDEN 5 + 6« LIEGT EIN MODERNES UNTERRICHTS-PROGRAMM VOR, DAS HINSICHTLICH AKZEPTANZ UND EFFEKTIVITÄT POSITIV EVALUIERT WORDEN IST.

TABELLE 05:
ENTWICKLUNG DES RAUCHVERHALTENS

Bundesland	Anzahl der Klassen	% der erreichten Grundschulklassen im Bundesland
Anfang 5. Klasse	2,7	3,9
Mitte 7. Klasse	16,0	20,2
Einstieg in das Rauchen		
Anfang 5. Klasse	0,0	0,0
Mitte 7. Klasse	13,7	17,1

(72,3 Prozent) zu Beginn des achten Schuljahres erneut befragt werden. Das Präventionsprogramm wurde von den durchführenden Lehrkräften insbesondere hinsichtlich Praktikabilität und angebotener Materialien sehr positiv bewertet. Die Untersuchung der Auswirkungen des Programms zeigte, dass „Eigenständig werden 5+6“ zu einem Ausbau an rauch- und alkoholbezogenem Wissen sowie zu einem Anstieg bzw. der Aufrechterhaltung einer kritischen Haltung gegenüber dem Substanzkonsum beitragen sowie dem Einstieg in den Zigarettenkonsum vorbeugen kann. Diese positiven Einflüsse von „Eigenständig werden 5+6“ fanden sich mehrheitlich nicht nur direkt nach der Durchführung, sondern auch noch 15 Monate nach Ende der Umsetzung des Präventionsprogramms.

Ergebnisse des Sechs-Monats-Follow-ups:

<http://www.bmjopen.bmj.com/content/4/1/e004422.full>

Kontakt und Informationen:

IFT-Nord gGmbH, Harmsstr. 2, 24114 Kiel,
Tel.: 0431 5702970, Fax: 0431 5702929,
E-Mail: ew@ift-nord.de

<http://www.eigenstaendigwerden.de>

1.2 KINDER AUS SUCHTBELASTETEN FAMILIEN

30.000 bis 60.000 Kinder haben Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Kinder aus suchtbelasteten Familien sind besonders gefährdet: So gilt eine elterliche Alkoholabhängigkeit als Risikofaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes. Vor allem im Hinblick auf die Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik werden Kinder aus suchtbelasteten Familien als Hochrisikogruppe betrachtet. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge ist ihr Risiko, später selbst ein Suchtverhalten zu entwickeln, zweieinhalb bis sechsmal so hoch wie bei anderen Kindern. Kinder aus suchtbelasteten Familien beginnen früher als nicht betroffene Gleichaltrige mit dem Alkoholkonsum, machen früher erste Rauscherfahrungen und geben sich häufiger dem Rauschtrinken hin. Vielen Betroffenen fällt es schwer, Hilfe zu suchen, weil eine Suchterkrankung noch immer stigmatisiert wird. Kinder aus suchtbelasteten Familien erhalten deshalb oft keine adäquate Hilfe und Unterstützung von außen.

1.2.1 PROJEKT »TRAMPOLIN«

Bei dem Präventionsprogramm Trampolin handelt es sich um ein Gruppenprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Es wurde von 2008 bis Ende 2012 im Forschungsverbund zwischen dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen als Modellprojekt entwickelt und durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Siehe auch unter Punkt 2.1.1.3

1.3 PRÄVENTION FÜR JUGENDLICHE UND JUGENDSCHUTZ

Schulische Suchtprävention durch Lebenskompetenzstärkung

Schwerpunkt der schulischen Sucht- und Drogenprävention ist die Stärkung von Lebenskompetenzen. Sie steht in direktem Bezug zu § 1 Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule).

Zur inhaltlichen Unterstützung wurden für Kindertageseinrichtungen, die Kindertagespflege und Schulen vom SMK in Kooperation mit dem SMI und SMS durch die Landesarbeitsstelle Schule und Jugendhilfe Sachsen e.V. unter anderem drei Online-Lernportale zur frühkindlichen und schulischen Gesundheitsförderung und Prävention eingerichtet.

„Junge Sachsen genießen“

(Ernährungs- und Verbraucherbildung)

<http://www.lernportal-sachsen-geniessen.de>

„Junge Sachsen in Bewegung“

(Bewegung, Sport und Spiel)

<http://www.lernportal-sachsen-bewegung.de>

„Junge Sachsen fit fürs Leben“

(Suchtprävention, Gewaltprävention, Soziales Lernen, Medienbildung, Physisches/Psychisches Wohlbefinden, Sexuelle Gesundheit)

<http://www.lernportal-sachsen-lebenskompetenz.de>

Basis aller Portale sind ganzheitliche und institutionsübergreifende Curricula, welche den Altersbereich von drei bis 18 Jahren (Bewegung, Spiel und Sport: 0 bis 18 Jahre) umfassen. Diese eigens für Sachsen konzipierten Curricula wurden durch die LSJ Sachsen e.V. entwickelt und durch das Sächsische Kultusministerium legitimiert. Erstmals wurde das Handlungsfeld Lebenskompetenz für den Altersbereich von drei bis 18 Jahren

strukturiert, in Form eines Lernportals aufbereitet und Ende des Jahres 2013 im Internet freigeschaltet.

Im Sinne eines roten Fadens oder Grundgerüsts ermöglichen die sächsischen Curricula für Lebenskompetenz, für Bewegung, Spiel und Sport sowie für Ernährungs- und Verbraucherbildung die systematische und transparente Einordnung und Bearbeitung von Themen und Inhalten.

Die Portale liefern Kindertageseinrichtungen, der Kindertagespflege und Schulen systematisierte Informationen für ihre programmatische Arbeit zum Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Damit werden sächsische und für Sachsen relevante bundesweite Angebote und Projekte, Kooperationspartner und Materialien nach Themenfeldern, Altersstufen und Lernzielen (Lebenskompetenz: Kompetenzstufen) aufbereitet zur Verfügung gestellt. Die Lernportale richten sich an Pädagoginnen und Pädagogen, Eltern sowie Jugendhilfe, Krankenkassen, Projektanbieter und Interessierte.

Alle drei Portale unterstützen die schulische Lebenskompetenzförderung, insbesondere das Themenfeld „Suchtprävention“ im Portal „Junge Sachsen fit fürs Leben“.

Das Themenfeld Suchtprävention beinhaltet:

- Prävention von stoffgebundenem Missbrauch – legale Drogen
- Prävention von stoffgebundenem Missbrauch – illegale Drogen
- Prävention von stoffungebundenem Missbrauch

Der Einstieg in das Themenfeld Suchtprävention führt zu den Kompetenzen als Lernziele. Dabei wird man über die mögliche Betrachtung von Inhaltsbereichen zu den allgemeinen Bildungszielen (pdf) geleitet. Die Bildungsziele der Suchtprävention wurden im Portal in drei Kompetenzstufen mit Kompetenzen als Lernziele unterteilt. Auf jeder der drei Kompetenzstufen werden Lernziele für Kinder und Jugendliche beschrieben, die

komplexe Kompetenzen fassbar machen. Die Beschreibung der in jeder Stufe angestrebten Kompetenzen gibt einen Orientierungsrahmen dazu, welche Angebotsinhalte für ein bestimmtes Kind oder eine bestimmte Schülergruppe sinnvoll sind.

Das Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflege und Schulen anlässlich der KMK-Empfehlung „Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ vom 15. November 2012, vorgelegt von SMK in Kooperation mit SMS und SMI am 25. Juni 2013, legt hierfür grundlegende Inhalte, Umsetzungsschwerpunkte und Zuständigkeiten dar.

Quellen und Links:

- <http://www.lsj-lernportale.de>
- <http://www.lernportal-sachsen-geniessen.de>
- <http://www.lernportal-sachsen-bewegung.de>
- <http://www.lernportal-sachsen-lebenskompetenz.de>



1.3.1 »JUGENDSCHUTZGESETZ – VERBESSERUNG DES GESETZLICHEN VOLLZUGS«

Der Bundesregierung ist der Schutz von Kindern und Jugendlichen ein zentrales Anliegen. Denn diese Altersgruppe braucht Unterstützung, um sich zu eigenverantwortlichen Persönlichkeiten entwickeln zu können. Der Kinder- und Jugendschutz genießt sowohl aufgrund des verfassungsrechtlich geregelten elterlichen Erziehungsrechts (Artikel 6 Absatz 2 Satz 1 GG) als auch aufgrund des Rechts der Kinder auf Entfaltung ihrer Persönlichkeit (Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 1 GG) Verfassungsrang.

Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sieht das Jugendschutzgesetz klare Regelungen vor. Wichtig ist, dass diese gesetzlichen Regelungen eingehalten und konsequent umgesetzt werden.

- Zur Einhaltung der gesetzlichen Regelungen hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unter dem Motto „Jugendschutz konsequent umsetzen“ einen Film sowie einen Flyer mit praktischen Tipps und Anregungen herausgegeben, die für Schulungszwecke insbesondere der Beschäftigten in Einzelhandel, Gastronomie und Tankstellengewerbe eingesetzt werden können.
- Darüber hinaus hat das BMFSFJ das Internet-Portal www.jugendschutzaktiv.de eingerichtet, das Gewerbetreibende und Veranstalter, aber auch Eltern und Erziehende sowie alle Interessierten über die gesetzlichen Bestimmungen zum Jugendschutzgesetz informiert.
- Die Aktion „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“, die das BMFSFJ zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ), dem Handelsverband Deutschland – Der Einzelhandel e.V. (HDE), dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e.V. (DEHOGA) und dem Bundesverband Tankstellen und Gewerbliche Autowäsche Deutsch-

land e.V. (BTG) durchführt, sensibilisiert mit Plakaten, Flyern und Aufklebern für die Einhaltung der Jugendschutzvorschriften.

- Neben der Broschüre „Jugendschutzgesetz und Jugendmedienschutz-Staatsvertrag der Länder“ hat das BMFSFJ im Jahr 2014 die Broschüre „Jugendschutz – verständlich erklärt“ herausgegeben, in der die wichtigsten Jugendschutzthemen übersichtlich gegliedert, verständlich und systematisch aufbereitet sind.
- Zur gezielten Präventionsarbeit im Rahmen des Glücksspiels führt das BMFSFJ die Initiative „Glücksspiel: Nix für Jugendliche“ durch. Ein Flyer mit einem abtrennbaren Aufkleber unterstützt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gastronomischen Betrieben bei der aktiven und wirksamen Umsetzung der jugendschutzrechtlichen Vorgaben in diesem Bereich.

1.3.2 JUGENDFILMTAGE »NIKOTIN UND ALKOHOL – ALLTAGSDROGEN IM VISIER«

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 2005 die Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ durch. Im Jahr 2014 wurden mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) bundesweit 14 zweitägige Veranstaltungen angeboten und rund 9.400 Schülerinnen und Schüler sowie 600 Lehrkräfte erreicht. Ziel der Jugendfilmtage ist es, Schülerinnen





SEIT DER PILOTPHASE 2003 WURDEN MIT DEN JUGENDFILMTAGEN »NIKOTIN UND ALKOHOL-ALLTAGSDROGEN IM VISIER« MEHR ALS 149.000 PERSONEN ERREICHT, DAVON CA. 140.000 SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER UND CA. 9.000 LEHRKRÄFTE

und Schüler mit jugendgerechten, themenbezogenen Spielfilmen und attraktiven Mitmach-Aktionen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum anzuregen. Die Lehrerinnen und Lehrer werden vor der Veranstaltung in einem Workshop oder einem „Lehrkräfte-Service“ vorbereitet, um die Themen im Unterricht vor- und nachzubereiten. Für den themenbezogenen Austausch während der zweitägigen Veranstaltungen werden zudem „Lehrkräfte-Cafés“ in den Kinos angeboten.

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

Im Jahr 2014 entwickelte die BZgA in Kooperation mit Länderkoordinatoren für Suchtprävention sowie kommunalen Akteuren ein Verstetigungskonzept für die Jugendfilmtage. Mittelfristiges Ziel des Verstetigungsprozesses ist die eigenständige Organisation und

Durchführung von Jugendfilmtagen durch Länder und Kommunen.

www.rauch-frei.info/events/jugendfilmtage.html



1.3.3 »KLARSICHT« – MITMACH-PARCOURS ZU TABAK UND ALKOHOL

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

Im Jahr 2014 fanden mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) bundesweit 26 Einsätze des „KlarSicht“-Mitmach-Parcours in Schulen statt. Insgesamt 6.850 Schülerinnen und Schüler und 333 pädagogische Begleitpersonen und Lehrkräfte konnten mit dem Angebot erreicht werden.

Mitmach-Parcours sind stets Kooperationsprojekte, bei denen die BZgA und örtliche Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheitswesen oder Jugendbildung zusammenarbeiten. Ziel ist es, regionale Strukturen zu stärken, die Vernetzung vor Ort zu unterstützen und damit auch die Verzahnung der langfristigen Präventionsarbeit zu sichern.

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

<http://www.klarsicht.bzga.de>

1.3.4 SCHÜLER- UND LEHRER-BEFragung »SCHULBUS«

Bundesweit existieren Prävalenzstudien, die einen guten bevölkerungsbezogenen Überblick über den Substanzkonsum verschaffen. Sie geben jedoch keinen Aufschluss über die drogenkonsumrelevanten Prozesse in der Region. Das BMG förderte daher zwei Projekte für ein lokal einsetzbares Datenerhebungsverfahren mit Tablet-PCs.

Ziel des vom Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. initiierten Vorhabens war die Entwicklung, Erprobung und

Bereitstellung eines empiriegestützten Planungs-, Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumentes für regionale suchtpreventive Maßnahmen. Ausgangspunkt war die bereits seit 2004 bestehende Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln – SCHULBUS – in Hamburg. Sie wurde auf moderne technische Standards (Tablet-PC-gestützte Datenerfassung) umgestellt. Zusätzlich wurde ein allgemein anwendbares Stichprobendesign für kommunale Erhebungen entwickelt und in drei weiteren Regionen erprobt. Insgesamt konnten mehr als 5.000 Schülerinnen und Schüler sowie etwa 500 Lehrkräfte an den beteiligten allgemein- und berufsbildenden Schulen befragt werden.

Der entwickelte Fragebogen und sein Einsatz in der Tablet-PC-gestützten Version hat sich sowohl inhaltlich als auch technisch gut bewährt, zum Beispiel aufgrund der antwortabhängigen Filterfragenführung, der unmittelbaren Hinweis- und Korrekturmöglichkeit sich widersprechender Antworten und des Wegfalls der aufwendigen und häufig mit Fehlern behafteten Datenübertragung vom Papier auf das elektronische EDV-System.

Das entwickelte Erhebungsinstrument ist sowohl methodisch als auch inhaltlich sehr gut dafür geeignet, mit vergleichsweise geringem Aufwand die relevanten Informationen zum Ausmaß des suchtfährdenden Verhaltens von Jugendlichen in der Region zu erfassen und so die empiriegestützte Grundlage für die Konzeption und Umsetzung standortspezifischer Präventionsmaßnahmen zu schaffen. Deutsche Städte und Kommunen können sich an das Forscherteam des Hamburger Büros für Suchtprävention wenden und die Durchführung entsprechender Regionalerhebungen beantragen. Dass daran Interesse besteht, zeigt die bereits im Verlauf des Projektes entstandene Kooperation mit der Stadt Frankfurt, der die Tablet-PCs erstmalig ausgeliehen wurden. So könnte diese Erhebungsform zukünftig in weiteren Städten und Regionen eingesetzt werden, um konkrete Daten ermitteln zu können.

Das Vorhaben der Universität Frankfurt am Main, Centre for Drug Research, bestand in einer Modifikation der Datenerhebung des seit 2002 bestehenden, extern finanzierten Forschungsprojekts zur Drogentrendforschung, Monitoringsystem „MoSyD“ für Frankfurt am Main. Auch hier konnte durch den Einsatz von Tablet-PCs beim SCHULBUS-Vorhaben anstelle der bisher verwendeten Papierfragebögen die Datenqualität und Vergleichbarkeit der in diesem Rahmen jährlich durchgeführten repräsentativen Schülerbefragung wesentlich verbessert werden.

1.4 JUNGE ERWACHSENE

Suchtprävention hat sich in der Vergangenheit sehr stark auf Jugendliche ausgerichtet. Ziel war es, den Einstieg in den Tabak- oder Alkoholkonsum möglichst zu verhindern bzw. das Alter des Erstkonsums zu erhöhen. Diese Zielsetzung war richtig, da beispielsweise beim Tabakkonsum eindeutig belegt ist, dass ein Einstieg in den Konsum nicht in höherem Lebensalter erfolgt. Wer also bis zum Erwachsenenalter zu den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern zählt, wird auch später mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit dem Rauchen beginnen. Vor allem beim Tabakkonsum, aber auch beim Rauschtrinken konnten in den vergangenen Jahren in der Altersgruppe der Jugendlichen deutliche Erfolge verzeichnet werden.

Anders sieht dies in der Gruppe der jungen Erwachsenen aus. Beim Alkoholkonsum junger Menschen im Alter von 18 bis 25 Jahren zeichnen sich in den letzten Jahren keine einschneidenden Veränderungen ab. Zwar deutet sich langfristig ein langsamer Rückgang in der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums an, die sich im Zeitraum von 2004 bis 2012, also innerhalb von acht Jahren, bei 18- bis 25-jährigen Männern um vier und bei 18- bis 25-jährigen Frauen um neun Prozentpunkte verringert hat. Aber die Frage, ob in den vergangenen 30 Tagen Alkohol getrunken wurde oder nicht, ist bei Erwachsenen aus gesundheitlicher Sicht nicht so sehr entscheidend. Wichtiger ist die Verbreitung des

Konsums gesundheitlich riskanter Alkoholmengen und die des Rauschtrinkens. Hier gibt es keine Veränderungen – bis auf zwei Ausnahmen, die in unterschiedliche Richtungen weisen: Der Konsum gesundheitlich riskanter Mengen ist bei 18- bis 21-jährigen Männern im Vergleich zu 2008 zurückgegangen, während das häufige Rauschtrinken bei Frauen dieser Altersgruppe von 2010 zu 2012 angestiegen ist.

Den Tabakkonsum betreffend befindet sich die Raucherquote bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen auf einem historischen Tiefstand, während die Zahl derjenigen, die in dieser Altersgruppe nie geraucht haben, weiter steigt. Die Erfolge in der Altersgruppe der jüngeren Erwachsenen sind dagegen nicht ganz so ausgeprägt, hier sinkt die Raucherquote nur langsam. Vor diesem Hintergrund hat das BMG verschiedene Projekte für die Zielgruppe der jungen Erwachsenen entwickelt. Dabei stehen auf der einen Seite Studierende (siehe B 1.4.2), auf der anderen Seite Auszubildende (siehe B 1.4.1, 1.5, 1.6.3) im Fokus.

1.4.1 ALKOHOL UND DROGEN ALS RISIKOFAKTOREN FÜR EINEN ERFOLGREICHEN AUSBILDUNGSABSCHLUSS

Der Zusammenhang zwischen Ausbildungserfolg und Substanzkonsum wird mittels einer Beobachtungsstudie durch das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) untersucht. Erhoben werden Daten von Auszubildenden zu Beginn der Ausbildung und 18 Monate später nach der Zwischen- bzw. Gesellenprüfung Teil 1 in sieben Bundesländern. Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsvorhabens ist es, zu untersuchen, wie verbreitet der Substanzkonsum unter Auszubildenden ist und ob dieser Konsum einen Einfluss auf den Ausbildungserfolg hat. Neben Merkmalen von Person und Ausbildung werden Häufigkeit und problematischer Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamenten erfasst.

Die Eingangserhebung erfolgte im Herbst 2012. Insgesamt nahmen 5.688 Auszubildende aus 49 berufsbildenden Schulen und 329 Klassen teil. Die Geschlechterverteilung variierte in Abhängigkeit des Berufsfeldes. Die Gesamtstichprobe 54 Prozent männliche und 46 Prozent weibliche Auszubildende eingeschlossen. Das mittlere Alter lag bei 19,4 Jahren (SD: 3,9 Jahre; Range: 15 bis 55 Jahre) bei einem Anteil von 33 Prozent Minderjährigen. 21,6 Prozent hatten einen Migrationshintergrund, 68,6 Prozent hatten mindestens einen mittleren Schulabschluss. Ein problematischer Substanzkonsum war zu Ausbildungsbeginn weit verbreitet: So rauchten 40,7 Prozent täglich, 45,0 Prozent zeigten riskanten Alkoholkonsum, 3,6 Prozent abhängigen Cannabiskonsum und 10,2 Prozent auffälligen Medikamentenkonsum. Täglicher Tabakkonsum sowie problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum fanden sich häufiger bei männlichen Auszubildenden, auffälliger Medikamentenkonsum hingegen häufiger bei Frauen. In den höheren Altersgruppen war täglicher Tabakkonsum stärker verbreitet als bei jüngeren Auszubildenden, umgekehrt verhielt es sich beim problematischen Alkoholkonsum. Tägliches Rauchen und auffälliger Medikamentenkonsum fanden sich am häufigsten bei personenbezogenen Dienstleistungsberufen, problematischer Alkoholkonsum am häufigsten bei gewerblich-technischen Ausbildungsberufen. Zusammenhänge zwischen Berufsfeld und problematischem Substanzkonsum blieben allerdings bei Berücksichtigung aller Einflussfaktoren nur für den Tabakkonsum bestehen.

BEI DEN 18- BIS 21-JÄHRIGEN MÄNNERN IST DER RISKANTE KONSUM VON ALKOHOL IM VERGLEICH ZU 2008 ZURÜCKGEGANGEN.

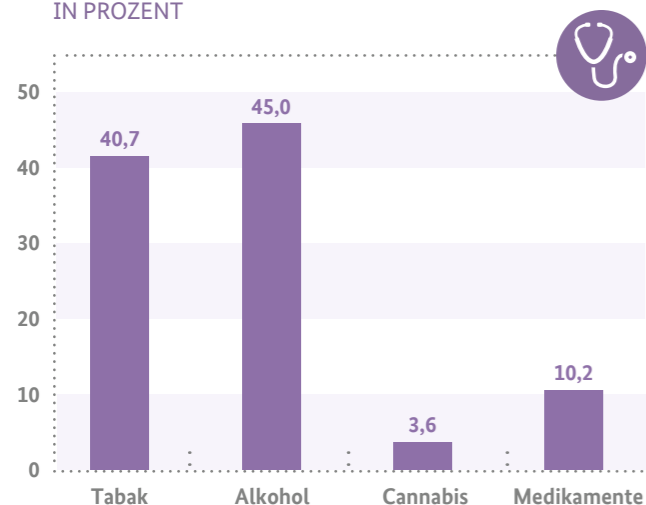
Laufzeit: 1. April 2012 bis 31. März 2015

Der Zusammenhang zwischen Ausbildungserfolg und Substanzkonsum wird mittels einer Beobachtungsstudie durch das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) untersucht. Erhoben werden Daten von Auszubildenden zu Beginn der Ausbildung und 18 Monate später nach der Zwischen- bzw. Gesellenprüfung Teil 1 in sieben Bundesländern. Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsvorhabens ist es, zu untersuchen, wie verbreitet der Substanzkonsum unter Auszubildenden

TABELLE 06:
SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER STICHPROBE

Problematischer Substanzkonsum	N	%
Gesamt	5.688	100%
Geschlecht		
• Männlich	3.069	54,1
• Weiblich	2.601	45,9
Alter		
• <18 Jahre	1.905	33,5
• 18–21 Jahre	2.706	47,6
• 18–21 Jahre	1.072	18,9
Migrationshintergrund		
• Nein	4.451	78,4
• Ja	1.227	21,6
Schulabschluss		
• Hauptschule	1.772	31,4
• Mittlere Reife	2.618	46,4
• FHR/Abitur	1.255	22,2
Berufsfeld		
• 18–21 Jahre	1.680	29,5
• 18–21 Jahre	1.654	29,1
• 18–21 Jahre	1.667	29,3
• 18–21 Jahre	687	12,1

ABBILDUNG 15:
PROBLEMATISCHER SUBSTANZKONSUM
IN PROZENT



ist und ob dieser Konsum einen Einfluss auf den Ausbildungserfolg hat. Neben Merkmalen von Person und Ausbildung werden Häufigkeit und problematischer Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamenten erfasst.

Die Eingangserhebung erfolgte im Herbst 2012. Insgesamt nahmen 5.688 Auszubildende aus 49 berufsbildenden Schulen und 329 Klassen teil. Die Geschlechterverteilung variierte in Abhängigkeit des Berufsfeldes, in die Gesamtstichprobe waren 54 Prozent männliche und 46 Prozent weibliche Auszubildende eingeschlossen. Das mittlere Alter lag bei 19,4 Jahren (SD: 3,9 Jahre; Range: 15 bis 55 Jahre) bei einem Anteil von 33 Prozent Minderjährigen. 21,6 Prozent hatten einen Migrationshintergrund, 68,6 Prozent hatten mindestens einen mittleren Schulabschluss. Ein problematischer Substanzkonsum war zu Ausbildungsbeginn weit verbreitet: So rauchten 40,7 Prozent täglich, 45,0 Prozent zeigten riskanten Alkoholkonsum, 3,6 Prozent abhängigen Cannabiskonsum und 10,2 Prozent auffälligen Medikamentenkonsum. Täglicher Tabakkonsum sowie problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum fand sich häufiger bei männlichen

Auszubildenden, auffälliger Medikamentenkonsum hingegen häufiger bei Frauen. In den höheren Altersgruppen war täglicher Tabakkonsum stärker verbreitet als bei jüngeren Auszubildenden, umgekehrt verhielt es sich beim problematischen Alkoholkonsum. Tägliches Rauchen und auffälliger Medikamentenkonsum fanden sich am häufigsten bei personenbezogenen Dienstleistungsberufen, problematischer Alkoholkonsum am häufigsten bei gewerblich-technischen Ausbildungsberufen. Zusammenhänge zwischen Berufsfeld und problematischem Substanzkonsum blieben allerdings bei gegenseitiger Berücksichtigung aller Einflussfaktoren nur für den Tabakkonsum bestehen.

<http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1382043>
[DOI:10.1055/s-0034-1382043]

**DER KONSUM VON
TABAK, ALKOHOL,
CANNABIS UND
MEDIKAMENTEN
IST UNTER AUSZU-
BILDENDEN WEIT
VERBREITET.**

1.4.2 PRÄVENTION DES SUBSTANZKONSUMS BEI STUDIERENDEN

Schulische Präventionsarbeit kann bereits auf eine langjährige Erfahrung zurückblicken. Weitaus weniger Gesundheitsförderung und Prävention findet bislang in Hochschulen statt. Eine vom BMG geförderte Studie zu „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden“ in 2010 untersuchte den Präventionsbedarf genauer. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass empfundene Belastungen durch Leistungsstress eng mit dem Substanzkonsum (Alkohol, Cannabis, Tabak) verbunden sind. Darauf aufbauend fördert das BMG seit Sommer 2013 drei Projekte, in denen neue Ansätze der Prävention bei bereits riskant konsumierenden Studierenden entwickelt wurden:

1. Prävention von riskantem Substanzkonsum unter Studierenden – delphi GmbH (Berlin)

Im Rahmen des Modellprojekts www.dein-masterplan.de werden Maßnahmen der selektiven Prävention für Studierende konzipiert, bereitgestellt und evaluiert. Ziel dabei ist es, Studierende, die riskante oder schädliche Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol, Tabak, Cannabis oder Medikamenten zeigen, zu einer reflektierten Einstellung bzw. zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. In das Maßnahmenbündel einbezogen wird auch die problematische Nutzung von Online-Angeboten sowie Computer- und Glücksspielen.

Alle Maßnahmen der Prävention wurden internetbasiert realisiert. Hierbei wurden zum einen bereits etablierte und evaluierte Inhalte und Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA eingebunden. Ergänzend hierzu wurden zum anderen für die Zielgruppe der Studierenden spezifische Interventionsmodule (zum Beispiel Angebote zur Prävention psychischer Belastungen) konzipiert und in die Website integriert.

Das internetbasierte Präventionsangebot für Studierende ist seit Mitte Januar 2014 online verfügbar.

Insgesamt verzeichnete die Website im Jahr 2014 mehr als 10.000 (eindeutige) Besuche.

Zum Modellvorhaben gehört auch die Erprobung unterschiedlicher Zugänge zu den Präventionsmaßnahmen. So wurde zum einen im Rahmen eines systematischen Gesundheitsmonitorings (Uni Hildesheim) auf das Präventionsportal hingewiesen. Zum anderen wurden Studierende mittels Werbemaßnahmen auf die Website aufmerksam gemacht.

Entsprechend dem modellhaften Charakter des Projektes wird der gesamte Prozess der Bewerbung und Implementierung der Intervention im Rahmen einer Prozessevaluation untersucht. Die Ergebnisevaluation fokussiert (1.) die Werbemaßnahmen, (2.) die Zugangswege zum Internetportal sowie (3.) die verfügbaren Interventionen. Mit der Kombination einer Prozess- und Ergebnisevaluation lassen sich Hinweise für die erfolgreiche Implementierung des Präventionsangebotes an weiteren Hochschulen ableiten. Das Projekt wird am 30.06.2015 abgeschlossen sein. Die Evaluationsergebnisse werden spätestens bis zum 31.07.2015 vorliegen.

2. INSIST Internetbasierte Soziale Normen Intervention zur Prävention von Substanzkonsum bei Studierenden – Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH (Bremen)

In diesem Projekt werden Studierende von acht Hochschulen in Deutschland durch eine Rückmeldung über den tatsächlichen, oftmals überschätzten Suchtmittel- bzw. Drogenkonsum ihrer eigenen Peergruppe aufgeklärt (sogenannter Soziale-Normen-Ansatz). 4.569 Studierende machten Angaben zum persönlichen und zum geschätzten Peerkonsum, die in vier der acht Hochschulen zur Entwicklung eines webbasierten geschlechtsspezifischen Feedbacks genutzt wurden. Dabei werden Diskrepanzen zwischen Einschätzungen des Peerkonsums und dem tatsächlichen Substanzkonsum verdeutlicht. Dies soll zu einer Reduktion von Substanzkonsum führen, was mittels der clusterrando-

misierten kontrollierten Studie untersucht wird. Im Anschluss an eine Folgerhebung erhielten Studierende der Kontrollhochschulen ebenfalls Zugang zu der Intervention.

Die Erhebungen sind bereits abgeschlossen, die Veröffentlichung der Ergebnisse ist ab Juli 2015 geplant.

<http://www.ispi-studie.de/home.html>

3. Online-Prävention substanzbezogener Störungen – Hochschule Esslingen (Esslingen)

Ziel des Projektes ist es, ein US-amerikanisches Online-Programm zur Prävention riskanten Alkoholkonsums bei Studierenden (eCHECKUP TO GO) auf die Bedingungen im deutschsprachigen Raum anzupassen, die deutsche Version des Programms an einer Hochschule zu implementieren und auf seine Wirksamkeit zu überprüfen. Dabei spielt die Partizipation von Studierenden sowohl im Adaptationsprozess als auch bei der Verankerung im Setting Hochschule eine herausragende Rolle.

Das US-amerikanische Programm eCHECKUP TO GO wird seit mehr als zehn Jahren an über 600 amerikanischen Hochschulen eingesetzt und ist vielfach mit ermutigenden Ergebnissen evaluiert worden. Der Adaptationsprozess für die deutsche Version erfolgte in studentischen Fokusgruppen an vier Hochschulen, die unterschiedliche Hochschultypen repräsentierten. Die Ergebnisse der Fokusgruppenarbeit zeigten erheblichen Anpassungsbedarf des Programms an die Lebenswelten von Studierenden in Deutschland.

Die entwickelte deutsche Programmversion wurde im Zeitraum von April bis November 2014 in drei Erhebungswellen mittels einer randomisierten kontrollierten Studie auf ihre Wirksamkeit untersucht. Die erhobenen Daten werden gegenwärtig für die Analyse aufbereitet, sodass erste Ergebnisse im zweiten Quartal 2015 vorliegen werden.

Begleitend – und im Sinne der Verankerung im Setting – werden an der Hochschule Esslingen Peer-Beraterinnen und -berater ausgebildet. Die Qualifizierung erfolgt in umfassenden Kursen, die in den Studienprogrammen der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege eingebettet sind. Die Peerberaterinnen und Berater entwickeln alkoholpräventive Ansätze, die auf dem Campus als „Sensibilisierungs-Aktionen“ umgesetzt werden. Bei diesen Aktionen spielen einzelne Elemente der deutschen Version von eCHECKUP TO GO eine zentrale Rolle, mit dem Ziel, die Bekanntheit und Akzeptanz des Programms zu erhöhen. Eine Befragung von Studierenden zur Akzeptanz dieser Aktionen ist für den Sommer 2015 vorgesehen.

In dem geplanten Disseminationskonzept wird die Übertragbarkeit der vorliegenden Erfahrungen auf andere Hochschulen überprüft und Verbreitungsstrategien werden entwickelt.

<http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/forschung/projekte/laufende-projekte/echug-d.html>

1.5 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER SUCHTPRÄVENTION

• »Expertise zur Suchtprävention«

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

Das Fachportal „PrevNet“ besteht seit 2004 und wird von der BZgA und den Landeskoordinierungsstellen der Suchtprävention aus derzeit 14 Bundesländern betrieben. Das Portal bündelt Informationen über Einrichtungen und Akteure, Veranstaltungen, Projekte, Studien und Materialien in der Suchtprävention. Hierfür werden bestehende regionale Netzwerke genutzt und Maßnahmen der Suchtprävention von Bund und Ländern miteinander vernetzt. Das Portal wird laufend aktualisiert und bietet den Nutzerinnen und Nutzern vielfältige Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten. Die Nutzung ist auch im Jahr 2014 weiter gestiegen. Derzeit sind mehr als 1.000 Einrichtungen und rund 1.600 Mitglieder registriert.

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

Im Jahr 2012 wurden insgesamt mehr als 33.000 suchtpreventive Maßnahmen, Projekte und Programme in „Dot.sys“ dokumentiert. 58 Prozent dieser Maßnahmen dienten der universellen Prävention, 17 Prozent der indizierten und 14 Prozent der selektiven Prävention. 58 Prozent der dokumentierten Maßnahmen waren an Endadressatinnen und adressaten gerichtet, 39 Prozent an Multiplikator(inn)en.

Mit 47 Prozent der dokumentierten Maßnahmen wurden – wie in den Vorjahren – die meisten Projekte in Schulen durchgeführt. 59 Prozent der Maßnahmen widmeten sich einzelnen Substanzen, wobei die meisten der Alkoholprävention (81 Prozent) dienten,

gefolgt von der Cannabis- (47 Prozent) und der Tabakprävention (34 Prozent). Seit 2006 stellt „Dot.sys“ eine wichtige Basis für die Präventionsberichterstattung auf nationaler und internationaler Ebene dar.

<http://www.bzga.de>

<http://www.prevnet.de>

<http://www.dotsys-online.de>

1.6 BETRIEBLICHE SUCHTPRÄVENTION

Der Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen hat neben den individuellen Gesundheitsfolgen auch negative Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Vermehrte Fehlzeiten, eine verringerte Leistungsfähigkeit und die Gefährdung der Arbeitssicherheit sind die Folge.

Deshalb förderte die Bundesregierung im Rahmen der betrieblichen Gesundheits- und Suchtprävention im Februar 2014 die Fachtagung „Fallmanagement bei substanzbezogenen Störungen in Klein- und Kleinstbetrieben“, bei der Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Betrieben, Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung, der Selbsthilfe, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzten sowie Leistungsträgern aufgezeigt wurden. Um eine nachhaltige Verwertung der Ergebnisse zu ermöglichen, wurde von dem Projektnehmer die Broschüre mit dem Titel „Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben – ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte“ mit einer Auflagenhöhe von 34.000 Exemplaren entwickelt.

Als weiteres Projekt fördert das BMG seit 2012 eine Studie zur Erforschung von suchtmittelbezogenen Problemen in der Ausbildung. Das Projekt wird voraussichtlich 2015 abgeschlossen.

1.6.1 AKTIVITÄTEN DER DEUTSCHEN HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN

Das Thema „Betriebliche Suchtprävention und -hilfe“ bildete auch im Jahr 2014 einen Schwerpunkt der DHS. Im Rahmen dieses Schwerpunktthemas wurden vor allem die Informationsangebote weiterentwickelt und ihre Verbreitung ausgeweitet. Für verschiedene Personengruppen in Unternehmen und Behörden gibt die DHS maßgeschneiderte Printmaterialien heraus, zum Beispiel Leitfäden für Führungskräfte für den Umgang mit Betroffenen oder an Mitarbeitende gerichtete Informationen über Risiken des Suchtmittelkonsums am Arbeitsplatz. Eine zentrale Informationsquelle ist das Internetportal www.sucht-am-arbeitsplatz.de.

Es bietet einen umfassenden Überblick über den Themenkomplex „Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe“ für Verantwortliche in Unternehmen, Führungskräfte und Personalverantwortliche, Mitarbeitervertretungen, Suchtbeauftragte, betriebliche Suchtkrankenhelferinnen und -helfer, Beschäftigte und auch Betroffene selbst sowie deren Kolleginnen und Kollegen. Für alle Interessierten hält die Internetseite Informationsmaterialien, Handlungshilfen und Leitfäden bereit, die Unterstützung in diesem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung suchen.

Zudem bündelt die Seite zahlreiche Adressen von Beratungsstellen, Einrichtungen sowie auch Netzwerken und Institutionen, die mit dem Thema befasst sind. Das Portal wurde in 2014 kontinuierlich weiterentwickelt und um neue Inhalte ergänzt, wie etwa den Seitenbereich „Psychische Gesundheit“ in Bezug zur „Betrieblichen Suchtvorbeugung“. Das starke Interesse an der Seite zeigt sich auch in den steigenden Besucherzahlen und Seitenaufrufen.

1.6.2 »PREV@WORK«

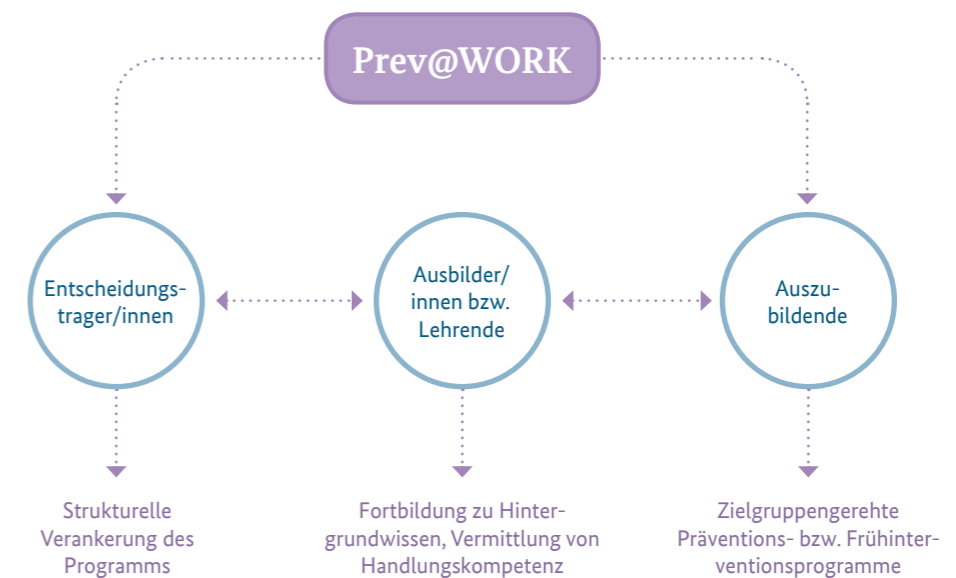
Die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen zeigt den höchsten und intensivsten Suchtmittelgebrauch – auch problematische Konsummuster sind hier am weitesten verbreitet (Quelle: JDH-Studie – Jugend, Drogen, Hintergründe, Berlin 2014). Dabei sind Folgekosten von riskantem Konsum und Ausbildungsabbrüche nicht zu vernachlässigen, auch angesichts der demografischen Entwicklung. Suchtmittelkonsum in der Ausbildung stellt jedoch weiterhin ein kaum beachtetes Problem dar.

Prev@WORK als ganzheitliches Programm hat das Ziel, Suchtprävention als Bestandteil des Arbeitsschutzes im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu verankern. Hauptzielgruppe sind Auszubildende, die sich in Seminaren Wissen zum Thema Sucht aneignen, ihr eigenes Konsumverhalten reflektieren und dadurch einen verantwortungsvollen und risikokompetenten Umgang mit Suchtmitteln erlernen sollen.

Das Programm Prev@WORK, das von März 2011 bis Februar 2012 als Bundesmodellprojekt vom BMG gefördert wurde, wurde von der Fachstelle für Suchtprävention Berlin entwickelt und befindet sich seit März 2012 in der Verstetigung. Es wird auch in 2015 weitergeführt.

In der Verstetigungsphase wurden 129 Fachkräfte der Suchtprävention sowie Beschäftigte im Ausbildungsetting darin zertifiziert, Prev@WORK umzusetzen – damit gibt es bundesweit insgesamt 219 Prev@WORK-Trainerinnen und Trainer. Seit 2012 wurden 118 Seminare mit Auszubildenden bundesweit durchgeführt und damit insgesamt 1.500 Auszubildende erreicht. Gemäß dem Konzept wurden darüber hinaus von den ausgebildeten Prev@WORK-Trainerinnen und Trainern auch Ausbilderseminare abgehalten. Dank der Unterstützung der BZgA konnten weitere Prev@WORK-Manuale gedruckt werden. Die AOK Nordost unterstützt die Durchführung weiterer Trainer(innen)-Seminare.

ABBILDUNG 16:
KONZEPT UND ZIELGRUPPEN DES PROGRAMMS PREV@WORK



Quelle: Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Hrsg.) 2011: Handbuch Prev@Work-Suchtprävention in der Ausbildung, Berlin

Um die nachhaltige Verankerung und Umsetzung des Programms Prev@WORK weiter voranzubringen, fand von 29. bis 30. September 2014 unter Beteiligung von elf Bundesländern, Österreich und der Schweiz die Prev@WORK-Qualitätskonferenz in der Neuen Mälzerei in Berlin statt. Die Konferenz wurde vom BMG gefördert. Über 80 Fachkräfte aus Suchtpräventions-Fachstellen, Beratungsdiensten, Betrieben, Behörden und anderen Arbeitsfeldern folgten der Einladung.

Die Qualitätskonferenz konnte den effektiven Nutzen des Programms Prev@WORK darstellen und es weiter bekannt machen. Die teilnehmenden Trainerinnen und Trainer nutzten die Möglichkeiten des Austausches darüber, wie eine Implementierung gut gelingen kann und welche Partner dafür mit „ins Boot“ geholt werden können und sollten. Auch ein Blick „über den Tellerrand“ wurde ermöglicht, durch

Beiträge über betriebliche Suchtpräventionsansätze aus der Schweiz und aus Österreich. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Konferenz ein großer Erfolg war. Über 98,4 Prozent der Teilnehmenden konnten durch die Konferenz Erkenntnisse dazugewinnen und fanden eine solche programmbezogene Qualitätskonferenz sinnvoll. Besondere Zustimmung fand auch der Praxisaustausch untereinander, den 95,1 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzten. Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://www.berlin-suchtpraevention.de>

<http://www.prevatwork.de>

1.7 SUCHTPRÄVENTION IN DER BUNDESWEHR

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

Zur Bündelung aller Facetten der Prävention arbeiten die Dienststellen der Bundeswehr in einem Netzwerk zusammen. Hier engagieren sich neben dem psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr (bestehend aus Sanitätsdienst, Sozialdienst, Psychologischem Dienst und Militärseelsorge) auch die Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V. sowie weitere Organisationen, Vereine und Initiativen, um an den Bundeswehrstandorten den Soldatinnen und Soldaten, zivilen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, deren Angehörigen sowie den Vorgesetzten professionelle Beratung und Unterstützung anbieten zu können.

Die Soldatinnen und Soldaten werden umfassend über Drogen- und Suchtmittelgefahren aufgeklärt und darüber informiert, dass der Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln in der Bundeswehr nicht geduldet wird und entsprechende Hilfsangebote zum Ausstieg aus der Sucht seitens der Bundeswehr bestehen.

Zu den präventiven Maßnahmen gehören Meldungen, Aktionen, Broschüren, Plakate, CD-ROM-Verteilungen sowie Auftritte in digitalen Medien. Sie verdeutlichen die Risiken und Gefahren von Sucht und stärken das Abwehrverhalten. Suchtleitfäden sowie konkrete Dienstvereinbarungen, die zum Beispiel Bestimmungen zum Alkoholverbot während der Dienst-/Arbeitszeit enthalten, ergänzen dieses Angebot. Künftig soll in der Präventionsarbeit zudem stärker auf polyvalente

und riskante Konsummuster sowie stoffungebundene Süchte eingegangen werden.

Als zentrale Anlaufstelle für Fragen der Suchtprävention und -bekämpfung in der Bundeswehr fungiert das im Jahr 2000 am „Zentrum Innere Führung“ in Koblenz eingerichtete „Dokumentationszentrum zur Suchtprävention und -bekämpfung“. Die zugehörige Web/Intranetseite wird überarbeitet und soll im Jahr 2015 wieder zur Verfügung stehen. Hier werden Vorgesetzte unter dem Stichwort „Dokumentationszentrum Suchtprävention“ weiterführende Informationen zum Umgang mit Suchterkrankungen finden können.

In Lehrgängen wird den Multiplikator(inn)en sowie dem zivilen und militärischen Führungspersonal Handlungssicherheit im Umgang mit Suchterkrankten vermittelt. Dabei werden auch der unangemessene Internetgebrauch, der Umgang mit elektronischen Medien, Spielsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht und der Konsum von Designerdrogen und neuen psychoaktiven Substanzen thematisiert.

Der Sozialdienst der Bundeswehr stellt den Angehörigen der Bundeswehr deutschlandweit flächendeckend sowie an Auslandsstandorten individuelle Beratung und Betreuung in sozialen Angelegenheiten zur Verfügung. Neben den persönlichen Beratungsgesprächen bieten die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen auch Veranstaltungen zu spezifischen Abhängigkeitsthemen an.

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

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes der Bundeswehr und des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr unterliegen der gesetzlichen Schwei-

gepflicht, sodass die Privatsphäre der Ratsuchenden geschützt bleibt.

Mit dem Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“, das einen grundsätzlich präventiven Ansatz verfolgt, werden bestehende und neue Maßnahmen, die unter anderem auch der Suchtprävention dienen, prozessbezogen und zielgruppenorientiert entwickelt und zusammengeführt. Basierend auf bereits bestehenden Methoden zur Erfassung der psychischen Fitness wurden Screening-Verfahren für die Streitkräfte entwickelt und erprobt, die zweckgebunden zu bestimmten Zeitpunkten eingesetzt werden können, etwa vor und nach einem Auslandseinsatz. Die Erkenntnisse der Erprobung werden derzeit wissenschaftlich ausgewertet. Eine Anwendung im Regelbetrieb ist ab dem dritten Quartal 2015 vorgesehen.

Der Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung führt ein „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ein. Dazu erfolgt seit Januar 2015 eine Erprobung an elf ausgewählten Dienststellen. Im Wesentlichen geht es dabei um die Frage, wie eine noch bessere, evidenzbasierte Orchestrierung der innerhalb der Bundeswehr bereits bestehenden vielfältigen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit gelingen kann.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement fußt auf den drei Säulen „Führung und Organisation“, „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ sowie „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Es verfolgt einen vorbeugenden Ansatz mit dem Ziel, die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen zu erhalten, zu fördern und zu schützen. Präventive und korrektive Maßnahmen werden damit noch effektiver strukturiert, vertieft und in der Nachhaltigkeit gefestigt. Angestrebt wird eine Verhaltensänderung, die den Bundeswehrangehörigen nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch für das Privatleben hilfreiche Informationen und Handlungsmöglichkeiten vermittelt und aufzeigt. Dies erfolgt auf dem jeweils

aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik zu dem Zweck, Leistungsfähigkeit, Bewältigungsmöglichkeiten, Widerstandsressourcen, Selbsthilfe- und Gesundheitskompetenzen der Angehörigen der Bundeswehr zu erhalten und zu stärken. Im Bereich der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ wird in der angelaufenen Erprobung neben den Themen Stress, Ernährung und Bewegung auch der Bereich Sucht bzw. Suchtprävention dahingehend untersucht, welche den Bedingungen und Bedürfnissen an den einzelnen Dienststellen Rechnung tragenden Optimierungen möglich sind.

1.7.1 SUCHTSELBSTHILFE IN DER BUNDESWEHR

Der Verein Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V. (SSHS e.V.) ist ein bundesweit organisierter Personenkreis von über 280 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Bundeswehr, die überwiegend aus der eigenen Betroffenheit heraus handeln.

Die SSHS e.V. unterstützt und begleitet die Bundeswehr im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit ihrem niederschweligen Hilfsangebot und den ausgebildeten Suchtkrankenhelferinnen und Suchtkrankenhelfern bei der Umsetzung und Realisierung des Konzeptes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ für den Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung.

Die Unterstützung umfasst unter anderem Informationsveranstaltungen in den Dienststellen, die Teilnahme an suchtpreventiven Maßnahmen der Bundeswehr und zivilen Organisationen, individuelle Erst- und weiterführende Beratungsgespräche sowie notwendige begleitende Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den hilfeschuchenden Personen.

Die Mitglieder des Vereins sind sowohl aktive als auch ehemalige Soldatinnen und Soldaten sowie Zivilperso-

nen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten eng mit dem psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr und dem durch das Bundesministerium der Verteidigung moderierten „Netzwerk der Hilfe“ (www.bundeswehrsupport.de) zusammenarbeiten.

Sie verfügen dank einer mehrwöchigen Ausbildung zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer bzw. zur Suchtkrankenhelferin in einer zivilen Suchtkrankenklinik und oftmals auch aufgrund einer eigenen Abhängigkeitserkrankung über das notwendige Fachwissen, um die hilfesuchenden Personen beratend, begleitend und betreuend zu unterstützen.

Alle Mitglieder unterliegen einer schriftlich dokumentierten und nachgewiesenen Verschwiegenheitsverpflichtung, sodass alle Informationen vertraulich behandelt werden.

Regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen, zum Beispiel in Form von vereinsinternen Workshops, Besuchen in Therapieeinrichtungen und Teilnahme an Lehrgängen über stoffgebundene und stoffungebundene Suchterkrankungen, sorgen für einen fachlich aktuellen Wissensstand der Mitglieder.

Der Schirmherr des Vereins ist der ehemalige Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages, Reinhold Robbe, der zugleich auch Leiter des „Runden Tisches Solidarität mit Soldaten“ in Berlin ist, zu dessen Teilnehmenden der Verein SSS e.V. gehört.

Der Verein „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.“ unterstützt alle Soldatinnen und Soldaten, Beamtinnen und Beamten sowie alle Tarifbeschäftigten der Bundeswehr und deren Angehörige.

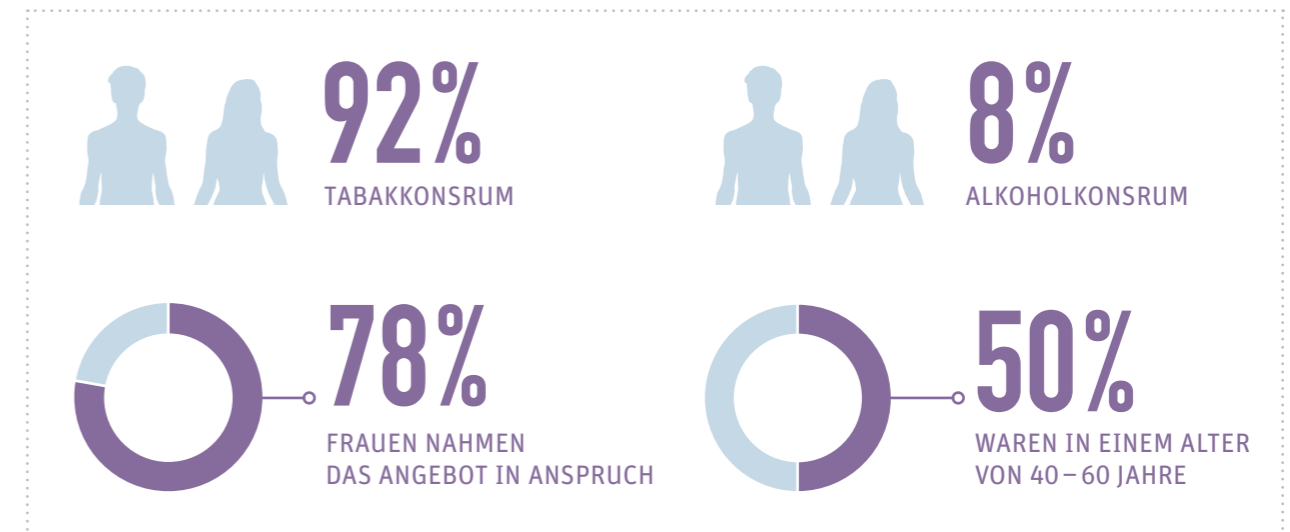
<http://www.soldatenselbsthilfe.de>

1.8 SUCHTPRÄVENTION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unterstützt im Rahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung Leistungen zur Verhinderung von Suchtmittelabhängigkeit sowie möglichen Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums entsprechend §§ 20 und 20a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs. Die Leistungen zielen über die suchtmittelspezifischen Aspekte hinaus auch auf die Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils in allen Altersgruppen. Inhalte und Qualitätskriterien der Präventionsmaßnahmen hat der GKV Spitzenverband für Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich in seinem Leitfaden Prävention festgelegt.

Bei Kindern und Jugendlichen besteht das Ziel der Präventionsmaßnahmen vor allem darin, den Einstieg in den Tabak-, Alkohol- und anderen Drogenkonsum zu verhindern. Hier eignen sich am besten solche Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche direkt in ihren Lebenswelten – insbesondere in Schulen – ansprechen und zur Teilnahme motivieren. Hierdurch können Kinder und Jugendliche unterschiedlicher sozialer Herkunft und Bildungsschicht erreicht werden. Die Krankenkassen konnten im Jahr 2013 bundesweit 1,3 Millionen Kinder, Jugendliche, pädagogisches Personal und Eltern durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Prävention erreichen. Diese umfassen zumeist mehrere Handlungsfelder neben der Suchtprävention, zum Beispiel auch Bewegungsförderung, gesundheitsgerechte Ernährung oder Stressreduktion/Entspannung. Hinzu kommen – insbesondere bei jüngeren Kindern – auch substanzunspezifische Maßnahmen zur Stärkung sozial-emotionaler Kompetenzen. Auch wird die Fähigkeit gefördert, in herausfordernden Situationen auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zurückgreifen zu können.

ÜBER 15.000 KURSTEILNAHMEN KONNTEN 2013 DURCH DIE KRANKENKASSEN GEFÖRDERT WERDEN.



Bei erwachsenen Versicherten unterstützen die Krankenkassen die Inanspruchnahme von Gruppenberatungen und Trainings auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis zur Tabakentwöhnung und zu einem gesundheitsgerechten Alkoholkonsum. Über 15.000 Kursteilnahmen zu diesem Thema konnten 2013 durch die Krankenkassen gefördert werden. Dabei bezogen sich 92 Prozent der Maßnahmen auf den Tabak- und acht Prozent auf den Alkoholkonsum. Zu 78 Prozent wurden diese Angebote von Frauen in Anspruch genommen. Knapp 50 Prozent der Teilnehmenden waren in einem Alter von 40 bis 60 Jahren.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten die Krankenkassen 2013 1,1 Millionen Beschäftigte und Führungskräfte in 9882 Betrieben erreichen.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung stehen die Krankenkassen allen betrieblichen Gruppen – Führungskräften, Betriebs- und Personalräten, Fachkräften für den Arbeitsschutz und den Beschäftigten selbst – in allen Fragen zur Tabak- und Alkoholprävention beratend zur Seite. Zum Leistungsspektrum gehören

strukturbezogene Maßnahmen wie die Förderung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz oder zur betrieblichen Alkoholpolitik. Betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden Hilfsangebote vermittelt. Hinzu kommen verhaltensbezogene Aufklärungs- und Informationsangebote, Tabakentwöhnungsmaßnahmen sowie die Schulung von Führungskräften.

GKV-Leitfaden Prävention:

<http://www.gkv-Spitzenverband.de>

- Krankenversicherung
- Prävention, Selbsthilfe, Beratung
- Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung
- Menüpunkte „Leitfaden Prävention“ bzw. „Präventionsbericht“.

GKV-Präventionsberichte:

<http://www.mds-ev.de>

1.9 BEISPIELPROJEKTE AUS DEN LÄNDERN ZUR SUCHTPRÄVENTION

Baden-Württemberg

Projekt Wartezimmer-Zeitschrift

»frei« – das Magazin zu Risiken von Genuss- und Suchtmitteln – 2014

Die Landesstelle für Suchtfragen hat als universelle Suchtprävention ein Magazin veröffentlicht, das für die Wartezimmer der Arztpraxen konzipiert wurde. Mit einer Auflage von 10.000 Exemplaren wurde es an alle Hausarztpraxen in Baden-Württemberg verschickt.

Mit dem Print-Medium soll der „teachable moment“ beim Arztbesuch genutzt werden, um Informationen zu Genuss- und Suchtmitteln ansprechend und kurzweilig zu vermitteln.

Die Zeitschrift lehnt sich in ihrem Erscheinungsbild an die Zeitschriften, die üblicherweise im Wartezimmer ausliegen, an. Sie ist einladend zum „in die Hand nehmen“ gestaltet. Die Information bezieht sich im Wesentlichen auf legale Suchtsbstanzien, spart aber illegale Suchtmittel und Verhaltenssüchte nicht aus. Praktische Tipps für

Eltern oder das Gespräch mit älteren Menschen finden sich ebenso wie Hinweise zu weiterführenden Internetseiten und Beratungsstellen. Mittels kurzer Erfahrungsberichte und kleiner Interviews oder Statements von Fachleuten sollen die Leserinnen und Leser bei ihrem Wissensstand „abgeholt“ werden. Durch die Streuung der Themen ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich möglichst viele Leserinnen und Leser über ein bestimmtes Thema angesprochen fühlen.

Über einen QR-Code kann das gesamte Magazin auch im Internet aufgerufen werden, sodass Interessierte auch nach dem Arztbesuch noch weiterlesen können.

Durch bekannte Persönlichkeiten, so auch anhand eines einführenden Statements der Sozialministerin und der Landesärztekammer, wird ein Bezug zu Baden-Württemberg und eine gewisse Nähe zur Leserschaft hergestellt.

Bayern

Suchtpräventionswettbewerb: Strategien guter Suchtprävention in der Schule Prämierung von Konzepten und Projekten aus der Oberpfalz

Ein Suchtpräventionswettbewerb für alle 200 Schulen der Oberpfalz sollte die Bedeutung des Themas selbst stärken und die Vernetzung der Akteure in allen sieben Landkreisen der Oberpfalz und der kreisfreien Stadt Regensburg fördern. Die Sieglinde-Nothacker-Stiftung unterstützt die bewährte Organisation des Oberpfälzer Suchtarbeitskreises finanziell.

Beispiele guter Praxis der Suchtprävention in den Schulen sollten im Schuljahr 2013/2014 prämiert werden und zur Nachahmung anregen. Die Beiträge sollten folgende Kriterien erfüllen: Partizipation anstreben, verhältnispräventiv sein, nachhaltig sein, vernetzt durchgeführt werden und die Lebenskompetenz der Schülerinnen und Schüler stärken. Über die Preisverleihungen sollte Suchtprävention zudem öffentlichkeitswirksam dargestellt werden.

Eine Projektgruppe legte ab Februar 2013 einen Organisationsplan und die Wettbewerbsziele fest. Die Grundlagen für den Wettbewerb „Strategien guter Suchtprävention in der Schule“ wurden erarbeitet und ein Bewerbungsbogen sowie ein Werbeflyer erstellt. Die Schulverantwortlichen der Oberpfalz wurden im Juli 2013 einbezogen, sodass der Wettbewerb pünktlich im neuen Schuljahr starten konnte. Ab September 2013 wurde der Wettbewerb schriftlich und über persönliche Kontakte der Suchtpräventionsfachkräfte bewor-

ben. Parallel dazu verlief die partizipative Besetzung der Jury. Einsendeschluss war Mai 2014. Im Juni 2014 tagte die Jury und ermittelte aus den 34 Beiträgen 16 Siegerbeiträge (= 17 Prozent Beteiligung von allen Schulen). Noch im Juli 2014 erfolgten in allen sieben Landkreisen und in Regensburg die öffentlichen Preisverleihungen.

Die Sieglinde-Nothacker-Stiftung fördert regionale suchtpreventive Aktionen und stellte für den Wettbewerb insgesamt 12.000 Euro zur Verfügung. Das Engagement des Stiftungsvorstandes, des Vorsitzenden des Oberpfälzer Suchtarbeitskreises, der Schulen und der Sozialpädagoginnen und pädagogen aus den Gesundheitsämtern und der Regierung füllte die finanzielle Vorlage mit fachlichem Input.

Die Durchführung des kompletten Wettbewerbes orientierte sich an der suchtpreventiven Gesamtstrategie und an den projektbezogenen Qualitätsstandards der Suchtprävention in Bayern. Sämtliche Schritte wurden dokumentiert und überprüfbare Ziele wurden festgelegt und erreicht.



Niedersachsen

Fortbildungs-Projekt »Legal Highs/NPS«

Das Projekt für eine Fortbildungs-Offensive für die Mitarbeitenden aus den Sucht-Fachstellen in Niedersachsen zu neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) ist in 2014 von der NLS erfolgreich umgesetzt worden. Gefördert wurde das Projekt vom niedersächsischen Sozialministerium.

Anlass waren besorgniserregende Meldungen, dass in den vergangenen Jahren immer mehr neue psychoaktive, meist synthetische Stoffe auf den Markt gekommen waren. Diese werden gelegentlich auch „Designerdrogen“, „Research Chemicals“ oder „Legal Highs“ genannt. Es handelt sich hierbei um bislang unbekannte oder aber bekannte Stoffe, die dem BtMG teilweise noch nicht unterstellt sind. Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) hatte im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems zwischen 2005 und 2011 mehr als 164 neue psychoaktive Substanzen ermittelt. Im Jahr 2012 wurde eine Rekordzahl von 73 erstmalig entdeckten Substanzen gemeldet.

Die als Informations-Offensive angelegte Fortbildung von Multiplikator(inn)en aus den niedersächsischen Sucht-Fachstellen zu Legal-High-Produkten (LH), Kräutermischungen (KM) und Research Chemicals (RC) umfasst folgende Einzelmaßnahmen und Materialien:

- In einem zweitägigen Fortbildungsintensivseminar im Frühjahr 2014 in Hannover wurden 35 Fachkräfte aus den niedersächsischen Sucht- und Drogenberatungsstellen für den Bereich NPS/Legal Highs qualifiziert, um zukünftig kompetent in Bezug auf die NPS informieren, beraten und (weiter)helfen zu können. Dieser Personenkreis konnte einen Expertenstatus erwerben und steht nun für Anfragen und Auskünfte zum Spezialgebiet NPS in der jeweiligen Heimregion zur Verfügung. Fachkundig unterstützt wurde das Seminar durch



folgende Referentinnen und Referenten:

- Prof. Dr. Volker Auwärter, Uni Freiburg, Rechtsmedizin (Toxikologie, Pharmakologie)
- Dr. Bernd Wense, Uni Frankfurt am Main (Prävalenzen, Monitoring, Konsummuster)
- Lisa Jakob, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Frühwarnsystem synthetische Drogen, München (IFT)
- Dirk Grimm, Mindzone-Suchtpräventionsprojekt in Bayern, München (selektive Prävention, Zugangswege zu Konsumentengruppen)
- Die Jahrestagung 2014 der NLS sprach mit dem Thema „Alles neo? – neue psychoaktive Substanzen“ einen breiteren Adressatenkreis an und verstärkte die Aufklärungskampagne. Sie fand überregional großen Anklang und war mit etwa 160 Teilnehmenden stark überbucht. Zusätzlich zur NPS-Thematik wurde die „Crystal Meth“-Situation aufgegriffen und die „Meth-Studie“ des BMG: Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen von Dr. med. Ingo Schäfer vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg vorgestellt und diskutiert.
- Ferner wurden umfangreiche Info-Materialien zu den neuen psychoaktiven Substanzen für die Hände der Fachkräfte in der Suchtberatung und Suchthilfe entwickelt und allen Sucht-Fachstellen in Niedersachsen zur Verfügung gestellt:
 - eine USB-Card mit einer Vielzahl von abgespeicherten Informationen
 - und ein DIN A1-Plakat zum Aushang an geeigneten Stellen.

Sachsen

Modellprojekt »Vitamine – ein Projekt zur schulischen Suchtprävention« Stadtmission Chemnitz

Vitamine stärken. Vitamine beugen vor. Vitamine wehren ab. Vita (lat.) bedeutet Leben. Vitamine sind genau die Stoffe, die der menschliche Organismus für alle lebenswichtigen Funktionen benötigt.

Das Projekt Vitamine stärkt Schülerinnen und Schüler, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Lehrerinnen und Lehrer, Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Eltern im Umgang mit den Themen Sucht und Drogen.

Die Entwicklung eines gemeinsamen langfristigen Konzeptes zwischen Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern und Suchtpräventionsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern setzt sich zum Ziel, eine effektive, sinnvolle und zielgerichtete Suchtprävention an den Schulen zu etablieren.



Das Amt für Jugend und Familie Chemnitz und die Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz der Stadtmission Chemnitz e. V. haben damit ein Modellprojekt konzipiert, welches sich durch die Kooperation der einzelnen Akteurinnen und Akteure auszeichnet. Das Projekt Vitamine fördert damit nicht zuletzt auch die trägerübergreifende Arbeit.

Suchtprävention ist Beziehungsarbeit – im Rahmen des Projektes Vitamine steht nicht nur die enge Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern und Suchtpräventionsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern im Mittelpunkt. Zentrales Element ist die bereits etablierte pädagogische Arbeit der Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, sodass

ein an den Bedürfnissen der Schule orientierter Suchtpräventionsplan entstehen kann. Dieser knüpft somit an den Ressourcen bereits erfolgreich stattfindender Schulsozialarbeit an. Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sind wichtige Ansprechpersonen vor Ort, welche das Verständnis von Suchtprävention teilen und unterstützen. Gemeinsam mit ihnen können Interessen und Schwerpunkte ermittelt werden, um die Angebote für die Schulen zielgerichtet zu erarbeiten. Im Rahmen des Projektes Vitamine werden die Suchtpräventionsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter fortbilden, beraten und unterstützen. Ziel ist es, die Suchtprävention im Zuge der Schulsozialarbeit langfristig an Schulen zu sichern und Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter im Sinne von Multiplikator(inn)en zu schulen.

Die Fachstelle für Suchtprävention ermöglicht im Rahmen des Projektes Vitamine neben Weiterbildungen, Methodentagen, Reflexions- und Kriseninterventionsgesprächen, Materialien etc. eine individuelle Unterstützung bei der Erstellung

eines Präventionskonzeptes für die Schulen. Im kontinuierlichen fachlichen, schulbezogenen sowie lösungsorientierten Austausch mit den Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern werden Projektideen entwickelt, gemeinsame Veranstaltungen durchgeführt und Netzwerkarbeit zum Thema Suchtprävention an der Schule eingebettet. Durch die Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Suchtprävention eignen sich die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter Leitfäden und Handlungskompetenzen zum Beispiel im Umgang mit dem Bekanntwerden von Drogenkonsum sowie mit konsumierenden Schülerinnen und Schülern im schulischen und außerschulischen Bereich an. Perspektivisch betrachtet werden die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie die Multiplikator(inn)en, Ansprechpersonen für Suchtprävention vor Ort

und befinden sich über die Zeit der Projektkooperation hinaus und je nach Bedarf im Austausch mit der Fachstelle für Suchtprävention. Das im Rahmen des Projektes Vitamine entstandene Suchtpräventionskonzept wird der Schule und allen Akteurinnen und Akteuren Handlungssicherheit für bevorstehende Herausforderungen im Schulalltag geben.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.suchtpraevention-sachsen.de



Kooperationsprogramm MindMatters

MindMatters ist ein bundesweites, erprobtes und wissenschaftlich fundiertes Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens in der Schule. Es ist ein Kooperationsprogramm der BARMER GEK, der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, des Gemeinde-Unfallversicherungsverbands Hannover, der Landesunfallkasse Niedersachsen und der Leuphana Universität Lüneburg. MindMatters basiert auf dem Konzept der „guten gesunden Schule“. Durch den Einsatz der MindMatters-Unterrichts- und Schulentwicklungsmodule können Schulen einen Beitrag zur Verbesserung ihrer Schulqualität und der Lehr- und Lernergebnisse leisten.



Sozial-emotionale Kompetenzen fördern

Das Primarstufenmodul „Gemeinsam(es) Lernen mit Gefühl. Förderung von sozial-emotionalem Lernen in der Primarstufe“ wurde 2011 auf Basis aktueller Forschungsergebnisse entwickelt. Die Schülerinnen und Schüler werden dazu befähigt, anstatt risikoreicher Verhaltensweisen solche Strategien anzuwenden, die ihre sozial-emotionale Entwicklung positiv beeinflussen. Durch Module zur Elternzusammenarbeit und Lehrergesundheit wird das sozial-emotionale Lernen auch zum Gegenstand der Schulentwicklung.

Mit Stress umgehen und Coping-Strategien anwenden

MindMatters kann als Programm zur Förderung von Lebenskompetenzen eingeordnet werden (BZgA,

2005). Ein Beispiel hierfür ist das Unterrichtsmodul „Mit Stress umgehen – im Gleichgewicht bleiben. Förderung der Resilienz in der Schule“. Neben der Wissensvermittlung zielen die Unterrichtseinheiten und Übungen dieses Moduls auf die Entwicklung von Fähigkeiten zum Umgang mit schwierigen Situationen und auf die Förderung von Hilfesuchendem Verhalten. Die Schülerinnen und Schüler lernen zum Beispiel für verschiedene Situationen unterschiedliche gesundheitsförderliche Bewältigungsstrategien kennen. Lehrkräfte werden für die Probleme der Schülerinnen und Schüler sensibilisiert und erhalten in diesem Modul Anregungen zur Entwicklung einer Schulkultur, mit der sich alle Schulmitglieder sicher, wertgeschätzt und eingebunden fühlen. Die MindMatters-Module wurden bereits von vielen tausend Schulen bestellt und sind Bestandteil verschiedener Landesprogramme für die gute gesunde Schule.

Eine nachhaltige Umsetzung auf Länderebene wird angestrebt. Daher wurden unter anderem 2014 MindMatters-Fortbildungsangebote für sächsische Schulen durch die BARMER GEK Landesgeschäftsstelle und die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Kooperation mit dem sächsischen Staatsministerium für Kultus angeboten. Die Fortbildungsangebote zur Programmeinführung und zu den Umsetzungsmöglichkeiten in der schulischen Praxis sind in Sachsen auf großes Interesse gestoßen und werden daher 2015 fortgeführt.

Nordrhein-Westfalen

Bayer-Azubis machten bei Gesundheitstagen mit; Suchtprävention ist großes Thema

„Gesundheit von Anfang an“, so das Motto der gemeinsamen Initiative der Bayer Pharma AG aus Wuppertal und der pronova BKK. Drei Jahre lang begleiteten sie gemeinsam einen Ausbildungsjahrgang des Chemiebetriebes, um die jungen Leuten für eine gesunde Lebensführung zu motivieren und die Selbstverantwortung zu stärken.

Die Suchtprävention hat eine zentrale Bedeutung im gesamten Konzept! Ein strukturierter Alltag, weniger Freizeit und Essen im Betrieb: Der Übergang von der Schulzeit in ein betriebliches Umfeld ist für Berufstarter und Berufstarterinnen eine große Umstellung. Gesundheitsschädliche Verhaltensmuster wie vor allem Bewegungsmangel oder Essen unter Zeitdruck können leicht Einzug halten. Um diesen entgegenzusteuern, entwickelte die pronova BKK in Zusammenarbeit mit der Bayer Pharma AG aus Wuppertal ein spezielles Gesundheitsförderprogramm mit ganztägigen Veranstaltungen, das für die Azubis verpflichtend war. Gestartet wurde im ersten Ausbildungsjahr mit „Bewegung und Ernährung“, im zweiten Ausbildungsjahr lag der Schwerpunkt auf „Suchtmitteln“ und im letzten Jahr auf „Prüfungsvorbereitung und Stress“.

Die Auszubildenden fragten sich in moderierten Kleingruppen, wie eine „Wunderdroge“ aussehen müsste, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen: Alle waren sich anschließend einig, dass das Ziel der Zufriedenheit ganz ohne Drogen und Nebenwirkungen zu erreichen ist.

Alle Thementage folgten einem ähnlichen Format: Fachvorträge, Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Einzelarbeiten, Screenings und Praxisübungen. Eine

Abschlussdiskussion im Plenum und eine Evaluation durch Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Inhalten sowie zur Relevanz für die eigene Lebensplanung rundeten die Veranstaltungstage ab. Die pronova BKK und die Bayer Pharma AG bieten den Azubis bei Bedarf oder auf persönlichen Wunsch auch qualitätsgeprüfte Gesundheitskurse an.

Zufriedene Auszubildende – Projekt wirkt nachhaltig

Die jungen Leute haben ihr Fazit aus der Initiative gezogen. 90 Prozent der Azubis würden das betriebliche Präventionsprojekt weiterempfehlen. Die meisten empfanden die Informationen der Thementage als nützlich für den Alltag (84 Prozent) und sehen auch einen Vorteil für das Berufsleben (64 Prozent). Rüdiger

Schüller, zuständig für betriebliches Gesundheitsmanagement bei der pronova BKK, ist mit den Thementagen sehr zufrieden: „Wir haben tolle Erfolge erzielt. Es ist aber wichtig, dass die

Maßnahmen durch weitere Angebote im Betrieb begleitet und anschlussfähig gehalten werden. Der Aufwand lohnt sich aber auf jeden Fall, sodass wir das Azubi-Präventionsprogramm ausbauen werden.“

Dr. Bernd Wieland, Gesundheitsmanager am Standort Wuppertal: „Die Azubi-Gesundheitstage sind seit Jahren fester Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung und setzen sehr früh im beruflichen Werdegang junger Mitarbeitender an. Die Auszubildenden transportieren dadurch Gesundheitsthemen, unter anderem auch das Thema Sucht, schon während und vor allem nach ihrer Ausbildung in den betrieblichen Alltag.“

Seelisch fit in Schule und Ausbildung

Psychische Erkrankungen manifestieren sich oft in der Jugend und treten im Laufe des Lebens in fast jeder Familie auf. Dennoch stoßen die Betroffenen

immer noch auf Ängste und Vorurteile. Dafür zahlt die Gesellschaft einen hohen Preis: menschliches Leid und enorme volkswirtschaftliche Kosten.

Aufklärungsinitiative »Verrückt? Na und!«

„Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“ ist ein evaluiertes, vielfach prämiertes Programm und bietet in Schulen, Ausbildungs- und anderen Bildungseinrichtungen ein eintägiges Schulprojekt sowie Fort- und Weiterbildungen zur Auseinandersetzung mit dem Thema „Psychische Gesundheit“ und insbesondere auch Suchtprävention an. Junge Menschen, Eltern und Lehrkräfte sollen für dieses Thema sensibilisiert werden. Bislang wurde ein bundesweites Netzwerk aus 54 Regionalgruppen aufgebaut, das mit ca. 500 Referentinnen und Referenten jährlich ca. 12.000 Schülerinnen und Schüler erreicht. Hauptträger der Aufklärungsinitiative sind BARMER GEK, Irrsinnig Menschlich e.V. und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) des nationalen Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“.



„Verrückt? Na und!“ ist ein Modellprojekt zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ und „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Die Wirksamkeit wurde in verschiedenen Evaluationen durch das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig belegt. Weitere Unterstützer sind die Deutschen Rentenversicherungen Baden-Württemberg, Mitteldeutschland, Westfalen und Rheinland sowie die Unfallkassen NRW und Thüringen. Seit 2014 erfolgt die bundesweite Umsetzung des Projektes unter der Schirmherrschaft von Gesundheitsminister Hermann Gröhe.

Der Wirkungsansatz: Mit MUT-Machern zu mehr Offenheit und Achtsamkeit

„Verrückt? Na und!“ bricht das Schweigen und lädt junge Menschen und ihre Lehrkräfte der Sekundarstufe 1 + 2 sowie Ausbildungsjahrgänge zu einem offenen Aus-

tausch über die großen und kleinen Fragen zur seelischen Gesundheit ein. Ein Team aus Moderator bzw. Moderatorin und „Experte bzw. Expertin in eigener Sache“, also ein Psychologe bzw. eine Psychologin oder ein Sozialarbeiter/-pädagogin bzw. eine Sozialarbeiterin/-pädagogin einerseits sowie ein (ehemals) Betroffener bzw. eine (ehemals) Betroffene andererseits führt in den Schulen klassenweise eintägige Workshops zum Thema durch.

Das Konzept des eintägigen Schulprojekttag

Das Konzept von "Verrückt? Na und!" verfolgt einen universellen Ansatz der Gesundheitsförderung und geht von den Bedürfnissen der Jugendlichen aus. Die Themen sind unter anderem: Prüfungsstress, (Cyber-)Mobbing, Alkohol, Drogen, riskanter Medienkonsum, Umgang mit psychisch und suchtkranken Eltern, Zukunftsängste, zum Beispiel den Schulabschluss nicht zu schaffen. Darüber hinaus werden Fort- und Weiterbildungsangebote für Multiplikator(inn)en (Lehrkräfte,

Schulsozialarbeiter/-pädagoginnen und Schulsozialarbeiterinnen/ pädagoginnen, Erziehende etc.) zur Unterstützung der psychischen Gesundheit an Schulen angeboten. Dieser Projekttag wird von Materialien und Medien flankiert, die insbesondere auch von Schülerinnen und Schülern konzipiert wurden. Ein Beispiel ist der regionale „KrisenAuswegweiser“, der Adressen und Kontaktstellen im Umgang mit allen genannten Themenbereichen wie etwa mit (Cyber-)Mobbing beinhaltet. Besonders im Vordergrund steht das Gespräch mit einem bzw. einer (ehemals) Betroffenen bzw. „Experten bzw. Expertin in eigener Sache“. Dadurch bekommt das komplexe Konstrukt „seelische Gesundheit“ ein Gesicht, zum Greifen nah – und dabei ganz normal. Diese „unerwartete“ Begegnung ist der Schlüssel zur Veränderung von Einstellungen und bestenfalls Verhaltensweisen bei Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften.

Ziel ist es, in den Schulen Entwicklungsprozesse zu initiieren, wie mit psychischer Gesundheit gute Schule gemacht werden kann.

ABBILDUNG 17:

MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN BERUFLICHER SUCHTHILFE UND SUCHTSELBSTHILFE IN DER CARITAS



Bayern

Kooperation der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe in der Caritas: Empfehlungen und Good Practice

In der Suchthilfe der Caritas gibt es eine lange Tradition der engen Zusammenarbeit zwischen der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe. In den letzten Jahren haben der Deutsche Caritasverband und der Kreuzbund zahlreiche gemeinsame Workshops und Veranstaltungen durchgeführt mit dem Ziel einer guten, tragfähigen und zukunftsorientierten Zusammenarbeit. Abbildung 17 gibt einen Überblick über die einzelnen Meilensteine dieses Prozesses.

Aktuell hat der Deutsche Caritasverband ein Praxismanual mit zwei Modulen entwickelt. Modul I enthält Grundlagen und Empfehlungen für eine gute Zusammenarbeit, Modul II Good-practice-Beispiele zur Zusammenarbeit. Die beiden Module sind als Einheit zu betrachten und ergänzen sich zu einer umfassenden Hilfe für die Arbeit in der Praxis, können aber auch unabhängig voneinander genutzt werden. Modul I gibt einen Überblick über Angebote, Stärken und Stellenwert von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe im Hilfesystem, stellt die Vorteile einer guten Zusammenarbeit heraus und gibt praxisnahe Handlungsempfehlungen für eine gelingende Zusammenarbeit. Modul II

gibt zunächst einen Überblick über verschiedene Formen der Zusammenarbeit, gefolgt von ausführlich aufbereiteten Good-practice-Beispielen, die sich auf strukturelle Aspekte wie Schnittstellenkonzepte und Rahmenvereinbarungen, spezielle Modelle der Zusammenarbeit (Tandems, Buddies, Lotsen) sowie spezifische Zielgruppen (zum Beispiel junge Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Konsumierende illegaler Drogen, Glücksspielsüchtige) beziehen und konkrete Ansatzpunkte zur Umsetzung vor Ort liefern. Vertreterinnen und Vertreter aus der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe von Bundes-, Diözesan- und Ortsebene haben die Entwicklung der Module im Rahmen einer Arbeitsgruppe begleitet. Die beiden Module richten sich gleichermaßen an berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe und können über den Deutschen Caritasverband in elektronischer Form bezogen werden.

Bayern: Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Bayern

Projekt Disco-Fieber Risikokompetenz entwickeln, die Persönlichkeit stärken – für Verantwortung und Sicherheit im Straßenverkehr und darüber hinaus

Junge Erwachsene sind überdurchschnittlich häufig an Verkehrsunfällen beteiligt. Fast die Hälfte der Unfälle 18- bis 24-Jähriger ereignet sich an Wochenenden nachts auf der Autofahrt von oder zu Vergnügungen, Partys oder Clubs; Ursachen dieser „Disco-Unfälle“ sind immer wieder Selbstüberschätzung, Gruppendynamik, hohe Geschwindigkeiten, Übermüdung, Ablenkung und/oder Alkoholkonsum.

Fahranfänger wissen um die Gefahren im Straßenverkehr, sie kennen die Regeln und Verbote. Doch theoretisches Wissen allein reicht nicht immer aus: Oft sind es Emotionen, die unser Verhalten leiten. Auf dieser Ebene spricht Disco-Fieber Jugendliche und junge Erwachsene an. Was im Jahr 2000 in Schrobenhausen als Bürgerinitiative nach mehreren tragischen Disco-Unfällen begann, ist heute unter Leitung des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) eine landesweite Aktion.

Im Zentrum steht die persönliche Auseinandersetzung mit dem Risiko. Disco-Fieber zeigt, welche Folgen das Eingehen von Risiken im Straßenverkehr



für die jungen Menschen selbst, für ihre Familien, Freunde und für diejenigen haben kann, die zuerst an einer Unfallstelle eintreffen, für Feuerwehrlente, Notärztinnen und Notärzte, Sanitäterinnen und Sanitäter, Polizei und Notfallseelsorge. Gemeinsam mit diesen Einsatzkräften veranstaltet Disco-Fieber Aktionstage an Schulen, Fahrschulen, Vereinen und Unternehmen. Sie hinterlassen bewegende Eindrücke, die die Jugendlichen anschließend in ihren Gruppen oder Schulklassen weiter bearbeiten. Sie diskutieren über die Ursachen solcher Unfälle, suchen Lösungen zur Vorbeugung und entwickeln so die Bereitschaft zur künftigen Risikominimierung.

Lokale Netzwerke mit hohem Engagement

Aus der Zusammenarbeit im Rahmen von Disco-Fieber sind lokale Netzwerke entstanden, die immer wieder gemeinsam Aktionstage gestalten. Ihnen allen gilt Dank für ein besonderes Engagement, das oft ehrenamtlich erfolgt – und das wohl auch einen Beitrag dazu geleistet hat, dass die Zahl tödlicher Verkehrsunfälle junger Erwachsener in Bayern im vergangenen Jahrzehnt um rund zwei Drittel zurückgegangen ist.

<http://www.disco-fieber.de>

Bayern

Projekt MINDZONE Info-Booklet und Plakat zu »Neuen psychoaktiven Substanzen«

Der Drogenmarkt bringt laufend neuartige Substanzen hervor und ist so unübersichtlich wie nie zuvor. Research Chemicals (RCs) sind molekulare Abwandlungen bereits etablierter illegaler Drogen. Dabei handelt es sich meist um synthetische Reinsubstanzen, zum Beispiel aus der Cathinon-Gruppe. Legal Highs werden dagegen in der Regel als Fertigprodukte mit psychoaktiver Wirkung als sogenannte „Düngerpillen“ oder „Badesalze“ vermarktet. Die Begriffe RCs und Legal Highs sind nicht klar voneinander abgegrenzt und werden häufig nebeneinander verwendet. Neuerdings fasst man sie auch unter dem Sammelbegriff „Neue psychoaktive Substanzen“ (NPS) zusammen.

Der Konsum von NPS ist kein vorübergehender Trend. Durch die fehlende Deklaration der Wirkstoffe wissen Konsumierende nicht, welchen Wirkstoff sie sich in welcher Konzentration zuführen. Daraus ergibt sich das Risiko für Überdosierungen und unkalkulierbare Folgewirkungen, da Wirkspektrum, Toxizität und Langzeitriskien der vorwiegend unerforschten Substanzen nicht eingeschätzt werden können.

Auch auf den MINDZONE-Aktionen in der Partyszene sind zunehmend NPS-Konsumierende anzutreffen. Junge Partygängerinnen und Partygänger konsumieren vermehrt NPS als Drogen-Ersatzstoffe, da diese leicht verfügbar, vergleichsweise billig und meist sehr ergiebig sind.



Die körperlichen und psychischen Folgeschäden von NPS werden generell unterschätzt und verharmlost. Immer häufiger kommt es deshalb zu akuten Drogennotfall-Situationen, wie zum Beispiel nach dem Konsum von Kräutermischungen, die mit hochdosierten, synthetischen Cannabinoiden versehen sind. MINDZONE leistet wichtige Aufklärungsarbeit und hat unter dem Titelmotiv „Versuchskaninchen“ ein jugendgerechtes Info-Booklet sowie ein spezielles Warn-Plakat zu NPS (siehe Grafik) aufgelegt. Ziel ist es, Jugendliche für die gesundheitlichen Risiken und Folgewirkungen dieser neuartigen Substanzen zu sensibilisieren, aber auch Eltern, Lehrkräften und Multiplikator(inn)en das komplexe Thema NPS verständlich näherzubringen. Weiterführende Infos unter:

<http://www.nps.mindzone.info>

Sachsen

Prävention im Team »PiT-Ostsachsen«

Durch eine Kooperation mit dem Landespräventionsrat Niedersachsen konnte der Landespräventionsrat Sachsen die behördenübergreifende Kooperation nach dem Arbeitsansatz Prävention im Team „PiT-Ostsachsen“ zwischen der Sächsischen Bildungsagentur Regionalstelle Bautzen, den Landratsämtern Bautzen und Görlitz und der Polizeidirektion Görlitz mit dem Instrumentarium der Methode „Communities That Care (CTC)“ unterstützen. Mit Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung am 04.09.2012 haben sich die Beteiligten darauf verständigt, die präventiven Aktivitäten ihrer Behörden für die Bereiche Kita und Schule zu verzahnen und aufeinander abzustimmen. Es wurden innerhalb der einzelnen Institutionen Schwerpunktthemen festgelegt, sodass Synergien entstehen und Doppelarbeit vermieden werden kann.

Die nach dem Arbeitsansatz PiT-Ostsachsen gemeinsam agierenden Behörden können damit die Angebote zielgerichtet und effektiv entsprechend der Sichtweise der Zielgruppe (Schülerinnen und Schüler) und aufgrund von Erfahrungswerten von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Schulleiterinnen und Schulleitern, Lehrerinnen und Lehrern, Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten sowie Jugendstaatsanwältinnen und Jugendstaatsanwälten platzieren.



Das Ziel ist es, mittelfristig gesellschaftlichen Phänomenen wie Sucht, Risiken mit Neuen Medien, Extremismus, Missbrauch und vor allem Gewalt präventiv zu begegnen.

Die Schülerbefragung betrachtet die bislang weitgehend nicht erfasste Sichtweise der Zielgruppe und wurde zunächst an allen weiterführenden Schulen im Planungsraum 2 des Landkreises

Görlitz (Region Niesky) und im Planungsraum 1 des Landkreises Bautzen (Region Lausitzer Seenland) und somit an rund einem Siebtel der Schulen durchgeführt. Im Schuljahr 2014/15 finden weitere Schülerbefragungen an allen weiterführenden Schulen in den noch nicht erfassten Planungsräumen der beiden Landkreise statt.

Mit der flächendeckenden Schülerbefragung liegen umfangreiche Daten zu Problemverhaltensweisen, Risiko- und Schutzfaktoren

aus den Bereichen Familie, Peergroup, Schule und Wohngegend vor. Für den Bereich Drogen und Sucht werden auf Schul- und Planungsebene häufiger bzw. problematischer Alkohol-, Tabak-, Glücksspiel- und Drogengebrauch nach Gebiet, Klassenstufen und Geschlecht sowie Schultyp ausgewertet.

Die ausführlichen Auswertungen dieser Befragungen sind unter dem nachfolgenden Link abrufbar:

<http://www.pit-ostsachsen.de>

1.10 INTERDISZIPLINÄRE KLAUSURWOCHE ZUR SUCHTPRÄVENTION

Evidenzbasierung in der Suchtprävention: Möglichkeiten und Grenzen – Ergebnisse eines Experten- und Expertinnendiskurses

Evidenzbasierung gilt als Mittel der Qualitätssicherung wie auch -bewertung in vielen Bereichen der Medizin und Gesundheitsprävention. In der Suchtprävention ist die Ausrichtung von Maßnahmen am Paradigma der Evidenzbasierung jedoch kein Standard, sondern vielmehr in einem derzeit regen, zum Teil gegensätzlichen Diskurs zwischen Praxis und Forschung (zum Beispiel Bühler & Thrul, 2013; Hanewinkel & Morgenstern, 2013; Korczak et al., 2011; Uhl, 2013). In diesem Zusammenhang wurde im Februar 2014, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, eine fünftägige interdisziplinäre Klausurwoche mit Experten und Expertinnen aus Praxis und Forschung der Suchtprävention durchgeführt, in der vor allem die Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Suchtprävention diskutiert werden sollten. In einer offenen Ausschreibung wurden hierzu Fachkräfte aus Praxis und Forschung eingeladen, im Rahmen der Klausurwoche gemeinsam Lösungs- und Verbesserungsmöglichkeiten der aktuellen Evidenzbasierung der Suchtprävention anhand von Leitfragen zu erarbeiten. Die in der Klausurwoche diskutierten Leitfragen befassten sich zum Beispiel mit der Übertragbarkeit von Standards aus anderen Disziplinen, der Erarbeitung methodischer Parameter und der Formulierung von konkreten Handlungsempfehlungen unter Beachtung gesellschaftlicher, politischer und finanzieller Rahmenbedingungen sowie rechtlicher, sozialer, ökonomischer und ethischer Aspekte. In einem regen Diskurs entwickelten die beteiligten Expertinnen und Experten ein Memorandum mit den in Tabelle 7 enthaltenen Inhalten.

Die im Memorandum entwickelten Handlungsempfehlungen für eine wünschenswerte Weiterentwicklung der Evidenzbasierung der Suchtprävention in

TABELLE 07:

INHALTE DES KÖLNER MEMORANDUMS (2014): „EVIDENZBASIERUNG IN DER SUCHTPRÄVENTION – MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN“

Präambel

Definition: Evidenzbasierte Suchtprävention

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der evidenzbasierten Medizin, kurativen Medizin oder anderer Disziplinen zur evidenzbasierten Suchtprävention

Möglichkeiten der Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention

Suchtpräventionsforschung zur Generierung von Evidenz als Grundlage für evidenzbasiertes Handeln

Grenzen und Probleme der Evidenzbasierung und -generierung in der Suchtprävention

Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Evidenzbasierung der Suchtprävention

Deutschland umfassen unter anderem folgende Anregungen und Empfehlungen:

- Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung und einem partizipativen Arbeitsverständnis.
- Eine praxisnahe Gestaltung der Suchtpräventionsforschung, das heißt unter anderem die verstärkte Untersuchung praxisrelevanter Untersuchungsgegenstände durch das Aufgreifen von Fragestellungen aus der Praxis und die Überprüfung von Durchführbarkeit und Implementierbarkeit von entwickelten Forschungsansätzen unter Praxisbedingungen.
- Eine Optimierung der Praxis der Suchtprävention durch eine nachhaltige Aus- und Fortbildung der Fachkräfte zum Thema Evidenzbasierung, durch die verstärkte Nutzung tauglicher Instrumente zur Konzeptbegründung und zur Recherche evidenzbasierter Maßnahmen in der Praxis wie auch die

Vernetzung mit anderen Präventionsbereichen (zum Beispiel Gewaltprävention). Eine langfristige, abgesicherte Finanzierung der Fachkräfte/-stellen ist hierfür eine unabdingbare Voraussetzung.

- Eine Veränderung der Forschungsförderung insbesondere hinsichtlich der Beachtung realisierbarer Anforderungen an Forschungsprojekte, zum Beispiel durch ein mehrstufiges Vorgehen in Projektphasen mit vorbereitenden Machbarkeits- und Pilotstudien, und dies auch in mehrstufigen Ausschreibungsverfahren. Zur Stärkung einer wissenschaftlichen Evidenzgenerierung in der Suchtprävention wird unter anderem eine Verstärkung von Replikations- und vergleichenden Interventionsstudien als notwendig erachtet, ebenso wie eine Verstärkung der Implementationsforschung. Der Frage der langfristigen Wirkung suchtpreventiver Maßnahmen ist nur durch eine entsprechende finanzielle Vorhabenausstattung zu begegnen. Im Hinblick auf die notwendige Zusammenarbeit von Forschung und Praxis zur Evidenzbasierung wie auch -generierung sollten

insbesondere zur Qualitätssicherung und zur Forschungsakzeptanz Aufwendungen der Praxis im Rahmen von Forschungsvorhaben regelhaft finanziert werden.

Der unterschiedliche Erfahrungshintergrund der beteiligten Experten und Expertinnen in der Klausurwoche führte zu einem innovativen, engagierten und fachlich hochwertigen Diskurs, der sich im Memorandum widerspiegelt. Das Memorandum selbst wurde positiv auf diversen Fachtagungen aufgenommen und konstruktiv diskutiert. Das Memorandum und ein in 2015 erscheinender Sammelband der beteiligten Experten und Expertinnen (Springer-Verlag) dienen der weiteren Dissemination der Ergebnisse der Klausurwoche und einer nachhaltigen Umsetzung der darin thematisierten Inhalte.

http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/KoelnerMemorandum_EBSP2014.pdf

EVIDENZBASIERTE SUCHTPRÄVENTION

IST DIE GEWISSENHAFTE UND SYSTEMATISCHE NUTZUNG DER GEGENWÄRTIG BESTMÖGLICHEN THEORETISCH UND EMPIRISCH ERMITTELTEN WISSENSCHAFTLICHEN ERKENNTNISSE.

EVIDENZ IN DER SUCHTPRÄVENTION ERGIBT SICH AUS DER INTEGRATION VON WISSENSCHAFTLICH GENERIERTER EVIDENZ, DEM ERFAHRUNGSWISSEN AUS DER PRAXIS UND DEM SUBJEKTIVEN WISSEN DER ZIELGRUPPEN.

2 SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE PRÄVENTION

2.1 ALKOHOL

2.1.1 ALKOHOL IN DER SCHWANGERSCHAFT

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann schwerwiegende Folgen für das ungeborene Kind haben: Bereits durch den Konsum geringer Mengen können Wachstumsstörungen sowie geistige und soziale Entwicklungsstörungen auftreten. Diese vorgeburtlich verursachten Schädigungen durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden als Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) bezeichnet. Bei der schwerwiegendsten Form – dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) – ist die Hirnentwicklung bei den Betroffenen so stark beeinträchtigt, dass sie ein Leben lang auf Hilfe angewiesen bleiben. Bei schwächeren Ausprägungen treten Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten auf, die eine intensive Frühförderung nötig machen, aber trotzdem lebenslange Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Laut Schätzungen kommen in Deutschland jährlich bis zu 10.000 Kinder mit einer FASD und mehr als 2000 Kinder mit FAS zur Welt. Damit zählen diese Krankheitsbilder zu den häufigsten angeborenen Erkrankungen. Sie sind vollständig vermeidbar, wenn die werdende Mutter auf Alkohol verzichtet.

Eine repräsentative Befragung von TNS Infratest im September 2014 im Auftrag der Dachstelle für Suchtprävention Berlin hat ergeben, dass zwar 85 Prozent aller Männer und Frauen wissen, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft problematisch ist, aber 44 Prozent der Befragten nicht bekannt ist, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu bleibenden Schäden beim Kind führen kann.

Die KiGGS-Untersuchung des Robert Koch-Instituts zeigt, dass fast 14 Prozent aller Mütter der Geburtsjahrgänge von 1985 bis 2005 während der Schwanger-

schaft Alkohol getrunken hatten. Jedes siebte werdende Kind war also dem Alkoholkonsum der Mutter ausgesetzt. Die Studienergebnisse zeigten zudem, dass in der höchsten Sozialschicht auch der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft am höchsten war, dass Alkohol konsumierende schwangere Frauen auch häufiger rauchen als abstinentere Schwangere und dass Schwangere mit einem Migrationshintergrund seltener Alkohol trinken. Nach neueren Daten aus der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts, bei der Daten von 2009, 2010 und 2012 zusammengefasst wurden, tranken zwar knapp drei Viertel der Schwangeren keinen Alkohol. Aber fast jede fünfte schwangere Frau wies einen moderaten und fast jede dreizehnte schwangere Frau sogar einen riskanten Alkoholkonsum auf.

Einen aktuellen Überblick zu den Angeboten im Bereich von FAS- bzw. FASD-Prävention, Diagnostik, Beratung und Behandlung in Deutschland gibt die im Dezember 2014 veröffentlichte Bundestagsdrucksache „Schädigung von Föten durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“

<http://www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/033/1803378.pdf>

2.1.1.1 Jahrestagung der Drogenbeauftragten

Bei der Jahrestagung der Drogenbeauftragten am 12. Dezember 2014 in Erlangen informierten sich zahlreiche Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung über den Förderschwerpunkt „Prävention in der Schwangerschaft“ und über weitere Projekte und Kampagnen zu diesem Thema. Auch Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml nahm an der Tagung teil. Im Mittelpunkt standen neue Wege und Möglichkeiten, wie präventive Angebote zielgerichtet in die Arbeit der Fachkräfte integriert werden können. Frau Huml wies darauf hin, dass es wichtig sei, werdende Mütter und Väter

genauso wie das Umfeld dafür zu sensibilisieren, dass Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft bei den ungeborenen Kindern zu schwerwiegenden Gesundheitsschäden führen können. Dieses Ziel verfolgt auch seit zwei Jahren die Kampagne „Schwanger? Null Promille!“.

Die Tagung machte deutlich, dass Suchtmittel konsumierende Frauen mit geeigneten Maßnahmen erreicht werden können. Die Erfahrungen zeigen aber, dass dazu eine gute und dauerhafte Vernetzung der Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung unerlässlich ist. Die Ergebnisse der unterschiedlichen vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekte fanden großen Zuspruch und sollen künftig in die praktische Arbeit vor Ort einbezogen werden.

Implementierung der S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Seit Dezember 2012 ist die S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) öffentlich verfügbar. Sie beinhaltet Informationen zur Leitlinienentwicklung, die diagnostischen Kriterien und Empfehlungen für das FAS und seine Differentialdiagnosen. Ergänzend werden anhand von Hintergrundinformationen die Prävalenz von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, die Prävalenz des FAS, Risikofaktoren für mütterlichen Alkoholkonsum und Risikofaktoren für die Entstehung eines FAS dargestellt.

Anfang 2013 wurde für die praktische Orientierung im ärztlichen und institutionellen Alltag ein Pocket Guide FAS (in deutscher und englischer Fassung) entwickelt. In einem Algorithmus wird der diagnostische Prozess bei Verdacht auf FAS auf einen Blick sichtbar dargestellt. Zu jeder diagnostischen Säule werden Differentialdiagnosen aufgeführt. Web-Links weisen zu weiterführenden Informationen hinsichtlich Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Unterstützung von betroffenen

Menschen mit FAS. Mithilfe der Finanzierung des BMG konnte das Buch zur Leitlinie breit unter Fachgesellschaften und Berufsverbänden gestreut werden. Dadurch konnten viele relevante professionelle Helferinnen und Helfer im Gesundheits- und Sozialsystem erreicht und über das Krankheitsbild FAS informiert werden.

Das Buch zur Leitlinie „Fetales Alkoholsyndrom – S 3 Leitlinie zur Diagnostik“ wurde vom BMG finanziell gefördert und erschien im August 2013 in der Reihe Pädiatrische Neurologie im Kohlhammer-Verlag (ISBN 978-3-17-023444-4).

Projekt

»**Expertenkonsens Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland**«; *Soziale Beratungs- und Betreuungsdienste Bayern GmbH*

Während das Fetale Alkoholsyndrom mittlerweile von Expertinnen und Experten besser erkannt wird, werden Kinder mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) häufig über lange Zeit fehldiagnostiziert. Eine frühzeitige Diagnose ist jedoch ein wissenschaftlich belegter protektiver Faktor für die Langzeitentwicklung der Betroffenen, insbesondere hinsichtlich eines selbstständigen Lebens und der Vermeidung von sekundären Erkrankungen. Sowohl vonseiten der Betroffenen und ihren Bezugspersonen als auch vonseiten der professionellen Helferinnen und Helfer wird dringend eine einheitliche Diagnostik der FASD bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland gefordert. Das BMG fördert daher ab Mai 2015 die Entwicklung eines evidenzbasierten formalen Expertenkonsenses über die notwendigen diagnostischen Kriterien und relevanten Empfehlungen für die Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen.

Projekt

»**Clearinggruppe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen, vergleichbaren Beeinträchtigungen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum**«

Evangelischen Verein Sonnenhof e.V.

Fast die Hälfte der Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) entwickeln eine Suchtproblematik. Allerdings haben diese Menschen große Schwierigkeiten, einen für sie adäquaten Zugang zu Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe zu finden. So ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie vielfache Behandlungsversuche unternehmen, von denen sie jedoch aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite nicht profitieren können.

In dem vom BMG seit August 2014 geförderten Projekt soll daher eine spezifische Sucht-Clearinggruppe konzipiert werden. Für Menschen mit Beeinträchtigungen durch FASD, die zugleich einen riskanten bis abhängigen Suchtmittelkonsum aufweisen, sollen damit adäquate Hilfen entwickelt werden. Diese Sucht-Clearinggruppe soll so gestaltet werden, dass ein Teil der Module auch für Menschen mit vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen

anderer Genese (zum Beispiel geburtliche oder erworbene Hirnschädigungen) nutzbar ist. Ziel der zu entwickelnden Module ist eine Reduzierung des Konsums durch personenzentrierte Förderung der Teilhabemöglichkeiten. Der besondere Bedarf dieser Menschen soll erfasst werden und es soll ein Zugang über die differenzierte Auseinandersetzung mit der Behinderung erfolgen (kompensierende Hilfen). Durch die spezifischen Zugänge kann der Klärungsprozess für Fragen des Zugangs zu geeigneten suchttherapeutischen Angeboten ermöglicht werden. Insgesamt soll ein Angebot geschaffen werden, das eine passgenaue ambulante Ergänzung der Regelversorgung der Eingliederungshilfe darstellt. Langfristiges Ziel des Projekts ist somit die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für die oben genannten Personen. Konkret sollen ein Manual/Handbuch erstellt werden sowie Vorklärun-gen zu Umsetzung und Evaluation im Rahmen einer Pilottestung im Anschluss an dieses Projekt abgeschlossen sein.

Mit diesen Aktivitäten (und deren Erweiterung und Fortsetzung) wird ein weiterer Schritt zur gesteigerten Wahrnehmung und Hilfe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen getan.

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

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ (siehe auch unter 1.1.) förderte das Bundesministerium für Gesundheit sieben Modellvorhaben. Drei davon wurden in einer zweiten Förderphase weitergefördert, um ihre Ansätze überregional zu implementieren. Beispielhaft wird das Projekt des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Köln (SkF e.V.) und des

Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW vorgestellt, an dem die Schwangerschaftsberatungsstellen in Erfurt, Trier, Wuppertal und im Rhein-Erft-Kreis, das Netzwerk „Schwangerschaft und Sucht“ in Paderborn sowie die SkF-Bundeszentrale beteiligt waren.

Mit dem Projekt wurden folgende Projektziele verfolgt:

- Fortführung und weitere Anpassung des aus der ersten Förderphase vorliegenden Interventionsansatzes (Ermittlung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft durch ein Kurz-Screening, Sensibilisierung für eine Verhaltensänderung der Schwan-

geren durch motivierende Kurzinterventionen, Vermittlung von Wissen durch psychoedukative Materialien) in der Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Köln

- Anpassung der Curricula der vorhandenen Gruppenangebote (insb. SKOLL), Durchführung und Implementierung des zusätzlichen Erziehungskompetenztrainings Mehr-MUT!
- Verbreitung des Interventionsansatzes in den Einrichtungen und Netzwerken der Kooperationspartner in Köln und in anderen Regionen
- Stärkung der Veränderungsbereitschaft/Sensibilisierung konsumierender Schwangerer
- Verbreitung von themenspezifischem Fachwissen bei Multiplikator(inn)en
- Schaffung weiterer Zugangswege durch themenspezifische Informationen in lebensweltorientierten Bezügen durch neue Medien

Zielgruppen waren schwangere Klientinnen mit Alkohol- und/oder Tabakkonsum sowie Fachkräfte aus Einrichtungen und Diensten der „Frühen Hilfen“.

Das Modellprojekt bestand aus drei Modulen:

1. Entwicklung und Umsetzung des Interventionsmodells in den Schwangerschaftsberatungsstellen
2. Sensibilisierung von Fachkräften und Multiplikator(inn)en in anderen Einrichtungen und Netzwerken Früher Hilfen
3. Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts
Wie die Evaluationsdaten belegen, reagierten Schwangere (unabhängig vom eigenen Konsum) auf das Interventionsmodell mehrheitlich offen und interessiert, sowohl auf das Screening als auch auf die psychoedukativen Materialien und die motivierenden Gespräche. Mehrheitlich waren Schwangere, die einen Substanzkonsum in der Schwangerschaft aufwiesen und im Interventionsmodell darauf angesprochen wurden, bereit, ihr Verhalten im Sinne des ungeborenen Kindes zu verändern. Bewährt hat sich, dass das Interventionsmodell konzeptionell auf das Beratungssetting der Schwangerschaftsberatungsstellen ausgerichtet

war und in diesen zumindest bei Frauen ohne Migrationshintergrund und ohne akute Krisensituation standardmäßig eingesetzt wurde. Da die Schwangeren sich nicht als suchtkrank erleben und es hinsichtlich des Alkoholkonsums oder des Konsums anderer Substanzen auch tatsächlich mehrheitlich nicht sind, nehmen sie die Angebote spezieller Suchtberatungsstellen nicht an. Eine Bearbeitung des (kritischen) Konsums in der Schwangerschaftsberatungsstelle hingegen steigert die Erreichbarkeit und Akzeptanz der Klientinnen für Verhaltensänderungen.

2.1.1.3 Beispielprojekte aus den Ländern und Verbänden

Baden-Württemberg

Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt

Die Ursachen von Gewalt sind in unserer modernen Gesellschaft vielschichtig. Vorangegangener Alkoholkonsum und gruppenspezifische Prozesse sind als auslösende oder verstärkende Faktoren häufig im Zusammenhang mit Gewalthandlungen feststellbar. Fast jede(r) dritte Jungtäter(in) ist nach Feststellungen der Polizei bei der Begehung von Gewalttaten alkoholisiert. Damit sind junge Menschen bei alkoholbeeinflussten Gewaltdelikten stark überrepräsentiert. Zudem ist festzustellen, dass junge Fahrer nach Alkohol- und/oder Drogenkonsum deutlich risikobereiter und aggressiver am Straßenverkehr teilnehmen.

Das mit einer Million Euro aus Mitteln der Baden-Württemberg Stiftung geförderte Programm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ) des Innenministeriums Baden-Württemberg hatte zum Ziel, diesem Phänomen nachhaltig entgegenzuwirken. Ausgangspunkt war die Verdeutlichung der Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum bzw. -missbrauch und delinquentem Verhalten bei Jugendlichen und Heranwach-

senden. Zielsetzung des Förderprogramms war dabei primär

- die Vermittlung bzw. „Reaktivierung“ positiven Sozialverhaltens,
- die Verhütung von Gewaltkriminalität unter Alkoholeinwirkung,
- die Reduzierung von alkoholbedingten Verkehrsunfällen und
- die Verhinderung des Wegs in eine Alkoholsucht.

Daneben zielte das Programm darauf ab, örtliche Präventionsnetzwerke zu stärken bzw. zu initiieren.

Zielgruppe des Förderprogramms waren Jugendliche und Heranwachsende im Alter zwischen 14 und 19 Jahren, die innerhalb der letzten vier Monate vor Programmstart unter Alkoholeinfluss aufgrund von Gewalthandlungen oder als Verkehrsteilnehmer(innen) straf-/ordnungs- oder verkehrsrechtlich auffällig geworden waren oder dies aufgrund ihres Verhaltens zu erwarten war.

Das Förderprogramm richtete sich vornehmlich an Kommunen, Stadt- und Landkreise, freie Träger der Jugendhilfe und die Polizei, aber auch an andere Institutionen und Vereinigungen (zum Beispiel Vereine) als Netzwerkpartner.

Zur Qualitätssicherung waren bei den geförderten örtlichen Präventionsprojekten vorgegebene Mindeststandards einzuhalten. Konkret bedeutet dies, dass der Projektträger im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes und eines vernetzten Vorgehens handeln sollte. Dabei musste er definierte und erfolgversprechende sozialpädagogische sowie suchtpreventive Ansätze, die die Folgen normabweichenden Verhaltens verdeutlichen, in seiner Konzeption berücksichtigen und bereits bei der Beantragung von Fördermitteln nachweisen.

Die Inhalte der verschiedenen Präventionsansätze sowie Möglichkeiten der Umsetzung dieser Ansätze in der Konzipierung örtlicher Präventionsprojekte

wurden in vier Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zum Förderprogramm vermittelt.

Auf die Projektausschreibung wurden 61 Projektförderanträge eingereicht, von welchen 26 besonders geeignete Projekte ausgewählt wurden. Die Projektlaufzeit betrug zwei Jahre und startete im Oktober 2011. Das Präventionsprojekt wurde von Beginn an durch das proVal-Institut aus Niedersachsen begleitet und evaluiert.

Die Evaluation der Programmumsetzung zeigt, dass die Zielgruppe sehr gut erreicht wurde. Akzeptanzunterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die aufgrund einer verbindlichen Auflage an einem der Projekte teilnahmen, und anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnten nicht festgestellt werden. Insgesamt belegt die Evaluation einen nachhaltigen Rückgang beim Alkoholkonsum und bei der Gewaltausübung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Verbesserungen im Sinne des Programms konnten auch bei der Befürwortung eigener Gewalt, bei der Konfliktkompetenz, der Gruppendruckresistenz, der Perspektivenübernahme, der angenommenen Wahrscheinlichkeit von bestimmten praktischen Tatfolgen, der Verfügbarkeit von Anerkennungsalternativen, der Einbindung und Unterstützung im Hinblick auf praktische Fragen, der Motivation zur Einhaltung gesellschaftlicher Normen, dem Wissen über die Folgen des Alkoholkonsums sowie dem Wissen über die psychischen und sozialen Folgen von Gewalt nachgewiesen werden.

Zwischen den einzelnen Projekten gab es diesbezüglich allerdings teilweise erhebliche Unterschiede. Projekte mit dem Schwerpunkt auf verhaltensbezogenen Maßnahmen erreichten in der Regel größere Veränderungen in Richtung der Programmziele als Projekte, die sich auf Maßnahmen mit Bezug zu den Bereichen „Wissen“, „Einstellungen“ und „Emotionen“ konzentriert haben. Ein verhaltensbezogener Präventionsansatz scheint

► somit ein empfehlenswertes Mittel zur Vorbeugung oder Reduktion der alkoholbedingten Jugendgewalt zu sein.

Für eine Veränderung der Trinkgewohnheiten kommt es den Ergebnissen der statistischen Analysen zufolge vor allem darauf an, dass die Jugendlichen eine feste Absicht entwickeln, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Hierbei spielen die Einschätzung der Bedeutung von Alkohol für die Entstehung von Gewalt und die Wahrnehmung von Risikofaktoren im eigenen Lebensumfeld eine Rolle. Vielversprechend sind nach den Ergebnissen der Analysen des proVal-Instituts auch das Training alternativer Handlungsweisen und die Sensibilisierung für bestimmte Tatfolgen wie beispielsweise Führerscheinentzug, hohe Schuldenbelastung oder Freiheitsstrafe.

Für die Reduzierung der Gewaltausübung waren den Ergebnissen der Evaluation zufolge vor allem die

Stärkung der Konfliktkompetenz und die Sensibilisierung bezüglich der Bedeutung von Alkohol für gewalttätiges Verhalten wichtig. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass auch ein Wissenszuwachs über die psychischen und sozialen Folgen von Gewalt präventiv wirkt.

Der Evaluationsbericht des Instituts proVal steht zum Download zur Verfügung

<http://www.im.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikationen/>

Um den Projektverlauf und die Evaluationsergebnisse interessierten Kreisen aus Präventionspraxis und Wissenschaft zur Verfügung zu stellen, wird eine Abschlussdokumentation in Form eines Buchprojektes erstellt. Dieses soll im Juni 2015 beim 20. Deutschen Präventionstag in Frankfurt vorgestellt werden.

Modellprojekt Trampolin

Die Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven, in Trägerschaft des Caritasverbandes für die Region Heinsberg e.V. in Kooperation mit dem Diakonischen Werk des Kirchkreises Jülich, hat sich nach langer Vorlaufphase und Auseinandersetzung mit dem Thema: „Kinder aus suchtbelasteten Familien“, im Jahr 2013 entschieden, die Kindergruppe Trampolin anzubieten.

In Deutschland leben ca. 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche zeitweise oder dauerhaft mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammen. Hinzu kommen ca. 40.000 Kinder, deren Eltern drogenabhängig sind oder eine andere stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung aufweisen. In Prozenten ausgedrückt bedeutet das, dass je nach Studie 10–15 Prozent aller Kinder in suchtbelasteten Familien leben. Für den Kreis Heinsberg bedeutet dies, dass

hier im Schnitt ca. 5.000 (zwischen 4.532 und 6.799) Kinder betroffen wären, von den unter Dreijährigen wären es im Schnitt ca. 750 (zw. 605 und 908) Kinder.

Diese Kinder machen häufig belastende familiäre Erfahrungen, die ihre Entwicklung gefährden können. So zeigen Forschungsergebnisse, dass Kinder suchtkranker Eltern deutlich anfälliger für eigene Suchtprobleme und andere psychische Auffälligkeiten sind als andere Kinder. Sie stellen die größte Risikogruppe dar, selbst eine Suchtstörung bzw. andere psych. Störungen zu entwickeln. Daher sehen wir die Notwendigkeit, im Kreis Heinsberg ein entsprechendes Präventionsangebotsangebot zu initiieren.

Die Durchführung der ersten Gruppe im Jahr 2013 wurde im Rahmen einer Projektphase durch



► Stiftungsgelder finanziert. Im folgenden Jahr übernahm der Kreis Heinsberg die Kosten für die Durchführung des Angebotes.

„Trampolin“ ist ein Gruppenprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Angesprochen werden Kinder zwischen acht und zwölf Jahren. Entwickelt wurde „Trampolin“ als Präventionsangebot vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW. Das Präventionskonzept ist modular aufgebaut und findet an insgesamt neun Terminen à 90 Minuten statt.

„Wir können Kompetenzen und Erfahrungen aus der Sucht- und Jugendhilfe miteinander verbinden, indem wir mit der Jugendhilfe des Caritasverbandes Heinsberg kooperieren. Die Gruppe wird von einem Mitarbeiter der Jugendhilfe und einer Mitarbeiterin der Suchthilfe geleitet.“

Bisher konnten zwei Trampolin-Gruppen angeboten werden. Im Vorfeld haben wir viel Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Letztendlich zeigte sich jedoch, dass sich ausschließlich Eltern offen für dieses Angebot zeigten, die bereits im Suchthilfesystem angebunden sind und sich bereits mit ihrer eigenen Suchterkrankung auseinandergesetzt haben. Es ist uns wichtig, die Kinder nicht in Loyalitätskonflikte zu bringen. Deshalb nehmen wir nur Kinder auf, deren Eltern ihnen in unserem Beisein die Erlaubnis geben, offen über die Problematik zu sprechen. In Ausnahmefällen nehmen wir auch Kinder in die Gruppe auf, bei denen das Thema Abhängigkeit kein tabuisiertes Thema mehr darstellt, die also beispielsweise aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung der Eltern aus der Familie genommen wurden und die über diese Erkrankung auch informiert sind. Bisher konnten wir in der Gruppe überwiegend positive Erfahrungen sammeln, lediglich die Zeit, um Vertrauen aufzubauen, ist sehr kurz bemessen. Die Kinder nahmen regelmäßig an dem

Angebot teil, es gab keine Abbrüche. Hier spielt sicherlich unser kostenloser Hol- und Bringdienst eine entscheidende Rolle zur Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme der Kinder. Wir nehmen Kinder aus dem gesamten Kreisgebiet Heinsberg auf und stellen auch den Fahrdienst hierfür.

Der Mix aus Psychoedukation, Zeit zum Spielen und dem Erlernen von Strategien sowie dem Austausch untereinander hat sich als sehr sinnvoll erwiesen. Die Kinder haben sich schon sehr früh als Gruppe definiert und schnell „Gruppenregeln“ für sich erarbeiten können, von denen die wichtigsten „Verschwiegenheit“ und „Akzeptanz“ waren. Hier zeigte sich das große Bedürfnis, einen sicheren Rahmen zu haben und nicht aufgrund der Suchterkrankung der Eltern Ausgrenzung zu erfahren. Die eingeführten Rituale, etwa eine „Befindlichkeitsrunde“ anhand von „Wetterkarten“ zu Beginn jeder Gruppe, sowie das „Glückssteinritual“, bei dem jedes Kind durch Weitergabe eines „Glückssteins“ seiner Nachbarin bzw. seinem Nachbarn am Ende jeder Gruppe ein positives Feedback geben sollte, wurden von den Kindern sehr gut angenommen. Es war schön zu sehen, wie sie diesen Raum zunehmend für sich nutzten und von sich erzählten. Auch die Ressourcenübungen begleiteten die Kinder in ihren Alltag, so hatten sie zum Beispiel eine „Schatzkiste“, in die sie Dinge legen konnten, die ihnen gut tun, um sich in schwierigen Situationen daran erinnern zu können. Ein Mädchen deponierte dort zum Beispiel Haare ihres Meerschweinchens.

Die Kinder waren am Ende des Angebotes in der Lage, sehr detailliert zu formulieren, an welche Dinge sie sich erinnern konnten und was ihnen besonders viel Spaß gemacht oder im Gedächtnis geblieben war.

Durch das Zusammentragen der unterschiedlichen Themen wurde deutlich, dass die Kinder sehr viele Details für sich erarbeitet und einen Fundus unterschiedlicher Strategien angelegt hatten.

Nahezu alle Kinder aus beiden stattgefundenen Gruppen hätten sich eine Weiterführung der Gruppe gewünscht und äußerten Bedauern über die Beendigung des Angebotes.

Das Angebot sieht zwei begleitende Elternabende vor, einen zu Beginn und einen nach Beendigung der

Gruppe. Zudem hatten wir den Eltern angeboten, auch während der Gruppenphase bei Fragen oder Schwierigkeiten auf uns zuzukommen.

Dieses Angebot wurde jedoch nur von wenigen Eltern genutzt. Auch hier zeigte sich die Tendenz, dass Eltern, die sich bereits mit der eigenen Abhängigkeit auseinandergesetzt und eine ausreichende Krankheitseinsicht hatten, diese Unterstützung nutzen konnten. Von den übrigen Eltern wurde dieses Angebot nicht angenommen. Unsere Hypothese hierzu ist, dass eine Vermeidungstendenz besteht, um sich nicht mit dem Thema Elternschaft und Suchterkrankung auseinandersetzen zu müssen, oder vielleicht auch grundsätzliche Schwierigkeiten, sich einer Gruppensituation auszusetzen.“

Plakatwettbewerb »bunt statt blau«

Bei der Kampagne „bunt statt blau – Kunst gegen Komasaufen“ der DAK-Gesundheit werden Jugendliche kreative Botschafterinnen und Botschafter gegen den Alkoholmissbrauch. Bundesweit sind jedes Jahr 12- bis 17-jährige Schülerinnen und Schüler eingeladen, um mit selbst gestalteten Plakaten Farbe gegen das Rauschtrinken zu bekennen. Seit 2010 reichten über 62.000 Schülerinnen und Schüler einzeln oder als Team ihre Kunstwerke ein. Aus den 16 Landessiegern wählt eine Jury für die jährliche Preisverleihung jeweils vier Bundessieger. Zu gewinnen gibt es Geld- und Sachpreise. Die 16 besten Plakate werden als Wanderausstellung in Schulen oder Rathäusern gezeigt.

2015 findet die Kampagne „bunt statt blau“ zum sechsten Mal in Folge statt. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kooperationspartner sind das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) sowie die Band „Luxuslärm“. Das Projekt wird in den Bundesländern

von Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten, Ministerinnen und Ministern, Landrätinnen und Landräten, Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Suchtberatungsstellen sowie Künstlerinnen und Künstlern unterstützt sowie durch eine intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet. Die Kampagne wurde mehrfach ausgezeichnet – aktuell mit dem renommierten „Internationalen Deutschen PR-Preis 2014“.

Eine Studie zu „bunt statt blau“ aus dem Jahr 2013 zeigt den Erfolg und die positive Wirkung des Präventionsprojekts in der Zielgruppe. Im Jahr 2014 wurde „bunt statt blau“ erneut durch eine Online-Befragung von mehr als 200 Teilnehmenden seitens des IFT-Nord begleitet. Die Schülerinnen und Schüler bewerten den Wettbewerb wieder als sehr positiv, obwohl die überwiegende Mehrzahl nicht zu den Gewinnerinnen bzw. Gewinnern zählte. Über die Hälfte der Stichprobe gab an, durch die Teilnahme an dem Plakatwettbewerb „bunt statt blau“ nun anders



über die Wirkung von Alkohol zu denken. Die Mehrheit der Befragten war außerdem davon überzeugt, dass „bunt statt blau“ zu einem vernünftigeren Umgang mit Alkohol unter jungen Leuten beitrage.

Ferner zeigte die Studie, dass die Teilnehmenden der Online-Befragung im Vergleich zu einer hinsichtlich Alter und Geschlecht parallelen Stichprobe seltener Alkohol konsumieren. Die Wiederholungsbefragung machte einen signifikanten Unterschied beim „Binge Drinking“ deutlich. Von den an „bunt statt blau“ Teilnehmenden gaben 55 Prozent an, in ihrem Leben noch nie bei einer Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken zu haben. In der Vergleichsgruppe war dies mit 38 Prozent deutlich weniger. Dies deutet darauf hin, dass an „bunt statt blau“ Teilnehmende im Verlauf eines Jahres nach Wettbewerbsteilnahme eine niedrigere Wahrschein-

lichkeit für „Binge Drinking“ hatten als ihre Altersgenossinnen und -genossen, die nicht am Plakatwettbewerb teilgenommen hatten. Eine unmittelbare kausale Rückführung dieses Unterschiedes auf die Intervention der Kampagne ist jedoch aufgrund des Studiendesigns nicht zulässig.

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

LEDIGLICH JEDE ZEHNTE PERSON, DIE EINE ALKOHLABHÄNGIGKEIT AUFWEIST, NIMMT AN EINER THERAPIE TEIL.

»Weniger-trinken-online«

Was ist »Weniger-trinken-online«?

Dieses innovative Therapieangebot richtet sich an Personen aus Hamburg und Umgebung, die einen kritischen Alkoholkonsum aufweisen und diesbezüglich Fragen und Veränderungsabsichten haben. Das Programm unterscheidet sich im Vergleich zur rein stationären Therapie dadurch, dass die Patientinnen und Patienten sich ihre Therapiezeit durch den Online-Kontakt weitestgehend frei einteilen können und dass in der Klinik nur wenige persönliche Kontakte zwischen Therapeut(in) und Patient(in) vorgesehen sind.

Im Vergleich zu anderen „Online-Angeboten“ zeichnet sich dieses Angebot durch persönliche individualisierte online-gestützte Kontakte zwischen Therapeut(in) und Patient(in) aus.

Als Zielgruppe dieses Projekts sollen Personen angesprochen werden, die mit dem bisherigen Therapieangebot schwer erreichbar waren: beispielsweise Frauen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Selbständige oder jene mit einem weiten Anfahrtsweg.

Die Therapie mit einer durchschnittlichen Dauer von zwölf bis 16 Wochen gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil der Therapie wird mithilfe eines Alkoholtagebuchs und weiterer Aufgaben festgestellt, inwieweit ein Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit von Alkohol vorliegt. Aus diesem ersten Teil wird abgeleitet, ob eine Weiterbehandlung im Rahmen der Online-Therapie sinnvoll erscheint, keine gravierenden

Gründe dagegensprechen und somit der zweite Teil der Therapie folgen kann. Im anknüpfenden zweiten Teil der Therapie setzt sich die Patientin bzw. der Patient ein konkretes Ziel, welches im Anschluss über unterschiedliche Interventionen und Aufgaben erreicht werden soll. Weiterführende Informationen zum Inhalt dieses Therapieangebots unter:

<http://www.weniger-trinken-online.de>

Erste Ergebnisse des Projekts »Weniger-trinken-online«

Vorangegangene Studien über die Online-Therapie zeigten, dass sich die Charakteristika der an der Online-Therapie teilnehmenden Patientengruppe im Vergleich zu Personen, die an einer Face-to-Face-Therapie teilnahmen, unterschieden. So

verfügten Personen, die an einer Online-Therapie teilnahmen, signifikant häufiger über einen höheren Bildungsabschluss und waren häufiger berufstätig. Ferner wurden verhältnismäßig mehr Frauen erreicht (Postel et al. 2011).

Durch eine therapiebegleitende Evaluation soll auch der Erfolg von „Weniger-trinken-online“ geprüft werden. Bei den ersten Auswertungen ist feststellbar, dass mithilfe dieses Zugangsweges Personen mit einem Durchschnittsalter von 54,4 Jahren und einem höheren Bildungsabschluss (50 Prozent verfügen über einen Abschluss der Fachhochschule/Universität) angesprochen werden.

WENIGER-TRINKEN- ONLINE SPRICHT EINE NEUE ZIELGRUPPE AN

Außerdem können wir bislang feststellen, dass sich Personen, die an „Weniger-trinken-online“ teilnehmen, über Risikosituationen für einen erhöhten Alkoholkonsum besser bewusst sind als vor der Therapie und dass sie den Online-Kontakt mit den Therapeutinnen und Therapeuten als angenehm und persönlich empfinden.

Der abschließende Therapieerfolg soll zum Ende des Projekts evaluiert werden. Hierzu werden Ergebnisse aus Befragungen (1) direkt nach Abschluss der Therapie, (2) nach sechs Wochen sowie (3) nach sechs Monaten nach Therapieende herangezogen.

Kontakt:

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll,
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen,
Suchtambulanz (Haus 3, EG)

Besucheranschrift:

Henny-Schütz-Allee 3

Postanschrift:

Langenhorner Chaussee 560,
22419 Hamburg, Tel.: 040 1818-872524

<http://www.suchtambulanz.nord@asklepios.com>

<http://www.asklepios.com/nord>

»ICH WILL, DASS MÖGLICHST JEDE SCHWANGERE FRAU WEISS, WELCH ENORME GEFAHREN VOM ALKOHOL FÜR DAS WERDENDE KIND AUSGEHEN.«

(Marlene Mortler)



Forschungsprojekt zur web-basierten Tele-Nachsorge bei Alkoholabhängigen

Die erfolgreiche Implementierung von Nachsorgekonzepten nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation mithilfe neuer Medien konnte bereits gezeigt werden (vgl. Ebert et al. 2008). Da vergleichbare Ansätze bezogen auf die Rehabilitation Alkoholabhängiger fehlen, wurde das vorliegende von der DRV Bund geförderte Projekt einer web-basierten Tele-Nachsorge initiiert. Ziel waren der Erhalt einer abstinenten Lebensweise im Alltag und die Überwindung der poststationären Schnittstellenproblematik (vgl. Wollmerstedt et al. 2013).

Die vorliegende prospektiv randomisierte Längsschnittstudie wurde unter zwei Bedingungen durchgeführt: Experimentalgruppe: wöchentlich therapeutisch geleitete Chatgruppe, Kontrollgruppe: monatlicher telefonischer Kurzkontakt mit einer Klinikmitarbeiterin bzw. einem Klinikmitarbeiter (n = 268). Beide Gruppen wurden über sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation begleitet (vgl. Eich et al. 2012).

Als Datenbasis dienten die standardisierte Basisdokumentation und Katamnese, psychometrische Fragebögen sowie spezifische Instrumente zum Beispiel zur Erhebung von Rückfällen und zur Programmevaluation.

Die Abstinenzquoten wurden gemäß der Standards der DGSS (DGSS 1-4) berechnet. Sechs Monate nach der stationären Entlassung fiel die Erfolgsquote der EG mit 69,4 Prozent erwartungsgemäß höher aus als in der KG (59,5 Prozent). Zur Ein-Jahres-Katamnese wurden die Abstinenzquoten von EG und KG einer Vergleichsgruppe (TAU, treatment as usual) gegenübergestellt: Die Teilnehmenden der Interventionsgruppen wiesen hier je nach Standard eine um zehn bis 20 Prozent

höhere Erfolgsquote auf als Patientinnen und Patienten der TAU ($p < 0.05$). Es zeigte sich zudem ein Trend zugunsten der EG.

Bezogen auf die Abstinenzsicherung ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation deuten die Ergebnisse sowohl auf die Wirksamkeit einer therapeutisch geleiteten Chat-Nachsorge als auch eines telefonischen Kurzkontaktes im Vergleich zu TAU hin.

Internetbasierte sowie telefonische Nachsorgekonzepte stellen ein innovatives, bedarfsgerechtes Behandlungsangebot dar, welches die Chance bietet, den Anteil der regelmäßig an Nachsorgemaßnahmen teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Das 10. Berliner Suchtgespräch des Gesamtverbands für Suchthilfe e. V. (GVS) versammelte zum Thema „Elternschaft und Suchterkrankung“ am 27. November 2014 Expertinnen und Experten der Sucht-, Jugend- und Erziehungshilfe, Politikerinnen und Politiker sowie Interessierte zu einem wegweisenden Austausch.

http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Dokumentation/10_BSG_Dokumentation.pdf

Wie ist das professionelle Hilfesystem auf die vielfältigen Unterstützungserfordernisse suchtkranker Menschen mit Erziehungsverantwortung und deren Kinder vorbereitet? Welche Rahmenbedingungen gewährleisten eine qualifizierte Hilfe für suchtkranke Familien? Wie können die benötigten Hilfen bereitgestellt werden?

Diesen Leitfragen „auf der Spur“ startete das Jubiläumssuchtgespräch mit einem einleitenden

► Grußwort der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marlene Mortler.

„Diese große Aufgabe kann nur gelingen, wenn wir dafür sorgen, dass Eltern trotz ihrer Suchtbelastung selbst so stark sind, dass sie in der Lage sind, ihre Kinder zu selbstbewussten Persönlichkeiten heranziehen zu können.“

So lautete eine unmissverständliche Feststellung der Bundesdrogenbeauftragten, die damit auch auf die quasi „naturgegebene“ Verbindung des Themas „Elternschaft und Suchterkrankung“ mit dem Thema „Kinder aus suchtkrank belasteten Familien“ hinwies. Auch müssten wir uns „um diese besondere Risikogruppe auch deshalb kümmern, weil die Kinder suchtkranker Eltern selbst wieder Eltern werden und ohne Hilfe ein Leben lang die Unsicherheit aus ihrer Kindheit mitschleppen und auf ihre Kinder übertragen könnten“, so Mortler weiter zu einem mutmaßlichen „Teufels-

kreis“, der nur durchbrochen wird, wenn wir auch die betroffenen Kinder befähigen, bei Suchtgefahren „gegen den Strom schwimmen zu können“.

In ihrer Rede spricht die Bundesdrogenbeauftragte zwei zentrale Herausforderungen an: „zum einen, welche Angebote Eltern als Hilfesuchenden am meisten nützen. Zum anderen, wie man die Eltern erreichen kann, die bisher die Angebote nicht aufsuchen“. Es seien solche „Angebote, die in funktionierende Netzwerke eingebettet sind und Angebote, die die ganze Familie im Blick haben“, von denen suchtkranke Eltern am stärksten profitieren, so Mortler.

Ein Manko sei jedoch möglicherweise, dass „betroffene Eltern schlicht nicht wissen, wo und bei wem sie Hilfe erhalten“ können. Die Bundesdrogenbeauftragte schlägt daher „einen Lotse oder ein Navigationssystem, was den Eltern das Finden der richtigen Hilfe erleichtern würde“, vor.

Die GVS-Kampagne »Elternschaft und Suchterkrankung«

Knut Kiepe, Suchtreferent des GVS, stellte in seinem Vortrag die – bisherigen – Aktivitäten und Maßnahmen des GVS zum Thema vor.

Die große Resonanz auf die Herausgabe des ersten Leitfadens „Suchtberatung bei suchtkranken Eltern zur Förderung des Kindeswohl“ – vor kurzem ist eine aktualisierte und erweiterte zweite Auflage erschienen – ist einer der Ausgangspunkte für die Vertiefung des Fokus auf „suchtkranke Eltern“. Mit einer gut besuchten Fachtagung im Juni 2012, der Herausgabe des Positionspapiers „Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln“ sowie der Entwicklung und Veröffentlichung der Webseite www.eltern-sucht.de wurden weitere Schritte

getan. Als Ergebnisse des jüngst abgeschlossenen zweijährigen Projekts „Elternschaft und Suchterkrankung“ wurden unter dem programmatischen Titel „Herausforderungen in der Behandlung suchtkranker Familien“ unter anderem ein Weiterbildungscurriculum sowie ein weiteres Positionspapier mit expliziten Forderungen zur Optimierung der Hilfen für suchtkranke Eltern entwickelt. Nicht zuletzt gelang auch der Schritt in Richtung einer Einbindung der Sucht-Selbsthilfe. Hier wurde eine grundlagenschaffende Studie durchgeführt und ein bereits erfolgreich erprobtes Weiterbildungsmodul für Menschen in der Sucht-Selbsthilfe geschaffen.

Unter dem Motto Suchtkranke Menschen mit Erziehungsverantwortung – Eine Zielgruppe im

Blickpunkt wartete das Podiumsgespräch des 10. Berliner Suchtgesprächs mit acht Gästen auf, die sich aus Vertretern der vier Fraktionen des Deutschen Bundestags, drei Verbändevertretern und einem Wissenschaftler zusammensetzten. Moderiert wurde die Diskussion von Patrick Diemling, Moderator, Schauspieler, Religionswissenschaftler und Heilpraktiker für Psychotherapie.

Volkswirtschaftliche »Blackbox«: Die suchtkranke Familie!

Eine wichtige Grundlage und auch Anregung für die weitere Diskussion lieferte Dr. Tobias Effertz, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Recht der Wirtschaft, Arbeitsbereich Zivilrecht der Universität Hamburg. Mit seinen Forschungsergebnissen zu den „Kosten bei Kindern aus Suchtfamilien“ deckt er die volkswirtschaftliche Dimension eines kaum beachteten Problems auf. Nach seinen Recherchen entsteht in Deutschland bei Kindern jedes Jahr aufgrund von medizinischen Kosten ein Betrag von 210 Millionen Euro, wenn sie einen Alkoholiker als Elternteil haben. Unklar ist jedoch, wie sich die häufig nur allzu deutlichen Langzeitfolgen für die betroffenen Kinder wirtschaftlich auswirken. Hier existiert immer noch sozusagen eine „Blackbox“, so Dr. Tobias Effertz.

Warum nicht eine Kampagne?

Die Leiterin des Zentrums für Familie, Bildung und Engagement der Diakonie Deutschland Doris Benecke sieht die dringende Notwendigkeit eines realistischen Überblicks „darüber, was Kinder- und Jugendhilfe in der Breite von Regeleinrichtungen über Beratungsstellen, Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatung bis hin eben zu den breiten Angeboten im Bereich der Hilfe zur Erziehung (...) ist.“ Darüber hinaus müssten erfolgreiche Projekte zum Thema ausgewertet, zusammengeführt und möglichst zu konkreten

Vorschlägen entwickelt werden. Also, warum nicht eine übergreifende, breit aufgestellte Kampagne?

Raus aus der »Projektitis« – hin zur Verstetigung!

„Aber den Weg, über Standards zu reden, Standards, die man definieren kann (...) find ich erst mal einen lohnenswerten Ansatz, um mehr Druck reinzubekommen“, so Burkhard Blienert, MdB und Berichterstatter der SPD-Bundestagsfraktion für Drogen und Sucht. Er fordert, dass die „systemische Frage gestellt werden“ muss, angesichts der vielen Ansätze, die in die richtige Richtung gehen, und führt die Modelle des „Quartiersmanagements“ und der „Sozialen Stadt“ an, die auch wieder zusammenführen und vernetzen.

Wir dürfen Kinder nicht überfordern!

Dr. Björn Hagen, Geschäftsführer des Evangelischen Erziehungsverbands e. V., widmet sich in seinem Statement den Kindern. Diese „sind damit überfordert, das ist meine Erfahrung aus den Familien, überhaupt die Systeme zu stabilisieren. Sondern sie müssen auf die Kinderebene zurück. Die einzige Chance ist es, die Eltern in die Lage zu versetzen, ihre Elternverantwortung wahrzunehmen.“

Kinderschutz und Elternwohl ist Bundesaufgabe!

Sehr deutlich auf die Verantwortung der Bundesebene weist Eckhard Pols von der CDU, MdB und Vorsitzender der Kinderkommission des Bundestags, hin: „Also der Bund muss hier die Kosten übernehmen und muss hier auch für ein System sorgen, das die Familien auf dem Plan hat.“ Wenn es um die Frage der ersten Zugänge zu den Familien und gerade auch zu den Eltern geht, hat er zwei Berufsgruppen mit Potenzial im Blick: Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Hebammen.

Was drauf steht, muss auch drin sein!

Als Geschäftsführer des GVS gibt Dr. Theo Wessel eine klare Richtung vor: „Das Leitmotiv müsste sein, dass Kindeswohl und Elternwohl unmittelbar miteinander zusammenhängt.“ Er schlägt ein Gütesiegel für die elternbezogene Suchtarbeit vor, denn „wir müssen transparent machen, dass das, was drauf steht, auch drin ist“. Nur so geht „familienorientierte Suchthilfe“!

Herausforderungen: Die Gestaltung einer familienbezogenen Suchthilfe

Dr. Wessel setzt dann auch den Schlusspunkt des 10. Berliner Suchtgesprächs. Nach einem spannenden Podiumsgespräch skizziert er wichtige Forderungen an die Kommunen, die Leistungsträger, die Wissenschaft und die Einrichtungsträger, gibt aber vor allem folgende Forderungen an die versammelte Politik zurück:

Wir benötigen dringend das schon so oft angekündigte Präventionsgesetz!

Zahlreiche Studien belegen das erhöhte gesundheitliche Risiko bei Kindern aus suchtbelasteten Familien im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Elternhäusern sowie eine Notwendigkeit möglichst frühzeitig einsetzender Interventionen, um Fehlentwicklungen entgegenzusteuern. Umso dringlicher ist die Forderung an die Politik, Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen zu verankern, um präventive Maßnahmen auch hier auf eine solide Basis zu stellen. Ohne die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen wird es nicht möglich sein, Kindern mit suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern die Unterstützung zu geben, die sie brauchen. Denn insgesamt gilt: Investitionen in die Kinder sind Investitionen in die Zukunft unserer Gesellschaft!

Regelfinanzierung statt Projektförderung – vor allem, wenn es auch um Kinder geht!

Die übliche Organisation und Finanzierung von Hilfen in Form von „Projekten“ steht im Gegensatz zu dem, was die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern verlangt: Kontinuität! Neue Angebote bedürfen einer ausreichenden Entwicklungszeit, werden jedoch häufig in Form von Projekten gefördert. Projekte sind schon von ihrem Verständnis her zeitlich befristet, haben eine begrenzte Fragestellung und eine projektspezifische Organisation. Die Folge:

In der Regel ist das Ende eines Projektzeitraums absehbar – dabei wird allerdings das Projektende durch die Forderung definiert und nicht durch den Entwicklungsprozess der Ratsuchenden. Für eine wirksame beratende/

therapeutische Hilfe für gestörte Familiensysteme sind jedoch häufig die Projektlaufzeiten zu kurz. Zudem sind die begrenzt angebotenen Hilfeformen zumeist nicht flexibel genug, um auf die verschiedenen Problemlagen und Diagnosen des hilfesuchenden, gestörten sozialen Systems „Familie“ zu reagieren und ihrem langfristigen dauerhaften Bedarf gerecht zu werden. Sinnvoll ist es, die unterschiedlichen bereits existenten Hilfeangebote auf Grundlage einer gesicherten Finanzierung weiterzuentwickeln und auszubauen.

Jugendämter brauchen Unterstützung zur Image-verbesserung!

Die Angebote von Allgemeinen Sozialen Diensten und Jugendämtern werden von suchtkranken Eltern nur schwer akzeptiert. Mütter und Väter fürchten Eingriffe in ihr Erziehungsrecht, sobald die Sprache auf Unterstützungsmöglichkeiten vonseiten dieser Institutionen kommt.



Bei Klientinnen und Klienten, denen mitgeteilt wird, dass die Beratungsstelle im Falle eines Verdachts der Kindeswohlgefährdung Kontakt zum Jugendamt aufnimmt, besteht die große Gefahr eines Beratungs/Behandlungsabbruchs. Es müssen Möglichkeiten einer Imageverbesserung der Jugendämter gefunden werden. So können zum Beispiel Babybegrüßungsdienste oder Willkommensgrüße für zugezogene Familien mit Informationen über kommunale Beratungs- oder Unterstützungsangebote dazu beitragen, die Familienfreundlichkeit kommunaler Einrichtungen zu zeigen und Vertrauen zu schaffen.

Vernetzung sollte selbstverständlicher werden – besonders mit den medizinischen Angeboten!

Vor allem der medizinische Sektor muss stärker in die Mitverantwortung gezogen werden (Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte). Es besteht noch immer keine selbstverständliche Kooperation von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Teilbereichen des Hilfesystems (Sucht-, Jugend- und Erziehungshilfe). Auch die „Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen“ konnte diesem Defizit nicht ausreichend entgegenwirken. Eine Kooperation zwischen der gynäkologischen Betreuung während der Schwangerschaft, der suchtmmedizinischen Behandlung/Betreuung und der Jugendhilfe findet nur unzureichend statt.

Resümee

Das 10. Berliner Suchtgespräch und die verschiedenen Maßnahmen der dargestellten GVS-Kampagne zum Thema „Elternschaft und Suchterkrankung“ stellen wichtige erste Türöffner dar. Nun ist insbesondere die Politik gefragt, die Gestaltung einer familienbezogenen Suchthilfe maßgeblich zu fördern, damit neben den Kindern auch den oft vergessenen suchtkranken Eltern angemessene Unterstützung zukommt – und alle vertrauensvoll und nachhaltig von den angebotenen Hilfen profitieren können.

STUDIEN BELEGEN DAS ERHÖHTE GESUNDHEITLICHE RISIKO BEI KINDERN AUS SUCHTBELASTETEN FAMILIEN IM VERGLEICH ZU KINDERN AUS UNBELASTETEN ELTERNHÄUSERN



2.1.2 BZGA-KAMPAGNE »ALKOHOL? KENN DEIN LIMIT.«

• FÜR JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

Seit 2009 führt die BZgA mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) die bislang größte deutsche Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch durch: Die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“. Sie richtet sich insbesondere an die Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen. „Alkohol? Kenn dein Limit.“ hat zum Ziel, im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen Lernprozesses den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern sowie langfristig riskante Konsummuster wie das Rauschtrinken zu reduzieren. Die bundesweite Mehrebenenkampagne umfasst massenmediale, internetbasierte und personalkommunikative Maßnahmen, die miteinander verzahnt sind. Durch die starke öffentliche Präsenz konnte die Kampagne in kurzer Zeit einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen, sodass inzwischen mehr als 80 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Kampagnenslogan „Alkohol? Kenn dein Limit.“ bekannt ist.

• MASSENMEDIALE UND DIREKTE ANSPRACHE

Eine hohe Reichweite der Kampagne ist Voraussetzung, um Wirkung zu erzielen. Massenkommunikative Maßnahmen dienen dazu, die Kampagne und ihre verschiedenen Angebote in der Breite und in der Kernzielgruppe bekannt zu machen.

2014 war die Kampagne mit Plakatschaltungen (Großflächen- und City-Light-Plakate) bundesweit präsent. Dabei wurde die Kampagnenlinie um die Plakatmotive „Verkehr“ und „Übergriff“ ergänzt. Beide Themen bzw. Plakatmotive wurden in Fokusgruppenarbeit mit der Kampagnenzielgruppe entwickelt.

Eine Kurzfassung des Kampagnen-Spots „Entscheidungen“ war auf den großen Musikfestivals wie „Rock am Ring“, „Rock im Park“, „Chiemsee Summer“, „Highfield Festival“, „Vainstream“ und anderen zu sehen. Insgesamt wurden mit den Spotschaltungen auf Festivals 2014 mehr als eine halbe Million Jugendliche und



junge Erwachsene erreicht. Im Ambient-Bereich wurden 2014 mehr als 2,27 Millionen Ambient-Kommunikationsmittel (Freecards, Disco-Lights, Sanitärplakate und Schulposter) der Kampagne im Schulbereich und der „jungen Gastronomie“ eingesetzt und rund 4,5 Millionen Freecards gestreut.

Die personalkommunikativen Aktionen der Kampagne haben neben einer vertieften, persönlichen Ansprache der Zielgruppe und der Multiplikator(inn)en (Eltern, Lehrkräfte, Fachkräfte der Suchtprävention etc.) auch das Ziel, die lokale Vernetzung unterschiedlicher Akteure zu intensivieren. Die personalkommunikativen Kampagnenmaßnahmen unterstützen daher auch kommunale Strukturen der Alkoholprävention.

Die Peer-Aktionen der Kampagne stehen im Zentrum der persönlichen Ansprache der Jugendlichen im Freizeitbereich (Peer-Education-Ansatz). Die insgesamt 39 geschulten Kampagnen-Peers im Alter von 18 bis 24 Jahren, die mit den Jugendlichen auf Augenhöhe über

das Thema Alkohol sprechen und sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren, sind seit Sommer 2014 erneut deutschlandweit im Einsatz. Die Peer-Aktionen finden zum Beispiel auf Musikfestivals, Sportveranstaltungen, Stadtfesten oder in Urlaubsregionen statt. Ergänzt wurden die Peer-Aktionen durch das interaktive Kampagnen-Event-Areal „KDL on tour“ für den Sportbereich, das auf insgesamt acht Veranstaltungen zu Gast war, unter anderem auf dem Hessentag in Bensheim, dem Jugendmasters Beachhandball in Niedersachsen und dem DFB-Beachsoccer-Cup in Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt besuchten ca. 90.000 Jugendliche und Multiplikator(inn)en die Veranstaltungen.

Neben dem Freizeitbereich ist das *Setting Schule* für die Ansprache der Zielgruppe von zentraler Bedeutung. Im Schulbereich war die Kampagne wieder mit ihren beliebten Mitmach-Angeboten, den Jugendfilmtagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ sowie dem interaktiven BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“

präsent. Im Jahr 2014 wurden mit den Jugendfilmtagen in 14 Regionen Deutschlands rund 14.000 Schülerinnen und Schüler sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren persönlich erreicht. Der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ erreichte mit 22 Einsätzen etwa 14.000 Schülerinnen und Schüler sowie ihre Lehrkräfte. Um den Schulen die Möglichkeit zu geben, eigenständig und nachhaltig interaktive Veranstaltungen zum Thema Suchtprävention durchzuführen, wurde eine Koffervariante des Mitmach-Parcours entwickelt und evaluiert. Bereits rund 400 Koffer-Parcours konnten bundesweit abgegeben werden.

Um Lehrkräften ein aktuelles Unterrichtsmedium zum Thema Alkoholprävention zur Verfügung zu stellen, wurde die umfassende interaktive didaktische DVD „Thema: Alkohol“ entwickelt, die aus drei Filmteilen (ein fiktionaler Kurzspielfilm, ein Sachfilm zu Alkoholkonsum sowie O-Töne von Jugendlichen) und methodisch-didaktischem Arbeitsmaterial für Schule (Sekundarstufen I und II) sowie Jugendarbeit besteht. Die didaktische DVD ist für Lehrkräfte und Suchtpräventionsfachkräfte kostenfrei bestellbar. Mehr als 2.000 DVDs wurden seit Mai bereits an Schulen abgegeben.

Aufgrund des Online-Nutzungsverhaltens von Jugendlichen setzt die Kampagne bewusst einen Schwerpunkt in der Internetkommunikation, die dabei als wichtiges Bindeglied zwischen Personal- und Massenkommunikation fungiert. Das Internetportal www.kenn-dein-limit.info als zentrales Informationsmedium der Kampagne erreicht mit durchschnittlich 80.000 Besucherinnen und Besuchern pro Monat eine sehr hohe Reichweite. Die Besuchsdauer hat sich mit durchschnittlich vier Minuten positiv entwickelt. Das Portal umfasst neben detaillierten Sachinformationen interaktive Module wie die Alkohol-Bodymap, den Alkohol-Einheitenrechner, den Alkohol-Kalorienzähler sowie den Selbsttest „Check Your Drinking“, bei dem Nutzerinnen und Nutzer ein individuelles Feedback zu ihrem Konsumverhalten und anschließend die

Möglichkeit bekommen, an dem Online-Verhaltensänderungsprogramm „Change Your Drinking“ teilzunehmen. Der Kampagnen-Blog auf www.kenn-dein-limit.info greift aktuelle Themen aus der jugendlichen Erfahrungswelt auf und stellt sie zur Diskussion. Bloggerinnen und Blogger zwischen 18 und 24

Jahren berichten über ihre alltäglichen Erlebnisse, Gedanken und Erfahrungen rund um das Thema „verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“. Die Blogbeiträge führen zu einer intensiven Auseinandersetzung der Zielgruppe vor allem auf der Fanpage der Kampagne auf Facebook unter www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit.de, die das Internetportal ergänzt. In 2014 ist die Zahl der Facebook-Fans der Kampagne auf über 335.000 angestiegen. 2015 wird das Online-Angebot der Kampagne noch um einen YouTube-Kanal erweitert werden.

Die von „Alkohol? Kenn dein Limit.“ geförderten Landeskonferenzen unterstützen eine Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention durch Austausch von Ideen und Netzwerkarbeit. 2014 fanden die ersten beiden Länderkonferenzen in Hessen mit 180 Teilnehmenden und Niedersachsen mit 80 Teilnehmenden statt. Für 2015 sind Fachkonferenzen in Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz vorgesehen.

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

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

• FÜR ERWACHSENE

Die Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der BZgA hat zum Ziel, riskante Alkoholkonsummuster in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zu reduzieren, indem sie für die Gesundheitsrisiken, die ein hoher Alkoholkonsum mit sich bringt, sensibilisiert. Die Kampagne richtet sich besonders an 30- bis 50-Jährige, da diese häufig als Eltern Verantwortung für Kinder und Jugendliche haben und damit eine Vorbild-

rolle innehaben. Eltern, Schwangere und ihre Partner sowie Multiplikator(inn)en wie Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte sind daher wichtige Teilzielgruppen der Kampagne.

Die Erwachsenenkampagne hat folgende Ziele:

- Wissen über gesundheitsschädigende Wirkung von Alkoholkonsum fördern
- Über Trinkmengengrenzen für risikoarmen Alkoholkonsum informieren
- Vorbildverhalten von Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen stärken
- Punktnüchternheit in der Schwangerschaft und bei Medikamenteneinnahme sowie im Straßenverkehr und bei der Arbeit fördern

Nach wie vor stellt der Internetauftritt www.kenn-dein-limit.de ein zentrales Kampagnenelement dar, das die unterschiedlichen Zielgruppen niedrigschwellig informiert und zur Konsumreflexion anregt. Hervorzuheben ist das interaktive Element „Selbst-Test“ mit fast 50 Prozent der gesamten Seitenaufrufe, ein gut genutztes Angebot, das auf einfache Weise dabei

unterstützt, den persönlichen Alkoholkonsum zu reflektieren. Dieses und andere interaktive Tools sind eingebettet in ein umfassendes Online-Informationsangebot, das derzeit monatlich rund 86.000 zusammenhängende Seitenaufrufe erreicht.

Die 2011 initiierte bundesweite Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ wurde im Jahr 2014 erfolgreich fortgeführt. Die Informationstour besteht aus einer interaktiven Ausstellung rund ums Thema Alkohol sowie der Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen mit qualifizierten Fachkräften. Insbesondere die Multi-Touch-Tische mit multi-medialer Informationsvermittlung und der Rauschbrillen-Parcours werden von den Besucherinnen und Besuchern häufig genutzt. Im Jahr 2014 besuchte die Informationstour acht Großstädte deutschlandweit und war jeweils zwischen drei und neun Tagen vor Ort. Die Einsätze der Informationstour werden jeweils mit regionaler Pressearbeit begleitet.

Ergänzt wird das Angebot der Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ durch Printmedien. Es



umfasst das Thema verantwortungsvoller bzw. problematischer Umgang mit Alkohol, Leitfäden zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte und Materialien, die sich an die speziellen Zielgruppen der Kampagne wie Eltern sowie Schwangere und ihre Partner richten. Das Materialangebot für Schwangere wurde 2014 um ein Rezeptheft für Schwangere und ihre Familien ergänzt. Somit stehen für diese Zielgruppe nicht nur Informations- und Reflexionsangebote im Hinblick auf Alkoholverzicht während der Schwangerschaft und Stillzeit zur Verfügung. Im Rezeptheft „Lecker und gesund hoch zwei“ werden einfache und leckere alkoholfreie Cocktailrezepte beschrieben und so der Aspekt des Genusses während einer alkoholfreien Zeit in den Vordergrund gestellt.

Telefonaktionen mit regionalen Tages- und Wochenzeitungen runden die Öffentlichkeitsarbeit der Kampagne ab: Leserinnen und Leser erhalten hierbei die Möglichkeit, telefonisch ihre Fragen zum Thema Alkohol vom BZgA-Beratungsteam beantworten zu lassen. Mit einer Gesamtauflagenhöhe von mehr als sieben Millionen wurde mit den Telefonaktionen im Jahr 2014 wieder eine sehr breite Leserschaft erreicht.

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

2.1.3 »NULL ALKOHOL – VOLL POWER« – BZGA-KAMPAGNE FÜR JUGENDLICHE

„Null Alkohol – Voll Power“, die Alkoholpräventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), informiert Jugendliche im Alter von zwölf bis 16 Jahren über die Risiken von Alkoholkonsum und regt sie zu einer Lebensgestaltung ohne Alkohol an. Kinder und Jugendliche sollen noch vor der Stabilisierung riskanter Konsummuster erreicht werden, um zum Thema Alkohol zu informieren, eine

selbstkritische Einstellung zum Alkoholkonsum zu fördern und die Veränderung von schädlichen Konsummustern zu unterstützen. Die Schwerpunkte der Interventionsstrategie sind im Wesentlichen den Bereichen Wissenszuwachs sowie Einstellungs- und Verhaltensänderung zuzuordnen. Ein wichtiger Baustein der Wissensvermittlung ist die Website www.null-alkohol-voll-power.de. In den Rubriken „Wissen“ und „Machen“ werden Informationen, Wissens- und Mitmach-Tests angeboten, unter dem Punkt „Reden“ finden Interessierte Beratungs- und Hilfsangebote. Neben dem Online-Angebot schnürt die Broschüre „Wissen was geht“ die wichtigsten suchtpreventiven Inhalte zu einem kompakten Informationspaket. Die Jugendbroschüre sowie das Alkohol-Quiz und der Rätselfolder sind für viele Multiplikator(inn)en fester Bestandteil ihrer Suchtpräventionstätigkeit. Im Jahr 2014 kamen die interaktiven Printangebote (verschiedene Wissenstests) von „Null Alkohol – Voll Power“ rund 200.000 Mal zum Einsatz.

Das Kooperationsprojekt mit dem Deutschen Fußball-Bund „Doppelpass 2020 – Schule und Verein: ein starkes Team“ www.doppelpass2020.dfb.de setzt das Schwerpunktthema auf die Alkoholprävention. In dieser Kooperation stellt „Null Alkohol – Voll Power“ Schulen und Vereinen ein Unterstützerpaket für die altersgerechte Vermittlung von Alkoholpräventionsbotschaften zur Verfügung. Rund 1.000 „Null Alkohol – Voll Power“-Pakete wurden 2014 in Schulen und Vereinen eingesetzt. Dieses rege Interesse spiegelt den immer höheren Stellenwert, den das Engagement für die Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen in Vereinen und Schulen einnimmt, wider. Gegenüber 2013 verdoppelte sich die Zahl der beteiligten Schulen und Vereine. Die im Unterstützerpaket enthaltenen Materialien ermöglichen es den Trainerinnen und Trainern sowie Lehrkräften, mit einer Mannschaft, einer Klasse oder einer Gruppe von 12- bis 16-jährigen Jugendlichen die Risiken des Alkoholkonsums im Jugendalter gemeinsam zu erarbeiten. Quizkarten fördern die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und die Selbstreflexion der Jugendlichen.

2.1.4 »HART AM LIMIT« – VERBESSERUNG DER HALT-BRÜCKENGESPRÄCHE

»Hart am Limit« (HaLT) ist mittlerweile deutschlandweit zum Markenzeichen eines qualitätsgesicherten Präventionsprojektes zur Verhinderung von jugendlichem Alkoholmissbrauch geworden. Ein zentrales Element von HaLT ist die Frühintervention bei Jugendlichen, die aufgrund einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden. Der Kontakt zu den Jugendlichen und ihren Eltern wird über die enge Zusammenarbeit mit den Kliniken hergestellt. Dieser familienorientierte Ansatz wird mit kommunal verankerten Präventionsmaßnahmen kombiniert. Die Verbesserung des Jugendschutzes und die Verantwortung und Vorbildfunktion von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol werden dabei betont.

In nur zwölf Jahren hat sich aus dem Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit ein bundesweites Netzwerk aus 170 Standorten in 15 Bundesländern entwickelt. In elf Bundesländern gibt es HaLT-Koordinatorinnen und Koordinatoren. Diese transportieren die Erfahrungen aus der Praxis in das Bundesnetzwerk, sichern den Wissenstransfer zu den lokalen Standorten und gewährleisten die politische Verankerung. Die Koordination des Bundesnetzwerkes lief bisher über die Villa Schöpfung im baden-württembergischen Lörrach, die Finanzierung der Koordination erfolgte maßgeblich über die Schöpfung-Stiftung.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten sowie der Verantwortlichen der Schöpfung-Stiftung ist die Zeit reif für eine weitere Professionalisierung der HaLT-Strukturen. Um eine qualitätsgesicherte Umsetzung des HaLT-Konzeptes auch weiterhin zu gewährleisten, sollen Strukturen geschaffen werden, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung ermöglichen: Aus dem bundesweiten HaLT wird ein verbindliches Qualitätsnetzwerk HaLT. Im August 2014 startete das *HaLT Service Center* in Lörrach als Teil des Qualitätsnetzwerkes HaLT. Das HaLT Service Center versteht

sich als Koordinator und Dienstleister und befindet sich in der Aufbauphase. Verbesserte Zertifizierungsschulungen, fortlaufende Schulungen und die laufende Aktualisierung des Qualitätshandbuchs bilden auch zukünftig die Grundlage von HaLT. Die konzeptionelle Weiterentwicklung und die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Bundesnetzwerkes. Durch eine höhere Standardisierung des Konzeptes soll eine bessere und einfachere Multiplizierbarkeit erreicht werden. Damit wird die Wirksamkeit von HaLT noch weiter steigen und damit auch die Akzeptanz bei Partnern (wie zum Beispiel Krankenkassen) und in der Öffentlichkeit. Die erfolgreiche Umsetzung an den zahlreichen Standorten sowie die Gewinnung weiterer Standorte macht es notwendig, dass die zukünftige Nutzung des HaLT-Konzeptes durch eine partnerschaftlich vertragliche Regelung im Qualitätsnetzwerk erörtert wird. Die abschließende Vereinbarung wird im Jahr 2015 geschlossen.

Das HaLT Service Center wird in der Aufbauphase finanziell durch die Schöpfung-Stiftung getragen.

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

2.1.5 PROGNOTIZIEREN UND ERKENNEN MITTEL- UND LANGFRISTIGER ENTWICK- LUNGSGEFÄHRDUNGEN NACH JUGENDLICHEN ALKOHOLVERGIFTUNGEN

Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Alkoholvergiftungen nahm in Deutschland und vielen anderen Ländern der EU in den letzten 15 Jahren besorgniserregend zu. Bislang wurde dieses Phänomen vorwiegend unter epidemiologischen Aspekten betrachtet (Groß et al. 2014). Erkenntnisse zum mittel- und langfristigen Entwicklungsverlauf gibt es bislang ebenso wenig wie zu der Frage, ob eine Kurzintervention, etwa im

Rahmen des Projektes »Hart am Limit« (HaLT), ausreicht oder ob intensiverer Beratungsbedarf besteht und möglicherweise Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung getroffen werden müssen. Zur Beantwortung dieser Fragen förderte das BMG von September 2011 bis Juni 2014 ein wissenschaftliches Projekt, bei dem ein Instrument zur Erhebung relevanter Risiko- und Schutzfaktoren bei dieser Patientengruppe entwickelt werden sollte (RiScA). Es bestand aus einer retrospektiven Untersuchung zum Langzeitverlauf sowie einer prospektiven Studie zum mittelfristigen Verlauf nach Alkoholvergiftungen im Jugendalter.

Im retrospektiven Teil wurde mit 393 jungen Erwachsenen ein standardisiertes Telefoninterview geführt. 277 der Interviewten waren zuvor als Jugendliche wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt worden, die anderen 116 dienten als Vergleichsgruppe und waren aus anderen Gründen in einem Kinderkrankenhaus behandelt worden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe tranken Teilnehmende der Intoxikationsgruppe mittlerweile signifikant mehr Alkohol, wiesen mehr Anzeichen von Alkoholgebrauchsstörungen auf und waren häufiger bereits als alkoholabhängig einzuschätzen. Zudem berichteten sie häufiger über den Gebrauch illegaler Drogen, vor allem Cannabinoiden, sowie häufigerem delinquentem Verhalten. Die große Mehrheit von 80 Prozent war jedoch nicht alkoholabhängig im Sinne von DSM-IV, betrieb auch keinen Alkoholmissbrauch, nahm nicht häufiger psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch und war in einer Reihe von Aspekten nicht unzufriedener mit ihrer Lebensgestaltung.

Im prospektiven Teil wurden 342 Jugendliche (im Mittel 15,5 Jahre alt, 51,9 Prozent männlich) im Rahmen des Projektes Hart am Limit (HaLT) mittels eines Fragebogens untersucht. 228 davon konnten nach sechs bis acht Monaten nochmals telefonisch nachbefragt werden. Der Fragebogen erfasste Art und Zahl von bestehenden Entwicklungsgefährdungen sowie umfassend Risiko- und Schutzfaktoren. Die telefonische Nachbefragung erfasste dann neu

aufgetretene Entwicklungsgefährdungen. Zum ersten Zeitpunkt berichteten 45 Prozent der Jugendlichen von mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen, bei der Nachuntersuchung waren es noch etwa 25 Prozent. Damit sind die interviewten Jugendlichen deutlich stärker belastet als der Durchschnitt dieser Alterskohorte, obwohl diese Subgruppe bereits eine Positivauswahl darstellt und die nicht erreichten Betroffenen vermutlich noch stärker gefährdet sind.

Insgesamt legen diese Ergebnisse den Schluss nahe, dass jugendliche Alkoholvergiftungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht mit einer besorgniserregenden oder ungünstigen Langzeitentwicklung verbunden sind. Bei einer Minderheit entwickelt sich jedoch bereits bis Mitte Zwanzig eine voll ausgeprägte Alkoholabhängigkeit mit mehreren damit assoziierten Verhaltensproblemen. Bereits während des stationären Krankenhausaufenthaltes kann durch persönliche Befragung eine Hochrisikogruppe von Jugendlichen identifiziert werden, die mehreren Entwicklungsgefährdungen ausgesetzt ist. Der Hauptproblembereich liegt dabei zumeist gar nicht im Alkoholkonsum, sondern im sozialen Umfeld, in Verhaltensauffälligkeiten oder Symptomen affektiver Erkrankungen. Für diese Gruppe erscheint eine Nachsorge, die sich allein auf Alkoholkonsum fokussiert, unangebracht. Mit dem RiScA-Fragebogen liegt ein kurzes, valides Instrument vor, mit dem es gelingt, das Ausmaß und die Art von Entwicklungsgefährdungen und weiteren Einflussfaktoren bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation zu erfassen. Dies bietet eine verlässliche Grundlage für die bedarfsgerechte Planung von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung.

2.1.6 BEISPIELPROJEKTE AUS DEN LÄNDERN, VERBÄNDEN UND KRANKENKASSEN ZUM ALKOHOLMISSBRAUCH UNTER JUGENDLICHEN

Kampagne »Don't drink too much – STAY GOLD«

Um exzessivem Alkoholkonsum und Gewalt entgegenzutreten, hat die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes bereits im Dezember 2008 die Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“ gestartet. Sie steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, MdB. Durch eine mitunter drastische Text-Bild-Ansprache will die Kampagne Jugendliche aufrütteln, ihnen zeigen, dass Trinken alles andere als „cool“ ist. Stay Gold setzt auf Genuss mit Verstand: Etwas trinken ist okay – zu viel trinken ist absolut uncool. Präsentiert werden fünf Motive, die aus jeweils zwei Gegensatzbildern bestehen und auf Bierdeckel gedruckt sind. Einer positiven Situation des mäßigen Alkoholkonsums stehen die negativen Folgen übermäßigen Trinkens gegenüber. Thematisiert werden unter anderem Gewalt und Kontrollverlust, aber auch Attraktivität und Spaß in der Gruppe. Die Dialektik der Motive soll beim Betrachter einen Lern- und Sensibilisierungsimpuls auslösen. Unterstützt wird die Bildaussage durch das

Motto „Don't drink too much – Stay Gold“ und Bierstriche am Rand des Bierdeckels. Sie signalisieren zusätzlich den geringen bzw. übermäßigen Alkoholkonsum. Die Bildmotive werden als Kampagnen-Bierdeckel, Plakate und Werbeanzeigen von der Polizei bundesweit in der Zielgruppe gestreut und in Form von Aktionsspots visualisiert. Prominente Botschafterinnen und Botschafter wie der Fußballweltmeister Per Mertesacker unterstützen die Kampagne und dienen den Jugendlichen als Identifikationsfiguren. Kern ist die Webseite www.staygold.eu. Alle Kommunikationsmittel können dort heruntergeladen werden. Zudem finden sich dort weitere Informationen zum Thema Alkoholmissbrauch, beispielsweise ein Infoblatt für Festveranstalter. Innerhalb der Polizei wird die Kampagne mit großer Akzeptanz umgesetzt – das belegen die über 4,65 Millionen Bierdeckel und Medien, die bundesweit von der Polizei verteilt wurden. Seit der dritten Auflage gibt es auch ein fünftes von der Zielgruppe selbst ausgewähltes neues Motiv bei den Bierdeckeln.

GigA – Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Ein neuer Baustein für die kommunale Suchtpräventionsarbeit

Ein verbesserter Informationsfluss sowie eine effektive und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den in der kommunalen Alkoholprävention tätigen Institutionen und damit verbunden eine bessere Umsetzung gemeinsamer Aktionen in der kommunalen Prävention des Alkoholmissbrauchs – das sind die Hauptergebnisse nach der dreijährigen Modellphase des GigA-Projekts in Nordrhein-Westfalen.



Aufgrund steigender Nachfragen aus Städten und Gemeinden nach wirkungsvollen Maßnahmen zur Alkoholprävention erfolgte Anfang 2011 aus einer Initiative der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (ginko Stiftung für Prävention), der nordrhein-westfälischen Jugendschutzverbände sowie des Landeskriminalamtes NRW die Konzeptionierung des Modellprojekts „Gemeinsam initiativ gegen den Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen“ (GigA). Die Ziele dieses Projektes bestanden in erster Linie darin, die Vernetzung der

suchtpräventiven Maßnahmen auf kommunaler Ebene qualitativ zu verbessern, zu intensivieren und damit die Grundlagen zu schaffen, um die vorhandenen Maßnahmen im Bereich der Alkoholmissbrauchsprävention nachhaltig zu verstärken und neue Ansätze zu fördern.

Gefördert wurde das Projekt durch die BZgA im Rahmen der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) sowie mit Eigenmitteln der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW und des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR).

Im Zeitraum 2011 bis 2014 wurde das Projekt an sechs Modellstandorten in Nordrhein-Westfalen (Köln, Bielefeld, Soest, Schwelm, Kreis Höxter und Kreis Heinsberg) durchgeführt. Die beteiligten Städte, Gemeinden und Landkreise erhielten im Rahmen des Projekts GigA eine Arbeitshilfe in Form eines Handbuchs zur Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes zur Alkoholmissbrauchsprävention, in das unter anderem die verschiedenen Arbeitsfelder der Suchtprävention, des Jugendschutzes, des Bildungsbereichs, der Ordnungsbehörden und der Polizei einbezogen wurden.

Die Einführung einer qualitätsorientierten Kooperation in einem örtlichen Projektnetzwerk ist das herausragende innovative Element des GigA-Konzepts. Auf Grundlage des vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) entwickelten Konzepts des netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM) in kommunalen Strukturen bildeten sich in den Modellregionen örtliche Lenkungsgruppen aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Je nach Standort waren dies unter anderem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Gesundheits-, Jugend- und Ordnungsämtern sowie aus den Bereichen Suchthilfe/-prävention, Bildung, Polizei und Verbände. Gemeinsam entwickelten sie entsprechende Handlungsschritte zur frühzeitigen Prävention und Intervention in

Bezug auf jugendlichen Alkoholmissbrauch. Der LVR unterstützte und begleitete im Rahmen des GigA-Projekts den Aufbau entsprechender Projektstrukturen sowie die Durchführung eines Arbeitsprogramms.

Insgesamt bestand nahezu bei allen Beteiligten die Auffassung, dass die Bildung der örtlichen Lenkungsgruppen verbunden mit dem Netzwerkmanagement die Vernetzung und die Zusammenarbeit in der Alkoholmissbrauchsprävention in den jeweiligen Regionen deutlich fördert. So konnte eine Verbesserung im Informationsfluss und in der Kommunikation erreicht werden. Die Effektivität der Sitzungen wurde erhöht und Verbesserungsmaßnahmen wurden umgesetzt. Letztendlich führte diese Art der Vorgehensweise von einer vorher eher sporadischen bis unsystematischen Kooperation zwischen Institutionen und Sektoren vor Ort hin zu einer effektiven und verbindlichen Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten. Das Projekt wirkte aktivierend auf die relevanten Akteurinnen und Akteure in den beteiligten Regionen. GigA führte schließlich zu konzertierten Aktionen in der kommunalen Prävention des Alkoholmissbrauchs.

Zu diesen Aktionen gehörten unter anderem abgestimmte Maßnahmen im Rahmen von Stadtfesten, in zentralen Gaststätten und Diskotheken, alternative Angebote wie alkoholfreie Getränke- und Cocktails, verstärkte Jugendschutzaktivitäten und -kontrollen, Peerprojekte, öffentlichkeitswirksame Aktionen wie Wettbewerbe, Imagepostkarten, Infostände, Flyer und Plakataktionen sowie die Ansprache der Eltern über entsprechende Internetseiten. Die örtlichen Maßnahmen fanden dabei rege Unterstützung durch die Kommunalpolitik, die sich unter anderem durch eine zeitweise Beteiligung der Stadtspitze an der Netzwerkarbeit zeigte. Am Standort Bielefeld gab es schließlich einen Ratsbeschluss zur kommunalen Alkoholprävention, der explizit die Initiativen zur Minimierung des Alkoholkonsums bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen begrüßt und unterstützt.

► Obwohl sich der reine Projektzeitraum zur Umsetzung alkoholpräventiver Maßnahmen zunächst nur auf etwa drei Jahre bezog, waren anhand der begleitenden Evaluation durch die Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (GE-F-A-S) bei den verschiedenen Standorten nach Ablauf dieses Zeitraums bereits erste Effekte erkennbar. So zeigten die gezielten und abgestimmten Präventionsmaßnahmen und die damit verbundene regionale Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen einer sektorenübergreifenden Vernetzung vor Ort erste positive Ergebnisse in Hinblick auf eine Reduzierung des Alkoholmissbrauchs im Jugendbereich.

Jugendliche nahmen zum Beispiel in den GigA-Projektregionen zwischen 2011 und 2013 stärker die Kontrollen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes wahr, andererseits wurden aber auch verstärkt Maßnahmen zur Alkoholprävention wahrgenommen (von 27 auf 51,8 Prozent) im Vergleich zu den Kontrollregionen (Abnahme von 44,2 auf 26,6 Prozent). Gleichzeitig wurde Jugendlichen an Verkaufsstellen wie Supermärkten und Discountern sowie an Tankstellen aufgrund vermehrter Alterskontrollen seltener Alkohol verkauft.

Auch wenn eingeräumt werden muss, dass einige Ergebnisse zum Teil einen eher allgemeinen Trend widerspiegeln, so waren in den Modellregionen im Gegensatz zu den Kontrollregionen doch im Detail signifikante Veränderungen erkennbar, die auf die Aktivitäten im Rahmen des GigA-Projekts zurückzuführen sind.

Dazu zählte zum Beispiel ein subtiler Wandel der allgemeinen „Alkoholkultur“, etwa die Abnahme eines auffälligen öffentlichen Alkoholkonsums von Jugendlichen auf öffentlichen Plätzen und Straßen (etwa im Kreis Heinsberg von 61,7 auf 43 Prozent), was im Vergleich in den Kontrollregionen so nicht festgestellt werden konnte. Grundsätzlich ist allerdings festzuhalten, dass die nachhaltige Wirkung des GigA-Modells erst nach einem angemessenen

Zeitraum feststellbar sein wird. Hier ist nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitforschung von einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren auszugehen.

Ausblick

Das GigA-Modellprojekt etabliert ein zeitgemäßes, innovatives Vorgehen in der kommunalen Alkoholmissbrauchsprävention. Eine solche Strategie ist fortzuführen und weiterzuentwickeln. Im Hinblick auf die Anwendung des Netzmanagements ist es deshalb vorgesehen, gemeinsam mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch in anderen Bundesländern im Rahmen zweitägiger Schulungsprogramme Inhalte und Methoden des Konzepts zu verbreiten und weitere örtliche Netzwerke zur kommunalen Alkoholprävention zu bilden bzw. bestehende in qualitativer Hinsicht auszubauen.

Geplant ist, aus interessierten Kommunen jeweils eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter aus der Kommunalverwaltung wie dem Jugendamt sowie eine Fachkraft aus der Suchtprävention gemeinsam als Multiplikator(inn)en für die weitere Verbreitung der Netzwerkarbeit zu schulen. Diese können dann als Tandem im Rahmen eines Lenkungsgremiums die örtliche Netzwerkarbeit organisieren und weiterentwickeln. Insbesondere soll so der Ausbau einer Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen wie Suchtprophylaxefachkräfte/Gesundheitsförderung, Suchtthilfe, Jugendschutz/-hilfe, Schulbehörden und Ordnungsämter/Polizei auch in anderen Feldern der kommunalen Prävention intensiviert und dauerhaft etabliert werden.

Kontakt:

Dr. Hans-Jürgen Hallmann
Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW
Kaiserstr. 90, 45468 Mülheim a. d. Ruhr
Tel.: 0208 30069-41
Fax: 0208 30069-49
E-Mail: j.hallmann@ginko-stiftung.de

Niedersachsen-Landes-Contest

Musikrausch 2014

Der Musikrausch-Wettbewerb, der 2009 vom Caritasverband Osnabrück im Rahmen des Alkoholpräventionsprojektes „HaLT – Hart am Limit“ als regionaler Musikwettbewerb entwickelt wurde und seitdem sehr erfolgreich jährlich durchgeführt wird, hat sich seit 2013 auf die Städte Hannover und Göttingen ausgeweitet. Regionale Musikgruppen gleich welcher Art sowie Einzelpersonen konnten am Wettbewerb teilnehmen, indem sie einen eigenen Song zum Thema Alkohol einsendeten. Eine Jury aus Musik- und Präventionsexpertinnen und -experten entschied über die Aufnahme zum Wettbewerb. Über Liveauftritte und teilweise ein vorgeschaltetes Voting im Internet wurden die Städte-Sieger ermittelt.

Der Musikrausch erreicht viele vor allem junge Menschen und veranlasst sie, sich mit dem Thema Alkohol auseinanderzusetzen, eine Botschaft zu formulieren und sie musikalisch umzusetzen. Durch die hohe Öffentlichkeitswirkung werden weitere Menschen als Zuhörer erreicht. In der Kombination mit den anderen Präventionsmaßnahmen im Rahmen des HaLT-Projektes werden alkoholpräventive Botschaften auf eine ganz besondere Art und Weise vermittelt.

Das Konzept „Musikrausch“ wurde 2013 beim Bundeswettbewerb Alkoholprävention der BZgA als besonders innovatives Projekt ausgezeichnet. Mit dem Preisgeld wurde bereits 2013 erfolgreich ein erster Landeswettbewerb mit den drei Siegerbands der Regionen Osnabrück, Hannover und Göttingen vom Caritasverband Osnabrück veranstaltet.

In Kooperation mit der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, mit der Förderung der Krankenkasse Barmer GEK und unter der Schirmherrschaft der niedersächsischen Sozialministerin Cornelia Rundt wurde 2014 erneut ein Landeswettbewerb



bewerb veranstaltet, den die Hannoversche Band *Leaves and Trees* mit dem Song *Who Is That Man* gewann. Den zweiten Platz belegte die Göttinger Schülerband *Better Than* mit ihrem Song *Musikrausch* und Dritter wurde *Eiskalt* mit dem Song *Koma*.

Mit dem Musikrausch-Wettbewerb arbeitet die Suchtprävention mit anderen Methoden, Settings und Zugängen, aber auch mit ganz neuen Kooperationspartnern. Alkoholprävention wird so mit ganz viel Kreativität und positiver Energie umgesetzt und erreicht Menschen auf einer Ebene, wo sie zunächst nicht erwartet wird.

Der Musikrausch-Landes-Contest 2014 war eine Kooperationsveranstaltung von der Stadt und Region Hannover, dem Caritasverband Osnabrück, der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Göttingen und der NLS. Schirmherrschaft: Niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt. Förderer: Barmer GEK



©Foto: Die Hoffotografen



»Mein Weg
aus der Sucht!«

VORGESTELLT:

Markus Majowski

Ich schaute mir die eigene Sucht früh an. Wenn ich als Kind eine Tafel Milkschokolade anfing, konnte ich gleich nach dem ersten Stück nicht mehr aufhören. Ich ass die ganze Tafel auf. Gleicher Mechanismus wie beim Koma Saufen. Heute weiss ich, dass wir uns besser Hilfe holen, wenn Maßlosigkeit und Betäuben der eigentlichen Persönlichkeit durch Völlerei auftaucht. Die Hilfestellung bei Süchtigen liegt nicht automatisch in liebevollen, geduldigen Gesprächen. Bei sich bleiben, nicht belehren wollen ist angesagt. Eigene Nöte und Sehnsüchte sollte der Zuhörer eines Süchtigen zeigen. Vielleicht kann das nur eine Anonyme Gruppe leisten, denke ich heute oft.

Wenn ich Süchtigen helfe, erzähle ich von meiner Kapitulation vor der Sucht. Ich konnte den Kampf gegen den Alkohol nicht gewinnen. Ich konnte aber den Verlockungen aus dem Weg gehen. Schlimm war es bei mir, als die Erkenntnis kam, dass ich dabei war, mich schrittweise selber zu töten. Ich konnte nur mit Hilfe meiner Höheren Macht (das ist etwas, das stärker als ich ist; für mich Gott) meine Krankheit Sucht zum Stillstand bringen. Ich bin wieder zu dem Menschen geworden, der ich ursprünglich war. Ich belaste nicht mehr andere Menschen mit den Auswirkungen meiner Krankheit. Weder mir noch anderen füge ich heute

Schaden zu. Stattdessen gehe ich in Schulen und Suchteinrichtungen, erzähle aus meinem Leben, lese aus meiner Biographie (die kann man im Internet finden) und stelle mich Fragen und Antworten von Angehörigen und Betroffenen. Eines weiß ich sicher, es macht mehr Spaß ein anständiger, abstinent Mann zu sein, als von einer Party zur nächsten zu rasen – als das Abziehbild eines Mannes.

Es ist der richtige Zeitpunkt für mich, Freude zu erleben und zwar mit klarem Kopf. Im Umgang mit meiner eigenen Schauspieler Geschichte war ich früher oft von Eitelkeit befallen. Das durfte ich ablegen. Es zählt die nackte Wahrheit und nicht der Erfolg als „Verrückter Künstler“! Ich wünsche mir manchmal noch mehr Selbstbewusstsein, wenn mich jemand wegen meiner Vergangenheit „anmacht“. Und in Bezug auf meine Selbsthilfegruppen wünsche ich mir mehr Anziehung für die Gemeinschaft des Zwölf-Schritte-Programms. Es könnte noch bekannter gemacht werden. Ich rate: Bei Bedarf einfach im Internet nachschauen unter dem Begriff Zwölf-Schritte-Programm und dementsprechende Gruppen in der eigenen Stadt suchen. Und habt bitte den Mut, einfach hinzugehen. Euer Markus – clean und gelassen seit sieben Jahren.

Starker Wille statt Promille

Der neuartige, interaktive und hoch partizipative Ansatz des Projekts, das mit kurzen Videosequenzen Entscheidungen und Entscheidungsprozesse beim Alkoholkonsum in den Mittelpunkt stellt, sorgt für großes Interesse sowohl bei der Zielgruppe der Jugendlichen als auch bei Multiplikator(inn)en. Der Umgang mit neuen Medien ist Jugendlichen vertraut, die Nutzung im Rahmen von „Starker Wille statt Promille“ hat damit einen hohen Aufforderungscharakter. Das Projekt wird bayernweit in allen Regierungsbezirken und unterschiedlichen Settings (Suchtprävention und -beratung, Schulen, Offene Jugendarbeit und anderen) eingesetzt und durch Multiplikatorenschulungen weiter verbreitet. Auch wenn Partizipation bedeuten kann, neue und ungewohnte Wege zu gehen, die auf den ersten Blick riskant erscheinen, zeigen unsere Erfahrungen mit „Starker Wille statt Promille“, dass sich der Schritt lohnt. Es ist eine Lehr-Lern-Umgebung für Jugendliche, junge Erwachsene sowie Pädagoginnen und

Pädagogen entstanden, die unter Berücksichtigung der vorhandenen Rahmenbedingungen und persönlichen Anliegen eine flexible Arbeitsweise ermöglicht. Die Akzeptanz in der Zielgruppe und die hohe Identifikation aller Beteiligten mit dem Projekt erhöhen nicht nur die Arbeitsmotivation, sondern auch die Wirksamkeit des Programms.

2015 wird „Starker Wille statt Promille“ durch eine interaktive Ausstellung ergänzt. Elf Ausstellungstafeln werden Impulse geben und – unter anderem über Informationen zu riskantem Trinkverhalten – dazu auffordern, den eigenen Konsum und die Mechanismen dahinter zu reflektieren. Das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung stellt die Ausstellung Schulen und anderen interessierten Einrichtungen kostenlos zur Verfügung.

<http://www.starker-wille-statt-promille.de>

HaLT in Bayern

Prävention und Intervention für jugendliche Rauschtrinker in kommunalen Netzwerken

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege initiierte im Jahr 2008 die weitreichende Einführung des alkoholspezifischen Präventionsprojektes HaLT – Hart am Limit (www.halt-in-bayern.de; www.halt-projekt.de). Aktuell beteiligen sich 45 Städte und Landkreise. Die Strategie einer dezentralen Durchführung mit zentraler Koordination (durch die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen: www.bas-muenchen.de) wurde von weiteren Bundesländern übernommen. Neben dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, den Kommunen und freien Trägern unterstützen auch Gesetzliche Krankenkassen durch eine Kostenbeteiligung an den reaktiven Interventionen das Projekt.

HaLT in Bayern wird im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege durch die Otto-Friedrich-Universität Bamberg (www.uni-bamberg.de/halt-in-bayern/) wissenschaftlich begleitet.

Ergebnisse und Effekte

Anhand der nachfolgenden Indikatoren lassen sich Ergebnisse und Hinweise auf mögliche Effekte von HaLT in Bayern skizzieren:

- Inanspruchnahme,
- Interventionseffekte,
- kommunale Netzwerke und
- Projektzufriedenheit.

Inanspruchnahme des reaktiven Projektteils

Im Erhebungszeitraum zwischen 2008 bis Ende 2013



nahmen insgesamt 7.009 Kinder und Jugendliche zumindest eines der Beratungsangebote des reaktiven Projektteils wahr, von denen 6.470 bereits im Krankenhaus mit einer motivierenden Kurzintervention unterstützt worden waren. Die hohe gemeinsame Erreichbarkeit von Jugendlichen und deren Eltern (Elternquote: 78,9 Prozent) stellt ein wesentliches Alleinstellungsmerkmal von HaLT in Bayern im Vergleich mit weiteren Maßnahmen der indizierten Prävention dar. Ein Großteil der Jugendlichen war aufgrund der Alkoholvergiftung akut gefährdet und wurde deshalb in eine Klinik eingewiesen. Insgesamt handelt es sich jedoch nicht um eine Stichprobe mit überdurchschnittlicher psychosozialer Belastung. Trotzdem wurde im Rahmen des HaLT-Projekts bei 975 Jugendlichen aufgrund einer psychosozialen oder suchtbezogenen Problematik eine weiterführende Hilfe empfohlen bzw. vermittelt (vgl. Tabelle 1). Somit kommt der Kurzintervention im HaLT-Projekt auch eine wichtige diagnostische und interventionssteuernde Funktion zu.

Interventionseffekte im reaktiven Projektteil

In einer Nachbefragungsstudie der Universität Bamberg geben 79 Prozent der teilnehmenden Jugendlichen ein bis zwei Jahre nach dem Krankenhausaufenthalt an, inzwischen seltener betrunken zu sein. Die Auswertung verschiedener Indikatoren zum Alkoholkonsum (Tage mit Alkoholkonsum, Tage mit Binge Drinking, Tage mit Trunkenheit) zeigt, dass das Konsumverhalten der HaLT-Jugendlichen zum

Zeitpunkt der Nachbefragung nicht stärker ausgeprägt ist als das einer Vergleichsstichprobe aus einer repräsentativen Schülerbefragung (Wolstein et al. 2012).

Prä-Post-Vergleiche im Rahmen von Subgruppenanalysen weisen darauf hin, dass am erlebnispädagogischen Gruppenangebot teilnehmende und hochriskant konsumierende Jugendliche besonders von den Interventionen des HaLT-Projektes profitieren können (Wurdak et al. 2014).

Kommunale Netzwerke

Die regionalen HaLT-Zentren initiieren kommunale Netzwerke und gewinnen dadurch wichtige Kooperationspartner für die Umsetzung präventiver Strategien sowie für die Optimierung des Jugendschutzes. Im Erhebungszeitraum 2013 wurden 141 unterschiedliche, zum Teil längerfristig angelegte Präventionsmaßnahmen dokumentiert. Mehr als ein Viertel dieser Maßnahmen (28 Prozent) zielt auf eine Optimierung des Jugendschutzes in der Kommune. Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern führt in vielen Fällen zur konkreten Umsetzung von Präventionsprojekten. Einige ausgewählte Beispiele verdeutlichen dies anhand des Verhältnisses zwischen der Anzahl der Kooperationen und der Anzahl konkret durchgeführter Kooperationsprojekte (Projektquote): Schule (98 Prozent), Jugendhilfe (73 Prozent), Polizei (60 Prozent), Sportvereine (47 Prozent), nicht kommerzielle Party- und Festveranstalter (46 Prozent), kommerzielle Party- und Festveranstalter (58 Prozent), Einzelhandel (63 Prozent).

Projektzufriedenheit: Eltern, Fachkräfte und Kooperationspartner

Teilnehmende Eltern, Präventionsfachkräfte der HaLT-Zentren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kooperierenden Kliniken sowie politische Entscheidungsträgerinnen und -träger bewerten ihre Zufriedenheit mit dem Präventionsprojekt mit 2,0. In der Gruppe der Eltern würden 89 Prozent eine Teilnahme empfehlen. Der überwiegende Teil der

Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter (88 Prozent) und der politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger (90 Prozent) würden das Projekt an Expertinnen und Experten aus dem eigenen Fachgebiet weiterempfehlen. Alle politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger geben an, das Projekt weiterhin unterstützen zu wollen. Das Ziel, das Projekt auch in der Allgemeinbevölkerung bekannt zu machen, konnte erreicht werden (Wolstein et al. 2012).

Fazit

Mit *HaLT in Bayern* stellt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege teilnehmenden und interessierten Kommunen eine innovative Präventionsstrategie zur Verfügung. Das Präventionskonzept ist in der Allgemeinbevölkerung weitreichend bekannt. Fachkräfte, Kooperationspartner, Entscheidungsträger und Eltern beurteilen das Gesamtprojekt auch hinsichtlich der Übertragbarkeit und Umsetzbarkeit positiv. Die Ergebnisse der Nachbefragungsstudie geben Hinweise auf eine Reduktion des riskanten Alkoholkonsums bei teilnehmenden Jugendlichen.

TABELLE 08:
TEILNAHME IM REAKTIVEN PROJEKTBAUSTEIN 2008 BIS 31.12.2013

Interventionen	Anzahl der Klassen	Teilnahmequote* (%)
Teilnehmende Jugendliche (reaktiver Projektteil)	3.233	---
Motivierende Kurzintervention im Krankenhaus	2.435	---
Unterstützendes Elterngespräch im Krankenhaus	428	78,90 %
Erlebnispädagogisches Gruppenangebot nach stat. Aufenthalt	196	19,80 %
Kurzintervention, Elterngespräch, Gruppenangebot, Abschlussintervention	96	18,30 %
Empfehlung/Vermittlung: weiterführende Beratungsangebote	117	15,10 %
Erlebnispädagogisches Gruppenangebot: Freunde, andere Zugangswege	1.308	---

* Als Bezugsgröße wird für diese Berechnung die absolute Zahl der Jugendlichen, die eine motivierende Kurzintervention im Krankenhaus in Anspruch genommen haben (n=6.470), gleich 100 Prozent gesetzt.

»Jugendschutz im Online-Handel« – Selbstregulierung des BSI

Der Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. (BSI) und der Bundesverband Onlinehandel e. V. (BVOH) haben eine gemeinsame Empfehlung für einen Jugendschutzstandard im Online-Handel mit Spirituosen und spirituosenhaltigen Getränken verabschiedet. Mit dem Standard wird das Jugendschutzgesetz bestimmungsgemäß auf den Bereich des Online-Handels mit alkoholhaltigen Getränken übertragen: Ziel des Standards ist es, durch eine Altersprüfung bei der Paketzustellung sicherzustellen, dass nur Erwachsene Spirituosen und spirituosenhaltige Getränke online bestellen und als Paket entgegen-

nehmen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, begrüßt die Selbstregulierung der beiden Verbände: „Dieser Standard geht in die richtige Richtung, denn er setzt auch im Bereich des stetig wachsenden Online-Handels das Jugendschutzgesetz sinngemäß um. Ich würde mir wünschen, dass das Beispiel des BSI und BVOH Schule macht und eine Altersprüfung bei der Paketzustellung von alkoholhaltigen Getränken zur Selbstverständlichkeit für Online-Händler und Kunden wird.“

Die beiden Verbände verpflichten sich im Namen ihrer Mitglieder, den Jugendschutzstandard ab sofort

▶ kontinuierlich umzusetzen. Bis Mitte 2015 sollen mindestens 80 Prozent der Mitgliedsunternehmen der beiden Verbände, die entsprechende Shops betreiben, den Standard umgesetzt haben.

Zu den zentralen Inhalten des Standards gehören neben der Altersprüfung bei der Paketempfängerin bzw. dem Paketempfänger auch ein Hinweis in der Produktansicht bzw. -übersicht, dass das entsprechende Produkt nur an volljährige Personen verkauft werden darf, sowie ein Hinweis auf den Spezialversand. So werden die Kunden spätestens zu Beginn des Bestellvorgangs über die bevorstehende Altersprüfung bei Auslieferung informiert und für den Jugendschutz sensibilisiert. Online-Händler können

darüber hinaus mit dem Signet „Jugendschutz im Online-Handel – Wir halten uns dran!“ auf der Website ihr Bekenntnis zum Standard sichtbar machen.

(Quelle: Presseinformation des „Arbeitskreises Alkohol und Verantwortung“ Nr. 13/2014 vom 25. November 2014)

KOOPERATIONS-PARTNER: BUNDESVERBAND ONLINE- HANDEL E. V. (BVOH)

»Klartext reden!«

Initiative zur Unterstützung der Alkoholprävention in Familien

Eltern nehmen eine zentrale Vorbildrolle ein, wenn es um die Sozialisierung von Konsummustern in Bezug auf alkoholhaltige Getränke bei Kindern und Jugendlichen geht. Daher ist es wichtig, die Erziehungskompetenzen der Eltern durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu stärken.

Die Initiative „Klartext reden!“ wurde im Dezember 2005 vom „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI in Kooperation mit dem BundesElternRat ins Leben gerufen, um die Alkoholprävention in Familien zu unterstützen. Die Initiative stützt sich wesentlich auf fünf Komponenten:

- Eltern-Workshops an Schulen,
- Broschüre „Klartext reden!“,
- ein begleitender Internetauftritt,
- ein Online-Training für Eltern sowie
- begleitende Evaluierungen.

Im Mittelpunkt der Eltern-Workshops stehen praktische Tipps und Antworten auf brennende Fragen, wie zum Beispiel: Wie kann ich mit meinem

Kind ins Gespräch über alkoholhaltige Getränke kommen, ohne dass es gleich abblockt? Oder: Wie kann ich im Umgang mit alkoholhaltigen Getränken ein glaubwürdiges Vorbild sein? Wie kann ich wirksam Grenzen setzen? Die Workshops werden bundesweit angeboten und von unabhängigen Sucht- und Präventionsexpertinnen und -experten durchgeführt.

Im Rahmen der Initiative „Klartext reden!“ fanden im Jahr 2014 folgende Regional-Kooperationen unter anderem unter politischer Schirmherrschaft wie folgt statt:

- Landtagsabgeordnete Renate Hendricks in Bonn,
- Karin Maag, MdB, in Stuttgart,
- Landtagsabgeordnete Julia Klöckner in der Region Bad Kreuznach,
- Mechthild Heil, MdB, in der Region Bad Neuenahr-Ahrweiler,

Klartext
reden!

- ▶
- Dr. Claudia Lücking-Michel, MdB, in der Region Bonn,
 - Elisabeth Winkelmeier-Becker, MdB, im Rhein-Sieg-Kreis.

Seit März 2010 können sich Eltern auch im Rahmen eines Online-Trainings Rat einholen (www.klartext-elterntraining.de). In vier unterschiedlichen Kursen – je nach Alter des Kindes – erhalten Eltern individuelle Erziehungstipps, wie sie am besten mit ihren Kindern über das Thema „Alkohol“ sprechen können. Am Ende eines abschließenden Multiple-Choice-Tests können sich Eltern einen individualisierten Leitfaden downloaden. Seit 2010 haben über 39.700 Eltern das Online-Training genutzt. In 2012 wurden Website und Online-Training durch die Einbindung dreier Schulungsvideos noch attraktiver und nutzerfreundlicher gestaltet.

Evaluierung 2012

Im Rahmen einer zweiteiligen Evaluierung in 2012 (Teil I) wurde die nachhaltige Wirksamkeit der Initiative „Klartext reden!“ erneut bestätigt. Im ersten Teil der Analyse wurden die ausgefüllten Fragebögen von 1856 Workshop-Teilnehmenden aus 73 Workshops im Zeitraum von Mai 2009 bis April 2012 ausgewertet: 96 Prozent der befragten Eltern würden die Infoveranstaltung uneingeschränkt an andere Eltern weiterempfehlen, 87 Prozent der Eltern gaben an, neues Wissen hinzugewonnen zu haben, und 87 Prozent fühlten sich durch den Workshop besser gerüstet, um beim Thema „Alkohol“ bei ihren Kindern Grenzen zu setzen. Insbesondere Eltern von Volks-, Real- und Hauptschulen profitierten von dem Informationsangebot, denn sie schätzten ihre persönlichen Lerneffekte aus dem Workshop signifikant noch besser ein als zum Beispiel Eltern von Kindern an Gymnasien. Alle positiven Bewertungen finden sich in der Schulnotenbewertung von durchschnittlich 1,8 (Schulnoten 1 bis 6) wieder.

Im Rahmen eines Kontrollgruppenvergleichs (Teil II) gaben weitere 122 Eltern einen anonymen Fragebo-



gen im Anschluss an die Teilnahme an einem von fünf „Klartext reden!“-Workshops im Oktober 2012 ab. Diese wurden mit den Ergebnissen einer Online-Befragung von 150 Eltern ohne Workshop-Teilnahme verglichen und auf statistisch signifikante Unterschiede hin untersucht. Dabei zeigte sich als eines der wichtigsten Ergebnisse, dass Eltern nach der Teilnahme an einem „Klartext reden!“-Workshop deutlich motivierter sind, das Thema „Alkohol“ offen bei ihrem Kind anzusprechen, als nicht geschulte Eltern. 85 Prozent der Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, zeitnah nach dem Workshop ein Gespräch über das Thema „Alkohol“ mit dem Kind führen zu wollen. Diese Eltern unterscheiden sich signifikant von den nicht geschulten Eltern einer Online-Befragung, die nur zu 58 Prozent angaben, innerhalb der nächsten Zeit das Gespräch mit den Kindern zu diesem heiklen Thema anzugehen. 85 Prozent der Eltern, die bisher noch keinen „Klartext reden!“-Workshop besucht hatten, würden gerne an einer Informationsveranstaltung an einer Schule teilnehmen. Dies zeigt den großen Bedarf an gezielter Unterstützung von Eltern bei der Alkoholprävention in Familien.

Seit 2011 ist das „Klartext-Elterntraining“ verlinkt mit der Internetseite der Zeitschrift „Eltern“ <http://www.eltern.de/schulkind/jugendliche/alkoholgefaehrdet.html?page=2>

► Des Weiteren wurde die Initiative „Klartext reden!“ auf dem Server „Jugendschutz aktiv“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend <http://www.jugendschutzaktiv.de> vernetzt.

Zusätzlich wurde das „Klartext-Elterstraining“ erfolgreich auf dem „Deutschen Bildungsserver“ <http://www.bildungsserver.de> als Weiterbildungsmaßnahme für Eltern implementiert. Dabei ist der „Deutsche Bildungsserver“ ein inhaltlich auf Bildung spezialisierter Web-Server im Internet, der nicht nur für Auszubildende und Lehrkräfte, sondern auch für Eltern Informationsmaterialien und Weiterbildungsmöglichkeiten anbietet.

In den Drogen- und Suchtberichten der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von Mai 2012 bis Mai 2014 wurde über die Initiative „Klartext reden!“ als wichtiger Präventionsbaustein informiert.

Mitte 2015 wird die Initiative mit einer Facebook-Microsite zum Eltern-Coaching vertreten sein. Ideelle Partner der Initiative:

- Bundesverband der Deutschen Klein- und Obstbrenner e. V.

- Verband Deutscher Kornbrenner und mittelständischer Spirituosen- und Alkoholanbieter
- Bundesverband der Obstverschlussbrenner e. V.

Fakten 12/2014 (seit Initiativstart 2005)

Eltern-Workshops:

- 223 durchgeführte Workshops
- insgesamt über 6.197 Teilnehmende in allen bisherigen Workshops
- durchschnittliche Teilnehmerzahl: 27,8 Eltern/Erziehungsberechtigte
- Dauer: 90 bis 120 Minuten

Drucksachen:

- ca. 50.000 Broschüren wurden seit Initiativstart produziert

Elterstraining www.klartext-elterstraining.de (online seit März 2010):

- rund 39.706 Nutzende/Teilnehmende
- 113.731 Seitenaufrufe

Website www.klartext-reden.de:

- Website-User: 232.206
- Seitenaufrufe: 620.636
- durchschnittliche Besuchsdauer: ca. zwei Minuten
- Berichterstattung: ca. 13 Millionen Kontakte über TV, Radio, Print sowie 26 Online-Beiträge in 2013/2014

»Schulungsinitiative Jugendschutz« – Initiative zur konsequenten Umsetzung des Jugendschutzgesetzes

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI hat im Oktober 2007 die Präventionsinitiative „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes in Bezug auf die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken weiter zu verbessern. Die „Schulungsinitiative Jugendschutz“ wird aktuell von inzwischen 19 Kooperationspartnern aus den Bereichen Handel, Gastronomie und Tankstellen unterstützt:

- Bundesverband der Lehrerinnen und Lehrer an beruflichen Schulen e. V. (BLBS)
- Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA Bundesverband)

- Handelsverband Deutschland e. V. (HDE)
- Bundesverband des Deutschen Lebensmittelhandels e. V. (BVLH)
- Deutsche Barkeeper-Union e. V. (DBU)
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V. (DIHK)
- Bundesverband Freier Tankstellen e. V. (bft)
- Bundesverband Tankstellen und Gewerbliche Autowäsche Deutschland e. V. (BTG – Minden)
- Zentralverband des Tankstellengewerbes e. V. (ZTG)
- Mineralölwirtschaftsverband e. V. (MWV)
- UNITI Bundesverband mittelständischer Mineralölunternehmen e. V.
- Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG)

- Tankstellen-Interessenverband e. V.
- Bundesverband des Deutschen Getränkefachgroßhandels e. V. (BV GFGH)
- TANKSTELLENGEWERBE BAYERN
- Barschule München
- Barschule Rostock – American Cocktail College
- bar academy sachsen
- GBS Barservice GmbH (German Bartender School)

Darüber hinaus werden „SchuJu-Materialien“ von der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes über derzeit fünf Landeskriminalämter eingesetzt.

„SchuJu“ wendet sich zum einen an Auszubildende und Mitarbeitende der Branchen Gastronomie, Hotel, Handel und Tankstellen, zum anderen an Lehrkräfte in Berufsschulen und anderen betrieblichen Ausbildungsinstitutionen. Die Initiative umfasst verschiedene Schulungsunterlagen für Berufsschullehrer(innen) sowie Lehrkräfte, drei Broschüren für Mitarbeitende in Handel, Gastronomie und Tankstellen, eine Info-Karte für den Barbereich, eine „SchuJu“-Alterskontrollscheibe sowie den begleitenden Internetauftritt www.schu-ju.de mit einem WBT-Modul (web based training).

Mithilfe der „SchuJu“-Alterskontrollscheibe können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Handel, Gastronomie und Tankstellen ohne kompliziertes Rechnen leicht überprüfen, ob der Kunde die gesetzliche Altersgrenze für den Verkauf von Bier, Wein, Sekt (16 Jahre) oder Spirituosen (18 Jahre) bereits erreicht hat.

Bei dem 10- bis 15-minütigen internetgestützten Trainingskurs (WBT I) werden die wichtigsten

Inhalte des Jugendschutzgesetzes in Bezug auf alkoholhaltige Getränke behandelt. In einem anschließenden Wissenstest können die Teilnehmenden bei erfolgreichem Abschluss ein persönliches Zertifikat zur Vorlage beim Arbeitgeber erlangen.

Damit sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dem wichtigen Thema „Jugendschutz“ kontinuierlich weiterbilden können, ist seit dem 1. Juni 2012 ein neuer Aufbaukurs (WBT II) online, der die Inhalte der Einstiegsschulung wiederholt und gleichzeitig vertiefende Praxisbeispiele vermittelt. Wie beim Grundkurs kann auch am Ende des Aufbaukurses ein

Test absolviert werden. Seit Start des „SchuJu“-Aufbaukurses im Juni 2012 haben bisher (Stand: 12/2014) bereits 3.238 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freiwillig den Aufbaukurs absolviert und mit Zertifikat bestanden.

Das internetgestützte Jugendschutz-Training (WBT I) ist außerdem Bestandteil des „Aktionsplans Jugendschutz der Tankstellen“, den die Branchenvertreter im Beisein der Drogenbeauftragten bis 2014 verlängert haben.

Auf der Website wurden 2013 drei Video-Filme mit Beispielen aus Gastronomie, Handel und Tankstellen integriert. Diese veranschaulichen unterhaltsam, wie man in für den Jugendschutz relevanten Verkaufssituationen richtig reagiert. Die Videos kommen bei der Zielgruppe gut an und wurden 2013/2014 insgesamt 28.976 Mal abgerufen.

Das Online-Training der „Schulungsinitiative Jugendschutz – SchuJu“ – führt zu konsequenteren Alterskontrollen, wie eine entsprechende Evaluierung zum Ende des Jahres 2013 zeigt: Mitarbeiterinnen und



Mitarbeiter aus den Bereichen Gastronomie, Hotel, Handel und Tankstellen, die am Online-Training der „Schulungsinitiative Jugendschutz“ erfolgreich teilgenommen haben, zeigen im Vergleich zu ungeschulten Nicht-Teilnehmenden eine höhere Sensibilität in Sachen Jugendschutz sowie ein kritischeres Abgabeverhalten bei alkoholhaltigen Getränken: Die geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweifeln signifikant häufiger am geforderten Alter jugendlicher Kunden und fragen folglich – nach eigener Einschätzung – häufiger nach einem Ausweis. Laut Online-Befragung hatten „SchuJu“-Teilnehmende im Durchschnitt 5,4 Mal pro Woche Zweifel am Kundenalter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe nur 2,1 Mal. Auch das kritischere Abgabeverhalten der „SchuJu“-Absolventinnen und Absolventen konnte statistisch gesichert nachgewiesen werden. Sie fragten nach eigener Einschätzung signifikant häufiger nach einem Altersnachweis – im Durchschnitt 7,7 Mal pro Woche im Vergleich zu 3,4 Mal bei Befragten ohne „SchuJu“-Training. (Diese Ergebnisse waren statistisch signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als fünf Prozent).

Die Zeitschrift „Grips & Co.“ der RUNDSCHAU für den Lebensmittelhandel – medialog GmbH & Co. KG hat die „SchuJu“-Broschüre „Informationen für den Handel“ in den Jahren 2013 und 2014 in einer Auflage von je 10.000 Exemplaren an Auszubildende im Handel verteilt.

Im „Aktionsleitfaden des Handels zur Sicherung des Jugendschutzes“ des Handelsverbandes Deutschland e.V. (HDE), der seit Jahren mit der Drogenbeauftragten vereinbart wird, ist die „Schulungsinitiative Jugendschutz“ wichtiger Bestandteil.

Überdies wird die Initiative „SchuJu“ auf dem Server „Jugendschutz aktiv“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend www.jugendschutzaktiv.de als Beispiel aus der Praxis dargestellt.

»SCHUJU« WENDET SICH AN AUSZUBILDENDE UND MITARBEITENDE DER BRANCHEN GASTRONOMIE, HOTEL, HANDEL UND TANKSTELLEN, AN LEHRKRÄFTE IN BERUFSSCHULEN UND ANDEREN BETRIEBLICHEN AUSBILDUNGSINSTITUTIONEN.

Seit Dezember 2014 präsentiert sich die „Schulungsinitiative Jugendschutz“ mit einem komplett überarbeiteten Internetauftritt www.schu-ju.de, mit dem künftig die praktischen Umsetzungen des Jugendschutzes durch die Kooperationspartner in den Vordergrund gerückt werden. Die letzte Pressekonferenz zur „Schulungsinitiative Jugendschutz“ wurde im Sommer 2012 mit Vertreterinnen und Vertretern der neuen Kooperationspartner durchgeführt.

Bestandene „SchuJu“-Zertifikate:

- WBT I: 143.923
- WBT II: 3.238

Persönliche Schulungen:

- 153 Schulungsveranstaltungen mit ca. 3.323 Teilnehmerinnen und Teilnehmern

Drucksachen:

- 231.000 Broschüren für Handel, Gastronomie und Tankstellen
- 50.000 Barkarten
- 25.000 Alterskontrollscheiben für Kassenpersonal

Website www.schu-ju.de (inkl. WBT):

- Website-User: 803.857
- Seitenaufrufe: 7.350.737*

Aufrufe der drei „SchuJu“-Schulungsvideos

(seit 18.09.2013):

- Schulungsvideo „Einzelhandel“: 9.699 Aufrufe
- Schulungsvideo „Gastronomie“: 9.152 Aufrufe
- Schulungsvideo „Tankstelle“: 10.125 Aufrufe



»Viele Menschen verstehen nicht, mit welchem großem alltäglichen Unglück Abhängigkeit einhergeht.«



©Foto: Olaf Blecker

VORGESTELLT:

Daniel Schreiber

„Viele Menschen verstehen nicht, mit welchem großem alltäglichen Unglück Abhängigkeit einhergeht. Dass dieses Unglück mit dem Trinken zu tun hat, ist einem jedoch die längste Zeit nicht bewusst. Durch eine Reihe von glücklichen Umständen ist es mir gelungen, dieses Unglück abzulegen und nüchtern zu leben.“

Einer dieser Umstände war, dass ich Autor bin und mich für Recherchen jeder Art begeistere. Als ich begann, mich mit dem Thema Alkoholismus zu beschäftigen und das Buch „Nüchtern. Über das Trinken und das Glück“ zu schreiben, fiel mir auf, dass fast alles, was ich darüber wusste, falsch war. Mir war nicht bewusst, dass es sich um eine neurologische Krankheit handelt, bei der sich das Gehirn nach und nach unwiderruflich verändert, auch beim Konsum verhältnismäßig geringer Mengen. Mir war nicht bewusst, dass ein Viertel aller Deutschen an der Schwelle zur Abhängigkeit steht, auch wenn niemand das wahrhaben möchte. Mir war auch nicht bewusst, dass man keine körperlichen Entzugserscheinungen haben muss, um abhängig zu sein; dass es eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen gibt, die exzellente Hilfe anbieten und dass für jemandem mit einem Alkoholproblem sehr viel einfacher ist, nüchtern zu leben, als zu trinken. Nicht nur einfacher, sondern auch viel glücklicher und erfüllter.

Obwohl diese Krankheit so weit verbreitet ist, redet kaum jemand in Deutschland darüber. Darüber hinaus halten wir an völlig überkommenen Vorstellungen fest. Das ist in anderen Ländern anders. Es ist sehr wichtig, dass wir über Abhängigkeit reden und darüber aufklären. Jeder kennt jemanden, der betroffen ist. Nur zehn Prozent aller Abhängigen trauen sich jemals in Behandlung. Unfassbar viele Menschen sterben an dieser Krankheit. Ich habe „Nüchtern“ geschrieben, um daran etwas zu ändern. Wenn wir uns als Gesellschaft eine Droge erlauben, müssen wir auch bereit sind, den gesundheitlichen Folgen ins Auge zu blicken, die diese Droge für einen Großteil von uns hat.“

Daniel Schreiber hat in Berlin und New York Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft studiert und viele Jahre als freier Korrespondent in New York und später als Redakteur bei den Magazinen Monopol und Cicero gearbeitet. Sein Buch „Susan Sontag. Geist und Glamour“ (Aufbau Verlag und Northwestern University Press) war die erste Biografie über die bekannte amerikanische Intellektuelle. Seine Texte erscheinen in DIE ZEIT, in Zeitschriften wie DU – das Kulturmagazin, Weltkunst, Philosophiemagazin und bei Deutschlandradio Kultur. Im Herbst 2014 erschien sein Buch „Nüchtern. Über das Trinken und das Glück“ (Hanser Berlin). Schreiber lebt in Berlin.

2.1.7 BEISPIELPROJEKT AUS DEN VERBÄNDEN ZU ALKOHOL AM ARBEITSPLATZ

»Hinsehen, Zuhören, Ansprechen!« – Leitfaden für die kollegiale Hilfe

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

Ziel der Broschüre ist es, den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Hilfestellung und Tipps zu geben, wie sie in ihrem täglichen Berufsleben mit dem Thema „Alkohol“ umgehen und Verantwortung übernehmen können.

Dabei steht der Gedanke der kollegialen Hilfe im Vordergrund: Mit den Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen verbringt man viel Zeit, eventuell sogar mehr Zeit als mit der Familie. Daher kann am Arbeitsplatz ein problematischer Umgang mit alkoholhaltigen Getränken frühzeitig erkannt und Hilfestellung geleistet werden.

Die Broschüre kann von den Mitgliedsunternehmen und anderen interessierten Unternehmen direkt beim BSI bestellt werden.

Hinsehen
Zuhören
Ansprechen!

2.2 TABAK

2.2.1 »RAUCHFREI« – KAMPAGNEN DER BZGA

Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene

Die BZgA bietet im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne seit 2005 ein kostenloses, interaktives Online-Ausstiegsprogramm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene an. Das Programm ist unter www.rauch-frei.info abrufbar und bietet den Teilnehmenden vier Wochen lang Unterstützung beim Rauchstopp mit individualisierten Tipps, mit interaktiven Elementen wie dem Ersparnisrechner oder der Community, die beim Durchhalten motiviert. Insgesamt nutzten bislang etwa 12.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Online-Ausstiegsprogramm.

<http://www.rauch-frei.info/app/>

Online-Rauchstopp für Erwachsene

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

Um eine gute Grundlage für einen dauerhaften Rauchstopp zu schaffen, sieht das Online-Ausstiegsprogramm eine Vorbereitungsphase von drei bis zehn Tagen vor. Die genaue Dauer dieses Zeitraums wird

durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst bestimmt, sodass für sie die Möglichkeit besteht, einen möglichst günstigen Termin für ihren Rauchstopp-Tag zu wählen. In der Vorbereitungszeit werden ebenfalls täglich Empfehlungen und Tipps gegeben. Außerdem bietet das „rauchfrei“-Programm auch einen „Quereinstieg“ für bereits (kurz zuvor) ausgestiegene bzw. für Personen an, die ihren Rauchstopp für den Tag der Programmanmeldung planen. Bislang nahmen rund 75.000 Menschen am Online-Ausstiegsprogramm teil.

<http://www.rauchfrei-info.de>

»rauchfrei«-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene

Das „rauchfrei“-Programm ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung. Der Gruppenkurs wurde 2007 vom Institut für Therapieforchung München (IFT) mit Unterstützung der BZgA entwickelt und wird bundesweit von zertifizierten Kursleiterinnen und Kursleitern durchgeführt. Die Kurse werden vom Spitzenverband der Krankenkassen als erstattungsfähiges Präventionsprogramm anerkannt.

Das Kursprogramm wird in einer Basisversion mit sieben 90-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen sowie in einer Kompaktversion mit drei 180-minütigen Kursterminen und zwei Telefonterminen angeboten. Die Kompaktversion eignet sich gut für Betriebe, da sie besser in die internen Abläufe zu integrieren ist.

Aus dem Jahr 2013 liegen auswertbare Daten von 2.901 Teilnehmenden aus 450 Kursen vor, die von 232 Kursleiterinnen und Kursleitern durchgeführt wurden. Die Teilnehmenden wurden zu Kursbeginn und Kursende schriftlich, unter anderem zum Rauchverhalten, befragt. Zu Kursende liegt die kurzfristige Abstinenzquote gemäß ITT-Analyse (Intention-to-treat) bei 61,0 Prozent. Zur langfristigen Abstinenz liegen für 2013 noch keine Daten vor.

Im Herbst 2012 wurde erstmalig eine Drei-Jahres-Nachbefragung von Teilnehmenden des „rauchfrei“-Programms durchgeführt. Dafür wurden alle 442 (Ex-)Rauchende, die in den Monaten September und Oktober 2009 am „rauchfrei“-Programm teilgenommen und die Einwilligung zur Nachbefragung abgegeben hatten, erneut telefonisch kontaktiert. Die Zwölf-Monats-Abstinenzquote betrug 36,1 Prozent (ITT-Analyse). Nach drei Jahren waren noch 25,6 Prozent der Teilnehmenden rauchfrei. Um aufhörwilligen Raucherinnen und Rauchern eine schnelle Suche nach Kursen vor Ort zu ermöglichen, bietet die Internetseite www.rauchfrei-programm.de eine Datenbank mit aktuellen deutschlandweiten Kursangeboten.

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

Telefonische Beratung zum Nichtrauchen

Die BZgA bietet unter der Rufnummer 01805 313131 von Montag bis Donnerstag von 10:00 bis 22:00 Uhr und von Freitag bis Sonntag von 10:00 bis 18:00 Uhr eine telefonische Beratung zum Nichtrauchen an (0,14 €/Min. a. d. Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.). In 2014 wurde zusätzlich zur kostenpflichtigen Hotlinenummer bereits die kostenlose Nummer 0800 8 313131 freigeschaltet. Diese Nummer wird auch in der aktuellen Fassung der Tabak-Produktverordnung aufgeführt, in der die ergänzenden Warnhinweise auf Tabakprodukten geregelt sind. Geplant ist, nach dieser Übergangsphase das Beratungsangebot komplett auf die kostenfreie Rufnummer bis 2016 umzustellen.

Neben der Beantwortung allgemeiner Fragen zum Rauchen und insbesondere zum Rauchstopp erhalten Interessierte auch individuelle Beratung und persönliche Tipps, die beim Rauchstopp helfen können. Sie können BZgA-Medien zum Rauchstopp anfragen und sich über Kursangebote in der Nähe informieren. Anruferinnen und Anrufer, die mit dem Rauchen aufhören möchten, haben auch die Möglichkeit, eine proaktive Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei werden sie auf Wunsch im ersten Monat nach ihrem



Rauchstopp bis zu fünfmal kostenfrei von den Beraterinnen und Beratern zurückgerufen. Die BZgA-Telefonberatung wird kontinuierlich evaluiert und optimiert. Im Jahr 2014 konnten über 4.500 Anrufe verzeichnet werden. Zusätzlich wurden etwa 1.000 proaktive Beratungsgespräche geführt.

Förderung des Nichtrauchens in der Schule

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

Zentrales Element der Jugendkampagne ist die Internetseite www.rauch-frei.info, die altersgerechte Informationen zum Thema (Nicht-)Rauchen, interakti-

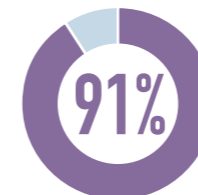
ve Elemente und ein Online-Ausstiegsprogramm zur Verfügung stellt. 2014 wurde die Internetseite mehr als 114.000 Mal besucht. Am Online-Ausstiegsprogramm nahmen 430 junge Menschen teil.

Im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne stellt die BZgA Materialien zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen zur Verfügung, wie zum Beispiel die Leitfäden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“, „Förderung des Nichtrauchens in Berufsbildenden Schulen“ oder „Schülermentoren zur Förderung der rauchfreien Schule“. Für Jugendliche im Schulalter und deren Eltern hält die BZgA weitere Informationsmaterialien bereit, darunter die Broschüren „Rauchfrei durchs Leben“ mit allgemeinen Informationen zum Rauchen, die Broschüre „Schluss mit Rauchen“ für ausstiegsbereite Jugendliche und den Elternratgeber „Raucht mein Kind?“.

Die Erwachsenenkampagne beinhaltet als zentrales Element eine umfangreiche Informationsplattform. Das Portal www.rauchfrei-info.de bietet neben Informationen zum Rauchen, Passivrauchen und Rauchstopp sowie zu den gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz auch ein Online-Ausstiegs-

Seit dem Start des Programms »**RAUCHFREI-LOTSEN**« sind die Besucherzahlen der Website merklich gestiegen. So wurde die Startseite des Forums im September 2013 rund 60.000 Mal angesehen, im September 2014 waren es bereits 100.000 Seitenaufrufe. Außerdem haben sich mehr Menschen für das Ausstiegsprogramm angemeldet (September 2013: 789; September 2014: 1200).

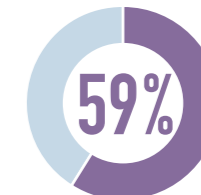
EINE ONLINE-BEFragung VON USERN, DIE IM FORUM ODER IM CHAT KONTAKT MIT EINEM ODER MEHREREN DER RAUCHFREI-LOTSEN HATTEN, ERGAB FOLGENDES BILD:



...gaben an, dass sie das Lotsenprogramm anderen weiterempfehlen würden.



...der Befragten waren mit den praktischen Hilfestellungen, die sie von den Lotsinnen/Lotsen bekamen, entweder „sehr“ oder „eher“ zufrieden.



...gaben eine positive Antwort auf die Frage: „Hat die Unterstützung durch die Lotsen Ihnen geholfen, Nichtraucher/-in zu werden oder zu bleiben?“

programm. Die Webseite wurde im Jahr 2014 mehr als 700.000 Mal besucht. Das Online-Ausstiegsprogramm wurde im selben Zeitraum von etwa 13.600 Menschen genutzt. Insbesondere das Forum, in dem sich Nutzerinnen und Nutzer rund um das Thema Nichtrauchen austauschen können, erfreut sich weiterhin zunehmender Beliebtheit. Einmal pro Woche haben die Nutzerinnen und Nutzer die Möglichkeit, an einem „rauchfrei“-Chat teilzunehmen, der professionell betreut wird.

Nachdem die Pilotphase des im Jahr 2013 entwickelten Projekts „Rauchfrei-Lotsen“ erfolgreich abgeschlossen worden war, konnte es im Jahr 2014 weiterentwickelt und ausgebaut werden. Rauchfrei-Lotsen haben den Rauchstopp bereits hinter sich und kennen mögliche Hürden auf dem Weg dorthin sehr gut. Mit dieser Erfahrung sind sie als Mentorinnen und Mentoren online auf www.rauchfrei-info.de aktiv. Dort beraten und unterstützen sie andere bei ihrem Rauchstopp. Für diese Aufgabe wurden sie von der BZgA geschult. Das Mentorenprogramm „Rauchfrei-Lotsen“ schließt damit

eine Lücke zwischen der professionellen Beratung durch Fachleute und der privaten Hilfe im Familien- und Freundeskreis. Seit dem Start des Lotsenprogramms sind die Besucherzahlen der Website merklich gestiegen. Außerdem haben sich mehr Menschen für das Ausstiegsprogramm angemeldet. Bei einer Online-Befragung von Userinnen und Usern, die im Forum oder im Chat Kontakt mit einem oder mehreren der Rauchfrei-Lotsinnen und Lotsen hatten, gaben 91 Prozent an, dass sie das Lotsenprogramm anderen weiterempfehlen würden.

Zur Förderung des Rauchstopps bietet die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne außerdem vielfältiges kostenloses Informationsmaterial, so etwa die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ und den „Kalender für die ersten 100 Tage“, die unter anderem auch im „rauchfrei“-Startpaket enthalten sind. Neben den Materialien für ausstiegswillige Rauchende werden im Rahmen der Kampagne auch zahlreiche Materialien für Multiplikator(inn)en, beispielsweise Lehrkräfte oder Fachkräfte im Gesundheitswesen, zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne wurden im Jahr 2014 zudem drei Hörfunkspots veröffentlicht, die unterschiedliche Zielgruppen von Raucherinnen und Rauchern und deren Motivation, einen Rauchstopp anzugehen, ansprechen sollen. Die drei Spots „Alternativen“, „Vorbild“ und „Olivia's Secret“ zeigen teils auf komische, teils auf nachdenkliche Art und Weise, warum es sich lohnt, mit dem Rauchen aufzuhören

http://www.bzga-avmedien.de/bot_spotthema.nichtrauchen.html

rauchfrei-Jugendkampagne:

<http://www.rauch-frei.info>

rauchfrei-Erwachsenenkampagne:

<http://www.rauchfrei-info.de>

2.2.2 »BE SMART – DON'T START«

»Be Smart – Don't Start« wird volljährig

Der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen

»Be Smart – Don't Start« ist im November 2014 zum 18. Mal gestartet

Es gibt wohl wenige Präventionsprojekte, die bereits so lange durchgeführt werden wie der Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen „Be Smart – Don't Start“. Seit dem Schuljahr 1997/98 motiviert dieser Jugendliche in ganz Deutschland zu einem rauchfreien Leben. In diesem Schuljahr haben sich insgesamt 7560 Schulklassen mit rund 200.000 Schülerinnen und Schülern angemeldet und bekennen damit: Wir sind rauchfrei! Eine so lange Durchführungszeit mit hohen Teilnehmerzahlen ist nur dank der Unterstützung vieler Partner möglich – darunter auch Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Herzstiftung und die AOK, die den Wettbewerb seit Jahren fördern, sowie Schulen und Lehrkräfte, für die eine Teilnahme an „Be Smart – Don't Start“ fest im Stundenplan verankert ist.

Jugendliche darin zu bestärken, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen – das ist das Ziel von „Be Smart – Don't Start“, einem bundesweiten Wettbewerb, der seit 18 Jahren erfolgreich Schülerinnen und Schülern vermittelt, dass Nichtrauchen der bessere Lebensstil ist. Eine Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Ergebnis, dass durch die Teilnahme an „Be Smart – Don't Start“ jährlich etwa 11.000 Jugendliche mehr rauchfrei bleiben. So hat „Be Smart – Don't Start“ wohl mit dazu beigetragen, dass heute deutlich weniger Jugendliche rauchen als noch vor zehn Jahren.

Trotz dieses Erfolges zeigen die aktuellen Zahlen, dass kontinuierliche Aufklärung wichtig ist. Zwar ist der Anteil rauchender Jugendlicher in den vergangenen zehn Jahren deutlich zurückgegangen, aber neue Produkte wie E-Zigaretten und E-Shishas drängen auf den Markt und können Jugendliche dazu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen.



2.2.3 VON »RAUCHFREI« ZU »RAUCHFREI PLUS« – GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FÜR BERATUNG UND TABAKENTWÖHNUNG

Zehn Jahre »rauchfrei PLUS« – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung:

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNRfK) startete mit einem Förderprojekt des BMG am 1. Juli 2005 und besteht nunmehr seit zehn Jahren. Mit „rauchfrei PLUS“ werden die Ergebnisse der Modellprojekte weiterentwickelt und die Vernetzung ausgebaut. Seit der Etablierung der Nichtraucherschutzgesetze nimmt das Interesse der Gesundheitseinrichtungen zu, über das DNRfK Gesundheitsberatung und Tabakentwöhnung zu etablieren und sich nach internationalen Standards des ENSH (Global Network for Tobacco Free Health Care Services) zertifizieren zu lassen. Wichtiges Instrument im DNRfK ist die regelmäßige Selbsteinschätzung, um den jeweiligen Handlungsbedarf festzustellen. Mitglieder im DNRfK erhalten Unterstützung, um die Selbsteinschätzung als Planungstool im Team einzusetzen. Je nach Qualität der Umsetzung können international anerkannte Zertifikate über ein Peer-Review-Verfahren erworben werden. Dafür

„Be Smart – Don't Start“ richtet sich an Schülerinnen und Schüler weiterführender Schulen. Eine Besonderheit bei dem Wettbewerb: Die Schülerinnen und Schüler entscheiden bei „Be Smart“ selber, ob sie an dem Programm teilnehmen möchten oder nicht. Das heißt, alle teilnehmenden Klassen entscheiden sich ganz bewusst gegen das Rauchen und für ein gesundes, rauchfreies Schuljahr.

Im Schuljahr 2014/2015 findet der Wettbewerb von 10. November 2014 bis Ende April 2015 statt. Klassen, die bis April 2015 rauchfrei bleiben, nehmen an einer Auslosung teil. Als bundesweiter Hauptpreis winkt eine Klassenfahrt im Wert von 5000 Euro. In einzelnen Bundesländern werden weitere Geld- und Sachpreise vergeben. Auch Klassen, die wiederholt an „Be Smart – Don't Start“ teilnehmen oder mit besonders kreativen Ideen das Thema Nichtrauchen im Unterricht umsetzen, können bis zu 5000 Euro gewinnen.

Der Wettbewerb wird vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert, mit Kooperationspartnern in den Bundesländern umgesetzt und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Herzstiftung sowie einer Reihe weiterer öffentlicher und privater Institutionen gefördert.

SEIT DEM START IM SCHULJAHR 1997/1998 HABEN SICH RUND 143.000 SCHULKLASSEN MIT MEHR ALS 3 MILLIONEN SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN AN DEM WETTBEWERB BETEILIGT. LEHRKRÄFTEN UND SCHULEN BIETET »BE SMART – DON'T START« DAMIT EIN BEWÄHRTES, WENIG AUFWENDIGES UND UMFASSEND WISSENSCHAFTLICH UNTERSUCHTES PROGRAMM ZUR RAUCHPRÄVENTION.

stehen mittlerweile 33 geschulte Auditorinnen und Auditoren zur Verfügung.

Bei Fragen zur Umsetzung werden Beratungen angeboten, die entweder telefonisch oder aber persönlich in Form von Workshops erfolgen. Auch Online-Präsentationen und Online-Meetings fördern den Austausch mit Mitgliedern sowie Expertinnen und Experten. In Schulungen zum „ABC der Raucherberatung“ wurde die Weitervermittlung in eine kostenfreie pro-aktive Telefonberatung wie „Fax to Quit“ der BZgA oder das „RAUCHFREI-FAX“ der HelpLine Bayern integriert. Das Programm wird durch eine kollegiale Beratung und motivierende Gesprächsführung ergänzt. Seit 2014 unterstützt das DNRfK darüber hinaus Kliniken und Hebammenschulen bei der Umsetzung des Programms „Weniger ist mehr – Rauchfreiberatung von Anfang an“ für die Schulung von (Familien-)Hebammen und Fachkräften der Frühen Hilfen zur Raucherberatung von Schwangeren.

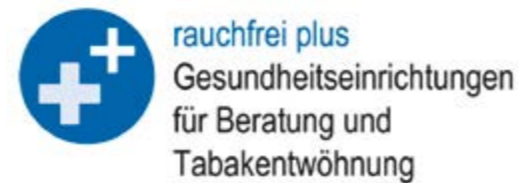
International arbeitet der DNRfK e. V. eng mit den deutschsprachigen ENSH-Netzen aus Österreich und der Schweiz zusammen und es werden jährlich eine gemeinsame Konferenz und das Auditorentraining organisiert.

Die konzeptionelle Entwicklung wird durch den Vorstand und Beirat des DNRfK, den Auditorenkreis, einen Expertenkreis Qualifikation sowie den Arbeitskreis für Uniklinika und Großklinika unterstützt.

Von April 2013 bis Januar 2015 war der DNRfK e. V. in Kooperation mit dem Institut für Therapieforchung München und der Hochschule Esslingen an einem Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen beteiligt. Bundesweit nahmen daran acht Interventionschulen und vier Kontrollschulen mit etwa 500 Pflegeschülerinnen und -schülern teil. Ziel ist es, Auszubildende in Pflegeberufen zu unterstützen,

nicht mit dem Rauchen anzufangen bzw. wieder rauchfrei zu werden. Mehr Informationen dazu erhalten Sie im Bericht: „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ und zur Umsetzung des astra-Programms unter

<http://www.astra-pflege-projekt.de>
<http://www.rauchfrei-plus.de>

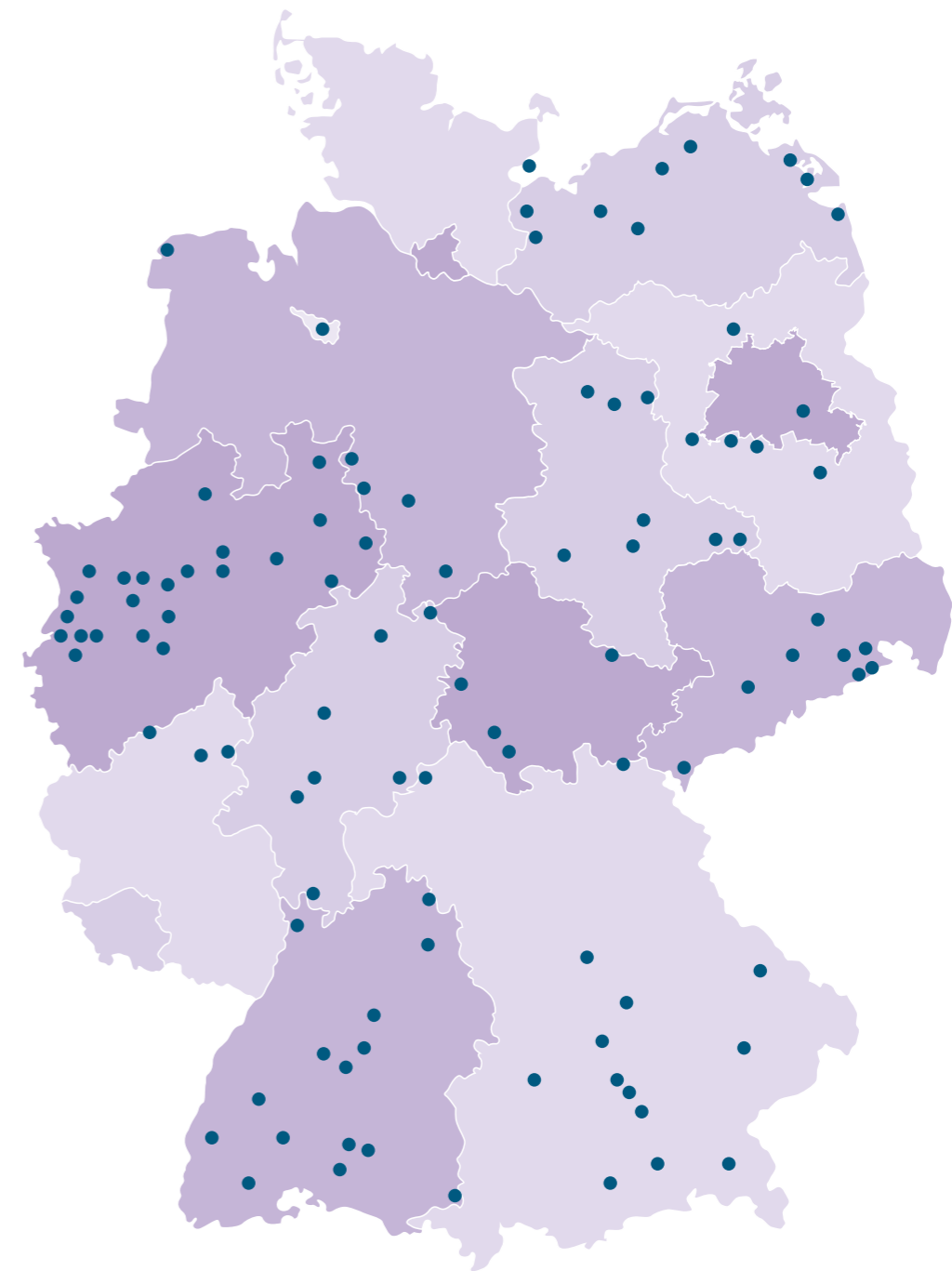


2.2.4 PRÄVENTION UND REDUKTION DES TABAKKONSUMS UNTER AUSZUBILDENDEN IN DER PFLEGE

Der Anteil der Rauchenden ist unter Beschäftigten in Pflegeberufen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dies gilt insbesondere für die Alten-, aber auch für die Krankenpflege. Verschiedene Studien belegen, dass bereits Auszubildende in Pflegeberufen überdurchschnittlich häufig Raucherinnen und Raucher sind. Da den Beschäftigten im Pflegebereich zugleich eine wachsende Vorbildfunktion in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention zukommt, wurde in der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ das Ziel formuliert, in Gesundheitsberufen verstärkt für ein rauchfreies Leben zu motivieren.

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

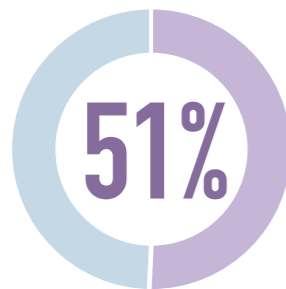
ABBILDUNG 18:
10 JAHRE „RAUCHFREI PLUS“ – GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FÜR BERATUNG UND TABAKENTWÖHNUNG:



Das Projekt PA-TRES (Pflege-Ausbildung Tabakkonsumprävention und Reduktion) der Universität Würzburg umfasst die Entwicklung und Evaluation eines solchen Präventionskonzepts. Personenbezogene und strukturelle Maßnahmen wurden in enger Abstimmung mit den beteiligten Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Schulleitungen von zwölf Berufsfachschulen der Region Unterfranken im Jahr 2013 entwickelt und in bereits bestehende Präventionsangebote integriert. Kernelement ist ein zwölfstündiges, verpflichtendes Unterrichtscurriculum, bei dem in drei Themenblöcken gesundheitsförderliche Lebensstiländerungen (Bewegung und Ernährung), Rauchen und Raucherberatung sowie Stress und Stressbewältigung im Pflegeberuf thematisiert werden. Detaillierte Ergebnisse zur summativen Evaluation werden im Sommer 2015 vorgelegt. Sämtliche Unterrichtsmaterialien sowie ein Manual zum Unterricht werden im Frühjahr 2015 auf der Homepage des Projektes zur Verfügung gestellt:

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

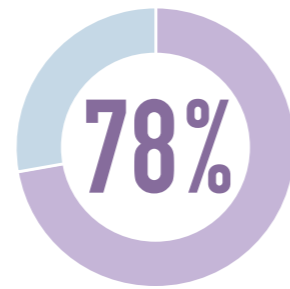
http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_24.html



**MEHR ALS JEDER ZWEITE
AUSZUBILDENDE IN DER PFLEGE
GIBT AN, IN DEN LETZTEN
30 TAGEN GERAUCHT ZU HABEN.**

Das Modellprojekt „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ wurde unter der Leitung des Instituts für Therapieforschung München (IFT) in Kooperation mit der Hochschule Esslingen und dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e. V. bundesweit an acht Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege umgesetzt. Mittels eines partizipativen Ansatzes wurde ein Programm entwickelt, das die besondere Situation von Schülerinnen und Schülern in der Pflege berücksichtigt. Lehrkräfte in den beruflichen Schulen und Beschäftigte der Praxiseinrichtungen werden einbezogen sowie neue Medien eingesetzt. Hierbei wurden neben verhaltensbezogenen Angeboten wie Rauchstopp-Kursen und Online-Programmen vor allem auch verhältnispräventive Module entwickelt. Ziel ist unter anderem, die Funktionalität der Zigarette für den Kontakt- und Beziehungsaufbau und die Strukturierung des Arbeitsalltages zu hinterfragen sowie Alternativen mit der Berufsgruppe zu erarbeiten.

Erste Auswertungen zeigen, dass 51 Prozent der befragten Pflegeschülerinnen und -schüler angeben, zu rauchen. Schülerinnen und Schüler der Altenpflege



**SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER
DER ALTENPFLEGE
RAUCHEN MIT EINEM ANTEIL
VON 78 PROZENT
BESONDERS HÄUFIG**

(Befragung astra-Projekt)

sind zu einem besonders hohen Anteil Raucherinnen und Raucher (78 Prozent), im Gegensatz zu Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege (48 Prozent). Veränderungen im Sinne der Zielsetzung konnten bereits im ersten Interventionsdurchlauf bei den Einrichtungen gemessen werden, die das gesamte Programm durchgeführt haben.

Im Folgeprojekt „astra-Implementationsforschung“ (Arbeitstitel) geht es nun um die Verbreitung des astra-Programms. Ziel ist unter anderem die Entwick-

lung eines Fortbildungsprogramms zum astra-Trainer bzw. zur astra-Trainerin und der Aufbau einer Betreuungsstruktur. Gefördert wird dieses Projekt ebenso vom Bundesministerium für Gesundheit (Zeitraum Februar 2015 bis September 2016).

<http://www.astra-pflege-projekt.de>

2.2.5 BEISPIELPROJEKTE AUS DEN LÄNDERN

Nordrhein-Westfalen

Tabakprävention per Facebook, App & Co. Landesinitiative »Leben ohne Qualm« auf neuen Zugangswegen

Rauchfreie Rapper bei Facebook treffen

Die Arbeit der nordrhein-westfälischen Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (LoQ) wird bereits seit längerem durch digitale Medien unterstützt. Der seit zwölf Jahren bestehende jährliche Hip-Hop-Wettbewerb ist seit rund zwei Jahren auf Facebook vertreten. Hier sind insbesondere jugendliche „Probierer(innen)“ eingeladen, einen Hip-Hop-Song zu den Vorteilen des Nichtrauchens zu produzieren und einzusenden. Schulklassen werden durch begleitende Hip-Hop-Workshops zur Auseinandersetzung mit dem Thema „Rauchen“ motiviert.

<https://de-de.facebook.com/LoQHipHopWettbewerb>

Via SMS und Smartphone dem Rauchen widerstehen

Zum Weltnichtrauchertag 2014 fiel der Startschuss für einen neuen Service der Landesinitiative. Es handelt sich um ein SMS-basiertes Programm zur Förderung des Rauchausstiegs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der sms-coach soll

insbesondere jugendlichen Auszubildenden beim Ausstieg helfen.

Hintergrund für diesen Service ist die relativ hohe Raucherquote von Berufsschülerinnen und -schülern im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen. Der „sms-coach“ kann ohne Voraussetzung und viel Aufwand von Schulklassen und von einzelnen Jugendlichen genutzt werden. Dabei ist es zunächst nicht ausschlaggebend, ob man über einen Ausstieg nachdenkt oder nicht. Einzige Bedingung ist der Besitz eines Handys oder Smartphones.

Das Angebot selbst ist kostenlos. Kosten können – je nach Mobilfunkanbieter – jedoch für die Beantwortung der Fragen entstehen (zwei SMS pro Woche). Das Programm wurde bereits in Bremen („MyWay“) und in der deutschsprachigen Schweiz eingesetzt und hinsichtlich Akzeptanz und Wirksamkeit überprüft. Dabei erwies es sich sowohl bei gelegentlich als auch regelmäßig Rauchenden als wirksam (Reduktion des Zigarettenkonsums, häufigere Aufhörversuche).

Der „sms-coach“ kommt 2015 an weiteren berufsbildenden Schulen in Nordrhein-Westfalen zum Einsatz. Schulen mit besonders hohen Raucherquoten und speziellen Problemlagen werden zudem

durch ein individuelles Beratungs- und Fortbildungsangebot zur schulischen Tabakprävention unterstützt.

Infos und Materialien für interessierte Schulen und Ausbildungsbetriebe sowie Anmeldung zum „sms-coach“ unter 0208/30069-32 oder:

<http://www.loq.de>

Beim »Tabak-Talk« Stellung beziehen

„Tabak-Talk“ nennt sich das neue kleine Programm (App), mit dem die Landesinitiative Jugendliche ab zwölf Jahren dazu einlädt, über das Thema Rauchen ins Gespräch zu kommen – unabhängig davon, ob sie selbst rauchen oder nicht.

Die App, die kostenlos im Google Play Store erhältlich ist, regt ohne „pädagogischen Zeigefinger“ dazu an, sich mit dem Thema Rauchen zu beschäftigen. Das kann sowohl das eigene Rauchen als auch das Rauchverhalten der anderen sein.

Die Teilnehmenden sind aufgefordert, zu 20 Statements, in denen – wie in einem Quiz – kurze Alltagssituationen skizziert werden, Stellung zu beziehen und aus verschiedenen Antwortmöglichkeiten auszuwählen. Sie erhalten zum Teil direkte Rückmeldungen und Hinweise, sodass sich ein kleiner, unterhaltsamer „Tabak-Talk“ entwickelt.

Je nachdem, wie die Nutzerin bzw. der Nutzer die Fragen beantwortet hat, ob sie/er Raucher(in), Gelegenheitsraucher(in) oder überzeugte(r) Nichtraucher(in) ist: am Ende erhält sie/er eine Auflösung ähnlich wie bei einem Persönlichkeitstest. Ein Bild verrät den Typus, zu dem sich das jeweilige Antwortprofil gefügt hat. Die fünf lustigen Typenbilder können heruntergeladen und weiterverwendet werden. Mit den Hinweisen werden rauchende Jugendliche angeregt, über ihr Rauchverhalten nachzudenken. Jugendliche, die bisher nicht geraucht haben, werden bestätigt und motiviert, gar

nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Andere, die sich durch Passivrauch belästigt fühlen, werden motiviert, Stellung zu beziehen.

Weiterführende Links laden dazu ein, am Hip-Hop-Wettbewerb der Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ teilzunehmen und sich mit einem Rap zum Thema Nichtrauchen zu positionieren.

Rauchende Teilnehmende oder diejenigen, die ihren Freundinnen, Freunden oder ihren Familienmitgliedern helfen wollen, finden Hinweise zu Ausstiegsangeboten.

Mit kleinen Infos, Hinweisen und Fragestellungen spricht die App auch diejenigen an, die Unterhaltung suchen, aber bisher noch nicht über das Rauchen oder das Aufhören nachgedacht haben.

Der „Tabak-Talk“ eignet sich auch als „Warming up“ und im Rahmen von schulischen Angeboten zur Tabakprävention und fügt sich so als Baustein in die bestehenden Präventionsangebote der Landesinitiative ein.

Den „Tabak-Talk“ gibt es kostenlos zum Download im Google Play Store.

Kinder vor Passivrauch im häuslichen Umfeld schützen:

Landesinitiative »Leben ohne Qualm« implementiert Mitarbeitende im Elementarbereich
Gesetzliche Regelungen und nicht zuletzt die Einsicht eines Großteils unserer Mitmenschen bieten insbesondere Kindern im Alltag Schutz vor den schädigenden Folgen von Passivrauchbelastungen. Kinder jedoch, die in Haushalten leben, in denen geraucht wird, sind weiterhin gefährlichen Belastungen durch Rauchende ausgesetzt.

Die Rauchenden gefährden nicht nur sich selbst. Der sogenannte „Passivrauch“, der beim Rauchen freigesetzt wird, schädigt insbesondere Säuglinge

und Kinder:
Rund 60 Säuglinge versterben im Jahr am plötzlichen Kindstod, weil sie vor der Geburt oder zu Hause Tabakrauch ausgesetzt sind.

Weitere Folgen des Passivrauchens sind Wachstumsstörungen, Asthma, Atemwegserkrankungen, Entzündungen sowie eine allgemeine Krankheitsanfälligkeit. Diese Gefahren bedrohen Kinder hauptsächlich im häuslichen Umfeld!

Da das Rauchverhalten durch die soziale Schichtzugehörigkeit beeinflusst ist, wachsen durch Passivrauch gefährdete Kinder häufig in Haushalten auf, deren Alltag mehrfach belastet ist, sodass den Eltern bzw. Erziehenden kaum Zeit und Kraft bleibt, ihren Fürsorge- und Schutzpflichten nachzukommen. Das Verhalten der Personen im unmittelbaren Umfeld hat ebenfalls Einfluss auf Kinder: Kinder, denen daheim das Rauchen vorgelebt wird, werden später öfters selbst zu Rauchenden.

Wenn Erzieherinnen und Erzieher sowie pädagogische Fachkräfte schädigende Einflüsse aus dem häuslichen Umfeld des Kindes wahrnehmen, sind sie gefordert, zu reagieren. Das heißt unter anderem, in einer geeigneten Situation einen angemessenen Zugang zu den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zu finden. Dies ist jedoch nicht leicht, da sich insbesondere schwer erreichbare Eltern von herkömmlichen Angeboten nicht angesprochen oder missverstanden fühlen.

Die Landesinitiative LoQ hat entsprechende Angebote und Materialien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren entwickelt und wird diese in 2015 implementieren: Die dreitägige Fortbildung „Eltern-MOVE – Motivierende Ansprache von Eltern am Beispiel ‚Tabak‘“ (MOVE) vermittelt Kenntnisse und Fertigkeiten, die ermutigen, mit weniger zugänglichen Eltern und Erziehungsberechtigten respektvoll in Kontakt zu treten und angemessen zu intervenieren.

Aufgezeigt wird unter anderem, wie Anstöße für Verhaltensänderungen gegeben werden können (zum Beispiel rauchfreier Wohnraum, Rauchregeln) und wie Eltern bzw. Erziehende motiviert werden können, Unterstützung und gegebenenfalls Ausstiegsangebote anzunehmen.

Im Rahmen des eintägigen Workshops „Tabakprävention – Methoden für die Elternarbeit“ wird aufgezeigt, auf welche Weise sich das Thema „Rauchen“ und/oder „Passivrauchen“ in den erzieherischen/pädagogischen Einrichtungen platzieren lässt.

Die Teilnehmenden erfahren, wie sie gezielt Gesprächsanlässe schaffen können, um – zum Beispiel auf der Grundlage der motivierenden Gesprächsführung – zum Nichtrauchen zu motivieren.

Die vorgestellten Methoden geben auf spielerische Art und Weise Anstöße für gesündere und kindgerechte Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld und lassen sich flexibel, also je nach vorhandenen Ressourcen, Vorkenntnissen, Lebenswelten und Eingangsvoraussetzungen der Eltern bzw. Familien, einsetzen.

Angesprochen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus

- Kitas
- Familienzentren
- Kinder- und Jugendhilfe
- Familienhilfe
- offenen Ganztagschulen
- Frühen Hilfen oder ähnlichen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

Infos und Materialien zur rauchfreien Kita:

<http://www.loq.de/kita/Tabakpraevention-in-Kitas.aspx>

<http://www.loq.de/multiplikatoren/loqmittel.html>

Schleswig-Holstein

ICH (B)RAUCH DAS NICHT!**Der Wettbewerb für einen rauchfreien Start ins Berufsleben**

Auszubildende stellen nach wie vor die Bevölkerungsgruppe mit den höchsten Raucherquoten dar. Präventive Angebote für diese Zielgruppe existieren hingegen nur wenige.

Aus diesem Grund fördert das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein die Präventionsinitiative „Ich (b)rauch das nicht!“, die, unterstützt unter anderem durch die AOK Nord-West – Die Gesundheitskasse und die Evangelische Stadtmission Kiel, im Ausbildungsjahr 2014/2015 erstmals in Kiel umgesetzt wird.

„Ich (b)rauch das nicht!“ ist ein eigens für den *Ausbildungsbereich* entwickeltes *Tabakpräventionsprogramm* in Form eines Wettbewerbs: Auszubildende verpflichten sich für ein Ausbildungsjahr zur Rauchfreiheit und werden bei erfolgreicher Teilnahme mit Anerkennungspreisen und der Chance, in einer Lotterie weitere Preise zu gewinnen, belohnt. Der Wettbewerb richtet sich sowohl an Nichtraucher als auch an Raucher: Nichtraucher Auszubildende werden in ihrer Entscheidung für ein rauchfreies Leben bestärkt, rauchende Auszubildende dabei unterstützt, mit dem Rauchen aufzuhören. Als Grundlage von „Ich (b)rauch das nicht!“ diente das von der Lungenliga St. Gallen in der Schweiz initiierte und realisierte Projekt „Rauchfreie Lehre“.

IN EINER DURCH DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT GEFÖRDERTEN UNTERSUCHUNG (5.688 AUSZUBILDENDEN AUS SIEBEN BUNDESLÄNDERN) GABEN 40,7% DER BEFRAGTEN AN, TÄGLICH ZU RAUCHEN.

Bis zum Anmeldeschluss des aktuellen Wettbewerbs am 30. November 2014 haben sich 313 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet. Sie haben sich dazu verpflichtet, im Zeitraum von November 2014 bis Juni 2015 weder bei der Arbeit noch in der Freizeit zu rauchen. Während der gesamten Laufzeit des Wettbewerbs werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer monatlich mit E-Mail-Newslettern über Neuigkeiten rund um den Wettbewerb auf dem Laufenden gehalten.

„Ich (b)rauch das nicht!“ ist ein Projekt im Rahmen der *Kampagne NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN.*



2.2.6 PUBLIKATION DES DEUTSCHEN KREBSFORSCHUNGSZENTRUMS »TABAKPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND«

Was wirkt wirklich?

In Deutschland ist der Raucheranteil unter Jugendlichen im Alter von zwölf bis 17 Jahren von 28 Prozent im Jahr 2001 auf zwölf Prozent im Jahr 2012 zurückgegangen. Diese Entwicklung wird von Vertreterinnen und Vertretern der Tabaklobby genutzt, um die Notwendigkeit weiterer gesetzlicher Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums in Frage zu stellen. So verweisen Tabakkonzerne wie Philip Morris und Imperial Tobacco in Großbritannien und Irland auf das „deutsche Modell“, um sich dortigen Plänen zur

Einführung von standardisierten Zigarettenverpackungen zu widersetzen.

Die Tabakindustrie behauptet, dass der Rückgang des Raucheranteils unter Jugendlichen in Deutschland auf Schulprogramme zur Tabakprävention und Kampagnen zur gesundheitlichen Aufklärung zurückzuführen sei. Sie empfiehlt, Deutschland als Beispiel zu nehmen und Schulprogramme einzuführen, statt die Zigarettenverpackungen unattraktiv zu machen.

Tatsächlich zeigten Maßnahmen zur öffentlichen Aufklärung und schulische Tabakpräventionsprogramme aufgrund der geringen Reichweite nur einen schwachen Einfluss auf das Rauchverhalten Jugendlicher. Damit weist das Deutsche Krebsforschungszentrum nachdrücklich die Behauptungen der Tabakindustrie zurück, dass in Deutschland die Gesundheitserziehung „eines der erwiesenermaßen wirksamsten Mittel“ in der Tabakprävention bei Jugendlichen sei.

Um Jugendliche dauerhaft vom Rauchen abzuhalten, sind neben der Tabakprävention weitere gesetzliche Maßnahmen notwendig. Dazu gehören ein umfassendes Tabakwerbeverbot, weitere deutliche Tabaksteuererhöhungen, ein Nichtrauchererschutzgesetz ohne Ausnahmen und die Einführung großer bildgestützter Warnhinweise.

Publikation in Deutsch:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabakpraevention_in_Deutschland_was_wirkt_wirklich.pdf

Publikation in Englisch:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tobacco_prevention_in_Germany_what_works.pdf

2.3 MEDIKAMENTE

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

Da Medikamentenabhängigkeit oftmals mit einer Grunderkrankung oder zumindest medizinischen Diagnose beginnt, steht die Prävention vor besonderen Herausforderungen. Von zentraler Bedeutung ist es, Ärztinnen und Ärzte für eine verantwortungsvolle Verschreibungspraxis zu sensibilisieren. Vor allem die Dauer der Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial muss immer wieder kritisch hinterfragt werden. Zugleich bedarf es der stärkeren Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten. Mit der gestiegenen Zahl wirksamer Arzneimitteln verlieren wir leicht die Nebenwirkungen aus dem Blick. Allzu oft erwartet die Patientin oder der Patient, bei einem Arztbesuch ein Medikament verschrieben zu bekommen, das schnelle Leidensmilderung bringt. Eine gut durchdachte und sparsame Medikation, egal ob verschrieben oder ohne Rezept in der Apotheke erworben, ist die beste Prävention der Medikamentenabhängigkeit. Das BMG fördert daher zwei Modellprojekte, die neue Möglichkeiten der Kommunikation über die Risiken bestimmter Medikamente erproben und gezielt den Übergang von einer Kurz- in eine Langzeitverschreibung in den Blick nehmen (siehe 2.3.4).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) informiert die Bevölkerung mit Broschüren über das Suchtrisiko bei Medikamenten. In Kooperation mit der BARMER GEK hat sie auf den Internetseiten www.unabhaengig-im-alter.de umfangreiche Informationen

zusammengestellt. Wichtige Hinweise zur Medikamenteneinnahme finden sich auch auf den Seiten der BZgA unter

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

2.3.1 PRÄVENTION DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

Seit Juni 2014 stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf ihren Online-Portalen www.frauengesundheitsportal.de und www.maennergesundheitsportal.de qualitätsgesicherte Informationen zum Thema Medikamente zur Verfügung. Dieses Angebot der BZgA bietet eine zusätzliche Hilfestellung für ratsuchende Frauen und Männer. Zielsetzung ist es, über den richtigen Umgang mit Medikamenten aufzuklären und so zum Beispiel dem Missbrauch von Arzneimitteln vorzubeugen. Die Inhalte der Seiten dienen der allgemeinen Information und ersetzen keinesfalls die Behandlung durch die Ärztin bzw. den Arzt und/oder die Beratung durch die Apothekerin bzw. den Apotheker.

Neben Antworten zu allgemeinen Fragen, beispielsweise zur richtigen Lagerung von Medikamenten, erhalten Interessierte über die Gesundheitsportale auch verlässliche Informationen über Wirkstoffe mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial sowie praktische Alternativen zur Einnahme von Medikamenten.

Die Seiten geben auch Auskunft darüber, worauf Frauen und Männer im Gespräch mit medizinischem Personal zur Einnahme von Medikamenten achten sollten. Verständlich erklärte Leitsätze aus der ärztlichen Praxis, wie die „4K-Regel“ (klare Indikation, korrekte Dosierung, kurze Anwendung, kein abruptes Absetzen), sollen Interessierten helfen, sich im ärztlichen Fachgespräch besser zu orientieren, und sie ermutigen, Aufklärung über mögliche Risiken einzufordern.

Die Internetportale zur Frauen- und Männergesundheit der BZgA gehen insbesondere auch auf geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Nutzung von Medikamenten ein.

So verweist das Online-Angebot www.frauengesundheitsportal.de darauf, dass besonders Frauen in verschiedenen Lebensphasen wie beispielsweise einer Schwangerschaft besondere Risiken bei der Einnahme von Medikamenten berücksichtigen müssen. Darüber hinaus bestehen auch bei der Verschreibung von Arzneimitteln und bei der Arzneimittelabhängigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede. Insgesamt gehen Schätzungen von 1,5 bis 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Personen in Deutschland aus. Zwei Drittel der Arzneimittelabhängigen sind Frauen (Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) 2013: Gemeinsam mehr erreichen. Frauen – Medikamente – Selbsthilfe. Hamm). Frauen im höheren Lebensalter sind in besonderem Maße betroffen. Zu den geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Nutzung von Medikamenten stellt das Frauengesundheitsportal www.frauengesundheitsportal.de weiterführende Informationen bereit.

Das Männergesundheitsportal www.maennergesundheitsportal.de setzt einen besonderen Schwerpunkt auf die Themen Medikamentenmissbrauch am Arbeitsplatz

und Hirndoping. Der Begriff Hirndoping (pharmakologisches Neuroenhancement oder auch cognitive enhancement) bezeichnet den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen durch Gesunde, die solche Mittel einnehmen, um die geistige Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Das Männergesundheitsportal gibt einen zusammenfassenden Überblick zu den möglichen Nebenwirkungen.

Entscheidend ist der richtige Umgang mit Medikamenten. Die Internetportale zur Frauen- und Männergesundheit der BZgA bieten qualitätsgesicherte und verlässliche Informationen rund um das Thema Medikamente, unter anderem zu Haltbarkeit oder Darreichungsformen, Wechselwirkungen sowie Risikogruppen. Über weiterführende Verlinkungen zu Broschüren und interaktiven Angeboten, einen detaillierten Quellenachweis und ein Glossar für Begriffserklärungen können sich die Nutzerinnen und Nutzer der Portale detailliert informieren.

<http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/medikamente/>
<http://www.maennergesundheitsportal.de/themen/medikamente/>

2.3.2 BEISPIELPROJEKT AUS DEN LÄNDERN

Nordrhein-Westfalen

Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

Seit dem 1. Juni 2014 führt die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, das Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ durch. Es wird vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPa) für drei Jahre gefördert.

In Deutschland leben schätzungsweise 1,4 bis 1,9 Millionen medikamentenabhängige Menschen. Der

Frauenanteil liegt bei 70 Prozent und damit weit höher als bei jeder anderen Gruppe Substanzabhängiger. Epidemiologische Daten liefern jedoch keinerlei Hinweise auf die Lebensumstände dieser Frauen. So kann nur vermutet werden, dass es sich bei einem relevanten Teil dieser Frauen um Mütter handelt und somit auch Kinder betroffen sind – diesbezüglich ist die Datenlage aber ebenfalls bislang äußerst unbefriedigend.

Nach bisherigen Erkenntnissen nehmen Frauen in der Schwangerschaft und Mütter mit missbräuchlichem

- Medikamentenkonsument die Angebote der Suchtkrankenhilfe kaum wahr. Es ist nicht bekannt, ob und wo sie spezifische Hilfe finden, wenn sie diese suchen.

Vor dem Hintergrund, dass Kinder – Mädchen wie Jungen – in Familien mit einer Suchtproblematik mit unterschiedlichen psychosozialen Belastungen aufwachsen sowie einem erhöhten Risiko unterliegen, selbst suchtkrank zu werden, besteht hier dringender Handlungsbedarf.

Gleichzeitig gibt es bislang nur Vermutungen über geschlechtsbezogene unterschiedliche Reaktionsweisen von Mädchen und Jungen auf einen missbräuchlichen Konsum von psychoaktiven Medikamenten ihrer Mütter.

Es fehlen insgesamt grundlegende Erkenntnisse, wie Prävention und Hilfen für die betroffenen Frauen und Kinder gestaltet sein müssen. In der Praxis möglicherweise vorhandene Erfahrungen, Angebote und Strategien sind weder veröffentlicht noch systematisiert.

Mit dem Projekt sind folgende Zielsetzungen verbunden:

- Aufbereitung des nationalen und internationalen Kenntnisstands bezogen auf die Situation von

medikamentenabhängigen schwangeren Frauen, Müttern und Kindern in diesen Lebenssituationen.

- Erhebung und Bündelung des Expertinnen- und Expertenwissens.
- Entwicklung von Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen.
- Nutzung der Erkenntnisse zur Entwicklung adäquater Angebote zur verbesserten Erreichbarkeit der Zielgruppen.
- Entwicklung von Qualifizierungsangeboten und Arbeitshilfen.

Ein langfristiges Ziel besteht darin, eine integrierte, berufs- und arbeitsfeldübergreifende, kooperative Versorgungsstruktur der beteiligten Akteurinnen und Akteure zu entwickeln.

Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, lädt Expertinnen und Experten, die mit schwangeren Frauen und Müttern arbeiten, bei denen ein missbräuchlicher Konsum von psychoaktiv wirksamen Medikamenten zu vermuten bzw. festzustellen ist, herzlich ein, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu teilen und die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, bei der Durchführung des Projekts zu unterstützen!

2.3.3 EPIDEMIOLOGIE DER LANGZEITVERSCHREIBUNG VON MEDIKAMENTEN MIT ABHÄNGIGKEITSPOTENTIAL IN DEUTSCHLAND – EINE PROSPEKTIVE ANALYSE KASSENÄRZTLICHER VERSCHREIBUNGEN ÜBER 5 JAHRE

Ziel des Projekts war es, neue, systematische Erkenntnisse über die Entwicklung von kassenärztlichen Verschreibungen von Medikamenten mit Abhängig-

keitspotenzial zu gewinnen. Beruhend auf Rezeptdaten des Norddeutschen Apotheken-Rechenzentrums (NARZ) konnten hochgerechnet für ganz Deutschland längerfristige Trends in der Verordnung derartiger Substanzen identifiziert werden. Hierfür wurden zunächst fünf aufeinanderfolgende Jahre betrachtet und die relevanten Verordnungen nach Alter und Geschlecht im jeweils darauf folgenden Jahr differenziert ausgewertet (Modul 1). Da sich Benzodiazepine (inkl. Z-Substanzen) in mehreren Untersuchungen als besonders relevante Substanzgruppe erwiesen hatten, wurden diese in einem weiteren Modul (2) über einen

Drei-Jahres-Zeitraum prospektiv analysiert, um anhand einer aus den Vorstudien etablierten Risikoklassifikation den Anteil missbräuchlicher Verwendung quantifizieren zu können. Schließlich wurde die als besonders gefährdet geltende Gruppe der Patientinnen und Patienten über 60 Jahre in den Fokus genommen (Modul 3). Auch hier wurde der Verlauf der Verordnungen (und möglicher Kombinationen) potenziell risikoreicher Substanzen über einen Fünf-Jahres-Zeitraum beschrieben und die relevante Begleitmedikation analysiert.

Modul 1:

Im Verlauf der Jahre 2006 bis 2010 zeigte sich bei den Benzodiazepinen sowohl hinsichtlich der Prävalenz als auch der pro Patientin bzw. Patient verschriebenen jährlichen DDDs ein stetig abnehmender Trend, welcher insbesondere auf die Entwicklung der Verschreibungen bei den Frauen sowie den Älteren zurückzuführen ist. Die Prävalenz der Z-Substanzen stagniert hingegen im betrachteten Fünf-Jahres-Zeitraum, während sich für die Opioid-Analgetika (OPA) leicht und die Antidepressiva (AD) deutlich ansteigende Anteilswerte ergeben. Bezüglich der letztgenannten Arzneimittelgruppe ist zudem eine deutliche Zunahme der jährlich verschriebenen Wirkstoffmengen pro Patientin bzw. Patient zu erkennen.

Modul 2:

Von Patientinnen und Patienten, die zwischen 2006 und 2008 mindestens einmal eine Verschreibung von BZD/Z-Substanzen (BZD) erhielten, haben drei Viertel diese Arzneistoffe innerhalb des ersten Beobachtungsjahres entsprechend den ärztlichen Leitlinien erhalten (Risikoklasse grün). Jede elfte Person nahm BZD zwar bis zu sechs Monate ein, jedoch in einer Dosis von weniger als einer DDD pro Tag (Risikoklasse gelb). Der Anteil der roten Risikoklasse (zwei bis sechs Monate mit > 1 DDD oder > sechs Monate mit ≤ 1 DDD) beträgt ca. 14 Prozent und die der schwarzen (> sechs Monate mit > 1 DDD) 2,8 Prozent. Während sich die Anteile der Risikoklassen zwischen den Ge-

schlechtern kaum unterscheiden, zeigt sich mit steigendem Lebensalter eine deutliche Zunahme des missbräuchlichen bis abhängigen Gebrauchs (rote und schwarze Risikoklasse). Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten BZD-Verordnungen erhalten in den nachfolgenden zwei Beobachtungsjahren mehrheitlich keine weiteren BZD. Hingegen setzt die Mehrheit der Patientinnen und Patienten aus den Hochrisikoklassen rot und schwarz ihren problematischen Medikamentenkonsument in den Folgejahren fort.

Modul 3:

In 2006 bekamen 27,5 Prozent aller älteren Personen ab 60 Jahren BZD, AD und/oder OPA verordnet. Nach fünf Jahren ist die Prävalenz für die Verschreibung mindestens eines dieser Arzneimittel auf zehn Prozent gesunken. Frauen bekommen diese Medikamente etwa doppelt so häufig verordnet wie Männer. Durchgängige Verschreibungen über mehrere Jahre sind mit stabilen Dosierungen auf einem vergleichsweise hohen Niveau verbunden.

Die Ergebnisse machen insgesamt deutlich, dass sich die betroffenen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen vermehrt der Diskussion von Behandlungsalternativen sowie der multiprofessionellen Kooperation verschiedener Fachrichtungen bei schwierigen Fällen, in denen eine Langzeitverschreibung vermeintlich alternativlos erscheint, stellen müssen. Insbesondere die Altenhilfe steht hier im Mittelpunkt, da die älteren Menschen in besonderem Maße von – hoch dosierten – Langzeitverschreibungen von BZD, AD und OPA betroffen sind. Weitere Aufklärung bzw. Fortbildung für Professionelle und Angehörige über das Thema „Sucht und Medikamentenmissbrauch im Alter“ im Allgemeinen sowie über die erweiterten und gegebenenfalls alternativen Möglichkeiten zu einer hochdosierten Dauermedikation von Schlafstörungen und Komorbiditäten im Besonderen erscheint angesichts der vorliegenden Befunde dringend notwendig.



»Es ist es nicht Wert, über sich und seinen Körper hinwegzugehen und sich hoch zu dopen.«



VORGESTELLT:

Marc Schöttner

Ich kann von Glück sagen, dass ich mit dem Thema Drogensucht noch keine persönliche Erfahrung gemacht habe. Allerdings rutschte meine Serienfigur Lukas Levin bei „Alles was zählt“ nach einem Motorradunfall in eine ungewollte Schmerzmittelabhängigkeit. Als Tanzstudent stand Lukas im Wettbewerb um ein Stipendium in New York. Um das nötige Training für das Vortanzen zu gewährleisten, hat er sich nach seiner minimal invasiven Operation nicht geschont, sondern mit Morphin aufgeputscht. Nach dem ersten Vortanzen standen weitere Trainingseinheiten auf dem Plan, eine körperliche Einschränkung war inakzeptabel und so begann der Weg in die Spirale der Sucht. Immer weiter stieg die Dosis, um belastbar zu bleiben, bis die Entzugserscheinungen zum eigentlichen Schmerz und Problem wurden. Erst als Lukas Abhängigkeit aufgefliegen war, ihm ein Weiterstudium ohne Entzug untersagt wurde, er seine Familie hinterging und seine Partnerin belog, war er körperlich und seelisch soweit am Boden, dass er zusammenbrach und sich seine Sucht eingestehen musste.

Mir war es ein besonderes Anliegen mit dieser Geschichte auf das Thema Medikamentensucht aufmerksam zu machen und Wege aufzuzeigen, die

aus der Abhängigkeitsspirale führen. Um Lukas so glaubwürdig und facettenreich spielen zu können, habe ich mich mit einem Suchttherapeuten von „Life Spring“ auseinandergesetzt, die sich auf die Entgiftung mit Hilfe von Neuro-Elektrischer Stimulation (NES) spezialisiert haben. Darüber hinaus habe ich eine Patientin interviewt, die 6 Jahre lang Schmerzmittelabhängig war. Ich hatte viele Fragen: Wie geraten Menschen in die Abhängigkeit? Welche Phasen durchlaufen sie? Wie schafft man es, sich aus der Sucht zu befreien?

Die Antworten sind erschütternd, aber leider Realität: Medikamentensucht geht mit erheblichen physischen und psychischen Risiken einher. Die Anzahl der Schmerzmittelabhängigen in Deutschland ist alarmierend. Mit meiner Stimme und meinem Bekanntheitsgrad möchte ich Menschen für das Thema sensibilisieren. Denn: Es ist es nicht Wert, über sich und seinen Körper hinwegzugehen und sich hoch zu dopen – der Fall ist sehr viel tiefer ... Nur mit eisernem Willen und professioneller Hilfe kann es den Betroffenen gelingen einen Weg aus der Sucht zu finden.

2.3.4 FÖRDERSCHWERPUNKT BENZODIAZEPINE

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

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

Es bleibt folglich im Hinblick auf eine angemessene Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) die Notwendigkeit, Professionelle im Gesundheitswesen sowie Patientinnen und Patienten weiter für ein risikoarmes Medikamentenmanagement mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu sensibilisieren. Im Aktionsplan AMTS 2013–2015 wurden daher zwei Forschungsmaßnahmen

zum Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen aufgenommen: (1) zu den Ursachen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs derartiger Arzneimittel und (2) zu einer evidenzbasierten Risikokommunikation. Zur Umsetzung des Aktionsplans fördert das Bundesministerium für Gesundheit seit Januar 2014 zwei zweijährige Projekte, nämlich „Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten“ (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) und „...da gab es wunderbare Schlaftabletten – Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an der Schnittstelle von Krankenhaus und Hausarzt“ (Universität Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin). Das Projekt des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zielt auf die Ursachen und Bedingungen der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen bei älteren Menschen. Außerdem wird eine Strategie zur Risikokommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und betroffenen Patientinnen und Patienten entwickelt, implementiert und evaluiert. Das Projekt der Universität Göttingen fokussiert die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und hausärztlicher Praxis. Mit einem Mixed-Methods-Ansatz werden zunächst die Psychopharmaka-Verordnungen bei Patientinnen und Patienten analysiert. Durch Befragungen werden die Motive, Ziele und Erwartungen der Benzodiazepin-Verordnungen bei den Beteiligten erhoben. In einem zweiten Schritt wird partizipativ eine Intervention entwickelt und nachfolgend implementiert und evaluiert.

2.3.5 PRÄVENTION DES ANABOLIKAMISSBRAUCHS IN FITNESSSTUDIOS

Im Schatten des im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung stehenden Dopingproblems im Hochleistungssport steht der Missbrauch von Medikamenten zum Zweck der Leistungssteigerung im Freizeit- und Breitensport. Den Ergebnissen der bundesweit repräsen-

tativen KOLIBRI-Studie des Robert Koch-Instituts zufolge ist zwar ein Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten gering, die grundsätzliche Haltung leistungssteigernden Substanzen gegenüber gibt allerdings zu denken. Im Freizeit- und Breitensport nimmt der Missbrauch von Medikamenten zur Steigerung des Muskelwachstums und fettfreier Körpermasse eine Sonderstellung ein; er kommt bei Kraftsportlern und Bodybuildern am ehesten vor. Missbraucht werden vor allem die anabol-androgenen Steroide, im allgemeinen Sprachgebrauch häufig auch als anabole Steroide oder einfach als Anabolika bezeichnet. Vorliegende spezielle Studien beziffern den Anteil von Fitnessstudio-besuchenden, die Medikamente missbrauchen, auf unter fünf bis hin zu 20 Prozent bei Männern und bis zu acht Prozent bei Frauen. Das Angebot der Fitnessstudios ist sehr verschieden; für den Bereich der Prävention des Anabolikamissbrauchs erscheinen diejenigen Studios besonders interessant, bei denen das Krafttraining eindeutig dominiert, die Beiträge gering sind und die Betreuung der Nutzerinnen und Nutzer nicht intensiv ist. Gerade solche Studios sind nicht nur Orte, an denen trainiert wird, sondern auch ein wichtiger Lernort für Trainings- und Ernährungswissen sowie den Umgang mit anabolen Steroiden.

Das BMG hat deshalb das Präventionsprojekt „No roids inside“ gefördert. Im Projektzeitraum wurden bundesweit insgesamt 15 Seminare in Fitnessstudios abgehalten, in denen die Grundlagen des sogenannten Natural Trainings und gesunder Sporternährung sowie die Risiken des Konsums anaboler Steroide vermittelt wurden. Die teilnehmenden Fitnessstudios konnten auch dank der Unterstützung der German Natural Bodybuilding & Fitness Federation e. V. (GNBF) und der Deutschen Fitnesslehrer Vereinigung e. V. (dflv) gefunden werden. Wettkampferfahrene, natural trainierende Fitnesssportler vermittelten den Teilnehmenden auf der Trainingsfläche praxisnah, welche sportlichen Erfolge ohne medikamentöse Hilfe erreichbar sind. Insgesamt wurden 324 Personen mit den Seminaren erreicht, 69 Nutzerinnen und 255 Nutzer mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren. Ergänzend wurde ein internetge-

stütztes Online-Portal eingerichtet, an das sich vor allem Anwenderinnen und Anwender anaboler Steroide bei allgemeinen Fragen, Unterstützungswünschen und beim Auftreten von Nebenwirkungen wenden können.

Die Ergebnisse des Projekts werden im Frühjahr 2015 vorliegen. Erste Einschätzungen zu den Resultaten wurden auf der Fachtagung „Medikamentenmissbrauch in Fitnessstudios“ am 9. Januar 2015 in Paderborn vorgestellt.

<http://www.natural-training.info>

2.3.6 »NATIONALER DOPING-PRÄVENTIONSPLAN«

2009 wurde von Bund, Ländern, der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) und dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) der „Nationale Dopingpräventionsplan“ (NDPP) verabschiedet. Ziel des NDPP ist eine aktive und optimierte Präventionsarbeit gegen Doping im Sport, bei der die verschiedenen Akteure ihre Präventionsaktivitäten aufeinander abstimmen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal genutzt werden. Daneben sieht das Rahmenkonzept zusätzlich zur Informationsvermittlung und Aufklärung eine Erweiterung der Prävention um den Lebenskompetenzansatz vor. Die Jugendlichen sollen durch Stärkung ihrer Bewältigungsstrategien, Durchsetzungsfähigkeit sowie ihres Selbstvertrauens vor einem Missbrauch bewahrt werden. Im Herbst 2014 ist von der Universität Potsdam die Studie „Evaluation des NDPP“ vorgelegt worden. Sie bestätigt, dass sich gegenüber der Ausgangslage 2008 die zielgruppenspezifische Ansprache vor allem im Spitzensport und die Qualität der Präventionsmaterialien verbessert haben. Allerdings ist das Engagement der einzelnen beteiligten Einrichtungen nicht ausreichend. Hier soll in Zukunft die NADA ihre Steuerungsfunktion noch stärker wahrnehmen. Derzeit wird auf Basis der Evaluation von den NDPP-Partnern ein Konzept zu dessen Optimierung entwickelt.

2.4 ILLEGALE DROGEN

Illegale Drogen wie Cannabis, Amphetamine, Kokain oder Heroin stellen für die Gesundheit der Menschen eine erhebliche Gefahr dar. Erhebungen zeigen, dass rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. Dabei beeinträchtigen Drogen nicht nur das Leben der Betroffenen selbst, sondern auch das der Angehörigen. Am deutlichsten wird die Gefährlichkeit illegaler Drogen bei den dadurch verursachten Todesfällen, deren Zahl sich in Deutschland derzeit auf ca. 1000 pro Jahr beläuft. Eine Gefahr für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar. Deshalb zielt die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung darauf, den Drogenkonsum zu verringern, die sozialen und gesundheitlichen Schäden infolge des Gebrauchs illegaler Drogen zu reduzieren und durch eine konsequente Verfolgung des Drogenhandels die Verfügbarkeit von Drogen einzuschränken. Drogenprävention hat unverändert die Aufgabe, mit selektiven und indizierten Ansätzen zielgerichtet die besonders gefährdeten Personen zu erreichen.

Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch in absteigender Reihenfolge Kokain, Amphetamine und Ecstasy. Der Konsum von Heroin, LSD, Pilzen und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt. Aus diesem Grund entstanden vor allem seit 2003 mit Förderung des Bundes zahlreiche Initiativen und Projekte, die sich insbesondere an jugendliche Cannabiskonsumierende wenden. Die Angebote reichen von niedrigschwelligen Einzel- und Gruppenangeboten bis zu psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Mögliche Risiken und langfristige Folgen des intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums werden unverändert sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fach- und Expertenkreisen diskutiert.

Zu den vielfältigen Maßnahmen der Drogenprävention gehören unter anderem die Aufklärung der Drogenabhängigen über Infektionsrisiken und Infektionsvermeidung sowie die Minimierung des intravenösen Gebrauchs von Drogen. Insbesondere der intravenöse Drogenkonsum, vorwiegend von Heroin, ist eine der wichtigsten Ursachen für Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, darunter HIV/AIDS sowie Hepatitis B und C. Infektionsrisiken gibt es beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, bei der gemeinsamen Nutzung anderer Spritz- und Drogenzubereitungsutensilien (Filter und Ähnliches) sowie von Haushaltsgegenständen (Rasierer, Zahnbürsten, Nagelscheren etc.). Bei der Übertragung von HIV/AIDS sind zudem sexuelle Kontakte für die Weiterverbreitung unter Drogenabhängigen und ihren Partnern verantwortlich.

Zu den präventiven und schadensminimierenden Maßnahmen für Drogenkonsumierende zählen neben der opioidgestützten Substitutionstherapie unter anderem eine (regelmäßige) Testung auf Infektionskrankheiten, die aktive Informationsvermittlung zu Safer Use und Safer Sex sowie das Angebot von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen, von Programmen zur Drogennotfallprophylaxe und von Drogenkonsumräumen. Insbesondere niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen leisten mit entsprechenden Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für die betroffenen Menschen.

Das vermehrte Aufkommen neuer psychoaktiver Substanzen stellt eine Herausforderung im Bereich der illegalen Drogen dar. Dabei handelt es sich häufig um synthetische Drogen, die aufgrund geringer chemischer Veränderungen nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, gleichzeitig aber eine psychoaktive Wirkung haben. Geeignete Lösungen, wie mit dem Gefahrenpotenzial der Neuen Psychoaktiven Substanzen adäquat umgegangen werden kann, werden in Deutschland, aber auch auf EU- und internationaler Ebene diskutiert.

2.4.1 AMPHETAMIN-KONSUMIERENDE IN DEUTSCHLAND

Von Juli bis Dezember 2013 hat das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg im Rahmen der Studie „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ bundesweit aktuelle und ehemalige Konsumierende von Amphetamin-Typ-Stimulanzien über vielfältige Zugänge erreicht und befragt. „Crystal Meth“ wurde besonders berücksichtigt. Die Zielgruppe wurde sowohl im stationären und ambulanten Hilfesystem als auch über soziale Netzwerke, Online-Foren und szenekompetente Kooperationspartner rekrutiert, wobei auch schwierig erreichbare Konsumierende einbezogen werden konnten. Die Teilnehmenden wurden quantitativ und qualitativ befragt. Zusätzlich wurden aktuelle Erfahrungen von Expertinnen und Experten aus Therapie und Beratung erhoben.

Im Rahmen einer Sekundärerhebung des Instituts für Therapieforschung (IFT) wurden zudem Trends und Risikofaktoren des (Meth-)Amphetaminkonsums in Deutschland auf der Grundlage verschiedener Datenquellen analysiert. Um die Subgruppen von Methamphetamin-Konsumierenden zu identifizieren, wurden epidemiologische Daten zum Konsum von Amphetamin und Methamphetamin aus bevölkerungsrepräsentativen Studien ausgewertet und einzelne Klientinnen und Klienten in Suchthilfeeinrichtungen hinsichtlich ihres Methamphetaminkonsums befragt.

Die Studie des ZIS liefert unter anderem Erkenntnisse zu soziodemografischen und substanzspezifischen Charakteristika der Konsumierenden, den Umständen des Erstkonsums, den Konsummustern sowie den subjektiven Konsummotivationen, Problemeinschätzungen und Meinungen zu möglichen Akteuren und wahrgenommenen Schwierigkeiten. Anhand der Daten lassen sich unterschiedliche Gruppen von Konsumierenden differenziert betrachten, die sich hinsichtlich

ihres Konsumumstände sowie der jeweiligen Bedarfe und möglichen Zugänge für präventive Maßnahmen unterscheiden. Die Sekundäranalyse des IFT hat darüber hinaus gezeigt, dass insgesamt der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer methamphetaminbezogenen Störung unter der gesamten Klientel mit einer substanzbezogenen Störung in der zur Tschechischen Republik grenznahen Einrichtungsstichprobe erheblich höher lag als in der Bundesstichprobe. Insgesamt deutet das Ergebnis auf eine wachsende Relevanz des Metamphetaminkonsums und einen damit verbundenen Hilfebedarf in Deutschland hin.

Die Studien liefern für Deutschland erstmals wissenschaftlich begründete Hinweise auf unterschiedliche Typen von Amphetamin- und Methamphetaminkonsumierenden. Das ZIS hat anhand der Erkenntnisse Empfehlungen für unterschiedliche Maßnahmen der selektiven Prävention vorgeschlagen. Das Studiendesign wurde unter besonderer Beachtung der Maßgabe der Nachhaltigkeit konzipiert. Die entwickelten Module des elektronisch umgesetzten Befragungsinstrumentes wie auch die aufgebauten Netzwerke lassen sich auch für zukünftige Studien erneut einsetzen, um neue Trends effektiv zu erfassen und den Erfolg von zielgruppenspezifischen Maßnahmen zu evaluieren.



Die »MethStudie« des ZIS: Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen

Im Jahr 2014 stellte die Bundesdrogenbeauftragte den Abschlussbericht einer vorrangig qualitativen Studie zu Konsumierenden von Amphetamin-Typ-Stimulanzien vor. Ziel der Studie war es, potenzielle Subgruppen zu identifizieren, um zielgruppenspezifische Bedarfe für die selektive Prävention zu ermitteln und Maßnahmen auf Basis von Forschungsergebnissen planen zu können.

2.4.2 INTERNETPLATTFORM WWW.DRUGCOM.DE

Der Konsum legaler und illegaler Drogen ist besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet. Mit der Internetplattform www.drucom.de wendet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) daher in erster Linie an drogenaffine junge Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Seit 2001 können die Nutzerinnen und Nutzer der Website auf ein umfangreiches und stetig weiter ausgebauten Informationsangebot zurückgreifen, das ergänzt wird durch verständlich aufbereitete aktuelle Meldungen aus der Suchtforschung. Bei persönlichen Fragen können sich die Nutzerinnen und Nutzer zudem an das Beratungsteam wenden, entweder per E-Mail oder im Chat.

2014 wurde die Beratung um eine Crystal-Sprechstunde erweitert, da Hinweise auf eine zunehmende Verbreitung des Konsums von Crystal, insbesondere in den Grenzregionen zu Tschechien, bestehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil der Betroffenen die Hilfe von Beratungsstellen in Anspruch nimmt bzw. diese erst dann nutzt, wenn sich bereits eine Abhängigkeit verfestigt hat. Um diesen Personen ein Angebot zu machen, frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Chat-Beratung auf drugcom.de ausgeweitet und bietet nun auch Crystal-Konsumierenden und deren Angehörigen Rat und Unterstützung, eine „erste Hilfe“ zu Fragen und Problemen rund um Crystal. Bei Bedarf werden die Betroffenen an Hilfen vor Ort weitergeleitet bzw. erhalten Informationen zu Hilfemöglichkeiten.

Mit mehr als 100.000 Besucherinnen und Besuchern pro Monat gehört die Internetplattform in Deutschland weiterhin zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich Suchtprävention.

Durchgeführt wurde die Studie vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg. Einen Schwerpunkt stellte die Erreichung von Konsumierenden des kristallinen Methamphetamins dar, sowohl innerhalb als auch außerhalb des suchtspezifischen Hilfesystems.

Im Erhebungszeitraum konnten 145 persönlich befragte Patientinnen und Patienten, Beratungsklientinnen und Klienten sowie 247 Konsumierende, die über das Internet teilgenommen hatten, eingeschlossen werden. Davon wiesen 205 einen Amphetamin- und 187 auch einen Methamphetaminkonsum auf. Es konnten sieben Subgruppen mit missbräuchlichem Konsum ermittelt und im Hinblick auf mögliche Kontexte für präventive Maßnahmen differenziert dargestellt werden:

- Konsumierende im Freizeitkontext
- Spezielle Subgruppen unter schwulen Konsumierenden
- Konsumierende mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten
- Konsumierende mit psychischer Komorbidität und/oder Traumatisierungen
- Konsumierende mit Kindern
- Konsumierende in Zusammenhang mit Schule und Ausbildung
- Konsumierende in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit

Im Rahmen mehrerer Fachgespräche des BMG wurden die Studiendaten nochmals im Hinblick auf spezifische Fragestellungen vertiefend ausgewertet. Beim Fachtag zu „Methamphetamin/Crystal Meth in der Partyszene“ wurde anhand der Befragungsdaten ein mögliches Modell für unterschiedliche Phasen des Methamphetaminkonsums im Freizeitbereich vorgelegt und Implikationen für die Erreichung und Ansprache von Konsumierenden wurden diskutiert.

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/2014-09-12_Schaefer_Milin_BMG_Fachtag_III.pdf

2.4.3 BEISPIELPROJEKTE AUS DEN LÄNDERN

Sachsen

Drug Scouts sind seit 18 Jahren mit selektiver und indizierter Prävention in Leipzig tätig. Das Projekt stellt Informationen, Materialien sowie Beratungsangebote zur Verfügung, die junge Konsumentinnen und Konsumenten zur Reflexion ihres Konsums anregen sollen. Ziel ist es, auf diese Weise Risiken beim Drogenkonsum zu minimieren und einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen.

Bei allen Beratungsangeboten (Telefon, Infoladen, Web) dominierten Fragen zu Cannabis, MDMA, Crystal und Speed. Auch 2014 waren die Themenschwerpunkte Nachweismöglichkeiten, Drogenkonsum und Straßenverkehr, gesundheitliche Aspekte wie körperliche und psychische Langzeitschäden, Wechselwirkungen (mit Medikamenten) sowie Unterstützungsbedarf bei einer Konsumreduktion oder Abstinenz. Unsere Website drugscouts.de verzeichnete 2014 2.380.000 Besuche (50 Prozent mehr als 2013 bzw. 170 Prozent mehr als 2012). Am häufigsten wurden Infos zu Stimulanzien (Speed, Ecstasy, Crystal, Kokain), Opioiden (Codein, Tilidin), GHB/GBL, Ketamin, LSD und Cannabis abgerufen.

2014 konnten die Aktivitäten zur Risikominimierung im Nachtleben fortgeführt und weiter ausgebaut werden (Safer Clubbing). Zur Bewerbung unserer Angebote wurde ein Imagefilm erstellt und im Netz veröffentlicht (www.youtube.com/watch?v=3IUaZaxX26w). Zudem führten wir in Leipzig sechs Schulungen mit Club- und Security-Personal zu (erster) Hilfe in Krisensituationen sowie im Rahmen des jährlichen Treffens des Sonics-Netzwerks eine Podiumsdiskussion zu Anliegen

und Inhalten von Safer-Clubbing sowie Möglichkeiten der Implementierung durch. 2014 war erneut ein großes Interesse an Drug-Checking-Möglichkeiten und -Ergebnissen zu verzeichnen – sowohl auf der Webseite und bei Facebook als auch in der Vor-Ort-Arbeit auf Partys und Festivals.

Des Weiteren bestand im Partysetting hauptsächlich Gesprächsbedarf zu MDMA, Crystal, Alkohol, Cannabis und LSD sowie zu Safer Use. Um Konsumentinnen und Konsumenten bei der Reflexion ihres Konsumverhaltens zu unterstützen, wurde das Faltblatt „Konsumreflexion?“ entwickelt, welches sehr stark nachgefragt wurde.

Darüber hinaus stießen vor allem Infomaterialien zu Alkohol, Crystal, MDMA, Ketamin, GHB/GBL und Cannabis auf großes Interesse; insgesamt gaben wir 34.000 Faltblätter an Userinnen und User sowie Fachpersonal heraus.

Von Fachpersonal wurden auch 2014 Weiterbildungen zum Thema Crystal stark nachgefragt.

Nach wie vor wird das Projekt von vielen Praktikantinnen und Praktikanten sowie ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern unterstützt, die 5212 Stunden für die Arbeit im Projekt investierten. Auf Bundesebene konnte die gemeinsame Vor-Ort-Arbeit von Freiwilligen verschiedener Partydrogenprojekte weiter ausgebaut werden, auf Europaebene wurde dies durch das NEWNet-Netzwerk ermöglicht, welches aus dem NEWIP-Projekt hervorgegangen ist.

Sachsen-Anhalt

Checkpoint C

Die anonyme Crystal-Sprechstunde für (H)alle

Seit Oktober 2014 werden in Halle neue Wege beschriftet. Zweimal wöchentlich haben hier Konsumentinnen und Konsumenten aus der Region die Möglichkeit, sich im Checkpoint C über Crystal Meth zu informieren. Checkpoint C ist ein interdisziplinäres Projekt, gestaltet von über 20 Studierenden der Sozialen Arbeit und der Medizin unter der Leitung von Prof. Dr. Gundula Barsch von der Hochschule Merseburg, Dipl. med. Peter Jeschke, dem Leiter der Ostdeutschen Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin, und Prof. Dr. med. Andreas Klement, dem Leiter der Sektion Allgemeinmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle. Als Pilotprojekt versucht Checkpoint C, neue Impulse in der Arbeit mit Crystal-Konsumierenden zu setzen.



Besonders in den südöstlichen Bundesländern Sachsen, Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und südlichen Teilen Brandenburgs hat Crystal Meth eine enorme Verbreitung als Freizeitdroge gefunden. Vor allem die unkomplizierte Verfügbarkeit und der extrem niedrige Preis sorgen aktuell für einen regelrechten Crystal-Boom, der sich durch sämtliche soziale Schichten zieht. Unter den Konsumierenden lässt sich ein breites Spektrum an Konsumprofilen ausmachen.

Eine große Gruppe von Konsumentinnen und Konsumenten bleibt lange Zeit sozial unauffällig, setzt sich aber dennoch einem hohen Risiko von Schäden die psychische, physische und soziale Gesundheit betreffend aus. Gerade diese Konsumentinnen und Konsumenten sind vom psychosozialen Hilfesystem mit seinen bisherigen Routinen nur schwer zu erreichen.

Eine im Januar 2014 veröffentlichte qualitative Studie, die unter der Leitung von Prof. Dr. Barsch unter Crystal-Konsumierenden aus Halle und Umgebung durchgeführt wurde, deckt einen dringenden regionalen Bedarf an Beratungsangeboten auf. Als Reaktion auf die speziellen Bedarfe wurde 2014 der Checkpoint C ins Leben gerufen. Checkpoint C versteht sich als Erweiterung zu bereits bestehenden Versorgungsangeboten des Hilfesystems, die kostenfrei, anonym und niederschwellig zu erreichen ist. Das Konzept der Sprechstunde ist nicht abstinenzorientiert. Vielmehr soll hier zu Themen wie Safer Use und Risikomanagement aufgeklärt werden. Dadurch stehen die Konsumierenden mit ihren individuellen Bedürfnissen und Fragestellungen im Fokus der Sprechstunde. Es wird ein Raum geschaffen, in dem nicht zwingend die Diskussion der Konsummuster im Vordergrund stehen muss. Im Rahmen eines akzeptierenden Ansatzes werden die Lebenswelten der Konsumierenden ganzheitlich betrachtet und somit die Schwerpunkte des Informationsgesprächs von den Besucherinnen und Besuchern selbst festgelegt. Die Akteurinnen und Akteure in der Sprechstunde des Checkpoints sind Studierende der Sozialen Arbeit und der Medizin. Das eröffnet die Möglichkeit, den Konsumierenden peer-to-peer eine Rückmeldung über die psychischen und physischen Folgen ihres Crystal-Konsums zu geben.

Da das Team der Sprechstunde interdisziplinär aufgestellt ist, können die unterschiedlichsten Fragestellungen bearbeitet werden. Im medizinischen Bereich ist vom allgemeinen Checkup über den Schwangerschaftstest bis hin zur Weitervermittlung in ein eigens aufgebautes Netz von Vertrauensärztinnen und Ärzten vieles möglich.



Für die psychosoziale Aufklärung ist der Checkpoint mit systemischen und klientenzentrierten Gesprächsangeboten, Informationen zu Safer-Use-Strategien und einem von den Studierenden eigens erstellten Pool an Handreichungen, wie einem Selbsttestbogen für konsumierende Eltern oder einer Broschüre zu „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“, ebenfalls breit aufgestellt. Für den Fall, dass im Verlauf einer Sitzung Fragen und Problemstellungen auftreten, die von den Studierenden nicht direkt behandelt werden können, stehen dem Team erfahrene Ehemalige aus dem Bereich der Sozialarbeit und Suchtmedizin als Senior Experts zur Verfügung, um die Gesprächssituation fachlich angeleitet weiterzuführen.

Während der Sprechstunden zeigt sich bislang ein breites öffentliches Interesse an der Arbeit des Checkpoint C. Nicht nur Konsumentinnen und Konsumenten nutzen das Gesprächsangebot, auch Angehörige und Freunde erhoffen sich Information und Aufklärung. Die Tatsache, dass auch Multiplikator(inn)en aus Institutionen wie Drobs, der Agentur für Arbeit oder der Polizei, Interesse zeigen, bestätigt den Bedarf an akzeptierender Drogenarbeit zu Crystal Meth.

Weitere Informationen zum Projekt:

<http://www.checkpoint-c.de>

Sachsen-Anhalt

Das SCHIRM-Projekt in Halle an der Saale ist eine Jugendhilfeeinrichtung, die sozial benachteiligten Jugendlichen und von sozialer Exklusion bedrohten jungen Erwachsenen mit niedrigschwelligem Unterstützungsangeboten zur Seite steht. Zu diesem Zweck stellt das Schirm-Projekt neben weiteren Angeboten eine Anlaufstelle für junge Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen mit einem Grundversorgungs- und Beratungsangebot zur Verfügung. Zu diesen Lebenslagen gehört der Missbrauch legaler und illegaler Substanzen – insbesondere Alkohol, Heroin, Kokain und Crystal Meth. Da viele der konsumierenden jungen Menschen die Anlaufstelle dauerhaft besuchen, mit dieser Einrichtung „erwachsen werden“ und eigene Familien gründen, rückt ebenso die Frage nach einem sicheren Aufwachsen für die Kinder suchtkranker Eltern in den Fokus der sozialpädagogischen Arbeit des SCHIRM-Projektes. Seit 2001 bietet die Einrichtung sozialpädagogische Familienhilfe (nach § 31 SGB VIII) an: zunächst ausschließlich und heute mit einer deutlichen Spezialisierung auf Substanzen missbrauchende Eltern.

Während in den Anfangsjahren hauptsächlich heroinabhängige und substituierte Elternteile betreut wurden, arbeitet das SCHIRM-Projekt seit 2012 ebenso mit Crystal konsumierenden Müttern und Vätern. Die C-Konsumenten stellen aufgrund der konsumbedingten psychotischen Episoden, der massiven Strukturlosigkeit, des mangelnden Zeitempfindens, der Fehleinschätzung von Situationen und des erhöhten Aggressionspotenzials besondere Herausforderungen an die ambulante Betreuung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung. Mit wachsender Nachfrage entwickelte sich in Halle ein

gut funktionierendes Modell, um die konsumierenden Eltern und ihre Kinder im eigenen Haushalt zu betreuen und den Schutz der Kinder sicherzustellen. Die zunehmende Erfahrung nutzend, entstand in einem interdisziplinären Team in Halle ein Modellprojekt, um Crystal gebrauchende Eltern ambulant zu betreuen und den Schutz der Kinder sicherzustellen.



Dabei sehen wir uns stets aufs Neue mit der Gratwanderung zwischen Familienerhaltung und Kindeswohlsicherung durch Fremdunterbringung konfrontiert. Das Modellprojekt stützt sich insbesondere auf drei Säulen: Es legt (1) einen besonderen Fokus auf die

Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, bestehend aus Drogenberatung, suchtmmedizinischer Behandlung sowie öffentlicher und freier Jugendhilfe. Hauptkooperationspartner sind die Drogenberatungsstelle Halle, die suchtmmedizinische Praxis Gerdes/Darmochwal und der Allgemeine Soziale Dienst der Stadt Halle/Saale. Die betreuten Eltern werden durch die Medizinerinnen und Mediziner regelmäßig und unangekündigt auf die verschiedenen Substanzen getestet. Die Tests werden vom Jugendamt Halle finanziert. Die Testergebnisse sind ein wesentliches Kriterium für die Entscheidung über den Verbleib des Kindes in der Familie. Im unmittelbaren Austausch der interdisziplinären Fachkräfte gelingt eine professionelle Risikoeinschätzung. Im Falle von Krisensituationen (unter anderem Rückfälle, Kontaktabbrüche) informieren sich die Netzwerkpartner sofort gegenseitig und leiten gegebenenfalls weitere Maßnahmen zum Schutz der Kinder ein. Zu den weiteren Säulen des halleischen Modellprojektes zählt (2) die intensive Zusammenarbeit mit dem Familiensystem. Hierbei zeigt sich eine besondere Anforderung an die Fachkräfte, wenn es darum geht, die Balance

zwischen wertschätzender Grundhaltung dem Familiensystem gegenüber und wachsamer Kontrolle zu halten. Ein weiterer Standard sind regelmäßige wöchentliche Kontakte (mindestens zweimal pro Woche) in Form von Hausbesuchen und Begleitungen sowie (3) die notwendige Behandlung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten durch spezialisierte Professionen (zum Beispiel Frühförderung, Logopädie).

Seit 2014 wirkt das SCHIRM-Projekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt und des Landesjugendamtes mit einem Fortbildungs- und Beratungsmodul

als Multiplikator für Fragen der niedrigschwelligen Jugendsozialarbeit und der Begleitung suchtmittelgebrauchender Familiensysteme für öffentliche und freie Träger des Landes. Aufgrund der in den letzten Jahren stark zunehmenden Popularität der Droge stoßen insbesondere die Angebote zum Thema Crystal Meth mit seinen neuen Herausforderungen für niedrigschwellige Einrichtungen und sozialpädagogische Familienhilfe auf starke Nachfrage. In diesem Zusammenhang bieten wir, in Kooperation mit der drobs Halle, zusätzliche Fortbildungsangebote für freie und öffentliche Träger der Jugendhilfe an.

Bayern

Crystal-Hotline

Bayernweite Hilfe für Angehörige und Betroffene

DrugStop Drogenhilfe Regensburg e. V. hat Ende Juli 2014 eine bislang einmalige Beratungshotline gestartet. Es handelt sich um ein spezialisiertes Beratungsangebot, das sich sowohl an betroffene Konsumierende der Droge Crystal Meth als auch an deren Angehörige und andere Personen im sozialen Umfeld in ganz Bayern richtet. Unter der Rufnummer 0941 5695 82 901 können die Anruferinnen und Anrufer Fragen zum Umgang mit der Suchterkrankung stellen, Ängste und Zweifel ansprechen sowie aus ihrer momentanen Lebenssituation berichten.

Betroffene erhalten Antworten auf Fragen zur Substanz, zum Konsum, zu möglichen Folgeschäden, aber auch zu Therapie- und Ausstiegsmöglichkeiten. Mithilfe eines eigens angefertigten Verzeichnisses der Beratungsstellen und der auf Crystal Meth spezialisierten Institutionen in Bayern kann den Anruferinnen und Anrufern auf Wunsch ein wohnortnaher, persönlicher Kontakt vermittelt und somit der Weg in das Suchthilfesystem erleichtert werden. Dazu haben sich Suchthilfeeinrichtungen aller Art aus ganz Bayern vernetzt und sich als Vermittlungspartner angeboten. Gefördert wird das anonyme Beratungsangebot vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.



»Ich bin 32 Jahre alt, Vater einer dreijährigen süßen Tochter und ich bin crystalabhängig.«



©Foto: Ronny

VORGESTELLT:

Ronny B.

Mein Name ist Ronny B., ich bin 32 Jahre alt, Industriearbeiter, Vater einer dreijährigen süßen Tochter und ich bin crystalabhängig. Es fing eher harmlos aus reiner Neugier mit einer Pille Ecstasy in der Berufsschule an, zum Schluß brauchte ich ein bis zwei Gramm Crystal und sieben Gramm Cannabis in der Woche zum befriedigen meiner Sucht. Was mir anfangs half in meinem Umfeld selbstbewusster aufzutreten, Anerkennung durch Leistungssteigerung im Job brachte, sexuelle Lust steigerte und Probleme verdrängte endete mit Schulden, Gewalt, Abzockerei, Lügen und Isolation, wenn man mal von anderen Süchtigen absieht. Dann kam die Angst, Angst zu sterben, verrückt zu werden. Ich brauchte Hilfe und fand sie in der Suchtberatung der Caritas in Zwickau. Natürlich wurde nicht sofort alles gut, ich dachte Entgiftung reicht. Ich ließ auch die illegalen Drogen weg, trank dafür Alkohol. Ich schaffte so Drogenpausen von zuerst neun und dann vier Monaten. Beim dritten Anlauf, mit all meiner Angst, entschied ich mich für eine Langzeitbehandlung. Meine Suchtberatung empfahl die Fontane Klinik Motzen, welche Erfahrungen in der Behandlung von crystalabhängigen

Menschen hat und sehr vielfältige Möglichkeiten wie z. B. Sauna, Kreativtherapie, Kanufahren und Bogenschießen anbietet. Von meiner 26wöchigen Therapiezeit habe ich bislang 20 Wochen geschafft. Ich fühle mich so gut wie lange nicht, bin selbstbewusster, aufgeschlossener, tatkräftiger, traue mir mehr zu und habe vor allem wieder mehr Selbstachtung. Ich konnte in den Seminaren und Gruppentherapien in der Fontane Klinik viel lernen und erfahren, bei den vielfältigen Sportmöglichkeiten fitter werden und habe in den Studios der Kreativtherapie beim Speckstein bearbeiten meine Beruhigung und Ausgleich gefunden. Natürlich habe ich auch Angst, genieße aber meine Motivation und bin gespannt auf mein Leben danach, ohne Crystal, ohne jedes Suchtmittel. Ich wechsel nahtlos in die Adaptionseinrichtung Leipzig, mit Abstand zu meinem alten Umfeld und doch in die Nähe meiner kleinen Tochter. In Zukunft möchte ich in der Selbsthilfe und durch meine hier begonnene Öffentlichkeitsarbeit anderen ein Beispiel sein und Mut machen, den Ausstieg zu schaffen.

<http://www.fontane-klinik.de>



Sachsen

Ansätze der Crystal-Prävention

Der 2. Sächsische Drogen- und Suchtbericht wurde am 24. Januar 2014 veröffentlicht. Im Bereich der illegalen Drogen dominiert die Substanz Crystal Methamphetamin weiterhin im sächsischen Versorgungsgebiet. Crystal-Konsumierende konfrontieren das gesamte psychosoziale Hilfesystem mit sehr spezifischen Problemlagen. Flexibles Zeitmanagement im Beratungskontext, übersichtliche Gesprächsfrequenzen oder Kooperationen mit anderen Institutionen, zum Beispiel der Familien- oder Jugendhilfe, sind nur einige wenige Aspekte im Beratungs- und Behandlungsalltag mit Crystal-Konsumentinnen und Konsumenten. Durch die Bündelung von disziplinübergreifendem Fachwissen in zielgruppenorientierten landesweiten Fort- und Weiterbildungen, Schulungsveranstaltungen für Fachkräfte und Regionalkonferenzen in den sächsischen Krankenhäusern wurde ein flächendeckender Austausch mit Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Jugend- und Gesundheitsämtern, Bildungsagenturen, allgemeinbildenden und Berufsschulen, Sucht- und Jugendhilfe, Justiz, Jobcentern, Polizei und medizinischen Bereichen ermöglicht. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbrau-

cherschutz bietet mit der Webseite www.crystal.sachsen.de eine Internetplattform mit Informationen zur Substanz, zu Nebenwirkungen und Folgeschäden, einem Frage-Antwort-Bereich sowie Hinweisen zu externen Fort- und Weiterbildungen an. Die Broschüre „Was tun bei Drogenkonsum von Kindern und Jugendlichen – Informationen, Unterstützung und Hilfeangebote“ wurde überarbeitet und neu aufgelegt. Crystal City Cards sind mit regionalen Kontaktdaten der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen an Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen in den Landkreisen ausgegeben. Die Fachstelle für Suchtprävention des Direktionsbezirks Chemnitz veröffentlichte den Animationsclip „Crystal im Kopf“ in den sozialen Netzwerken bzw. auf Videoplattformen. In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind regionale Kampagnen und Veranstaltungen organisiert worden.

<http://www.sms.sachsen.de>

<http://www.publikationen.sachsen.de>

<http://www.crystal.sachsen.de>

<http://www.suchtpraevention-sachsen.de/fachstelle-chemnitz>

<http://www.youtube.com/watch?v=Iy5VboF7V-w>



Sachsen

Präventions- und Aktionswoche

»Leg dich nicht mit Crystal an!«

Mit dem Slogan „Leg dich nicht mit Crystal an!“ reagierte die Landeshauptstadt Dresden auf die zunehmende Verbreitung der Droge Crystal und organisierte gemeinsam mit vielen weiteren Partnern eine Ausstellung. Das Gymnasium Dresden Cotta griff die Thematik Crystal in seiner Projektwoche „Sehn-Sucht“ auf. Neben Informationen über die Droge lernten die Schülerinnen und Schüler der achten Klassen einen ehemaligen Konsumenten sowie die Angehörige eines Betroffenen kennen. Im Anschluss verarbeiteten sie ihre Eindrücke in Bildern. Darüber hinaus gestalteten Jugendliche des SPIKE Dresden in einem Workshop Graffitis zum Thema Crystal. Alle Ergebnisse wurden in der Centrum Galerie Dresden

ausgestellt. Die Aktionswoche wurde am 02.06.2014 durch den Bürgermeister für Soziales und Verbraucherschutz Herrn Martin Seidel eröffnet. Begleitet wurde die Ausstellung durch interaktive suchtpreventive Angebote des Fachteams Mobile Jugendarbeit zur Suchtprävention der Diakonie Dresden sowie das Gesundheitsamt Dresden. Ein musikalisches Highlight stellte der Rap-Track des Rappers Paliwo dar, der damit seine eigene Konsumvergangenheit verarbeitet und den Song bei der Eröffnungsveranstaltung vorstellte. Das entstandene Musikvideo finden Sie unter:

<http://www.youtube.com/watch?v=ArGHVjhim0E>

Hamburg

Eine Kampagne auf vielen »Kommunikationskanälen«

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg und das Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. haben im Sommer 2014 eine Cannabis-Präventionskampagne gestartet. Die Kampagne sollte nachhaltig gestaltet werden, mehrere Zielgruppen gleichzeitig ansprechen und eine klare Position gegen einen jugendlichen Cannabis-Konsum beziehen.



Wie kam es dazu? – Ausgangslage

Die Hamburger SCHULBUS-Untersuchung stellt seit 2004 einen guten Überblick über den Konsum von Cannabis bei Jugendlichen zur Verfügung. Demnach haben im Jahr 2012 29 Prozent der 14- bis 17-jährigen Hamburgerinnen und Hamburger schon einmal Cannabis konsumiert. Der Anteil derjenigen, die zumindest einmal Cannabis konsu-

miert hatten, war also nach einem Rückgang in den Jahren 2005 und 2007 wieder angestiegen. Neben dem erneuten Anstieg des Cannabiskonsums unter Jugendlichen wurde auch in Hamburg deutlich, dass bei etwa einem Fünftel der Jugendlichen der Konsum von Cannabis eine hohe Alltagsrelevanz hat und daher auch zum Beispiel den Schulalltag betreffen kann.

Dabei darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass Cannabiskonsum insbesondere bei Kindern und Jugendlichen schwerwiegende Probleme nach sich ziehen kann. Zu den wesentlichen Risiken gehören:

- Entwicklungsverzögerungen
- Auslösen von psychischen Erkrankungen
- Eingeschränkte Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen
- Bei frühem Einstieg in den Konsum Abhängigkeitsprobleme im Erwachsenenalter

Um dem aktuellen Trend zu mehr Cannabiskonsum entgegenzuwirken, wurde die Entwicklung einer Cannabis-Präventionskampagne beschlossen.

Schon in der frühen Planung wurde deutlich, dass die Zielgruppe mit einer Kampagne, die lediglich auf die Folgen des Cannabiskonsums abzielt, nicht zu erreichen sein würde. Jugendliche halten sich im Alter von 14 bis 18 Jahren oftmals für unverletzbar und sind überzeugt, alles im Griff zu haben. Die aktuelle Debatte um Regulierung oder sogar Legalisierung des Cannabiskonsums sowie die Wiederentdeckung der Pflanze als Heil- und Nutzpflanze kann hierbei verstärkend wirken. Eine Differenzierung fällt derzeit schwer und findet insbesondere auch in den Medien nur selten statt.



Das war für die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Anlass, eine offensive Auseinandersetzung mit dem Thema Cannabis und Kiffen im Jugendalter zu initiieren. Jugendliche sollten von Anfang an in den Prozess miteingebunden werden. Gemeinsam mit dem Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. und dem SuchtPräventionsZentrum der Schulbehörde wurde unter Beteiligung von Jugendlichen die Kampagne BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! entwickelt. Wesentlicher Kommunikationskanal sollte das Internet sein. Auf www.bleib-stark.com wird über Risiken und Gefahren, die vom Cannabiskonsum ausgehen, informiert und zugleich ein kritischer Diskurs auf einer eigens eingerichteten Facebook-Seite angestrebt.

Das Herz der Kampagne 2014 war ein Wettbewerb. Jugendliche konnten über einen Zeitraum von fünf Monaten eigene Beiträge (Video-Clips, Plakate,

Aktionen etc.) auf das Portal laden und sich ernsthaft, kritisch und möglichst geistreich mit den Themen Cannabis und Kiffen auseinandersetzen. Sämtliche Beiträge konnten während des Wettbewerbs von Nutzerinnen und Nutzern sowie Besucherinnen und Besuchern der Website mit einem sogenannten Like-Button bewertet werden. Die Wochengewinnerinnen bzw. gewinner erhielten jeweils 100 Euro und am Ende des Wettbewerbs kürte eine Jury aus Expertinnen und Experten die Gesamtgewinnerinnen und gewinner.

Wichtig war hierbei immer eine nachhaltige und glaubwürdige Position, die unter Beteiligung von Jugendlichen dem Cannabiskonsum entgegentrat. Die Auseinandersetzung mit dem Thema stand immer vor der reinen Vermittlung einer präventiven Botschaft. Mit BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! wurde eine Strategie entwickelt, die einerseits Jugendliche aktiv einbezieht, aber auch Eltern und Fachkräfte informiert und befähigt, mit ihren Kindern bzw. jungen Menschen auf Augenhöhe zu diskutieren.

Um dem aktuellen Trend zu mehr Cannabiskonsum entgegenzuwirken, wurde die Entwicklung einer Cannabis-Präventionskampagne beschlossen.

Schon in der frühen Planung wurde deutlich, dass die Zielgruppe mit einer Kampagne, die lediglich auf die Folgen des Cannabiskonsums abzielt, nicht zu erreichen sein würde. Jugendliche halten sich im Alter von 14 bis 18 Jahren oftmals für unverletzbar und sind überzeugt, alles im Griff zu haben. Die aktuelle Debatte um Regulierung oder sogar Legalisierung des Cannabiskonsums sowie die Wiederentdeckung der Pflanze als Heil- und

Nutzpflanze kann hierbei verstärkend wirken. Eine Differenzierung fällt derzeit schwer und findet insbesondere auch in den Medien nur selten statt.

Das war für die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Anlass, eine offensive Auseinandersetzung mit dem Thema Cannabis und Kiffen im Jugendalter zu initiieren. Jugendliche sollten von Anfang an in den Prozess miteingebunden werden. Gemeinsam mit dem Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. und dem SuchtPräventionsZentrum der Schulbehörde wurde unter Beteiligung von Jugendlichen die Kampagne BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! entwickelt. Wesentlicher Kommunikationskanal sollte das Internet sein. Auf www.bleib-stark.com wird über Risiken und Gefahren, die vom Cannabiskonsum ausgehen, informiert und zugleich ein kritischer Diskurs auf einer eigens eingerichteten Facebook-Seite angestrebt.

Das Herz der Kampagne 2014 war ein Wettbewerb. Jugendliche konnten über einen Zeitraum von fünf Monaten eigene Beiträge (Video-Clips, Plakate, Aktionen etc.) auf das Portal laden und sich ernsthaft, kritisch und möglichst geistreich mit den Themen Cannabis und Kiffen auseinandersetzen. Sämtliche Beiträge konnten während des Wettbewerbs von Nutzerinnen und Nutzern sowie Besucherinnen und Besuchern der Website mit einem sogenannten Like-Button bewertet werden. Die Wochengewinnerinnen bzw. gewinner erhielten jeweils 100 Euro und am Ende des Wettbewerbs kürte eine Jury aus Expertinnen und Experten die Gesamtgewinnerinnen und gewinner.

Wichtig war hierbei immer eine nachhaltige und



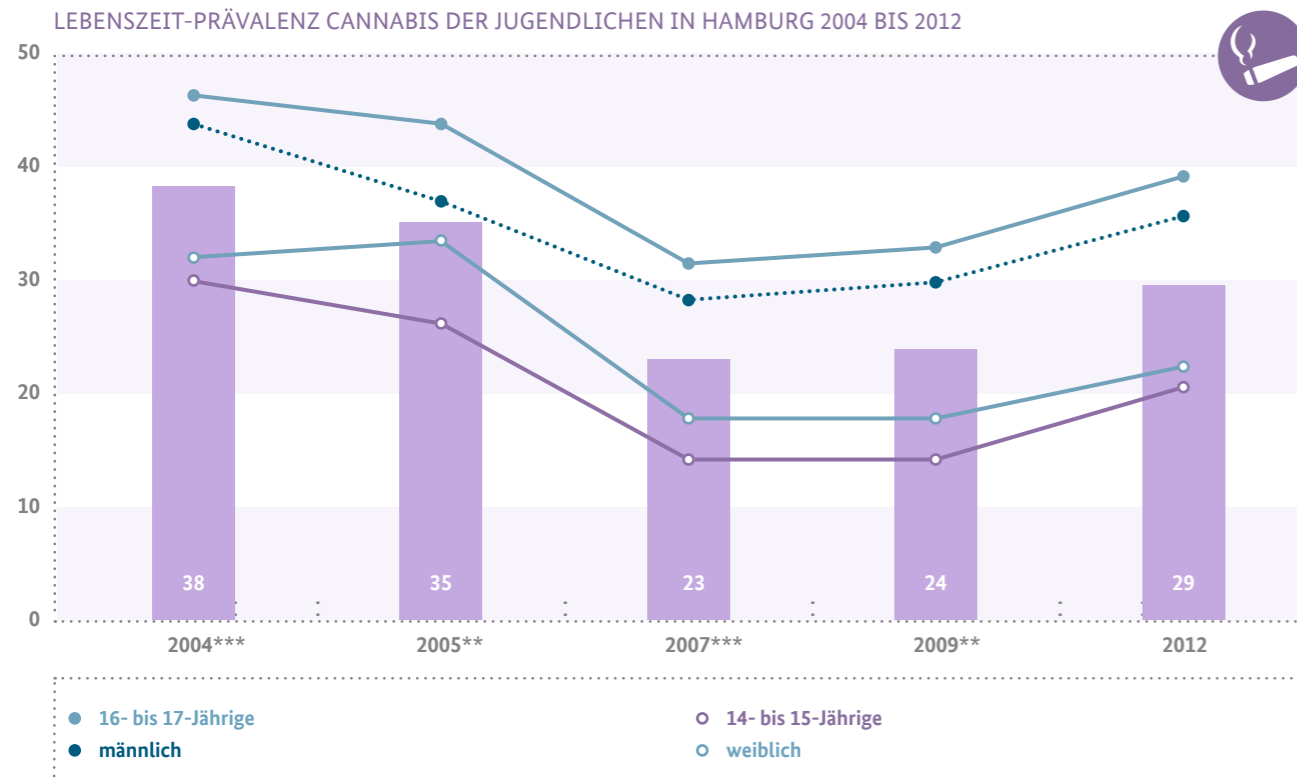
Workshop mit Jugendlichen zur Festlegung von Methoden, mit denen die Kampagne umgesetzt werden sollte.

glaubwürdige Position, die unter Beteiligung von Jugendlichen dem Cannabiskonsum entgegentrat. Die Auseinandersetzung mit dem Thema stand immer vor der reinen Vermittlung einer präventiven Botschaft. Mit BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! wurde eine Strategie entwickelt, die einerseits Jugendliche aktiv einbezieht, aber auch Eltern und Fachkräfte informiert und befähigt, mit ihren Kindern bzw. jungen Menschen auf Augenhöhe zu diskutieren.

Für Eltern und Fachkräfte wurde unter www.bleib-stark.com ein sehr umfangreiches Internetangebot eingerichtet, zusätzlich sind jeweils auf einem Faltblatt für Eltern bzw. Fachkräfte die wesentlichen Informationen zu Risiken, Wirkungen und Gesetzeslage zusammengefasst. Eine umfassende Elternbroschüre zum jugendlichen Cannabiskonsum gibt Tipps zum Umgang mit dem Thema in der Familie.

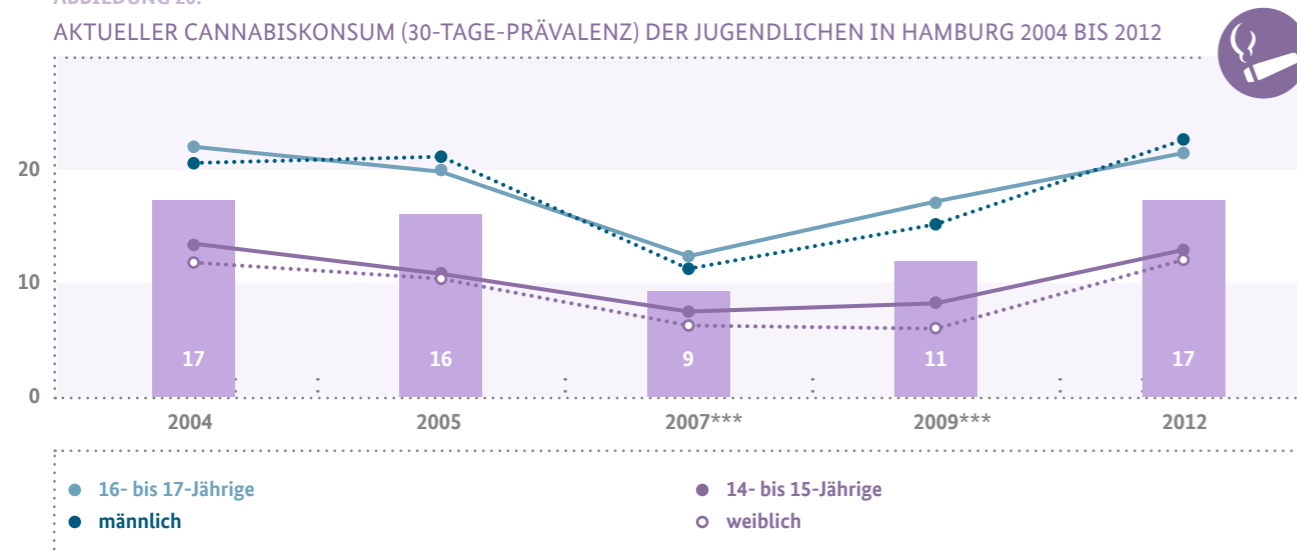
<http://www.hamburg.de/drogenberatung-suchthilfe/4419634/bleib-stark-broschuere-artikel/>

ABBILDUNG 19:
LEBENSZEIT-PRÄVALENZ CANNABIS DER JUGENDLICHEN IN HAMBURG 2004 BIS 2012



Erläuterung: %-Anteil der Gesamtpopulation in den Vorjahren signifikant verschieden von dem des Referenzjahres 2012 mit ** p<0,01; *** p<0,001. Der Anstieg ist auch bei den aktuellen Konsumentinnen und Konsumenten zu beobachten. 17 Prozent der 14- bis 17-jährigen Hamburgerinnen und Hamburger gehören zu dieser Gruppe.

ABBILDUNG 20:
AKTUELLER CANNABISKONSUM (30-TAGE-PRÄVALENZ) DER JUGENDLICHEN IN HAMBURG 2004 BIS 2012



Erläuterung: %-Anteil der Gesamtpopulation in den Vorjahren signifikant verschieden von dem des Referenzjahres 2012 mit *** p<0,001. Etwa sieben Prozent der Hamburger Jugendlichen gelten nach SDS als cannabisabhängig.

2.4.4 CANNABISAUSSTIEGS-PROGRAMM »QUIT THE SHIT«

Das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 auf der Internetplattform www.drugcom.de der BZgA integriert. Nutzerinnen und Nutzer können sich hier unkompliziert und anonym anmelden und werden 50 Tage lang von professionellen und geschulten Beraterinnen und Beratern bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Seit Beginn des Programms haben mehr als 5000 Nutzerinnen und Nutzer von diesem Angebot profitiert. Das Ausstiegsprogramm wird seit 2006 in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen in mittlerweile acht Bundesländern durchgeführt. Trotz dieses großen Engagements übersteigt die Nachfrage das Angebot weiterhin deutlich. Bereits im Jahr 2011 zeigte eine Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit von „Quit the Shit“, dass das Programm die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowohl bei der Konsumreduktion als auch beim Ausstieg aus dem Cannabiskonsum wirksam unterstützen kann. Derzeit wird das Programm im Rahmen einer weiteren Kontrollgruppenstudie überprüft, um den Einfluss einzelner Wirkfaktoren zu testen. Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden wird voraussichtlich im Frühjahr 2016 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse werden für die kontinuierliche Optimierung des Online-Ausstiegsprogramms genutzt. Darüber hinaus werden Erkenntnisse zum Einfluss einzelner Programmeigenschaften auf den Erfolg einer webbasierten Intervention angestrebt.

<http://www.quit-the-shit.net>

2.4.5 SPICE UND SYNTHETISCHE CANNABINOIDE

- **Aktivitäten des Centre for Drug Research im Rahmen des EU-Projekts »SPICE II Plus«**

Das EU-Projekt „SPICE II Plus“, das seit März 2013 und noch bis Februar 2015 läuft, knüpft inhaltlich an das im Jahr 2012 erfolgreich abgeschlossene EU-Projekt „SPICE

and synthetic cannabinoids“ an. Das abgeschlossene, vom BMG kofinanzierte EU-Projekt beschäftigte sich mit der Identifizierung und pharmakologischen bzw. forensisch-toxikologischen Charakterisierung synthetischer Cannabinoide und sogenannter Räuchermischungen, die diese Substanzen als Beimischung enthalten und als Cannabisersatz konsumiert werden, sowie mit sozialwissenschaftlichen Aspekten dieses Phänomens (Prävalenz, Konsummotivation, Konsummuster).

Im Rahmen des ebenfalls vom BMG kofinanzierten EU-Projekts „SPICE II Plus“ werden das Monitoring von sogenannten „Legal High“-Produkten, die Entwicklung von spezifischen forensischen Nachweisverfahren sowie die pharmakologische und toxikologische Charakterisierung fortgeführt, wobei das Spektrum der einbezogenen Substanzen auf die Gruppe der Stimulanzien (Szenename „Badesalze“) erweitert wurde. Weitere zusätzliche Bestandteile des Projekts sind eine systematische Erhebung und Auswertung klinischer und toxikologischer Daten zu Vergiftungsfällen, realitätsnahe Toxizitätstests (Inhalationsmodell an Lungenzellen), die Entwicklung eines Online-Beratungsmoduls sowie eine verstärkte europaweite Vernetzung zur Verbreitung der Projektergebnisse (unter anderem wurde eine Konferenz zum Thema „Spice“ in Zusammenarbeit mit der EMCDDA in Lissabon im Juni 2014 ausgerichtet). Seit Projektbeginn wurden diverse Kräutermischungen, „Badesalz“-Produkte und „Research Chemicals“ auf pharmakologisch aktive Inhaltsstoffe untersucht. Insgesamt zwölf neue Substanzen wurden identifiziert, vier bisher nicht in Europa aufgetretene psychoaktive Substanzen wurden dem Early Warning System der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht gemeldet. Methoden für Schnelltests, die vor Ort durchgeführt werden können, wurden hinsichtlich ihrer praktischen Anwendbarkeit für Zoll- und Polizeibehörden evaluiert. Zudem wurde eine Online-Umfrage unter ca. 1.000 „Legal High“-Userinnen und Usern durchgeführt.

Das Online-Beratungsmodul ist inzwischen funktionsfähiger Bestandteil der Präventions-Website.

<https://legal-high-inhaltsstoffe.de>



»Kleine und große Krisen gehören zum Leben dazu und sie können bewältigt werden.«

VORGESTELLT:

Jürgen Zielinski

Regisseur und Intendant des Theaters der Jungen Welt in Leipzig

Seit 2002 ist der Regisseur, Autor und Dramaturg Jürgen Zielinski (61) Intendant des Theaters der Jungen Welt Leipzig (TdJW), dem ältesten eigenständigen deutschen Theaterhaus für ein junges Publikum. Im Jahr 2014 hatten mit dem Social-Media-Stück „Man sieht sich“ und der Tanztheaterproduktion „Crystal – Variationen über Rausch“ gleich zwei Stücke am TdJW Premiere, die sich in unterschiedlicher inhaltlicher und ästhetischer Art und Weise mit den Themen Sucht, Drogen und Rausch auseinandersetzen.

Theater verbindet man nun nicht zwangsläufig mit Sucht, Drogen und mit Suchtprävention – wie sieht die Arbeit eines Kinder- und Jugendtheaters auf diesen Gebieten aus?

Jürgen Zielinski: Wir spielen Stücke, die sich mit der Lebensrealität, mit den Sorgen und Hoffnungen von jungen Menschen auseinandersetzen. Dass wir unser Publikum in der Vorbereitung und Umsetzung unserer Inszenierungen ernst nehmen müssen, (ernster als es in vielen „Erwachsenen-Theaterhäusern“ der Fall ist), um etwas bei unserer Zielgruppe auszulösen und sie überhaupt zu erreichen, ist erster Arbeitsgrundsatz. Mit erhobenem Zeigefinger und aufklärerischem, missionarischem Impetus erreicht man da wenig. Das wirkt belehrend und stößt sofort auf Ablehnung. Es gibt, was das angeht, eine Menge Theatermacher und –autoren,

die gerade im Kinder- und Jugendtheaterbereich auf sehr hohem Niveau arbeiten und Qualitätskriterien aufgestellt haben. Unsere Inszenierungen setzen den Fokus auf viele Themen, die Jugendliche umtreiben, wie etwa Crystal Meth in „Crystal – Variationen über Rausch“ oder Internet-sucht und der Umgang mit sozialen Medien in „Man sieht sich“. Jenseits aller Probleme, die in diesen Stücken verhandelt werden, gehen wir immer einen Schritt weiter und versuchen zu vermitteln: Kleine und große Krisen gehören zum Leben dazu und sie können bewältigt werden. Da ist es uns in jeder Produktion und ebenso in unserer inszenierungsbegleitenden theaterpädagogischen Arbeit auch immer wichtig, Selbstvertrauen zu stärken und Lebenslust zu wecken, um etwa das Hineingleiten in eine Sucht vielleicht sogar zu verhindern!

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Sucht gemacht?

Jürgen Zielinski: Vor meiner Theaterlaufbahn war ich als Sozialpädagoge in sozialen Brennpunkten tätig. Da hatte ich täglich mit Menschen zu tun, die Alkohol, Cannabis und härtere Drogen konsumierten. Ganz persönlich kenne ich die Problematik als Workaholic, der es gelernt hat, Stress eben nicht mit „gepflegtem“ Alkohol zu bekämpfen. Dass in meiner Jugend – ich bin in Dortmund aufgewachsen – Amsterdam nicht allzu weit entfernt war, sei auch noch ergänzend erwähnt... Wie Viele damals habe ich



einmal LSD ausprobiert – verstanden als Selbstexperiment im Sinne der Bewusstseinerweiterung. Das war höchst ambivalent: Zwischen intensiver Wahrnehmung, Horrortrips und Flashbacks war alles dabei. Heute sehe ich das als Experiment eines suchenden Jugendlichen in einem glücklicherweise nicht gefährdetem oder gefährdendem Umfeld.

Gibt es einen besonderen Leitspruch, der ihre Arbeit ausmacht?

Jürgen Zielinski: Die Utopie ist der Anfang der Erfindung!

Was sind ihre Pläne, Erwartungen für die Zukunft in Bezug auf ihre Arbeit und Person?

Jürgen Zielinski: Eine Theaterschule des Lebens bzw. für das Leben zu gründen! So etwas wie die öffentlichen Musikschulen, die jeder kennt, „in Theater“. Dafür kämpfe ich!

2.4.6 NALOXON-FACHTAG »DROGENTOD IST VERMEIDBAR!«

„Der Anstieg der Drogentodesfälle in 2013 ist ein Zeichen dafür, dass man bei den Angeboten und Maßnahmen in der Drogen- und Suchthilfe in unserem Land nicht nachlassen darf und dass wir genauer prüfen müssen, was getan werden kann, um Drogentodesfälle zu reduzieren. Denn wir wissen, dass wir viele Todesfälle verhindern könnten, wenn rechtzeitige Hilfe zur Verfügung steht. Es handelt sich ja nicht um statistische ‚Fälle‘, sondern um Menschenleben und jeder Tote hinterlässt trauernde und verzweifelte Freunde und Angehörige.“ (Marlene Mortler) Stellungnahme der Drogenbeauftragten zu Drogentodesfällen in 2013 (Bundespresskonferenz am 17. April 2014 in Berlin)

Bei der Statistik der Todesursachen fällt auf:

- Fälle von Drogentod mit Substitutionsmitteln Methadon oder Buprenorphin, beides in Verbindung mit anderen Substanzen. Hier ist sicher nachzuprüfen, ob die Betroffenen in einer geregelten Behandlung waren oder ob es sich um „Schwarzmarktmittel“ handelte.
- Unklar ist, was in diesem Bereich „sonstige“ Substitutionsmittel sind.
- Die Zahl der Todesfälle durch Amphetamine/Methamphetamine (16/10) ist noch gering, aber bei Methamphetaminen auffällig, da die Konsumentenzahl deutlich geringer zu sein scheint als bei Amphetaminen.

- Die Zahl der Suizide ist hoch (59, rund sechs Prozent), hier ist es sicher sinnvoll, stärker auf Symptome zu achten. Allerdings ist nicht klar, ob die Betroffenen Kontakt zum Hilfesystem hatten.
- Es gibt leider keine Informationen, wie viele der Betroffenen Kontakt zum Hilfesystem hatten und ob sie in privatem Raum gestorben sind, mit oder ohne soziale Kontakte.

Auch wenn aus der Praxis bekannt ist, dass in Drogenkonsumräumen viele mögliche Todesfälle verhindert werden konnten, war ein Anstieg der Todesfälle leider auch in Städten zu verzeichnen, in denen es solche Hilfsangebote gibt (zum Beispiel in Hamburg, Berlin oder Frankfurt). Es gilt, noch mehr über Risiken des Konsums und riskante Konsumformen aufzuklären und Hilfsmöglichkeiten besser erreichbar zu machen.

So kann Naloxon als Substanz zur Behandlung der akuten Opioid-Intoxikation vom geschulten Laien – in diesem Fall dem Heroinabhängigen selber – angewendet werden, um bei einer Überdosis zu helfen. Naloxon ist kein Betäubungsmittel (BtM) und somit ein normal verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Nach Einschätzung der Drogenbeauftragten und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) handelt es sich bei der Verabreichung von Naloxon durch geschulte Laien in Drogennotfällen um eine weitere zusätzliche Handlungsoption, die das Leben Drogenabhängiger retten kann. In Deutschland besteht zwar ein gut ausgebautes Nothilfesystem, aber eine zwischenzeitliche Naloxon-Verabreichung beim Intoxikierten durch Laien kann bis zum Eintreffen des

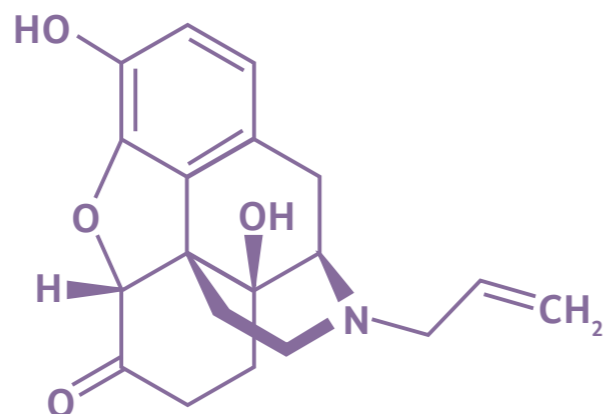
Notarztes lebensrettend sein. Daher sollte der Stellenwert dieser Therapieoption, insbesondere im Rahmen des realen Lebensumfelds der opioidabhängigen Patientinnen und Patienten, berücksichtigt werden. Es bleibt zu hoffen, dass eine Anwendung durch geschulte Ärztinnen und Ärzte bzw. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter auf Länderebene ausgeweitet werden kann, um wirksam Todesfälle unter injizierenden Opiatabhängigen zu vermeiden. Ob Naloxon-Verschreibungen berufsrechtlich zulässig sind, muss von der regional zuständigen Ärztekammer beurteilt werden, kann aber im Rahmen eines rechtfertigenden Notstands nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB) gerechtfertigt werden. Auch die Commission on Narcotic Drugs (CND) der UN

hat 2012 im Rahmen ihrer Resolution 55/7 „Promoting measures to prevent drug overdose, in particular opioid overdose“ auf die Bedeutung des Opioid-Rezeptor-Antagonisten Naloxon im Rahmen der Behandlung von Opioid-Überdosierungen hingewiesen.

2014 fanden unter anderem zwei Fachtage zur Thematik des Einsatzes von Naloxon durch Laien zur Vermeidung von Drogentodesfällen unter injizierenden Opiatkonsumierenden statt, am 18. Juni in Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und die Landesdrogenbeauftragte sowie am 16. Juni durch den Drogenhilfeverein „Visionen“ in Köln. Hier wurden verschiedene Praxismodelle vorgestellt.

Naloxon kann Leben retten!

Naloxon wird in Deutschland durch den herbeigerufenen Notarzt dem intoxikierten Patienten in der Regel langsam intravenös, aber auch intramuskulär oder subkutan verabreicht, bis sich die Symptome der Opioid-Intoxikation (Atemdepression, enge Pupillen) abschwächen bzw. zurückbilden. Aufgrund der kurzen Halbwertszeit des Naloxon muss der Patient weiter klinisch beobachtet werden, ggf. neben einer erneuten Naloxon-Verabreichung weitere intensivmedizinische Maßnahmen ergriffen werden. Das von diesem Arzneimittel ausgehende Gefährdungspotential ist als relativ gering einzustufen. Bei Opioidabhängigen kann ein akutes Entzugs-Syndrom ausgelöst werden, falls die Substanz überdosiert und bei intravenöser Verabreichung nicht langsam – unter Beobachtung des Patienten – verabreicht wird.



»Den Kick, den ich mir damals durch die Drogen holte, brauch ich immer noch, nur habe ich jetzt was Besseres gefunden, denn beim Klettern bleibt das gute Gefühl.«

©Foto: MAC

VORGESTELLT:

Der Mountain Activity Club

Der „Mountain Activity Club“ (MAC) ist eine Gruppe junger Menschen zwischen 20 und 35 Jahren mit unterschiedlichen Suchterfahrungen. Überwiegend jedoch aus der Amphetamin und Crystal Meth-Szene. Die meisten von ihnen haben eine Langzeit-Suchttherapie oder Gefängnisaufenthalte hinter sich. Die Initiatoren des MAC haben durch das Projekt „Über den Berg“, das von der Nürnberg Drogenhilfe ‚Mudra‘ durchgeführt wird, ihre Drogensucht hinter sich gelassen.

Die Initiatoren des MAC: „Nach der Alpenüberquerung „Über den Berg“ mit der Mudra Nürnberg im Jahr 2013, haben wir uns entschieden weiter zu machen und unsere positiven Erfahrungen und Erlebnisse weiterhin miteinander zu teilen und nach Möglichkeit an andere weiterzugeben. Dadurch entstand der Gedanke einen gemeinnützigen Verein zu gründen, den Mountain Activity Club.“

Vier Teilnehmer der Alpenüberquerung im August 2013 haben den MAC als Bouldergruppe ins Leben gerufen. Seit dem 1. März 2015 ist er als gemeinnütziger Verein eingetragen.

MAC: „Grundgedanke war es von Anfang an, Spaß und Freude am Sport, an der Natur und am Klettern zu sammeln. Durch die regelmäßigen Klettertreffen in der Nürnberger Boulderhalle „Cafe Kraft“ jeden Montag und Donnerstag, haben neue Klienten die Möglichkeit zu uns zu stoßen. Bei regelmäßiger Teilnahme besteht die Möglichkeit mit uns in der Natur am Fels der fränkischen Schweiz zu klettern. Außerdem fahren wir zweimal im Jahr nach Fontainebleau in Frankreich zum Kletterurlaub.“

Der Leitspruch des MAC lautet: Das gute Gefühl bleibt!!!

MAC: „Mit diesem Spruch identifizieren wir uns. Es bedeutet, dass beim Klettern mit uns, das gute Gefühl bestehen bleibt. Das böse Erwachen und schlechten Gefühle wie beim Drogenrausch bleiben aus. Durch das Klettern und die sportlichen Aktivitäten und dem Mountain Activity Club haben wir wieder neue Lebensfreude bekommen. Die meisten der Gruppe haben einen geregelten Alltag und bekamen auch dadurch ein stabiles Umfeld in Beruf und Freizeit. Feste Freundschaften und ein cleanes Umfeld haben



sich daraus ergeben. Mit dem „Mountain Activity Club“ möchten wir jungen Menschen mit Drogenproblemen eine Freizeitalternative bieten und ihnen die Möglichkeit aufzeigen, dass man auch ohne Drogen den Alltag meistern kann. Wir möchten junge Menschen motivieren und gleichzeitig als Vorbild mit gutem Beispiel vorangehen. Ein weiterer Aspekt unserer Arbeit ist die Prävention. Ziel des Vereins ist es, regelmäßige Outdoor-Aktiv-Urlaube zu organisieren und zu gestalten.“

Die Mitglieder des MAC üben ihre Vereinstätigkeit ehrenamtlich aus. Ausgaben für Ausrüstungen und Ausflüge werden weitgehend selbst finanziert. Spenden sind jederzeit herzlich willkommen!

Zitate von Gruppenmitgliedern:

„M.A.C. ist für mich: Zusammenhalt, zwangloses miteinander, Freundschaft, Vertrauen, Spaß und Herausforderung. Ich finds cool, dass wir so eine super Gemeinschaft sind. Einer der Gründe wieso ich zu

Drogen gegriffen habe war, dazugehören und was gelten zu wollen. Aber wie man sieht, klappt das auch auf andere Weise und ohne schlechtes Gewissen. M.A.C ist für mich eine Gruppe von gleichgesinnten, die einen verstehen und halt geben. Das ist eine gute Art Abstinenz zu bleiben. Ich finds gut, dass die Sucht nicht vordergründig thematisiert ist. Die Minderung des Suchtdrucks gibt es noch als Bonus oben drauf.“

„Der M.A.C. ist für mich mehr als eine Freizeitaktivität. Der M.A.C ist für mich Hilfe zur Selbsthilfe. Freundschaft mit gleichen Interessen und Beziehung auf hohem Niveau.“

„Wenn wir da oben hängen, in den Wänden und uns gegenseitig „sichern“ ist das die höchste Form von Beziehung, denn wir vertrauen uns gegenseitig unser Leben an. Den Kick den ich mir damals durch die Drogen holte, brauch ich immer noch, nur habe ich jetzt was besseres gefunden, denn beim Klettern bleibt das gute Gefühl.“

Pathologisches Glücksspiel ist nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Familien eine große psychische Belastung, die sie häufig in den wirtschaftlichen Ruin treibt. Deshalb ist rechtzeitige Aufklärung über die Suchtgefahr von Glücksspiel neben den gesetzlichen Regulierungen zur Vorbeugung sehr wichtig. So trägt etwa der bundesweite Aktionstag gegen Glücksspielsucht am 25. September dazu bei, über die Risiken des Glücksspiels aufzuklären und auf das Leid der Betroffenen und ihrer Familien aufmerksam zu machen. 2014 gab es erneut ein vielfältiges Angebot der Beratungs- und Fachstellen vor Ort.

Ein Spiel zur Prävention bei Glücksspielsucht ist das aus Bayern stammende Spiel „Spielfieber“, das zwzwi-

3 PRÄVENTION STOFFUNGBUNDENER SÜCHTE

3.1 PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

Das pathologische Glücksspiel (Glücksspielsucht) ist eine ernstzunehmende Suchterkrankung. Gemäß den im Jahre 2001 formulierten Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation beim pathologischen Glücksspiel wurde es als Krankheit anerkannt. Es besteht ein rechtlicher Anspruch auf ambulante oder stationäre Leistungen der Rentenversicherungsträger und der Krankenkassen.

schen evaluiert wurde. Das interaktive Browsergame wurde von der Aktion Jugendschutz Bayern e. V. entwickelt und im November 2012 online veröffentlicht. Die Zielgruppe besteht primär aus männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die über die mit Glücksspielen assoziierten Suchtgefahren aufgeklärt und zu einem reflektierten Umgang mit Glücksspielangeboten motiviert werden sollen. „Spielfieber“ kann in unterschiedlicher Weise eingesetzt werden. Zum einen eignet es sich als Medium für pädagogische Fachkräfte, zum anderen bietet es Jugendlichen einen eigenständigen Zugang zur Thematik.

Neben der Aufklärung über die Suchtgefahren sind gesetzliche Regelungen wie in den Glücksspielverträgen der Bundesländer oder auch in der Glücksspielverordnung des Bundes sehr wichtig.

Auf der Seite www.spielen-mit-verantwortung.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) finden Sie zahlreiche Anregungen sowohl zur Prävention (siehe www.check-dein-spiel.de) als auch zur Behandlung von Glücksspielsucht. Präventionsmaßnahmen in Form von Beratungsprogrammen wie „Check ein Spiel“ von der Bundeszentrale für politische Bildung (BzgA) (siehe auch auf der Seite: Online-Beratung, anonym; Chat Sprechstunde) oder die Maßnahmen der Suchtpräventionsfachstellen der Bundesländer oder anderer kommunaler Initiativen haben dazu beigetragen, dass die breite Öffentlichkeit diesem Thema mehr Aufmerksamkeit schenkt.

3.1.1 KOOPERATION ZWISCHEN DER BZGA UND DEM DEUTSCHEN LOTTO- UND TOTOBLOCK

Im Rahmen der seit 2007 bestehenden Kooperation zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG A) und dem Deutschen Lotto- und Totoblock (DLTB) hält die BzG A bundesweite Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung von Glücksspielsucht vor. Mit der Kampagne „Spiel nicht bis zur

Glücksspielsucht“ erreichen suchtpräventive Botschaften und gezielte Präventionsangebote zur Frühintervention die Bevölkerung.

Das Internetportal www.spielen-mit-verantwortung.de bietet Informationen zu einzelnen Glücksspielen und zur Glücksspielsucht. Darauf aufbauend können Personen, die regelmäßig Glücksspiele nutzen, unter www.check-dein-spiel.de einen Selbsttest zum Ausmaß der eigenen Suchtbelastung durchführen. Seit September 2007 erhielten so rund 100.000 Personen eine Auswertung aufgrund ihrer Testteilnahme. Zudem werden persönlich zugeschnittene Hilfeempfehlungen formuliert, wie zum Beispiel die Teilnahme am leicht zugänglichen, strukturierten Beratungsprogramm für Menschen mit Glücksspielproblemen.

Ein ähnlich niedrigschwelliges Angebot ist die BzG A-Telefonberatung zur Glücksspielsucht unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1372700. Die telefonische Beratung richtet sich an alle Spielenden, Angehörige und Interessierte. Mit etwa 40.000 Anrufern jährlich bleibt das Angebot der Telefonberatung stark nachgefragt.

Darüber hinaus bereiten schriftliche Materialien Fakten zum Glücksspiel zielgruppengerecht auf und sensibilisieren so für problemreflektierte Einstellungen in Bezug auf Glücksspiele und ihre Gefahren. Im Rahmen der bundesweiten Präventionskampagne „Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht“ wurden außerdem vier Repräsentativbefragungen zum Glücksspielverhalten in Deutschland durchgeführt (Vorschlag Link: zu B Pathologisches Glücksspiel). Alle Studien sind als Download verfügbar unter

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

<http://www.spielen-mit-verantwortung.de>

<http://www.check-dein-spiel.de>

Als Präventionsangebot im Bereich des pathologischen Glücksspiels wurde 2014 die interaktive Ausstellung



©Foto: Christian Hartmann



VORGESTELLT:

Christian Wolff

„Wie Drogen- oder Alkoholsucht ist die Spielsucht ein ebenso gefährliches Problem, das Menschen abhängig werden lässt, sie und ihre Familien kaputt machen kann, sie in den Suizid treibt. Ich selbst war in der Richtung nie gefährdet. Der Großvater meiner Frau, ein Russe, hat sein Vermögen verspielt. Gerade, wenn man an Russland denkt, war dort die Spielsucht besonders verbreitet. Man kennt ja die großartige Literatur zum Beispiel Dostojewskis „Der Spieler“. Früher habe ich häufig in Baden Baden gedreht und kam immer wieder mit Spielern ins Gespräch, die kein frisches Hemd mehr zum wechseln hatten und immer noch an den großen Gewinn glaubten. Besonders hat mich deshalb gefreut, daß mein Sohn mit seinen Freunden dieses Thema für seinen Debütfilm ausgesucht hat. Gerade diese Form von Sucht wurde, wie ich finde, in den Medien zu selten thematisiert. Es hat mich in „Treppe aufwärts“ sehr berührt, diesen alten Mann zu spielen, der seine Familie mit seiner Spielsucht in den Ruin getrieben hat und es noch nicht mal weiß, da er inzwischen dement ist. Besonders tragisch ist es, daß der Sohn durch Manipulation von Spielautomaten die Schulden seines Vaters begleichen will. Ich freue mich sehr, daß die Drogenbeauftragte, die so großes leistet, unseren Film unterstützt und „Treppe Aufwärts“ zum Projekt des Monats November 2014 gekürt hat. Bleibt mir nur noch, Ihnen und uns zu wünschen, daß dieser Film viele Zuschauer bekommt, die nachdenklich das Kino verlassen.“
Christian Wolff

entwickelt. Bei der Ausstellung handelt es sich um ein ausleihbares Projektangebot für Jugendliche ab zwölf Jahren. Konzipiert wurde es für die schulische und außerschulische Jugendarbeit. Zum Beispiel können Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe sowie Suchtpräventionsfachkräfte die interaktive Ausstellung „Spielglück-Glücksspiel“ ausleihen und für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Information und Aufklärung, zur Sensibilisierung und Wertevermittlung einsetzen. Ein weiteres Ziel besteht darin, mit Jugendlichen, Berufsschülerinnen und schülern sowie Studierenden gemeinsam über Zukunftsvisionen und Wertevorstellungen ins Gespräch zu kommen und die Heranwachsenden auf Hilfsangebote vor Ort aufmerksam zu machen.

Durch den Einsatz verschiedener Methoden und spielerischer Aktionen an fünf Stationen gelingt es, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu motivieren, sich aktiv und kritisch mit der Problematik des Glücksspielens, ihren Zukunftsvorstellungen und der Thematik „Geld und Glück“ auseinanderzusetzen.

Darüber hinaus können die Teilnehmenden an einer Station eigene emotionale Erfahrungen in Form eines Würfelspiels machen und diese im Gruppengespräch auswerten.

Es gibt zwei Möglichkeiten, diese Ausstellung zu handhaben. Zum einen können die einzelnen Stationen in der vorgesehenen Reihenfolge durchlaufen werden (Dauer ca. 2,5 bis drei Stunden), zum anderen ist „Spielglück-Glücksspiel“ so konzipiert, dass einzelne Einheiten (Dauer 30 bis 45 Minuten) herausgenommen und somit einzelne Stationen im Unterricht eingesetzt werden können.

Vor Beginn der Stationsarbeit erfolgt eine Einführung in das Thema, die methodisch unterschiedlich gestaltet werden kann. Danach werden die einzelnen Stationen erklärt und erarbeitet.

3.1.2 BEISPIELPROJEKTE AUS DEN LÄNDERN

Niedersachsen



Control yourself

Wettbewerb gegen Glücksspielsucht

Erstmalig wurde im Landkreis Cloppenburg ein Kreativ-Wettbewerb gegen Sucht initiiert. Mit einem originellen Werbespot und einem Rap-Song wurden Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen acht bis zwölf aufgefordert, sich aktiv und kritisch mit dem Thema Abhängigkeit und dem eigenen Gebrauch von Glücksspielen auseinanderzusetzen. Begleitet durch die regionalen Präventionsfachkräfte entwickelten die Schülerinnen und Schüler kreative Collagen, Bilder, Kurzgeschichten, Skulpturen und Videospots. Diese wurden im Kreishaus präsentiert, prämiert und in einer Wanderausstellung im Landkreis vorgestellt.

Aufmerksam machen

Aktionstag Glücksspielsucht mit Riesenzeitungen

Herkömmliche Info-Stände haben häufig den „Omega-Effekt“: Die Leute machen einen großen Bogen. Deswegen entschied sich das Team der Suchthilfe in Hildesheim für eine andere Form der Aufklärung über die Gefahr von Sportwetten. Drei Mitarbeitende saßen am Aktionstag mit großen, selbstgestalteten Zeitungen in der Fußgängerzone. Dort waren Sätze zu lesen wie „Aber Wetten sind ein todsicherer Tipp“ und „Morgen habe ich wieder

Glück. Dann hole ich mir das Geld zurück“. Die ungewöhnliche Aktion machte viele Passantinnen und Passanten neugierig. Immer wieder blieben sie stehen, lasen mit und ließen sich über den Hintergrund aufklären.



► Jugendliche und Glücksspiel Informationsbroschüre für Eltern

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen NSL hat bundesweit die erste Informationsbroschüre für Eltern, „Jugendliche und Glücksspiel“, herausgegeben. Das zwölfseitige Heft gibt hilfreiche Hinweise rund um das Thema Glücksspiel, seine Faszination speziell für Jugendliche, rechtliche Rahmenbedingungen im Jugendschutz sowie Tipps für Eltern zum Erkennen und zur Intervention bei riskantem Spielverhalten ihrer Kinder.

Poker-Games auf Facebook, Casino-Apps auf dem Handy, Tipplisten im Sportverein – die Hürde zum Spieleinstieg ist niedrig. Immer mehr Kinder und Jugendliche verbringen ihre Zeit mit Glücksspielen, die schon bei einem geringen Einsatz einen hohen Gewinn versprechen. Vielfach

erfolgt der Einstieg mittels kostenfreier Demospiele. Erste Erfolgserlebnisse stellen sich ein, wirken belohnend und legen eine Teilnahme am Echtgeldspielbetrieb nahe. Nicht selten nehmen Eltern gemeinsam mit ihren Kindern an Glücksspielen teil – manchmal ohne zu wissen, dass dies nicht erlaubt ist und Risiken mit sich bringen kann. Mit dieser Broschüre wird das Thema Glücksspiel aufgegriffen und Eltern aufgezeigt, wie sie die Faszination ihrer Kinder für Glücksspiele und Anreize, daran teilzunehmen, erkennen können, um Risiken und Gefahren für ihr Kind zu mindern oder erst gar nicht entstehen zu lassen.

„Jugendliche und Glücksspiel – Elterninfo“ steht zum kostenfreien Download bereit.

<http://www.nls-online.de>



Hannover – Aktion mit Elchgeweih... Präventionsfachkräfte verschenken Anleitung zum Glücklichsein auf dem Weihnachtsmarkt in Hannover

Mit der Aktion „Anleitung zum Glücklichsein“ haben die Fachkräfte der Fachstelle Sucht & Suchtprävention des Diakonischen Werks Hannover auf das Beratungsangebot für Glücksspielerinnen und Glücksspieler sowie deren Angehörige aufmerksam gemacht. Als „Elchinnen und Elche“ getarnt verteilten sie auf dem Weihnachtsmarkt in Hannover Umschläge mit dem Aufdruck „Anleitung zum Glücklichsein“. Diese enthielten Spardosen zum Selberbasteln, Schokospielgeld sowie informative Postkarten mit dem Titel „Behalt das Glück in deiner Hand“. Mit den Spardosen sollte auf den sinnvollen Umgang mit Geld hingewiesen werden, im Gegensatz zu dem Schlitz eines Geldautomaten.

Die Reaktionen der Besucherinnen und Besucher des Weihnachtsmarkts waren überwiegend positiv. Viele freuten sich am Anblick von Elchgeweih und roter Nase. Dass es nebenbei noch ein Geschenk gab, war dann die Krönung: „Anleitung zum Glücklichsein? Das kann ich gut gebrauchen!“, so und so ähnlich lauteten die Kommentare.



► LOG OUT – unabhängig im Netz. Modellprojekt zur Prävention von Medienab- hängigkeit in Niedersachsen

Der technische Fortschritt hat die digitale Mediennutzung in fast allen Altersgruppen mittlerweile zur Normalität werden lassen. Während die meisten Menschen die Medien als Ergänzung und Erleichterung betrachten, zeigen die Zahlen der PINTA- und PINTA-DIARY-Studien (vgl. Kapitel B), dass einige Userinnen und User – insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene – digitale Medien so intensiv nutzen, dass sie starke psychische, soziale und/oder körperliche Beeinträchtigungen bis hin zu einer Abhängigkeit zeigen.

Das Land Niedersachsen fördert seit 2014 das Projekt LOG OUT – unabhängig im Netz, um an vier Standorten ein Angebot zur Prävention und Beratung bei exzessivem wMedienkonsum aufzubauen. Mit jeweils einer halben Personalstelle und angegliedert an die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention bieten geschulte Fachkräfte Präventionsveranstaltungen für Jugendliche, Eltern und Multiplikator(inn)en (zum Beispiel Lehrkräfte) an. Darüber hinaus werden Beratungen für Betroffene sowie für Angehörige angeboten. Ziele sind eine Einordnung des Problemausmaßes und eine angemessene (Früh-)Intervention.

Gerade bei diesem Thema ist eine sinnvolle Vernetzung und Aufgabenteilung mit anderen lokalen Anbietern von Medienkompetenzangeboten sinnvoll und wird angestrebt.

LOG OUT – unabhängig im Netz wird von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen koordiniert und von Prof. Dr. Soellner, Stiftung Universität Hildesheim, evaluiert. Das Projekt endet Ende 2016. Es sollen Erkenntnisse über erforderliche Strukturen und Ressourcen gewonnen werden, damit Fachstellen für Sucht und Suchtprävention die gewünschte Zielgruppe erreichen und ihnen angemessene Angebote bereitstellen können.

<http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/log-out-unabhaengig-im-netz>



Niedersachsen und Hessen

Wetten, dass du das noch nicht wusstest? Infoheft für Jugendliche

Trotz der Teilnahmebeschränkung „ab 18 Jahren“ haben rund 61 Prozent der Jugendlichen im Alter von 16 bis 17 Jahren schon Glücksspielerfahrung und zocken munter mit. Es ist so einfach und erscheint kalkulierbar: Wer sich ein wenig mit Fußball auskennt, muss nur wenige Minuten für einen Tipp investieren und kann seinen Einsatz schnell vervielfachen. Die Gewinnspanne ist hoch. Das wissen viele Jugendliche und sie versuchen, ihr Taschengeld mit vermeintlich sicheren Tipps aufzubessern. Wenngleich sie in einem Alter unter 18 Jahren eigentlich nicht wetten dürfen, können sie es vielfach trotzdem. Der Jugendschutz, welcher Minderjährigen die Spielteilnahme untersagt, wird seitens der Anbieter häufig nicht ernst genommen.

Gerade junge Menschen mit 14, 15 oder 16 Jahren sind jedoch für die Risiken des Glücksspielens besonders empfänglich. Wenn sie einen kurzzeitigen Erfolg erzielen, führt dieser häufig zu einer Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Die Gefährdung für eine spätere

Problementwicklung ist groß. Die Kenntnis einer Sportart und das Beobachten von Spielverläufen suggerieren eine erhöhte Chance, den richtigen Tipp abzugeben. Auf Schulhöfen gehören Diskussionen über Sportergebnisse, todsichere Tipps und die besten Quoten zum täglichen Gespräch.

Zur Information und Aufklärung hat die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) gemeinsam mit ihrer hessischen Partnerorganisation (HLS) eine bundesweit erste Informationsbroschüre für Jugendliche herausgegeben: „Wetten, dass Du das noch nicht wusstest?“. Unter diesem Motto werden Tipps und Hinweise zum Glücksspiel und zu Sportwetten gegeben. Irrglaube und Wahrheit werden einander gegenübergestellt, über Jugendschutz und Unterstützungsangebote wird informiert. Die zwölfseitige Broschüre „Wetten, dass...?“ steht als Blätterversion zum kostenfreien Download oder zur kostenfreien Bestellung bereit.

<http://www.nls-online.de>

3.2 COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT

Menschen mit problematischer oder pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung fallen in der Familie und im engeren Umfeld meist durch sozialen Rückzug und die Vernachlässigung der schulischen oder beruflichen Verpflichtungen auf. Oft sind es Angehörige oder Freunde, die in den Beratungsstellen Hilfe suchen. Diese haben ihr Angebot bereits bundesweit um Unterstützung bei exzessiver und pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung erweitert. Auch in psychiatrischen und psychologischen Kliniken gibt es mittlerweile spezielle ambulante und stationäre Therapieangebote für Computerspiel- und Internetabhängige.

Die BZgA stellt mit der Broschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ und der Homepage www.ins-netz-gehen.de Informationen und Materialien zur Verfügung. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Projekten wie ESCapade, iPIN oder ELSA zur Stärkung der Prävention von Onlinesucht beigetragen. Die Förderung von Medienkompetenz wird vor allem durch das BMFSFJ mit zahlreichen Projekten unterstützt. Auch in den Schulen wird vermehrt über die Chancen und Risiken der Internetnutzung informiert. Neben den Suchtpräventionsstellen sind auch die Erziehungsberatungsstellen wichtige Anlaufpunkte für hilfesuchende Eltern und Multiplikator(inn)en.

3.2.1 PROGRAMME DES BMFSFJ UND DES BEAUFTRAGTEN FÜR KULTUR UND MEDIEN ZUR FÖRDERUNG DER MEDIENKOMPETENZ

Die Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen erfolgt zunehmend in digitalen und mobilen Umgebungen und mehr und mehr losgelöst von durchgängiger elterlicher Kontrolle. Deshalb ist es wichtig, den Schutz von Kindern und Jugendlichen in den Medien zu gewährleisten und gleichzeitig ihre Befähigung zu einem kompetenten, selbständigen und risikobewussten Handeln mit Medien zu fördern. Um ein gutes Aufwachsen junger Menschen mit digitalen Medien zu unterstützen, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Vielzahl präventiver Projekte und Initiativen, die Eltern bei der medienpädagogischen Erziehung unterstützen und Kinder und Jugendliche in deren Medienkompetenz stärken (niedrigschwellige Angebote).

Exzessive Mediennutzung wird mit der Nutzung von Kommunikationsdiensten und insbesondere mit Computerspielen in Verbindung gebracht. Die vom BMFSFJ geförderte Ratgeber-Reihe „Spiel- und Lernsoftware pädagogisch beurteilt“ bietet Eltern und Erziehenden Informationen zu im Laufe eines Jahres neu erschienenen Computer-, Konsolen- und Online-spielen. Die Spielebewertungen aus Pädagogen- und Kindersicht kommentieren auch Spieleigenschaften, die den selbstbestimmten Umgang mit Spielzeiten fördern. Auch die vom BMFSFJ geförderte Kindersuchmaschine Blinde Kuh bietet in einem eigenen Spielbereich kindgerechte Spiele an. Wenn es um Computerspiele geht, fällt es vielen Eltern schwer, die Faszination ihrer Kinder richtig einzuschätzen und einzuordnen. Das vom BMFSFJ geförderte Online-Handbuch zur bundesweiten Gründung von Computerspiel-Schulen spricht konkrete Empfehlungen aus, wie der Dialog über das Computerspielen in generationenübergreifenden Begegnungen vor Ort in Form von Computerspiel-Schulen, bei denen das gemeinsame

Spiel im Vordergrund steht, angeregt werden kann. Das Handbuch ist pädagogisch Verantwortlichen und Interessierten frei unter <http://wiki.computerspielschule.net> zugänglich. Darin betrachten die Autorinnen und Autoren auch Hintergründe für exzessives Spielverhalten und geben konkrete Anregungen zum Umgang damit.

Ergebnisse aus der DJI-Erhebung „Digitale Medien: Beratungs-, Handlungs- und Regulierungsbedarf aus Elternperspektive“ bestätigen die hohe Verantwortungsbereitschaft von Eltern in der Medienerziehung ihrer Kinder. Die Begrenzung der Nutzungsdauer gehört zu den wichtigsten Regeln, die Eltern gegenüber ihren Kindern für den Umgang mit Medien aussprechen. Das Bundesfamilienministerium unterstützt Familien in der Medienerziehung mit Informations- und Beratungsangeboten. So bietet der Medienratgeber „Schau Hin! Was Dein Kind mit Medien macht.“ auf www.schau-hin.info einen eigenen Themenschwerpunkt zu exzessiver Mediennutzung an.

Der „Deutsche Multimediapreis mb21“ ist der einzige deutschlandweite Kreativwettbewerb für alle bis 25 Jahre und nutzt die ganze Vielfalt medialer Darstellungsformen. Der Wettbewerb vermittelt auf kreative und spielerische Art und Weise Medienkompetenz und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung von Medienerziehung bereits im Kindesalter. Ein Expertenteam hilft bei der Umsetzung.

<http://www.mb21.de>

• Initiative »Ein Netz für Kinder«

Die Bundesregierung sieht in der Förderung der Medienkompetenz eine der zentralen Aufgaben der Medien-, Jugend-, Familien- und Bildungspolitik und betreibt daher eine Vielzahl entsprechender Projekte. Damit Kinder das Internet sinnvoll nutzen können, sind extra für sie geschaffene Angebote erforderlich, die Inhalte altersgerecht und ansprechend aufbereiten. Die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und

Medien fördert mit großem Erfolg die Produktion hochwertiger Online-Inhalte. Bis Ende 2014 wurden 69 neue Kinderwebseiten aus den unterschiedlichsten Themenbereichen geschaffen, die 125 Auszeichnungen erhalten haben und monatlich von über 2,2 Millionen Kindern genutzt werden. Um dem Suchtpotenzial durch übermäßige Internetnutzung zu begegnen, werden auf den Online-Angeboten gezielt Beschäftigungen in der Offline-Welt angeregt. Die Europäische Kommission hat in ihrer „Europäischen Strategie für ein besseres Internet für Kinder“ allen Mitgliedstaaten diese Förderung empfohlen.

<http://www.enfk.de>

Der von der Wirtschaft finanzierte Surfraum „frag-FINN“ basiert auf einer Auswahl von über 11.000 unbedenklichen Domains, die es den Kindern ermöglicht, zu surfen und eine Suchmaschine sinnvoll zu nutzen, ohne das Risiko einzugehen, auf für ihr Alter ungeeignete Inhalte zu stoßen.

<http://www.fragFINN.de>

<http://www.ein-netz-fuer-kinder.de>

- »SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.«
- Kindersuchmaschine »Blinde Kuh«
- Wettbewerb »MB21 – Mediale Bildwelten«
- »Dein Spiel. Dein Leben.« – Prävention und Sensibilisierung junger Menschen bei der Nutzung virtueller Spielwelten
- Erarbeitung und Veröffentlichung eines Online-Handbuchs zur Vorbereitung des bundesweiten Transfers des Modellprojekts »ComputerSpielSchule Leipzig«

- »Jugendmedienschutz und Medienerziehung in digitalen Medienumgebungen: empirische Evidenz und politische Herausforderungen«

- »Digitale Medien: Beratungs-, Handlungs- und Regulierungsbedarf aus Elternperspektive«

- »Medienkompetenzbericht

3.2.2 PROJEKT DER BZGA – INS NETZ GEHEN

Präventionskampagne „Online sein mit Maß und Spaß“ und Internetportal für Jugendliche www.ins-netz-gehen.de

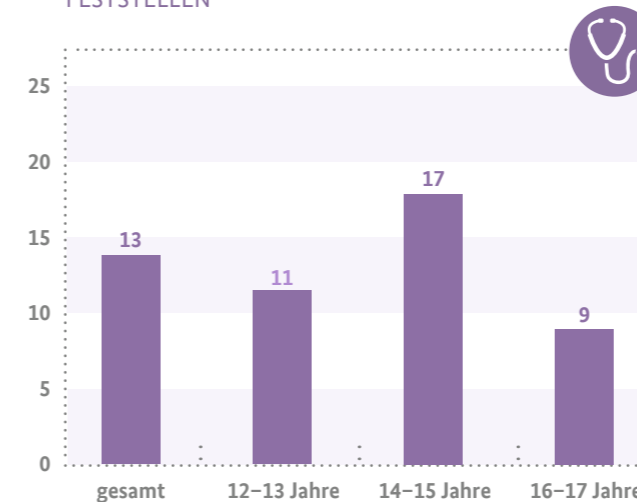
Die Präventionskampagne zur exzessiven Computerspiel- und Internetnutzung „Ins Netz gehen – Online sein mit Maß und Spaß“ basiert seit 2011 auf drei Kommunikationsansätzen. Im Bereich der Massenkommunikation bietet zum einen der Elternratgeber „Online sein mit Spaß und Maß“ alltagspraktische Hinweise zur Medienerziehung von Jugendlichen. Zum anderen stellen die beiden Jugendflyer „Im Netz bin ich am liebsten! Wo ist das Problem?“ und „Computerspiele find ich toll! Wo ist das Problem?“ Tipps zum Umgang mit den jeweiligen Medienangeboten bereit.

Der Bereich der Onlinekommunikation umfasst die Kampagnenwebsite www.ins-netz-gehen.de und bietet neben zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationen für die Zielgruppe der zwölf- bis 18-jährigen interaktive Elemente wie einen Selbsttest zur Einschätzung der eigenen Problemausprägung bezüglich exzessiver Nutzung von Computerspielen oder Internetangeboten. Weiteres Element ist das Verhaltensänderungsprogramm „Das andere Leben“ auf www.ins-netz-gehen.de. Hier werden die Jugendlichen dabei unterstützt, dem übermäßigen Internetsurfen oder exzessiven Gebrauch von PC-Spielen zunehmend Aktivitäten im realen Leben entgegenzusetzen.

Der Bereich der personalen Kommunikation wird seit September 2014 in einem zweijährigen bundesweiten Pilotprojekt ausgebaut: Die sogenannten „Net-Piloten“ sind jugendliche Peers, die an weiterführenden Schulen Informationen zu Computerspielen und Internetangeboten sowie zu deren Risiken und Wirkungen an jüngere Mitschülerinnen und Mitschüler weitergeben. In Zusammenarbeit mit Fachstellen für Suchtprävention und der Schule erhalten Jugendliche und ihre Eltern auf diese Weise eine Anleitung zum verantwortungsvollen Umgang mit Medien und alternative Erlebnisse in der Freizeit werden verdeutlicht.

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

ABBILDUNG 21:
ANTEIL DER ELTERN, DIE BEI IHREN KINDERN ANZEICHEN VON ONLINEABHÄNGIGKEIT FESTSTELLEN



Erläuterung: Nach Alter der Kinder in Prozent

3.2.3 PROJEKT DER BZGA – FASZINATION MEDIEN

Die DVD-ROM Faszination Medien (FaMe) ist ein gemeinsames Projekt der Freiwilligen Selbstkontrolle Fernsehen (FSF) und der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) in Kooperation mit der Filmuniversität Babelsberg KONRAD WOLF. Sie vermittelt grundsätzliche Medienkenntnisse und motiviert zur Auseinandersetzung mit Computerspielen und Communities, mit Fernsehnachrichten und Filmen sowie mit Videos und Reality-TV. Die DVD-ROM enthält auch für den Unterricht aufbereitete gesellschaftliche Diskurse zu Medienthemen wie Gewalt, Sexualität und Intimität, Fremd- und Selbstinszenierung sowie exzessiver Internetnutzung und fördert die Entwicklung eigener Haltungen dazu. In ihrer multimedialen Aufbereitung bietet die DVD-ROM neben umfangreichem Bild- und Bewegtbild-Material und zahlreichen Experteninterviews viele Lerneinheiten, die sich an der Mediennutzungspraxis Heranwachsender orientieren. Die DVD-ROM hat im Oktober 2014 die Auszeichnung Medal of Excellence bei den Erasmus EuroMedia Awards 2014 in der Kategorie „Language and Media“ aufgrund ihrer didaktischen Praktikabilität gewonnen. In der Begründung der Jury heißt es: „FaMe greift die zentralen Kritikthemen der Medienkulturdebatte auf (u. a. Gewalt, Sexualität) und ordnet sie beispielsweise den Genres Computerspiel oder Reality-TV zu. Die DVD bietet geordnetes und strukturiertes Wissen in digitaler Handbuchform sowie kritische Einsichten und weiterführende Anregungen. Ein Produkt, das die Aufmerksamkeit der pädagogischen Branche verdient.“ Alle Informationen zur DVD und Hintergrundmaterial unter:

<http://www.faszination-medien.de>

<http://blog.fsf.de/medienpadagogik/multimediale-dvd-rom-faszination-medien-fur-schule-und-jugendarbeit/2014/08>

3.2.4 BEISPIELPROJEKTE DER KRANKENKASSEN

Projekt Firewall Live

Firewall Live ist ein Aufklärungsprojekt der Krankenkasse Knappschaft und des Deutschen Kinderschutzbundes für einen sicheren Umgang mit sozialen Netzwerken und Cybermobbing. Es richtet sich an Kinder und Jugendliche der Jahrgangsstufen 6 bis 8 sowie deren Eltern und Lehrkräfte. Mit Medienkursen an der Schule will Firewall Live die junge Internetgeneration dazu befähigen, sich vor Risiken im Netz zu schützen.

Bereits im Alter von zwölf Jahren haben fast alle Kinder ein eigenes Handy, einen Computer und 93 Prozent sind online aktiv. Sie kommunizieren verstärkt über soziale Netzwerke (Facebook, Twitter, WhatsApp oder Chats). Leider gehen Kinder und Jugendliche bisweilen unvorsichtig mit ihren persönlichen Daten im Netz um und laufen damit Gefahr, Opfer von Cybermobbing zu werden. Aktuelle Studien zufolge wurde bereits jedes dritte Kind Opfer von Internetmobbing. Die Mobbingattacken im Netz können zu gesundheitlichen und psychischen Problemen führen. Hier will die Knappschaft vorbeugen und im Rahmen zielgerichteter Schulungsmaßnahmen Kinder und Jugendliche zu einem sichereren Umgang im Netz befähigen. Die Knappschaft sieht hier eine erfolgversprechende Möglichkeit, niedrigschwellig auf Kinder und Jugendliche, aber auch auf Eltern, Lehrkräfte und das System Schule zuzugehen und sie über Chancen, aber auch Risiken sozialer Netzwerke aufzuklären.

Das Projekt Firewall Live besteht aus zwei Schulungsmaßnahmen. Der erste Medienkurs richtet sich an Schülerinnen und Schüler, die in zwei Doppelstunden

lernen, soziale Netzwerke bewusst, kritisch und den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu nutzen. Dabei geht es um die Themen Privatsphäre und Datenschutz, Urheber- und Persönlichkeitsrechte sowie das Verhalten bei Cybermobbing.

Der zweite Medienkurs schult Eltern und Lehrkräfte. In einer abendlichen Doppelstunde lernen Erziehungspersonen, wie und warum Kinder soziale Netzwerke nutzen und welchen Risiken sie dabei begegnen können. Im Mittelpunkt des Abends stehen Kinder in sozialen Netzwerken, das Erstellen und Pflegen eines „sicheren“ Accounts, rechtliche Vorschriften sowie angemessene, aber zielführende Reaktionen bei Cybermobbing.

Seit der Pilotphase im Jahr 2012, zunächst nur in Nordrhein-Westfalen, waren die Krankenkasse Knappschaft und der Deutsche Kinderschutzbund mit Firewall Live bereits bundesweit an 25 Schulen unterwegs. Mit dem Aufklärungsprojekt wurden bis dato jährlich 600 Schülerinnen und Schüler als Multiplikator(inn)en erreicht. Diese Jugendlichen haben im Idealfall auch positiven Einfluss auf die Gruppendynamik im Freundes- und Bekanntenkreis und sind zudem auch in sozialen Netzwerken aktiv. Hinzu kommen die Eltern und die Lehrkräfte, die von dem Projekt auch nachhaltig aufgrund der Begleitung durch pädagogische Fachteams profitieren.

Weitere Informationen unter

<http://www.firewall-live.com>

Film »Jugend 3.0 – mit Sicherheit im Netz«

Techniker Krankenkasse informiert zu gesundem Medienkonsum

Die TK unterstützt Familien sowie Pädagoginnen und Pädagogen dabei, Kinder und Jugendliche zu einem gesunden Umgang mit digitalen Medien anzuleiten.

Da sich eine ausschweifende Mediennutzung auch auf die mentale und physische Gesundheit von Jugendlichen auswirkt, setzt sich die Techniker Krankenkasse (TK) dafür ein, dass sich alle gesellschaftlich verantwortlichen Institutionen künftig für den Erwerb und Erhalt gesundheitsförderlicher Lebenskompetenz in einem digitalen Lebensumfeld engagieren. Der bisherige Leitfaden Prävention der Krankenkassen müsse deshalb neben den bisherigen Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung künftig um das Thema Medienkompetenz erweitert werden.

Die Hälfte der Jugendlichen in Deutschland ist nach Ansicht der Eltern zu viel online. Das geht aus einer repräsentativen Umfrage hervor, für die das Meinungsforschungsinstitut Forsa im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) Eltern zum Medien-nutzungsverhalten ihrer 12- bis 17-jährigen Kinder befragt hat.

Wie viel und welche digitalen Angebote Jugendliche nutzen dürfen, ist in fast jeder Familie ein Thema. Auch wenn Kinder ihren Eltern sowie Pädagoginnen und Pädagogen bei der Bedienung der Geräte überlegen sind, bleibt es Aufgabe der Erwachsenen, zu entscheiden, welche Inhalte in welchem Ausmaß für das Kind sinnvoll sind und ob es die digitalen Inhalte intellektuell und emotional verarbeiten kann.

Laut der TK-Studie kontrollieren nur drei von zehn Elternteilen, wo ihre Kinder im Internet unterwegs sind. 40 Prozent der Eltern geben keine Limits diesbezüglich vor, wie viel ihre Kinder online sind. Die Umfragedaten zeigen zudem, dass Kinder, die laut ihren Eltern deutlich zu viel online sind, auch stärker von gesundheitlichen Belastungen betroffen sind. Der Anteil der Jugendlichen, die unter Stress, Konzentrations- und Schlafstörungen leiden, ist bei den Extremsurfern deutlich höher. Jugendliche mit auffälligem Netzverhalten sind auch häufiger von körperlichen Beschwerden betroffen: Fast ein Fünftel von ihnen leidet an Rückenschmerzen, bei den anderen Jugendlichen ist es nur jeder zehnte.

Mit dem Filmprojekt »Jugend 3.0 – mit Sicherheit im Netz«

unterstützt die TK Familien sowie Pädagoginnen und Pädagogen dabei, Kindern und Jugendlichen einen gesunden Umgang mit digitalen Medien beizubringen. »Digitale Medien nehmen einen großen Raum im Alltag der Jugendlichen ein. 80 Prozent besitzen ein eigenes Smartphone. Sie chatten mit Freunden, spielen online, recherchieren für die Schule. Das ist auch gut so. Wir möchten aber eine Diskussion dazu anstoßen, wie Kinder und Jugendliche zu einem gesunden Umgang mit digitalen Medien kommen«, erklärt Dr. Jens Baas, Vorsitzender des TK-Vorstandes.

Der Film »Jugend 3.0 – mit Sicherheit im Netz« kann auf der Website der TK unter dem Webcode 656684 angesehen werden. Alternativ kann der Film als DVD unter dem Webcode 654988 bestellt werden. Alle Informationen zum Thema Medienkompetenz sind unter:

<http://www.tk.de/medienkompetenz-abrufbar>



»Die Gesundheit ist zwar
nicht alles, aber ohne
Gesundheit ist alles nichts.«

Arthur Schopenhauer (1788–1860)

2

Beratung, Behandlung und Versorgung sowie Schadensminimierung

1 SUCHTSTOFFÜBERGREIFEND

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

Das Ziel universeller Prävention ist es, breite Bevölkerungsgruppen über die Folgen des Suchtmittelkonsums zu informieren und aufzuklären. Im Bereich der selektiven Prävention werden spezifische Angebote für Gruppen mit einem riskanten Verhalten entwickelt. Die indizierte Prävention richtet sich wiederum an diejenigen, bei denen sich bereits Probleme manifestiert haben. Die spezifischen Ursachen und Verlaufsmuster der Suchterkrankungen müssen dabei für die verschiedenen Gruppen gesondert betrachtet werden. Im Folgenden werden verschiedene Beispiele suchstoffübergreifender Präventionsansätze vorgestellt, die sich an unterschiedliche Zielgruppen (Altersgruppen, Settings, Lebenssituationen) richten.

**PRÄVENTION
BEDEUTET:
ABHÄNGIGKEITEN
VORZUBEUGEN**

1.1 KLAUSURWOCHE UND MEMORANDUM EVIDENZBASIERUNG IN DER SUCHTPRÄVENTION

Seit Dezember 2013 fördert das BMG das Projekt einer Klausurwoche zum Thema „Evidenzbasierung der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“. Ziel der Klausurwoche ist die disziplinübergreifende Erarbeitung von Empfehlungen zu forschungsmethodischen Aspekten der Evidenzbasierung der Suchtprävention. Die Klausurwoche fand von 17. bis 21. Februar 2014 statt. Zwölf Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker nahmen daran teil.

Im Anschluss erarbeiteten die Teilnehmenden ein Memorandum, das die Diskussion um Evidenzbasierung in der Suchtprävention inhaltlich bündelt. Es enthält folgende Arbeitsdefinition:

„Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretischen und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.“

Wesentliches Merkmal ist die Unterscheidung zwischen Evidenzbasierung und Generierung von Evidenz. Deutlich wird, dass nicht jedes Praxisprojekt Evidenz generieren, wohl aber sich an der vorhandenen Evidenz orientieren muss. Dazu gehört eine theoretisch fundierte Konzeptionsbegründung.

Praxiswissen wird explizit als notwendiger Baustein eingeschlossen.

Das Memorandum wurde im Juli 2014 veröffentlicht

http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/KoelnerMemorandum_EBSP2014.pdf

Außerdem wird auf der Grundlage dieses Memorandums ein gleichnamiges Buch veröffentlicht, das mit zahlreichen Ausführungen der Personen bereichert wird, die an der Klausurwoche teilgenommen haben. Aspekte, die im Memorandum nur angeschnitten werden können, werden tiefergehend erläutert sowie deren Hintergründe erklärt. Das Buch soll 2015 beim Springer Verlag Berlin-Heidelberg erscheinen.

1.2 PROJEKTE SCHULUNG TANZBETRIEBE

Ein im Rahmen der Drogenprävention zu beachtender Aspekt und Bestandteil der aktuellen EU-Drogenstrategie sowie der EU-Drogenaktionspläne ist der Mischkonsum von legalen und illegalen Suchtmitteln. Unter Mischkonsum wird vorwiegend der gleichzeitige Konsum von Alkohol und mindestens einer illegalen Droge verstanden, der häufig im Rahmen von Aktivitäten im Nachtleben (Club- oder Diskothekenbesuch) stattfindet.

Bereits seit Ende der 90er Jahre werden in Deutschland präventive Ansätze in Form von Party-Projekten umgesetzt, die vor Ort in Clubs und bei den einschlägigen Festivals über die Risiken des Konsums, insbesondere des Konsums von Partydrogen wie Ecstasy, aufklären.

Nach Durchführung eines Fachgesprächs mit Expertinnen und Experten im BMG und der Verbesserung der Vernetzung zwischen den bestehenden Partyprojekten und dem Frühwarnsystem der

Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) soll dem steigenden Mischkonsum von legalen und illegalen Drogen, insbesondere der steigenden Prävalenzrate von Methamphetamin, durch weitere selektive Maßnahmen begegnet werden. Zu diesem Zweck werden seit Mitte 2014 zwei Projekte durch das BMG gefördert, bei denen mithilfe manualbasierter Schulungen auf lokaler Ebene durch Fachkräfte der Suchtprävention ein adäquater Umgang des Personals in Clubs, Diskotheken und anderen Einrichtungen des Nachtlebens mit riskantem Suchtmittelkonsum der Gäste erreicht werden soll.

Das Projekt der Fachambulanz für Suchterkrankungen in Rosenheim „safe – sauber feiern“ wird in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Deutscher Diskotheken und Tanzbetriebe e. V. (BDT) durchgeführt und richtet sich vorwiegend an Diskotheken im ländlichen Raum und Kleinstädten.

Das „Betreiberschulungstest-Projekt“ von Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V. Berlin – arbeitet mit ClubCommission e. V., einem alternativen Verein Berliner Club-, Party- und Kulturereignisveranstalter, zusammen und verfolgt einen Peer-Ansatz (in der Soziologie Personen gleichen Alters oder Status) mit dem Schwerpunkt auf Clubs in Großstädten wie Berlin, Leipzig und Frankfurt.

Beide Projekte werden als Pilotprojekte bis Mitte 2015 umgesetzt und beinhalten zielgruppenspezifische Differenzierungen sowie Evaluationsmaßnahmen, die eine anschließende Nutzung der Ergebnisse durch Transfer auf Einrichtungen verschiedenen Typs in unterschiedlichen regionalen Ebenen, von der Diskothek im ländlichen Raum bis hin zu Clubs in Großstädten, ermöglichen.

1.3 SUCHT- UND DROGENBEIRAT DES LANDKREISES MITTEL-SACHSEN

Im Dezember 2013 konstituierte sich auf der Grundlage des § 7 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) der „Sucht- und Drogenbeirat“ des Landkreises Mittelsachsen. Er hat den Status eines satzungsmäßigen Fach-Arbeitskreises der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises und ist auf den Gebieten der Suchtprävention, -behandlung und -therapie sowie Schadensminimierung und Repression fachberatend tätig. Entsprechend den vier Säulen der Sucht- und Drogenpolitik arbeitet er interdisziplinär und professionsübergreifend und fungiert als fachliche Schnittstelle zwischen der Kommune, anderen Behörden und Leistungsanbietern. Dem Sucht- und Drogenbeirat werden im Benehmen mit der PSAG die fachliche Beratung der Aktivitäten auf dem Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen, die Reflexion der kommunalen Entwicklungen im Sucht- und Drogensektor sowie eine Mitverantwortung beim Informations- und Erfahrungsaustausch und bei der Erarbeitung von Maßnahme-Konzepten übertragen. Der Sucht- und Drogenbeirat erarbeitet als Ergebnis einer gemeinsamen Meinungsbildung Vorschläge und Empfehlungen in Bezug auf die regionale Suchtplanung und berät in Fragen der Versorgung.

Zur Erfüllung seiner fachlichen Aufgaben und Ziele arbeiten im Sucht- und Drogenbeirat mindestens je eine Netzwerkpartnerin bzw. ein Netzwerkpartner folgender Professionen bzw. Institutionen zusammen: Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Suchtberatungs- und behandlungsstellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises Mittelsachsen, Sächsische Bildungsagentur – Regionalstelle Chemnitz, Jobcenter Mittelsachsen, Amtsgerichte auf dem Gebiet des Landkreises Mittelsachsen, Polizeidirektion Chemnitz, Landratsamt Mittelsachsen mit den Abteilungen

Gesundheit, Jugend und Familie, Ordnung und Sicherheit sowie Soziales.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte des mittelsächsischen Sucht- und Drogenbeirates sind die Weiterentwicklung bisheriger Kooperationsformen in den Handlungsfeldern „Kinder – Familie – Sucht“ sowie „Abstinenzförderung und Arbeitsmarktintegration“. Die bisherige Zusammenarbeit auf Ebene dieses noch „jungen“ Beirates wird von allen beteiligten Netzwerkpartnern als konstruktiv, zielorientiert und gegenseitig nutzbringend beschrieben.

Weitere Informationen unter:

<http://www.landkreis-mittelsachsen.de/buergersevice/fachbereiche/6936.html>

Position

Welche Grundvoraussetzungen müssen auf professioneller und struktureller Ebene gegeben sein, um eine effektive und nachhaltige Versorgung suchtkranker Familien gewährleisten zu können? Welche Hilfen muss das System bereitstellen, um suchtkranken Eltern und deren Kindern eine optimale Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen zu können? Wie können für die betroffenen Kinder Bedingungen geschaffen werden, die ein gesundes Aufwachsen zulassen und fördern?

Menschen, die in Einrichtungen der Suchthilfe behandelt werden, haben meist einen sehr spezifischen und komplexen Hilfebedarf, der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, um auf individuelle Bedarfe eingehen zu können. Dazu gehört, dass die Rehabilitation in enger Verbindung zu vor- und nachgelagerten Angeboten stehen muss. Bei der Behandlung von suchtkranken Menschen mit Kindern besteht häufig auch ein Bedarf zu nebengelagerten Angeboten, zum Beispiel zu Erziehungs- und Jugendhilfen. Standardisierung ist dort sinnvoll, wo sie Vernetzungsaktivitäten sicherstellt und Verfahren

erleichtert. Sie darf aber nicht zulasten einer rehabilitativen Praxis führen, die Zeit und Raum für biografische Fragen und Gespräche benötigt und individuelle Verwirklichungschancen fördert.

In der Position vom 27.11.2014 fasst der GVS die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe zusammen, die sich im Rahmen des Projektes „Elternschaft und Suchterkrankung“ über einen Zeitraum von zwei Jahren mit dem Thema beschäftigt hat. Es soll Impulse zur Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung geben – letztendlich zum Wohle der Kinder.

http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/2014_Positionspapier_Elternschaft.pdf

Weiterbildung

Professionelles Handeln im Kontext suchtkranker Familien stellt hohe Ansprüche an das Helfersystem. Ressourcen und Risiken zu erkennen, nicht offensichtliche Einflüsse und Zusammenhänge zu erfassen und nachhaltige Hilfepläne zu entwickeln, ist ein komplexer Auftrag, der einer guten fachlichen Vorbereitung und Vernetzung bedarf.

Die Inhouse-Weiterbildung des GVS möchte Fachkräfte der verschiedenen Disziplinen (Suchthilfe, Jugendhilfe, Familienhilfe, Schulen, Kitas etc.) auf die Arbeit mit suchtkranken Familien vorbereiten und Handlungssicherheit vermitteln. Die modulare Struktur ermöglicht das Zusammenstellen passgenauer Weiterbildungen, die sich an der Situation und den Erfordernissen der Fachkräfte/Einrichtungen sowie den örtlichen Rahmenbedingungen orientieren. Durch interdisziplinäre Schulungen (zum Beispiel Jugend-, Erziehungs- und Suchthilfe) können Einblicke in die jeweils anderen Fachgebiete und Kontakte vermittelt werden und Kooperationspartner zu einer lernenden Organisation zusammenwachsen.

Inhouse-Schulungen stellen eine besonders effektive und wirtschaftliche Form der Mitarbeiterqualifizierung

dar und ermöglichen es dem Auftraggeber, Thema, Dauer, Ort und Zeitpunkt nach eigenen Wünschen zu bestimmen. Durch maßgeschneiderte Qualifizierungskonzepte können individuelle Bedürfnisse und Besonderheiten der Einrichtungen/Dienste berücksichtigt werden und eine Ausrichtung an den Zielen und Rahmenbedingungen der Einrichtungs- sowie der Teilnehmerstruktur kann stattfinden. Spezielle Probleme werden intensiv betrachtet und Lösungsansätze erarbeitet.

<http://www.eltern-sucht.de/weiterbildung-2/>

Leitfaden

Der in zweiter, überarbeiteter und erweiterter Auflage vorliegende Leitfaden „Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls“ (2014) richtet sich an Fach- und Führungskräfte der Fachstellen Sucht. Er rückt – ganz bewusst – nicht nur das uns alle angehende Kindeswohl in den Mittelpunkt: Ein wesentlicher Schlüssel zur Verbesserung der Situation betroffener Kinder liegt auch in der Hilfe für die suchtkranken Eltern.

Der Leitfaden bietet eine Fülle praktischer Hilfen, um das Thema Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls in die alltägliche Arbeit der Suchtberatung zu implementieren. Zu finden sind neben Informationen über die Lage von suchtkranken Eltern und ihren Kindern auch konkrete Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit den betroffenen Familien sowie ein großer Materialienanhang mit Gesetzestexten, Mustern für Klientinnen- und Klienten-Informationen, Checklisten, Adressen und Literaturtipps. Ein besonderer Blick gilt natürlich auch der diesbezüglichen Rolle der Suchtberatung in der Kommune und den politischen Forderungen, die sich aus dem Thema ergeben.

Zu beziehen ist der Leitfaden gegen eine Schutzgebühr über den GVS unter

<http://gvs@sucht.org>

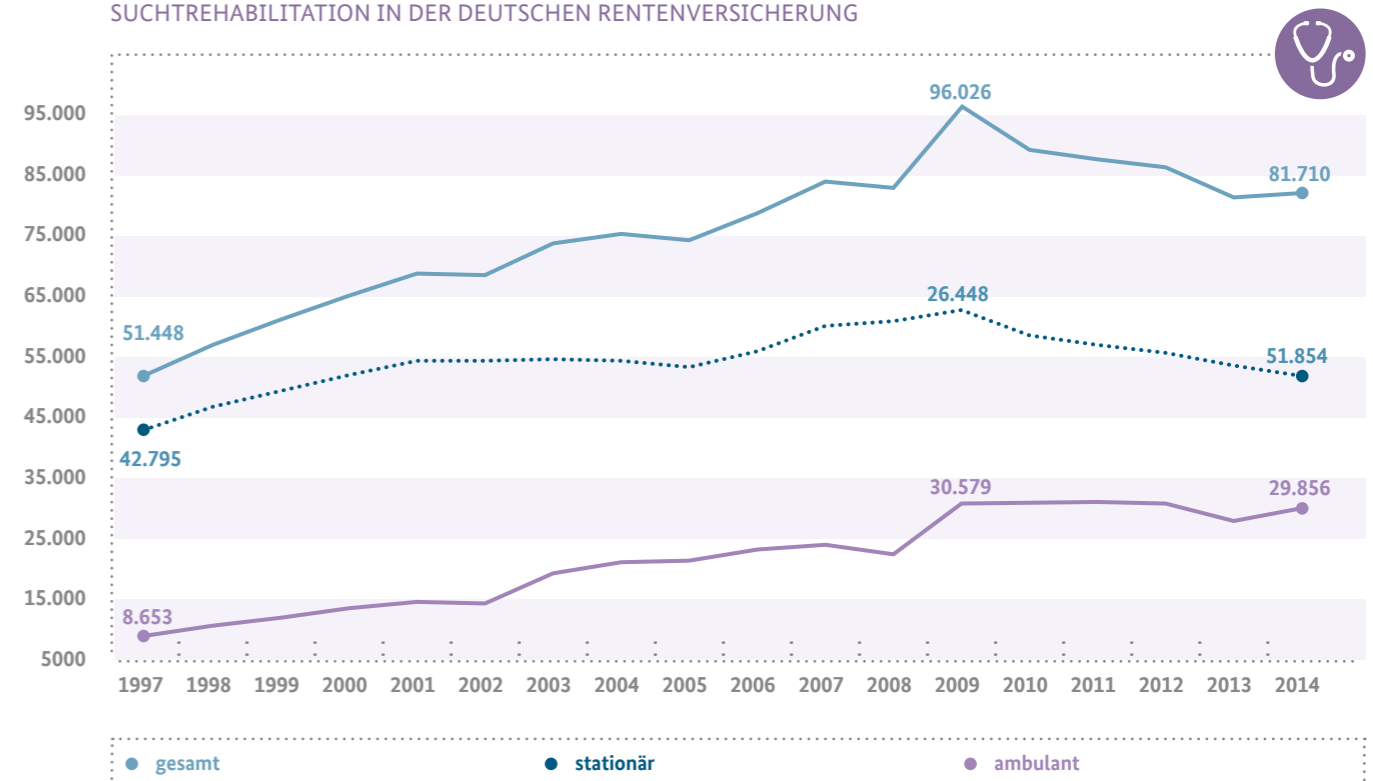
1.4 SUCHTREHABILITATION IN DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG

1.4.1 ENTWICKLUNG DER BEWILLIGUNGEN IN DEN JAHREN 1997 BIS 2013

Die Grafik stellt die Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung dar. In den Jahren 1997

bis 2009 ist, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kontinuierlich gestiegen. In den Jahren 2010 bis 2013 ist als Folge eines allgemeinen Antragsrückganges auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen bei Entwöhnungsbehandlungen zu verzeichnen. Aufgrund des leichten Anstiegs der Bewilligungen von ambulanten Entwöhnungsbehandlungen im Jahr 2014 stieg die Anzahl der Bewilligungen insgesamt.

ABBILDUNG 22: SUCHTREHABILITATION IN DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG



Erläuterung: einschl. bewilligte Leistungen zur Eingliederung nach § 31 Abs. 1 Nr.1 SBG VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung.

1.4.2 QUALITÄTSSICHERUNG

Um die Umsetzung qualitativ hochwertiger Leistungen zur Rehabilitation sicherzustellen, werden in der Rentenversicherung routinemäßig Qualitätsdaten an die Rehabilitationseinrichtungen zurückgemeldet und im Vergleich mit Fachabteilungen gleicher Krankheits-schwerpunkte dargestellt. Im Jahr 2014 wurden von der Rentenversicherung beispielsweise fünf unterschiedliche Berichte zur Qualitätssicherung an die Suchteinrichtungen und die Rentenversicherungsträger versandt. Dazu zählen Berichte zur therapeutischen Versorgung (KTL), zu den Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit sowie zu den Befragungsdaten von gut 85.000 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Suchtrehabilitation. Insgesamt wurden bis zu 40.000 ärztliche Entlassungsberichte aus bis zu 300 Suchteinrichtungen herangezogen. Mit diesem differenzierten Instrumentarium werden unterschiedliche Qualitätsaspekte der Rehabilitation dargestellt und bewertet. Inhaltlich geht es unter anderem um die Qualität der rehabilitativen Versorgung im engeren Sinne, die Struktur und Organisation

der Rehabilitationseinrichtungen und die Qualität aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Aus den Routinedaten der Rentenversicherung werden außerdem Auswertungen zum Verlauf nach medizinischer Rehabilitation erstellt und zurückgemeldet, die Hinweise zum Rehabilitationsergebnis geben können. Generelles Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist es, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten und das Eintreten von Erwerbsminderung zu verzögern bzw. zu verhindern.

Bei den Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf werden die pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Rehabilitation in ihrem Erwerbsverlauf beobachtet. Nach der Rehabilitation ist ein Verbleib im Erwerbsleben oder ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zum Beispiel durch den Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente möglich. Die Tabelle 9 zeigt den Zwei-Jahres-Verlauf für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Geschlecht, die im Jahr 2010 eine Rehabilitation wegen Alkoholabhängig-

TABELLE 09: BASIS AUSWERTUNG SUCHTMITTEL „ALKOHOL“, SOZIALMEDIZINISCHER 2-JAHRES-VERLAUF

Alle pflichtversicherten Rehabilitanden Entlassungszeitraum: 01.01.2010 bis 31.12.2010	Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf – Reha wg. Alkoholabhängigkeit					
	Basis		Männer		Frauen	
Im Erwerbsleben verblieben	19.880	88 %	15.168	89%	4.712	87 %
• davon lückenlose RV-Beiträge	14.212	63 %	10.837	64 %	3.375	62 %
• davon lückenhafte RV-Beiträge	5.668	25 %	4.331	25 %	1.337	25 %
Aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	2.636	12 %	1.914	11 %	722	13 %
• davon EM-Renten	1.678	8 %	1.144	7 %	534	10 %
• davon Altersrenten	238	1 %	167	1 %	71	1 %
• davon aus dem Erwerbsleben heraus verstorben	720	3 %	603	3 %	117	2 %
Gesamt	22.516	100 %	17.082	100 %	5.434	100 %
Alter Ø	Ø 44,4 Jahre		Ø 44,4 Jahre		Ø 44,4 Jahre	

Quelle: RSD 2012 – SMV 2010

keit beendet haben. 89 Prozent der Frauen und 88 Prozent der Männer sind im Beobachtungszeitraum im Erwerbsleben verblieben. Die für diese Altersgruppe (Durchschnittsalter: 44,4 Jahre) erhebliche Sterblichkeit von drei Prozent pro Jahr entspricht in etwa dem generell höheren Sterberisiko der Alkoholkranken.

Dieses Ergebnis der sozialmedizinischen Verlaufsbeurteilung ist vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass als Voraussetzung einer Rehabilitation die Versicherten vermindert erwerbsfähig sind oder dies bei ihnen in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Bekannte Einflussgrößen auf den sozialmedizinischen Verlauf sind unter anderem Geschlecht, Alter, Schweregrad und Art der Krankheit, Sozialschicht, Arbeitsmarktlage etc. Die Ergebnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Rehabilitationseinrichtung in Bezug auf den sozialmedizinischen Verlauf können also nicht ohne weiteres als Erfolg der Einrichtung interpretiert werden, da eine Vielzahl von Einflussfaktoren existieren, die von der Einrichtung nicht beeinflusst werden können. Sie geben aber wichtige Hinweise auf die gesetzliche Zielstellung der Rehabilitation, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und dadurch eine gesundheitlich bedingte Frühverrentung zu verhindern.

1.4.3 EMPFEHLUNGEN ZUR STÄRKUNG DES ERWERBSBEZUGS IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION ABHÄNGIGKEITSKRANKER

Die gemeinsam aus Vertreterinnen und Vertretern der Rentenversicherung, der Suchteinrichtungen und der Suchtfachverbände gebildete Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA) hat Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs erarbeitet, am 1. März 2015 in Kraft getreten sind.

Mit den Empfehlungen soll angeregt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden noch gezielter

entsprechend ihren individuellen Teilhabebedarfen zu fördern und damit zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Erwerbsbezogene Screening-, Diagnostik- und Assessmentverfahren werden ausführlich behandelt. Einzelne Instrumente werden vorgestellt. Kernstück sind fünf verschiedene sogenannte BORA-Zielgruppen, an denen sich die Rehabilitationseinrichtungen bei der Frage, welche erwerbsbezogenen Leistungen in Betracht kommen, orientieren sollen. Zudem werden die therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte unter Beachtung der KTL 2015 (Klassifikation therapeutischer Leistungen) beschrieben und den einzelnen BORA-Zielgruppen beispielhaft zugeordnet. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Kooperation und systemübergreifenden Vernetzung. Kernaussagen sind im Rahmen von Empfehlungen speziell hervorgehoben.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.html

1.4.4 GEMEINSAMES RAHMENKONZEPT DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG UND DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG ZUR KOMBINATIONSBEBANDLUNG IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION ABHÄNGIGKEITSKRANKER

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben sich auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2014 verständigt. Es definiert die Kombinationsbehandlung und grenzt sie von anderen Rehabilitationsleistungen ab. Danach setzt sich die Kombinationsbehandlung aus

verschiedenen Phasen zusammen und muss vor Beginn der Rehabilitation bewilligt werden. Die einzelnen Phasen können in stationärer, ganztägig ambulanter oder ambulanter Form durchgeführt werden. In der Regel erfolgt im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsphase eine Fortführung im ambulanten Setting. Das Rahmenkonzept beschreibt die Zielgruppen und Indikationskriterien für die Kombinationsbehandlung. Ferner enthält es Ausführungen zur Durchführung der Leistung und Dokumentation. Mit dem Rahmenkonzept stärken die Rehabilitationsträger die Passgenauigkeit und Flexibilität von Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke.

Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden. Bei einer gemeinsamen Erörterung wurden Anregungen der Verbände aufgegriffen, was zu sinnvollen Ergänzungen des Konzepts führte.

Das „Gemeinsame Rahmenkonzept Kombibehandlung“ ist am 1. März 2015 in Kraft getreten. Link und Datum des Inkrafttretens werden nachgereicht.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsames_rahmenkonzept_kombibehandlung_sucht_2014.html

1.4.5 EINFÜHRUNG EINER AMBULANTEN ENTLASSUNGSFORM

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat am 1. Juli 2014 die ambulante Entlassungsform eingeführt. Diese grenzt sich durch einen nachträglichen Wechsel der Behandlungsform von der Kombinationsbehandlung (vgl. D 1.1.x) ab und ermöglicht es, auch nach Beginn einer Rehabilitation flexibel auf den individuellen Rehabilitationsbedarf zu reagieren.

Für das Jahr 2015 wird angestrebt, dass diese Entlassungsform von allen Rentenversicherungsträgern und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten wird.

1.4.6 PROJEKTE DER REGIONALTRÄGER DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG

1. Kooperationsvereinbarung mit dem niedersächsischen Justizministerium (Deutsche Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen)

Laut § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI können Versicherte, die sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind, von der Rentenversicherung keine Leistungen zur Teilhabe erhalten. Damit ein Versicherter dennoch nahtlos eine Entwöhnungsbehandlung nach der Haft beginnen kann, haben die Deutschen Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen mit dem niedersächsischen Justizministerium eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die Vereinbarung regelt die Vorbereitung von abhängigkeitskranken Versicherten während der Haft auf eine Entwöhnungsbehandlung. Die niedersächsischen Justizvollzugsanstalten bieten gemeinsam konzeptionierte therapievorbereitende Maßnahmen an. Es werden Sozialberichte und ärztliche Befundberichte erstellt. Zudem werden Vorbehandlungen komorbider psychischer Störungen, psychiatrischer und somatischer Erkrankungen durchgeführt. Die beteiligten Rentenversicherungsträger sagen eine schnelle Entscheidung über die Anträge ihrer Versicherten zu. Die Betroffenen werden somit in die Lage versetzt, die Entwöhnungsbehandlung mit bestmöglichen Voraussetzungen zu beginnen, um dann möglichst dauerhaft einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können.

Der Abschluss einer entsprechenden bundesweiten Kooperationsvereinbarung wird für das Jahr 2015 angestrebt.

2. Projekt »Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe« (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Ziel des Projekts ist die Optimierung der Nachsorgeprozesse im Anschluss an stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitskranken mit Blick auf eine dauerhafte Verbesserung der Abstinenzraten und eine bessere Erwerbsintegration. Dazu soll eine systematische, schnittstellenübergreifende Fallbegleitung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schon in und insbesondere aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme heraus als spezifisch berufsintegrierende Nachsorge etabliert werden. Das Projekt ist zusammen mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Kooperation mit vier Suchteinrichtungen in Mitteldeutschland durchgeführt worden.

Die manualisierte Fallbegleitung sollte über Netzwerkarbeit mit Partnern des ambulanten Hilfesystems sowie durch Beratung und Begleitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Rückkehr in Erwerbsarbeit und die Abstinenzfähigkeit fördern. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Interventionsgruppe erhielten die Fallbegleitung zusätzlich bis zu zwölf Monate nach der Entlassung. Zwölf und 24 Monate nach Ende der Rehabilitation erfolgte eine Befragung unter anderem zur beruflichen Wiedereingliederung, Abstinenz, Lebenszufriedenheit und die Nutzung von Suchtnachsorgeangeboten.

Die Studienergebnisse zeigten, dass die arbeitsbezogene Fallbegleitung unter den gegebenen Bedingungen nicht zu einer Steigerung der Rückkehr in reguläre

Beschäftigungsverhältnisse und auch nicht zu einer Verbesserung der Abstinenzraten führt. Eine detaillierte Ergebnispublikation wird derzeit vorbereitet.

3. Methamphetaminkonsum in Mitteldeutschland. Eine qualitative Studie zu Bedarf und Herausforderungen für die rehabilitative Versorgung (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Die Droge Crystal Meth besitzt ein enormes Abhängigkeitspotenzial und hat gravierende physische wie psychische Folgen für die Betroffenen. In Deutschland weist der Konsum von Crystal in den letzten Jahren die höchsten Steigerungsraten auf. Die Region Mitteldeutschland ist besonders stark von dem Konsumanstieg betroffen. Ziel des Projektes ist es, die Anforderungen an den gestiegenen Versorgungsbedarf von Methamphetaminsüchtigen in Mitteldeutschland und die damit verbundenen Herausforderungen für die Deutsche Rentenversicherung zu explorieren.

Dazu werden Expertinnen und Experten der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, der Akutversorgung und Rehabilitation zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich bestehender Risikokonsumierender befragt, ebenso zur aktuell bestehenden Versorgungsstruktur für die Betroffenen und zu zentralen Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Erhebung erfolgt durch leitfadengestützte Experteninterviews in Form von Einzelinterviews und professionsübergreifende Fokusgruppen.

Aus Expertensicht sollen Aspekte des Zugangs, der Inanspruchnahme und der Qualität der Versorgung Methamphetaminsüchtiger erschlossen und Optimierungsmöglichkeiten innerhalb dieser Teilbereiche herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse der Untersuchung stellen erstmalig eine interdisziplinär gefächerte Bestandsaufnahme hinsichtlich des Versorgungsbedarfs Methamphetaminsüchtiger sowie der wahrgenommenen Herausforderungen einer bedarfsgerechten

ten Versorgung dar. Das Projekt wird durch die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wissenschaftlich begleitet.

4. Reha-Fallbegleitung (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)

Mit der Reha-Fallbegleitung stellt die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz ihren abhängigkeitskranken Versicherten mit erwerbsbezogenen Problemen einen persönlichen Begleiter zur Seite. Die Evaluation dokumentierte zahlreiche positive Ergebnisse. Bezüglich der beruflichen Integration und der Einbindung in das Hilfesystem wurde Optimierungspotenzial festgestellt, sodass ein Projekt zur Entwicklung eines Manuals für die Reha-Fallbegleitung folgte.

Das nun vorliegende Manual ist eine Handreichung für die Durchführung der Reha-Fallbegleitungen bei Alkohol- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen. Es enthält sowohl Informationen zum theoretischen Hintergrund und der Zielsetzung der Reha-Fallbegleitung als auch Vorgaben für das praktische Vorgehen. Es werden Strukturierungshilfen für die Durchführung eingeführt und die Prozesse im Detail beschrieben. Im Anhang sind alle relevanten Dokumente zur Reha-Fallbegleitung enthalten. Das Manual kann in Form einer Broschüre oder als pdf-Datei bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz angefordert werden.

5. Modellprojekt »BISS« (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Das durchgeführte Modellprojekt »BISS« ist zuletzt mit dem Drogen- und Suchtbericht 2014 vorgestellt worden. Ziel von BISS ist es, ehemalige Drogenabhängige bei dem beruflichen Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen.

Nach der erfolgreichen wissenschaftlich evaluierten

Modellphase mit knapp 70 Versicherten wurde das Projekt weitergeführt. Ab dem Jahr 2014 wurde BISS in das Regelangebot übernommen. Es wird durch die Adaptierbarkeit auf anerkannte Suchtberatungsstellen im Rahmen der „Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA) bald in den ersten Suchtberatungsstellen durchgeführt werden. Die DRV Baden-Württemberg strebt eine breite Umsetzung im ambulanten Setting an.

6. Thema: Modellprojekt »SURE« (Substitutionsgestützte Rehabilitation) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Das Projekt SURE ist zuletzt im Drogen- und Suchtbericht 2013 vorgestellt worden. SURE soll substituierten Drogenabhängigen einen Weg über die Rehabilitation zur Drogenfreiheit ermöglichen.

Im Laufe des Projekts hat sich gezeigt, dass gegen Ende der Rehabilitation eine doppelt so hohe Abbrecherquote im Vergleich zu nicht an diesem Projekt teilnehmenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorliegt. Dies lag vor allem daran, dass die vollständige Abdosierung des Substituts den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Ängste und Zweifel bereitete. Es wurde festgestellt, dass auch unter Beibehalten einer gewissen Dosis des Substituts eine Integration in das Erwerbsleben erfolgen kann.

Für Versicherte, denen eine Integration in das Erwerbsleben unter Beibehaltung der Eingangsdosis oder mit Reduktion auf die Erhaltungsdosis möglich ist, wird das Modellprojekt um SURE plus erweitert. Die Ärztin bzw. der Arzt der Rehabilitationseinrichtung prüft, ob die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand für SURE plus geeignet ist. In diesen Fällen wird das Ziel der (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben vor die Abstinenzorientierung gestellt. Es zeigt sich bereits, dass die Akzeptanz des Projekts gestiegen ist. Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Ergebnisse aus der Erweiterung des Projekts resultieren.

1.5 HERAUSFORDERUNGEN IN DER BEHANDLUNG SUCHTKRANKER FAMILIEN

Die Optimierung der Beratung, Begleitung, Unterstützung und Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen mit Elternverantwortung ist dem GVS seit vielen Jahren ein besonderes Anliegen. Gemeinsam mit seinen Kooperationspartnern macht er sich dafür stark, dass suchtkranke Eltern und deren Kinder fachlich und menschlich die Hilfen erhalten, die sie benötigen. Dokumentiert und visualisiert wird das Engagement des GVS auf:

<http://www.eltern-sucht.de>

1.6 FALLMANAGEMENT BEI SUBSTANZBEZOGENEN STÖRUNGEN IN KLEIN- UND KLEINSTBETRIEBEN

Fachtagung und Publikation eines praxisorientierten Leitfadens für Führungskräfte

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Klein- und Kleinstbetrieben, in denen ca. 8,7 Millionen Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Während es für größere Betriebe zahlreiche Materialien und Handlungsanleitungen zum Umgang mit substanzbezogenen Störungen gibt und sich auch entsprechende betriebliche Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung und Suchtprävention entwickelt haben, fehlen entsprechende Ansätze im Bereich der Klein- und Kleinstbetriebe weitgehend. Suchtprobleme verursachen immense volks- und betriebswirtschaftliche Kosten. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, wie die Suchtprävention gerade in Klein- und Kleinstbetrieben gefördert werden kann.

In Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. sowie weiteren Organisationen hat der Fachverband Sucht e. V. in einem

ersten Schritt die Broschüre „Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben: Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte“ entwickelt, welche praxisorientierte Informationen mit entsprechenden Fallbeispielen zu dieser speziellen Themenstellung enthält.

Behandelt werden darin folgende Aspekte:

- Suchtprobleme am Arbeitsplatz erkennen
- Handlungsmöglichkeiten für Inhaber und Führungskräfte
- Suchtbehandlung und berufliche Wiedereingliederung
- Externe Ansprechpartner und weiterführende Informationen

Des Weiteren wurde von den Herausgebern der Broschüre eine Fachtagung „Fallmanagement bei substanzbezogenen Störungen in Klein- und Kleinstbetrieben“ am 13.02.2014 in Berlin organisiert.

Ziel der Veranstaltung war es, Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Klein- und Kleinstbetrieben, Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung, der Selbsthilfe, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzten, Leistungsträgern sowie weiteren beteiligten



Organisationen aufzuzeigen und deren Umsetzbarkeit zu diskutieren.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen folgende Fragen:

- Vor welchen besonderen Herausforderungen im Umgang mit substanzbezogenen Störungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stehen Klein- und Kleinstbetriebe?
- Welche spezifischen Rahmenbedingungen sind im Umgang mit substanzbezogenen Störungen in diesem Bereich zu beachten?
- Wie sehen die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Klein- und Kleinstbetrieben aus?
- Wie können ein Fallmanagement und ein vernetztes Vorgehen vom Erkennen einer Suchtproblematik bis zur beruflichen Wiedereingliederung aussehen?

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung betonte in ihrem Grußwort die Bedeutung der Veranstaltung, verschiedene Fachbeiträge beleuchteten das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven. Diese können unter www.sucht.de – Veranstaltungen – Kooperationsveranstaltungen des Fachverbands Sucht e. V. im Internet heruntergeladen werden.

Ebenso wird die Broschüre auf verschiedenen Homepages als Download zur Verfügung gestellt (zum Beispiel www.sucht.de – Veröffentlichungen).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Broschüre und die Veranstaltung finanziell gefördert.

Kontakt:

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Telefon: 0228 261555
sucht@sucht.de
www.sucht.de

1.7 S3-LEITLINIEN TABAK UND ALKOHOL

Grundlage jeder Suchtbehandlung in Deutschland sollte ein aktuelles evidenzbasiertes Wissen um wirksame Strategien der Suchttherapie sein. Angesichts der zahlreichen parallelen Entwicklungen und unterschiedlichen Behandlungskonzepte besteht die Notwendigkeit, das Wissen um eine optimale Behandlung auf methodisch und hinsichtlich potenzieller Interessenkonflikte maximal unangreifbare Weise zu gewinnen und auf höchstem Niveau verfügbar zu machen. Dieses höchste Niveau von Behandlungswissen repräsentieren in Deutschland die S3-Behandlungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF).

Im Oktober 2010 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) die Erarbeitung von zunächst zwei S3-Leitlinien im Bereich der substanzbezogenen Störungen initiiert: Begründet durch die hohe Bevölkerungsprävalenz dieser Suchterkrankungen wurden Leitlinien zur Alkohol- bzw. zur Tabakabhängigkeit erarbeitet. Im Frühjahr 2011 wurden eine Steuergruppe für den Leitlinienprozess, eine Konsensusgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von neun wissenschaftlichen Fachgesellschaften als oberstes Entscheidungsgremium sowie für die Erarbeitung der Leitlinienkapitel Arbeitsgruppen aus ehrenamtlich aktiven Suchtexpertinnen und -experten gebildet. Die Gesamtleitung wurde von Prof. Dr. Karl Mann (Mannheim) und Prof. Dr. Anil Batra (Tübingen) übernommen. Die methodische Anleitung und Koordination wurde von Dr. Eva Hoch (Mannheim), ab August 2011 im Team mit Dr. Kay Uwe Petersen (Tübingen), geleistet. Als externe methodische Supervisorin und Moderatorin stand Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF-IMWI, Marburg) zur Verfügung. Alle entstandenen Kosten wurden ausschließlich durch nicht interessengeleitete Spenden (zum Beispiel Beiträge der DG-Sucht und der DGPPN, aber auch Zuwendungen in

Form personeller Unterstützungen durch das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim sowie die Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin in Tübingen) getragen. Drittmittel privater Unternehmen wurden nicht verwendet.

Die Methodikerinnen und Methodiker führten zunächst systematische Literaturrecherchen nach existierenden Behandlungsleitlinien in internationalen Datenbanken und systematische Reviews in der Cochrane Library durch. Die Expertengruppen suchten anhand dieser Literatur nach Antworten für die ihnen zugeordneten klinischen Fragestellungen. In der Folge wurden mit Unterstützung durch den Scientific Guideline Manager des Instituts für Lungenforschung GmbH (Dr. Nina Hämmäläinen) als technisches Hilfsmittel eine Vielzahl systematischer Reviews erarbeitet. Die mit Evidenz- und Empfehlungsgrad vorgeschlagenen Empfehlungen wurden zwischen November 2012 und Februar 2014 auf sieben mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Stimmberechtigte Delegierte stimmten über 78 Empfehlungen für die Tabakleitlinie und 174 Empfehlungen für die Alkoholleitlinie ab. Die Leitlinien durchliefen daraufhin einen aufwendigen Redaktionsprozess. Im August 2014 wurden sie von den beteiligten Fachgesellschaften formal abgesegnet. Im Oktober 2014 fand die abschließende methodologische Prüfung durch die AWMF statt.

Seit Ende Januar 2015 sind beide S3-Leitlinien („Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, AWMF-Register Nr. 076-001 sowie „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und der Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“, AWMF-Register Nr. 076-006) auf den Internetseiten der Domain www.awmf.org kostenlos abrufbar. Zurzeit werden im Rahmen eines strukturierten, mehrstufigen Prozesses, der sich eng an die Vorgehensweise der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren anlehnt, für beide Behandlungsleitlinien auf der Basis der Literatur Qualitätsindikato-

ren erarbeitet, geprüft und genehmigt. Nach Abschluss dieser Phase sollen weitere Projekte zur Dissemination und Implementierung sicherstellen, dass das in den Leitlinien festgestellte Wissen auch in die Praxis umgesetzt wird, sodass das übergeordnete Ziel der qualitativen Weiterentwicklung von Suchtbehandlung in Deutschland erreicht werden kann.

1.8 FACHEXPERTISE »GEISTIGE BEHINDERUNG UND SUCHT«

Eine Ergebnissammlung der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Gesamtverbands für Suchthilfe e. V., des Fachverbands der Diakonie Deutschland (GVS) und des Bundesverbands evangelischer Behindertenhilfe e. V. (BeB)

Die Untersuchungen zum Ausmaß von Sucht- und insbesondere von Alkoholproblemen zeigen in den 90er Jahren eine aktuelle Prävalenz von drei bis vier Prozent aller in Institutionen betreuten Menschen mit Behinderung. Der zunehmend häufigere Gebrauch und Missbrauch von Suchtmitteln, insbesondere Alkohol, spielt bei Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, eine erhebliche Rolle, wie die Zahlen zur institutionellen Prävalenz belegen. Sie reichen allerdings nicht aus, um die Fragen zu beantworten, ob das Problemausmaß niedriger oder gleich ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder ob das Ausmaß insgesamt zunimmt. Im Bereich der Suchthilfen wird das Problem geistige Behinderung und Sucht nur peripher wahrgenommen (Suchtberatungsstellen, Suchtselbsthilfe und Suchtbehandlungseinrichtungen). In wenigen Fachkliniken zur Suchtentwöhnung haben sich indikative Angebote entwickelt.

Neben Ausführungen zu den ethischen Begründungen und einem christlichen Grundverständnis von Menschen mit Behinderungen enthält die Fachexpertise eine Bestandsaufnahme sowie die Darstellung bekannter Schnittstellenprobleme in der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme. Grundlagen und Anforderungen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit, eine orientieren-

de Handlungsanleitung, eine Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse mit den daraus folgenden Konsequenzen für die praktische Arbeit und eine Checkliste für die Gesprächsführung runden diese Handreichung für die Fachebene ab.

http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/BeB_GVS_Geistige_Behinderung_und_Sucht.pdf

1.9 SUCHT IM ALTER

Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes »Sucht im Alter« – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe

Um den Transfer der erprobten Konzepte der acht bundesdeutschen Modellvorhaben zu „Sucht im Alter“ in andere Regionen und in Einrichtungen mit unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen zu ermöglichen, wurden die entwickelten Maßnahmen analysiert und überarbeitet. Die Ergebnisse der vom BMG geförderten Projekte wurden retrospektiv und projektbegleitend analysiert und in Form einer öffentlich zugänglichen Webseite aufbereitet, die unter www.alter-sucht-pflege.de zu erreichen ist. Die erstellte Webseite dient der nachhaltigen Weitergabe der in den Projekten entwickelten Konzepte und der Erfahrungen bei der Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe. Die Ergebnisse sind für Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen, aber auch für regionale Entscheidungsträger, die den Aspekt „Sucht im Alter“ in ihren Einrichtungen oder Regionen etablieren möchten, relevant.

1.9.1 FÖRDERSCHWERPUNKT SUCHT IM ALTER

• Beispiel 1:

Modellprojekt „Gemeinsam für ein gelingendes Leben im Alter – Netzwerk der Alten- und Suchthilfe im ambulanten und stationären Setting“ der von Bodel-

schwingschen Stiftungen Bethel, Stiftung Nazareth, Bildung und Beratung Bethel, in Bielefeld

• Beispiel 2:

Modellprojekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter“ (NASIA) der Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes Emsland-Bentheim

• Beispiel 3:

Modellprojekt „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ von der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Beispiel 1:

Modellprojekt »Sucht im Alter« der Alida Schmidt-Stiftung Hamburg

In dem Projekt haben sich drei Träger der freien Wohlfahrtspflege zusammengetan, die sowohl Einrichtungen der Altenhilfe als auch der Suchtkrankenhilfe betreiben. Schwerpunkt des Projekts war die Kooperation zwischen ambulanter Altenhilfe (ambulante Pflege und Servicewohnen) und Suchtberatungsstellen.

Im Rahmen der ersten Förderphase wurde ein Schulungskonzept bestehend aus mehreren Modulen entwickelt und bei den beteiligten Trägern flächendeckend für alle Fachkräfte umgesetzt. Zum Aufbau der Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchtkrankenhilfe wurden Multiplikator(inn)en in den Suchtberatungsstellen und ambulanten Pflegediensten ausgewählt und qualifiziert. Um den Fachkräften Orientierung im Umgang mit älteren suchtblasteten Menschen zu geben, hat das Projekt Handlungsempfehlungen entwickelt, die aus einem idealtypischen Ablaufplan sowie begleitenden Erläuterungen und Materialien bestehen.

In der zweiten Förderphase wurde das Schulungskonzept so modifiziert, dass es dauerhaft ohne gesonderte Fördermittel und in der Fläche implementiert werden

kann. Darüber hinaus wurden umfangreiche Schulungs- sowie Unterrichtsmaterialien für Pflege-Fachschulen erarbeitet. Die Idee der einrichtungsbezogenen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde zu einem in ganz Hamburg eingesetzten mobilen Beratungsteam weiterentwickelt. Die Handlungsempfehlungen wurden unter anderem um ethische und rechtliche Hinweise ergänzt. Die Handlungsempfehlung eignet sich als praxisorientierte Grundlage für künftige Schulungen wie auch für Kooperationsvereinbarungen zwischen Alten- und Suchthilfe. Die beteiligten Suchtberatungsstellen haben in der zweiten Förderphase ein spezialisiertes Beratungskonzept für ältere suchtblastete Menschen entwickelt und in Einzelfällen erprobt.

Beispiel 2:

Modellprojekt »Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter (PNSA)« des Suchthilfezentrums Schleswig

Ziel des Vorhabens war der Aufbau eines Netzwerkes zwischen ambulanter bzw. stationärer Altenhilfe und Suchthilfe mit dem Ziel, über eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden in den Hilfesystemen die Wahrnehmung für suchtauffällige ältere Menschen zu verbessern, deren Motivation zur Veränderung des Substanzkonsums zu fördern und entsprechende Hilfsangebote zu vermitteln. Darüber hinaus sollten Angebote der Prävention, Beratung und Therapie an die spezifischen Lebenswelten älterer Menschen angepasst werden. Im Verlängerungszeitraum stand zum einen die dauerhafte Implementation der Aspekte „Sucht im Alter“ in der Alten- und Suchthilfe in den bereits beteiligten Einrichtungen und zum anderen eine landesweite Ausdehnung des Projektes auf ganz Schleswig-Holstein im Vordergrund. Zu diesem Zweck wurden Schulungsmaßnahmen landesweit koordiniert und angeboten. Die Schulungen führten zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden bezüglich des Fachwissens Sucht und zu einer Verringerung des Schwierigkeitsgrades für die Mitarbeitenden bei suchtblasteten Handlungen (zum Beispiel Gespräche mit Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen führen, Fakten vermitteln, konkretes Hilfsangebot

machen). Ferner wurde ein „Sucht-spezifisches“ Curriculum in die Kranken- und Altenpflegeschulen implementiert.

Beispiel 3:

Modellprojekt „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ der Fachklinik Kamillushaus Essen

Ziel des Vorhabens war die Entwicklung von bedarfsgerechten praxisorientierten Schulungen für Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen, um ältere Suchtkranke gezielt gemeinsam behandeln zu können. Es sollten Ausbildungsmodulare für Alten- und Pflegeschulen sowie für die Ausbildung von Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten entwickelt und erprobt werden. Über eine Befragung aller Essener Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen wurde zunächst der Status quo der Versorgung und des Hilfebedarfs älterer suchtkranker Bürgerinnen und Bürger aus Essen erfasst. Außerdem wurden der Kenntnisstand und der Weiterbildungsbedarf bei den Einrichtungen erhoben. Weitergehendes Ziel war eine vertraglich geregelte verbindliche Vernetzung von Essener Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen. Im Verlängerungszeitraum stand die Verstärkung und Implementation der Maßnahmen im Vordergrund.

Das grundlegende Ziel des Essener Projektes konnte erreicht werden, nämlich eine kontinuierliche Steigerung der Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachleuten im Sucht- und Altenhilfebereich. Schulungen erfolgten hierbei im Sinne eines breiten Angebotes von Basisschulungen bis hin zu Beauftragenschulungen. Handlungsempfehlungen wurden erarbeitet und implementiert. Veränderungen zeigten sich am deutlichsten in der Bereitschaft zur Unterzeichnung der „Kooperationsvereinbarung Sucht im Alter“ in Essen. Insgesamt 35 Essener Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen beteiligten sich an der Kooperation, in der es darum ging, sich zu verpflichten, das Thema als Teil der Konzeption und Qualität der eigenen Arbeit zu betrachten und unter anderem an regelmäßigen Kooperationstreffen teilzunehmen.

Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Im Rahmen der projektübergreifenden Analyse des Förderschwerpunktes „Sucht im Alter“ wurden die von den acht Modellprojekten erarbeiteten Instrumente sowie die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen zusammengeführt, aufbereitet und für die Fachöffentlichkeit nutzbar gemacht. Im Mittelpunkt dieser Analyse standen die Aufbereitung der von den Projekten erprobten Schulungsmaßnahmen und die Entwicklung von Schulungsmaterialien, die in Form eines Baukastensystems (modulares System) in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt werden können (zum Beispiel als Unterrichtseinheit an beruflichen Schulen zur Pflegeausbildung oder als Inhouse-Schulung für Pflegekräfte). Begleitend wurden Hinweise zur Implementierung und mögliche Schwierigkeiten beschrieben. Darüber hinaus wurden die von den Projekten entwickelten Handlungsempfehlungen kritisch analysiert und kommentiert aufbereitet.

Es wurde eine Webseite entwickelt, die unter www.alter-sucht-pflege.de zu erreichen ist. Sie dient der nachhaltigen Weitergabe der in den Projekten entwickelten Konzepte und Erfahrungen bei der Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe. Die Ergebnisse sind für Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen, aber auch für regionale Entscheidungsträger, die den Aspekt „Sucht im Alter“ in ihren Einrichtungen oder Regionen etablieren möchten, relevant. Alle acht Projekte konnten in ihren Binnenevaluationen die Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeitenden durch die umgesetzten Maßnahmen belegen. Im Fokus aller Projekte standen die Schulungen der Mitarbeitenden, die in unterschiedlicher Intensität und Besetzung der Schulungsgruppen durchgeführt wurden. Die Erfahrungen der Projekte werden reflektiert und Hinweise für die Entwicklung passgenauer Weiterbildungskonzepte gegeben. Die weitaus meisten Projekte haben

Handlungsempfehlungen entwickelt, die praxisleitend für die Altenhilfe sein können. Sie können, zusammen mit den zusätzlichen Erläuterungen und dem Download-Material, als umfassende Anleitung zum Umgang mit Pflegebedürftigen mit einem problematischen Alkohol- oder Psychopharmakagebrauch verstanden werden.

1.9.2 PROJEKT »SUCHT IM ALTER«: FORTBILDUNG HAUSÄRZTLICHER EINZELPRAXEN UND QUALITÄTSZIRKEL IN DER VERSORGUNGSREGION

Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg

Das BMG förderte von Oktober 2010 bis Dezember 2012 das Projekt „Sucht im Alter – Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen“. Das Projekt hatte zum Ziel, durch Fortbildung der ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hausärztlicher Einzelpraxen und hausärztlicher Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen die Sensibilität für die Zielgruppe älterer Menschen mit Suchterkrankungen zu verstärken. Ziel des von 1. Mai 2013 bis 31. Mai 2014 dauernden Nachfolgeprojekts war es, die gewonnenen Ergebnisse mithilfe der Entwicklung eines Handlungsleitfadens für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte und der Aufbereitung der erarbeiteten Fortbildungsmodule für Hausarztpraxen zu „Sucht im Alter“ nutzbar zu machen. Um eine ausreichende Praxisorientierung der Handlungsempfehlungen und Materialien zu gewährleisten, wurden diese gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten entwickelt, die durch die Kooperationen des Vorgängerprojekts gewonnen werden konnten.

Die entwickelten Handlungsempfehlungen stellen die Bedeutung der Hausarztpraxis als zentrale Anlaufstelle, für Beratungs- und Behandlungsanlässe sowie Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten bei Sucht im Alter in den Vordergrund. Die nun vorliegenden Handlungsempfehlungen dienen der Verbesserung der

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen im dritten und vierten Lebensalter und sind für Hausarztpraxen und hausärztliche Qualitätszirkel überregional nutzbar.

Weitere Informationen finden Sie auch unter

http://www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de/Aktuelles/Allgemeine_Informationen.php.

1.9.3 BMG-PROJEKTTITEL: ONLINE-SELBSTHILFE FÜR METHAMPHETAMIN-KONSUMENTEN

Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Angebotes

Einrichtung: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
 Laufzeit und BMG/BVA-Förderzeichen: Oktober 2014 bis April 2016, ZMVI5-2514DSM219
 Projektleitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH

»Breaking Meth« – Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Online-Selbsthilfeportals für Methamphetaminkonsumierende



Am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg wird derzeit ein Modellprojekt und Forschungsvorhaben zur onlinebasierten Suchtselbsthilfe für Methamphetaminkonsumierende entwickelt. Durch die Schaffung mehrerer unterschiedlicher virtueller Räume sollen verschiedene Nutzergruppen angesprochen werden. Der Betrieb des Webportals wird vom Projekt Drug Scouts der kooperierenden SZL Suchtzentrum gGmbH in Leipzig übernommen. Es wird davon ausgegangen, dass beim Aufbau des Angebotes eine anfängliche Unterstützung

der Nutzerinnen und Nutzer durch das Hilfesystem notwendig ist, die im Verlauf schrittweise reduziert werden kann. Ein fester Projektbestandteil sind deshalb Maßnahmen, mit deren Hilfe eine Verstärkung als selbstorganisiertes Online-Selbsthilfeangebot angestrebt werden soll.

1.10 SUCHTSELBSTHILFE

1.10.1 ANONYME ALKOHOLIKER

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) besteht seit 80 Jahren weltweit, sie hat im deutschsprachigen Raum etwa 40.000 und weltweit über zwei Millionen Mitglieder. In fast allen Ländern der Erde sind ihre Gruppen zu finden. Die AA kennen nur einen Hauptzweck: „... nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen“ (Präambel). In den Gruppen treffen sich Männer und Frauen jeden Alters und jeder nur möglichen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Herkunft, weil sie erfahren haben, dass sie ohne Alkohol leben müssen, wenn sie Unheil von sich selbst und ihrem Umfeld abwenden wollen. Die AA sind keine medizinische Organisation, sie verabreichen keine Medikamente und bieten weder psychologische Beratung noch therapeutische Behandlung. Als Selbsthilfegemeinschaft unterhalten die AA auch keine Sozialdienste, stellen weder Unterkunft, Verpflegung, Kleidung, Arbeit noch Geld zur Verfügung. Sie helfen aber den Alkoholikerinnen und Alkoholikern, mit dem Trinken aufzuhören, sodass sie für all die genannten Dinge wieder selbst sorgen können. Die Mitglieder sind vereint durch ihr gemeinsames Problem – den Alkohol, mit dem sie nicht umgehen können. Durch den ständigen Kontakt mit den genesenden AA-Freundinnen und Freunden, durch das Gefühl der Gemeinschaft und der Freundschaft kann der Zwang zum Trinken durchbrochen werden.

Die Anonymen Alkoholiker glauben nicht, dass sie eine allgemeingültige Antwort auf Alkoholprobleme



kennen. Sie haben jedoch für sich eine Lösung gefunden, die ihnen mithilfe der „zwölf Schritte“ genügend Kraft gibt, das erste Glas stehen zu lassen. Der erste Schritt „Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten“ ist die notwendige Voraussetzung für einen neuen Anfang. Die übrigen elf Schritte sind Empfehlungen, gewonnen aus bitteren Erfahrungen unzähliger Alkoholikerinnen und Alkoholiker, die den Betroffenen helfen sollen, zu genesen, sein nüchternes Leben zu ordnen und schließlich wieder als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt zu werden. Die Anonymität stellt eine Grundlage der Gemeinschaft dar und ist deshalb in den „zwölf Traditionen“ verankert. Sie macht es möglich, dass die AA ein Zusammenschluss von Gleichen sind, die in den Mitgliedern nur die Alkoholiker(innen) sehen, nichts anderes. Durch die Anonymität werden die sozialen Strukturen der Umwelt außer Kraft gesetzt. Es gibt weder Gruppenprotokolle noch Mitgliederkarteien, geschweige denn Hierarchien. In der Gruppe zählt nur die Aussage, nicht die Person.

Ob jemand Alkoholikerin bzw. Alkoholiker ist und ob ihr bzw. ihm das Programm und die Lebensweise der AA helfen können, kann nur sie oder er selbst entscheiden. Niemand aus der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker kann ihr oder ihm diese Entscheidung abnehmen. Die Voraussetzung für die Zugehörigkeit zu den AA ist einzig und allein „der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören“ (Präambel). Die Mitglieder sprechen sich nur mit Vornamen an und interessieren

sich nicht für die Stellung des anderen in der Gesellschaft. AA kennen keine Vorschriften. Sie geben lediglich mit ihren „zwölf Schritten“ und „zwölf Traditionen“ Ratschläge und Anregungen.

Meetings heißen die regelmäßig stattfindenden Gruppentreffen der AA. Im Allgemeinen werden sie an jeweils gleicher Stelle einmal oder mehrmals wöchentlich zu festgelegten Zeiten abgehalten. Die AA unterhalten auch Gruppen in Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten. Man wird in die Gemeinschaft weder aufgenommen noch muss man sich anmelden, man geht einfach zu einem Treffen und gehört dazu, wenn man Alkoholikerin bzw. Alkoholiker ist oder den ehrlichen Wunsch hat, das Trinken aufzugeben.

Die AA erheben keine obligatorischen Beiträge, wenn auch die Gruppen die Miete für die Räumlichkeiten, die Druckkosten der Prospekte und anderer AA-Literatur bezahlen müssen. Sie erhalten sich ausschließlich über ihre eigenen Spenden und lehnen von außen kommende Unterstützung ab, um sich ihre Unabhängigkeit zu bewahren.

1.10.2 SUCHTSELBSTHILFE- VERBÄNDE BEI DER DHS

Die Sucht-Selbsthilfe ist ein unverzichtbares Element im Gesamtsystem der Suchtkrankenhilfe. Die unbürokratischen Hilfsangebote der Verbände richten sich unmittelbar an die Betroffenen. Darüber hinaus bieten die Verbände auch hilfeschuchenden Angehörigen Unterstützung an und stehen als Ansprechpartner für professionelle Dienstleister (unter anderem Betriebe, Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen) zur Verfügung. Ihre Vielfältigkeit zeigt sich nicht nur in den unterschiedlichen Organisationsformen, sondern auch in ihrem vielseitigen Angebot an Menschen mit einer stoffgebundenen oder nicht-stoffgebundenen Abhängigkeit. Engagiert leisten sie zudem allgemeine Aufklärung in der Öffentlichkeit über Suchterkrankungen.

Die Verbände der Selbsthilfe, aber auch freie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegruppen der Wohlfahrtsverbände sind deutschlandweit verbreitet. Sie erfahren eine breite gesellschaftliche Anerkennung. Dazu tragen auch die Kontinuität der Gruppenangebote und die gute Vernetzung der Verbände und Gruppen untereinander bei. Ein weiterer Pluspunkt für ihren Erfolg ist die gute Zusammenarbeit der Selbsthilfeverbände mit der professionellen Suchthilfe.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) vereinigt als Dachorganisation die folgend genannten bundesweit tätigen Sucht-Selbsthilfeverbände: Blaues Kreuz in Deutschland (BKD), Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE), Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter, Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland (I.O.G.T.), Kreuzbund und die Wohlfahrtsverbände mit ihren Fachabteilungen für die Sucht-Selbsthilfe. Aufgabe der DHS ist es, den Austausch zwischen den Verbänden zu fördern und sie bei gemeinsamen Projekten zu unterstützen und einzubeziehen. Gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen und den Rentenversicherungen vertritt die DHS die Interessen der Sucht-Selbsthilfe.

Die verbandsübergreifende und bundesweite Sucht-Selbsthilfe-Konferenz 2014 fand zum Thema „Sucht-Selbsthilfe und Prävention“ statt. Ziel war es, auszuloten, welche Rolle die Sucht-Selbsthilfe in der Prävention übernehmen kann, welche Chancen sich für sie in der Suchtvorbeugung auftun und welche Grenzen ihr gesetzt sind. Neben der Rückfallprävention will die Sucht-Selbsthilfe auch Verantwortung in der Primärprävention übernehmen. Sie engagiert sich zum Beispiel in Schulen oder Freizeiteinrichtungen. Die Tagung sprach Ehrenamtliche und Hauptamtliche der Selbsthilfe an.

Förderung durch die Sozialversicherungsträger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und die regionalen Rentenversicherungsträger unterstützen die Sucht-Selbsthilfe durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI. Die Zielsetzung der Förderung ist die Rehabilitation Suchtkranker durch langfristige Stabilisierung und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Gefördert werden Selbsthilfegruppen, Schulungen für Gruppenleiterinnen und -leiter, Gruppenmitglieder sowie Beratungsstellen.

Darüber hinaus wird die Arbeit von Suchtreferentinnen und -referenten der Selbsthilfe gefördert. Die DHS koordiniert die Zusammenarbeit der Suchtreferentinnen und -referenten der verschiedenen Träger der Sucht-Selbsthilfeverbände, der Fachverbände und der Wohlfahrtsverbände. Bedarfsgerechte eintägige Fortbildungen werden organisiert und durchgeführt. Durch den gemeinsamen Austausch kann eine Vernetzung der Unterstützungsarbeit stattfinden. Zu den Aufgaben der Suchtreferentinnen und -referenten gehören die Unterstützung, Koordinierung und Erweiterung der Netzwerke der Selbsthilfe. Sie stoßen Initiativen sowie Projekte an und leisten Bildungsarbeit und Beratung für die Gruppen sowie die freiwilligen Helferinnen und Helfer. Das Fortbildungstreffen der Suchtreferentinnen und -referenten im Jahr 2014 fand zu dem Thema „Teilhabeförderung im Sinne der Sozialgesetzbücher – Teilhabe an der Gemeinschaft und Teilhabe an Arbeit“ statt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert die Suchtselbsthilfe nach § 20c SGB V, indem sie Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene mit Pauschal- und Projektmitteln unterstützt. Die Mittel werden von den Gruppen für regelmäßige Aufwendungen (zum Beispiel Sach- und Reisekosten) genutzt. Gefördert werden auch die Strukturen der Sucht-Selbsthilfeverbände (landes- und bundesweit), wobei auf allen Ebenen pauschal und projektbezogen gefördert wird. Für die Selbsthilfeverbände dient die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) zur

Absicherung der Basiskosten. Aufgrund individueller Planungen und Voraussetzungen beantragen die Sucht-Selbsthilfeverbände auch krankenkassenindividuelle Fördermittel (Projektförderung).

Die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ veröffentlicht die ausgeschütteten Fördermittel auf ihrer Homepage

http://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe/_jcr_content/par/download_5/file.res/%c3%9cbersicht%20Gesamt%c3%b6rderung%20Bundesebene%202013_Pauschal_Projektmittel_17_06_2014.pdf

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen ist als maßgebliche Spitzenorganisation zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe auf Bundesebene bei der Vergabe der Fördermittel mitberatend tätig.

1.10.3 »CHANCEN NAHTLOS NUTZEN – KONKRET!«

»Chancen nahtlos nutzen – konkret!« – Zusammenarbeit zwischen Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe stärken

Vernetzung und Kooperation der Suchthilfe mit der Suchtselbsthilfe sind wichtige Bausteine in den Hilfsangeboten für Menschen mit Abhängigkeitsproblematiken und deren Angehörige. Im Sinne eines „nahtlosen Übergangs“ zwischen den Hilfesystemen und zur Entwicklung einer optimierten Angebotsstruktur der Suchtselbsthilfe wird seit Herbst 2013 bis Mitte 2015 das Praxisprojekt „Chancen nahtlos nutzen – konkret!“ als Kooperationsprojekt der fünf Suchtselbsthilfeverbände Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler und Kreuzbund, durchgeführt vom Bundesministerium für Gesundheit, gefördert.

Die Suchtselbsthilfe war, ist und bleibt ein wichtiges Unterstützungsangebot für Abhängige und Angehörige

zur Überwindung von Sucht und Abhängigkeit. Um alle Hilfebedürftigen zu erreichen, bedarf es eines nahtlosen Übergangs zwischen den Einrichtungen und Angeboten der beruflichen Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Genau an dieser Nahtstelle setzt das Projekt „CNN...konkret!“ an: Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe soll verbessert werden, um suchtkranken Menschen den Weg zu den Angeboten der Suchtselbsthilfe zu erleichtern.

Im Verlauf des Projekts erarbeiten Ehrenamtliche der Selbsthilfe und beruflich Tätige der ambulanten und stationären Suchthilfe gemeinsam Handlungsempfehlungen für eine wirksame und bedarfsgerechte Zusammenarbeit. Grundlage hierfür sind zum einen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung der Universität Hildesheim aus dem Vorgängerprojekt (der detaillierte Abschlussbericht findet sich auf den Internetseiten der Selbsthilfeverbände und des Bundesministeriums für Gesundheit). Zum anderen sind die konkreten Erfahrungen und Anregungen von Betroffenen zur Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe ausschlaggebend.

Die Wirkungen der **Suchtselbsthilfe** in der Bedeutung für eine Änderung des Lebensstils und für eine erfolgreiche Rückfall-Prophylaxe sind unbestritten.

Auch in der neuen **AWMF S-3-Leitlinie »Alkohol«** werden Empfehlungen für den nachhaltigen Besuch von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige ausgesprochen, analog zu internationalen Leitlinien.

Bisher wurden Workshop-Reihen im Bereich der Zusammenarbeit mit stationären Settings veranstaltet (Psychiatrie, Tagesklinik und Reha-Klinik). Derzeit finden Workshop-Reihen im ambulanten Setting in Zusammenarbeit mit örtlichen/regionalen Suchtberatungsstellen statt. Innerhalb dieser Workshops werden auch das Profil und die Selbstdarstellung von Selbsthilfe kritisch beleuchtet, um die Stärken der Suchtselbsthilfe deutlicher hervorzuheben. Ziel hierbei ist es, das Prinzip der Suchtselbsthilfe zu verdeutlichen und die Schwelle zur Nutzung dieses unverzichtbaren Hilfsangebotes zu senken.

Die Handlungsempfehlungen und Ergebnisse werden in einer Handreichung zusammengefasst, die trägerübergreifend innerhalb der Suchtselbsthilfe genutzt werden kann. Eine ausgiebige Erörterung der Ergebnisse und der Handlungsempfehlungen mit den Kosten- und Leistungsträgern der Suchthilfe ist ebenfalls für 2015 vorgesehen.

1.10.4 SUCHTSELBSTHILFE IN DER BUNDESWEHR

Der Verein Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V. (SSHS e. V.) ist ein bundesweit organisierter Personenkreis von über 280 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Bundeswehr, die überwiegend aus der eigenen Betroffenheit heraus handeln.

Die SSHS e. V. unterstützt und begleitet die Bundeswehr im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit ihrem niederschweligen Angebot der Hilfe und den ausgebildeten Suchtkrankenhelferinnen und Suchtkrankenhelfern bei der Umsetzung und Realisierung des Konzeptes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ für den Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung.

Die Unterstützung umfasst unter anderem Informationsveranstaltungen in den Dienststellen, die Teilnahme

an suchtpreventiven Maßnahmen der Bundeswehr und ziviler Organisationen, individuelle Erst- und weiterführende Beratungsgespräche sowie notwendige begleitende Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den hilfesuchenden Personen.

Die Mitglieder des Vereins sind sowohl aktive als auch ehemalige Soldatinnen und Soldaten und Zivilpersonen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten eng mit dem Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr und dem durch das Bundesministerium der Verteidigung moderierten „Netzwerk der Hilfe“ (www.bundeswehr-support.de) zusammenarbeiten. Sie verfügen aufgrund einer mehrwöchigen Ausbildung zum betrieblichen Suchtkrankenhelfer bzw. zur Suchtkrankenhelferin in einer zivilen Suchtkrankenklinik und oftmals auch aufgrund einer eigenen Abhängigkeitserkrankung über das notwendige Fachwissen, um die hilfesuchenden Personen beratend, begleitend und betreuend zu unterstützen.

Alle Mitglieder unterliegen einer schriftlich dokumentierten und nachgewiesenen Verschwiegenheitsverpflichtung, sodass alle Informationen vertraulich behandelt werden. Regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen, zum Beispiel in Form von vereinsinternen Workshops, Besuchen in Therapieeinrichtungen und der Teilnahme an Lehrgängen über stoffgebundene und stoffungebundene Suchterkrankungen, sorgen für einen jederzeit fachlich aktuellen Wissensstand der Mitglieder.

Der Schirmherr des Vereins ist der ehemalige Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages, Reinhold Robbe, der zugleich auch Leiter des „Runden Tisches Solidarität mit Soldaten“ in Berlin ist, zu dessen Teilnehmenden der Verein SSHS e. V. gehört.

Der Verein „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V.“ unterstützt alle Soldatinnen und Soldaten, Beamtinnen und Beamten sowie alle Tarifbeschäftigten der Bundeswehr und deren Angehörige.

<http://www.soldatenselbsthilfe.de>

1.10.5 FÖRDERUNG DER SUCHTSELBSTHILFE DURCH DIE DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) unterstützt durch finanzielle Zuwendungen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit von Nachsorgereferentinnen und -referenten der Suchtverbände, die innerhalb der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) organisiert sind.

Ziel der Förderung ist es, suchtkranke Menschen langfristig bei einer abstinenten Lebensführung zu unterstützen, um so Rückfälle zu vermeiden. Im Interesse der betroffenen Menschen und der Versicherungsgemeinschaft muss die Rehabilitation der Abhängigkeitskranken auf einen langfristigen Erfolg ausgerichtet sein. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen kann die Nachhaltigkeit der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen fördern, da diese einen Beitrag zur Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsziele leisten. Suchtreferentinnen und -referenten unterstützen die Selbsthilfegruppen vor Ort, indem sie den Austausch untereinander fördern, Initiativen anstoßen sowie Bildungs- und Beratungsarbeit leisten.

Die Zuwendungsmittel für die regionale Suchtselbsthilfe kommen überwiegend den einzelnen Selbsthilfegruppen zugute. Sie erhalten zum Beispiel Pauschalen bis zu 200 Euro zur Deckung von Ausgaben wie Fahrgeld, Porto und Literatur. Auch für Gruppenleiter-schulungen, Seminare für Betroffene oder Öffentlichkeitsarbeit wurden Zuwendungsmittel eingesetzt. Die DRV Bund stellte dafür im Jahr 2014 803.246,10 Euro (Stand: 12.12.2014) zur Verfügung. Die Arbeit der Suchtreferentinnen und -referenten wurde im Jahr 2014 mit 1.357.999,91 Euro (Stand: 12.12.2014) gefördert.

1.10.6 VIELFALT VON UNTERSCHIEDLICHEN LEBENS- UND SUCHTMITTELERFAHRUNGEN

Neues Buchprojekt bei den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe

In 2014 konnte ein ganz besonderes Projekt im Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe umgesetzt werden: Erstmals gelang die Herausgabe eines eigenen „Freundeskreis-Buches“.

Das Ziel dieses Projekts bestand darin, Menschen in den Freundeskreisen zu motivieren, ihre Lebens- und Suchtmittelerfahrungen zu Papier zu bringen. Zum Ausdruck gebracht werden sollte, was abhängige Menschen, ihre Partnerinnen bzw. Partner und Kinder im tiefsten Herzen berührt, welche Emotionen die Suchterfahrung bei ihnen geweckt hat und wie ein Umdenkungsprozess hin zu neuen Einstellungen und Perspektiven in Gang gekommen ist. Es sollte nachvollziehbar werden, dass die Mitwirkung in einer Suchtselbsthilfegruppe ein zufriedenes und eigenverantwortliches Leben ohne Suchtmittel fördert und den Menschen ganz neue Möglichkeiten eröffnet.

Auf rund 200 Seiten sind gemalte Bilder und Fotos zu sehen sowie Gedichte, Wortspiele und Geschichten zu lesen. Selbstbestimmt und in eigener Verantwortung präsentieren die Autorinnen und Autoren – die ausnahmslos aus den rund 800 bundesweit tätigen Freundeskreis-Selbsthilfegruppen kommen – auf kreative und liebevolle Weise auch ihre vielfältigen Beweggründe für den Anschluss an die Selbsthilfegruppe. Das, was sonst im Gespräch der Sucht-Selbsthilfegruppe stattfindet, ist auszugsweise im Buch festgehalten und damit auch der Öffentlichkeit zugänglich. So erhalten Menschen, die sich für das Angebot der Sucht-Selbsthilfe interessieren, authentische Informationen. Auch Hilfesuchende erfahren, worüber in einer Selbsthilfegruppe gesprochen wird, und sie können dadurch zu einer Kontaktaufnahme ermuntert werden. Weitere Informationen:

<http://www.freundeskreise-sucht.de>

1.11 KONGRESSE

Übersicht der vom BMG im Jahr 2014 geförderten Fachtagungen und Kongresse

37. Bundesdrogenkongress des fdr vom 26. bis 27. Mai 2014 in Köln

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr) führt seit 1980 den Bundesdrogenkongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Um eine Verbindung zwischen der Bundesebene und regionalen Besonderheiten herzustellen, wird dieser Fachkongress jährlich in einem anderen Bundesland veranstaltet und findet in Abstimmung mit der ebenfalls jährlich organisierten Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) statt. Der 37. Kongress stand unter dem Motto „Teilhabe an Arbeit: Herausforderung für die Suchthilfe“.

Bundeskongress der DG-SAS vom 30. bis 31. Oktober 2014 in Köln

Hauptziel des Fachkongresses 2014 mit dem Titel „Kompetenzprofil Sozialer Arbeit in der Sucht“ war, ein von der DG-SAS erarbeitetes vorläufiges Kompetenzprofil für die Soziale Arbeit im Arbeitsumfeld der Suchthilfe vorzustellen, zu überarbeiten und damit die Qualität im Suchtbereich zu stützen und weiterzuentwickeln. Das Konzept wurde in arbeitsfeldspezifischen Gruppen vertiefend diskutiert und komplettiert.

6. Fachtag Hepatitis C und Drogengebrauch von akzept e.V.

vom 22. bis 23. Oktober 2014 in Berlin

Im Mittelpunkt der knapp zweitägigen Fachkonferenz standen evidenzbasierte Interventionen zur HCV-Prävention bei Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern sowie neue Behandlungsmethoden bei bestehender chronischer Hepatitis C. Ziel der Fachtagung war es, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu bieten, sich anhand von erfolgreichen HCV-Interventionen, -Modellen und Strategien zielgerichtet fortzubilden, um die erweiterte Handlungskompetenz in die tägliche Arbeit integrieren zu können.

Fachtagung „Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) am 28. Januar 2014 in Frankfurt am Main

Der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (KDS) in seiner jetzigen Form ist seit 2007 in Kraft und wird in den nächsten Jahren einer Überarbeitung unterzogen, die sich zum einen durch die Veränderungen auf europäischer Ebene ergibt und zum anderen eine notwendige Anpassung dieses Instrumentes an veränderte Anforderungen widerspiegelt. Das Ziel der Tagung war es, hierzu in strukturierter Form einen Einstieg in die fachöffentliche Diskussion zu ermöglichen und im ersten Schritt die wichtigsten Überarbeitungsbereiche zu ermitteln.

FASD-Fachtagung von FASD Deutschland e.V. vom 26. bis 27. September 2014 in Dresden

Jährlich werden 10.000 alkoholgeschädigte Kinder in Deutschland geboren, davon 2000 mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS), einer schwerwiegenden geistigen und körperlichen Behinderung. Die Zahl dieser Kinder ist etwa doppelt so hoch wie die Zahl derer, die mit dem Down-Syndrom geboren werden. Es zählt zu den häufigsten angeborenen Behinderungen in Deutschland. Im Dezember 2012 wurde die erste FASD-Leitlinie verabschiedet, die erstmals in Deutschland eine einheitliche Diagnose von FAS bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Bei der Fachtagung handelt es sich um einen Kongress mit dem Ziel der Informationsvermittlung, des Erfahrungsaustausches und der Verbesserung der Praxis. Titel der Tagung 2014 war „FASD-Leit(d)pfade durch das Leben“.

26. Jahrestagung des FAGS

vom 20. bis 21. November 2014 in Berlin

Bei der Fachtagung stand die Förderung innovativer Sichtweisen und Konzepte für Suchtforschung und Suchttherapie sowie die Förderung der Kooperation und Kommunikation zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Praktikerinnen und Praktikern im Bereich Glücksspielsucht im Fokus. Die Schwerpunktthemen waren sozialrechtliche Grundlagen, Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie differentielle Behandlungsmethoden.

7. Deutscher Suchtkongress der DG-Sucht

vom 30. September bis 2. Oktober 2014 in Berlin

Die Fachtagung, die regelmäßig eine hohe Zahl an Teilnehmenden erreicht, spricht mittlerweile europaweit Forscherinnen und Forscher sowie Fachkräfte im Suchtbereich an und leistet wechselseitig einen wichtigen Beitrag zum Wissenschafts- und Praxistransfer. Dabei stehen Erträge aus der Suchtforschung (Grundlagenforschung ebenso wie angewandte Forschung) im Vordergrund. Hauptziel der Fachtagung 2014 war die Förderung des Dialogs zwischen Suchtforschung und Suchthilfe, wobei der aktuelle Stand in der interdisziplinären Suchtforschung dargestellt wurde.

11. Suchtselbsthilfekonferenz der DHS

vom 25. bis 27. April 2014 in Erkner

Die bundesweit ausgerichtete Fachtagung dient insbesondere der Vernetzung der Verantwortungsträger und Mitglieder sowie Interessierten der Suchtselbsthilfe.

Ziel der Konferenz war es, den Teilnehmenden themenspezifische Kenntnisse zur Prävention und zur Verflechtung von Sucht-Selbsthilfe und Prävention zu vermitteln.

54. Fachkonferenz der DHS

vom 13. bis 15. Oktober 2014 in Potsdam

Bei der Fachtagung 2014 wurde das Thema Prävention als eigenständiger Arbeitsbereich der Suchthilfe in den Vordergrund gestellt. Ausgehend von dem vorrangigen Ziel der Suchtprävention und der Senkung des Suchtmittelkonsums und Suchtverhaltens in der Bevölkerung ist es erforderlich, dass zur Zielerreichung Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention optimal ineinandergreifen, um ihre Wirkung voll entfalten zu können.

Tagung »Drogenstrategien in großen deutschen Städten« des IFT

Um vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen den

Mehrwert für die beteiligten kommunalen Partner zu erhöhen, wurde basierend auf konkreten Fragestellungen und Erfahrungen ein Anstoß zur inter- und intrakommunalen Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in drogen- und suchtberechnen Fragen (entlang der Säulen Prävention, Behandlung, Schadensreduzierung, Repression) gegeben, um in der Folge einen messbaren Beitrag zur Verbesserung und Verstärkung dieser Zusammenarbeit zu ermöglichen. Hauptziel der Tagung war eine verbesserte Informationsgrundlage für die Berichterstattung der DBDD zur Drogensituation in Deutschland. Die eintägige Tagung wurde als Satellit der DHS-Fachkonferenz „Suchtprävention“ (13. bis 15. Oktober 2014) in Potsdam durchgeführt.

Prev@work Qualitätskonferenz der Fachstelle für Suchtprävention Berlin

vom 29. bis 30. September 2014 in Berlin

Prev@WORK, ein Programm der Fachstelle für Suchtprävention Berlin, setzt im Setting Ausbildung an, mit dem Ziel, Suchtprävention als Bestandteil des Arbeitsschutzes im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu verankern. Um die nachhaltige Verankerung und Umsetzung des Programms weiter voranzubringen, fand 2014 unter Beteiligung von elf Bundesländern, Österreichs und der Schweiz eine Prev@WORK-Qualitätskonferenz statt.

Fachtagung Kompetenzorientierung in der Suchtprävention des LWL

vom 15. bis 17. September 2014 in Berlin

Das Forum Prävention ist ein Austauschforum deutschsprachiger Expertinnen und Experten der Suchtprävention, das sich einmal im Jahr für drei Tage trifft, um aktuelle Themen und Entwicklungen der Suchtprävention zu diskutieren. Es ist das einzige internationale deutschsprachige Gremium der Suchtprävention. Die Fachtagung mit dem Titel „Kompetenzorientierung in der Suchtprävention“ hatte 2014 als Schwerpunktthema die EU-Joint Action Reducing Alcohol Related Harm (RARHA).

2 SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE BERATUNG, BEHANDLUNG, VERSORGUNG UND SCHADENS-MINIMIERUNG

2.1 ALKOHOL

2.1.1 FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN UND FETALES ALKOHOLSYNDROM

Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die neue Leitlinie (S3)

Seit Dezember 2012 ist die S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) öffentlich verfügbar. Sie beinhaltet Informationen zur Leitlinienentwicklung, die diagnostischen Kriterien und Empfehlungen für das FAS und seine Differentialdiagnosen. Ergänzend werden mit den Hintergrundinformationen die Prävalenz von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, die Prävalenz des FAS, Risikofaktoren für mütterlichen Alkoholkonsum und Risikofaktoren für die Entstehung eines FAS dargestellt.

Anfang 2013 wurde für die praktische Orientierung im ärztlichen und institutionellen Alltag ein Pocket Guide FAS (in deutscher und englischer Fassung) entwickelt. In einem Algorithmus wird der diagnostische Prozess bei Verdacht auf FAS auf einen Blick sichtbar dargestellt. Zu jeder diagnostischen Säule werden Differentialdiagnosen aufgeführt. Web-Links weisen zu weiterführenden Informationen hinsichtlich Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Unterstützung von FAS-betroffenen Menschen. Mithilfe der Finanzierung des BMG konnte das Buch zur Leitlinie breit unter Fachgesellschaften und Berufsverbänden gestreut werden. Dadurch konnten viele relevante professionelle Helferinnen und Helfer im Gesundheits- und Sozialsystem erreicht und über das Krankheitsbild FAS informiert werden.

Das Buch zur Leitlinie „Fetales Alkoholsyndrom – S3-Leitlinie zur Diagnostik“ wurde vom BMG finanziell gefördert und erschien im August 2013 in der Reihe Pädiatrische Neurologie im Kohlhammer-Verlag (ISBN 978-3-17-023444-4).

Weil die beste Leitlinie wenig nutzt, wenn sie nicht verbreitet und angewendet wird, ließ die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Dezember 2014 den sogenannten Pocket Guide – eine Kurzfassung der S3-Richtlinie für die Manteltasche – an alle ambulanten und stationären Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe versenden. Damit wurden die Expertinnen und Experten vor Ort motiviert, sich aktiv an der Verbreitung des Pocket Guides und vor allem an der Nutzung des damit verbundenen Wissens zu beteiligen. Konkret wurde vorgeschlagen, in den örtlichen Netzwerken, beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, bei den Sozialpädiatrischen Zentren oder in den Geburtskliniken nachzufragen, ob die Leitlinie bekannt ist, angewendet wird und wie vor Ort die Hilfe für Eltern von Kindern mit FAS oder FASD geregelt ist.

**EIN »POCKET-GUIDE«
ZUR FAS-LEITLINIE
WURDE DURCH DIE
DROGENBEAUFTRAGTE
IN 2014 AN ALLE EIN-
RICHTUNGEN DER
SUCHT- UND DROGEN-
HILFE VERSANDT.**

Beispiele aus den Ländern

»Expertenkonsens Diagnose der Fetalen Alkoholspektrum-Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland« Soziale Beratungs- und Betreuungsdienste Bayern gGmbH

Während das Fetale Alkoholsyndrom mittlerweile von Expertinnen und Experten besser erkannt wird, werden Kinder mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) häufig über lange Zeit fehldiagnostiziert. Eine frühzeitige Diagnose ist jedoch ein wissenschaftlich belegter protektiver Faktor für die Langzeitentwicklung der Betroffenen, insbesondere hinsichtlich eines selbstständigen Lebens und der Vermeidung von sekundären Erkrankungen. Sowohl vonseiten der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen als auch vonseiten der professionellen Helferinnen und Helfer wird dringend eine einheitliche Diagnostik der FASD bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland gefordert. Das BMG fördert daher ab Mai 2015 die Entwicklung eines evidenzbasierten formalen Expertenkonsenses über die notwendigen diagnostischen Kriterien und relevanten Empfehlungen für die Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen.

»Clearinggruppe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen, vergleichbaren Beeinträchtigungen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum« Evangelischer Verein Sonnenhof e. V.

Fast die Hälfte der Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) entwickelt eine Suchtproblematik. Allerdings haben diese Menschen große Schwierigkeiten, einen für sie adäquaten Zugang zu Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe zu finden. So ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie vielfache Behandlungsversuche machen, von denen sie jedoch aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite nicht profitieren können.

In dem vom BMG seit August 2014 geförderten Projekt soll daher eine spezifische Sucht-Clearinggruppe konzipiert werden. Für Menschen mit Beeinträchtigungen durch FASD, die zugleich einen riskanten bis abhängigen Suchtmittelkonsum aufweisen, sollen damit adäquate Hilfen geschaffen werden. Diese Sucht-Clearinggruppe soll so gestaltet werden, dass ein Teil der Module auch für Menschen mit vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen anderer Genese (zum Beispiel geburtliche oder erworbene Hirnschädigungen) nutzbar ist.

Ziel der zu entwickelnden Module ist eine Reduzierung des Konsums durch personenzentrierte Förderung der Teilhabemöglichkeiten. Der besondere Bedarf dieser Menschen soll erfasst werden und es soll ein Zugang über die differenzierte Auseinandersetzung mit der Behinderung erfolgen (kompensierende Hilfen). Durch die spezifischen Zugänge kann der Klärungsprozess für Fragen des Zugangs zu geeigneten suchttherapeutischen Angeboten ermöglicht werden.

Insgesamt soll ein Angebot aufgebaut werden, das eine passgenaue ambulante Ergänzung zu der Regelversorgung der Eingliederungshilfe darstellt. Langfristiges Ziel des Projekts ist somit die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für die oben genannten Personen. Konkret sollen ein Handbuch erstellt werden sowie Vorklärungen zu Umsetzung und Evaluation im Rahmen einer Pilottestung im Anschluss an dieses Projekt abgeschlossen sein.

»Neues FASD Konzept« KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn

Im KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen als Alleinstellungsmerkmal inklusiv mit anderen neurologischen Patientinnen und Patienten behandelt.

Das neue FASD-Konzept ist etabliert. Ein wichtiger Bestandteil des Konzepts als lernendes und gelebtes System ist die Integration der Anregungen FASD-Betroffener und ihrer Bezugspersonen.

Die Evaluation ergab folgende Hitliste:

1. Akzeptanz der Diagnose durch Betroffene und Bezugspersonen.
2. Austausch, Unterstützung und Hilfe der Betroffenen und Bezugspersonen untereinander (Vermittlung an die Selbsthilfegruppen des Vereins FASD Deutschland e. V.).
3. Betroffene als „Präventionsbotschafter“ (Abb. 1).
4. Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens (in dem die Ressourcen und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven des Menschen mit FASD aufgeführt werden – inklusive Schul- und Berufsperspektiven (Abb. 2).
5. Lernen des Umgangs mit der Behinderung FASD, das heißt Erlernen von Selbstwirksamkeit und Umgang mit der Wut (Abb. 3).
6. Freunde finden.
7. Eine FASD-spezifische Rehabilitationsmaßnahme verbessert deutlich die Lebensqualität und schafft für die Betroffenen und ihr Bezugssystem neue Perspektiven.
8. FASD ist häufig noch unbekannt, deshalb sind diesbezügliche Informationen und das Schaffen von Netzwerkstrukturen zwingend erforderlich.

Als Konsequenz aus der immer wieder kritisierten Unwissenheit über FASD wurde im KMG Reha-Zentrum Sülzhayn mit 35 Teilnehmenden aus ganz Deutschland ein zweitägiges Curriculum zum Thema FASD veranstaltet, um Multiplikator(inn)en auszubilden. Die Präsenz des Themas wurde in Printmedien ausgeweitet, von Beiträgen in der „Zeit“ bis hin zu Artikeln in Boulevardzeitungen. Darüber hinaus war FASD Thema in Fernsehreportagen.

Auf dem EUFASD-Kongress in Rom wurde das europaweit einzigartige Konzept vorgestellt. Dort



wurde eine Prävalenz von FASD von 2,3 bis 6,3 Prozent geschätzt. Das würde bedeuten, dass in Deutschland vom Säuglingsalter bis zur Volljährigkeit 260.000 bis 800.000 von FASD Betroffene leben, und so neben der als unabdingbar angezeigten Prävention die Behandlung dieser Betroffenen extrem wichtig ist. Dies stellt die beste Prophylaxe zur bisher „schicksalhaften“ Wiederholung von FASD über mehrere Generationen dar.

► **»Studien zu FAS«;**

Tagesklinik Walstedde

FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde bei Münster

Die Ambulanz für Patientinnen und Patienten mit einem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) und für Kinder opioidabhängiger Mütter versorgt mit derzeit neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betroffene Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und ihre Familien aus ganz Deutschland. Die Patientenversorgung umfasst medizinische und psychologische Diagnostik, familiäre, schulische, berufliche und sozialrechtliche Beratung sowie die Begleitung der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien. In der Planung sind Intensiv-Wohngruppenplätze für Jugendliche mit FAS im nördlichen Münsterland – hier beraten wir den Träger.

Die breite Problematik des FAS und seine Auswirkungen auf die betroffenen Menschen wird wissenschaftlich untersucht. Derzeit laufende Studien: Ökonomische Folgen des FAS, Differentialdiagnostik bei FAS, Nikotin und Alkohol in der Schwangerschaft, Adoptionen aus Osteuropa, Sexualität bei Jugendlichen mit FAS und Down-Syndrom, Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf bei Kindern mit

FAS, Inobhutnahme und Gewalt gegen Jungen mit FAS. In einem Projektseminar der Fachhochschule Münster konnten FAS-Materialboxen für Familien, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte entwickelt und erprobt werden. Fortgeführt wird auch die Präventionsarbeit zu Alkohol und Schwangerschaft (Aufklärung für Schwangere, Hilfen für Familien mit FAS-Kind, Aufklärung in Kindergärten und Schulen).

Kontakt:

In Münster

Dr. Reinhold Feldmann
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster
Tel.: 0251 8356439 · Fax: 0251 8349594
E-Mail: feldrei@uni-muenster.de

In Walstedde

Dr. Reinhold Feldmann
FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde
Dorfstraße 9, 48317 Walstedde
Tel.: 02387 9194-6100 · Fax: 02387 9194-8610
E-Mail: feldmann@tagesklinik-walstedde.de

www.fetales-alkoholsyndrom.de

www.fasq.eu

www.verantwortung-von-anfang-an.de

2.1.2 REHABILITANDEN-MANAGEMENT-KATEGORIEN: EIN BEDARFS- UND LEISTUNGS-BEZOGENES PATIENTEN-KLASSIFIKATIONSSYSTEM FÜR DIE STATIONÄRE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG ALKOHOLABHÄNGIGER

Mit den Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) wurde an der Charité – Universitätsmedizin Berlin ein Software-gestütztes Assessment für die

Klassifikation von alkoholabhängigen Rehabilitanden nach ihrem Reha-relevanten somato-psycho-sozialen Therapiebedarf entwickelt. Für diese Gruppen wurden Experten- und Empirie-gestützt auch Empfehlungen für Quantitäten von Leistungen in den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) des „Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ der DRV festgelegt, sogenannte Therapieorientierungswerte (TOW). Es steht ein Algorithmus zur Verfügung, der für jede Patientin und jeden Patienten unter Rückgriff auf seine Assessment-Ergebnisse eine individuelle Therapieempfehlung gibt.

Zuletzt wurde im Rahmen einer Implementationsstudie von 2011 bis 2014 an rund 900 Rehabilitanden aus zwölf Suchtfachkliniken Praktikabilität und Nutzen der TOW untersucht. Das Projekt wurde gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), den Unternehmen AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG, dem Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss), den Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, der salus klinik Lindow, der Haus Saaletal GmbH sowie der Klinik Eschenburg KG.

Dabei hat sich gezeigt, dass die RMK von den Klinikern überwiegend als plausibel und die Assessmentergebnisse zur Schwere der Beeinträchtigung als hilfreich und nützlich eingeschätzt wurden. Die Bewertung des Nutzens der TOW war heterogen, wobei klinikübergreifend vor allem der Nutzen für unerfahrene Therapeutinnen und Therapeuten betont wurde, für die die TOW eine gute Orientierung für die Therapieplanung darstellten. Kritisch beurteilt wurde vor allem die Umsetzbarkeit der TOW bei tradierten und eingespielten Klinikkonzepten.

TOW-konform behandelte Patientinnen und Patienten schätzten den Therapieerfolg besser ein und waren zufriedener mit ihren Behandlungen. Es zeigte sich, dass die RMK-Gruppe prognostisch bedeutsam für das Katamnese-Outcome war: Zu Beginn der Rehabilitation leichter beeinträchtigte Rehabilitanden zeigten zum Ende hin deutlich bessere Abstinenzraten als schwerer Beeinträchtigte.

2.1.3 STUDIE ZUR EFFEKTIVITÄT DER STATIONÄREN ALKOHOLENTWÖHNUNG

In der Suchtrehabilitation werden kontinuierlich schriftliche Patientenbefragungen zwölf Monate nach der Entlassung aus der Klinik durchgeführt (Katamnesen). Über die Ergebnisse wird regelmäßig

vom Fachverband Sucht e. V. (FVS) und dem Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) berichtet. Dabei zeigt sich, dass nur ungefähr die Hälfte der angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch antwortet. Um die Wirksamkeit der Behandlung trotzdem angemessen beurteilen zu können, werden Erfolgsquoten zur Abstinenz nach vier verschiedenen Berechnungsvorschriften der DGSS angegeben. Dies löst jedoch nicht das Problem, dass über den Erfolg der Nichtantwortenden keine verlässlichen Aussagen möglich sind.

Das birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung der längerfristigen Wirksamkeit von Suchtbehandlungen, insbesondere dann, wenn sich die Gruppe der antwortenden Patientinnen und Patienten im Abstinenzverhalten systematisch von der Gruppe der Nichtantwortenden (Non-Responder) unterscheidet. Wäre die Gruppe der Non-Responder zum Beispiel weniger erfolgreich, so wäre die Schätzung des Erfolgs der Behandlung auf der Basis der Antwortenden eine Überschätzung des allgemeinen Abstinenzverhaltens. Bislang gibt es keine Studien, die diese möglichen Unterschiede in der deutschen Suchtrehabilitation aufdecken.

Durch die Studie der Charité soll diese Lücke nun geschlossen werden. Ziel der Studie ist es, eine möglichst hohe Zahl nicht antwortender Patientinnen und Patienten doch noch für eine Befragung zu gewinnen. Dies geschieht durch eine systematische mehrstufige Nachbefragung der Studienteilnehmenden, die anfänglich nicht auf die Suchtkatamnese geantwortet haben. So sollen einerseits das Abstinenzverhalten der anfänglichen Non-Responder und andererseits Gründe für die primäre Antwortverweigerung erfragt werden. Die Ergebnisse sollen eine genauere Abschätzung des Abstinenzverhaltens primärer Non-Responder ermöglichen. Weiter sollen durch die Berücksichtigung der Gründe für das Nichtantworten gegebenenfalls Strategien für eine Erhöhung der Antwortquote erarbeitet werden.

Die Studie wird durch das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Fachverband Sucht e. V. (FVS) und dem Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) durchgeführt. Gefördert wird das Projekt durch das Bundesministerium für Gesundheit.
Laufzeit: 01.07.2014 bis 30.04.2017.

2.2 TABAK

2.2.1 »RAUCHFREI«: ANGEBOTE DER BZGA ZUR TABAKENTWÖHNUNG

- **Online-Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene**
- **Online-Rauchstopp für Erwachsene**
- **Gruppenprogramm »losgelöst« für Jugendliche**
- **»rauchfrei«-Programm: Rauchstopp in der Gruppe für Erwachsene**
- **Telefonische Beratung zum Nichtrauchen**

2.2.2 WEITERE BEISPIELE FÜR ANGEBOTE ZUR TABAKENTWÖHNUNG DDL, DKFZ, CHARITÉ-NICHTRAUCHER-PROGRAMM SCHULE

Weiterführende Tabakentwöhnungsberatung nach einem Klinikaufenthalt via Fax-Überweisung

Für viele Patientinnen und Patienten, die wegen einer Herz-Kreislaufkrankung, einer Lungen- oder auch einer Krebserkrankung stationär behandelt werden müssen, ist der Klinikaufenthalt ein wichtiger Anstoß, um über einen Rauchausstieg nachzudenken. Diesen sensiblen Moment (teachable moment) für eine Rauchausstiegsberatung zu

nutzen, hat sich als sehr effizient erwiesen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) bietet Kliniken an, rauchende Patientinnen und Patienten ans Rauchertelefon per Fax-Überweisung weiterzuleiten, auch wenn sie sich noch nicht sicher sind, ob sie wirklich mit dem Rauchen aufhören möchten. Die vom Rauchertelefon begleiteten Patientinnen und Patienten erreichen Abstinenzraten von bis zu 39 Prozent. Bis zu 55 Prozent der Beratenden schaffen es, im Verlauf der Beratung ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren.

http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Ueberweisung_ans_Rauchertelefon.html

Fax-Überweisung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte

Auch die niedergelassene Ärzteschaft nutzt gerne die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten zur Rauchausstiegsberatung an das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) zu überweisen. Die Ärztinnen und Ärzte sparen viel Zeit und wissen ihre Patientinnen und Patienten in kompetenten Händen.

http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Ueberweisung_ans_Rauchertelefon.html

Individuelle Tabakentwöhnungsberatung für Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörige

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte haben häufig Bedenken, Krebspatientinnen und -patienten mit dem Thema des Rauchausstiegs zu konfrontieren. Verständlicherweise fehlen ihnen Zeit und Rahmen für eine individuelle Tabakentwöhnungsberatung ihrer Patientinnen und Patienten, da bei ihnen vor allem medizinische Fragestellungen im Vordergrund stehen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) bietet Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen eine umfassende individuelle Beratung an und schließt damit eine wichtige Lücke.

<http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Krebspatienten.html>

Aktualisierung der Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat die gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte Datenbank mit bundesweiten Angeboten zur Tabakentwöhnung in 2014 umfassend aktualisiert und erweitert. Sie umfasst mehr als 3300 aktuelle Angebote.

<http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/anbieterdatenbank>

Experteninformation durch einen Newsletter zur Tabakentwöhnung

Der Newsletter Tabakentwöhnung wird herausgegeben vom WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung e. V. und wird per E-Mail an über 1.000 Abonnenten versendet. Der Newsletter kann kostenfrei per E-Mail (who-cc@dkfz.de) angefordert werden. Alle Ausgaben stehen auch zum Herunterladen zur Verfügung.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Newsletter_Tabakentwoehnung.html

2.2.3 MOBILE RAUCHERAMBULANZ AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN

Hintergrund:

Tabakentwöhnung gehört in Deutschland bislang nicht zum regulären Versorgungsauftrag von Krankenhäusern. Oftmals steht das Rauchen mit der zu behandelnden Diagnose in ursächlichem Zusammenhang oder wirkt sich zumindest hemmend auf den Heilungsverlauf und die Prognose der Erkrankung aus.

Die „Mobile Raucherambulanz“, ein Projekt innerhalb des durch die Deutsche Krebshilfe geförderten Com-

prehensive Cancer Center (CCC) am Universitätsklinikum Tübingen (UKT), bot stationären rauchenden Patientinnen und Patienten eine Motivations- und Ausstiegsberatung am Krankenbett an. Unter Berücksichtigung der Motivationslage, des Rauchverhaltens und des aktuellen Gesundheitszustands wurden Patientinnen und Patienten vor Ort therapeutisch unterstützt und mit Angeboten für intensivere Behandlungsangebote ausgestattet. Im Projektverlauf (5/12 bis 8/14) wurden 486 Beratungen angefordert. Im Rahmen der Evaluation (11/13 bis 8/14) wurden bei 78 teilnehmenden Patientinnen und Patienten die Erreichungsquote und die langfristige Konsequenz dieser proaktiven Beratungsmaßnahme untersucht.

Methode:

Die in die Evaluation eingeschlossenen Patientinnen und Patienten des UKT wurden mittels eines strukturierten Interviews zu Tabakkonsum, Motivation und geplanten Ausstiegsversuchen befragt. Nach drei Monaten erfolgte eine schriftliche Nachbefragung zum aktuellen Tabakkonsum, zur Motivation und zu bisher in Anspruch genommenen Ausstiegshilfen.

Ergebnisse:

Die Zuweisung erfolgte zu 32 Prozent über Pflegekräfte und zu 49 Prozent über Ärztinnen und Ärzte. Zehn Prozent der Raucherinnen und Raucher nahmen von sich aus Kontakt zur Mobilen Raucherambulanz auf. Die untersuchten Raucherinnen und Raucher (n = 78) sind mit einem durchschnittlichen FTND von 5,9 als stark abhängig einzustufen. Sie befanden sich zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes (T1) in einem Stadium hoher Ausstiegs motivation und hoher Änderungsbereitschaft. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer reduzierten ihren Tabakkonsum im Vergleich zu der Zeit vor dem Klinikaufenthalt. Einen Abstinenzversuch innerhalb des nächsten halben Jahres planten 73 Prozent der befragten Raucherinnen und Raucher. Dabei wollten 52 Prozent der Rauchenden im Anschluss an die Erstberatung eine weitere Unterstützung in Form

von Beratungen, Gruppenkursen und/oder medikamentöser Unterstützung in Anspruch nehmen.

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem selbst berichteten Rauchverhalten vor dem Klinikaufenthalt und T1 ($p < .05$, $n = 25$). Zwischen T1 und der Nachbefragung T2 nach drei Monaten ergab sich keine signifikante Änderung.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer erneuten persönlichen Beratung und der Abstinenz zu T2. Änderungsbereitschaft, Motivation und Selbstwirksamkeit waren zwischen T1 und T2 ohne signifikante Änderung. Die Angaben zur geplanten Inanspruchnahme (T1) und die tatsächliche Inanspruchnahme einer Unterstützung (T2) unterschieden sich nicht.

Zusammenfassung:

Die an der Befragung Teilnehmenden weisen einen hohen FTND, eine hohe Änderungsbereitschaft, eine hohe Motivation und eine hohe Selbstwirksamkeit auf. Zum Zeitpunkt der Klinikeinweisung kommt es zu einer signifikanten Reduktion des Zigarettenkonsums oder zur Tabakabstinenz. Es besteht ein Zusammen-

INNOVATIVES ELEMENT DER »MICROSTRUCTURE« IST DIE VERBESSERTE NIEDERSCHWELIGKEIT DURCH EIN IN DIE SUBSTITUTVERGABE INTEGRIERTES, VERMEHRTES QUALIFIZIERTES PSYCHOSOZIALES ANGEBOT EINES INTERDISZIPLINÄREN TEAMS VON SUCHTMEDIZINERINNEN UND MEDIZINERN, PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN SOWIE SOZIALARBEITERINNEN UND ARBEITERN.

hang zwischen der Inanspruchnahme erneuter Beratungen und der Abstinenz zum Zeitpunkt T2.

Diskussion:

Nach drei Monaten sind 48 Prozent der erreichten Patientinnen und Patienten abstinent. Einen Beitrag hierzu könnte die proaktive Beratung am Krankenbett geleistet haben. Welchen Einfluss die Intervention sowie die erfolgten Anschlussmaßnahmen auf die Abstinenz haben, könnte in einem randomisierten Studiendesign mit Kontrollgruppe ermittelt werden.

Grenzüberschreitendes Projekt Substitution Kehl Seit dem 16. September 2013 existiert in der grenznahen Stadt Kehl eine neueröffnete Substitutionspraxis der Drogenberatung Kehl/Offenburg (Drobs) in Trägerschaft des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlv) gGmbH, nach dem Vorbild der in Frankreich etablierten interdisziplinären „Microstructure“ und als Kooperationsprojekt mit „ITHAQUE“, dem Träger eines Netzwerks von Microstructures mit Zentrum im Elsass.

Die Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen führt mit Unterstützung aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg von 2014 bis 2015 eine formative Evaluation der Implementation der „Microstructure“ durch. Die Umsetzung wird anhand qualitativer Interviews der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Befragungen der beteiligten Institutionen untersucht. Durch qualitative Interviews zu zwei Befragungszeitpunkten wird die Änderung der Betreuungszufriedenheit einer Teilstichprobe von $n = 20$ Patient(inn)en über sechs Monate hinweg als zentrales Zielkriterium erfasst.

Die Patienteninterviews wurden vollständig erhoben, die erste Befragungswelle ist bereits ausgewertet. Die Ergebnisse zeichnen insgesamt ein positives Bild der Einrichtung, die Patientinnen und Patienten sind mit den Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten zufrieden bis sehr zufrieden. Bemerkbar sind für die Patientinnen und Patienten eine Erweiterung der

Aufgaben der Mitarbeitenden und insbesondere die erleichterte Verfügbarkeit passender Ansprechpartnerinnen und -partner. Die Verbesserungen werden nach Ansicht der Patientinnen und Patienten direkt durch die verbesserte Niederschwelligkeit möglich bzw. erleichtert.

Die Befragungen der beteiligten Institutionen sind zu weiten Teilen abgeschlossen, die Befragungen der Mitarbeitenden sind vollständig erhoben und ausgewertet. Hier zeigte sich ein weniger positives Bild zur Einschätzung der Microstructure. Im Rahmen der Evaluation wurden anhand der Ergebnisse zahlreiche Veränderungen angestoßen. Es gilt abzuwarten, wie sich diese Veränderungen für die Mitarbeitenden und insbesondere für die Patientinnen und Patienten auswirken.

Der Community-Reinforcement Approach (CRA; Meyers & Smith 2007) ist ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für substanzbezogene Probleme. Bei Suchtmittelabhängigen werden die positiven Verstärker für den Gebrauch der psychotropen Substanz systematisch entfernt und die positive Verstärkung für Abstinenz unter Einsatz von Verstärkern aus dem sozialen Bereich systematisch erhöht. Dieser teilhabe-orientierte verhaltenstherapeutische Ansatz wurde in den USA bereits erfolgreich evaluiert, ist in Deutschland jedoch bislang wenig verbreitet. Mit Unterstützung aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung wurden durch die Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen zwei stationäre Drogenrehabilitationseinrichtungen innerhalb des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH in einem kontrollierten zweiarmligen Design (CRA vs. Standardbehandlung) über fünf Untersuchungszeitpunkte (Prä/Post/Drei-Monats, Sechs-Monats- und Zwölf-Monats-Follow-up) miteinander verglichen. Betrachtet wurden hierbei die Behandlungcompliance, die Abstinenzquoten und insbesondere die Veränderung der beruflichen und sozialen Teilhabe. Erwartet wurden eine bessere Haltequote

SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN ZEIGEN, DASS CRA DER HERKÖMMLICHEN BEHANDLUNG VON ALKOHOL-, KOKAIN UND OPIAT-ABHÄNGIGKEIT ÜBERLEGEN IST ROOZEN ET AL. 2004. DATEN ZU LANGZEITBEHANDLUNGEN ENTGIFTETER OPIATABHÄNGIGER MITTELS CRA FEHLEN DAGEGEN WEITGEHEND ABBOTT 2009.

(operationalisiert: reguläres Behandlungsende vs. abbruch) sowie verbesserte berufliche Teilhabe (operationalisiert: Katamnese-Fragebogen zu Teilhabe in Beruf und Freizeit (KFTBF-S)) und eine verbesserte psychosoziale Reintegration (operationalisiert: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)). Als zusätzliche weitere Instrumente kamen unter anderem die SCL-90, der SF-35, die HEISA und weitere standardisierte Fragebögen zum Einsatz.

Die Studie konnte weder eine Überlegenheit noch eine Unterlegenheit der CRA-Behandlung hinsichtlich der Haltequote, der Prävalenz von Drogenabstinenz oder der beruflichen Teilhabe im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung belegen. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Langzeitstudie langfristig stabile Verbesserungen der Symptombelastung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die als Hinweise auf erfolgreiche Behandlung in beiden Einrichtungen bewertet werden können.

Mit Unterstützung aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung wurden durch die Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung des Universitätsklinikums Tübingen zwei stationäre Drogenrehabilitationsein-

richtungen innerhalb des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH in einem kontrollierten zweiarmigen Design (CRA vs. Standardbehandlung) über fünf Untersuchungszeitpunkte (Prä/Post/Drei-Monats, Sechs-Monats- und Zwölf-Monats-Follow-up) miteinander verglichen. Betrachtet wurden hierbei die Behandlungcompliance, die Abstinenzquoten und insbesondere die Veränderung der beruflichen und sozialen Teilhabe. Erwartet wurden eine bessere Haltequote (operationalisiert: reguläres Behandlungsende vs. abbruch) sowie verbesserte berufliche Teilhabe (operationalisiert: Katamnese-Fragebogen zu Teilhabe in Beruf und Freizeit (KFTBF-S)) und eine verbesserte psychosoziale Reintegration (operationalisiert: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)). Als zusätzliche weitere Instrumente kamen unter anderem die SCL-90, der SF-35, die HEISA und weitere standardisierte Fragebögen zum Einsatz.

Die Studie konnte weder eine Überlegenheit noch eine Unterlegenheit der CRA-Behandlung hinsichtlich der Haltequote, der Prävalenz von Drogenabstinenz oder der beruflichen Teilhabe im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung belegen. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Langzeitstudie langfristig stabile Verbesserungen der Symptombelastung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die als Hinweise auf erfolgreiche Behandlung in beiden Einrichtungen bewertet werden können.

2.3 ILLEGALE DROGEN

2.3.1 FACHGESPRÄCHE ZU CRYSTAL-METH UND WEITERE UMSETZUNG

„Crystal Meth“ ist ein synthetisch hergestelltes Stimulans auf Amphetaminbasis. Der chemische Name lautet N-Methylamphetamin oder kurz Methamphetamin. Die Herstellung von Methamphetamin erfolgt im Labor durch die chemische Reduktion von Ephedrin

zum Beispiel mittels Jodwasserstoff oder Jod und Phosphor. Ephedrin ist ein in zahlreichen Asthma-, Husten- und Grippemedikamenten enthaltener Wirkstoff, der aus dem Ephedra-Kraut gewonnen wird. Crystal Meth in rekristallisierter Form hat einen besonders hohen Reinheitsgrad (90 bis 100 Prozent).

Erhebungen zeigen, dass der Missbrauch von Methamphetamin oder Crystal Meth im Gegensatz zu den stabilen oder sogar leicht gesunkenen Zahlen des Gesamtkonsums illegaler Drogen steigt. Auch wenn es sich nach wie vor um ein regionales Phänomen in den Gebieten nahe der tschechischen Grenze handelt, sind seit 2011 die Beschlagnahmungen von und Behandlungsnachfragen wegen Crystal in Deutschland angestiegen.

Im Rahmen der Studie „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg und der Sekundäranalyse des Instituts für Therapieforchung München wurden unterschiedliche Gruppen von Konsumierenden bzw. Missbrauchenden von Amphetamin und Methamphetamin identifiziert sowie Trends und Risikofaktoren des Konsums in Deutschland analysiert. Hierbei wurde festgestellt, dass Crystal Meth von den verschiedensten Gruppen quer durch die Gesellschaft konsumiert wird. Dazu zählen neben Personen, die ausschließlich Freizeit-bezogen konsumieren, auch Konsumierende im beruflichen Kontext, Konsumierende mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen, Konsumierende mit Kindern und Konsumierende mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten.

Die bisherigen Behandlungsansätze sind nicht explizit auf die Behandlung von Crystal-Konsumierenden zugeschnitten; die Kurz- und Langzeitwirkungen bei Crystal-Abhängigen behindern zusätzlich die Maßnahmen der herkömmlichen Suchttherapie. Im Rahmen der oben genannten Studien konnten neben den teilweise unterschiedlichen Konsummotiven, den

Umständen des Einstiegs in den Konsum und weiteren Aspekten, aus denen sich Ansätze für präventive Maßnahmen ableiten lassen, Befunde zur Einschätzung von Hilfsangeboten und Prävention durch die Betroffenen selbst gewonnen werden.

Um diese Präventionsansätze und Hilfsangebote zu analysieren, wurden sie in verschiedenen Fachgesprächen mit den Drogenbeauftragten, Suchtreferentinnen und -referenten sowie Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren der Länder und weiteren Fachexpertinnen und -experten aus der Versorgungspraxis diskutiert, bereits etablierte Projekte wurden vorgestellt, weitere Projektideen entwickelt und Möglichkeiten zur Frühintervention erarbeitet.

Ziel des ersten Fachgespräches am 24. Juni 2014 zum Themenfeld Prävention war es, die vorgelegten Empfehlungen mit den Teilnehmenden hinsichtlich Innovation, Praxisnähe und Förderwürdigkeit zu bewerten. Inhaltlicher Schwerpunkt wurde dabei auf die Konsumgruppen im Freizeitbereich, im schulischen und im Ausbildungsbereich sowie auf Konsumierende mit Kindern gelegt.

Als erste Maßnahme nach dem Fachgespräch wurde eine Erweiterung des Informationsangebotes der BZgA mit einer Expertise zum Versorgungsstand veröffentlicht. In Planung ist die Entwicklung von Unterrichtsmaterial für Schulen und den Einsatz in der Sekundarstufe II. Zur Verbesserung der Datenlage wird darüber hinaus zukünftig eine getrennte Erfassung der Substanzen Amphetamin und Methamphetamin im jährlichen Suchtsurvey ESA vorgenommen.

Inhalt des zweiten Fachgespräches am 11. September 2014 war das Arbeitssetting einzelner Party-Projekte und deren Erfahrungen zum Stimulanzienkonsum in der Partyszene hinsichtlich der Figurierung der Botschaften und Arbeitsansätze, der Bestimmung und Erreichung der Zielgruppen und der Bestimmung und Konkretisierung der Konzepte der jeweiligen Projekte.

Das dritte Fachgespräch am 16. Dezember 2014 fokussierte das Themenfeld Behandlung. Neben der Vorstellung aktueller Studienergebnisse und internationaler Leitlinien zur Behandlung der Methamphetaminabhängigkeit wurden Eindrücke aus der Behandlungspraxis geschildert und Möglichkeiten zur Frühintervention diskutiert.

Auf Basis der in den Fachgesprächen entwickelten Erkenntnisse wurden einige vom BMG geförderte Projekte bzw. Studien ins Leben gerufen, weitere sind geplant:

Studie

»Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder«

Auf Basis der steigenden Fallzahlen von Crystal-Meth-Abhängigen besonders in den Regionen Sachsen, Thüringen und Oberpfalz und der Erfahrungsberichte von Fachexpertinnen und -experten wurde ein überdurchschnittlich häufiges Auftreten von Crystal-Meth-Abhängigen mit Kindern bei den Hilfeeinrichtungen festgestellt.

In der seit Oktober 2014 implementierten Studie „Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder“ der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (Katho NRW) wird in Form eines Pilotprojektes eine umfassende Basisdokumentation von Crystal-Meth-abhängigen Eltern und ihren Kindern in Schwerpunktberatungsstellen in Sachsen erstellt, auf deren Grundlage ein Dokumentations- und Diagnostiksystem entwickelt wird. Die defizitäre Datenlage zu den mitbetroffenen Kindern soll dabei besonders berücksichtigt werden. Dies ist notwendige Voraussetzung für die Entwicklung von Strategien zur Frühintervention in den betroffenen Familien und zur Verbesserung des Kinderschutzes.

Mit der Studie sollen die Erfahrungen der Schwerpunktberatungsstellen im Umgang mit der Klientel der Crystal-Meth-Abhängigen systematisch erfasst und

qualitativ evaluiert werden. Dabei sollen besonders Behandlungsverläufe und Interaktionsmuster untersucht werden. Hauptziele der Studie sind die Analyse der gegenwärtigen Situation der betroffenen Familien und Kinder sowie die Entwicklung einer Hilfestellung für die Arbeit der Suchthilfe, Jugendhilfe und Medizin, um Kindeswohl weitgehend zu sichern und die Veränderungsmotivation der Eltern zu stärken.

Projekt

»Online-Selbsthilfe für Methamphetamin-Konsumenten – Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Angebotes«

Selbsthilfeaktivitäten gewinnen neben Angeboten der Therapie und der Beratung auch im Bereich der illegalen Drogen zunehmend an Bedeutung. Die vorliegenden Hilfsangebote im Internet bieten Basisinformationen und Links zu Beratungsstellen vor Ort, sind jedoch nicht auf Crystal-Meth-Konsumierende und eine Interaktion mit diesen fokussiert.

Ziel des Projektes „Online-Selbsthilfe für Methamphetamin-Konsumenten – Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Angebotes“ des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist es, ein spezifisches onlinebasiertes Selbsthilfeangebot für Crystal-Meth-Konsumierende zu entwickeln und wissenschaftlich zu begleiten. Zudem sollen geeignete Voraussetzungen für einen Weiterbetrieb im Anschluss an die geförderte Projektlaufzeit geschaffen werden.

In Form eines Online-Portals wird neben allgemein einsehbarer Informationen und Verlinkungen zu bestehenden Hilfsangeboten ein spezieller Mitgliederbereich mit virtuellen Kommunikationsräumen eingerichtet. Durch die Schaffung von mehreren unterschiedlichen virtuellen Räumen sollen verschiedene Nutzergruppen angesprochen werden. Bei der Durchführung werden sowohl aktuelle Erkenntnisse zu Möglichkeiten, Chancen und besonderen Herausforderungen der Selbsthilfe im Internet als auch zu bekannten Charakteristika von Methamphetamin-

Konsumierenden einbezogen. Berücksichtigt werden dabei die nach Kenntnisstand als besondere Chance angesehenen Bausteine wie Niedrigschwelligkeit, Überwindung von Isolation, Wiedererlangung von interpersonellen Kompetenzen und Motivationen zur Inanspruchnahme des Hilfesystems. Erreicht werden sollen so die unterschiedlichsten Subgruppen von Menschen mit Methamphetamin-Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch, die mithilfe des sozialen Austauschs zwischen Betroffenen Abstinenz erreichen und aufrechterhalten sowie mit der Suchterkrankung einhergehende Alltagsprobleme gemeinsam bewältigen wollen.

Es wird davon ausgegangen, dass beim Aufbau des Angebotes eine anfängliche Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer durch professionelle Akteure des Hilfesystems notwendig ist, die im Verlauf schrittweise reduziert werden kann. Ein fester Projektbestandteil sind deshalb Maßnahmen, mit deren Hilfe eine Verstärkung als selbstorganisiertes Online-Selbsthilfeangebot angestrebt werden soll.

Projekt

»Erstellung von Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Methamphetamin-Abhängigen«

Trotz stetiger Zunahme des Konsums der illegalen Droge Crystal Meth in Deutschland, insbesondere in den an die Tschechische Republik angrenzenden Bundesländern, zunehmend aber auch darüber hinaus, liegen bislang keine evidenzbasierten medizinischen Behandlungskonzepte für den Personenkreis der Crystal-Konsumierenden vor. Das medizinisch-therapeutische Wissen beschränkt sich daher derzeit weitgehend auf Erfahrungsberichte und Einzelfallstudien, aus denen sich noch keine gesicherten Empfehlungen für die ärztliche Praxis ableiten lassen.

In dem Projekt „Erstellung von Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Methamphetamin-Abhängigen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) soll der aktuelle Wissensstand zur Behandlung Methamphetamin-abhängiger Patientin-

nen und Patienten recherchiert und in einem Expertengremium diskutiert werden.

Das Projekt beinhaltet die systematische Sichtung und Aufbereitung der zum Thema Methamphetamin verfügbaren Studien und der Literatur zur Behandlung Crystal-Meth-Abhängiger sowie eine Befragung relevanter Einrichtungen des Suchthilfesystems zu deren praktischen Erfahrungen mit der Behandlung und Betreuung dieser Patientengruppe, insbesondere bezüglich der Diagnosestellung, der Akut- und Langzeitbehandlung, der medikamentösen Therapieerfahrungen sowie vorhandener therapeutischer Konzepte, Konzepte zur Rehabilitation und zur ambulanten Nachsorge.

Nach Aufbereitung und Bewertung der Ergebnisse soll bis Anfang 2016 neben einem Expertennetzwerk, bestehend aus den teilnehmenden Einrichtungen, ein Expertengremium, bestehend aus Fachexpertinnen und -experten und den Mitgliedern des Ausschusses für Sucht und Drogen der Bundesärztekammer, eingerichtet werden. Auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse des Gremiums sollen anschließend Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte und andere beteiligte Berufsgruppen für die Behandlung von Crystal-Meth-Abhängigen erstellt werden.

Weitere Planungen

Projekt »Prävention in der Zielgruppe der MSM« (Männer, die Sex mit Männern haben)

Merkmale der Zielgruppe der drogenkonsumierenden Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind unter anderem eine weitgehende Integration der Betroffenen in Beruf und Gesellschaft sowie ein eher privates, wochenorientiertes, den Zugang erschwerendes Konsummuster. Auf Grundlage der Ergebnisse einer Studie, die sich mit dieser Zielgruppe beschäftigt (Chemsex-Studie), und mit Bestätigung der Erfahrungen der Deutschen AIDS-Hilfe wurde ein Bedarf an Präventionsmaßnahmen, vor allem eine Verstärkung des Beratungsangebotes in Form von Anlaufstellen für MSM mit Drogenproblemen, festgestellt.

Ziel des Projektes „Prävention in der Zielgruppe der MSM“ der Deutschen AIDS-Hilfe ist die Gewährleistung eines niedrigschwelligen Hilfezugangs durch die Kompetenzerweiterung in den Schwulenberatungsstellen hinsichtlich des Umgangs und der Weitervermittlung von Drogen konsumierenden MSM. In dem Projekt sollen bis 2016 Trainings- und Praxisangebote in mehreren deutschen Städten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in AIDS-Hilfe- bzw. Schwulenberatungsstellen erarbeitet sowie Interventionen mit Kooperationen vor Ort initiiert werden. Die Angebote sollen beworben und deutschlandweit bekanntgemacht werden.

Projektadaption

»FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) für Crystal-Konsumierende«

In dem Projekt FreD wurde ein suchtpräventives Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr, die zum ersten Mal wegen des Konsums illegaler Drogen polizeilich auffällig geworden waren, entwickelt. Ziel des Projektes war die Förderung der Beachtung und Anwendung von Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumierenden bei Strafverfolgungsbehörden: Etabliert wurden Kurse, in denen erstauffällige Drogenkonsumentinnen und -konsumenten lernen, den eigenen Drogenkonsum zu reflektieren, und Wissen über Risiken und rechtliche Aspekte sowie praktische Tipps zur Reduzierung oder Beendigung des Konsums vermittelt bekommen. Mittlerweile ist FreD mit etwa 116 Standorten und 236 FreD-Trainerinnen und Trainern in Deutschland sowie in mehr als einem Dutzend anderer europäischer Länder verbreitet.

Das abgeschlossene Projekt war stark auf den Konsum von Cannabis als am häufigsten verbreitete illegale Droge fokussiert. Das aktuelle Projekt „Adaption von FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) für Crystal-Konsumierende“ des Land-schaftsverbands Westfalen-Lippe soll – als Modellprojekt angelegt – den erfolgreichen Frühinterventionsansatz, der substanzübergreifend angelegt ist, auf die sich

zunehmend verbreitende Droge Crystal Meth adaptieren. Hierzu bedarf es diverser Anpassungsmaßnahmen, die in dem Projekt bis 2016 entwickelt und evaluiert werden sollen. Eine Erweiterung des Ansatzes auch auf andere Substanzen ist möglich.

Projekt

»Spotting – Präventionsprojekt für junge und jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten von Crystal Meth und ATS«

Eine besondere Herausforderung der Suchtprävention ist die Erreichung der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Ziel des Projektes „Spotting – Präventionsprojekt für junge und jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten von Crystal Meth und ATS“ der Alternativen Jugend- und Drogenhilfe mudra e. V. in Nürnberg ist es, den Bereich der Peerarbeit und Selbsthilfe zu stärken und deren Potenzial in die professionelle Suchtarbeit zu integrieren bzw. diese zu vernetzen. „Spotting“ ist ein Instrument der selektiven Prävention im Bereich Crystal-Meth und Amphetamintypische Stimulanzen (ATS). Das Angebot wendet sich an Risikogruppen und konsumierende, die (noch) keine manifeste Abhängigkeit entwickelt haben. Dieser Zielgruppe soll ein innovatives und attraktives Angebot bereitgestellt werden, das der Entwicklung einer manifesten Drogenproblematik entgegenwirkt. Ein Abgleiten in dauerhaften Konsum, missbräuchliches Verhalten und drohende Abhängigkeit soll vermieden, Straffälligkeit verhindert und einem drohenden Verlust von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen sowie einer sozialen Isolation vorgebeugt werden.

Das verbindende Medium im Projekt ist die Trendsportart Bouldern und die Interaktion mit Peers des „MountainActivityClubs MAC“ (ehemalige Crystal-Konsumierende). Die Peerkräfte coachen und betreuen ein wöchentlich stattfindendes Bouldertraining und helfen bei der Reflexion des eigenen Konsums und Freizeitverhaltens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Mit den erfahrbaren „Kickerlebnissen“ soll dem

Bedürfnis nach drogeninduzierten „Highs“ vorgebeugt werden. Der Umgang mit Frustrationserlebnissen soll geschult und der erlebnisintensive, gemeinschaftliche Sport als Energiequelle anerkannt werden. Vorliegende Drogenerfahrungen sind dabei ein stark verbindendes Element zwischen (noch) konsumierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Peers. Der Austausch und die Auseinandersetzung zu diesem Thema werden erleichtert und beschleunigt und sind wichtiges Element des Miteinanders. Im Bedarfsfall werden thematische psychoedukative Einzel- und Gruppenangebote von der sozialpädagogischen Fachkraft (Projektmitarbeiterin oder -mitarbeiter) initiiert.

Das Projekt wird durch die Universität Bamberg wissenschaftlich begleitet und ausgewertet mit dem Ziel der Entwicklung eines evidenzbasierten Konzeptes für den Transfer und zur Implementierung in die praktische überregionale Arbeit. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist vorgesehen.

Projekt

»Methamphetamin-Prävention in Lehreinrichtungen durch Patienten als Suchtkrankenhelfer«

Sowohl zwei vom BMG geförderte Studien als auch die Erfahrungen der Fachexpertinnen und -experten aus den im Jahr 2014 durchgeführten Fachgesprächen zum Thema Crystal haben eine Zunahme des Crystal-Konsums in Deutschland auch in der Zielgruppe der Studierenden bestätigt.

Das aktuelle Projekt „Methamphetamin-Prävention in Lehreinrichtungen durch Patienten als Suchtkrankenhelfer“ der Universität Bamberg in Kooperation mit der Universität Bayreuth und der Abteilung Klinische Suchtmedizin des Bezirkskrankenhauses Bayreuth greift diese Erkenntnis auf: Die Lehreinrichtungen in Bamberg und Bayreuth sowie die Klinik für Forensische Psychiatrie Bayreuth haben umfangliche Erfahrungen einerseits mit Studierenden mit Crystal-Konsum und andererseits mit Patientinnen und Patienten, die wegen einer entsprechenden Abhängigkeit stationär behandelt werden müssen oder gericht-

lich in eine Klinik für Forensische Psychiatrie eingewiesen werden. Das Projekt verknüpft Präventionsmaßnahmen im Lehrbereich und Maßnahmen zur Förderung der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit einer Crystal-Abhängigkeit.

Ziel ist es, bis zum Jahr 2016 Patientinnen und Patienten aus einer Klinik zu Suchtkrankenhelferinnen und Helfern zu schulen, damit diese in Universitäten begleitete Präventionsmaßnahmen durchführen. Nach einer Evaluation kann das Projekt überregional auf verschiedene Bildungseinrichtungen (Schulen, Berufsschulen etc.) übertragen werden.

Projekt

»Handlungsempfehlungen für Ersthelferinnen und Ersthelfer«

Das Aufkommen unterschiedlicher Subgruppen Crystal-Meth-Konsumierender und die Heterogenität dieser Zielgruppe bedingen ein zielgruppenspezifisches Vorgehen in der Behandlung und vor allem in der Erstbehandlung der Betroffenen. Die neurotoxische Wirkung von Methamphetamin bewirkt Veränderungen im Transmittersystem und kann zu kognitiven Störungen führen. Eine Auswirkung kann ein besonders aggressives Verhalten sein, welches – anders als bei dem Konsum anderer Substanzen – ungewöhnlich lange anhalten kann. Das besondere Verhalten speziell der Methamphetamin-Konsumierenden sowie die ungewöhnliche Dauer dieser Zustände bedürfen besonderer Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit den Betroffenen.

Der zunehmende Konsum von Crystal Meth bewirkt, dass sich auch professionelle Retterinnen und Retter im somatischen Bereich zunehmend diesem aggressiven Verhalten und extremen Ängsten der Crystal-Intoxikierten ausgesetzt sehen. Betroffen sind hier vor allem Rettungskräfte sowie Polizistinnen und Polizisten, aber auch die Mitarbeitenden in den Rettungsambulanzen.

Ziel des Projektes „Handlungsempfehlungen für Ersthelferinnen und Ersthelfer“ der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Köln-

Merheim ist die Entwicklung einer Handlungsanleitung, um das Erkennen Crystal-Meth-Konsumierender zu erleichtern und Hinweise für einen sicheren Umgang mit den Betroffenen zu bieten. Erfahrungen aus einzelnen Notfallambulanzen und von Ersthelferinnen und Ersthelfern aus den bisher am stärksten betroffenen Regionen werden aufgenommen und im Rahmen eines Informationsblattes aufbereitet. Eine deutschlandweite Verbreitung ist vorgesehen.

Projekt

»Evaluierung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes und Entwicklung eines Leitfadens für die stationäre Rehabilitation Methamphetaminabhängiger«

Das im dritten Fachgespräch zum Thema Crystal Meth vorgestellte Manual der Rehabilitationsklinik Hochstadt setzt auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen und orientiert sich im Wesentlichen an den von den US-amerikanischen Gesundheitsbehörden und dem Nationale Institute for Drug Abuse veröffentlichten Manualen zur Behandlung der Kokainabhängigkeit sowie den Erkenntnissen und Manualen aus dem Matrix-Modell, welche seit den 80er Jahren für Kokainkonsumierende in Kalifornien entwickelt und in den 90er Jahren auf Methamphetaminabhängige angepasst wurden.

Da in Deutschland bislang keine Handlungsempfehlungen und Behandlungskonzepte speziell für Methamphetaminkonsumierende vorliegen, soll im Rahmen des Projektes „Evaluierung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes und Entwicklung eines Leitfadens für die stationäre Rehabilitation Methamphetaminabhängiger“ der Bezirksklinik Hochstadt in Kooperation mit der Universität Bamberg eine Hilfe für stationäre Therapieeinrichtungen erarbeitet werden. Ausgehend von den bisherigen neurobiologischen Erkenntnissen über die psychischen Wirkungen und besonderen Gefahren von Amphetaminen und besonders Methamphetamin und den US-amerikanischen Angeboten wurde das in der Klinik Hochstadt angewendete Therapiekonzept auf bundesdeutsche

stationäre Bedingungen des Suchthilfesystems angepasst. Mithilfe einer Evaluierung unter Einbeziehung der an der Behandlung beteiligten Personen und einer Befragung der Betroffenen soll bis 2016 ein Leitfaden erarbeitet und allen Therapieeinrichtungen zugänglich gemacht werden.

Projekt

»Schulische Qualifikation für Crystal Meth-Abhängige«

Wiederkehrende Berichte von Fachexpertinnen und Fachexperten heben die Notwendigkeit der Ausrichtung von Rehabilitationsverfahren für Crystal-Meth-Abhängige auf ein anschlussfähiges Ziel hervor. Eines der wichtigsten Ziele ist dabei die Erlangung bzw. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und einer entsprechenden Qualifikation. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen, die aufgrund eines frühen Konsumeinstiegs bisher keine ausreichende schulische oder berufliche Qualifikation erlangen konnten.

Im Rahmen des Projektes „Schulische Qualifikation für Crystal Meth-Abhängige“ des Instituts für Gesundheit und Bildung-IGB e. V. (Fachklinik für Abhängigkeitskranke Alte Flugschule) wird für ehemalige perspektivlose Crystal-Meth-Abhängige ohne schulische Qualifizierung, die aufgrund ihres frühen Konsumeinstiegs erhebliche Integrationshemmnisse haben, ein nachhaltiges Angebot zur erfolgreichen Integration geschaffen. Dies erfolgt durch eine schulische Vorbereitung auf die Schulfremdenprüfung zur Erlangung des Haupt- oder Realschulabschlusses und eine individuelle Berufsorientierung zur Befähigung einer rationalen Entscheidung für einen Erstberuf.

Ziel des Modellprojektes sind die Entwicklung passgenauer didaktischer Konzepte und Unterrichtseinheiten für die genannte Zielgruppe und die Förderung der Sach-, Personal- und Sozialkompetenz in Bezug auf eine berufliche Orientierung. Im Mittelpunkt steht der individuelle Kompetenzansatz der einzelnen Teilnehmenden. Die individuelle

Persönlichkeit der Teilnehmenden bildet gleichsam den Ausgangspunkt und das Ziel aller schulorientierten Bildungsprozesse. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden dabei von qualifiziertem Fachpersonal (Lehrkräfte, Dozentinnen und Dozenten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen) beschult und betreut.

Projekt

»MethCare«

Innerhalb der letzten Jahre hat sich in Teilen Deutschlands aufgrund der Ausbreitung von Methamphetamin die Drogenszene verändert, wobei dieses Phänomen aktuell besonders in Mitteldeutschland ausgeprägt ist. So waren zum Beispiel im Jahr 2012 in Thüringen 92 Prozent der erstaufrichtigen Konsumierenden harter Drogen aus dem Bereich (Meth-)Amphetamin. Gesundheitliche Folgen des Methamphetaminkonsums führen zu einem gesteigerten Behandlungsbedarf. Der vielfältigen Szene neuer Konsumentinnen und Konsumenten gegenüber steht ein Hilfesystem, welches nur unzureichend auf die spezifischen Bedarfe ausgerichtet ist und die internationale (fast ausschließlich in englischer Sprache vorliegende) Forschungsliteratur der letzten Jahre mangels Bedarf kaum zur Kenntnis genommen hat. Aufklärung, Früherkennung und Behandlung von Folgeschäden gestalten sich entsprechend schwierig.

Ziel des Projektes „MethCare“ des Vereins SuPraT, Suchtfragen in Praxis und Theorie e. V., ist es, eine umfassende deutschsprachige Datenbank kostenlos zur Verfügung zu stellen, die sich spezifisch auf die weltweit vorhandene Literatur zu Prävalenz, Folgeschäden, Therapieoptionen und Komorbiditäten in Zusammenhang mit Methamphetamin konzentriert. Das Projekt dient der Optimierung der qualifizierten Arbeit in der Suchthilfe und im psychiatrischen Bereich.

2.3.2 SUBSTITUTIONSREGISTER

Nach § 13 Abs. 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder das Substitutionsregister. Seit dem 1. Juli 2002 hat jede Ärztin bzw. jeder Arzt, die bzw. der Substitutionsmittel für eine opiatabhängige Patientin bzw. einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die in § 5a Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben zu melden: den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung, das verschriebene Substitutionsmittel, das Datum der letzten Verschreibung, den Namen und die Adresse der verschreibenden Medizinerin bzw. des verschreibenden Mediziners sowie gegebenenfalls auch den Namen und die Anschrift der beratend hinzugezogenen Ärztin bzw. des beratend hinzugezogenen Arztes (Konsiliariums). Ferner mussten die Ärztekammern bis 2014 jedes Jahr zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle alle Ärztinnen und Ärzte mitteilen, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen. Künftig wird das Ärztekammer-Meldeverfahren gemäß der „28. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften“ vom 5. Dezember 2014 geändert (unter anderem Einzelanforderung des BfArM bei den Ärztekammern ausschließlich zu Ärztinnen und Ärzten, die an Substitutionsbehandlungen beteiligt sind).

Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Unterbindung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch verschiedene Mediziner(innen) für dieselbe Patientin bzw. 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 auf der Ebene von Bund, Ländern und

Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz sowie zur Sicherheit und Kontrolle im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

Die Meldungen der substituierenden Mediziner(innen) erfolgen schriftlich auf dem Postweg oder im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formulareserver. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich angestiegen und belief sich zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patientinnen und Patienten. Seit 2011 ist die Anzahl nun weitgehend gleichbleibend und lag am 1. Juli 2014 bei 77.500 Patientinnen und Patienten (Tabelle 10).

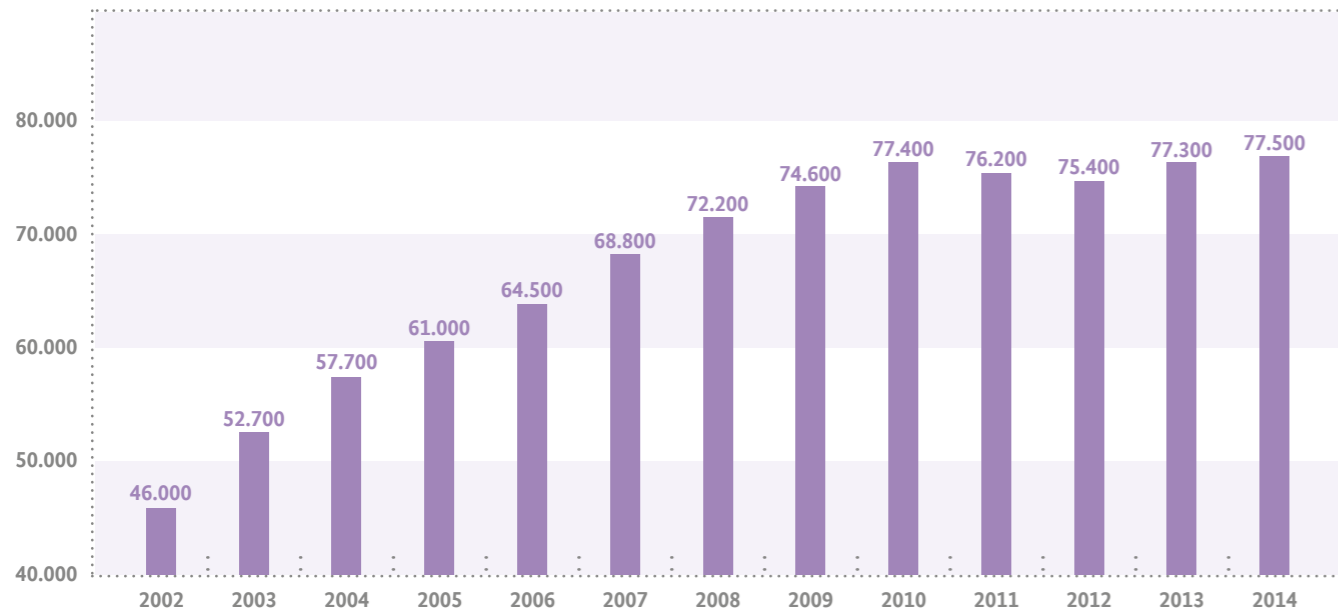
Im Jahr 2014 wurden im Substitutionsregister rund 92.200 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patientinnen und Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch dieselbe Ärztin bzw. denselben Arzt oder durch verschiedene Mediziner(innen). Gründe hierfür können sowohl bei den Patientinnen und Patienten (zum Beispiel aufgrund eines Wechsels

TABELLE 10:
ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTINNEN UND -PATIENTEN PRO ÄRZTIN BZW. ARZT (STICHTAG 01.07.2014)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro Mediziner(in)	Anteil der meldenden substituierenden Ärztinnen und Ärzte
bis zu 3	28 %
4 bis 50	52 %
51 bis 100	14 %
über 100	6 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

ABBILDUNG 23:
ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTEN IN DEUTSCHLAND VON 2002 BIS 2014 (JEWEILS STICHTAG 1. JULI)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes oder längerer Klinik-Aufenthalte) als auch bei den Medizinerinnen und Medizinern (zum Beispiel aufgrund eines ärztlichen Personalwechsels in Substitutionsambulanzen) liegen.

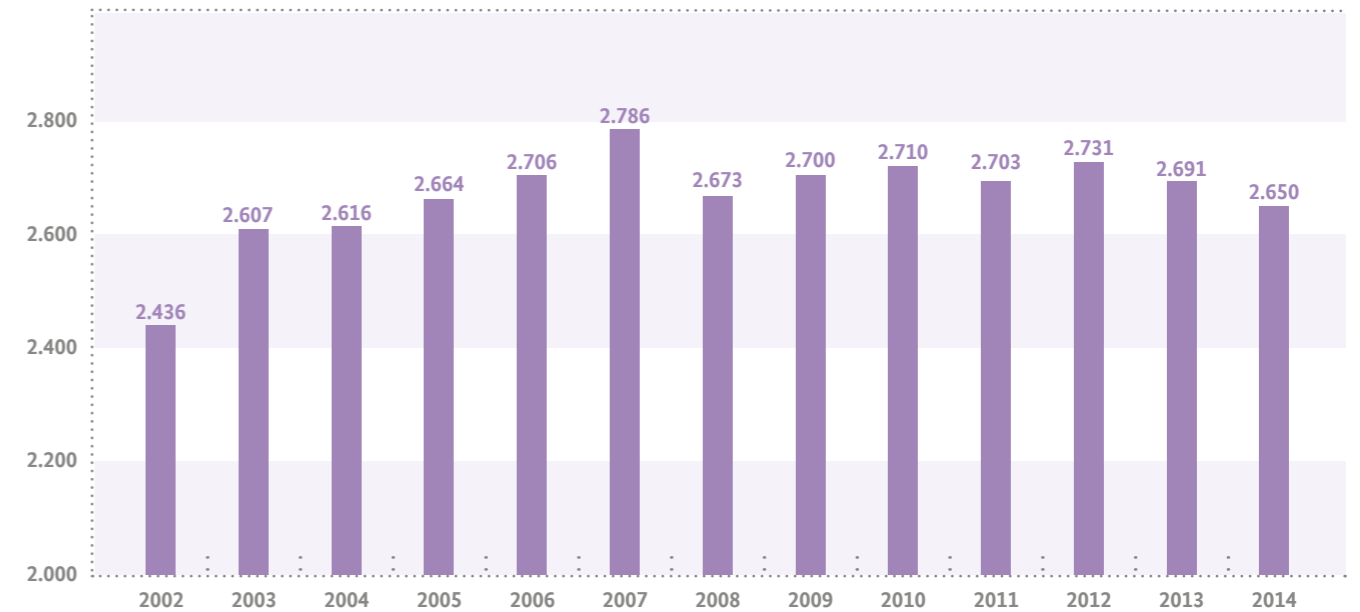
2014 haben insgesamt 2.650 Substitutionsärztinnen und -ärzte Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Entwicklung seit 2002 stellt sich wie folgt dar (Abbildung 24):

2014 nutzten 506 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 19 Prozent der substituierenden Mediziner(innen) – die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärztinnen und Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patientinnen und Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie eine suchttherapeutisch qualifizierte Kollegin oder einen suchttherapeutisch qualifizierten

Kollegen als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen. Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchttherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte liegt um ein Mehrfaches höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Medizinerinnen und Mediziner. Die von den Ärztekammern eingereichten Meldungen über suchttherapeutische Qualifikationen werden arztbezogen in der Datenbank erfasst. Rund 15 Prozent der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet. Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel sind in Abbildung 25 dargestellt.

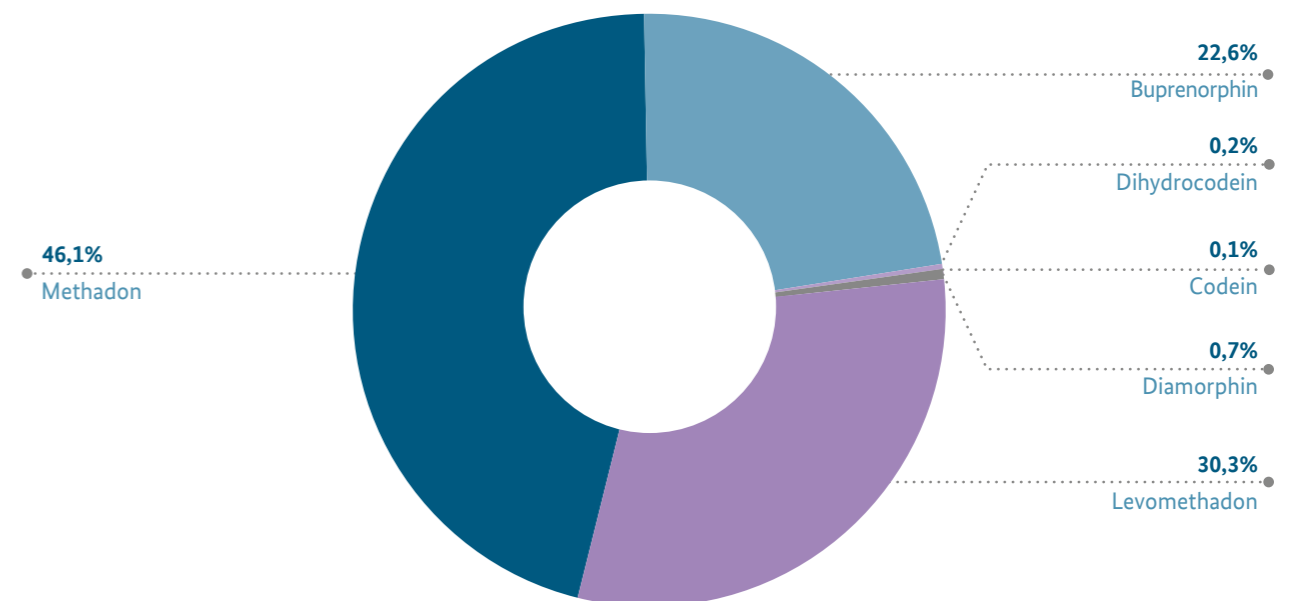
Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon seit über zehn Jahren kontinuierlich an (Abbildung 26).

ABBILDUNG 24:
ANZAHL MELDENDER, SUBSTITUIERENDER ÄRZTE VON 2002 BIS 2014



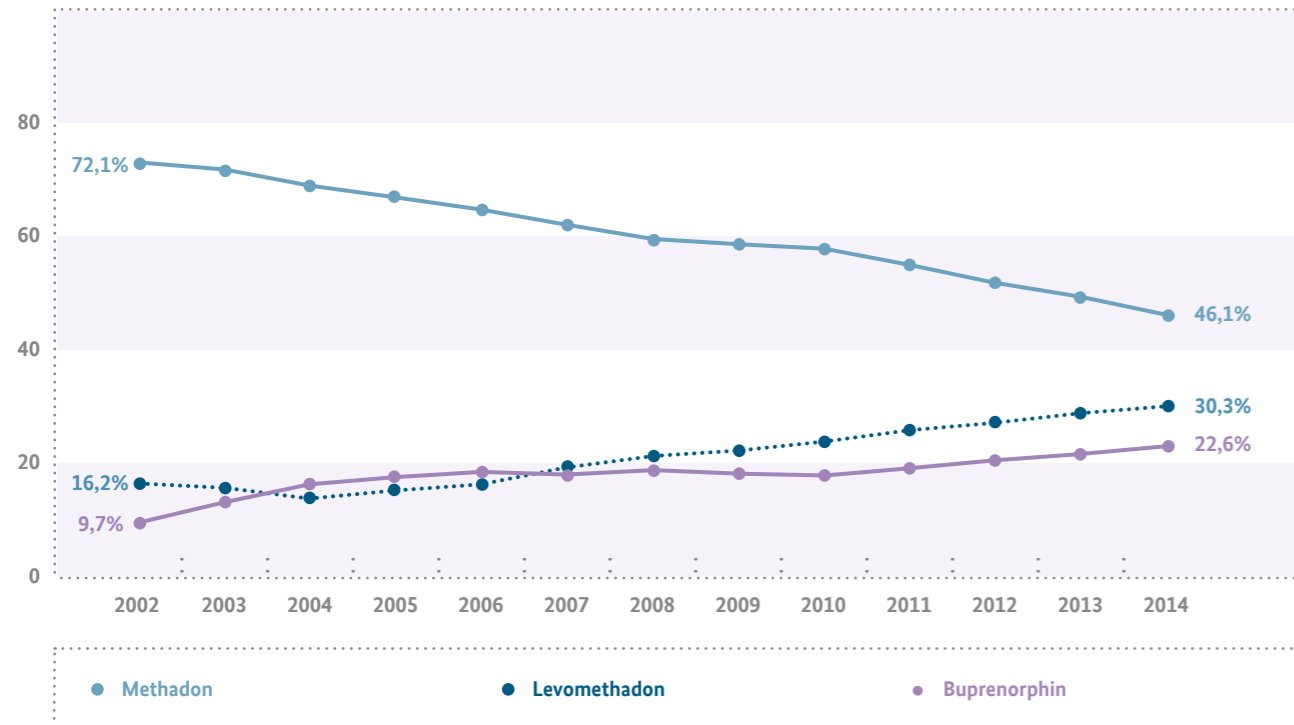
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

ABBILDUNG 25:
ART UND ANTEIL DER GEMELDETEN SUBSTITUTIONSMITTEL (STICHTAG 01.07.2014)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

ABBILDUNG 26:
ART UND ANTEIL DER GEMELDETEN SUBSTITUTIONSMITTEL (STICHTAG 01.07.2014)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

2014 wurden durch das Substitutionsregister bundesweit rund 120 Doppelbehandlungen von Patientinnen und Patienten aufgedeckt und durch die betroffenen Ärztinnen und Ärzte entsprechend beendet. Im Jahr 2013 waren es rund 170 Doppelbehandlungen.

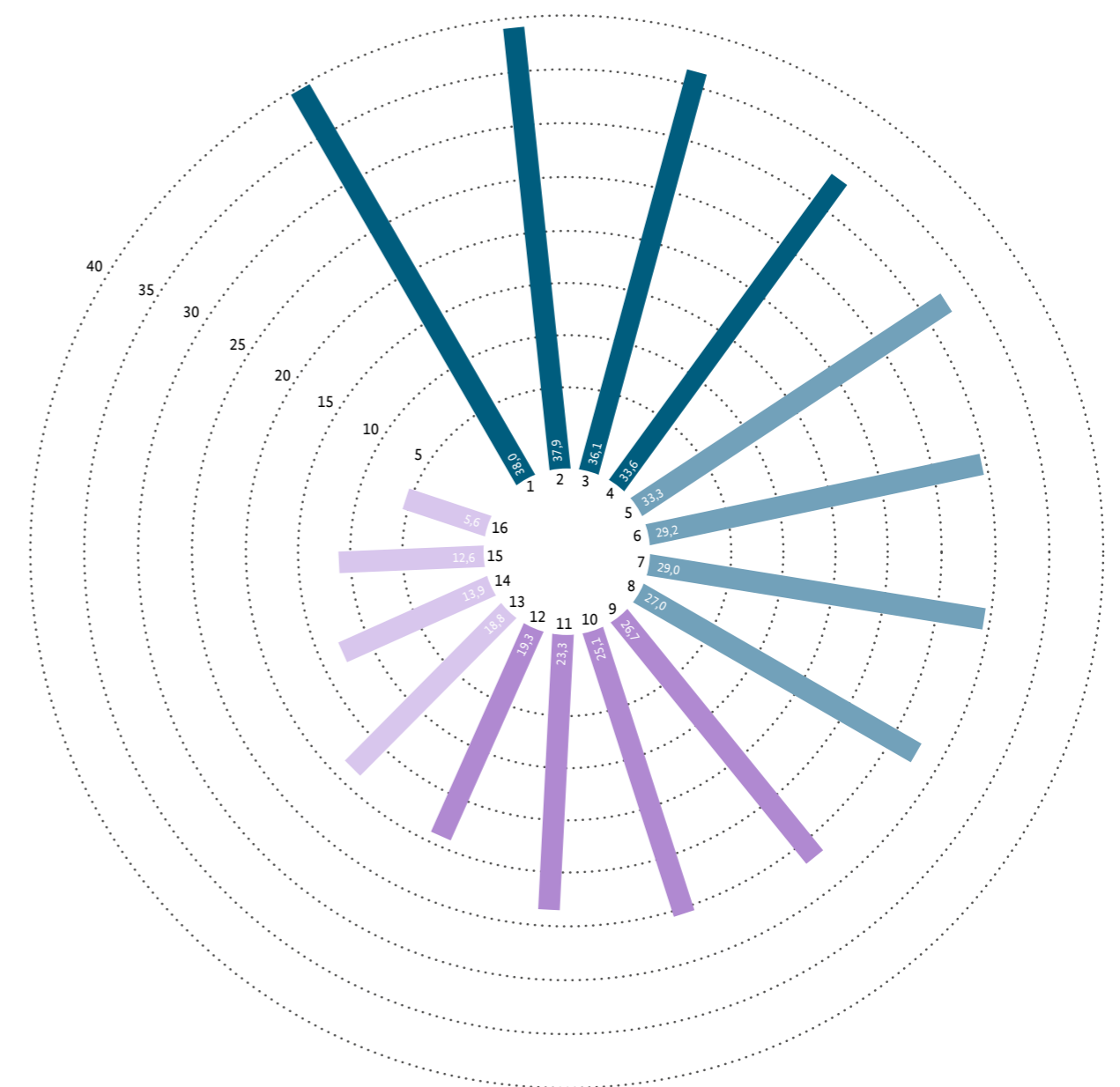
Das Substitutionsregister stellt in regelmäßigem Turnus sowie auf Einzelanforderung den 180 zuständigen Überwachungsbehörden der Länder die arztbezogenen Daten (das heißt Namen und Adressen der substituierenden Ärztinnen und Ärzte und der gegebenenfalls eingesetzten Konsiliaren, Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten, Angaben zur suchttherapeutischen Qualifikation) für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung. Dies erfolgt über ein gesichertes Online-Download-Verfahren. Die enge Zusammenarbeit des BfArM mit den Überwa-

chungsbehörden hilft, bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht korrigierend tätig zu werden.

Die 16 obersten Landesgesundheitsbehörden erhalten regelmäßig anonymisierte Daten aus dem Substitutionsregister. Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierende Ärztin bzw. substituierenden Arzt beträgt bundesweit 29, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Abbildung 27).

Eine hohe „Dichte“ an Substitutionspatientinnen und -patienten, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner(innen), weisen insbesondere die Stadtstaaten Bremen und Hamburg auf, wobei hier auch Umlandeffekte eine Rolle spielen könnten (Abbildung 28).

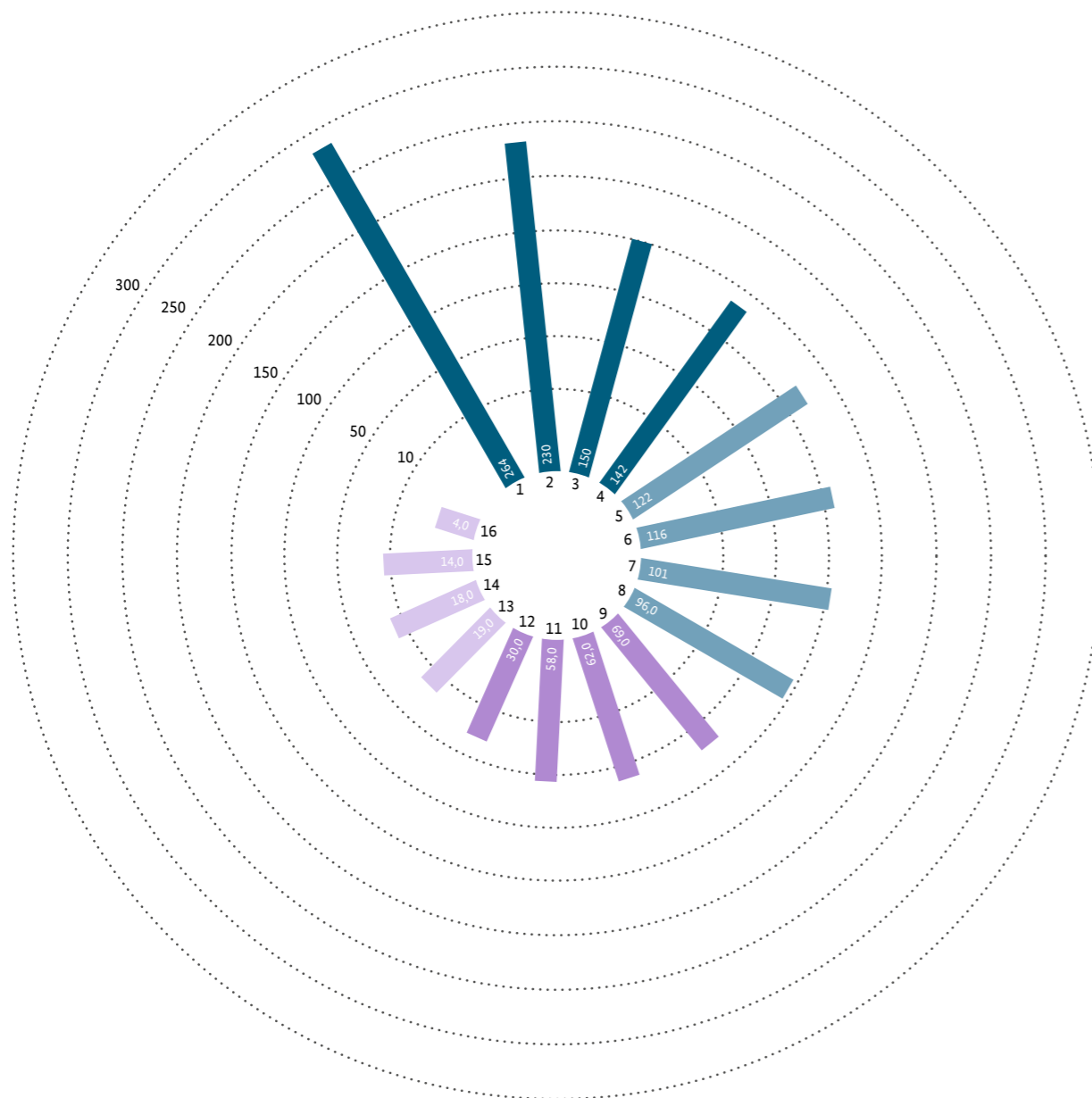
ABBILDUNG 27:
DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL DER GEMELDETEN PATIENTEN PRO SUBSTITUIERENDEM ARZT (2014)



- | | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| 1 Berlin | 5 Hessen | 9 Bremen | 13 Sachsen-Anhalt |
| 2 Hamburg | 6 Rheinland-Pfalz | 10 Bayern | 14 Thüringen |
| 3 Saarland | 7 Niedersachsen | 11 Baden-Württemberg | 15 Mecklenburg-Vorpommern |
| 4 Nordrhein-Westfalen | 8 Schleswig-Holstein | 12 Sachsen | 16 Brandenburg |

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

ABBILDUNG 28:
GEMELDETE SUBSTITUTIONSPATIENTEN PRO 100.000 EINWOHNER (STICHTAG 01.07.2014)



- | | | | |
|-----------------------|----------------------|--------------------|---------------------------|
| 1 Bremen | 5 Hessen | 9 Saarland | 13 Mecklenburg-Vorpommern |
| 2 Hamburg | 6 Schleswig-Holstein | 10 Bayern | 14 Thüringen |
| 3 Berlin | 7 Niedersachsen | 11 Rheinland-Pfalz | 15 Sachsen |
| 4 Nordrhein-Westfalen | 8 Baden-Württemberg | 12 Sachsen-Anhalt | 16 Brandenburg |

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

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 Ärztinnen und Ärzte.

TABELLE 11:
ANZAHL GEMELDETER SUBSTITUTIONSPATIENTINNEN UND -PATIENTEN SOWIE SUBSTITUIERENDER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE NACH BUNDESLÄNDERN

Bundesland	Gemeldete Patientinnen und Patienten am Stichtag 01.07.2014	Substituierende Ärztinnen und Ärzte in 2014
Baden-Württemberg	10.254	440
Bayern	7.870	313
Berlin	5.133	135
Brandenburg	95	17
Bremen	1.734	65
Hamburg	4.017	106
Hessen	7.359	221
Mecklenburg-Vorpommern	303	24
Niedersachsen	7.835	270
Nordrhein-Westfalen	25.032	746
Rheinland-Pfalz	2.306	79
Saarland	685	19
Sachsen	578	30
Sachsen-Anhalt	675	36
Schleswig-Holstein	3.262	121
Thüringen	389	28

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Recherchedatum 06.01.2015)

2.3.3 DIAMORPHINBEHANDLUNG AKTUELLER STAND

Die seit 20 Jahren in Deutschland angewandte Substitutionstherapie Opioidabhängiger hat sich im Laufe der Zeit zu einer anerkannten und wissenschaftlich umfassend begründeten Behandlungsmethode entwickelt. Eine Substitutionstherapie Opioidabhängiger ist eine ärztliche Behandlung dieses Personenkreises mit opioidhaltigen Medikamenten (Substitutionsmittel/Ersatzstoffe) oder mit Diacetylmorphin (Originalstoff bekannt als Heroin). Wichtige Substitutionsmittel sind Methadon, Levomethadon und Buprenorphin, in sehr viel geringerem Umfang werden Diamorphin, Codein und Dihydrocodein eingesetzt.

Seit der Beendigung des bundesweiten Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Mitte 2007 hat sich die Zahl der Patientinnen und Patienten in den seit dem Modellprojekt eingerichteten sieben Ambulanzen zur diamorphingestützten Behandlung nicht sehr verändert. 2011 waren in den Ambulanzen in Hamburg, Hannover, Frankfurt, Köln, Bonn, Karlsruhe und München etwa 460 Personen in Behandlung. Anfang Januar 2013 erfolgte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-RL), die nach dem Inkrafttreten im April 2013 zu Erleichterungen im Hinblick auf die personellen und räumlichen Anforderungen an diamorphinsubstituierende Einrichtungen geführt haben. Im September 2013 eröffnete die erste Diamorphinambulanz in Berlin, zugleich die erste derartige Versorgungseinrichtung, die nicht im Zusammenhang mit dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung entstanden ist. Die Kapazität dieser Einrichtung liegt bei etwa 100 Patientinnen und Patienten. Anfang 2014 wurde eine weitere Diamorphinambulanz in Stuttgart eröffnet. Damit werden sich in Deutschland voraussichtlich laufend etwa 600 Personen in einer Diamorphinbehandlung befinden. In Relation zu den aktuell etwa 77.000 Substitutionspatientinnen und

-patienten in Deutschland bleibt die Diamorphinbehandlung für Opiat-Schwerstabhängige weiterhin eine nachrangige Substitutionstherapie.

2.3.4 CAN STOP INTRAMURAL (CANNABISPROJEKTE IM STRAFVOLLZUG)

Im Strafvollzug findet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich höherer Anteil an Drogenkonsumierenden. Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung sind dort aber noch keine Selbstverständlichkeit. Auch 2014 wurden die Anstrengungen zur Umsetzung der Nationalen Strategie auf unterschiedlichen Ebenen fortgesetzt, um die Behandlung und Versorgung von Drogenabhängigen im Strafvollzug auszubauen, Verbesserungen beim Übergang von der Haft in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke zu erreichen und eine einheitlichere Datenerhebung der Situation in Haft zu ermöglichen.

Aufgrund dessen startete im Jahr 2014 das vom BMG geförderte Projekt CAN Stop Intramural mit dem Ziel, das CAN-Stop-Training im Strafvollzug weiter zu verbreiten und zu implementieren, um die Jugendstrafanstalten zu befähigen, dieses Training in eigener Regie in den Vollzugsalltag zu übernehmen.

2.3.5 FRED IN DER STRAFVERFOLGUNG

Aufgrund der anhaltend hohen Zahl der in der Bundesrepublik registrierten Erstkonsumentinnen und -konsumenten illegaler Drogen – vor allem Cannabis – und der laut polizeilicher Kriminalitätsstatistik zunehmenden Rauschgiftdelikte wurde das seit dem Jahr 2000 bundesweit und international erfolgreiche Interventionsprojekt „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) für den Einsatz bei den Strafverfolgungsbehörden adaptiert.

Das im Jahr 2013 begonnene und im August 2014 erfolgreich abgeschlossene vom BMG geförderte Projekt „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten bei den Strafverfolgungsbehörden“ (FreD) der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) setzte an der Schnittstelle Suchtprävention und Justiz an. Das Programm bietet – auf der Grundlage sektorenübergreifender Kooperation – die Möglichkeit einer pädagogischen und gesundheitsbezogenen Intervention als Reaktion auf eine Auffälligkeit im Zusammenhang mit Substanzkonsum.

Basierend auf der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik wurde durch das Projekt die Beachtung und Anwendung des Interventionsansatzes von FreD bei den Strafverfolgungsbehörden Justiz, Polizei und Jugendhilfe im Strafverfahren bundesweit gefördert. Daneben waren Bestandteil des Projektes die Entwicklung und Herausgabe eines Factsheets „Frühintervention“ als Informationsgrundlage für die verschiedenen Zielgruppen, der Versand von Materialien an Adressatinnen und Adressaten der relevanten Behörden und Dienststellen aus den Bereichen Justiz, Polizei und Jugendhilfe im Strafverfahren in den 16 Bundesländern, die Erstellung von Fachartikeln und Veröffentlichungen in justiz-, JGH- und polizei-relevanten Periodika und die Qualifizierung von Fachkräften zu FreD-Trainerinnen und -Trainern.

Das Projekt bietet mit seinen 113 Standorten und ausgebildeten 235 Trainerinnen und Trainern nach wie vor ein Alleinstellungsmerkmal im Feld der erprobten, manualisierten und evaluierten selektiven Suchtpräventionsprogramme mit dem Interventionszeitpunkt der (strafrechtlichen) Erstaufrälligkeit nach Suchtmittelkonsum. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung von FreD vor allem in Bezug auf den erstaufrälligen Konsum von Crystal Meth ist daher vorgesehen.

2.3.6 BEISPIELE AUS DEN LÄNDERN ZUR FORSCHUNG

Hessen

Netzwerk Cannabis in Frankfurt

Der Verbund Jugendberater und Jugendhilfe e. V. Frankfurt hält eine differenzierte, zum Teil über Projekte organisierte Hilfestruktur für Cannabis-konsumierende vor: FreD (Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten), CaBS (Casemanagement und Beratung für cannabis-konsumierende Schüler), Ambulante/Stationäre Rehabilitation, Chat- und Internetberatung.

Weniger entwickelt sind die Schnittstellen zwischen verschiedenen Angeboten, zum Beispiel zwischen Beratung, Rehabilitationsvorbereitung und Ambulanter Rehabilitation/Stationärer Suchttherapie sowie die Vernetzung der Angebote mit Angehörigenberatung und Elterncoaching sowie mit der Konsumreduktionsgruppe Cannabis.

Mit einem von den oben genannten Einrichtungen gebildeten Netzwerk für Beratung und Therapie bei Cannabis-konsum werden die verschiedenen zielgruppenorientierten Beratungsangebote des Suchthilfeverbundes JJ in Frankfurt miteinander verknüpft. Curricula sowie Beratungs- und Behandlungsmodule werden aufeinander abgestimmt und von einem einrichtungsübergreifenden Team gemeinsam weiterentwickelt.

Neben der Verbesserung der Behandlungsqualität über das Netzwerk ist ein weitergehend erleichterner Zugang der Klientel zu den cannabis-spezifischen Angeboten grundlegend wichtig.

Die seit einigen Jahren wachsende Anfrage nach einem Erstgespräch zu Cannabismissbrauch in den

Frankfurter Suchtberatungsstellen trifft auf zum Teil lange Wartezeiten. Zur Gewährleistung einer schnellen Beratungsaufnahme und einer gezielten Zuweisung in passgenaue Hilfen wurde ergänzend das Projekt „Infoabende Cannabis“ entwickelt. Die Infoabende Cannabis ermöglichen eine einfache, rasche Kontaktaufnahme zum Suchthilfesystem. Cannabis-konsumierende, Interessierte, Angehörige sowie Kolleginnen und Kollegen können an den Infoabenden ohne Anmeldung und kostenfrei teilnehmen. Seit dem 24. Juni 2014 finden die Infoabende Cannabis jeden Dienstagabend statt.

Regelmäßig wiederkehrende thematische Bausteine werden von verschiedenen erfahrenen Referentinnen und Referenten des Vereins JJ angeboten. Dazu gehören Themen wie „Erkenntnisse aus der Hirnforschung“, „Cannabis als Medikament“, „Soziale Folgen des Cannabis-konsums“, „Cannabis und MPU“ sowie „Therapiemöglichkeiten“.

Interessierte können zu jedem Zeitpunkt in die Informationsgruppe „einsteigen“ oder auch einzelne Themen auswählen. Der folgende Link hält weitere Informationen bereit:

<http://www.jj-ev.de>

Beteiligte Einrichtungen

Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz/
Jugendberatung und Suchthilfe Sachsenhausen/
Suchthilfezentrum Bleichstraße/Therapeutische
Einrichtung Auf der Lenzwiese/Therapeutische
Einrichtung Eppenhain

Thüringen

Workshop »Drogenrausch«

Der Workshop „Drogenrausch“ ist eine jugendgemäße Quizshow zum Thema illegale Drogen. Zielgruppen sind Jugendliche und junge Erwachsene.

Der „Drogenrausch“ findet im Wohnmobil des „Musikszeneprojektes Drogerie“ statt.

Das Wohnmobil:

- dient als geschützter Raum, das heißt, alles, was im Wohnmobil besprochen wird, bleibt im Wohnmobil,
- ist auf eine Kleingruppe (maximal sechs Personen) beschränkt, in der intensiver am Thema gearbeitet werden kann,
- dient als Eyecatcher, um mit den Jugendlichen vorab ins Gespräch zu kommen, und zur Vorstellung des Musikszeneprojekts Drogerie (niedrigschwelliges Drogenpräventionsprojekt auf Techno-House-Veranstaltungen),
- hat einen Wiedererkennungswert, das heißt, die Jugendlichen, die an unserem Workshop teilnehmen, sind in einem Alter, in dem auch Partyveranstaltungen besucht werden.

Im Laufe der Quizshow können bis zu 1.500 Punkte erreicht werden. Hierzu dienen Ausführungen und Fragen zu verschiedenen Themen wie:

- Definition und Einteilung von legalen und illegalen Drogen

- Aktuelle Zahlen
- Definition Sucht
- Verschiedene Drogen (Amphetamine, Cannabis etc.)
- Jugendstrafrecht
- Betäubungsmittelgesetz
- Führerschein
- Drogentest
- Drogennotfall

Danach erfolgt immer eine Aufklärung bzw. Erklärung. Die Quizshow dauert 90 Minuten plus 30 Minuten als Ansprechpartner für die Jugendlichen.

Der „Drogenrausch“ wurde vom Präventionszentrum der SiT – Suchthilfe in Thüringen gGmbH und der Thüringer Sportjugend im LSB e. V. entwickelt. Die Ziele sind Wissensvermittlung zum Thema illegale Drogen, Ermöglichen von Lernerfahrungen sowie Sensibilisierung gegenüber dem Thema.

Der „Drogenrausch“ besteht nicht nur aus der Beantwortung offener Fragen, sondern auch aus der Auseinandersetzung mit dem Thema, der selbstständigen Reflexion eigener Konsumerfahrungen, der Akzeptanz unterschiedlicher Sichtweisen und der eigenen Meinungsfindung.

Thüringen

»High 5«**Interaktive Ausstellung zum Thema illegale Drogen**

„High 5“ ist eine interaktive Ausstellung zum Thema illegale Drogen, die vom Präventionszentrum der SiT – Suchthilfe in Thüringen gGmbH und der Thüringer Fachstelle Suchtprävention des fdr + - Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. entwickelt worden ist.

Bei der Ausstellung handelt es sich um ein ausleihbares Projektangebot für Jugendliche ab 14 Jahren. Konzipiert wurde es für die schulische und außerschulische Jugendarbeit. Zum Beispiel können Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Mitarbeitende der Jugendhilfe sowie Suchtpräventionsfachkräfte die interaktive Ausstellung „High 5“ an fünf Standorten in Thüringen ausleihen und für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Information und Aufklärung, zur Sensibilisierung und Wertevermittlung einsetzen. Weitere Ziele sind, dass Jugendliche, Berufsschülerinnen und -schüler sowie Studierende gemeinsam über Konsummotive reflektieren und die Heranwachsenden auf Hilfsangebote vor Ort aufmerksam gemacht werden.

Durch verschiedene Methoden und spielerische Aktionen an sieben Stationen gelingt es, die Jugendlichen und jungen Heranwachsenden zu motivieren, sich aktiv und kritisch mit dem Konsum illegaler Drogen auseinanderzusetzen.

Vor Beginn der Stationsarbeit erfolgt eine Einführung in das Thema, die mithilfe zweier verschiedener Methoden durchgeführt werden kann. Danach werden die einzelnen Stationen erklärt und erarbeitet.

1. Station: „Suchtverlauf“
(Wissensvermittlung zu Sucht)
2. Station: „Talkshow“
(Erarbeiten von Problemsituationen)
3. Station: „Tabu-Spiel“
(Förderung der Lebenskompetenz)
4. Station „Quizshow Drogenrausch“
(Wissensvermittlung zu BtmG, Führerschein)
5. Station: „Memory“
(Wissensvermittlung zu Substanzen)
6. Station: „Rollenspiel“
(Erarbeiten von Problemsituationen)
7. Station: „Meine High 5´s“
(Förderung von Schutz- und Risikokompetenzen)

3 BERATUNG, BEHANDLUNG, VERSORGUNG UND SCHADENS-MINIMIERUNG BEI STOFF-UNGEBUNDENEN SÜCHTEN

3.1 PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

Im Hilfesystem des pathologischen Glücksspiels sind die wichtigsten ersten Anlaufpunkte zumeist ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen sowie die verschiedenen Hotlines, die von der BZgA und den Fachstellen angeboten werden.

Das therapeutische Angebot reicht von Einzel- und Gruppengesprächen in der ambulanten Behandlung über Vorbereitung, Vermittlung und Nachsorge stationärer Aufenthalte in einer Fachklinik bis hin zur Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Im Rahmen des seit 2008 geltenden Glücksspielstaatsvertrages, aktualisiert am 01.07.2012, haben die Bundesländer – denn bei ihnen liegt die Gesetzgebungskompetenz – das Hilfsangebot für Menschen mit Glücksspielsucht ausgebaut. Hierfür haben inzwischen alle Bundesländer eigene Landesfachstellen für Glücksspielsucht eingerichtet:

<http://www.lsgbayern.de/index.php?id=42>.

Diese haben sich auch dafür eingesetzt, die Qualifizierung von Fachkräften in Suchtberatungsstellen zu intensivieren und Hilfen für Glücksspielsüchtige und deren Angehörige zu erweitern.

Die aktuelle deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) von 2014 zeigt, dass pathologisches Glücksspiel im Jahr 2013 mit 11.704 Hauptdiagnosen in ambulanten und stationären Einrichtungen mehr Fallzahlen als die Hauptdiagnosegruppe Kokain verzeichnet. Pathologisches Glücksspiel rangiert hinter Alkohol, Cannabis, Opioiden und Stimulanzien auf Platz fünf der

verbreitetsten Süchte hinsichtlich der Fallzahl der betreuten/behandelten Personen.

Siehe hier Kuchendiagramm der DSHS, S. 11, Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant) und 12, Verteilung der Hauptdiagnosen stationär

http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs_jahresbericht_2013.pdf

Mit einem Verhältnis von 1:7,6 sind auch hier wesentlich mehr Männer von der Störung betroffen als Frauen, wobei der Männeranteil noch höher ist als bei allen substanzbezogenen Störungen und sogar den von Kokain überschreitet (in ambulanten und stationären Einrichtungen).

Die Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel hängt häufig mit folgenden Einzeldiagnosen (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit) zusammen: Alkohol (ambulant: zwölf Prozent, stationär: 68 Prozent), Tabak (ambulant: 22 Prozent, stationär: 72 Prozent), Cannabis (ambulant: sechs Prozent, stationär: 15 Prozent) und begrenzt mit Kokain (ambulant: zwei Prozent, stationär: sieben Prozent). Pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler gehören zu den älteren von Sucht betroffenen Personen (ambulant: 35 Jahre, stationär: 37 Jahre). Störungen im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel gehen im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen seltener mit Erwerbslosigkeit einher (ambulant: 23 Prozent, stationär: 37 Prozent) und Personen mit glücksspielbezogenen Störungen sind im Vergleich zu Personen mit Substanzstörungen häufiger in festen Beziehungen (ambulant: 51 Prozent, stationär: 44 Prozent). Pathologische Glücksspieler(innen) weisen im Vergleich zu Personen mit substanzgebundenen Störungsbildern die im Durchschnitt kürzeste Behandlungsdauer auf, sowohl im ambulanten (169 Tage) als auch im stationären Bereich (74 Tage).

Die Behandlung von Störungen bezogen auf pathologisches Glücksspiel hat je nach Einrichtungstyp unter-

schiedlich hohe Erfolgsraten: Während im ambulanten Bereich die Planmäßigkeit der Behandlungsbeendigung relativ niedrig bei 53 Prozent liegt (Spitzenwert Alkohol mit 68 Prozent), weist pathologisches Glücksspiel im stationären Bereich mit 82 Prozent die zweithöchste Planmäßigkeit auf.

Was die berufliche Integration anbelangt, scheint ein leichter Trend dahingehend zu bestehen, dass im ambulanten Setting der Anteil Erwerbsloser insgesamt zunimmt (vier von sechs Hauptdiagnosegruppen zunehmend: Alkohol: +1 Prozent, Kokain: +3 Prozent, pathologisches Spielen und Stimulanzien jeweils +7 Prozent), während im stationären Setting der Anteil Erwerbsloser eher rückläufig ist (vier von sechs Hauptdiagnosegruppen abnehmend: Stimulanzien: -2 Prozent, Opioide: -5 Prozent, pathologisches Glücksspielen: -8 Prozent, Kokain: -13 Prozent). Dies könnte auf einen Trend hindeuten, dass zunehmend Personen mit besserer (sozialer) Prognose im stationären Segment behandelt werden. Eine Ausnahme hiervon stellt die Hauptdiagnosegruppe Cannabis dar, bei der im ambulanten Bereich ein Rückgang (-3 Prozent) und im stationären Bereich eine Zunahme (+5 Prozent) des Erwerbslosen-Anteils zu verzeichnen ist.

Selbsteilung bei pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern: Kann man nach Ansicht der HSDS weglassen, weil Anteil verschwindend gering.

3.1.1 KATAMNESE-PROJEKTE ZUR GLÜCKSSPIELSUCHT IN DER STATIONÄREN BEHANDLUNG

Der Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) führt derzeit unter wissenschaftlicher Begleitung der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz eine vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte multizentrische Katamnese-Studie bei Patientinnen und Patienten aus der stationären Rehabilitation mit der Hauptdiagnose

Pathologisches Glücksspiel durch. Ziel ist es, in drei Erhebungswellen Variablen zu identifizieren, welche den Therapieerfolg kurz- und mittelfristig beeinflussen. Das Projekt befindet sich derzeit in seiner Abschlussphase und wird am 30. April 2015 beendet sein. Im Sommer 2015 ist dann mit der Veröffentlichung erster Ergebnisse zu rechnen.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden 403 Patientinnen und Patienten aus acht Rehabilitationszentren in die Untersuchung eingeschlossen. Zum zweiten Messzeitpunkt (unmittelbar nach dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme) konnten aus diesem Kollektiv 367 Patientinnen und Patienten zu den unmittelbaren Therapieeffekten befragt werden. In beiden Erhebungswellen wurden umfassende Daten zur Soziodemografie, Vorgeschichte und Komorbidität (Deutscher Kerndatensatz), Symptombelastung sowie zu subklinischen Faktoren, die den Behandlungsverlauf und die Abstinenzetablierung beeinflussen (Persönlichkeitsmerkmale, Konsequenzerwartungen), erhoben. In der derzeit stattfindenden Abschlusserhebung werden die Entwicklung der Patientinnen und Patienten zwölf Monate nach Therapieende sowie durch die Therapie erlebte psychosoziale Veränderungen und die Nutzung von Anschlussbehandlungen erfasst. Ein mögliches Rückfallgeschehen wird detailliert erfragt und zwischen singulären, zeitlich umgrenzten und anhaltenden Rückfällen unterschieden. Zusätzlich werden Daten zum Umgang mit Rückfällen und Verführungs- bzw. Risikosituationen erhoben, um Strategien zu identifizieren, die mit einer erfolgreichen Aufrechterhaltung bzw. Re-Etablierung einer Abstinenz in Zusammenhang stehen.

Ein weiteres Ziel der Studie ist die Entwicklung eines standardisierten Katamnese-Verfahrens, das zur Implementierung in der stationären Rehabilitation pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler geeignet sein kann. Umfassende Analysen sollen zudem die Identifikation von Prädiktoren erlauben, die einen Behandlungserfolg begünstigen bzw.

Risikofaktoren für ein späteres Rückfallgeschehen darstellen. Erste Erkenntnisse zu stärker individualisierten bzw. adaptiven Therapieansätzen sollen in diesem Zusammenhang erarbeitet werden.

Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern

Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U., Schwarz, S. & Petry, J.

Seit Beginn der 90er Jahre existieren erste systematische glücksspieler-spezifische Behandlungsprogramme in Deutschland. Einen erheblichen Schritt nach vorn getan hat die Behandlung pathologischer Glücksspieler in Deutschland durch die „Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ vom März 2001 (VDR, 2001). Seither ist es möglich, die Diagnose F63.0 Pathologisches Spielen als primäre Rehabilitations-Diagnose zu stellen und eine Kostenübernahme für eine entsprechende Behandlung über den Rentenversicherungsträger zu erreichen. Der überwiegende Teil der Behandlungen pathologischer Glücksspieler(innen) findet im Rahmen der medizinischen Rehabilitation statt – hier wiederum weit überwiegend in Form stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen.

Unter Einbeziehung von fünf Kliniken, die überwiegend über eine langjährige Erfahrung in der Behandlung pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler verfügen, wird nun erstmals eine umfassende Katamnese-Untersuchung für den Bereich der stationären Behandlung pathologischer Glücksspielerinnen und -spieler vorgelegt (Premper et al. 2014). Die Untersuchung ist multizentrisch angelegt, an ihr sind fünf Kliniken beteiligt, die AHG Klinik Berus, die AHG Kliniken Daun, die AHG Klinik Münchwies, die AHG Klinik Schweriner See sowie die AHG Klinik Wilhelmsheim. Die Erhebung wurde als Volluntersuchung der pathologischen Glücksspieler(innen), die in den

genannten Kliniken nach erfolgter Behandlung im Zeitraum 01.10.2009 bis 30.09.2010 entlassen wurden, durchgeführt. Die Nachbefragung erfolgte im Zeitraum 01.10.2010 bis 30.09.2011, untersucht wurden 617 Patientinnen und Patienten. Von diesen wurden 225 in einem Behandlungssetting für Abhängigkeitserkrankungen und 392 in einem Behandlungssetting für psychosomatische Erkrankungen behandelt. Die Messungen fanden bei Aufnahme, bei Entlassung und zwölf Monate nach der Behandlung statt.

Katamnese-Studien dienen der Überprüfung der Behandlungswirksamkeit. Da die Behandlungsprogramme der beteiligten Kliniken abstinentorientiert sind, ist die Hauptfragestellung die nach dem Abstinenzstatus, das heißt nach dem Vorliegen von Glücksspielfreiheit (Abstinenz) zum Nachbefragungszeitpunkt. Weiter wurde untersucht, welche Anlässe es für erneutes Glücksspielen gibt, wie sich die gedankliche und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen entwickelt hat, welche Veränderungen sich in der sozialen und beruflichen Situation der Patientinnen und Patienten ergeben haben und welcher Zusammenhang sich dabei mit dem Abstinenzstatus zeigt. Schließlich wurde untersucht, ob sich spezifische Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit identifizieren lassen.

Von den 617 pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern, die in die Untersuchung einbezogen waren, antworteten 345 – damit lag die Rücklaufquote bei 55,9 Prozent. Die Abstinenzquoten wurden nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 2001) berechnet. Die katamnestische Erfolgsquote lag berechnet auf Basis der Gesamtstichprobe bei 39,7 Prozent und berechnet auf Basis der Katamnese-Antwortenden bei 71,0 Prozent. Als häufigste Anlässe für erneutes Glücksspielen wurden negativ gefärbte Gefühlszustände wie Frustration und Enttäuschung (von 45,6 Prozent), Anspannung und Unruhe (von 38,3 Prozent) sowie Ärger (von 38,3 Prozent) genannt. Die gedankliche und

emotionale Involviertheit in das Glücksspielen nahm im Vergleich von Behandlungsbeginn (MW = 19,8) zu Behandlungsende (MW = 6,5) deutlich ab und stieg zum Katamnese-Zeitpunkt (MW = 10,1) wieder leicht an. Dabei zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, die zum Katamnese-Zeitpunkt glücksspielfrei waren, schon zu Behandlungsbeginn signifikant geringere Werte bei der gedanklichen und emotionalen Involviertheit in das Glücksspielen aufwiesen als die später rückfälligen.

Die soziale Situation hat sich für einen erheblichen Teil der Befragten verbessert. Die Quote der Erwerbstätigen stieg von 45,7 Prozent bei Therapiebeginn auf 60,9 Prozent zum Nachbefragungszeitpunkt. Von den Patientinnen und Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos waren, gaben 30,3 Prozent an, wieder in Arbeit zu sein. In einer festen Beziehung lebten zum Nachbefragungszeitpunkt 51,9 Prozent, während es zu Therapiebeginn 44,5 Prozent waren. Als Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit erwiesen sich eine geringe Fähigkeit zum Umgang mit negativ gefärbten Gefühlen, eine hohe Anzahl von Spieltagen pro Monat, eine hohe gedankliche und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen, eine geringe Anzahl glücksspielfreier Tage vor Beginn der Behandlung sowie Arbeitslosigkeit.

Berücksichtigt man, dass bei pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern von häufigem Wohnortwechsel und schwankender Mitwirkungsbereitschaft auszugehen ist, so ist die Rücklaufquote von 55,9 Prozent als gut zu betrachten. Die katamnestischen Erfolgsquoten sind vergleichbar mit denen aus der Behandlung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten. Die bisher identifizierbaren Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit sollten in zukünftigen Katamnese-Studien noch genauer untersucht werden. Ferner sollten Wege gefunden werden, wie die Rücklaufquoten noch weiter verbessert werden können.

3.2 COMPUTERSPIEL- UND INTERNETABHÄNGIGKEIT

Menschen mit problematischer oder pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung fallen in der Familie und im engeren Umfeld meist durch sozialen Rückzug und die Vernachlässigung der schulischen oder beruflichen Verpflichtungen auf. Oft sind es Angehörige oder Freunde, die in den Beratungsstellen Hilfe suchen.

Im Bereich der Behandlung von pathologischer Computerspiel- und Internetnutzung existieren in psychiatrischen, psychosomatischen und Suchtkliniken spezielle ambulante und stationäre Therapieangebote für Computerspiel- und Internetabhängige. Mit der Förderung verschiedener Studien hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu beigetragen, dass neue Hilfsangebote für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen entwickelt, erprobt und eingeführt sowie Hilfestellungen für Multiplikator(inn)en zur Verfügung gestellt wurden.

Internetabhängigkeit ist bislang nicht als eigenständige Krankheit anerkannt (siehe dazu den Abschnitt A6 Situation in Deutschland – Computerspiel- und Internetabhängigkeit). Die Aufnahme der „Internet Gaming Disorder“ als Forschungsdiagnose im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) der American Psychiatric Association (APA) ist ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Internetabhängigkeit als eigenständige Krankheit, auch wenn sie sich ausschließlich auf pathologische Formen des Computerspielens bezieht. Andere Formen pathologischer PC-Nutzung – zum Beispiel in Bezug auf soziale Netzwerke oder Online-Pornografie – gelten demnach zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht hinreichend untersucht.

3.2.1 BEISPIELE AUS DEN VERBÄNDEN

Selbsteilung bei pathologischen Glücksspielern. Eine empirische Untersuchung zu den Möglichkeiten, mithilfe von Spielerschutzmaßnahmen Selbstheilungsprozesse zu initiieren und zu fördern.

Diese Studie wurde durchgeführt vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) und gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Vor dem Hintergrund des national und international defizitären Forschungsstandes zu Remissionsprozessen bei pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern waren mit der Durchführung dieser Studie zwei primäre Ziele verbunden. Zum einen sollte es ermöglicht werden, die Gruppe der Selbstheilerinnen und Selbstheiler auf Basis einer gesicherten empirischen Grundlage detailliert zu beschreiben (Analyseteil I). Darauf aufsetzend bestand das zweite Hauptziel in der Identifizierung von Indikatoren, die erklären, warum es einer großen Zahl von pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern (PGS) gelingt, aus der Spielsucht herauszuwachsen, während andere auf professionelle Hilfe angewiesen sind bzw. in ihrer Sucht verharren (Analyseteil II). Es sollte dabei insbesondere untersucht werden, wie sich diese Erkenntnisse für eine Verbesserung der Maßnahmen zum Spielerschutz nutzen lassen.

Insgesamt 347 Personen sind im Rahmen von telefonischen, schriftlichen und internetgestützten Interviews zu ihrem aktuellen und früheren Spielverhalten, zu glücksspielbezogenen Problemen, zur Inanspruchnahme von Hilfen, zu den Barrieren einer solchen Inanspruchnahme, zu Spielmotiven, zu kognitiven Verzerrungen, zum aktuellen Gesundheitsstatus u. v. m. befragt worden. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte vorrangig über Anzeigen bzw. Hinweise zur Studie, welche in Wochenblättern, in öffentlichen Verkehrsmitteln und in Internetportalen platziert

wurden. Zudem wurden gesperrte Kundinnen und Kunden einer Spielbank und ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer der PAGE-Studie um Teilnahme gebeten. Zwecks besserer Abgrenzung der Untersuchungsgruppen wurden letztendlich 260 ehemalige bzw. aktuelle PGS in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen: Selbstheilerinnen und Selbstheiler (n = 62); Remittierte mit formeller Hilfe (n = 54); PGS ohne formelle Hilfe (n = 84) und PGS mit formeller Hilfe (n = 60). Die Auswertungen erfolgten in Form von Gruppenvergleichen.

Analyseteil I:

Vergleich der ehemaligen und aktuellen pathologischen Glücksspielenden mit und ohne formelle Hilfe

Selbstheilerinnen und Selbstheiler unterscheiden sich hinsichtlich demografischer und sozialstruktureller Merkmale kaum von den anderen drei Untersuchungsgruppen. Auch in Bezug auf die Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien und die Dauer der Spielprobleme zeigen sich nur kleinere Unterschiede. Hingegen empfinden im Vergleich zu den Selbstheilerinnen und Selbstheilern deutlich mehr Remittierte mit formeller Hilfe im Rückblick die eigene Spielsucht als schwerwiegend.

Sehr viele Studienteilnehmende haben akute psychische Probleme. Je nach Untersuchungsgruppe sind zwischen einem Drittel und drei Viertel von ihnen aktuell von depressiven Symptomen betroffen. Hinsichtlich der Frage nach früheren ambulanten wie stationären Behandlungen aufgrund einer Depression finden sich die höchsten Anteile jeweils bei den Betroffenen, die auch von einer Inanspruchnahme glücksspielbezogener formeller Hilfe berichten.

Gefragt nach den Motiven der Teilnahme am Glücksspiel spielt insbesondere das Coping eine wichtige Rolle. So ist mit der Teilnahme am Glücksspiel oftmals die Hoffnung verbunden, von bestehenden Sorgen oder Problemen abzulenken oder negativen Stimmungen zu entfliehen. Insbesondere die Befragten, die

schon einmal formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben, weisen hinsichtlich dieser maladaptiven Bewältigungsstrategien deutlich erhöhte Werte auf.

Insgesamt liefern die Ergebnisse dieses Analyseteils nur wenige Anhaltspunkte dafür, dass Selbstheilungsprozesse mit vertretbarem Aufwand gezielt befördert werden können. Hierfür wären Maßnahmen erforderlich, mit denen es gelingt, psychisch belasteten Menschen frühzeitig, effizient und dauerhaft zu helfen, sodass ein Entfliehen vor den Problemen mithilfe des Glücksspiels nicht mehr notwendig ist.

Analyseteil II:

Ansätze für Prävention und Hilfe

Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass die Remittierten mit formeller Hilfe in stärkerem Maße auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen, als dies bei den Selbstheilerinnen und Selbstheilern der Fall ist. Auch bei den Ergebnissen zu den persönlichen Strategien zur Beendigung des exzessiven Spielens bzw. zur Aufrechterhaltung des Spielstopps ergeben sich für die Selbstheilerinnen und Selbstheiler durchgängig geringere Prozentanteile; bei vielen Vermeidungsstrategien liegen signifikante Abweichungen zugunsten der Remittierten mit formeller Hilfe vor.

Insgesamt lassen sich keine Maßnahmen oder Strategien identifizieren, die für die Förderung von Selbstheilungsprozessen eine spezifische Relevanz hätten. Es ergeben sich jedoch einige wichtige Hinweise darauf, in welchen Bereichen das Präventions- und Hilfsangebot für problematische und pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler ausgebaut werden sollte. Insbesondere sind hier zu nennen: die Entwicklung von Tipps über erfolgversprechende Vermeidungsstrategien des Spielens, die Ausweitung des Sperrsystems (zum Beispiel Spielhallen), die Verstärkung der Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Schuldnerberatung sowie die Weiterentwicklung von Selbsthilfematerialien.





Fachtagung des Fachverbands Medienabhängigkeit e. V.

Im vorjährigen Symposium wurde die Aufnahme von „Internet Gaming Disorder“ in das amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 thematisiert. Aktuell diskutiert die WHO die Revision des ICD und beschäftigt sich dabei eingehend mit dem Thema Verhaltenssuchte, zu denen auch Medienabhängigkeit gehört. Damit wird das eng umrissene Störungsverständnis des DSM-5 auf andere pathologische Mediennutzungsformen erweitert. Der Fachverband Medienabhängigkeit e. V. hat deshalb sein fünftes Symposium in Hannover auf den für 2017 erwarteten ICD-11 bezogen und ein breites Spektrum an internetbasierten Mediennutzungsformen auf ihre Suchtpotenziale und ihre Pathologie hin genauer betrachtet.

Auch in diesem Jahr konnten nationale und internationale Expertinnen und Experten gewonnen werden, so dass Verhaltenssuchte und Verbraucherschutzthemen präsentiert und diskutiert werden konnten. Der diesjähriger Kooperationspartner für

die Durchführung, die Medizinische Hochschule Hannover, hat die Tagung tatkräftig unter anderem mit drei Beiträgen aus eigenen Forschungsbereichen unterstützt. Prof. Dr. Krüger (Medizinische Hochschule Hannover) eröffnete die Fachtagung mit einem Vortrag über exzessives Sexualverhalten, in welchem er Definition, Grundlagen und klinische Aspekte darstellte. Mit dem Thema „Pathologisches Kaufen off- und online“ referierte anschließend PD Dr. Müller (Medizinische Hochschule Hannover) über ein weiteres Mediensuchtverhalten, das allgemein eher noch als Randthema betrachtet wird.

Die vielschichtigen Diskussionen über Browsergames/Free-to-Play-Games wurden im Vortrag von Michael Dreier (Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz) aufgegriffen und Suchtmechanismen wie vorliegende Studienergebnisse dazu erläutert.

In den drei sich anschließenden Workshops wurden praxisnahe Themen im Diskurs mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bearbeitet: „Internet-

süchtige Mädchen im deutschen Suchthilfesystem“, „Spielimmanente Faktoren, die süchtig machen“ und „Manualisierte Behandlung Suchtkranker“. Als besonderes Highlight konnte Frau Dr. Kimberley Young über eine Videokonferenz zum Thema „Evaluation and Treatment“ am Symposium mit einem Hauptvortrag teilnehmen. Dr. Young gab einen differenzierten Überblick zu „Internet Addiction“, in dem sie einen Bogen von Untersuchungen aus den Anfängen ihrer Forschung zur heutigen Situation und den aktuellen Problemfeldern wie zum Beispiel „Social Networking“ schlug.

Weitere Vorträge befassten sich mit neurobiologischen Befunden bei Medienabhängigkeit (Hr. Groh, Medizinische Hochschule Hannover), diagnostischen Kriterien bei Internetsucht (Hr. Müller, Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz) und via Videokonferenz konnte Dr. Ellen Helsper (London School of Economics and Political Science) mit einem auf aktuellen Studien basierenden Hauptvortrag zum Thema „Vulnerability and excessive Internet use in Adolescents“ die Tagung bereichern.

Hr. Dr. Bross und Hr. Knothe rundeten mit einem Beitrag „Juristisches zur Mediennutzung und -sucht“ den Tag ab und gaben Inputs zu Verbraucherschutz, Suchtvorbeugung und Betriebsvereinbarungen.

Der Vorstand des Fachverbandes Medienabhängigkeit erarbeitete aus den Erkenntnissen des Symposiums Handlungsempfehlungen, welche Free-to-Play-Games und kostenlose Apps betreffen. Die präventiven Handlungsempfehlungen beziehen sich insbesondere auf das Monetarisierungsdesign von Computerspielen:

- Keine Verschleierung der tatsächlichen Geldbeträge durch In-Game-Währungen
- In-Game-Anzeige über insgesamt investiertes Geld nach dem Login
- Retrospektive Warenkorbanzeige

- Keine 1 Klick-Käufe
- Nicht zwei, sondern drei Optionen aufzeigen (1. kostenlos spielen, 2. Geld aufwenden, 3. das Spiel beenden) → insbesondere für Kinder und Jugendliche von Bedeutung
- Dichotome Ranglisteninformation über Echt-Geld-Einsatz auf Accounts
- Rückgaberecht für ungenutzte In-Game-Käufe

Die sehr positive Resonanz auf die breitgefächerte Palette und attraktive Gestaltung des Symposiums durch Theorie- und Praxisanteile sowie zahlreiche Möglichkeiten zum Austausch hat in der anschließenden Mitgliederversammlung dafür gesorgt, dass die Entscheidung für eine jährliche Durchführung getroffen wurde. Am 12./13.11.2015 soll das sechste Symposium in Berlin stattfinden. Ein „call for papers“ wird in Kürze auf der Homepage veröffentlicht.

<http://www.fv-medienabhaengigkeit.de>

3

Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

1 SUCHTSTOFFÜBERGREIFENDE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

1.1 TEILHABE AM ARBEITSLEBEN FÜR SUCHTKRANKE MENSCHEN

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. In diesem Zusammenhang gewinnt die Verknüpfung von Eingliederungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB II/SGB III) mit gesundheitsorientierten Angeboten anderer Leistungsträger zunehmend an Bedeutung. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat bereits in ihrer Beratung und ihren Produkten verschiedene eigene Maßnahmen zur Gesundheitsorientierung von Arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden ergriffen und leistet damit in beiden Rechtskreisen einen signifikanten Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie hält mit ihren Fachdiensten (dem Berufspsychologischen Service und dem Ärztlichen Dienst) fachkompetente Ansprechpartner und Dienstleister für die berufliche (Wieder-) Eingliederung von Arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden bereit. Die Jobcenter machen – sofern kein spezifisches Angebot der Krankenkassen bereitgestellt wird – schon heute von den Möglichkeiten Gebrauch, Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik mit gesundheitsorientierten Elementen zu ergänzen. Darüber hinaus stärkt die Bundesagentur die Kompetenzen ihrer Fachkräfte durch Qualifizierungsmaßnahmen in den Handlungsfeldern ressourcen- und lösungsorientierter Beratung sowie in Themengebieten, die eine spezifische gesundheitsorientierte Fachlichkeit erfordern (zum Beispiel für die Integrationsarbeit mit Sucht- oder chronisch kranken Menschen).

Mit der seit dem Jahre 2012 bestehenden Kooperation zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)

und Bundesagentur für Arbeit (BA) werden Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik enger verzahnt. Im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts wird in einem ersten Schritt an sechs Standorten erprobt, wie arbeitslose Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im Rechtskreis SGB II einen erleichterten Zugang zu Präventionsangeboten der Gesetzlichen Krankenkassen erhalten können. Die auf die Zielgruppe zugeschnittenen Angebote der Krankenkassen enthalten dabei auch Elemente zur Suchtmittelprävention.

Die Initialisierungsphase läuft noch bis Mitte des Jahres 2015. Im Anschluss sollen sukzessive weitere Standorte in die Erprobung aufgenommen werden.

• **Modul „Gesundheitsorientierung“ für Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem Träger nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III**
Mit dem Modul „Gesundheitsorientierung“ steht den gemeinsamen Einrichtungen seit dem Jahr 2013 ein flexibel einsetzbares Modul, das bis zu 20 Prozent der Teilnahmedauer der Maßnahme nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III umfassen kann, zur Verfügung. Träger von Maßnahmen der Arbeitsförderung erhalten einen konkreten Rahmen für die gesundheitsorientierten Aktivitäten und können entsprechende Angebote professionell gestalten. Dieses Modul beinhaltet die Säulen Stressbewältigung, Bewegung, gesunde Ernährung, Umgang mit eigenem Konsumverhalten sowie Selbstmanagement.

»Banane: das einzig legale krumme Ding«

(Zitat unbekannter Herkunft)

• **Integrationsarbeit mit chronisch erkrankten Menschen**
Für Suchtkranke oder Substituierte, die darüber hinaus an einer HIV-Infektion leiden, bietet die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) den Vermittlungs- und Integrationsfachkräften der Agenturen für Arbeit und der gemeinsamen Einrichtungen ein Qualifizierungsmodul an, das Kompetenzen beim Umgang mit chronischen Erkrankungen am Beispiel der Immunschwäche HIV vermittelt.

Im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements bietet die BA auch eine spezialisierte Betreuung von suchterkrankten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern im Rechtskreis SGB II an.

Für die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (SGB II) unterstützen die kommunalen Eingliederungsleistungen wie zum Beispiel die Suchtberatung im Rahmen der ganzheitlichen und umfassenden Beratung maßgeblich den Eingliederungsprozess in Arbeit. Die Kommunen erbringen diese Eingliederungsleistungen individuell vor Ort.

Konkrete Aktivitäten mit Bezug zu den Themenfeldern Drogen und Sucht:

- Modellprojekt von BA und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Integrationsarbeit mit chronisch erkrankten Menschen

Basierend auf einer gemeinsamen Erklärung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. und der BA vom 01.12.2012 wurde zusammen mit der Deutschen AIDS-Hilfe ein Qualifizierungsangebot „Leben und Arbeiten mit HIV – ein Beispiel für den Umgang mit chronischen Erkrankungen und Tabuthemen“ erarbeitet, welches im Jahre 2014 den Vermittlungs- und Integrationsfachkräften der BA nachfrageorientiert zur Verfügung gestellt wurde. Ein wesentlicher Bestandteil des Schulungsmoduls ist der empfohlene Umgang im Rahmen der Integrationsarbeit mit substituierten Personen.

2 SUCHTSTOFFSPEZIFISCHE REGELUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

2.1 TABAK

2.1.1 TABAKSTEUERERHÖHUNG 2013 UND 2014

Am 1. Januar 2015 ist die fünfte Steuererhöhung des Tabaksteuermodells, welches mit dem Fünften Gesetz zur Änderung von Verbrauchsteuergesetzen vom 21. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2221) umgesetzt wurde, in Kraft getreten. Die Tabaksteuer auf Zigaretten und Feinschnitt war zuvor schon am 1. Mai 2011, am 1. Januar 2012, am 1. Januar 2013 und am 1. Januar 2014 erhöht worden.

Die Steuererhöhungen sind so ausgestaltet, dass die steuerliche Belastung von Feinschnitt stärker steigt als die steuerliche Belastung von Zigaretten. Abhängig von der jeweiligen Preisklasse erfordert jede Steuererhöhung bei Zigaretten eine steuerinduzierte Preisanpassung von 4 bis 8 Cent bezogen auf eine Packung mit 19 Zigaretten und bei Feinschnitt von 12 bis 14 Cent bezogen auf eine Packung mit 40 Gramm Feinschnitt.

Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland

In Deutschland sank in den vergangenen 15 Jahren erstmals seit Bestehen der Bundesrepublik der Zigarettenkonsum deutlich – vor allem Jugendliche rauchen weniger. An diesem Rückgang waren preisrelevante Tabaksteuererhöhungen maßgeblich beteiligt. Seit dem Jahr 2011 gibt es zwar wieder Steuererhöhungen, diese sind jedoch mit jährlich etwa zwei Prozent sehr gering. Zum Januar 2015 soll die letzte Tabaksteuererhöhung stattfinden. Weitere Erhöhungen sind nicht geplant. Diese Steuererhöhungen haben jedoch keinen Lenkungseffekt, das heißt, sie sind zu gering,

ABBILDUNG 29:
ENTWICKLUNG DER STEUER UND DES KONSUMS VON FABRIKZIGARETTEN IN DEUTSCHLAND WÄHREND DER VIER PHASEN DER TABAKSTEUERERHÖHUNGEN VON 1997 BIS 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (1998–2014) Finanzen und Steuern – Absatz von Tabakwaren 1997–2013. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

um das Rauchverhalten zu beeinflussen. Ergänzende Tabakkontrollmaßnahmen fehlen. Infolgedessen stieg der Zigarettenkonsum 2011 im Vergleich zum Vorjahr um fünf Prozent – das ist die größte Steigerung innerhalb des vorangehenden Jahrzehnts. Im Jahr 2012 stieg der Raucheranteil unter den Jugendlichen (zwölf bis 17 Jahre) und unter den jungen Erwachsenen (18 bis

24 Jahre) deutlich. Daher sind eine deutliche jährliche Tabaksteuererhöhung sowie eine Gleichbesteuerung aller Tabakprodukte dringend angezeigt.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_Tabaksteuererhoehungen_und_Rauchverhalten_in_Deutschland.pdf

ABBILDUNG 30:
ENTWICKLUNG DES RAUCHVERHALTENS DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG WÄHREND DER VIER PHASEN DER
TABAKSTEUERERHÖHUNGEN VON 1997 BIS 2012



Quellen: Statistisches Bundesamt 1998–20149, Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2014

2.1.2 BEKÄMPFUNG DES ZIGARETTENSCHMUGGELS

Der Zigaretenschmuggel stellt seit Jahren ein Problem von internationaler Tragweite dar. Das Preisgefälle in Europa, der hohe Erwerbspreis für die Konsumentinnen und Konsumenten in Deutschland und die

niedrigen Herstellungskosten für Zigaretten beispielsweise in Osteuropa bleiben in der Gesamtbetrachtung ein lukrativer Anreiz für illegale Zigaretteneinfuhren. Der Zollverwaltung liegen für die tatsächliche Größe des deutschen Zigaretenschwarzmarktes zwar keine eigenen und belastbaren Zahlen vor, doch lassen die Studien von Industrie, Wirtschaft und Verbänden die

Schlussfolgerung zu, dass die Nachfrage nach und der Nachschub an unbesteuerten Zigaretten unverändert groß ist.

Nach wie vor werden auf dem Schwarzmarkt sowohl unbesteuerte Originalzigaretten der namhaften Zigarettenhersteller wie auch Fälschungen dieser Marken zigaretten angeboten. Überwiegend werden aber die sogenannten „Uncommon Brands“ festgestellt. Hierbei handelt es sich um im Ausland legal nach Maßgabe des dort geltenden Rechts hergestellte Zigaretten, die aber in der Regel keinen regulären Absatzmarkt besitzen. Zunehmend wurde festgestellt, dass selbst diese „Uncommon Brands“ als Fälschungen auf dem deutschen Schwarzmarkt angeboten werden.

Bei gefälschten Zigaretten – unabhängig davon, ob es sich um Fälschungen von Marken zigaretten oder „Uncommon Brands“ handelt – besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Herstellung dieser Fälschungen nicht den vorgeschriebenen Qualitäts- und Hygienevorschriften entspricht und die gefälschten Zigaretten damit möglicherweise unzulässige oder zumindest bedenkliche Bestandteile enthalten. Hauptziel bei der Bekämpfung des Zigaretenschmuggels ist zum einen die Reduzierung der in das Steuergebiet eingeschmuggelten bzw. illegal verbrauchten Tabakwaren durch Sicherstellung, um fiskalische und gesundheits- sowie wirtschaftspolitisch relevante Schäden zu minimieren, und zum anderen die Identifizierung und Zerschlagung illegaler Strukturen des Zigarettenhandels, um so präventiv und repressiv dem Nachschub illegaler Zigaretten auf den deutschen Schwarzmarkt begegnen zu können.

Dies erfordert eine intensive Beobachtung der Zigaretten-Kriminalität im Bundesgebiet und in der EU sowie eine phänomenologische Auswertung aller vorliegenden Informationen zu diesem Deliktsfeld. Der Zigaretenschmuggel stellt eine internationale Problematik dar, sodass die Bekämpfung dieses Deliktsfeldes auch durch die internationale Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden innerhalb und außerhalb

der EU erfolgen muss. Unter anderem leisten die in diverse Länder entsandten Zollverbindungsbeamten und -beamten hierzu einen erheblichen Beitrag.

2.1.3 AUSGABEN DER TABAKINDUSTRIE FÜR WERBUNG, PROMOTION UND SPONSORSHIP

Die Mitgliedstaaten des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle (FCTC) sind nach Artikel 13 verpflichtet, die Offenlegung der Werbeausgaben der Tabakindustrie zu gewährleisten. Deutschland hat im Jahr 2005 zwischen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem damaligen Verband der Zigarettenindustrie (vdc) eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Aufwendungen der Tabakindustrie in der Tabakwerbung in Deutschland, nach Werbeträgern gegliedert, jährlich und notariell beglaubigt mitgeteilt werden. Die Vereinbarung wurde ab dem Berichtsjahr 2008 vom neu gegründeten Deutschen Zigarettenverband (DZV) sowie vom nicht mehr dem DZV angeschlossenen Tabakhersteller Philip Morris GmbH übernommen. Die Angaben zu den Werbeausgaben der Tabakindustrie werden im Drogen- und Suchtbericht veröffentlicht.

Damit liegen der Bundesregierung vergleichbare Angaben zu jährlichen Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring ab dem Jahr 2005 vor. Die von der deutschen Tabakindustrie mitgeteilten Zahlen beinhalten die Ausgaben für direkte Marketingmaßnahmen und zu Teilen die Ausgaben für indirektes Marketing und Konsumentenansprachen. Darüber hinausgehende Maßnahmen sind in den Angaben nicht enthalten.

Mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbotes mit grenzüberschreitender Wirkung in Deutschland zum 29. Dezember 2006 haben sich nach der Tabakwerberichtlinie der Europäischen Union (2003/33/EG) ab 2007 die Werbeausgaben der Tabakindustrie im Vergleich zu den Vorjahren durch das Werbeverbot in Printmedien und im Internet in verbliebene Marketingbereiche verlagert.

TABELLE 12:

ZUSAMMENSTELLUNG DER JÄHRLICHEN TABAKWERBEAUSGABEN (IN 1.000 EURO)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesamte	182.329	79.900	128.942	192.769	222.262	199.089	200.883	220.761	205.639
Werbeausgaben									
• Direkte Werbung	93.647	34.281	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270	80.225	70.186
• Werbung in Printmedien									
• Außenwerbung	51.995	20.020	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807
• Werbung im Kino	9.694	2.150	2.065	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78
• Werbung im Internet	2.891	2.756	295	188	277	1	7	4	1
• Sonstige Werbung	4.980	712	1.103	6.005	8.494	480	0	50	0
• Keine Zuordnung	2.426	31	0	77	53	0	0	0	0
• Promotion	85.996	41.930	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887	135.397	128.944
• Sponsorship	2.686	3.689	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517	5.139	6.509

Quelle: Deutscher Zigarettenverband

In den Angaben für das Jahr 2007 fehlen aufgrund der Auflösung des damaligen Verbandes der Cigarettenindustrie (vdc) die Angaben eines großen Tabakherstellers. Damit waren im Jahr 2007 die Gesamtausgaben der Tabakindustrie in Deutschland höher als angegeben. Seit dem Jahr 2008 sind alle Tabakfirmen in der notariellen Zusammenstellung enthalten. Im aktuell vorliegenden Berichtsjahr für 2013 lagen die Werbeausgaben damit bei etwa 205 Millionen Euro. In Deutschland ist neben der noch zulässigen Plakataußenwerbung für Tabakerzeugnisse die Tabakwerbung im Kino ab 18 Uhr erlaubt und 2013 auf fast acht Millionen pro Jahr angestiegen.

2.1.4 »GESUNDHEITZIELE.DE«: VORSCHLÄGE DER ARBEITSGRUPPE 6 – TABAK- KONSUM REDUZIEREN

Das „Forum gesundheitsziele.de“ wurde 2000 als Modellprojekt von BMG und den Ländern initiiert und bis 2006 aus Bundesmitteln und einem Eigenbeitrag

der GVG finanziert. Die bislang festgelegten Gesundheitsziele bauen auf breiter fachlicher Expertise auf und wurden konsensual entwickelt. Im März 2012 wurde das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ vorgestellt. Zu jedem Gesundheitsziel wurden Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung erarbeitet. Die Umsetzung von Maßnahmen erfolgt eigenverantwortlich durch die an „gesundheitsziele.de“ beteiligten Institutionen.

Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ befindet sich seit Juni 2010 im Prozess der Überarbeitung, wobei es derzeit folgende Zielbereiche umfasst:

Ziel 1:

Jugendliche und junge Erwachsene bleiben Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher.

Ziel 2:

Der Rauchstopp ist in allen Altersgruppen gestiegen.

Ziel 3:

Umfassender Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet.

Zu allen Zielen wurden Teilziele entwickelt und jeweils mit konkreten Umsetzungsmaßnahmen unterlegt. Die Überarbeitung des Gesundheitsziels wird in Kürze abgeschlossen.

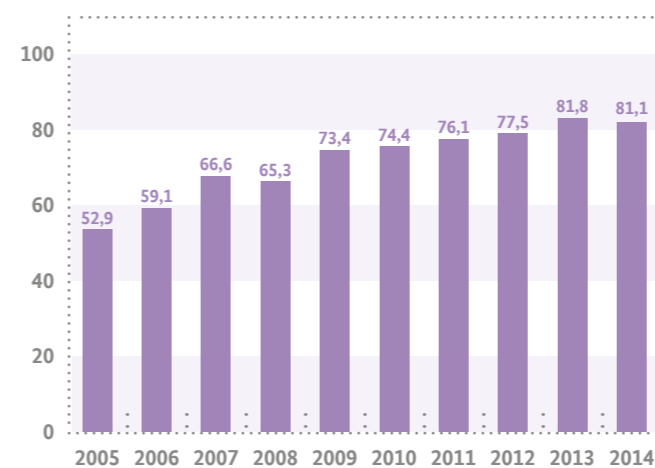
2.1.5 BEISPIELPROJEKTE DES DEUTSCHEN KREBSFORSCHUNGSZENTRUMS (DKFZ)

Repräsentativbefragung zur Akzeptanz der rauchfreien Gastronomie in Deutschland

Seit dem Jahr 2005 wird jährlich im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums die Einstellung der Bevölkerung zu Rauchverboten in Gaststätten in Repräsentativuntersuchungen erhoben. Die Untersuchung, die auch im Jahr 2014 von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums durchgeführt wurde, basiert auf Befragungen von rund 2000 Deutschen im Alter von über 15 Jahren.

ABBILDUNG 31:

ZUSTIMMUNG ZU RAUCHFREIEN GASTSTÄTTEN IN DEUTSCHLAND IM ZEITVERGLEICH VON 2005 BIS 2014



Erläuterung: Zustimmung in %

Quelle: DKFZ, www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Aus_der_Wissenschaft_fuer_die_Politik.html www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Aus_der_Wissenschaft_fuer_die_Politik.html

Im Februar 2014 sprachen sich 81 Prozent der befragten Bundesbürgerinnen und -bürger für ein Rauchverbot in Gaststätten aus. Damit liegt die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten nahe am Rekordwert des Vorjahrs. Vor zehn Jahren, also im Jahr 2005, waren lediglich etwas mehr als die Hälfte der Bundesbürgerinnen und -bürger für ein Rauchverbot in Gaststätten. Seither stieg die Zustimmung stetig an.

Ausweitung des Rauchverbots auf E-Zigaretten

Bei der Frage, ob das Rauchverbot in Gaststätten auch für E-Zigaretten gelten solle, zeigt sich eine ähnliche Tendenz unter den Befragten wie beim Rauchverbot in Bezug auf herkömmliche Tabakprodukte.

Insgesamt sprachen sich rund drei Viertel der Befragten für ein Verbot von E-Zigaretten in Gaststätten aus. Von den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern waren es mit 86 Prozent mehr als bei den ehemaligen Raucherinnen und Rauchern mit 77 Prozent und den Raucherinnen und Rauchern mit 55 Prozent.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaeten_2013.pdf

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaeten_2014.pdf

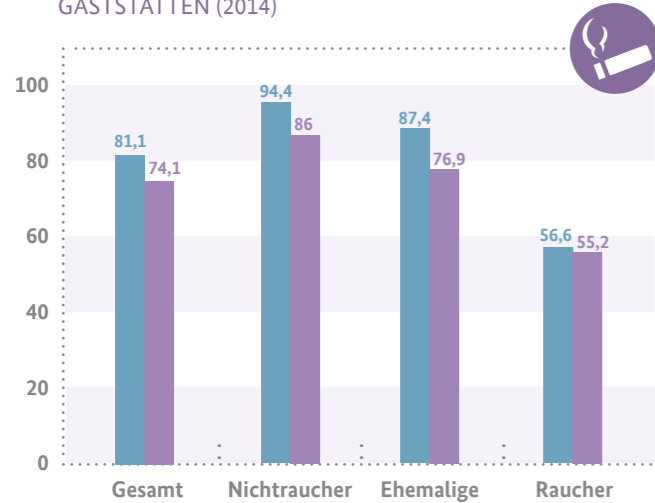
Gesundheitsmonitor 2014

Auf Einladung der Bertelsmann Stiftung wertete das Deutsche Krebsforschungszentrum – wie bereits im Jahr 2007 – die Fragen des Gesundheitsmonitors zur Einstellung der Bevölkerung zu den Nichtraucherschutzgesetzen aus, um die Auswirkungen der Gesetze im Zeitverlauf zu erfassen. Es zeigte sich eine positive Wirkung der in den letzten Jahren in Deutschland eingeführten Nichtraucherschutzgesetze: Die Passivrauchbelastung ist deutlich gesunken. Erfreulich ist, dass die Nichtraucherschutzgesetze große Unterstützung

finden, die seit der Einführung der Gesetze außerdem deutlich angestiegen ist. Besonders positiv ist die wachsende Unterstützung seitens der Gruppe der Raucherinnen und Rauchern, insbesondere für Bereiche, für die bisher keine gesetzlichen Regelungen bestehen, wie ein Rauchverbot im Auto, wenn dort Kinder anwesend sind.

www.gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itao_download/Gesundheitsmonitor_NL_4_2014.pdf

ABBILDUNG 32:
ZUSTIMMUNG ZU RAUCHFREIEN GASTSTÄTTEN UND ZU EINEM VERBOT VON E-ZIGARETTEN IN GASTSTÄTTEN (2014)



- Grundsätzlich begrüße ich ein Rauchverbot in Gaststätten
- Das Rauchverbot in Gaststätten sollte auch für E-Zigaretten gelten

Erläuterung: Zustimmung in %
Quelle: DKFZ, www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Aus_der_Wissenschaft_fuer_die_Politik.html

Evaluation des Nichtraucherschutzes in Mecklenburg-Vorpommern: Gesetzeslücken und Gesetzesverstöße am Beispiel der Gastronomie in Schwerin

Das Landes Nichtraucherschutzgesetz in Mecklenburg-Vorpommern (NichtRSchutzG M-V) trat am 1. August 2007 in Kraft. Im Frühjahr 2011 untersuchte das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in zehn

Landeshauptstädten, wie die vor Ort geltenden Ausnahmeregelungen von den Gastwirtinnen und Gastwirten gehandhabt wurden. Im Zuge einer Begehung von Gaststätten in Schwerin traten damals gravierende Missstände beim Nichtraucherschutz zutage: In einem Großteil der Getränkegaststätten wurde geraucht und in vielen Raucher kneipen gegen die gesetzlichen Vorschriften verstoßen. Das Nichtraucherschutzgesetz in Mecklenburg-Vorpommern trat am 31. Juli 2014 außer Kraft, sodass sich die Gelegenheit eröffnete, vorhandene Regelungslücken zu schließen. Um herauszufinden, ob sich die Situation in der Landeshauptstadt Schwerin in der Zwischenzeit verbessert hatte, wiederholte das DKFZ die Erhebung im Mai 2014. Bei der Evaluation des Nichtraucherschutzes in der Schweriner Gastronomie im Mai 2014 hat sich bestätigt, was schon bei der Voruntersuchung des DKFZ Anfang 2011 zu beobachten war: Die getränkegeprägte Gastronomie und die Spielhallen sind nahezu komplett verraucht. Doch auch in der speisengeprägten Gastronomie wird gegen die gesetzliche Vorschrift verstoßen.

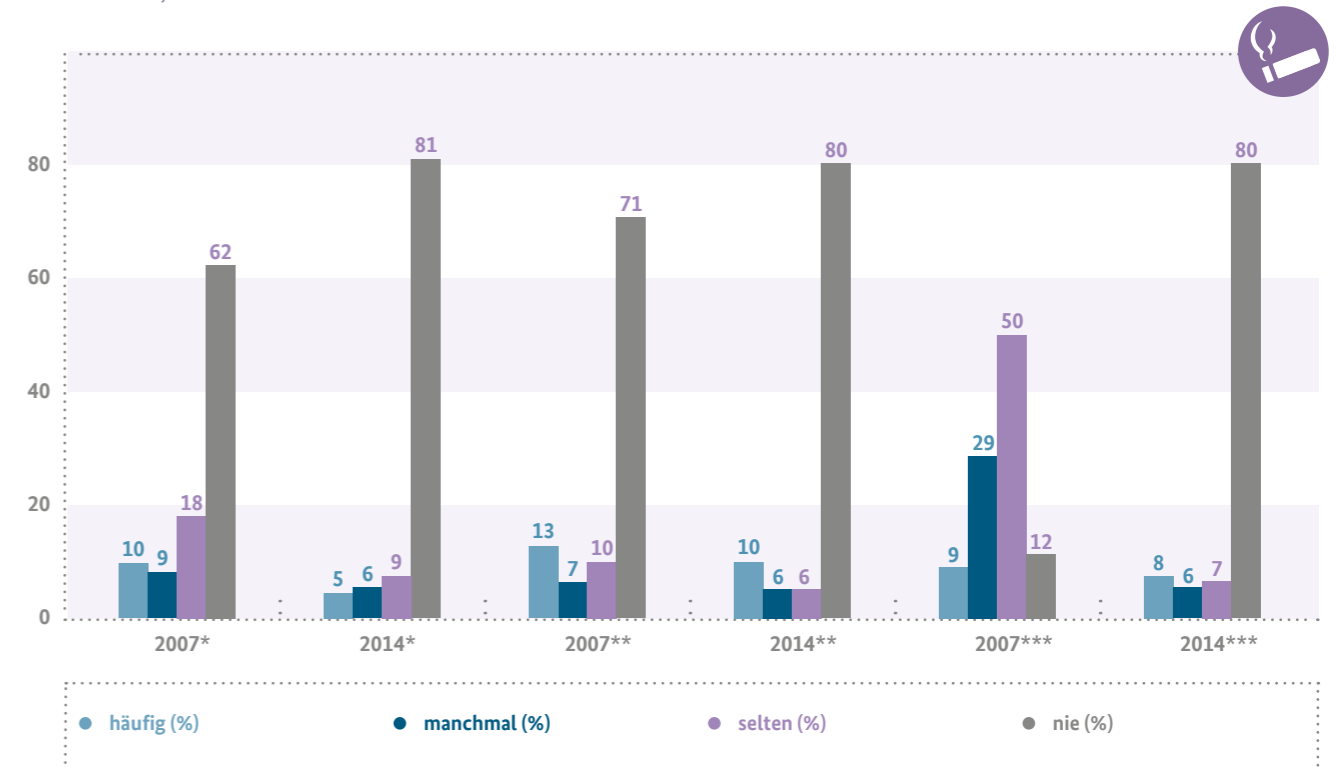
http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_Mecklenburg-Vorpommern.pdf

2.1.6 FORTFÜHRUNG DER AUSWERTUNG EINER BUNDESWEITEN PROSPEKTIVEN KOHORTENSTUDIE ZUR EVALUATION DER DEUTSCHEN TABAKKONTROLL POLITIK (INTERNATIONAL TOBACCO CONTROL POLICY EVALUATION PROJECT (ITC))

Auswertung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)

Mit drei Befragungen im Rahmen des ITC-Projekts in den Jahren 2007, 2009 und 2011, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden, konnten erstmals für Deutschland relevante Daten zum

ABBILDUNG 33:
BELASTUNG DURCH PASSIVRAUCHEN BEI DER ARBEIT (BEZOGEN AUF ERWERBSTÄTIGE), ZU HAUSE UND IN DER FREIZEIT, NACH JAHR



Erläuterung: *bei der Arbeit; **zu Hause; *** in der Freizeit

Rauchverhalten und zu Einstellungen in der Bevölkerung zum Tabakkonsum sowie zu Einzelmaßnahmen der Tabakprävention erfasst werden. Mittels dieser repräsentativen Kohortenstudie kann die Wirksamkeit der deutschen Tabakkontrollpolitik untersucht werden. Dadurch wurden auch erstmals die Einstellungen der Bevölkerung zu Einzelmaßnahmen erfasst, wozu sich die Bundesregierung im Rahmen der WHO Framework Convention on Tobacco Control verpflichtet hatte.

Da diese Studie in das internationale ITC-Projekt eingebunden ist, können auf Basis standardisierter Fragebogeninstrumente Vergleiche mit anderen Ländern vorgenommen werden, die ebenfalls Teil dieses Projektverbunds sind. Dies sind mittlerweile 20

Länder, darunter die USA, Kanada, Australien und im EU-Raum das Vereinigte Königreich, Irland, Frankreich und die Niederlande. Die internationalen Vergleiche ermöglichen eine Bewertung und Einordnung der in Deutschland potenziell zu beobachtenden Veränderungen von Einstellungen und Rauchverhalten. Die Daten wurden fortlaufend ausgewertet und auch im Jahr 2014 publiziert:

Socioeconomic and country variations in cross-border cigarette purchasing as tobacco tax avoidance strategy. Findings from the ITC Europe Surveys

http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/suppl_1/i30.full.pdf+html

Associations between tobacco control policy awareness, social acceptability of smoking and smoking cessation. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys

<http://her.oxfordjournals.org/content/29/1/72.abstract>



2.2 ARZNEIMITTEL

Regulierung der Dopingbekämpfung im Sport

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel einer wirksamen nationalen und internationalen Bekämpfung des Dopings im Sport. Sie fördert und unterstützt Anti-Doping-Maßnahmen auf internationaler und nationaler Ebene.

Im Oktober 2012 wurde vom Bundeskabinett der Evaluierungsbericht zum Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport – DBVG (BGBl. I S. 2510) aus dem Jahr 2007 beschlossen.

Die im Rahmen der Evaluation als zielführend bewerteten Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Bekämpfung des Dopings wurden durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) umgesetzt.

Für die 18. Legislaturperiode haben sich die Koalitionsparteien darauf verständigt, weitergehende strafrechtliche Regelungen beim Kampf gegen Doping zu schaffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern und das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz haben am 12.

November 2014 ihren gemeinsamen Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung des Dopings im Sport (AntiDopG) vorgelegt. Der Entwurf wurde am 25. März 2015 abschließend im Kabinett behandelt und an den Bundestag weitergeleitet.

Wesentliche inhaltliche Neuerungen des Entwurfs:

- Mit dem Anti-Doping-Gesetz wird ein neues Stammgesetz zur Dopingbekämpfung geschaffen, das die Rechtsvorschriften zur Dopingbekämpfung bündelt und in das auch die bisherigen Vorschriften des Arzneimittelgesetzes überführt werden.
- Die bisher im Arzneimittelgesetz geregelten Verbote um neue Tatbegehungsweisen („herstellen“, „Handeltreiben“, „veräußern“, „abgeben“, „in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbringen“) werden deutlich erweitert.
- Dopingmethoden werden in dem Entwurf ausdrücklich erfasst.
- Es wird ein strafbewehrtes Verbot des Selbstdopings geschaffen, mit dem erstmals gezielt dopende Leistungssportlerinnen und Leistungssportler erfasst werden, die beabsichtigen, sich mit Doping Vorteile in Wettbewerben des organisierten Sports zu verschaffen [erfasst werden: (1.) Spitzensportlerinnen und Spitzensportler, die in einem der Testpools der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) erfasst sind, und (2.) Sportlerinnen und Sportler, die mit dem Sport erhebliche Einnahmen erzielen]. Durch die Fassung des Tatbestandes ist auch das Dopen außerhalb von Wettbewerben erfasst.
- Die Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes von Dopingmitteln zum Zwecke des Selbstdopings ohne mengenmäßige Beschränkung wird eingeführt (nur für Leistungssportlerinnen und Leistungssportler, die beabsichtigen, sich in einem Wettbewerb des organisierten Sports Vorteile zu verschaffen).
- Die bisherigen besonders schweren Fälle und deren

Ausgestaltung als Verbrechenstatbestände werden erweitert, was auch zur Folge hat, dass sie geeignete Vortaten für den Geldwäschetatbestand des § 261 des Strafgesetzbuches werden.

- Es wird eine neue Ermächtigung geschaffen, die die Datenübermittlung von Gerichten und Staatsanwaltschaften an die NADA ermöglicht.
- Eine neue Vorschrift soll es der NADA ermöglichen, personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
- In dem Gesetzentwurf erfolgt zudem eine Klarstellung der Zulässigkeit von Schiedsvereinbarungen in den Verträgen zwischen Verbänden sowie Sportlerinnen und Sportlern.
- Schließlich werden Landesregierungen künftig ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Anti-Doping-Strafverfahren bei bestimmten Gerichten zu konzentrieren.

2.3 ILLEGALE DROGEN

2.3.1 ÄNDERUNGEN DES BETÄUBUNGSMITTELRECHTS

Maßnahmen gegen neue psychoaktive Substanzen

Mit der 28. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 5. Dezember 2014 hat die Bundesregierung dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) 32 neue psychoaktive Substanzen (NPS) unterstellt. Mit einer 29. BtMÄndV, die am 25. März 2015 von der Bundesregierung beschlossen wurde, folgen weitere neun Substanzen.

Derzeit ist es aufwendig, neue psychoaktive Substanzen dem BtMG zu unterstellen. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten einer Substanz und ihrer betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Um

die Verfügbarkeit riskanter neuer psychoaktiver Substanzen für Konsumentinnen und Konsumenten auf EU-Ebene zu reduzieren, hat die EU-Kommission im September 2013 Legislativvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen vorgelegt. Diese werden im EU-Parlament und im Rat verhandelt. Die Bundesregierung arbeitet daran mit, eine möglichst effiziente Regelung zu finden, die geeignet ist, auf das grenzüberschreitende Phänomen der NPS effektiver als bislang EU-weit zu reagieren.

Mit seinem Urteil vom 10. Juli 2014 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) eine streitige Frage zur Auslegung des europäischen Arzneimittelbegriffs geklärt. In der Sache ging es darum, ob Stoffe wie synthetische Cannabinoide, die die Körperfunktionen beeinflussen, zusätzlich auch einen gesundheitsfördernden Zweck haben müssen, um als Arzneimittel zu gelten. Der EuGH hat diese Frage bejaht. Dabei ist er nicht der Auslegung gefolgt, die von der Mehrheit der Stellung nehmenden Mitgliedstaaten, darunter auch Deutschland, vertreten wurde. Es ist jedoch zu begrüßen, dass der EuGH selbst ausdrücklich auf die gesundheitsschädliche Wirkung der Präparate hinweist. Das BMG ist zurzeit dabei, in Abstimmung mit den fachlich zuständigen Bundesministerien und unter Heranziehung naturwissenschaftlichen Sachverständigen einen Lösungsansatz zu entwickeln, wie NPS zukünftig rechtlich effektiver begegnet werden kann. Ziel ist es dabei, die Verbreitung, Verfügbarkeit und damit den gefährlichen Konsum der nicht auf ihre Inhaltsstoffe deklarierten, mit unkalkulierbaren Gesundheitsgefahren verbundenen NPS, die oft irreführend etwa als „Kräutermischungen“, „Raumlufterfrischer“ oder „Dünger“ angeboten werden, besser als bislang zu unterbinden.

Allerdings sind auch nach der EuGH-Entscheidung NPS, die dem BtMG noch nicht unterstellt sind, nicht ohne weiteres legal. Vielmehr ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen, inwieweit andere gesetzliche Vorschriften anwendbar sind, wie beispielsweise das Tabakrecht oder bei NPS, die keine synthetischen Cannabinoide sind, weiterhin das Arzneimittelgesetz.

2.3.2 GRUNDSTOFFÜBERWACHUNG

Bei Grundstoffen oder Drogenausgangsstoffen handelt es sich um 24 international gelistete Chemikalien, die meist legal gehandelt werden. Sie werden aber auch zur Herstellung illegaler Drogen eingesetzt. Hierfür werden sie missbräuchlich aus dem legalen Handelsverkehr abgezweigt. Deshalb ist es unverzichtbar, diese Stoffe weltweit zu überwachen, um gegen die Drogenherstellung und den Drogenhandel vorzugehen. Hierzu gibt es internationale, europäische und nationale Vorschriften. Der Verkehr mit diesen Grundstoffen ist Teil des „Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Suchtstoffübereinkommen von 1988). Das EU-Recht regelt den europäischen Binnen- und Außenhandel der EU mit Grundstoffen. Die betreffenden Chemikalien unterliegen danach jeweils unterschiedlich strengen Kontrollen, um den Handelsverkehr für legale Zwecke nicht über Gebühr zu erschweren. Das deutsche Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 regelt ergänzend die behördliche Kontrolle und Überwachung des Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Straf- und Bußgeldtatbestände.

Am 30. Dezember 2013 traten Änderungen im europäischen Grundstoffrecht in Kraft. Ziel ist zu verhindern, dass besonders Essigsäureanhydrid – notwendig, um Heroin herzustellen – aus dem EU-Binnenhandel abgezweigt wird. Außerdem soll der Drittlandhandel von ephedrin- und pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln, die für die Herstellung von Methamphetamin missbraucht werden können, stärker kontrolliert werden.

2.4 PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

2.4.1 ERSTER GLÜCKSSPIELÄNDERUNGSSTAATSVERTRAG

Die Gesetzgebungszuständigkeit für das Glücksspiel liegt im Wesentlichen bei den Ländern. Lotterien, Spielbanken und Sportwetten unterliegen nach dem „Ersten Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen der Länder“ weiterhin einem staatlichen Monopol. Dieses ist gerechtfertigt, denn es dient dazu, die Spielleidenschaft in geordnete Bahnen zu lenken und der Glücksspielsucht vorzubeugen. Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag trat am 1. Juli 2012 in Kraft und ist bis 30.06.2021 gültig. Mittlerweile sind ihm alle Bundesländer beigetreten. Dieser Vertrag verfolgt insbesondere das Ziel, das Entstehen von Glücksspiel- und Wetsucht zu verhindern sowie Glücksspielangebote zu begrenzen, um besonders im Kinder- und Spielerschutz einer Spielsucht vorzubeugen. Dafür sind differenzierte Maßnahmen für die einzelnen Glücksspielformen vorgesehen, die deren spezifischen Sucht-, Betrugs-, Manipulations- und Kriminalitätspotenzialen Rechnung tragen.

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag regelt vor allem die Sportwetten neu, nach dem Sportwetten-Anbieter eine Konzession benötigen. In diesem Sektor hat sich in den letzten Jahren das Glücksspiel überwiegend auf illegale Online-Anbieter verlagert. Ziel ist die Kanalisierung der Nachfrage von Spiel erfinden Personen zu legalen Sportwetten-Angeboten. Hierbei sind Spielformen vorzuhalten, die aus suchtpräventiver Sicht weniger gefahrenträchtig sind. Zudem sollen strengere Konzessionsregeln einen ausreichenden Spielerschutz sicherstellen. Für Sportwetten ist aus diesem Grund eine Experimentierklausel für die Dauer von sieben Jahren vorgesehen. Das Verfahren zur Vergabe der insgesamt 20 Konzessionen ist noch nicht abgeschlossen, weil der Verwaltungsgerichtshof Hessen das Vergabeverfahren mangels objektiver,

nicht diskriminierender und im Voraus bekannter Kriterien gerügt hat (Beschluss vom 7. Oktober 2014).

Das Glücksspiel im Internet bleibt grundsätzlich verboten; für Lotterien und Sportwetten werden jedoch Ausnahmen zugelassen. Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag nimmt erstmals Regeln zum gewerblichen Spiel in Spielhallen auf. Künftig Mehrfach-Konzessionen, also der Betrieb mehrerer Spielhallen an einem Standort, nicht mehr möglich. Stattdessen muss zwischen Spielhallen ein bestimmter Mindestabstand liegen. Außerdem können die Bundesländer Sperrzeiten für die Spielhallen festsetzen, die drei Stunden nicht unterschreiten dürfen. Das strengste Spielhallengesetz hat derzeit Berlin. Es wurde durch das OVG Berlin-Brandenburg im November 2014 bestätigt.

Eine zentrale bundesweite Sperrdatei für Spielhallen, die grundsätzlich nach den Ländergesetzen individuell möglich wäre, ist bisher nicht vorgesehen.

Allerdings wurde auf der Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V. in Berlin am 20. und 21. November ausführlich darüber diskutiert, ob eine bundesweite Sperrdatei nicht doch eine sinnvolle Präventivmaßnahme wäre.

Gerätebezogene Regeln bezüglich der Geldspielgeräte in Spielhallen und Gaststätten umfasst der Vertrag nicht, da die Zuständigkeit der Länder hier insoweit nicht gegeben ist. Regelungen hierzu enthalten die Gewerbeordnung und die Spielverordnung, für die der Bundesgesetzgeber zuständig ist.

2.4.2 GEWERBLICHES AUTOMATEN-SPIEL – NOVELLIERUNG DER SPIELVERORDNUNG

Mit der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung vom 4. November 2014 und der Siebten Verordnung zur Änderung der Spielverord-

nung vom 8. Dezember 2014 wurde die Novellierung der Spielverordnung abgeschlossen.

Zahlreiche Regelungen tragen zur Verbesserung des Spieler- und Jugendschutzes und zur Verhinderung von Steuerhinterziehung und Geldwäsche bei. Dazu gehören insbesondere die Einführung einer Spielunterbrechung nach drei Stunden mit Nullstellung der Geräte und die Befristung der Bauartzulassung für Geldspielgeräte auf zunächst ein Jahr sowie der Aufstelldauer für jedes einzelne Gerät auf vier Jahre. Weiterhin wurden die Anforderungen an die Aufzeichnungen, die während des Spielbetriebs durch die Geldspielgeräte vorgenommen werden müssen, verschärft: Diese Daten müssen künftig dauerhaft aufgezeichnet, jederzeit elektronisch verfügbar und auslesbar sowie gegen Manipulationen geschützt sein. Mit der Sechsten Änderungsverordnung wurden zugleich die Maßgaben des Bundesrates vom 5. Juli 2013 übernommen. Diese beinhalten weitere Verschärfungen der Anforderungen an Geldspielgeräte, insbesondere das Verbot der Automatiktaste, mit der die Spielerin bzw. der Spieler unbeeinflusst Einsätze tätigen kann, die Reduzierung des maximalen Verlustes pro Stunde auf 60 Euro sowie des maximalen Gewinns pro Stunde auf 400 Euro. Weiterhin darf der Spieleinsatz künftig nur in Euro und Cent erfolgen; diese Beschränkung zielt ab auf das Spielen mit Geldäquivalenten, das sogenannte Punktespiel. Nach Ablauf einer fünfjährigen Übergangsfrist dürfen zudem in Gaststätten generell nur noch zwei Geldspielgeräte aufgestellt werden.

Ferner wurden mit der Sechsten Änderungsverordnung die Einzelheiten der personenungebundenen Spielkarte geregelt: Spielgeräte müssen künftig so hergestellt werden, dass sie nur mit einer Spielkarte betrieben werden können, die vom Aussteller ausgegeben wird. Dies dient dem Jugendschutz (die Ausgabe der Karte erfolgt nur nach einer Alterskontrolle) und dem Spielerschutz (das gleichzeitige Bespielen mehrerer Geräte ist nicht möglich, da jede(r) Spielende nur eine Karte erhält).

4

Internationales

1 EUROPÄISCHE UND INTERNATIONALE ALKOHOLPOLITIK

1.1 SITUATION IN EUROPA

Schäden aufgrund von Alkoholkonsum sind ein großes gesundheitsbezogenes Problem in der Europäischen Union. Weltweit gesehen ist die EU die Region mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum sowie der höchsten Rate an Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen infolge von Alkoholmissbrauch. Gemäß einer Studie der OECD war Alkohol in 2012 für knapp acht Prozent der Todesfälle unter Männern und für vier Prozent der Todesfälle unter Frauen verantwortlich. Der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf ist in vielen europäischen Ländern in den letzten drei Jahrzehnten leicht zurückgegangen. 2012 trank die erwachsene Bevölkerung insgesamt 10,1 Liter reinen Alkohol. Vor allem die großen Wein produzierenden Länder (wie Frankreich oder Italien) sehen einen sinkenden Alkoholkonsum, wohingegen der Konsum in den nordischen Ländern (wie Schweden oder Finnland) zugenommen hat. Insgesamt ist folglich eine Angleichung der Trinkmengen in Europa zu beobachten. In vielen Ländern zunehmend ist allerdings der sogenannte Rauschkonsum, das heißt, es werden größere Mengen (in der Regel mehr als fünf Gläser) zu einer Gelegenheit getrunken.

Alkohol hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten, sondern auch auf das soziale Umfeld, die Familie oder den Arbeitsplatz. Dies wirkt sich insgesamt negativ auf Beschäftigung und Produktivität aus: Nach Schätzungen belaufen sich die direkten und indirekten Kosten von alkoholbezogenen Schäden in der EU auf rund 1,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

Quelle: Health at a Glance 2014:

http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

1.2 EU-ALKOHOLSTRATEGIE

Im Jahr 2014 wurde von der EU und dem Ausschuss „Nationale Alkoholpolitik und Maßnahmen“ ein Aktionsplan entwickelt. Der Plan setzt sich den Schwerpunkt, den Alkoholkonsum Jugendlicher und das Rauschtrinken (Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)) zu verringern. In den Jahren 2014 bis 2016 soll an den folgenden Zielen gearbeitet werden:

- 1) Rauschtrinken reduzieren (zum Beispiel durch Aufklärungsmaßnahmen und Schulung von Verkaufs- und Ausschankpersonal).
- 2) Verfügbarkeit von Alkohol für Jugendliche reduzieren (zum Beispiel durch bessere Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen).
- 3) Den Umfang, in dem Jugendliche Alkoholwerbung ausgesetzt sind, verringern (zum Beispiel durch bessere Umsetzung der bestehenden Audiovisuellen Medienrichtlinie).
- 4) Schäden durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft reduzieren (zum Beispiel durch verbessertes Screening von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft).
- 5) Eine sichere und gesunde Umgebung für Jugendliche gewährleisten (zum Beispiel durch Reduzierung der alkoholbedingten Verkehrsunfälle).
- 6) Forschung und Monitoring verbessern.

Der Aktionsplan trägt zur Umsetzung der im Jahr 2006 verabschiedeten „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ bei. Zu den Schwerpunkten der Strategie gehören zum einen der Schutz von Kindern und

Die Bundesregierung setzt auf einen globalen Ansatz einer modernen Drogen- und Suchtpolitik.

Jugendlichen sowie des ungeborenen Kindes und zum anderen die Reduzierung von alkoholbedingten Verkehrsunfällen, von Gesundheitsschäden bei Erwachsenen und von negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz. Weitere Schwerpunkte sind die Information und Aufklärung über Schäden durch Alkohol sowie die Schaffung einer gemeinsamen Forschungsgrundlage.

http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf

1.3 PROJEKTE DER ALKOHOLPRÄVENTION IM RAHMEN DES EU-AKTIONSPROGRAMMS GESUNDHEIT

Im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit werden seit 2003 unter anderem Projekte und Maßnahmen gefördert, die Suchtmittelabhängigkeit vorbeugen sollen. Zuständig ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher. Die Prioritätsbereiche und Kriterien für die Finanzierung werden jedes Jahr in einem Arbeitsplan festgelegt und über die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Lebensmittel (Chafea) veröffentlicht. Das Alcohol Policy Youth Network (APYN) – das Jugendnetzwerk zur Alkoholprävention – führt von April 2013 bis April 2016 das Projekt „Let it hAPYN“ durch, dessen Zielsetzung es ist, einen EU-weiten Überblick zu evidenzbasierten Alkoholinterventionsprogrammen zu erstellen. Das Projekt wird mit knapp 240.000 Euro gefördert.

Zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der EU-Alkoholstrategie hat die Europäische Kommission 2013 eine gemeinsame Maßnahme zur Alkoholprävention ausgeschrieben. Ziel ist die Verbesserung des Monitorings von Trinkgewohnheiten und alkoholbedingten Gesundheitsschäden sowie die Sammlung guter Praktiken bei der Aufklärung und Informationsvermittlung. Die gemeinsame Maßnahme „Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)“ hat am 31. Januar 2014 begonnen. Die auf drei Jahre angelegte

gemeinsame Maßnahme wird von der EU mit rund 1.500.000 Euro kofinanziert. Von deutscher Seite beteiligen sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das IFT – Institut für Therapiefor-schung München sowie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm
http://www.eurocare.org/eu_projects/let_it_hapyn
http://www.eurocare.org/eu_projects/rarha_joint_action_on_reducing_alcohol_related_harm
<http://www.apyn.org/>

1.4 GLOBALE STRATEGIE DER WHO ZUR REDUZIERUNG DES ALKOHOLMISSBRAUCHS

Die WHO hat 2010 die „Globale Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs“ verabschiedet. Ziel dieser Strategie ist es, ein globales Bewusstsein für den Alkoholismus zu schaffen, die Handlungsbereitschaft für Veränderungen zu steigern und die Wissensgrundlage für effektive Maßnahmen zu verbessern, mit denen sich alkoholbedingte Schäden verringern oder vermeiden lassen. Besonders Länder mit geringem und mittlerem Bruttoinlandsprodukt sollen technische Unterstützung erhalten. Interessenvertreter sollen stärker zusammenarbeiten, Behandlung und Prävention sollen verbessert werden. Außerdem gilt es, das jeweilige Monitoring zum Alkoholkonsum sowie zu alkoholbedingter Erkrankung und Sterblichkeit zu optimieren.

Basierend auf dem Monitoring im Rahmen der Strategie hat die WHO 2014 einen neuen Globalen Statusbericht zu Alkohol vorgelegt. Der Bericht macht die globalen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen von Alkoholmissbrauch deutlich. Der Alkoholkonsum hat weltweit leicht zugenommen. Konsumiert werden von der erwachsenen Bevölkerung im Durchschnitt rund 6,2 Liter reiner Alkohol, was 13,5 Gramm Alkohol pro Tag entspricht. In der Regel wird

mit zunehmendem wirtschaftlichem Wohlstand eines Landes mehr Alkohol konsumiert. Zugleich trinken gut 60 Prozent der Bevölkerung keinen Alkohol. Dennoch werden weltweit 3,3 Millionen Todesfälle ursächlich durch Alkohol bedingt. Dies entspricht sechs Prozent aller vorzeitigen Todesfälle. In der WHO-EURO-Region ist in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen sogar jeder vierte Todesfall auf Alkohol zurückzuführen.

Seit Verabschiedung der globalen Strategie 2010 haben WHO-Konferenzen in Bangkok, in der Türkei und in Korea stattgefunden. Eine neue Kooperation zu UNDP (United Nations Development) zu geschlechterbasierter Gewalt konnte etabliert werden. Zudem unterstützt die WHO interessierte Länder in der Entwicklung einer eigenen Alkoholstrategie. Dazu wird eine Implementierungshilfe für die Globale Strategie entwickelt. Der Statusbericht ist einzusehen unter:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

2 EUROPÄISCHE UND INTERNATIONALE TABAKPOLITIK

2.1 TABAKPRÄVENTION IN DER EU

Die Tabakkontrollpolitik ist nicht nur innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten der EU ein vordringliches gesundheitspolitisches Thema. Auch auf europäischer Ebene werden wichtige Entscheidungen und verbindliche Richtlinien verabschiedet, die von den einzelnen Mitgliedstaaten zu übernehmen sind. So ist die in 2014 novellierte EU-Richtlinie über die Aufmachung und Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen auf europäischer Ebene, die umfangreiche Regelungen zu den Inhaltsstoffen und zur Verpackung von Tabakprodukten enthält, bis 2016 in nationale gesetzliche Regelungen zu überführen (siehe 2.2). Die Tabakwerberichtlinie der EU wiederum führte zu umfassenden Werbeverbotregelungen auch in Deutschland. Darüber hinaus setzt die europäische Tabakpolitik Impulse in den

Mitgliedstaaten, beispielsweise durch Konsultationsprozesse und einen regelmäßigen Austausch der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Tabakrahmenkonvention. Deutschland beteiligt sich auch auf europäischer Ebene aktiv an der Weiterentwicklung der Tabakpolitik.

Die 6. Konferenz der Vertragsparteien (COP6) zur Tabakrahmenkonvention (FCTC) fand von 13. bis 18. Oktober in Moskau statt. Wie bei den letzten Konferenzen wurde eine Deklaration (Moscow Declaration) verabschiedet, in der die Vertragsparteien aufgefordert werden, ihren Beitrag zur Erreichung des Reduktionszieles für Tabak um 30 Prozent bis 2025 zu erreichen. Wichtige Themen waren die Verabschiedung von Leitlinien zu Artikel 6 (Steuern) sowie ein Bericht zur weiteren Ausarbeitung von Leitlinien zu Artikel 9/10 (Tabakinhaltsstoffe). Es gab Berichte zu rauchlosen Tabakprodukten, zu elektronischen Nikotinprodukten sowie zu Wasserpfeifen und zu Artikel 19 (Haftungsfragen), zu denen jeweils Beschlussvorlagen während der Sitzung erstellt wurden. Alle Unterlagen und Informationen sind zu finden unter:

<http://www.who.int/fctc/en/>

2.2 TABAKPRODUKTRICHTLINIE

Tabakprodukttrichtlinie

Anfang 2014 wurde die neue Tabakprodukttrichtlinie verabschiedet und als RL 2014/40/EU am 29. April 2014 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht. Sie löst die bisherige, aus dem Jahr 2001 stammende Richtlinie (RL 2001/37/EG) ab. Die neue Tabakprodukttrichtlinie ist von den Mitgliedstaaten bis zum 20. Mai 2016 in nationales Recht umzusetzen. Mit ihr werden – vor dem Hintergrund wissenschaftlicher und internationaler Entwicklungen – die Verpackungs- und Kennzeichnungsbestimmungen auf den neuesten Stand gebracht. Außerdem werden voneinander abweichende Entwicklungen in den EU-Mitgliedstaaten harmonisiert, wie beispielsweise die Regelungen zu

Zusatzstoffen. Nikotinhalige E-Zigaretten werden erstmals EU-weit im Rahmen der Tabakprodukttrichtlinie geregelt. Im Einzelnen sind folgende Bestimmungen enthalten:

Inhaltsstoffe

Tabakerzeugnisse mit einem charakteristischen Aroma könnten den Einstieg in den Konsum erleichtern oder die Konsumgewohnheiten beeinflussen. Aus diesem Grund dürfen Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen mit einem charakteristischen Aroma künftig nicht mehr vermarktet werden. Wenn dabei Erzeugnisse mit höheren Verkaufsmengen betroffen sind, wie es beispielsweise bei Mentholzigaretten der Fall sein könnte, gibt es eine längere Übergangsfrist (bis 20. Mai 2020). Tabakprodukte mit Zusätzen, die den Eindruck eines Gesundheitsvorteils vermitteln (Vitamine) oder belebend wirken (Koffein), werden künftig verboten. Bei Rauchtobakerzeugnissen werden auch Zusatzstoffe, die das Inhalieren oder die Nikotinaufnahme erleichtern, verboten.

Verpackung und Etikettierung

Zur besseren Information der Konsumentinnen und Konsumenten über die von Tabakerzeugnissen ausgehenden Risiken für die Gesundheit sind auf den Packungen entsprechende Hinweise anzubringen. Dazu werden beispielsweise künftig die Vorder- und Rückseiten der Packungen für Zigaretten, Tabak zum Selbstdrehen und Wasserpfeifentabak mit kombinierten Bild-Text-Warnhinweisen versehen. Diese sollen 65 Prozent der bedruckten Fläche ausmachen.

Die Angabe der Höhe der Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidemissionswerte auf Zigarettenpackungen hat sich in der Vergangenheit als irreführend erwiesen, da sie die Verbraucherinnen und Verbraucher glauben macht, bestimmte Zigaretten seien weniger schädlich als andere. Diese Angaben werden daher künftig nicht mehr auf den Packungen angebracht.

Nikotinhalige E-Inhalatoren

In den Regelungsbereich der Tabakprodukttrichtlinie

werden erstmals so genannte E-Inhalatoren einbezogen. Die nikotinhaligen Flüssigkeiten dürfen einen Nikotingehalt von 20 mg/ml nicht übersteigen. Außerdem gibt es Beschränkungen für die Größe von Nachfüllbehältern, Tanks und Kartuschen. Die Erzeugnisse müssen mit einer Kindersicherung versehen sein, müssen einen Warnhinweis tragen und dürfen nur mit einem Beipackzettel in Verkehr gebracht werden, der unter anderem über Suchtpotenzial und Toxizität aufklärt, über mögliche schädliche Auswirkungen informiert und Warnungen für spezielle Risikogruppen enthält. Bestimmte Zusatzstoffe (zum Beispiel Vitamine oder Koffein) in den Liquids sind verboten. Zudem haben Hersteller und Importeure von E-Zigaretten/ E-Shishas eine Meldepflicht über die Erzeugnisse, die sie in Verkehr bringen wollen.

2.3 PROJEKTE DER TABAKPRÄVENTION IM RAHMEN DES EU-AKTIONSPROGRAMMS GESUNDHEIT

Das Aktionsprogramm Gesundheit beteiligt sich jährlich mit rund 100.000 Euro am „European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP)“. Deutscher Vertreter ist der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V.

Die Europäische Kommission hat 2014 Studien zu folgenden Themen vergeben:

- Technologien zur Überwachung und Nachverfolgung von Tabakprodukten
- Bedeutung von Zusatzstoffen und Verpackungsdesign bei der Konsumentenpräferenz
- E-Zigarette
- Entwicklung von Standards zur Etikettierung von Tabakprodukten

<http://www.ensp.org/>

2.4 ARBEIT DES WHO-KOLLABORATIONSZENTRUMS

Das Heidelberger WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle wurde 2002 gegründet mit der Zielsetzung, einen spürbaren Beitrag zu nationalen und internationalen Bemühungen um die Verringerung des Tabakkonsums zu leisten. Kernarbeitsgebiete sind die Bereitstellung von Wissen und Erkenntnissen über das Ausmaß des Tabakkonsums, Herausstellung tabakbedingter gesundheitlicher und ökonomischer Konsequenzen sowie die Erarbeitung wirksamkeitsüberprüfter Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums. Besonderer Wert wird auf die Kommunikation mit Entscheidungsträgern aus Politik, Medien und Gesundheitsberufen gelegt.



Funktionen des Zentrums:

- Evaluationsfunktion: Überprüfung wissenschaftlicher Ergebnisse zur Tabakprävention und Tabakkontrolle auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich einer Verminderung des Tabakkonsums.
- Bewertungsfunktion: Aufbereitung und Zusammenführung neuester Forschungsergebnisse in Publikationen und auf der eigenen regelmäßig aktualisierten Website.
- Monitoringfunktion: Erfassung der Tabakkontrollmaßnahmen und ihrer Wirkung in Deutschland.
- Informationsfunktion: Bereitstellung von wissen-

schaftlichen Ergebnissen und Erkenntnissen zu allen Bereichen der Tabakkontrolle.

- Beratungsfunktion: Erarbeitung von Empfehlungen für politische Entscheidungsträger auf der Basis gebündelten Wissens und neuester Erkenntnisse.
- Überzeugungsfunktion (Advocacy): Kommunikation mit Entscheidungsträgern und Multiplikator(innen).
- Ausbildungsfunktion: Durchführung regelmäßiger Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen in der Tabakprävention und Tabakkontrolle für Gesundheitsberufe, Journalistinnen und Journalisten sowie Politikerinnen und Politiker.
- Netzwerkfunktion: Mitarbeit in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen, um den Transfer von Wissen und Erfahrung sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Bereich schneller verfügbar zu machen.

Ein Schwerpunkt im Jahr 2014 bestand in der Bereitstellung von Informationen für die Öffentlichkeit, die Politik sowie Journalistinnen und Journalisten zum Thema E-Inhalationsprodukte. Dazu wurden unter anderem verschiedene Publikationen vorgelegt:



Supplement zur Publikation »Elektrische Zigaretten – ein Überblick«

Nach der Publikation von „Elektrische Zigaretten – ein Überblick“ im Jahr 2013 sind zahlreiche wissenschaftliche Artikel zum Thema erschienen. Dieses Supplement in englischer Sprache gibt einen Überblick über die neuen Artikel innerhalb der Struktur der Originalpublikation.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview_supplement_March_2014.pdf

Regulierungsempfehlungen für elektronische Inhalationsprodukte

In Deutschland wie auch in vielen anderen Ländern bestehen für E-Inhalationsprodukte keinerlei gesetzliche Regelungen: Es gelten keine Standards für die Produktsicherheit und es besteht kein Schutz vor möglichen Gesundheitsschäden. Bestimmungen zur Produktsicherheit von nur einem Teil der E-Inhalati-

onsprodukte, nämlich nikotinhaltigen E-Zigaretten, wurden bei der Überarbeitung der Richtlinie aufgenommen. Aspekte des Nichtraucher- oder Jugendschutzes werden nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Daher hat das DKFZ Regulierungsempfehlungen erarbeitet, die alle E-Inhalationsprodukte einbeziehen.

Deutsch:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Regulierungsempfehlungen_fuer_elektronische_Inhalationsprodukte.pdf

Englisch:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview.pdf

http://www.dkfz.de/en/tabakkontrolle/download/AdWfP_Recommendations_on_the_Regulation_of_Electronic_Inhalation_Products.pdf

Informationen für Schulen: E-Zigaretten und E-Shishas

Da immer häufiger Schülerinnen und Schüler E-Zigaretten bzw. E-Shishas verwenden, seit neuestem auch verstärkt auf Schulhöfen und im Klassenraum, wenden sich seit Januar 2014 viele besorgte Lehrerinnen und Lehrer mit Fragen zum Gefahrenpotenzial der Produkte und zu deren rechtlicher Einordnung an das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ). Daher wurde dieses Informationsblatt speziell für Schulen verfasst.

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Informationen_fuer_Schulen_E_Zigaretten_und_E_Shishas.pdf

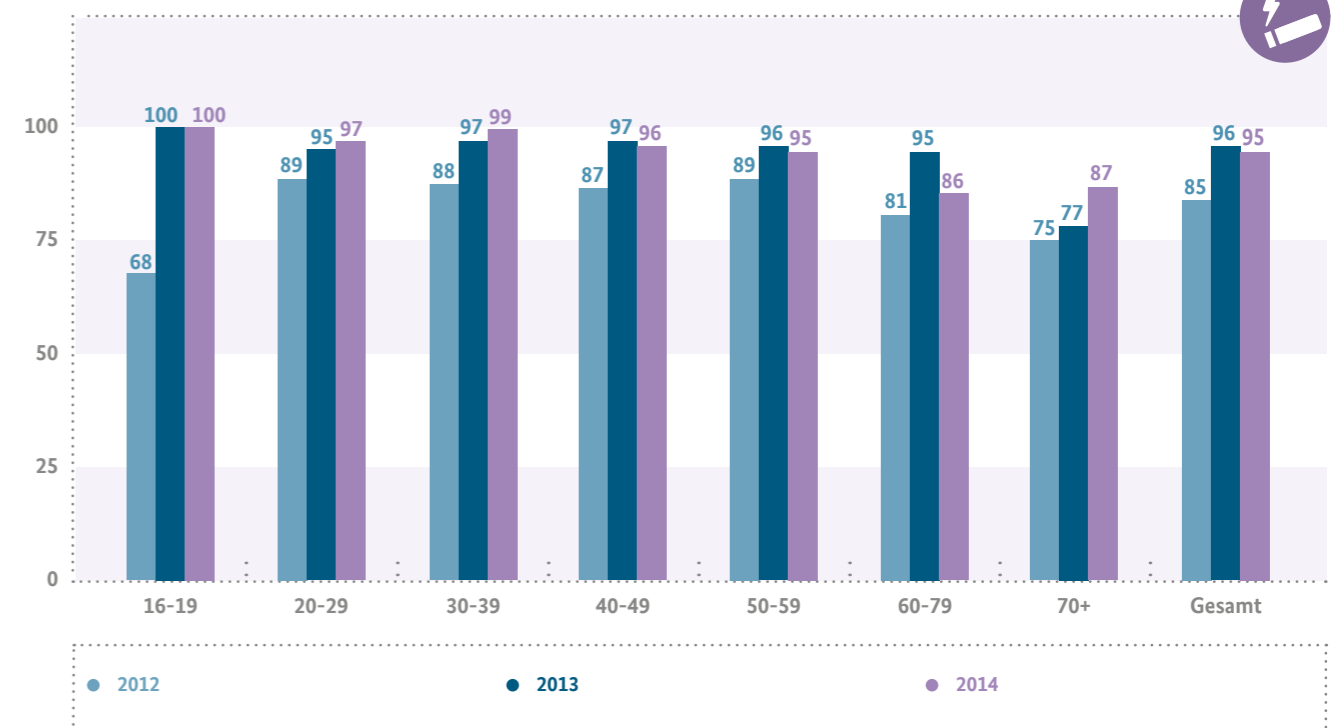
E-Zigaretten: Bekanntheit und Konsum in Deutschland 2012–2014

E-Zigaretten sind internationalen Studien zufolge inzwischen den meisten Menschen bekannt. Laut einer europaweiten Erhebung hatten im Jahr 2012 sieben

DIE BEKANNTHEIT VON E-ZIGARETTEN IST IN ALLEN ALTERSGRUPPEN SEHR HOCH. AUSPROBIERT WERDEN E-ZIGARETTEN VOR ALLEM VON JUNGEN MENSCHEN. DER ANTEIL DERJENIGEN, DIE E-ZIGARETTEN DAUERHAFT KONSUMIEREN, LIEGT JEDOCH BEI UNTER EINEM PROZENT.

ABBILDUNG 34:

ANTEIL DER RAUCHER, DIE VON E-ZIGARETTEN GEHÖRT HABEN, NACH ALTERSGRUPPEN GETRENNT, IM ZEITVERGLEICH VON 2012 BIS 2014.



Erläuterung: in Prozent

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Prozent der deutschen Bevölkerung E-Zigaretten ausprobiert. Um die Entwicklung, die der E-Zigarettenkonsum innerhalb der letzten Jahre weltweit erfahren hat, auch in Deutschland zu erfassen, gab das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) eine Befragung bei der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) in Auftrag. Diese befragte in den Jahren 2012, 2013 und 2014 2000 Personen zu Bekanntheit und Konsum von E-Zigaretten. In dieser repräsentativen Umfrage konnte festgestellt werden, dass in der Gruppe der 16- bis 19-jährigen Raucherinnen und Raucher der Bekanntheitsgrad von 68 Prozent auf 100 Prozent gestiegen war. Im Mittel kannten 95 Prozent der Raucherinnen und Raucher E-Zigaretten.

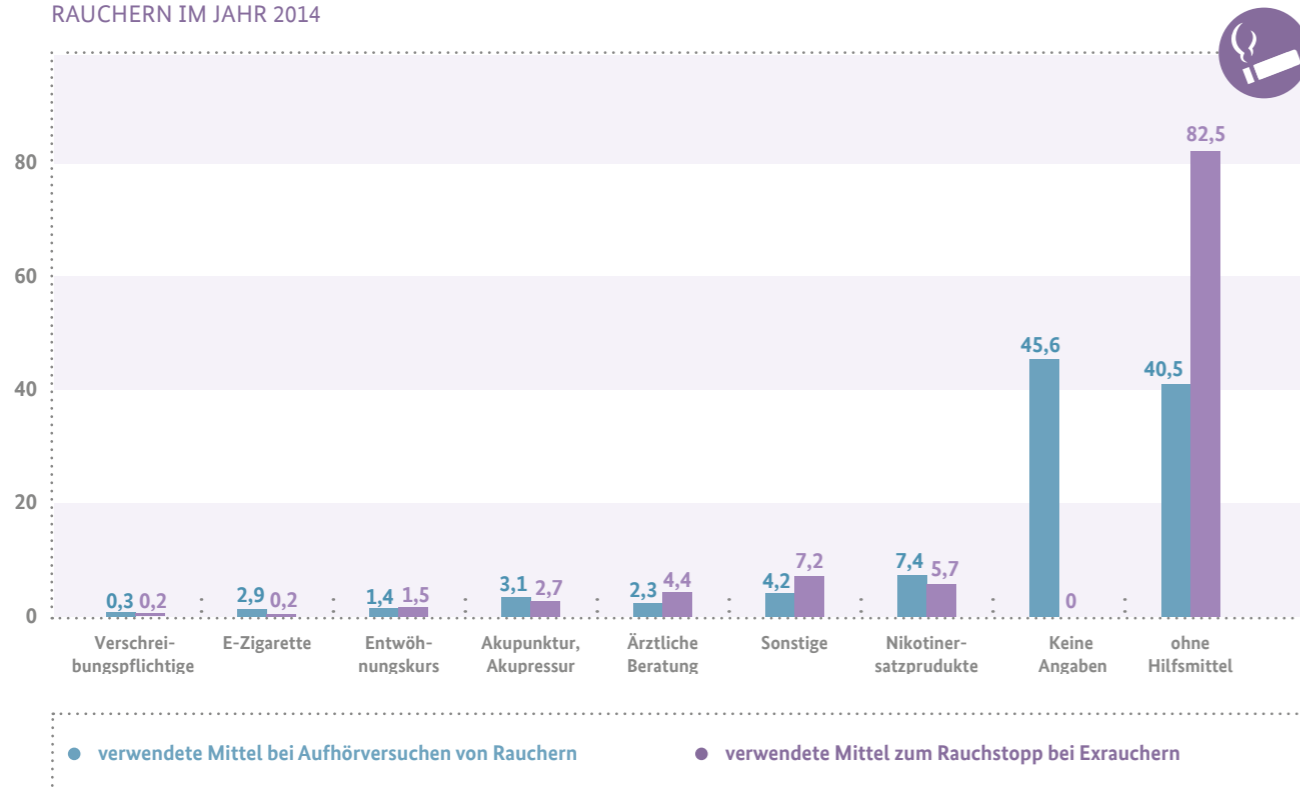
Ausprobiert werden die Produkte vor allem von Raucherinnen und Rauchern: Jede(r) fünfte Rauchende

hat sie zumindest einmal getestet. Vor allem unter jugendlichen Rauchenden im Alter von 16 bis 19 Jahren und jungen erwachsenen Rauchenden im Alter von 20 bis 29 Jahren war die E-Zigarette 2014 besonders beliebt: Jede(r) Vierte hat sie getestet. Dennoch konsumierten nur 0,4 Prozent der Bevölkerung dauerhaft E-Zigaretten.

E-Zigaretten werden hierzulande offenbar nur selten als Hilfsmittel zum Rauchstopp verwendet. Lediglich eine(r) von 478 Ex-Rauchenden (0,2 Prozent) gab an, sich mithilfe von E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnt zu haben.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_E-Zigaretten_Bekanntheit_und_Konsum_in_Deutschland_20122014.pdf

ABBILDUNG 35:
VERWENDETE HILFSMITTEL BEI DER TABAKENTWÖHNUNG VON EXTRAUCHERN UND BEI AUFHÖRVERSUCHEN VON RAUCHERN IM JAHR 2014



Erläuterung: in Prozent
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Rote Reihe Marketing E-Zigaretten

E-Zigaretten sind in Deutschland keine Randerscheinung mehr. Sie werden hierzulande wie Tabakzigaretten an Tankstellen, Supermärkten und Kiosken verkauft und beworben. Eine neue Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) dokumentiert das E-Zigarettenmarketing im Internet, im Fernsehen, auf Sportveranstaltungen, Volksfesten und am Verkaufsort. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler machen darin deutlich, dass sich die Werbung nicht nur an erwachsene Rauchende wendet, sondern auch an Jugendliche.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_20_Marketing_fuer_E-Zigaretten_in_Deutschland.pdf

3 EUROPÄISCHE UND INTERNATIONALE DROGENPOLITIK

3.1 SITUATION ILLEGALER DROGEN IN EUROPA

3.1.1 EU-GREMIEN

• Die EU-Kommission

In den letzten beiden Jahrzehnten haben die EU Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission gemeinsam einen europäischen Ansatz zur nachhaltigen Drogenbekämpfung entwickelt und sich vor diesem Hintergrund auf eine enge Zusammenarbeit verständigt. In Umsetzung ihrer Mitteilung „Eine entschlossenerere europäische Reaktion auf das Drogen-

problem“ aus dem Jahr 2011 liegen seit 2013 Legislativvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen gegen neue psychoaktive Substanzen (NPS) vor. Das Paket besteht aus einem Verordnungsvorschlag zu NPS sowie aus einem Vorschlag für eine Richtlinie zur Änderung des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zu Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und über Strafen. Weitere legislative Aktivitäten hierzu seitens der Kommission gab es im Jahr 2014 nicht.

• Der Rat der EU

Dem Antrag der EU-Kommission und mehrerer Mitgliedstaaten gemäß Art. 6 des „Beschlusses 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen“ folgend, beschloss der Rat 2014, die Risiken bewerten zu lassen, die mit dem Konsum und der Herstellung der vier neuen psychoaktiven Substanzen 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV sowie Methoxetamin verbunden sind. Hierbei wurden auch die gesundheitlichen und sozialen Risiken berücksichtigt. Der Bewertung unterlagen darüber hinaus auch die Risiken des illegalen Handels, die Beteiligung der organisierten Kriminalität und die möglichen Folgen von Kontrollmaßnahmen. In Umsetzung der von der EBDD im April 2014 vorgelegten Risikobewertung beschloss der Rat im September 2014 entsprechende Kontrollmaßnahmen für diese vier neuen psychoaktiven Substanzen.

Das selbe Verfahren wurde 2014 für die beiden NPS 4,4'-DMAR und MT-45 durchgeführt, was zu Risikobewertungsberichten der EBDD von September bzw. Oktober 2014 führte. Daran anknüpfende Durchführungsbeschlüsse des Rates über Kontrollmaßnahmen für diese NPS konnten 2014 nicht mehr gefasst werden.

• Horizontale Gruppe Drogen

Die Horizontale Gruppe Drogen (HDG) ist eine Arbeitsgruppe des Rates der EU, in der Regierungen aller EU-Mitgliedstaaten vertreten sind. Die HDG hat

die Gesamtübersicht über alle drogenbezogenen Fragen. Der jeweilige Ratsvorsitz und das Generalsekretariat gewährleisten, dass die Gruppe über alle drogenbezogenen Fragen, die in anderen Gruppen (zum Beispiel Gesundheit, Strafrecht, Justiz und Inneres, Handel, Zoll, Auswärtiges) behandelt werden, auf dem Laufenden gehalten wird.

Der Schwerpunkt lag 2014 auf der Fortsetzung der Beratung des Verordnungsvorschlags der EU-Kommission über neue psychoaktive Substanzen (NPS), die 2013 begonnen wurde. Dabei war festzustellen, dass die Positionen der EU-Mitgliedstaaten und der EU-Kommission in wichtigen Fragen, die zum Beispiel ein System zur Risikobewertung, die Auswirkungen europäischer Regelungen auf nationale Gesetzgebungen und nicht zuletzt die Rechtsgrundlage, auf der dieser VO-Vorschlag gegründet werden soll, betreffen, sehr weit auseinandergehen. Daher werden die Beratungen dieses Entwurfs auch unter künftigen Ratspräsidentschaften weiter auf der Tagesordnung der HDG stehen.

In Umsetzung des vom Rat 2013 verabschiedeten EU-Aktionsplans (2013 bis 2016) zur Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2013 bis 2020) wurde 2014 mit den Vorüberlegungen zu den Themen Missbrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie Entwicklung von Mindestqualitätsstandards im Bereich Nachfragereduzierung begonnen. Beide Aktivitäten werden 2015 fortgeführt.

Im Kontext der Drogenpolitik der Vereinten Nationen (VN) koordinierte die HDG die gemeinsamen Positionen der EU für die 57. Sitzung der Suchtstoffkommission der VN (CND). Der griechische Ratsvorsitz brachte im Namen der Mitgliedstaaten der EU zwei Resolutionsentwürfe in die 57. CND ein, die von den VN im Konsens angenommen wurden: „Education and training on drug use disorders“ und „Providing sufficient health services to individuals affected by substance use disorders during long-term and sustained economic downturns“.

Im zweiten Halbjahr 2014 hat die HDG begonnen, sich verstärkt der Frage zu widmen, wie und mit welchen Positionen sich die EU in den Vorbereitungsprozess für die Sondersitzung der General-Versammlung der Vereinten Nationen zur Bekämpfung des weltweiten Drogenproblems im Frühjahr 2016 (UNGASS 2016) einbringen kann. Dabei wurde deutlich, dass die EU auch weiterhin ihre während des hochrangigen Sitzungsteils der 57. CND im Jahr 2014 vertretenen Grundsatzpositionen verfolgen wird.

Auch 2014 hat die HDG unter den jeweiligen Ratsvorsitzen ihren politischen Dialog mit Drittstaaten fortgeführt, um der weltweiten Dimension des Drogenproblems Rechnung zu tragen. Gespräche fanden schwerpunktmäßig mit den Vereinigten Staaten von Amerika, Russland sowie den westlichen Balkanländern statt. Ein Treffen mit der Gemeinschaft der lateinamerikanischen und karibischen Staaten (CELAC) wurde unter der Ratspräsidentschaft Griechenlands auf hoher Ebene in Athen durchgeführt, dessen Abschlusserklärung unter anderem die Notwendigkeit eines personen- und gesundheitsbezogenen Ansatzes zur Bekämpfung der Drogenproblematik unterstreicht.

3.1.2 EUROPÄISCHE UND DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT

Die EBDD wurde 1993 gegründet und 1995 in Lissabon als dezentrale Agentur der EU eröffnet. Aufgabe der EBDD ist es, der EU und ihren Mitgliedstaaten einen objektiven Überblick zum Stand der europäischen Drogenproblematik zu geben und zum Beispiel durch die Einführung von Standards bei der Datenerhebung einen gemeinsamen Informationsrahmen zu schaffen. Neben der Bevölkerung sowie Expertinnen und Experten versorgt die EBDD auch politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger mit Fakten, die diese zur Ausarbeitung juristischer und politischer Rahmenbedingungen im Zusammenhang

mit illegalen Drogen benötigen. Die breite Öffentlichkeit erhält Zugang zu Informationen und fundierten Analysen im Zusammenhang mit Drogen. Rund 30 nationale Beobachtungsstellen (Focal Points) sammeln dafür in den Mitgliedstaaten die nötigen Informationen für die EBDD in Form eines jährlich erstellten Berichts zur Drogensituation, der durch zahlreiche Daten und Informationen im Jahresverlauf ergänzt wird. Im Gegenzug tragen die nationalen Beobachtungsstellen die Ergebnisse der EBDD in das eigene Land zurück. Die aus den Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellten Informationen bilden eine der Grundlagen für vergleichende Analysen der EBDD, die diese zum Beispiel im Rahmen von Sonderpublikationen in englischer Sprache oder als „Perspectives on Drugs“ auf ihrer Internetseite veröffentlicht.

In Deutschland sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das Institut für Therapieforschung München (IFT) gemeinsam mit diesen Aufgaben betraut. Seit 1999 führen sie unter dem Namen „Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (DBDD) unter Geschäftsführung und Koordination des IFT die damit verbundenen Aktivitäten durch. Neben der Berichterstattung auf Basis zahlreicher überregionaler Datenquellen, die Informationen zum Drogenkonsum in Deutschland liefern, wurden auch 2014 aktuelle Daten aus regionalen Studien und Berichten (zum Beispiel aus Hamburg, Niedersachsen, Sachsen oder Frankfurt) oder Hinweise zu aktuellen Entwicklungen wie zum Konsum von Methamphetamin oder Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) in den Jahresbericht der DBDD aufgenommen. Darüber hinaus bietet der Bericht einen Überblick über rechtliche, politische und versorgungsrelevante Veränderungen. Anknüpfend an entsprechende Vorarbeiten hat sich die DBDD mit Unterstützung des BMG 2014 unter anderem im Rahmen einer eigenen Fachtagung mit Vertreterinnen und Vertretern deutscher Großstädte dem Thema „Kommunale Drogenstrategien“ genähert. Die DBDD arbeitet mit einer Vielzahl von Partnern zusammen, die unter anderem in den Bereichen der

Versorgung, Forschung, öffentlichen Verwaltung, Prävention oder Strafverfolgung tätig sind und aufgrund ihrer Expertise eine umfassende Berichterstattung erst ermöglichen.

In den letzten Jahren wächst insbesondere das Interesse, Daten aus dem Bereich der Angebotsreduktion systematischer als bisher bei der Berichterstattung zu berücksichtigen. Die zur Verfügung stehenden Informationen aus dem Segment der Nachfragereduktion sind bereits sehr umfangreich und detailliert

3.1.3 TREFFEN DER DROGENKOORDINATOREN DER EU 2014

16. Juni 2014 in Athen

Die griechische Ratspräsidentschaft lud turnusgemäß zum Treffen der Nationalen Drogenkoordinatoren ein. Thematisch ging es um folgende Themenschwerpunkte:

- Soziale Kosten des Drogenmissbrauchs und ausgewogener Ansatz und 'dritter' Weg der Drogenpolitik, hin zu einem inklusiven, gesundheitsbezogenen Ansatz aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und Best Practices Modelle sowie um eine Neubewertung des Paradigmenwechsels aus Sicht der untrennbaren Verstrickung zwischen öffentlicher Gesundheit und Strafjustiz. Dazu trugen griechische Referenten ihre Positionen vor, die insbesondere die Auswirkungen der sozio-ökonomischen Krise in Griechenland und deren Auswirkungen auf die Sucht- und Drogenhilfe beleuchteten (Abbau von Hilfemaßnahmen und vermehrte Ausbreitung von HIV unter Drogenabhängigen).
- Kontinuität in der Betreuung – Mindestqualitätsstandards. Aktuelle Strategien zur Reduzierung der Drogennachfrage, Stand der Wissenschaft im Bereich der Behandlungswirksamkeit, Mindestqualitätsstandards und Sicherheitskontinuität der Versorgung

- Kritische Beleuchtung der Rolle des National Coordinator - Drogenbeauftragter bei der Förderung einer intersektoralen ausgewogenen und evidenzbasierten Politik und Praxis im Drogenbereich. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung stellte den deutschen Ansatz in der Diskussion vor und erläuterte, dass die Bundesregierung in der Suchtpolitik und Drogenpolitik weiterhin einen integrativen Ansatz verfolgt. Anders als in einigen anderen europäischen Ländern werden legale wie illegale Suchtstoffe gemeinsam betrachtet. Die legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und psychotrope Medikamente finden aufgrund der weiten Verbreitung dabei eine besondere Beachtung bei der Weiterentwicklung der Suchtprävention und des Hilfesystems. Besonderes Augenmerk richtet die Nationale Strategie auf neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik.

13. und 14. November 2014 in Rom

Das Treffen unter der italienischen Ratspräsidentschaft behandelte folgende Hauptthemen:

- die Prävention der Verbreitung von illegalen psychoaktiven Substanzen im Internet
- die Vorstellung neuer Indikatoren zur Feststellung von schädlichem Drogenkonsum
- die rechtliche und tatsächliche Problematik des Drogenhandels auf Schiffen auf hoher See

Darüber hinaus galt das Treffen der Information über die Vorbereitungen der EU zum UNGASS Prozess, u.a. zur Entwicklung von EU weiten Minimum-Qualitätsstandards zur Prävention und Behandlung einer Drogenabhängigkeit.

Der Leiter der „Public Health Abteilung“ von UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Gilberto Gerra, hielt einen Vortrag zum Thema „Health Centred, human rights and science based approach in drug control“. Gerra machte deutlich, dass die Reduzierung

des Drogenangebotes allein nicht ausreicht, um das Drogenproblem bewältigen zu können und dass die Gesundheits- und sozialen Probleme von Drogenkonsumenten angegangen werden müssen.

Bei der Drogenabhängigkeit handelt es sich laut Gerra um eine chronische Erkrankung, nicht um eine moralische Verfehlung oder selbstgewählte Entscheidung, die durch genetische und soziale Faktoren und emotionale Vernachlässigungen in der Kindheit entsteht. Es stelle sich keine Schuldfrage für die Betroffenen. In vielen Gesellschaften in allen Teilen der Welt wird dies aber noch immer anders gesehen und drogenabhängige Menschen werden als Kriminelle oder als menschlicher Müll gesehen und behandelt. Gerra sieht sich durch die Forschung u.a. auch die moderne Hirnforschung bestätigt, die davon ausgeht, dass durch fortgesetzten Drogenkonsum das motivationale System beeinflusst wird und die betroffenen Personen sich ausschließlich und zwanghaft auf den Erwerb und Konsum von psychoaktiven Substanzen fokussieren (was für legale Drogen genauso gilt). Die Pathogenese einer Abhängigkeitserkrankungen zeigt zudem eine lange Geschichte von emotionalen Vernachlässigungen in der Kindheit auf, zudem leben viele der betroffenen Menschen in unwürdigen Verhältnissen und leiden unter extremer Armut, Vernachlässigung, Hunger und Gewalt. In Liberia erhalten Kindersoldaten z.B. Kokain und Benzodiazepine, um zu „funktionieren“.

Der Blick aus Europa oder den USA auf das Drogenproblem ist häufig eingegrenzt auf eine „westernized“ Sichtweise. Es dürfe auch nicht der langfristige neurologische Schaden langjährigen und exzessiven Drogenkonsums unterschätzt werden, was auch für Cannabis gelte. Eine wichtige Entwicklung in der internationalen Drogenpolitik sei es, dass sie sich zunehmend auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Behandlung und zur Prävention stütze. Es gibt wirksame „tools“ zur Prävention, wobei die entscheidende Komponente in der Unterstützung von Eltern liege, ihren Kindern eine unterstützende Umgebung

zu schaffen. Selbst unter schwierigen sozialen und ökonomischen Bedingungen.

Es gibt im Bereich der Behandlung eine Reihe von erforschten und effektiven Methoden, seien es Kurzinterventionen, Familientherapie, ambulante und stationäre Entwöhnungs- und Rehabilitationsbehandlung, contingency management und vor allem die Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit. Allerdings gebe es selbst unter Mitarbeitern in Gesundheitsdiensten noch immer viel Unwissen über die Natur einer Abhängigkeitserkrankung. Ein weiteres Problem bestehe in der noch immer mangelnden Zurverfügungstellung von Opiaten oder anderen psychoaktiven Substanzen zur Schmerzbehandlung oder Behandlung von Krankheiten (etwa Cannabis). Hier gebe es ein völliges Ungleichgewicht im globalen Maßstab. Eine Versorgungssicherheit sei nur in entwickelten Industrieländern gewährleistet. Es gebe unnötige Hindernisse, die nicht in den Internationalen Suchtstoffkonventionen begründet seien, die eine wissenschaftliche und medizinische Nutzung der kontrollierten Drogen ausdrücklich zulassen. Auch Zwangsbehandlungen, mit Rückfallquoten von 80 bis 90%, und die Todesstrafe für Drogendelikte seien nicht mit den Internationalen Suchtstoffkonventionen vereinbar. Effektive Maßnahmen der „harm reduction“ zur Prävention von Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis) und Überlebenshilfen – etwa die Nutzung von Naloxon gegen Überdosierungen, wie jüngst von der WHO empfohlen – seien essentiell. Es gibt keine Heilung ohne Überleben! Methadonbehandlung sei höchst effektiv und müsse genutzt werden und auch für die Behandlung einer Abhängigkeit von Stimulantien müsse weiter an einer medikamentösen Behandlung geforscht werden. Entscheidend bei allen Maßnahmen der Prävention und Behandlung sei aber die Einhaltung der Menschenrechte, das gelte auch für Maßnahmen der Alternativen Entwicklung, die nicht nur aus der Vernichtung von Drogenpflanzen bestehen dürfe.

3.1.4 PROJEKTE IM EU-FÖRDERPROGRAMM »DROGENPRÄVENTION UND -INFORMATION«

Bis 2013 wurden im Rahmen des EU-Förderprogramms „Drogenprävention und information“ (DPIP) jährlich etwa drei Millionen Euro für Modellprojekte und europaweit agierende Organisationen im Drogenbereich zur Verfügung gestellt.

Eine vergleichbare Fördermöglichkeit besteht auch im Zeitraum 2014 bis 2020 innerhalb des EU-Förderprogramms „Justice“. Für „Transnationale Projekte im Bereich der EU Drogenpolitik“ wurden 2014 seitens der Europäischen Kommission insgesamt 2,5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Aus diesen Mitteln sollen vor allem Projekte für die folgenden Bereiche gefördert werden: Neue psychoaktive Substanzen, Rehabilitation, Best-Practice-Beispiele für eine gelungene Zusammenarbeit relevanter Akteure sowie Projekte im Bereich Zivilgesellschaft. Die Frist zur Einreichung von Anträgen ist am 20. Januar 2015 abgelaufen. Welche Projekte gefördert werden sollen, ist bisher noch nicht bekannt.

Twining-Projekt mit Serbien

Von Oktober 2012 bis Sommer 2014 bestand zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und dem serbischen Innen- und Gesundheitsministerium die Verwaltungspartnerschaft „Implementierung einer Drogenstrategie“. Seit März 2012 ist Serbien EU-Beitrittskandidat. Das Land kann auf eine eher fortschrittliche Gesundheits- und Drogenpolitik unter jugoslawischer Ägide zurückblicken. In Jugoslawien wurde beispielsweise die Methadonbehandlung von Heroinabhängigen Ende der 1970er Jahre eingeführt. 1980 wurden schon mehr als 500 Personen in Belgrad mit Methadon substituiert. Der wirtschaftliche Boykott in den 1980er und 1990er Jahren, die Kriege und Bürgerkriege im gleichen Zeitraum sowie die politische Vetternwirtschaft haben das Gesundheitssystem in seinen Grundfesten aber stark erschüttert. Dennoch finden sich auch heute in Serbien alle Ansätze einer modernen, ausgewogenen Gesundheits- und Drogen-

politik, deren Förderung Aufgabe dieser Verwaltungspartnerschaft ist.

Die Verwaltungspartnerschaft folgt dem sogenannten „balanced approach“. Dementsprechend stehen zum einen die Reduzierung des Drogenangebots und zum anderen die Verminderung der Drogennachfrage im Fokus. Das Projekt wurde zu 100 Prozent aus EU-Mitteln finanziert. Das BMG hatte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) mit der Durchführung des Projekts beauftragt; das ZIS arbeitete dabei mit der tschechischen Regierungsstelle für Drogenkontrolle zusammen. Die Ergebnisse des Projekts wurden auf der Abschlusskonferenz am 26. Juni 2014 in Belgrad vorgestellt. Der serbische Innenminister, Dr. Nebojša Stefanović, der serbische Gesundheitsminister, Dr. Zlatibor Lončar, der EU-Botschafter in Serbien, Michael Davenport, der deutsche Botschafter in Serbien, Heinz Wilhelm, die tschechische Botschafterin in Serbien, Ivana Hlasova, und viele weitere hochrangige Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Serbien, Tschechien, Polen, Deutschland sowie der EU und des INCB nahmen an der Abschlusskonferenz teil und würdigten die Erfolge des Twinning-Projekts.

3.1.5 CADAPV

Die Staaten der zentralasiatischen Region – Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan – sind eine Schlüsselregion geworden für internationale Aktivitäten, um mit der wachsenden Drogenproblematik umzugehen. Als Nachbarregion zu Afghanistan ist Zentralasien zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin und Cannabis konfrontiert, aber auch mit einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere injizierenden Heroinabhängigen. Diese Zunahme des Drogenkonsums ist auch in Afghanistan selbst ein riesiges Problem.

Das Drogenproblem ist eine Herausforderung für die Autorität der staatlichen Organe, für die soziale

Kohäsion der Gesellschaft, für die öffentliche Gesundheit und für die Sicherheit des öffentlichen Lebens. Deutschland und die EU-Kommission haben eine Reihe von Drittstaaten bislang vor allem bei Maßnahmen der Grenzkontrolle und der Bekämpfung des Drogenschmuggels unterstützt.

Angesichts der gravierenden Auswirkungen des Drogenkonsums in Afghanistan und in Zentralasien auf die Gesundheitssituation der dort lebenden Menschen ist es jetzt ein besonderes Anliegen der EU und ihrer Mitgliedstaaten, die Länder bei der Reduzierung der Drogennachfrage zu unterstützen. Es besteht dringender Handlungsbedarf: Eine wachsende Zahl von Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen, die schnelle Ausbreitung von Krankheiten und Todesfällen sowie die Erhöhung der Hochrisiko-Muster des Drogenkonsums erfordern ein sofortiges und kohärentes Handeln. Evidenzbasierte bewährte und neue Präventions- und Behandlungsmethoden sind einige der erforderlichen Maßnahmen, um dieses Problems Herr zu werden.

Die fünf Staaten Zentralasiens und die Europäische Union haben sich Ende 2013 auf die Stärkung ihrer Zusammenarbeit in der Behandlung und der Prävention von Drogenabhängigkeit durch die gemeinsame Verabschiedung des „EU-Zentralasien Drogenaktionsplan 2014–2020“ verständigt. Die erforderlichen Elemente für eine kontinuierliche Umsetzung dieses Aktionsplans für die kommenden Jahre werden nun umgesetzt.

Die EU-Kommission hat am 2. September 2013 beschlossen, das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland zu bitten, das Konsortium für die nächste Phase des Central Asia Drug Action Programme, kurz: CADAP, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) zu führen. Die GIZ wird vom BMZ für die Durchführung des Programms beauftragt. Das Programm wird von einem erfahrenen Expertenteam aus den Niederlanden, der Tschechischen Republik, Polen, Ungarn und Deutschland durchgeführt werden.

Im Rahmen des hochrangigen Treffens der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen in Wien wurde im März 2014 eine Gemeinsame Ministererklärung verabschiedet, in der es unter anderem heißt:

„Die Weltdrogensituation ist weiterhin ein Problem, das in gemeinsamer Verantwortung der Weltgemeinschaft behandelt werden muss im Rahmen multilateraler Kooperation und mit einem integrierten, multidisziplinären, umfassenden und ausgewogenen Ansatz zur Angebots- und Nachfragereduzierung.“

Unsere Erfahrungen in Deutschland und Europa zeigen, dass dazu ein gutes Netzwerk zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren notwendig ist, um evidenzbasierte und bewährte Methoden zur Reduktion der Drogennachfrage in der Praxis umsetzen zu können.

Das Hauptziel dieses Programms ist die weitere Entwicklung einer effektiven, umfassenden Drogenpolitik, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und bewährten internationalen Praktiken basiert.

In der vorherigen Phase von CADAP sind bereits bemerkenswerte und nachhaltige Ergebnisse erzielt worden. Das Engagement der nationalen Arbeitsgruppen war außergewöhnlich. Zum ersten Mal erstellten vier Länder jährliche Berichte über die Drogensituation und publizierten sie in Englisch, Russisch sowie den Landessprachen und präsentierten sie der nationalen und internationalen Öffentlichkeit.

Behandlungseinrichtungen für Heroinabhängige innerhalb und außerhalb von Gefängnissen wurden durch maßgeschneiderte Aktivitäten gestärkt. Das Behandlungspersonal wurde in verschiedenen psychologischen und medizinischen Aspekten der Behandlung geschult und es wurde ihm die Möglichkeit gegeben, Erfahrungen und bewährte Praktiken mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Institutionen im eigenen Land oder in den Nachbarländern zu teilen. Länderarbeitsgruppen ist die Entwicklung hervorragender zielgruppenorientierter Präventionskampagnen gelungen.

Insgesamt wurden mehr als 140 Seminare, Workshops und Studienbesuche erfolgreich durchgeführt und mehr als 3000 Fachkräfte konnten ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in der Drogenprävention, Behandlung und Rehabilitation von Drogenabhängigen im Rahmen der öffentlichen Gesundheit und des Strafvollzugs verbessern.

Zudem wurden Koordinationsgespräche mit anderen internationalen Organisationen, wie EMCDDA (Europäische Drogenbeobachtungsstelle), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) und WHO geführt, um Möglichkeiten der fachlichen Kooperation zu erörtern. Darüber hinaus fanden Vorgespräche in Zentralasien mit den verantwortlichen Drogenkontrollbehörden und Gesundheitsbehörden sowie mit möglichen Umsetzungspartnern (GIZ, AIDS Foundation East-West, AFEW, Eurasian Harm Reduction Network, EHRN) statt.

Die sechste Phase des Programms soll im Sommer 2015 beginnen.

3.2 VEREINTE NATIONEN

3.2.1 BÜRO FÜR DROGEN- UND VERBRECHENSBEKÄMPFUNG DER VEREINTEN NATIONEN

Deutschland ist seit vielen Jahren einer der Hauptunterstützer des Drogenkontrollprogramms der VN (UNDCP), das vom Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der VN (UNODC) durchgeführt wird. Das UNODC gibt jährlich einen Weltdrogenbericht heraus.

Laut dem im Juni 2014 veröffentlichten Bericht ist der Konsum „traditioneller“ Drogen wie Heroin und Kokain weltweit betrachtet weiterhin einigermaßen stabil geblieben; rund 300 Millionen Menschen konsumieren illegale Drogen. Am häufigsten ist danach der Konsum von Cannabis (178 Millionen), gefolgt von Amphetamin (35 Millionen), Opiaten (33 Millionen),

Ecstasy (19 Millionen) und Kokain (17 Millionen). Zehn bis 15 Prozent der Drogenkonsumierenden sind abhängig und benötigen Hilfe. Etwa 12,7 Millionen Menschen injizieren Drogen, hauptsächlich Heroin. Über 180.000 Menschen sterben weltweit an einer Überdosis, 1,7 Millionen injizierende Drogenkonsumierende sind mit HIV infiziert, rund 6,6 Millionen mit Hepatitis. Über zehn Millionen Drogenkonsumierende sind in Haft. Die große Mehrheit von ihnen verbüßt wegen des Drogenkonsums und des damit verbundenen nicht erlaubten Besitzes oder Verkaufs in einigen Staaten teilweise langjährige Haftstrafen. Es gibt zunehmend effektive Maßnahmen der Prävention und Behandlung von Drogenabhängigkeit sowie HIV und Hepatitis. Jedoch erhält nur jeder sechste Drogenabhängige weltweit die notwendige Behandlung.

Nachhaltige Erfolge in der Kontrolle und Bekämpfung von Drogen erfordern laut UNODC einen konsequenten und unermüdlichen internationalen Einsatz. Notwendig sei ein ausgewogener und umfassender Ansatz sowohl im Bereich Nachfrage- als auch Angebotsreduzierung, aufbauend auf evidenzbasierten Antworten im Bereich Prävention, Behandlung, soziale Rehabilitation und Integration. Wichtig sei ferner der Zugang zu kontrollierten Substanzen für medizinische Zwecke bei gleichzeitiger Verhinderung von Missbrauch.

Das Schwerpunktthema des Weltdrogenberichts 2014 ist die Kontrolle der Vorläufersubstanzen (auch Grundstoffe genannt) zur Herstellung von illegalen Drogen. Verschiedene legal hergestellte und vertriebene chemische Substanzen, die zur Herstellung von Heroin, Kokain oder synthetischen Drogen erforderlich sind, werden vom legalen Markt für Missbrauchszwecke abgezweigt. Der hohe Bedarf der chemischen Industrie an Vorläufersubstanzen bei der Produktion erschwert in einigen Regionen oder Staaten eine effektive Kontrolle illegaler Abzweigungen. Gleichwohl haben sich die Beschlagnahmungen von Vorläufersubstanzen in den letzten zehn Jahren verzehnfacht. Um solchen Beschlagnahmungen zu entgehen, wird zunehmend der illegale Vertrieb über das Internet genutzt.

Neben Opiaten stellen vor allem der zunehmende Konsum und die Herstellung von Amphetaminen und Methamphetamin ein Problem dar. Die Zahl der entdeckten Labore zur Herstellung von Amphetaminen und Methamphetamin (Crystal Meth) stieg weltweit von 12.500 in 2011 auf 14.000 in 2012. In 2012 wurden 144 Tonnen Amphetamin/Methamphetamin beschlagnahmt – 15 Prozent mehr als im Vorjahr, hauptsächlich durch Steigerungen der Beschlagnahmemengen bei Methamphetamin begründet.

Die zunehmende Produktion und der Konsum von Neuen Psychotropen Substanzen (NPS) führen weltweit zu neuen Herausforderungen. So hat sich die Zahl der angebotenen NPS zwischen 2009 und 2013 verdoppelt. Ende 2013 waren UNODC bereits 348 verschiedene NPS, die in rechtlicher Hinsicht oft irreführend als „Legal Highs“ angeboten und bezeichnet werden, gemeldet worden. Bei der Herstellung von NPS werden häufig nur sehr geringe chemische Veränderungen an bereits verbotenen Stoffen vorgenommen, sodass 'neue' Stoffe entstehen, die noch nicht dem enumerativen internationalen Drogenkontrollsystem unterliegen.

Die Bekämpfung der Opiumproduktion in Afghanistan hat einen Rückschlag erlitten, das Land hat weiterhin die weltweit führende Position als Produzent und Anbauer für Opium (80 Prozent der weltweiten illegalen Opiumproduktion in 2013) inne. Auch in Myanmar ist eine Zunahme des Opiumanbaus zu beobachten (rund 57.000 Hektar in 2013). Die globale Opiumproduktion hat 2013 ein ähnlich hohes Niveau erreicht wie zuletzt in den Jahren 2008 und 2011.

Die Verfügbarkeit von Kokain ist weltweit gesunken, bedingt durch einen Rückgang der Produktion von 2007 bis 2012. Während der Konsum in Nordamerika rückläufig scheint, ist er in Südamerika angestiegen. Eine deutliche Zunahme des Konsums ist laut UNODC in Afrika als Transitkontinent zu beobachten. UNODC-Weltdrogenbericht 2014:

<http://www.unodc.org/wdr2014/>

3.2.2 SUCHTSTOFFKOMMISSION DER VEREINigten NATIONEN

Als Mitglied der CND nahm Deutschland unter zeitweiliger Leitung der Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen vom 13. bis 21. März 2014 an der 57. Sitzung der CND in Wien teil, vertreten durch eine Delegation von Expertinnen und Experten aus den für Drogenfragen zuständigen Ressorts der Bundesregierung sowie aus deren Geschäftsbereichsbehörden.

Die Drogenbeauftragte leitete die Delegation während des hochrangigen Sitzungsteils (High Level Segment – HLS) vom 13. bis 14. März 2014. Sie wies in ihrer Rede darauf hin, dass in der gegenwärtigen drogenpolitischen Diskussion die Frage nach der Zeitgemäßheit der VN-Drogenkonventionen nicht zu überhören sei. Sie betonte jedoch mit Nachdruck, dass der Fokus der Drogenpolitik – unter Berücksichtigung eines ausgewogenen Ansatzes – gesundheitsorientiert sein müsse. Hierzu seien die drei internationalen Suchtstoffübereinkommen in ihrer derzeitigen Form ausreichend flexibel.

Das wesentliche Ziel des HLS der 57. CND bestand in der Verabschiedung einer Ministererklärung zur Weltdrogensituation, die die Themen Erfolge bei Nachfrage- und Angebotsreduzierung, neue psychoaktive Substanzen (NPS), verbleibende Herausforderungen bei der Bekämpfung der internationalen Drogenproblematik, Minimierung gesundheitlicher Konsequenzen und alternative Entwicklung zum Inhalt hat. Nicht gelungen ist es aufgrund der kompromisslosen, ablehnenden Haltung einiger Staaten, das Thema Ächtung der Vollstreckung der Todesstrafe bei Drogendelikten in der Ministererklärung zu erwähnen. Link zur gemeinsamen Ministererklärung:

http://www.unodc.org/documents/hlr//JointStatement/V1403583_E_ebook.pdf

Schwerpunkt der Diskussionen am Runden Tisch der 57. CND zum Bereich Angebotsreduzierung, an der die Drogenbeauftragte teilnahm, war das Thema Alternative

Entwicklung. Im Vordergrund stand die Darstellung des deutschen Verständnisses von alternativer Entwicklung als nachhaltiges Instrument der Drogenpolitik, um an den Ursachen von Drogenanbau anzusetzen. Gleichzeitig verwies die Drogenbeauftragte auf ein von BMZ und UNODC verfasstes und als Sitzungsdokument an alle Delegationen der CND zirkuliertes Arbeitspapier, das eine Neuorientierung der globalen Strategie in Richtung einer alternativen Entwicklung skizziert.

Darüber hinaus führte die Drogenbeauftragte unter anderem bilaterale Gespräche mit der Schweiz und Thailand. Im Gespräch mit der Schweiz tauschte man sich über die jeweilige nationale Politik zu Cannabis aus. Schwerpunkt des Gesprächs mit Thailand war die Kooperation im Bereich der alternativen Entwicklung. In einem weiteren Gespräch auf Arbeitsebene mit Vertretern der Regierung von Uruguay stellten diese ihre neue nationale Rechtslage zur Deregulierung von Cannabis vor. Kritik der VN durch INCB und UNODC (Bruch der Drogenkonventionen) wurde mit dem Argument zurückgewiesen, die Auslegung durch die VN beruhe auf einem veralteten, rigiden Verständnis, das jegliche Auslegungsmöglichkeiten vermissen lasse. Von deutscher Seite wurde deutlich gemacht, dass die Entwicklungen in Uruguay aufmerksam zur Kenntnis genommen würden, jedoch für die deutsche Bundesregierung die Achtung der drei VN-Drogenkonventionen universelle Bedeutung und oberste Priorität habe.

Während des regulären Teils der 57. CND vom 17. bis 21. März 2014 wurden insgesamt elf VN-Resolutionen im Konsens verabschiedet. Schwerpunktthemen waren dabei alternative Entwicklung, Kooperationen insbesondere in Südostasien zur Bekämpfung des Drogenproblems, internationale Kooperation zur Identifizierung und Berichterstattung bei neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) sowie die Vorbereitung der Sondersitzung der General-Versammlung der VN zur Bekämpfung des Weltdrogenproblems im Jahr 2016 (UNGASS 2016).

Zu letztgenannter Resolution gestalteten sich die multinationalen Verhandlungen herausforderungsvoll,

da einige Staaten Mittel- und Südamerikas die Frage der Einbindung weiterer Akteure in den Vorbereitungsprozess kontrovers thematisierten. Ziel dieser Staaten war es, zu vermeiden, dass die CND ein klares Mandat für den weiteren Vorbereitungsprozess erhält. Sehr kontroverse Debatten gab es auch zu zwei von Russland eingebrachten Resolutionen zur Förderung einer drogenfreien Gesellschaft durch Sport sowie zur Bekämpfung des – aus dortiger Sicht – missbräuchlichen Nutzens von Lebensmittelmohn zu Zwecken des Drogenhandels. Beide Texte erfuhren nach intensiven Verhandlungen Neufassungen, die schließlich im Konsens angenommen wurden. Liste der VN-Resolutionen auf der 57. CND kann eingesehen werden im Dokument:

http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/Report/E2014_28_eV1402549.pdf

Schwerpunkte des Plenums waren die Vorstellung verschiedener Berichte von UNODC und des Suchtstoffkontrollrats (INCB). Hervorgehoben wurden insbesondere die Notwendigkeit der Stärkung des Menschenrechtsaspekts im Bereich Drogenbekämpfung, ein besserer Schutz und vermehrte Aufmerksamkeit für die von Drogenabhängigkeit betroffenen schwächsten Glieder der Gesellschaft, die Bedeutung von alternativer Entwicklung sowie die Besorgnis vieler Mitgliedstaaten über die Ausbreitung von NPS.

Der Antrag des INCB zur Aufnahme der Vorläufersubstanz APAAN, die vorwiegend zur Produktion von Methamphetamin benutzt wird, in Anhang I der VN-Konvention von 1988 fand die Zustimmung aller CND-Mitglieder. Keine Mehrheit erhielt dagegen der von den Niederlanden eingebrachte Beschlussvorschlag zur Umstufung von Dronabinol, einem auf Cannabisbasis hergestellten Arzneimittel, von Anhang II in Anhang III der VN-Konvention über psychotrope Substanzen aus 1971. Die Niederlande stützten sich auf ein 2012 bestätigtes Gutachten des Expertenausschusses der WHO von 2006, das diese Umstufung empfiehlt. Ziel des Antrags war es, den weltweiten Handel zu

erleichtern und die Substanz somit für medizinische und wissenschaftliche Zwecke leichter zugänglich zu machen. Der Beschluss wurde bei neun Ja-Stimmen und zwölf Enthaltungen mit 20 Nein-Stimmen abgelehnt

3.2.3 INTERNATIONALER SUCHTSTOFFKONTROLLRAT DER VEREINTEN NATIONEN

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der VN (International Narcotics Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 gegründet und besteht aus einer dreizehnköpfigen regierungsunabhängigen Experten-Gruppe, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der VN (ECOSOC) gewählt wird. Vorsitzender ist seit 2014 ein Mitglied aus Südafrika; das deutsche Mitglied wurde zum Vize-Vorsitzenden gewählt. Die zentrale Aufgabe des INCB ist die Überwachung der Einhaltung der VN-Drogenkonventionen über Anbau, Produktion und Verwendung von Drogen. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben erstellt der INCB unter anderem einen Jahresbericht, in welchem insbesondere die weltweite Drogensituation analysiert wird. Der INCB veröffentlichte seinen Jahresbericht 2014 Anfang März 2015. Der aktuelle Bericht widmet sich insbesondere den thematischen Schwerpunkten

„Umsetzung eines umfassenden, ganzheitlichen und ausgewogenen

Ansatzes, um dem Weltrogenproblem zu begegnen“, „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ und „Die Situation weltweit“.

Der INCB macht im Rahmen des Schwerpunkts „Umsetzung eines umfassenden, ganzheitlichen und ausgewogenen Ansatzes, um dem Weltrogenproblem zu begegnen“ deutlich, dass diesem Prinzip zur Bekämpfung des Weltrogenproblems im Kontext der Sondersitzung der Vereinten Nationen im Frühjahr 2016 besondere Bedeutung zukommen wird. Kernelement einer solchen Vorgehensweise sei die Verfügbarkeit von international kontrollierten Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke. Dies sei ein fundamentales Ziel der internationalen Drogenkonventionen und für alle Vertragsstaaten verpflichtend. Darüber hinaus stellen Nachfragereduzierung und entsprechende Maßnahmen, Angebotsreduzierung, sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Aspekte sowie Stabilität und Sicherheit Elemente eines solchen Prinzips dar. Schließlich hebt der INCB hervor, dass all diese Maßnahmen in Einklang mit internationalen Menschenrechtsnormen stehen müssen.

Im zweiten Schwerpunkt „Funktionsweise des internationalen Drogenkontrollsystems“ beschäftigt sich der Bericht insbesondere mit der Einhaltung der internationalen Drogenkonventionen und Maßnahmen zu deren Umsetzung. Das INCB weist darauf hin, dass immer noch nicht alle Staaten die drei Drogenkonventionen ratifiziert haben (Konvention von 1961: elf Staaten noch nicht ratifiziert, Konvention von 1971: vierzehn Staaten, Konvention von 1988: neun Staaten), allen voran die ozeanischen Staaten. Weiter wird die Einhaltung der Drogenkontrollverträge für das Jahr 2014 insbesondere in Papua-Neuguinea, den USA, Uruguay und Usbekistan ausgewertet.

Daneben werden die 2014 durchgeführten sogenannten „Country Missions“ des INCB vorgestellt, welche in Island, Nicaragua, Panama und Tansania

stattfanden. Mit den jeweiligen Staaten diskutierte das INCB Maßnahmen und Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der Drogenkontrolle. Zudem wird die Umsetzung der in früheren „Country Missions“ ausgesprochenen Empfehlungen in fünf Staaten (Costa Rica, El Salvador, Mexiko, Myanmar und Zimbabwe) bewertet. Dabei betont das INCB die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und Kooperation der Staaten mit dem INCB.

Im weiteren Verlauf setzt sich das INCB mit der Verfügbarkeit von Cannabis für medizinische Zwecke, der Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln in Notfallsituationen, der Verwendung von Methylphenidat, neuen psychoaktiven Substanzen sowie dem internationalen elektronischen Genehmigungsverfahren für den Import und Export von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen und den damit jeweils verbundenen Anforderungen an die Vertragsparteien der internationalen Konventionen auseinander.

Im dritten Teil des Berichts analysiert der INCB die Situationen in den verschiedenen Regionen der Welt. Afrika stellt eine immer wichtigere Route für den illegalen Handel von Drogen dar. Ein hoher Cannabiskonsum ist in ganz Afrika zu verzeichnen, ebenso wie ein sich stark entwickelnder Markt für „Amphetamine-type stimulants“ (ATS). Die Ausbreitung illegaler Märkte für derartige Stimulanzien bleibt auch das größte Problem in Ost- und Südostasien; ferner stellt die Bekämpfung der Herstellung und Verbreitung von Methamphetamin in dieser Region eine Herausforderung dar.

In Zentralamerika und der Karibik ist ein Anstieg drogenindizierter Gewalttaten zu verzeichnen, Nordamerika hat die höchste Rate an drogenbedingten Todesfällen. Positiv wird der Rückgang der Anbauflächen von Coca-Sträuchern in Südamerika vermerkt. Die Vereinbarkeit der Abstimmungen in Alaska, Oregon und Washington D. C. zur Nutzung von Cannabis für nicht-medizinische Zwecke mit den internationalen Konventionen wird weiterhin eine Herausforderung für die US-Regierung darstellen.

In Europa bleibt die Nutzung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) ein Hauptproblem für den Schutz der öffentlichen Gesundheit. Dabei ist ein Anstieg von kriminellen Aktivitäten zur Verstellung und zum Vertrieb insbesondere in Ost- und Südosteuropa zu verzeichnen. Die expandierenden Märkte für NPS stellen auch ein großes Problem für Ozeanien dar. INCB-Bericht 2014:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR_2014.pdf

3.3 INTERNATIONALE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

3.3.1 DIE ENTWICKLUNGSPOLITISCHE DIMENSION DER GLOBALEN DROGENPROBLEMATIK

Das globale Drogenproblem, sowohl die Angebots- als auch die Konsumproblematik, zeichnet sich nicht nur durch eine gesundheits- und sicherheitspolitische, sondern auch durch seine entwicklungspolitische Dimension aus. Dies wird am Beispiel des Anbaus von Drogenpflanzen wie Koka und Schlafmohn besonders deutlich: Entwicklungsdefizite wie defizitäre staatliche Präsenz in den Anbauregionen, Armut, bewaffnete Konflikte und massive kriminelle Gewalt, ein fehlender Zugang zu Land und Wasser und nicht zuletzt eine mangelhafte physische Infrastruktur führen zur Entstehung und zum Fortbestehen der illegalen Produktion von Drogen. Die meisten dieser Faktoren finden sich in allen Hauptanbauregionen für Koka und Schlafmohn, den Vorläuferpflanzen für harte Drogen wie Kokain, Crack, Heroin und Opium.

Während Koka nahezu ausschließlich in den Andenländern Bolivien, Kolumbien und Peru angebaut wird, verteilt sich der Anbau von Schlafmohn auf Asien sowie Lateinamerika. Hauptanbauland ist mit deutlichem Abstand Afghanistan, gefolgt von Myanmar. Daneben sind jedoch auch Kolumbien, Mexiko, Laos

oder Guatemala Anbaustaaten zum Zweck der illegalen Opiatproduktion. Die genauen Zahlen, sofern sie zur Verfügung stehen, finden sich im Weltrogenbericht, den das UNODC jährlich veröffentlicht.

Drogenökonomien siedeln sich primär dort an, wo die strukturellen Rahmenbedingungen nur wenige alternative Einkommensquellen ermöglichen. Für die Kleinbäuerinnen und Bauern macht sich der Anbau der Drogenpflanzen entgegen der allgemeinen Annahme nur selten bezahlt. Tatsächlich führen Drogenökonomien zu Verstärkung von Armut und bringen Unsicherheit, Korruption und Gewalt mit sich. Für einige Partnerländer der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist die ungelöste Drogenproblematik damit zu einem der größten Entwicklungshemmnisse geworden. Durch die enge Verbindung zwischen Entwicklungsdefiziten und der Drogenproblematik ergibt sich für die Entwicklungszusammenarbeit ein Handlungsauftrag, dem sich nicht mit den herkömmlichen polizeilichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen im Umgang mit der Drogenproblematik begegnen lässt. Für die Entwicklungszusammenarbeit gilt der Grundsatz, dass an den Ursachen und nicht nur an den Symptomen von Drogenökonomien anzusetzen ist.

3.3.2 REDUZIERUNG DES DROGENANBAUS DURCH ALTERNATIVE ENTWICKLUNG

Für die meisten Kleinbäuerinnen und Bauern, die ihre Lebensgrundlagen durch den Anbau von Drogenpflanzen erwirtschaften, ist diese Art der Einkommensgenerierung tatsächlich nur wenig attraktiv. Allen Klischees zum Trotz sind Koka- oder Schlafmohnbauern nicht nur häufig das ärmste Segment der ländlichen Bevölkerung – sie bleiben es auch trotz häufig jahrlanger Betätigung in der Drogenökonomie. Die Gewinnmargen für Kleinbäuerinnen und Kleinbauern haben nur sehr wenig mit den exorbitanten Gewinnsteigerungen im Drogenhandel zu tun; faktisch sind Kokablätter und Rohopium niedrigpreisige Agrarprodukte, die – wenn

überhaupt – nur wenig mehr als andere, legale landwirtschaftliche Erzeugnisse einbringen. Daneben geht mit dem Anbau dieser Pflanzen ein hohes Risiko für die Bäuerinnen und Bauern einher. Die staatliche Repression des illegalen Anbaus zählt ebenso dazu wie klimatische Risiken für den Anbau von Drogenpflanzen in Monokultur sowie die Willkür irregulärer Gewaltakteure und krimineller Netzwerke, die vielfach die Hauptabnehmer der Ernten sind. Es ist kein Zufall, dass zahlreiche Hauptanbauregionen für illegale Drogen fernab staatlicher Kontrollinstanzen in Bürgerkriegsgebieten liegen. Dies ist etwa der Fall in einigen Regionen in Afghanistan, Kolumbien und Myanmar.

Die betroffenen Familien haben also starke Anreize, ein Leben in der Illegalität und Willkür aufzugeben und legale Alternativen zu etablieren. An diesem Punkt setzt die Entwicklungszusammenarbeit an.

Die Bundesregierung ist international einer der größten Geber im Bereich der alternativen Entwicklung. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verfügt über mehr als drei Jahrzehnte Erfahrung in diesem Feld und hat eine klare Position zum Umgang mit der Drogenanbauproblematik entwickelt. Dieser international etablierte Begriff beschreibt Projekte der ländlichen Entwicklung zur Substitution des illegalen Drogenanbaus durch legale Landwirtschaft. Die zentrale Wirkung der geförderten Projekte ist die Bekämpfung der Ursachen des Drogenanbaus, insbesondere durch die Diversifizierung der landwirtschaftlichen Produktion in den Koka- und Schlafmohnanbauregionen, in denen zuvor die Drogenökonomie die Haupteinkommensquelle war.

Zur Reduzierung des Drogenanbaus durch alternative Entwicklung wird das BMZ durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ) beraten. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit implementiert derzeit Projekte der alternativen Entwicklung in insgesamt vier Ländern in Asien und Lateinamerika, häufig in enger Zusammenarbeit mit dem UNODC. Daneben setzt die GIZ im Auftrag des BMZ das EU-COPOLAD-Vorhaben in

Lateinamerika um (Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Anti-Drugs Policies), wozu zahlreiche Beratungs- und Pilotmaßnahmen im Bereich alternative Entwicklung stattfinden. Hinzu kommen beratende Tätigkeiten sowie die Organisation und Wahrnehmung internationaler Dialogveranstaltungen im Auftrag des BMZ. 2014 wurde die GIZ hierzu in Ecuador, Indien, Kolumbien, Myanmar und Peru tätig.

Ein Überblick zu den Maßnahmen der GIZ im Auftrag des BMZ findet sich hier.

<http://www.giz.de/fachexpertise/html/14988.html>

Der deutsche Ansatz der alternativen Entwicklung gilt vielen internationalen Partnern als vorbildlich, da ein entwicklungspolitischer Umgang mit der Drogenproblematik weiterhin keine Selbstverständlichkeit ist. Angesichts der zunehmenden Kritik am „Krieg gegen die Drogen“ stellen entwicklungspolitische Ansätze im Umgang mit der Drogenproblematik derzeit für viele Länder attraktive Politikalternativen dar. Die langjährige Erfahrung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wird daher zunehmend von internationalen Partnern nachgefragt, die ihr Interesse an Dialog und Beratung zum Umgang mit der Drogenproblematik zum Ausdruck bringen. Insbesondere im Hinblick auf die 2016 stattfindende Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Weltrogenproblem (UNGASS 2016) bringt sich die Bundesregierung in die internationale Debatte zum Umgang mit Drogenanbau ein und greift das Interesse anderer VN-Mitgliedstaaten am Austausch zu alternativer Entwicklung auf. Das BMZ führt hierzu Dialog- und Beratungsformate mit interessierten Drittstaaten und in Zusammenarbeit mit Partnern der VN und der EU durch.

3.3.3 HARM REDUCTION UND HIV/AIDS: ALTERNATIVEN ZU RISIKOSITUATIONEN BIETEN

Weltweit gab es 2013 geschätzte 12,7 Millionen Menschen, die Drogen injizierten, von denen 1,7 Millionen HIV-positiv waren (HIV-Prävalenz von ca. 13 Prozent) (UNODC 2014). Weltweit lebten 2013 35 Millionen Menschen mit HIV. Außerhalb von Subsahara-Afrika treten 30 Prozent der HIV-Neuinfektionen bei Menschen auf, die Drogen injizieren (UNAIDS GAP Report, 2014).

Injizierender Drogengebrauch ist in Osteuropa, Zentralasien, Südostasien und Nordamerika wesentlicher Übertragungsweg für HIV. Zusätzlich werden auf diesem Weg auch Hepatitis B und C Infektionen (Leberentzündungen) übertragen, die mittlerweile weltweit zur Haupttodesursache bei HIV-infizierten Menschen geworden sind. Es gibt zum Beispiel in Asien und im Pazifikraum geschätzte 3,8 Millionen Menschen, die Drogen injizieren (UNAIDS GAP Report, 2014). Diese Menschen tragen aufgrund ihrer Diskriminierung und Kriminalisierung ein stark erhöhtes HIV- und Hepatitis B und C Infektionsrisiko. UNAIDS, das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen (VN) zu HIV/AIDS, beschreibt in einigen Ländern ein 40-faches HIV Infektionsrisiko für diese Gruppe. Dies wiederum führt zu konzentrierten Epidemien (Epidemien, die sich hauptsächlich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentrieren) mit schneller Ausbreitungsdynamik, wie die Entwicklungen der letzten Jahre in Osteuropa, der Asien-Pazifik-Region und Zentralasien zeigen. Studien belegen zudem eine hohe HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten in Ländern mit generalisierter Epidemie (Epidemien, die sich in der Allgemeinbevölkerung ausbreiten), vornehmlich in Subsahara-Afrika. Die HIV-Prävalenz unter Menschen, die Drogen injizieren, kann bis zu 28 Mal höher sein als in der Allgemeinbevölkerung (UNAIDS GAP Report 2014).

Die „Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS“ der Generalversammlung der Vereinten Nationen (VN) von 2011 definiert das Ziel, die HIV-Übertragung bei Menschen, die Drogen injizieren, bis 2015 um 50 Prozent zu reduzieren. Bis 2030, so das Ziel der Weltgemeinschaft, soll die HIV-Epidemie beendet sein (UNAIDS Fast-Track-Strategie, 2014). Dies kann nur gelingen, wenn sehr schnell sowohl HIV-Behandlungs- als auch Präventionsprogramme weiter ausgeweitet werden, sowohl um Menschen, die mit HIV leben, als auch um Risikogruppen, wie zum Beispiel Menschen, die Drogen injizieren, zu erreichen.

Wissenschaftlich gesehen ist klar, dass „Harm-Reduction“-Programme die Ausbreitung von HIV unter Menschen, die Drogen konsumieren, verhindern können. Der englische Begriff „Harm Reduction“ bezeichnet einen anerkannten Ansatz zur Reduzierung von HIV-Infektionen und anderer mit Drogengebrauch einhergehender Erkrankungen, wie virale Hepatitis. Gerade bei injizierendem Drogenkonsum haben sich Programme, die Risiken mindern und Alternativen eröffnen, als sehr wirksam für die Prävention von HIV und anderen Infektionskrankheiten erwiesen. Präventionsmaßnahmen werden dabei unter Einbeziehung der Zielgruppen konzipiert und umgesetzt. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme (Needle and Syringe Exchange Programmes (NSP)), die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck, verhindern, dass Menschen, die Drogen injizieren, sich am mit HIV verunreinigten Spritzbesteck eines anderen anstecken. Drogensubstitutionsprogramme mit Ersatzstoffen wie Methadon reduzieren Risikoverhalten und Beschaffungskriminalität und verhindern nachweislich HIV-Infektionen und andere Erkrankungen. Als weitere unterstützende Maßnahmen haben sich Drogenberatungsstellen, Drogenkonsumräume und Maßnahmen zur sozialen Reintegration sowie Aufklärungsaktivitäten für medizinisches Personal und administrative und politische Amtsträger als wichtig und wirksam erwiesen.

In vielen Ländern wird die Umsetzung von Harm-Reduction-Maßnahmen durch Politik, Justiz und gesellschaftliche Normen behindert oder ganz unterbunden. Die Kriminalisierung von Menschen mit injizierendem Drogengebrauch missachtet Menschenrechte, einschließlich des Rechts, sich vor HIV zu schützen, und drängt diese Menschen ins Abseits, wo sie vom Gesundheitssystem nicht erreicht werden können. Im Dialog mit allen gesellschaftlichen Akteuren muss eine Entkriminalisierung und Entstigmatisierung dieser gesellschaftlichen Gruppen erzielt werden, um ihnen den Zugang zu den notwendigen Präventions-, Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu ermöglichen und die Ausbreitung von HIV zu verhindern.

Die VN schätzen, dass zur Zeit ca. acht Prozent aller Menschen, die Drogen injizieren, Zugang zu Substitutionsprogrammen, zehn Prozent Zugang zu Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen und nur ca. 14 Prozent der HIV-positiven Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen Zugang zu einer HIV-Behandlung (ART) haben (Weltbank 2014). ART vermindert die Viruslast im Blut und kann so zu einer Verringerung der HIV-Verbreitung beitragen. Dort, wo Harm Reduction angeboten wird, ist die HIV-Prävalenz signifikant gesunken. Eine Studie, die im Jahr 2003 in 99 Städten durchgeführt wurde, zeigte, dass dort, wo NSP angeboten wurde, die HIV-Prävalenz um 19 Prozent sank, im Gegensatz zu Städten, wo NSP nicht angeboten wurde. Dort stieg die HIV-Prävalenz um acht Prozent (MacDonald et al. 2013). In Katmandu, Nepal, ging die HIV-Prävalenz bei Menschen, die Drogen injizieren, von 68 Prozent im Jahr 2002 auf 6,3 Prozent im Jahr 2011 zurück (UNAIDS GAP Report, 2014).

Hinsichtlich der Realisierung schadensmindernder Maßnahmen für Menschen, die Drogen konsumieren, ist Deutschland international modellgebend. Harm Reduction ist ein wichtiges Handlungsfeld für Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen Eindämmung von HIV weltweit. So unterstützt die Bundesregierung

die Umsetzung des Harm-Reduction-Ansatzes politisch und mit ihren finanziellen Beiträgen in den Verwaltungsräten von UNAIDS und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM). Der GFATM ist mittlerweile der größte multilaterale Geber für Harm Reduction, Deutschland der viertgrößte Beitragszahler des Fonds. Im Rahmen der deutschen bilateralen Entwicklungszusammenarbeit wurden 2014 Harm-Reduction-Aktivitäten in Nepal und in einem regionalen Gesundheitsprogramm in Zentralasien unterstützt.

Aus der Praxis:

HIV-Prävention und Harm Reduction in Nepal

In Nepal qualifiziert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit (EZ) staatliche und nichtstaatliche Organisationen und Institutionen darin, ein nationales Substitutionsprogramm qualitativ hochwertig sowie flächendeckend und für möglichst viele Betroffene nachhaltig umzusetzen. Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen werden im Bereich der Substitutionsbehandlung beraten, Ausbildung von Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung unterstützt und ein Überweisungs- und Referenzsystem zu relevanten Gesundheitsdiensten und anderen Unterstützungsleistungen eingeführt.

Um die Ausbildung von medizinischem Personal von externen Expertinnen und Experten unabhängig zu machen, wurde unter anderem der eLearning Kurs „Comprehensive health care for People Who Use Drugs“ entwickelt und im Mai 2014 pilotiert. Der modulare Aufbau ermöglicht eine zeitlich und räumlich flexible Bearbeitung von Fallstudien, die die Komplexität der Behandlung von Menschen, die Drogen nutzen, widerspiegelt. Das Ziel ist eine qualitative Stärkung der Gesundheitsdienste für Menschen, die Drogen konsumieren. Die deutsche EZ prüft zurzeit, inwieweit die Ausbildung adaptiert und in anderen Ländern umgesetzt werden kann.

Das nationale „Opioid Substitution-Programme“ wurde mit Unterstützung der deutschen EZ und des

GFATM weiter ausgeweitet. Methadonsubstitutionsprogramme sind derzeit an staatlichen Provinz- und Distrikt-Krankenhäusern in Katmandu, Patan (Zentral), Pokhara (West), Nepalgunj und Butwal (Mid-West) sowie Biratnagar (Ost) verfügbar. Im Juni 2014 hatte das Programm 589 Patientinnen und Patienten. Im Rahmen dieses Programms wurde auch eine Studie durchgeführt, die erstmals die Prävalenz von Hepatitis B und C (HCV), Ko-Infektionen mit HIV und Genotypisierung von HCV und den vorherrschenden Genotyp bei Menschen, die Drogen injizieren, untersucht hat.

Unterstützung bei der Umsetzung des Harm-Reduction-Ansatzes in Zentralasien

Um Harm-Reduction-Programme für Menschen, die Drogen konsumieren oder injizieren, umsetzen zu können, ist es essenziell, zu wissen, wie viele Betroffene es gibt und an welchen Orten der Konsum stattfindet. Denn dort können diese Menschen am besten erreicht werden. Um die Datenlage im Bereich Drogengebrauch und HIV zu stärken, hat das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) im Jahr 2014 Länderstudien und deren Vorstellung in Zentralasien unterstützt. Diese wurden in Zusammenarbeit mit dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) koordiniert und vom Population Council mit Unterstützung der Weltbank durchgeführt. Ziel war die Stärkung nationaler Kapazitäten, um aktuelle Schätzungen zur Zahl der Menschen, die Drogen injizieren, sowie zur Verbreitung von HIV unter ihnen zu erlangen. Die Vorstellung der Ergebnisse zielte außerdem darauf ab, das Bewusstsein für die Situation dieser Menschen zu stärken. Die ca. 100 Teilnehmenden kamen aus Kirgistan, Tadschikistan und Kasachstan, sowohl von Regierungsorganisationen als auch von Betroffenenengruppen.



Stichwortregister

- A** Aktionsleitfaden des Handels zur
Sicherung des Jugendschutzes 146
Aktionsplans Jugendschutz der Tankstellen 145
Alkohol 15–23, 57, 62, 63, 71–89, 91, 96, 104,
108, 111, 113, 116, 119–121, 126,
128–129–131, 135–138, 142–144, 148,
162, 172, 175, 177, 184, 202, 212, 217,
218, 225, 228, 252, 275–277
Alkoholabhängigkeit 15, 81, 119, 133, 206
Alkoholprävention 23, 91, 128, 134, 276
Alkoholvergiftung 22, 132, 140
Alternative Entwicklung 290, 291, 294
Amphetamine 40, 43, 53, 169, 185, 239, 290, 293
Amphetamin-Typ-Stimulanzien 170
Amphetaminkonsum 170
Ausbildungsbereich 160, 235
Ausbildungserfolg 86, 88
Auszubildende 86, 87, 92, 103, 145, 146, 154, 157, 160
Automatenspiel 273
- B** Baden-Württemberg 51, 98, 104, 114, 132,
210, 216, 232
Bayern 51, 54, 99, 100, 105, 106, 107, 111, 112,
139, 141, 145, 154, 173, 176, 188, 226
Belastung durch Passivrauchen 269
Betreiberschulungstest-Projekt 202
BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! 180, 181
BMZ 288, 291, 294, 295, 297
Breaking Meth 217
Broschüre „Hinsehen, Zuhören, Ansprechen!“ –
Alkohol am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für
die kollegiale Hilfe“ 148
Browsersgames/Free-to-Play-Games 258
Bundeswehr 94, 95, 96, 221
- C** CADAP 288
Cannabis 39, 41–43, 52, 55, 86, 88, 91, 169,
172, 177, 179–181, 183, 184, 237,
248, 249, 252, 286, 289, 291, 293
Comprehensive health care for People
Who Use Drugs 297
Computerspiel- und Internetabhängigkeit 61, 62, 255
Crystal Meth 39, 40, 51, 66, 100, 170, 173–176,
184, 187, 209, 234–240, 248, 290
- D** Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 268
Diagnostische Kriterien bei Internetsucht 259
Diamorphin 247, 248
Doping 168, 136
Drogenanbau 52, 291, 294, 295
Drogenbedingte Todesfälle 39, 40, 51, 293
Drogenberatungsstellen 100, 183, 296
Drogenhandel 39, 54, 169, 272, 285, 291, 294
Drogenkoordinatoren 285
DRUCK-Studie 46–48
Drug Scouts 172, 217
DSM-5 61, 62, 63, 258
- E** EBDD 43, 45, 100, 283, 284
Eltern-MOVE 159
Entwicklungszusammenarbeit 294, 295, 297
Erklärvideos 65
E-Zigarette 31, 33, 152, 267, 278, 280, 281, 282
E-Shisha 31, 152, 278, 280
EU-Alkoholstrategie 276
EU-Drogenkoordinatoren 285
- F** Fachverband Medienabhängigkeit e.V. 258
FASD 17, 18, 66, 73, 111, 112, 113, 223, 225, 226

- G** GIZ 288, 294, 295
Glücksspiel 57, 58, 66, 83, 89, 105, 188, 189,
190, 192, 194, 223, 252, 256, 272
Grundstoffüberwachung 272
- H** HaLT Service Center 132
Hamburg 44, 46, 51, 81, 85, 100, 117, 119,
120, 124, 167, 170, 179, 185, 214,
216, 234, 236, 244, 247, 284, 287
Harm Reduction 286, 289, 296, 297
Hart am Limit (HaLT) 133
Heroin 40, 43, 46, 49, 52, 54, 169, 175,
185, 247, 272, 287, 289, 293
Hessen 129, 194, 249, 272
HIV/AIDS 46–48, 169, 295–296
- I** Informationstour „Alkohol? Kenn dein Limit.“ 130
Interaktive Ausstellung „Spielglück-Glücksspiel“ 190
Internationales 275
Internetabhängigkeit 61, 62, 255
Internetkommunikation 129
Internetsüchtige Mädchen im deutschen
Suchthilfesystem 259
- J** Jahrestagung der Drogenbeauftragten 18, 111
Jugendfilmtage 83, 84, 128
Jugendschutz aktiv 144, 146
Jugendschutzgesetz 83, 136, 141, 144
Juristisches zur Mediennutzung und -sucht 259
Kinder aus suchtbelasteten
Familien 66, 81, 116, 117, 123
- K** Klasse2000 78, 79
Kokain 43, 44, 46, 52, 54, 169, 172, 175,
252, 253, 286, 289, 290, 293
- Kommunale Alkoholprävention 129
Komorbidität 165, 171, 240, 253
Kongresse 223
Konsumierende mit Kindern 171, 234, 235
Kreativ-Wettbewerb gegen Sucht 191
- L** Legal Highs 43, 50, 51, 100, 107, 290
- M** Manualisierte Behandlung Suchtkranker 259
Medienabhängigkeit 193, 258, 259
Medikamente 35, 36, 86, 88, 89, 91, 162–165,
167, 168, 172, 217, 247, 285
Methamphetamin 39, 40, 52–54, 100, 170, 171, 178,
185, 202, 217, 234–240, 284, 290, 293
Methamphetaminkonsum 170, 171, 209, 217, 240
Mütter 17, 18, 72, 111, 125, 163, 164, 175, 228
- N** Naloxon 185–186, 286
Nationales Substitutionsprogramm 297
Nepal 296, 297
Neurobiologische Befunde bei Medien-
abhängigkeit 259
Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) 39, 40, 100,
107, 271, 283, 284, 290, 293
Niedersachsen 63, 100, 102, 108, 115, 128,
137, 191, 193, 194, 284
Nordrhein-Westfalen 51, 55, 81, 103, 134, 136,
157–159, 163, 198, 235
- O** Öffentlichkeitsarbeit 65, 117, 118, 131, 136, 177, 222
Online-gestützte Behandlung 119
Online-Informationsangebot 130
Online-Selbsthilfe 217, 236

P	Passivrauchen.....	150, 159, 266	T	Tabak.....	15, 25, 31, 41, 71–74, 78, 84, 88, 108, 144, 158–159, 252, 277, 278, 285
	Pathologisches Kaufen off- und online.....	258		Tabakprävention.....	26, 91, 150, 157–161, 269, 279
	Podcast.....	67		Tabakpräventionsprogramm.....	160
	Prävalenz von FASD.....	227		Tabakprodukttrichtlinie.....	277, 278
	Prävention.....	36, 40, 48, 62, 66, 71, 72, 76, 81, 82, 89, 90, 188, 189, 193, 194, 196, 199, 201, 215, 219, 224–257, 232–235, 237–238, 257, 261, 276, 285, 286, 288–289, 297		Tabaksteuer.....	262
	Präventionsbotschafter.....	227		Tag der offenen Tür.....	65
	Pressemitteilungen.....	65		Telefonaktionen.....	131
	Programm „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ).....	114		Therapie.....	15, 35, 36, 48, 62, 79, 86, 118, 119, 120, 170, 215, 236, 249, 253
	Projekt des Monats.....	66, 190		Thüringen.....	51, 54, 104, 173, 235, 240, 250, 251
				Traumatisierungen.....	171
				Treppe aufwärts.....	66, 190
R	Rentenversicherung.....	104, 205, 206–210, 219, 222, 229, 233	U	UNGASS 2016.....	284, 291, 295
	Rezeptheft „Lecker und gesund hoch zwei“.....	131		UNODC.....	45, 54, 285, 289, 290–295, 297
S	S3-Leitlinie.....	112, 212, 225	V	Verbraucherschutz.....	178–181, 258, 259, 270
	Sachsen.....	54, 81, 82, 101, 102, 108, 172, 173, 178, 235		Vereinte Nationen.....	45, 272, 284, 288, 289, 290, 292, 295–297
	Sachsen-Anhalt.....	54, 173, 175, 176		Verhaltenssüchte.....	61, 98, 258
	Safe – sauber feiern.....	202		Vorgestellt.....	138, 147, 166, 177, 184, 187, 190
	SchuJu-Alterskontrollscheibe.....	145		Vulnerability and excessive Internet use in Adolescents.....	259
	SCHULBUS.....	85–86, 179	W	WBT I.....	145, 146
	Schleswig-Holstein.....	85, 160, 215		Webportal.....	217
	Schwangerschaft.....	17–19, 71–74, 111–114, 126, 130–131, 163, 225, 228, 275		WHO.....	23, 231, 258, 269, 276, –277, 279, 286, 291
	Selektive Prävention.....	100, 170	Z	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).....	167, 170, 171, 217
	Setting Schule.....	128		Zigaretenschmuggel.....	264–265
	Social Networking.....	259			
	Spielimmanente Faktoren.....	259			
	Stillzeit.....	18, 71, 72, 113, 131			
	Substanzkonsum.....	15, 57, 72, 78, 80, 85–89, 113, 114, 174, 215, 248			
	Substitution.....	232, 294			
	Sucht im Alter.....	66, 214–216			
	Suchtselbsthilfe.....	95, 213, 217, 219–220			
	Suchtstoffkommission.....	283, 288, 290			
	SZL Suchtzentrum gGmbH.....	217			



Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNGEN

01	Risiko- und mindestens monatlicher Rauschkonsum in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht.....	16	15	Problematischer Substanzkonsum in Prozent.....	88
02	Trend regelmässiger Alkoholkonsum.....	19	16	Konzept und Zielgruppen des Programms Prev@WORK.....	93
03	Stationäre Krankenhausbehandlungen aufgrund von akuter Alkoholintoxikation im Jahr 2013 insgesamt.....	20	17	Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe in der Caritas.....	105
04	Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholvergiftungen.....	21	18	10 Jahre „rauchfrei PLUS“ – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung:.....	155
05	Stationäre Krankenhausbehandlungen aufgrund von akuter Alkoholintoxikation bei 10- bis 17-Jährigen von 2009–2013.....	22	19	Lebenszeit-Prävalenz Cannabis der Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012.....	182
06	Zeitliche Entwicklung des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung.....	28	20	Aktueller Cannabiskonsum (30-Tage-Prävalenz) der Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012.....	182
07	Verbreitung des Rauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2014.....	29	21	Anteil der Eltern, die bei ihren Kindern Anzeichen von Onlineabhängigkeit feststellen.....	197
08	Verbreitung des Nierauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2014.....	30	22	Suchtrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung.....	205
09	Anteil der Raucher, die E-Zigaretten ausprobiert haben, diese aber nicht mehr benutzen, nach Altersgruppen getrennt, im Zeitvergleich von 2012 bis 2014.....	32	23	Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2014.....	242
10	Bekanntheitsgrad und Konsum von E-Zigaretten im Jahr 2014.....	32	24	Anzahl meldender, substituierender Ärzte von 2002 bis 2014.....	243
11	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant).....	40	25	Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel.....	243
12	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen insgesamt und nach Geschlecht von 2001 bis 2012.....	42	26	Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel.....	244
13	Trends Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel in den BZgA-Surveys 2007 bis 2013.....	58	27	Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2014).....	245
14	A: Trends problematisches Glücksspielverhalten in den BZgA-Surveys 2009 bis 2013.....	59	28	Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner.....	246
14	B: Trends pathologisches Glücksspielverhalten in den BZgA-Surveys 2009 bis 2013.....	59	29	Entwicklung der Steuer und des Konsums von Fabrikzigaretten in Deutschland während der vier Phasen der Tabaksteuererhöhungen von 1997 bis 2013.....	263
			30	Entwicklung des Rauchverhaltens der deutschen Bevölkerung während der vier Phasen der Tabaksteuererhöhungen von 1997 bis 2012.....	264
			31	Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland im Zeitvergleich von 2005 bis 2014.....	267
			32	Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten und	

zu einem Verbot von E-Zigaretten in Gaststätten (2014).....	268
33 Belastung durch Passivrauchen bei der Arbeit (bezogen auf Erwerbstätige), zu Hause und in der Freizeit, nach Jahr.....	269
34 Anteil der Raucher, die von E-Zigaretten gehört haben, nach Altersgruppen getrennt, im Zeitvergleich von 2012 bis 2014.....	280
35 Verwendete Hilfsmittel bei der Tabakentwöhnung von Exrauchern und bei Aufhörversuchen von Rauchern im Jahr 2014.....	282

TABELLEN

01 Verbreitung des Rauchens bei Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen.....	27
02 Ergebnisse der DRUCK-Studie.....	47
03 Spanne der erreichten mittleren Wissensscores aller Städte mit Standardabweichung (SD) in den gebildeten Kategorien.....	48
04 Anzahl der erreichten Klassen und prozentuale Beteiligung an Klasse2000.....	79
05 Entwicklung des Rauchverhaltens.....	80
06 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe.....	87
07 Inhalte des Kölner Memorandums (2014): „Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“.....	109
08 Teilnahme im reaktiven Projektbaustein 2008 bis 31.12.2013.....	141
09 Basis Auswertung Suchtmittel „Alkohol“, Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf.....	206
10 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt.....	241
11 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten sowie substituierender Ärztinnen und Ärzte nach Bundesländern.....	247
12 Zusammenstellung der Jährlichen Tabakwerbeausgaben.....	266

Bildnachweise:

Titel: © fullempty - Fotolia.com, © amenic181 - Fotolia.com, © leszekko-businski - Fotolia.com, © Swapan - Fotolia.com, © Juanmonino - istock.com, © pressmaster - Fotolia.com, © Bastos - Fotolia.com, © Jeanette Dietl - Fotolia.com, © izusek - istock.com, © zorandim75 - Fotolia.com, © Andrey Kuzmin - Fotolia.com, © mitrija - Fotolia.com
Autorenfotos: S. 5/279 © Swapan - Fotolia.com, S. 7/41 © jeremynathan - Fotolia.com, S. 8 © robtek - Fotolia.com, S. 10 © destina - Fotolia.com, S. 11/121 © Gina Sanders - Fotolia.com, S. 12/13/68/69 © Xuejun li - Fotolia.com, S. 12/13/68/69 © Bastos - Fotolia.com, S. 14 © AleksandarNakic - istock.com, S. 14 © MP2 - Fotolia.com, S. 17 © RioPatuca Images - Fotolia.com, S. 24 © zadveri - Fotolia.com, S. 27 © B. Wylezich - Fotolia.com, S. 33 © tibanna79 - Fotolia.com, S. 34 © blackboard1965 - Fotolia.com, S. 36/37 © Kadmy - Fotolia.com, S. 37 © Mybona - Fotolia.com, S. 38 © Juanmonino - istock.com, S. 44 © yvdauid - Fotolia.com, S. 44 © Vector Open Stock, S.49 © Diana Taliun - Fotolia.com, S. 49 © Vector Open Stock, S. 52 © Christopher Howey - Fotolia.com, S. 53 © robtek - Fotolia.com, S. 55 © Africa Studio - Fotolia.com, S. 56 © fullempty - Fotolia.com, S. 57 © Artem Zamula - Fotolia.com, S. 60 © zorandim75 - Fotolia.com, S. 62 © Photographee.eu - Fotolia.com, S. 64 © mitrija - Fotolia.com, S. 67 © DGM - Panthermedia.net, S. 70 © mbbirdy, S. 130 © Sylwia Nowik - Fotolia.com S. 200 © izusek - istock.com, S. 257 © mik38 - Fotolia.com, S. 258 © iriska - Fotolia.com, S. 260 © Corgarashu - Fotolia.com, S. 261 © gertrudda - Fotolia.com, S. 274 © Andrey Kuzmin - Fotolia.com, S. 292 © S.Alias - Fotolia.com

DANKSAGUNG

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung dankt den Bundesministerien, Ländern, Verbänden, Organisationen und Privatpersonen für ihre Beiträge und Darstellungen der Sucht- und Drogenpolitik. Der Drogen- und Suchtbericht erscheint in diesem Jahr erstmals als gekürzte Printausgabe und zusätzlich als ungekürzte Onlineausgabe. Die Langfassung sowie weitere aktuelle Informationen zum Thema Sucht- und Drogenpolitik sind im Internet abrufbar unter :

<http://www.drogenbeauftragte.de>



Hinweise/ Impressum

Diese Publikation (Print- und Onlineausgabe) wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich sind besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

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

GENDER-HINWEIS:

In dieser Publikation werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Stand:

Mai 2015

Gestaltung/Satz:

Zweiband.media, Berlin
www.zweiband.de

Lektorat:

Lektorat Berlin

Druck:

Bonifatius GmbH, Paderborn

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier.

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-D-11008
Drogen- und Suchtbericht der
Bundesregierung 2015

Telefon: 030 182722721*

Schreibtelefon für

Gehörlose und

Hörgeschädigte: 0180 5 996607*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefax: 0180 5 778094*

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